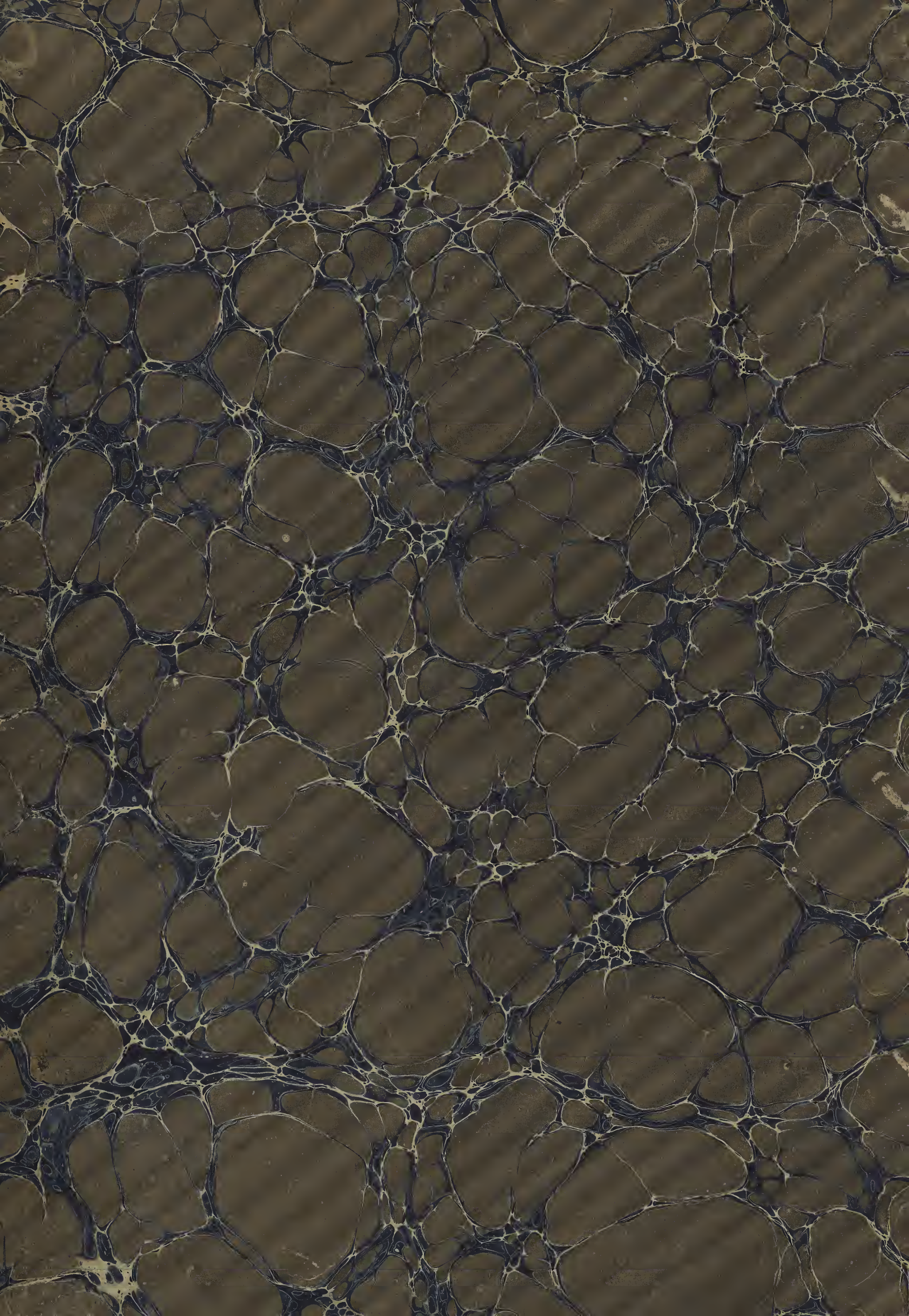
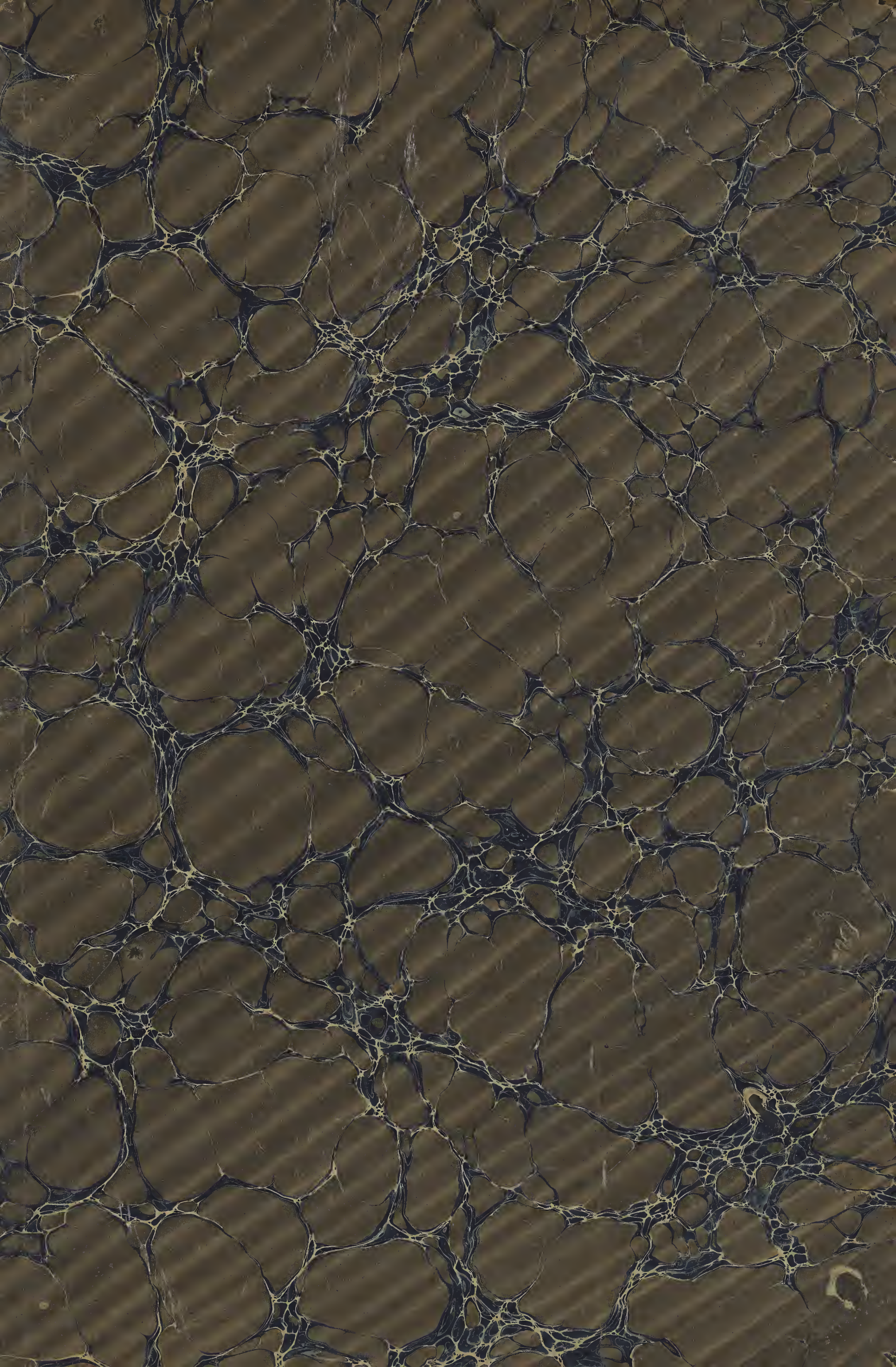




LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.





PARIS

AUX BU[illegible]AUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.

—

1851

N° 1. — SAMEDI 4 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 1. — SAMEDI 4 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce Journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS LE 3 JANVIER 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie ne pouvait mieux terminer l'année. Une note au moins très curieuse de M. Récamier, un très bon rapport de M. Robert, et la fin de l'important mémoire de M. Ferrus sur le goître et le crétinisme, ont fructueusement et amplement rempli la dernière séance.

La note de M. Récamier, que nous rapportons à peu près textuellement au compte rendu, apporte une grande simplification dans l'emploi de l'électricité; emploi que les difficultés de se procurer les appareils usités jusqu'à présent rendent nécessairement très borné. On ne peut contester que l'idée des *cataplasmes électriques* ne soit une idée pratique extrêmement ingénieuse. Ce nouveau mode d'application de l'électricité aura-t-il les mêmes avantages que l'on a reconnus à l'ancien? La note ne nous semble pas tout à fait suffisante pour résoudre la question.

M. Récamier annonce dans cette note une nombreuse série d'observations qui doivent, dit-il, lever tous les doutes à cet égard. Nous attendrons ces observations pour nous prononcer d'une manière plus catégorique sur la méthode de M. Récamier; mais nous n'attendrons pas cette publication pour recommander à nos lecteurs d'expérimenter les *cataplasmes électriques*, et pour féliciter l'auteur de son ingénieuse tentative, alors même qu'elle n'aurait pas tous les avantages annoncés par le célèbre praticien.

Le rapport de M. Robert était relatif à un mémoire très intéressant de M. Gosselin sur les petites tumeurs des bourses muqueuses désignées sous le nom de ganglions. Les recherches de M. Gosselin l'ont conduit à reconnaître à ces tumeurs une origine différente de celle qu'on leur attribue généralement; c'est là une question toute d'observation sur laquelle nous ne pouvons disserter, mais que nous sommes très disposé, ainsi que M. Robert, à décider en faveur de M. Gosselin, confiants que nous sommes dans l'exactitude et l'habileté bien connues de ce jeune chirurgien.

Quant au travail de M. Ferrus, il doit devenir, ainsi que l'a annoncé M. Fr. Dubois, l'objet d'une discussion sérieuse au sein de l'Académie. Nous ne devancerons pas cette discussion; mais nous appuierons dès à présent la proposition faite à l'Académie par M. Ferrus de nommer une commission pour étudier à fond cette grande question hygiénique du goître et du crétinisme. Nous ne pensons pas, en effet, comme semble le croire M. Rochoux, dont la critique habituellement si judicieuse a toute notre approbation, nous ne pensons pas que le goître et le crétinisme soient des états organiques au-dessus de toute ressource, au moins comme maladies endémiques, si ce n'est comme affections individuelles. Nous nous expliquons : Il est possible que, un crétin étant donné, on ne puisse pas, au moyen de l'éducation, élever son intelligence au point qu'on s'est plu à déterminer dans certaines publications; mais nous sommes convaincu qu'à l'aide de certaines mesures administratives on détruira les causes qui engendrent le goître et le crétinisme, comme on parviendra à détruire les causes de la peste et des fièvres intermittentes, comme on parviendra, en un mot, à détruire les causes de toutes les endémies, lorsqu'une étude approfondie nous aura appris quelles sont ces causes, et une telle étude nous l'apprendra indubitablement. Nous applaudissons donc de toutes nos forces à la proposition de M. Ferrus, et nous espérons qu'en présence du vaste et beau travail accompli sous les auspices du gouvernement par la commission sarde, l'Académie osera prendre un peu d'initiative pour engager le gouvernement à suivre la marche que nous aurions dû parcourir les premiers.

H. de Castelnau.

ÉTUDES SUR QUELQUES POINTS DES TRAVAUX D'HIPPOCRATE,

à propos du tome VII de la traduction des œuvres complètes de cet auteur; par M. Littré, membre de l'Institut, etc.

M. Littré consacre la préface de son septième volume à l'examen critique de plusieurs travaux qui ont été publiés récemment sur Hippocrate : c'est dire qu'il nous donne une nouvelle preuve de son immense connaissance de tous les documents originaux qui se rattachent à la question qu'il traite.

Le premier et le plus important de ces travaux est un nouveau mémoire de M. Petersen, qui est divisé en deux parties : 1° *Chronologie d'Hippocrate;* 2° *trois documents relatifs à la vie d'Hippocrate : le Décret des Athéniens, le Discours de Thessalus, fils d'Hippocrate, et le Discours auprès de l'autel.*

Relativement à la naissance d'Hippocrate, les hellénistes paraissaient ne plus contester la date donnée par Histomaque et par Soranus, de Cos, la première année de la 80e olympiade (460 avant J.-C.).

M. Petersen veut la faire remonter plus haut. Dans son système, Hippocrate, né à Cos au delà de l'an 470, se fixe vers 445 dans le nord de la Grèce; observe la grande peste en 430; voyage en 420 avec ses fils et ses disciples dans la Grèce, pour porter des secours partout où éclatait une peste qui venait du nord; est récompensé à Athènes par un décret honorifique, et meurt entre 390 et 380.

Malgré les arguments très spécieux sur lesquels s'appuie ce système, M. Littré se croit fondé à maintenir la date généralement admise. C'est un fait qui nous paraît, comme à lui, hors de doute, en comparant entre eux les documents où l'on a puisé pour l'établir et qui sont si savamment analysés dans l'*Introduction* qui est à la tête du premier volume.

M. Littré est moins affirmatif dans la désignation des œuvres qui doivent être considérées comme appartenant exclusivement à Hippocrate. Il pousse même le scepticisme trop loin ce me semble; car il dit : « Nous ne pouvons affirmer d'une façon absolue que, dans la collection qui porte son nom, nous ayons un seul traité qui soit de lui; l'affirmative est seulement extrêmement probable; mais la sûreté diminue et la conjecture prend plus de place quand nous voulons déterminer tel ou tel livre comme lui appartenant. » De ces propositions, la dernière est incontestable; mais la première trouve sa réputation dans les *Remarques* de M. Littré lui-même *sur le caractère médical et sur le style d'Hippocrate*, qui se terminent par ces belles paroles : « Et lorsque le père de la médecine commence ses *Aphorismes* en disant : « *La » vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expé- » rience trompeuse, le jugement difficile*, qui ne se sent » transporté dans un autre ordre d'idées que celui auquel » nous sommes habitués? Qui n'entend là un autre langage » que celui qui retentit chaque jour à nos oreilles? Qui » croit lire dans cette sentence, à moitié grecque et à moitié » orientale, l'inscription monumentale inscrite au frontispice » de la médecine, au moment où les portes en sont ouvertes » par une main puissante? »

La peste dont il est question dans le *Discours* n'est pas, selon M. Littré, la grande peste de Thucydide; cela résulte des dates et des circonstances de l'invasion; il se demande même si elle est un fait réel, ou si elle est due à l'imagination d'un rhéteur ou à quelque confusion. Il range parmi les légendes ce récit du voyage d'Hippocrate. C'est un point qu'il avait déjà élucidé dans son premier volume, et il soutient son opinion avec une vigueur de logique qui ne permet pas de l'adopter. « Non, dit-il, Hippocrate n'a pas délivré la Grèce des ravages d'une grande épidémie qui arrivait du nord, et qui, conséquemment, était vraiment une grande épidémie..... Tout ceci n'est qu'une pure fable. Qui ne sait que l'art médical n'a, aujourd'hui encore, aucune ressource contre les grandes épidémies, et que, toutes les fois qu'on représente un médecin éteignant de lieu en lieu par sa science un fléau de ce genre, on se place dans la légende et le merveilleux. »

Ceci le conduit à examiner un travail de M. Schneider, de Breslau, sur le fameux épisode d'Hippocrate et d'Artaxerce. Tout en prouvant que les lettres relatives à l'appel d'Hippocrate en Perse sont apocryphes, le critique allemand tend à croire qu'il y a un fait réel au fond de cette correspondance, et que ce fait, rapporté par quelque historien grec de la Perse, était venu à la connaissance de l'auteur des lettres. « Toutefois il convient en même temps, dit M. Littré, qu'elles pourraient être une pure invention, engendrée par l'école de Cos contre l'école de Cnide, qui se vantait d'avoir élevé en Ctésias un médecin du grand roi, et à laquelle sa rivale opposait maintenant dans Hippocrate le contempteur magnanime des richesses et des honneurs de la Perse. Je crois, ajoute-t-il, que ce dernier parti est le plus sûr... Il est possible qu'Hippocrate ait été appelé à la cour de Perse; il est possible que non. »

Dans son *Introduction*, M. Littré avait rejeté le récit d'après lequel Hippocrate aurait reconnu que la maladie de *Perdiccas* était causée par l'amour secret qu'il ressentait pour une concubine de son père, Cette opinion est confirmée par de nouvelles recherches dues à M. Greenhil, et dont on lit un extrait dans cette préface, qui se termine par quelques

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des opérations; par M. le professeur ALQUIÉ, de Montpellier.

« Si la chirurgie est brillante quand elle opère, a dit le grand » chirurgien Lisfranc, elle l'est bien davantage encore lorsque, » sans faire couler le sang et sans mutilation, elle obtient la guéri- » son des maladies. C'est là cette chirurgie conservatrice dont Sa- » batier a ouvert la carrière. » Ce qu'il conseillait théoriquement à ses élèves, Lisfranc le leur démontrait encore mieux et plus efficacement par sa pratique de tous les jours. Chez lui, chose plus rare que l'on ne pense, le médecin complétait avec bonheur le chirurgien, ou plutôt l'instrument tranchant n'était qu'un agent thérapeutique comme les autres et le dernier qu'il employât après avoir épuisé les ressources que lui offrait la nombreuse collection des substances médicamenteuses tant internes qu'externes de la matière médicale.

Marchant dans les mêmes errements et pénétré des mêmes principes que ces deux grands maîtres Sabatier et Lisfranc, M. Alquié devoir opposer aux publications purement chirurgicales, dont re augmente chaque jour, un livre de *médecine opérante*, loi de la main, armée ou non d'un instrument, ne fût en orte qu'une exception et n'eût lieu que lorsque toute autre est devenue impossible ou manifestement inefficace. … que bien d'autres, M. Alquié pouvait tenter une … vé par de longs et pénibles concours tant à … où nous l'avons vu, aux unanimes applau- … quelque peu étonné peut-être … soutenir … sence de rivaux redoutables, la re- nommée de l'antique Faculté du Midi, agrégé et chef des travaux anatomiques, chargé pendant longtemps d'un service de chirurgie dans les hôpitaux, parvenu, enfin, de haute lutte aux honneurs du professorat, M. Alquié réunit trop de titres sérieux, a fait ses preuves trop publiquement pour qu'il soit possible de révoquer en doute sa capacité comme thérapeutiste, d'une part, et, de l'autre, son habileté comme opérateur. Or l'une et l'autre de ces deux qualités étaient nécessaires pour oser aborder une étude du genre de celle-ci et écrire des phrases comme la suivante : « A ceux qui prétendraient que la chirurgie actuelle n'abuse pas de ses ressources sanglantes, nous répondrons par des faits nombreux récents et puisés en des lieux divers. » Et, en effet, les preuves que l'auteur apporte à l'appui de son sentiment sont le plus souvent empruntées à la pratique, aux ouvrages de chirurgiens éminents contemporains, non dans le but d'exercer une déplorable critique envers des hommes haut placés dans la science et de les amoindrir, mais pour donner à l'œuvre dont il s'agit ici des fondements solides.

Le livre du professeur Alquié est divisé en quatre chapitres (nous eussions mieux aimé quatre sections, vu l'étendue de chacun et la quantité des matières qu'ils comprennent). Sous ce titre, *Abus des opérations chirurgicales*, l'auteur, dans son premier chapitre, fait une revue rapide des principales opérations plus ou moins excentriques qui, sous le patronage d'hommes justement célèbres, se sont introduites dans la pratique et ont été plus souvent suivies d'accidents funestes que de succès, ou sont restées inutiles après avoir compromis, sérieusement quelquefois, la vie des malades. Telles sont, pour n'en citer que quelques-uns, les injections dans les grandes cavités séreuses de liquides irritants destinés à provoquer la formation d'adhérences et à prévenir le retour des collections de liquides; la rupture des ankyloses, cette déplorable mystification chirurgicale si funestement expérimentée dans les hôpitaux il y a quelques années à peine; la ligature de l'aorte, les ablations de l'ovaire devenu le siége de tumeurs enkystées, la rupture du cal comme moyen de guérir la claudication; l'extirpation de la matrice, celle du goître; l'oblitération de la vulve, etc. Chacune de ces opérations, dont M. Alquié cite un ou plusieurs exemples, est accompagnée d'une critique judicieuse et concise qui révèle l'observateur attentif en même temps que l'homme passionné pour son art et, par cela même, opposé aux témérités qui peuvent diminuer la confiance des malades et compromettre l'autorité du praticien.

Quelles sont les causes de l'abus des opérations? Elles sont multiples, et, dans un second chapitre, l'auteur les examine successivement. C'est d'abord :

1° L'une des plus puissantes, l'imperfection ou le vice des connaissances médicales;

2° L'admission générale du trop fameux précepte de Celse : *Melius anceps remedium quam nullum*, qui, poussé à ses extrêmes limites, peut conduire à des résultats dangereux;

3° L'imperfection ou les erreurs de diagnostic, soit que le chirurgien se trompe sur la nature, l'étendue, le siége même de l'altération organique qui détermine les troubles fonctionnels; ici les exemples abondent : c'est une matrice saine enlevée comme cancéreuse; une cuisse amputée pour une carie du genou absente; l'amputation d'un sarcocèle qui n'est autre chose qu'un testicule vénérien; un bubon pris pour une hernie étranglée, etc.

Une quatrième cause, c'est que l'on ne s'occupe p… prévenir les accidents dont la survenance … tard les opérations de la chirurgie.

5° Tout en faisant la part des progrès dus à certains hommes qui s'adonnent à l'étude et au traitement d'une partie restreinte … maladies chirurgicales, M. Alquié croit pouvoir admettre … pratique des *spécialités* est une nouvelle cause de l'… rations, et en cela peut-être sommes-nous un pe… ger son avis, mais non pas en ce qui regarde

considérations sur des points d'une importance secondaire.

Cette sévérité historique dépoétise bien l'antique renommée d'Hippocrate ; mais ce vaste génie n'a pas besoin, pour sa gloire, d'emprunter à la fable les fausses couleurs qui le mettent au-dessus de l'humanité. Ce n'est pas cependant que nous soyons de l'avis de ceux qui prétendent que la médecine n'a fait aucune grande conquête depuis son époque ; loin de là, nous croyons qu'il y a entre lui et nous la même distance qu'entre l'enfance et la virilité. Nous n'avons jamais pris au sérieux cette proposition, qui nous a toujours paru n'être qu'une boutade de quelques esprits chagrins. Notre conviction à cet égard est telle que nous ne craignons pas d'avancer qu'on ne lira pas davantage Hippocrate, malgré l'admirable traduction que nous avons sous les yeux, malgré les belles argumentations qui la vivifient et tendent à la mettre, autant que possible, en rapport avec nos connaissances actuelles. On ne consultera les œuvres d'Hippocrate que pour étudier l'évolution du progrès scientifique et pour juger l'intervalle qui nous sépare de lui, comme l'on fait dans nos arsenaux où l'on rassemble des armes de tous les siècles, sans avoir jamais la pensée de recourir à la baliste des anciens ou aux mousquets de nos aïeux. A ce point de vue, les œuvres d'Hippocrate ont un intérêt immense, et nous les admirons quand nous savons qu'en remontant les âges il n'y a vraiment rien au delà.

Les matières renfermées dans le volume que M. Littré vient de publier sont le 2e et 3e livres des *Maladies*, séparés du 4e par les *Affections internes*, par les *Traités de la nature de la femme* et par ceux du *Fœtus*, de la *Génération* et de la *Nature de l'enfant*.

Le savant traducteur pense que le 2e et le 3e livres des Maladies, ainsi que celui des Affections internes, sont d'origine cnidéenne. Ces trois ouvrages ont tant de similitude entre eux, qu'on peut les regarder à peu près comme des répétitions des mêmes sujets. C'est une collection de descriptions de maladies qui sont placées les unes après les autres sans aucun ordre systématique. Chaque description est annoncée ou par la dénomination de la maladie, *fièvre de bile*, πυρετὸς χολώδης; ou bien tout simplement par ces mots, *autre maladie*, ἄλλη νοῦσος. En tête de chacune d'elles, M. Littré a mis quelques mots destinés à donner une idée de la maladie, à la rattacher à des faits aujourd'hui connus, lorsqu'il y a quelque doute sur la nature. La thérapeutique y occupe [...] plus de place que la symptomatologie, qui est très [...] mais généralement exacte, tandis que la première [...] souvent aucune valeur. Quant à la pathogénie, [...] ut supporter le moindre examen. Toutefois, on [...] ces livres des faits intéressants d'auscultation, [...] ont on n'a tenu aucun compte pendant tant de siècles, et qui ont été si admirablement observés et interprétés par les modernes. On y voit de nouvelles et nombreuses preuves que la thoracentèse était une opération passée dans la pratique journalière, et que l'on ne reculait pas devant la néphrotomie, remise en honneur parmi nous par les travaux de M. Rayer. On doit encore aux médecins cnidéens la trépanation d'une côte dans la thoracentèse pour empêcher l'introduction de l'air ; et sur les pertes séminales, des connaissances qui n'ont peut être été dépassées que par les travaux de M. Lallemand.

Mais ce qui frappe le plus le lecteur, c'est ce qui est relatif à la pleurésie ; c'est l'indication du bruit de frottement produit par les fausses membranes de la plèvre, et qu'ils définissent un bruit comme le cuir ; c'est la hardiesse de l'opération mise en regard de l'obscurité du diagnostic et de l'incertitude où l'on devait être presque toujours sur la présence d'un liquide dans la plèvre et sur la détermination du côté affecté. Il me semble bien évident, par exemple, qu'ils ne pouvaient pas distinguer la pleurésie de la pneumonie ; car je lis trois descriptions de la pleurésie (nos 44, 45, 46), dans lesquelles l'expectoration est *sub-bilieuse, sanguinolente, jaune, quelquefois livide*. Qui ne reconnaît là les crachats si caractéristiques de notre pneumonie aiguë ?

La même confusion existe dans la description qui suit immédiatement les précédentes, sous le titre de *péripneumonie*; et par suite de cette confusion, on y trouve l'histoire de la thoracentèse, qui y est plus détaillée que dans aucun autre endroit. Le malade « expectore des matières épaisses et non mélangées le septième et le huitième jour à dater du début de la fièvre ; douçâtres et purulentes le neuvième et le dixième, jusqu'à ce que les quatorze jours soient passés. » Ce n'est pas là certainement l'expectoration de la pneumonie. Aussi on ne devait pas souvent rencontrer les signes d'un abcès dans le poumon, ni l'expectoration de pus, comme on s'y attendait, et l'on avait bien plus fréquemment à constater ceux d'un épanchement pleurétique, ainsi qu'il résulte de propres paroles de ce passage, qui fait connaître les indications et le procédé opératoire de l'empyème. « Si les infusions ne déterminent pas l'éruption (*l'expectoration du pus*) il ne faut pas s'en étonner, car souvent la rupture se fait dans la cavité pleurale... La fièvre augmente, le côté devient douloureux, la toux s'établit, le décubitus, impossible sur le côté sain, est possible sur le côté affecté. Les pieds enflent ainsi que le dessous des yeux. En ce cas, quand on a atteint le quinzième jour après la rupture, on lave le patient avec beaucoup d'eau chaude, on l'asseoit sur un siége qui ne bouge pas ; un aide tient les bras, et vous, le secouant par les épaules, vous écoutez de quel côté le bruit se fait entendre ; on doit désirer d'inciser du côté gauche, car le danger est moindre. Si, en raison de la densité et de la quantité du liquide, il n'y a pas de bruit (cela arrive quelquefois), incisez, du côté où il y a gonflement et le plus de douleur, incision aussi bas que possible..... Vous incisez entre les côtes avec un bistouri convexe, la paroi d'abord ; puis, prenant un bistouri pointu, vous l'entourerez d'un linge jusqu'à la pointe, et vous en laisserez libre la longueur de l'ongle du pouce, alors vous enfoncerez l'instrument... On recommande ensuite de ne soutirer qu'une partie du liquide épanché ; on met une tente de linge dans la plaie, et pendant une dizaine de jours on laisse couler une quantité de pus plus ou moins considérable, en ayant soin d'injecter à chaque pansement du vin et de l'huile tièdes dans la plèvre, *afin que le poumon accoutumé à être baigné par le pus ne soit pas séché tout à coup*.

D'après les détails si intéressants dans lesquels nous venons d'entrer, et en songeant à la presque nullité des données que nous fournit la succussion, il est facile de comprendre combien les anciens devaient rencontrer de cas obscurs et difficiles. Le 3e livre des *Maladies* nous fait connaître à quels moyens ils avaient alors recours. « Prenez de l'argile d'éréthrie humide, bien broyée et chaude ; trempez-y un linge léger ; enveloppez-en circulairement la poitrine, et là où le linge se sèche d'abord il faut inciser ou cautériser. »

C'est dans le livre des *Affections internes*, où l'on revient à plusieurs reprises sur l'opération de l'empyème, que l'on donne le conseil de trépaner une côte pour donner issue au pus. « Incisez sur la troisième côte, à partir de la dernière, jusqu'à l'os ; puis trépanez la côte avec un trépan en forêt. » C'était là un progrès notable à une époque où l'art naissait à peine ; mais que l'on propose d'y revenir aujourd'hui, voilà ce que je ne comprends pas en présence de la méthode sous-cutanée, dont l'inventeur a obtenu au Val-de-Grâce des succès remarquables en l'appliquant à l'opération dont il s'agit. Plus on lit les détails qui, dans les œuvres hippocratiques, ont trait à l'empyème, plus on est convaincu que dans ces temps reculés on ne rangeait pas la ponction de la poitrine parmi les opérations graves ; partout on trouve cette idée qu'en *traitant ainsi le malade on procurera très promptement la guérison*. De cette lecture aussi il résulte que l'on employait les caustiques tout aussi bien que le bistouri pour arriver jusqu'au liquide accumulé dans la plèvre : c'est une méthode à laquelle on n'a pas encore complétement renoncé en France, car j'ai donné des soins à un jeune militaire qui avait été ainsi opéré de l'empyème et chez lequel la potasse avait profondément altéré une côte. Néanmoins, la guérison se fit rapidement et fut complète. Cet officier supporte aujourd'hui sans la moindre incommodité les fatigues de la guerre d'Afrique.

Ces divers traités contiennent aussi la description de l'*hémoptysie* et de trois espèces de *phthisie pulmonaire*. Nous n'y trouvons rien qui nous intéresse aujourd'hui, si ce n'est l'indication de la conformation des ongles chez les phthisiques, à laquelle on a voulu tout dernièrement attacher une importance qu'elle n'a pas ; et, ce qui mérite le plus notre attention, l'usage fréquent que les anciens faisaient des cautères sur la poitrine dans ces affections.

Les *hydropisies* consécutives aux maladies du foie et de la rate n'avaient pas échappé à l'observation des médecins de l'antiquité ; ils en traitent même assez longuement. Mais, ce qui nous paraît plus étonnant, c'est la connaissance qu'ils avaient des maladies des reins ; c'est surtout la fréquence et la facilité avec lesquelles ils paraissent avoir pratiqué la néphrotomie..... « Quand le rein s'est rempli de pus, il se gonfle près du rachis. En ce cas, on pratiquera sur le gonflement une incision, en général profonde, dans le rein. Si vous réussissez dans l'incision, vous guérirez sur-le champ le patient ; si vous échouez, il est à craindre que la plaie ne se referme pas. » Même hardiesse que pour l'empyème, mêmes expressions pour annoncer le résultat : on dirait, en vérité, qu'il n'y a rien de plus simple.

Sous le titre de *Phthisie dorsale*, on est étonné de lire la symptomatologie presque complète des pertes séminales ; on peut en juger : « La phthisie dorsale vient de la moëlle ; elle attaque principalement les nouveaux mariés et les gens adonnés aux plaisirs vénériens ; ils sont sans fièvre, ont beaucoup d'appétit et maigrissent. Si vous les interrogez, ils répondent que des espèces de fourmis leur semblent descendre de la tête le long du rachis ; après la miction ou la défécation, ils rendent du sperme en abondance et aqueux ; ils n'engendrent pas ; ils ont des pollutions nocturnes soit qu'ils couchent ou non avec une femme. En marchant en courant et surtout en montant une côte, ils sont pris de gêne dans la respiration et de faiblesse. La tête est pesante, les oreilles tintent, etc. » Cette question se représente plusieurs fois, et, en présence de ces belles observations, on se demande comment la médecine a pu les oublier pendant tant de siècles et méconnaître si longtemps une affection qui a faille désespoir de tant d'individus et le malheur de tant de familles. Cette maladie, au surplus, peut avoir été plus commune dans le temps et dans le pays d'Hippocrate que de nos jours et en France. On sait, en effet, combien l'amour physique occupait de place dans la vie des anciens Grecs, et l'on trouverait là la raison de cette multiplicité des pertes séminales. Je suis porté à croire qu'on pourrait les retrouver dans les mêmes proportions chez les Arabes, où les mêmes mœurs se sont conservées et qui sont très souvent frappés d'impuissance prématurée par suite de l'abus des plaisirs vénériens.

Parmi les maladies pyrétiques, plusieurs sont rangées par M. Littré au nombre des fièvres pseudo-continues, pour me servir de ses expressions. Je crois qu'il faut y ajouter les principales variétés d'ictère dont il est fait mention dans ces divers traités, car bien évidemment ce n'est pas la même maladie que celle que nous connaissons aujourd'hui sous cette dénomination. On sait, en effet, que notre ictère est presque constamment apyrétique et qu'il se termine presque toujours aussi par la guérison : l'ictère grec, au contraire, s'accompagne très fréquemment de fièvre et a très souvent une issue funeste les cinquième, septième ou neuvième jour ; ce qui me porte à penser qu'on doit le classer parmi les fièvres rémittentes tierces pernicieuses ictériques, ou parmi les fièvres de même nature passées à l'état continu.

MAILLOT,

Médecin en chef, professeur de clinique à l'École du Val-de-Grâce.

(La suite au prochain numéro.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

Méningite cérébro-spinale aiguë. Traitement par l'écoulement continu de sang. Guérison rapide.

Nous ceux qui [...] l'excessive gravité de la méningite cérébro-spinale [...] ront pas sans un vif

---

nêtes, dignes d'autant d'estime et de considération que les autres praticiens.

6° Parlerons-nous du désir trop fréquent de substituer l'action de la main à celle de la nature, qui arriverait au but désiré souvent plus sûrement que par l'opération elle-même.

7° Enfin, et comme dernière cause, l'oubli du précepte clinique qui reconnaît des maladies ou des infirmités utiles à la santé, ou dont il faut respecter l'existence ; et sous ce chef viennent se ranger, entre autres, les opérations de luxe ou de complaisance.

A cette revue rapide des opérations contre-indiquées ou abusives, et des causes générales et communes de ces abus, l'auteur fait succéder *un exposé général de la chirurgie conservatrice et des moyens de restreindre l'utilité des opérations chirurgicales*.

Et d'abord, dit M. Alquié, il faut être *médecin opérant* et non chirurgien, c'est-à-dire n'avoir recours à la chirurgie qu'après que tous les moyens médicaux ont échoué. Epargner une opération, ne fût-ce qu'à un malade sur quinze ou vingt, n'est-ce pas déjà un beau résultat ? Il ne faut tenter une opération que quand elle offre des chances suffisantes de succès ; en tout cas, préférer une conservation incertaine à un sacrifice incertain ; établir un diagnostic complet et précis, précepte vulgaire, car le diagnostic est la source des véritables indications thérapeutiques.

Ici nous abordons un précepte plus délicat. Il faut, dit l'auteur, se tenir en garde contre l'erreur ou la mauvaise foi de certains chirurgiens. Nous recommandons à nos lecteurs ce paragraphe rempli d'indications curieuses, réunies avec une patience inouïe par M. Alquié, et dans lequel ils trouveront ample matière à des réflexions de la plus haute importance sur l'art de grouper les chiffres et de se servir de la statistique en vue d'une idée préconçue ou dans des intentions moins honorables encore. Il faut en chirurgie respecter [...] tolérées ; que si l'on opère en pareille occurrence, en [...] constances individuelles particulières, au moins faut-il dans tous les cas que la gravité de l'opération soit beaucoup moindre que les inconvénients ou les dangers de la malformation pour laquelle elle est proposée.

Nous ne ferons que mentionner un précepte bien vulgaire aussi celui de prévenir et de combattre avec soin les accidents, précepte qui implique pour le chirurgien la nécessité de posséder les connaissances médicales les plus étendues. Combien de plaies, de fractures, de lésions des artères, des articulations, etc., se terminent heureusement et par les seuls secours de l'hygiène, si les unes l'hémorrhagie, l'inflammation, la suppuration, la gangrène, une foule d'autres accidents ne venaient aggraver leur cours ! [...] mière ! Tel est l'objet digne de fixer l'attention du médecin [...] en s'efforçant habilement de prévenir ou de combattre [...] cations, il est assuré de restreindre considérablement [...] opérations sanglantes. Prévenir la chronicité des maux des cas se bornant pas à des traitements incomplets, se livrant à de [...] donnés à des essais médicamenteux dirigés avec la plus grande conspection, substituer à une opération extrême [...] grave et conservatrice, restreindre le plus possible [...] parties, rétablir les parties détachées en entier [...] tels sont encore les principes essentiels au début [...] se livre M. Alquié en terminant son troisième [...] saurions en vérité trop lui donner d'éloges [...] cette partie de son travail.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé [...] principes généraux de la chirurgie conservatrice [...] l'utilité ne nous semble nullement contestable [...] professeur corrobore à chaque page, à chaque ligne, les exemples les plus frappants. Nous arrivons [...] son livre, consacrée à l'examen des moyens de restreindre l'utilité des opérations en particulier. Ici, bien que nous [...] assez concis dans l'analyse des premières divisions [...] ne pouvons, même succinctement, suivre l'auteur dans les détails de ce chapitre. Nous [...] nous co[...] de signaler en passant quelques-uns des points [...] avec le plus de développements.

Nous trouvons, en premier lieu, les amputations, dont l'auteur examine les indications dans les cas de fractures comminutives produites ou non par les armes à feu, de fractures multiples avec lésions des nerfs ou vaisseaux importants ; la question des amputations immédiates et secondaires, si [...] encore, le traitement des complications possibles des plaies par morsure, la bite, lymphangite, nécrose, gangrène, les résections, l'[...] des affections cancéreuses, l'opération du trépan, le traitement des difformités, la réduction des luxations anciennes, la cure des varices, les opérations de hernies étranglées, forment le sujet d'autant de paragraphes où l'auteur fait preuve d'une érudition aussi vaste que solide, d'une expérience personnelle étendue, d'un talent de critique éminent.

Le livre se termine par l'exposé de quelques méthodes nouvelles propres à l'auteur, et en particulier d'un procédé pour dissoudre, à l'aide de liquides appropriés, les [...] dans la vessie, sans avoir recours ni à la taille, ni à la lithotritie. Plusieurs planches lithographiés accompagnent et font mieux comprendre la description que donne l'auteur de son nouvel et ingénieux appareil.

En résumé, l'ouvrage du professeur Alquié, conçu sur un plan tout nouveau, qui a dû lui nécessiter de immenses et lui coûter des veilles nombreuses, est un éminemment pratiques dont il [...] désirer [...] multipliât en chirurgie. Nous [...] et notre ami ne verra point, nous l'espérons, dans [...] banal, que M. Alquié a rendu un véritable [...] par cette publication et qui a bien mérité [...]

intérêt l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. Thouvenet, interne de M. Cruveilhier.

Eugénie Lavie, infirmière, âgée de vingt-quatre ans, est admise le 26 août 1850 dans la salle Saint-Raphaël, n° 25, service de M. le professeur Cruveilhier.

Elle était alors souffrante depuis quatre à cinq jours, et ses douleurs siégeaient principalement à la tête et le long de la colonne vertébrale, principalement à la région lombaire; il y avait aussi quelques douleurs, mais beaucoup de lassitude dans les membres; la malade avait de la peine à monter un escalier. Inappétence. La veille, quelques vomissements.

A la visite du 26, on constate : fièvre intense; peau brûlante, couverte de sueurs; face rouge, animée; céphalalgie; constipation; ventre un peu douloureux, surtout à droite; langue humide, un peu blanche; pouls très fréquent, pas très fort. On croit à une fièvre typhoïde commençante, et l'on fait une prescription en conséquence.

Le soir, la céphalalgie prit une violence extraordinaire; le moindre mouvement, volontaire ou communiqué, détermine d'atroces souffrances. La respiration est accélérée, suspirieuse, entrecoupée; la malade pousse des cris à chaque instant. Les yeux sont fermés. Indifférence complète de la malade à ce qui se passe autour d'elle; elle répond cependant aux questions. Face très rouge; pouls fréquent, dur. Pas de vomissements. On diagnostique une méningite. — Saignée de 3 à 4 palettes; 20 sangsues aux apophyses mastoïdes; calomel, 0,60 en six paquets, de deux heures en deux heures; sinapismes aux membres inférieurs; glace sur la tête.

Le 27, la nuit a été plus calme. La malade se plaint moins de la tête, mais souffre partout ailleurs; la lumière lui fait mal, et les yeux sont dirigés de manière à l'éviter; la pression sur les yeux n'est pas douloureuse; mouvements incessants. — Saignée; cinq sangsues de chaque côté, renouvelées quand elles tombent; ventouses sur le dos; purgatif; gomme avec sirop de nerprun; glace sur la tête; sinapismes.

Dans la journée, des secousses dans les jambes et dans les bras. Engourdissement dans ces derniers membres, mais par instants seulement; la malade a beaucoup souffert à la partie moyenne du dos quand on a appliqué les ventouses. Toujours de l'agitation, céphalalgie diminuée; regard plus assuré; la malade parle mieux, mais elle est complétement exsangue; elle a eu des syncopes fréquentes avec perte de connaissance; peau fraîche; pouls excessivement faible, fréquent; envies de vomir; vomissements après quelques cuillerées de vin, sentiment de faiblesse extrême.

Dans la nuit, respiration toujours suspirieuse; la malade se plaint de ne pouvoir aller à la garde-robe; céphalalgie encore moindre, peu de fièvre.

Le 28 au matin, la malade se trouve très bien; elle ne souffre presque pas de la tête; visage très bon. Quelques heures après la visite, elle est plus malade; il y a quelques vomissements, sa face s'injecte un peu; il y a de la jactication; elle supporte bien la lumière; l'expression de l'œil est bonne; la malade dit éprouver souvent, surtout dans les jambes, des secousses qui durent quelque temps; pas de secousses dans les bras, mais sensation de constriction et crampes violentes et fréquentes dans les jambes et dans les bras; les doigts se crispent quelquefois pendant dix minutes; douleurs le long de la colonne vertébrale, principalement vers les reins; pas de garde-robes. — Calomel et jalap, de chaque, 60 centigr. en deux prises; sinapismes; lavement purgatif le soir.

La journée se passe assez bien, la malade dit qu'elle ne souffre pas du tout de la tête; le facies est assez bon; elle se plaint sans cesse de ne pouvoir aller à la selle, douleurs de ventre; pas d'effet produit par le purgatif; pouls toujours faible, fréquent.

Le soir, le lavement purgatif détermine des selles; la malade est soulagée.

Le 29, la malade est moins bien ce matin; le pouls s'est relevé, il est dur, fréquent; la peau est chaude; la malade a la tête lourde, mais elle ne souffre pas; point de secousses dans les jambes; dans les bras, elle n'accuse qu'une grande lassitude. — Sangsues aux apophyses mastoïdiennes, mises deux par deux, de manière à entretenir un écoulement de sang continuel pendant la journée; infusion de séné 16 grammes dans du jus de pruneaux.

Le soir, même état; le pouls est toujours vif et fréquent; peau chaude; les sangsues coulent encore.

Le 30, la nuit a été bonne; la malade a dormi, elle se trouve très bien ce matin; n'a pas été à la garde-robe, malgré le purgatif; toujours envies de vomir; pouls très fréquent, moins vif. Etat général bon; un peu de gaieté. — 4 sangsues, 2 le matin et 2 le soir; purgatif.

Le 31, l'état de la malade continue à être satisfaisant; pas de douleurs de tête; aucune souffrance; sentiment de faiblesse très grande; la malade a un peu dormi cette nuit; elle éprouve toujours quelques envies de vomir, soit spontanées, soit provoquées par l'ingestion des boissons. Le pouls, moins fréquent, a perdu de la force fébrile qu'il avait hier; la figure est bonne. — 4 sangsues, deux par deux; calomel, jalap à la dose déjà indiquée.

La convalescence continue; plus de douleurs de tête, un peu de pesanteur seulement; expression des yeux bonne; pas de sensibilité.

Une selle hier; pas encore d'appétit; pouls à 85; souffle artériel intermittent dans la carotide droite.

Le 5 septembre, la malade allait très bien; aujourd'hui il s'est fait dans la salle beaucoup de bruit à cause de la visite des malades; le soir elle se plaint des céphalagies; elle est un peu assoupie. Dans la nuit, douleurs très grandes dans les deux jambes, depuis le genou jusqu'au pied; ces douleurs existent spontanément, mais surtout quand la malade veut remuer. — Lavement avec huile de croton, deux gouttes; sinapismes.

Le 6, plus de céphalalgie, mais la malade se plaint beaucoup de ses jambes.

Le 15 septembre, très bon état; la malade se lève et marche; les forces ne sont pas encore complétement revenues, et c'est pour cela seulement qu'elle reste dans la salle comme malade. Elle reprend son service quelques jours après, étant parfaitement remise.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres : d'abord parce qu'il est assez rare qu'une méningite aiguë aussi intense, aussi nettement caractérisée, guérisse; mais surtout parce qu'on peut suivre pas à pas, dans ce cas, des résultats obtenus par le traitement énergique qui a été employé dès le début. La malade a perdu en très peu de temps une énorme quantité de sang, puisque, ainsi que nous l'avons noté, elle était, dès la fin du second jour, véritablement exsangue; à chaque instant elle tombait en faiblesse; son pouls était presque imperceptible; il y avait les bruits de souffle, de l'anémie dans les carotides; mais à ce moment aussi les symptômes de la méningite avaient presque complétement disparu.

Le lendemain et le surlendemain, il se manifesta une légère recrudescence; on revient aux sangsues appliquées deux par deux successivement derrière les apophyses mastoïdes, de manière à produire un écoulement de sang peu abondant mais continuel; et, grâce à ce mode d'évacuer le sang, la maladie est en voie de guérison, quatre jours après son début. La quantité de sang perdue n'a eu aucune influence fâcheuse, puisque la malade a repris ses forces rapidement, et s'est rétablie sans présenter aucun de ces phénomènes que l'on attribue à l'emploi énergique de la médication antiphlogistique. Aussi pensons-nous que l'on ne doit pas hésiter, dans les cas de méningite franchement aiguë, à faire perdre aux malades une grande quantité de sang tout d'abord, et à entretenir ensuite un écoulement sanguin continu pendant longtemps, à l'aide de sangsues appliquées successivement au nombre de deux à trois derrière les apophyses mastoïdes.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 décembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Candidatures.

MM. Cazeaux, Chailly (Honoré), Depaul et Jacquemier se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

Lithotritie par les voies artificielles.

M. Cazenave, de Bordeaux, envoie une observation de lithotritie pratiquée en 1847 par une voie artificielle (vieille plaie résultant d'une ponction hypogastrique).

Emploi de l'électricité dans diverses maladies.

M. Récamier, empêché par une indisposition d'assister à la séance, envoie la note suivante.

Après avoir essayé dans le traitement de diverses maladies tous les appareils électriques depuis la pile à auge jusqu'à l'appareil de Breton, il s'est arrêté au mode d'administration suivant de l'électricité :

Le *cataplasme galvanique*, car c'est le nom que nous avons donné au moyen en question, dit M. Récamier, n'est autre chose qu'une ouate de coton contenant une couche de paillettes de zinc et une couche de paillettes de cuivre. Cette ouate, convenablement piquée et cousue, est renfermée dans un sachet dont l'une des faces est une cotonnade piquée et dont l'autre face est un tissu imperméable.

Sans doute la confection d'un pareil cataplasme réclame des précautions, de l'attention, de l'expérience; mais le topique une fois confectionné, quel est le praticien, quel est le médecin de campagne, quel est le malade même qui reculera devant son emploi ?

L'usage en est des plus faciles. On applique le cataplasme sur la peau, du côté perméable, bien entendu; on l'applique hermétiquement à l'aide de bandes ou de serviettes. Bientôt la chaleur se développe, la transpiration retenue par le tissu imperméable s'accumule; cette transpiration humecte le sachet, et cette humidité, acide, comme chacun sait, produit, sur le cuivre et le zinc que renferme le coton, ce que produit la *sauce* dans la pile à auge, ce que produisent les disques de draps mouillés dans la pile à colonnes : l'électricité se dégage. C'est, vous le voyez, l'instrument de Galvani ramené à son emploi le plus simple et le plus facile.

Nous avons trouvé des peaux sèches réfractaires à la stimulation de la chaleur; dans ces cas, nous avons eu recours à l'auxiliaire que voici : on prend un morceau de flanelle humectée d'eau chaude salée, et puis tordue; on interpose cette flanelle entre le topique galvanique et la peau. L'électricité se dégage avec une telle vigueur que nous l'avons vue sinapiser toute la région sous-jacente; en général, cependant, la sensation produite est celle d'une douce chaleur et d'un picotement sans acuité.

Permettez-moi de vous faire remarquer que l'électricité obtenue par le cataplasme galvanique se dégage sans intermédiaire à l'état naissant. Les gaz à l'état naissant ont des propriétés spéciales, pourquoi l'électricité à l'état naissant n'en aurait-elle pas ?

La flanelle imbibée d'eau salée nous a donné l'idée d'employer les mêmes cataplasmes galvaniques, c'est-à-dire l'électricité comme auxiliaire dans toutes les médications par l'absorption.

Rien n'empêche d'imbiber cette flanelle médiatrice d'une solution de sulfate de fer ou de sulfate de zinc ou d'iodure de potassium, ou d'autres encore; car alors l'électricité, dégagée par le cataplasme, agit plus efficacement encore que la friction, qui n'est elle-même aussi qu'un autre genre d'électrisation. Dans un cas de syphilide douteuse, nous avons interposé entre les régions douloureuses et les cataplasmes galvaniques une flanelle imbibée d'une solution fort étendue de deutochlorure d'hydrargire, et la douleur a été instantanément suspendue.

Nous croyons aussi avoir constaté que dans les cas où un seul topique (cataplasme galvanique) ne procurerait pas le soulagement désiré, ce soulagement se prononçait d'une manière plus prompte et plus péremptoire en plaçant un cataplasme semblable du côté opposé, c'est-à-dire en avant d'abord, puis en arrière de la région en souffrance. Cette manière de procéder est de la plus haute importance quand il s'agit d'opérer sur des tumeurs indolentes dont on veut obtenir la résolution.

Effectivement, j'ai remarqué que lorsqu'on emploie la pile à auge, si les courants ne se rencontrent pas précisément dans l'organe malade, on n'obtient aucun avantage médicamenteux, tandis que l'on y arrive presque à coup sûr si l'on dispose les courants de façon qu'ils se rejoignent dans l'organe affecté.

Voici un exemple dont un des vôtres, M. le docteur Amussat, a été témoin.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, traitée par M. Portalès, portait à la hauteur de la symphise sacro-iliaque, une tumeur sphéroïde représentant un corps fibreux du volume d'une orange. Cette tumeur, constatée dans une consultation par MM. Amussat, Portalès et moi, était indolente, dure, et s'opposait à la défécation, qui non-seulement était très difficile, mais semblait menacée d'une suppression totale. Je proposai, faute de mieux, de soumettre la tumeur aux courants galvaniques, mais à la condition que la pointe des aiguilles placées à l'extrémité de chaque ouverture serait constamment placée à la même distance de la tumeur. M. le docteur Portalès exécuta ce conseil avec une attention et une persévérance telles, que deux mois plus tard, redemandés en consultation M. Amussat et moi, nous trouvâmes la tumeur ramollie en pleine résolution; deux mois encore plus tard il ne restait pas un quart de la tumeur, et enfin six mois après le commencement du traitement, la tumeur avait disparu, ainsi que toute difficulté dans la défécation. Ceci se passait il y a plusieurs années, et depuis lors la santé de la malade s'est parfaitement soutenue.

Ce fait, qui revenait après d'autres moins décisifs, m'obligea de réfléchir encore davantage, vous le pensez bien, sur la manière la plus commode d'employer l'électricité, et surtout sur les moyens de faire rencontrer deux courants contraires dans un même point. Eh bien, il nous a semblé que l'électricité développée par deux cataplasmes galvaniques, placés l'un en avant, l'autre en arrière, s'irradie en courant, et se croise dans l'organe malade.

Ainsi, l'électricité positive du cataplasme A attire et s'allie avec l'électricité négative du cataplasme B, et *vice versa.* De cette manière, au lieu de la rencontre de deux courants, l'organe malade subit la rencontre de quatre, E, A, D, deux compositions; ce qui permet d'en opérer une action résolutive très puissante. Cette action sera d'autant plus puissante, que, comme nous l'avons déjà dit, sous chacun des cataplasmes on peut interposer une flanelle imprégnée d'un liquide chargé des éléments que contiennent ce que l'on appelle des emplâtres fondants, éléments que l'électricité dégagée fera présenter avec une énergie qu'il sera facile d'activer ou de tempérer.

Il est clair que le tissu imperméable placé à la face externe du topique (cataplasme galvanique) est destiné à l'isoler, afin d'empêcher l'électricité dégagée de s'évaporer. C'est du reste la théorie de ce qui arrive quand on applique simplement la ouate de coton avec le taffetas gommé, taffetas qui, en retenant la transpiration à la surface de la peau, empêche aussi l'évaporation locale de l'électricité physiologique. Ce fait est dénoncé par la chaleur intolérable qu'éprouvent certains malades sous ces simples topiques.

On pourrait donc opposer au topique galvanique, au lieu d'un second topique semblable, une simple ouate de coton recouverte extérieurement de taffetas gommé; mais alors on n'aurait pas de courants établis d'un côté à l'autre. Alors il n'y a qu'une simple diffusion de l'électricité galvanique (fournie par le cataplasme galvanique) dans les organes que le cataplasme recouvre.

Un dernier mot.

L'expérience démontrant que l'électricité ajoutée ne convient pas dans tous les cas, nous avons dû rechercher les moyens de soustraire l'électricité comme nous avions cherché ceux de la produire. Eh bien! nos cataplasmes humides, cataplasmes qui ne contiennent ni corps huileux, ni corps résineux, qui ne sont pas conducteurs de l'électricité, ces cataplasmes, par leur humidité même, nous ont paru d'excellents soustracteurs de l'électricité.

Depuis longtemps déjà, comme beaucoup d'entre vous peuvent le savoir, je suis revenu à l'usage des cataplasmes romains, je parle des feuilles végétales en général et spécialement des feuilles de choux; ces feuilles, quoique imperméables, sont essentiellement conductrices de l'électricité, et elles me servent dans une foule de circonstances où je veux retenir à la peau la transpiration sans en retenir l'électricité; vous ne serez donc pas surpris, mes chers confrères, du fréquent usage que je fais de ce moyen pour *désélectriser*, de ce moyen qui n'est un remède de bonnes femmes qu'aux yeux de l'ignorance, de ce moyen enfin que je vous propose comme des auxiliaires précieux des cataplasmes galvaniques, dont ils sont précisément la contre partie.

Si je ne voulais me borner à une simple communication,

j'entrerais dans les détails des observations déjà recueillies sur l'efficacité de nos topiques galvaniques.

Deux fois ils ont fait cesser des douleurs d'entrailles; une fois ils ont combattu avec avantage une constipation opiniâtre qui depuis sept ans résistait à tous les autres moyens.

Ils nous ont paru essentiellement curatifs; ils ont modifié avec un notable avantage des douleurs lymphatiques, névralgiques ou rhumatismales.

Sur les ganglions de la main et du poignet.

M. Robert lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Gosselin, relatif à la maladie désignée sous le nom de *ganglion*, étudiée spécialement à la main et au poignet.

A l'état normal, suivant M. Gosselin, il existe, deux gaînes tendineuses dans la paume de la main; l'une, externe, qui enveloppe le tendon fléchisseur du pouce dans toute sa longueur; l'autre, interne, correspondant aux tendons fléchisseurs du quatrième et du cinquième doigt, en se prolongeant jusqu'à l'extrémité de ce dernier. Les tendons de l'index et du médius sont entourés seulement de tissu cellulaire lâche et extensible.

Quelques variétés ont été observées par M. Gosselin dans la disposition de ces gaînes. Ainsi, les deux membranes synoviales communiquent parfois l'une avec l'autre; il peut exister entre elles une troisième synoviale accessoire appartenant au tendon du médius. Enfin, la synoviale interne n'atteint pas toujours l'extrémité du petit doigt. Tels sont les faits anatomiques à l'aide desquels M. Gosselin a pu expliquer diverses particularités relatives à l'évolution des kystes hydropiques du poignet d'une manière plus satisfaisante qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour.

Toutefois, nous passerons légèrement sur cette première partie, qui renferme sans doute des détails intéressants sur l'anatomie des bourses tendineuses de la main, mais qui ne jette pas de lumière sur les questions controversées de l'étiologie et du traitement des maladies de ces gaînes.

La deuxième partie nous paraît offrir beaucoup plus d'intérêt. Celle-ci a pour objet l'étude du mode de formation des kystes dorsaux de la main, connus sous le nom de *ganglions*.

Voici quel a été le point de départ des recherches de l'auteur. Au mois de mars dernier il eut l'occasion rare de faire l'autopsie d'une de ces tumeurs: elle était arrondie, fluctuante, non dépressible, et offrant tous les signes physiques assignés aux ganglions.

La dissection montra qu'elle avait son origine dans le tissu cellulaire sous-synovial, près de l'interligne radio-carpienne; qu'elle adhérait à la séreuse de cette articulation sans communiquer avec elle; et qu'enfin elle arrivait sous la peau en se frayant un passage à travers les plans fibreux du dos du poignet.

M. Gosselin passe en revue les diverses théories pour expliquer l'origine des tumeurs de ce genre. Je ne le suivrai pas dans la critique judicieuse qu'il fait successivement de chacune d'elles. On sait que la plus accréditée est celle qui considère les ganglions comme étant des prolongements de la membrane synoviale distendue par le liquide accumulé dans l'articulation, communiquant d'abord avec celle-ci; la petite hernie s'isole plus tard par l'oblitération de l'orifice commun aux deux cavités. M. Gosselin adresse à cette théorie de graves objections.

Les hernies des membranes synoviales qu'on voit se produire autour des articulations pendant les mouvements ont toujours des dimensions peu considérables. En second lieu, l'épanchement articulaire indispensable pour dilater ces petits prolongements synoviaux est loin de coexister avec les ganglions. Il est très rare de voir les malades qui en sont affectés offrir de la douleur, du gonflement et de l'hydropisie dans les articulations carpiennes. On peut ajouter que ces prolongements synoviaux n'existent jamais à la face dorsale du poignet à cause de la solidité des ligaments postérieurs de l'articulation. Enfin, n'est-il pas contraire aux lois connues de la pathologie de voir s'oblitérer l'orifice de communication de deux cavités, lorsque celles-ci sont remplies de liquide?

Peu satisfait de cette théorie, M. Gosselin s'est livré à une série de recherches qui l'ont conduit aux résultats suivants: Si l'on ouvre sur certains nombres d'articulations radio-carpiennes, on découvre sur la plupart d'entre elles de petites vésicules blanchâtres, demi-transparentes, situées à la partie postérieure de l'articulation entre la synoviale et la face dorsale des os du carpe, particulièrement au niveau du ligament qui met entre eux le scaphoïde et le semi-lunaire. Cachées dans le tissu cellulaire sous-synovial, elles adhèrent toujours par un point limité à la face externe de la séreuse. Leur volume égale celui d'un grain de millet ou de chènevis, ou même celui d'un pois. Elles ne présentent aucun orifice et renferment une matière onctueuse, transparente, jaunâtre ou rougeâtre, identique au liquide contenu dans les ganglions. Ces vésicules se rencontrent aussi au voisinage d'autres articulations, mais beaucoup plus rarement; M. Gosselin en a vu sur l'articulation médio-carpienne, au coude, à la hanche. Votre rapporteur a lui-même pu constater récemment l'exactitude de ces détails. Sur un homme de vingt-cinq ans mort phthisique, il a trouvé derrière chaque articulation du poignet deux de ces corpuscules sous-synoviaux (c'est le nom que M. Gosselin leur donne) situés dans le cul-de-sac formé par la répulsion de la synoviale radio-carpienne sur la face postérieure du scaphoïde et du semi-lunaire; chacun d'eux avait le volume d'un grain de chènevis; piqués avec le scalpel, ils ont donné issue à une gouttelette de synovie épaisse et filante comme du blanc d'œuf.

Si maintenant on rapproche les ganglions de ces corpuscules sous-synoviaux au point de vue du siége, des connexions, de la nature du liquide contenu dans la tumeur, on sera naturellement conduit à les regarder comme ayant la même origine et ne différant de ces derniers que par leur volume plus considérable.

La question se réduit donc à déterminer l'origine et le mode de développement des corpuscules sous-synoviaux. Or voici à cet égard l'opinion émise par M. Gosselin à l'état normal. Les membranes synoviales sont pourvues de petits prolongements ou appendices en forme de cul-de-sac plus ou moins profond, s'ouvrant du côté de la cavité articulaire. Indiqués par M. Velpeau et le frère Weber, ces petits organes se trouvent dans la plupart des articulations et surtout à la hanche, au genou, au coude, à l'épaule: ils sont plus rares dans les petites articulations du carpe, du tarse des doigts et des orteils. On peut leur donner le nom de cryptes ou de follicules synoviaux.

Ils se présentent tantôt sous la forme de petites dépressions en forme de cou de pigeon, et tantôt sous celles de petits tubes de 3, 4, 6, et même de 10 millimètres de profondeur, qui, à la pression, laissent échapper la synovie qu'ils contiennent dans l'articulation radio-carpienne; ils sont situés à la partie postérieure, à l'endroit même où se trouvent si souvent les corpuscules sous-synoviaux que nous avons signalés.

M. Gosselin les a recherchés sur les grands animaux, tels que le bœuf et le cheval, et les y a également trouvés avec des dimensions plus considérables.

Comme on le voit, l'existence de ces corpuscules est un fait général; ce sont des dépendances du système synovial et non point des hernies, des appendices accidentels; ils sécrètent de la synovie, comme les cryptes ou les follicules muqueux sécrètent du mucus. Ce fait anatomique étant bien établi, il devient très facile de concevoir la pathogonie des kystes appelés ganglions. Il suffit en effet d'admettre que l'orifice d'un de ces follicules s'oblitère pour expliquer la formation des corpuscules sous-synoviaux et celle des ganglions, qui ne diffèrent de ces derniers que par leur volume plus considérable. Or cette oblitération n'a rien qui doive étonner, lorsque l'on voit si souvent disparaître l'orifice des follicules de la peau ou des membranes muqueuses. N'est-ce pas de cette manière que se développent les loupes sébacées de la peau, les kystes muqueux des lèvres et de la vulve, et enfin les polypes creux des parties génitales, dont M. Huguier a si bien décrit l'évolution.

Des ganglions peuvent se former ailleurs qu'à la face dorsale du poignet. Ceux du dos du pied reconnaissent probablement la même origine; l'auteur en a rencontré deux à la face antérieure du tarse. J'ai été il y a quelque temps assez heureux pour guérir, au moyen de l'injection iodée, un kyste de cette nature du volume d'un œuf, développée à la partie postérieure et interne de l'articulation du genou.

M. Gosselin, qui n'a trouvé que des follicules rares et trois petits dans les bourses synoviales tendineuses, paraît peu disposé à y admettre l'existence des *ganglions*. M. Verneuil, prosecteur à la Faculté, m'a fait voir il y a peu de jours, sur le cadavre d'un homme de cinquante ans, plusieurs petites tumeurs de cette nature sur la membrane synoviale des articulations des doigts.

Il est des cas où les kystes synoviaux du poignet communiquent avec les articulations médio-carpiennes ou radio-carpiennes. C'est là, sans contredit, une espèce dangereuse de ces tumeurs, car, en les ouvrant, on pénètre dans des articulations vastes et compliquées. Un signe a dû être donné pour les reconnaître, signe précieux s'il était constant, c'est l'affaissement qu'on y détermine par la compression en refoulant dans l'articulation la synovie qu'elles contiennent; malheureusement ce caractère manque, ainsi que je l'ai observé une fois sur le cadavre d'une vieille femme, lorsque l'orifice de communication est étroit et le liquide renfermé dans le kyste épais et comme gélatineux.

Les tumeurs de ce genre étaient regardées jusqu'à ce jour comme des hernies de la membrane synoviale. M. Gosselin nous paraît en avoir plus exactement déterminé l'origine en les considérant comme des follicules synoviaux dont l'orifice est rétréci.

L'étude des maladies des follicules muqueux confirme cette théorie; il n'est pas rare, en effet, de rencontrer, à la vulve ou ailleurs, des follicules distendus par du mucus qu'un orifice trop étroit laisse incomplétement échapper au dehors.

M. Robert propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Goître et crétinisme.

M. Ferrus termine la lecture de son important mémoire. Une discussion aura lieu à ce sujet quand le mémoire sera imprimé.

La séance est levée à cinq heures.

Asphyxie par la vapeur de charbon.

Nous appelions tout récemment l'attention de nos lecteurs sur un cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon propre à éclairer une des questions médico-légales les plus graves que puisse soulever ce genre d'empoisonnement. Voici un accident déplorable qui vient donner une nouvelle preuve de l'opinion que nous avons soutenue depuis longtemps, à savoir qu'un individu pouvait vivre dans la même atmosphère de vapeur de charbon où un autre individu venait de succomber.

Les époux M... étaient employés, à Paris, à la Charité, le mari garçon de pharmacie et la femme infirmière; jeunes et pieux, ils remplissaient strictement leurs devoirs de religion. Mardi soir, veille de Noël, tous deux s'étaient confessés, et, après avoir assisté à la messe de minuit dans la chapelle de l'hôpital et y avoir communié, ils s'étaient couchés vers deux heures. La chambre qu'ils occupaient est très petite et n'a pas de cheminée. Pour se réchauffer, les deux époux allumèrent un réchaud plein de charbon, ayant pris le soin cependant de laisser la porte entr'ouverte pour que l'air pût se renouveler. Cette précaution fut inutile; quelques heures après, le mari était obligé de se lever; l'influence du gaz carbonique lui avait occasionné une indisposition qui le força de sortir sans lui permettre de s'apercevoir que sa jeune femme expirait à ses côtés. Malgré la parfaite intelligence dans laquelle vivait ce ménage et l'estime des divers chefs de service dont M.. jouissait, la malveillance répandit des rumeurs tendant à faire croire à un empoisonnement de sa part. Mais des informations ultérieures ont mis hors de doute l'injustice de ces soupçons. — H. de Castelnau.

NOUVELLES.

Le concours pour la chaire de clinique externe à la Faculté de Médecine de Paris commencera lundi prochain. Le jury est définitivement constitué et composé de la manière suivante:

Juges pour la Faculté, MM. Bouillaud, J. Cloquet, Denonvilliers, Gerdy, Laugier, Malgaigne, Moreau, Rostan, Roux et Velpeau.

Juges pour l'Académie de Médecine, MM. Bégin, Gimelle, Hervez de Chégoin, Larrey et Réveillé-Parise.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Pujade, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e de ligne, a été désigné pour le 11e léger.

M. Dolisy, chirurgien aide-major commissionné au 5e de ligne, a été désigné pour le 11e léger.

M. Thorel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital d'Ajaccio.

M. Hervé, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Lonwy.

M. Magnier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Bitche.

AVIS AUX ABONNÉS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement est expiré le 1er janvier sont priés de le renouveler sans retard.

L'envoi de mandats de poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour faire parvenir l'argent.

Les mandats de 10 fr. et au-dessous étant exempts de timbre, on peut envoyer:

Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 8 fr.;

Pour un abonnement d'un an, trois mandats de 10 fr.

Les lettres contenant des mandats sont reçues sans être affranchies.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 2. — MARDI 7 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 2 — MARDI 7 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 36,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

MÉMOIRE

sur les maladies de l'oreille;

Par M. E. TRIQUET, interne et lauréat des hôpitaux.

Sous l'inspiration de M. Rayer, et avec son bienveillant concours, nous avons entrepris une série de recherches sur les maladies de l'organe de l'ouïe.

Cette portion de la pathologie humaine est aujourd'hui presque entièrement devenue le domaine exclusif des spécialistes.

Les affections de l'organe auditif ne sont cependant pas tellement isolées, qu'elles ne puissent se rallier, dans un certain nombre de cas, à d'autres lésions de l'organisme.

Chacun sait combien l'otite est fréquente dans les fièvres graves, la typhoïde, par exemple, dans la phthisie. Rien n'est plus commun que de rencontrer certaines surdités qui doivent leur origine à des inflammations plus ou moins répétées du pharynx et des amygdales. Nous n'entendons point parler ici de ces douleurs éphémères et violentes, comme névralgiques, signalées par Itard sous le nom d'*otalgie*. Celles-ci ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable.

Mais dans les mêmes circonstances, on trouve assez souvent des cas bien dessinés dans lesquels il y a surdité avec othorrhée, ou surdité sans trace d'écoulement.

C'est un accident qui malheureusement n'est point rare, chez l'adulte, dans la fièvre typhoïde, pendant la rougeole des jeunes enfants. On la rencontre également à une période avancée de la phthisie; et cependant les auteurs de pathologie médicale n'ont pas étudié ces questions.

Les médecins spécialistes ont seuls mentionné le fait sans détails aucuns. Aussi n'y a-t-il, de leur part, que de simples assertions sans preuves solidement établies sur des observations anatomiques.

Les cas de ce genre ne sont pourtant pas bien rares dans les hôpitaux. M. Ménière, dans une note ajoutée à la traduction de Kramer, avance « que les otites typhoïdes doivent être attribuées à la perforation spontanée de la membrane du tympan, et probablement aux lésions consécutives profondes de la caisse; car, la surdité, à des degrés variés, est une terminaison assez fréquente de la maladie. »

Disons tout d'abord que ces propositions sont vraies dans un certain nombre de cas, mais non toujours. Pourquoi cette perforation spontanée du tympan? Quelle en est la cause, le mécanisme?

Quelles sont les lésions probables de la caisse?

Ce sont là autant de problèmes qui attendent leur solution. Solution bien importante; car si l'anatomie venait à nous révéler la réalité de ces lésions, il faudrait bien y trouver une cause de surdi-mutité chez les jeunes enfants atteints de fièvre typhoïde avec otite.

Il faudrait bien y trouver la cause de tant de surdités, souvent incurables, qui affectent les adultes dans les mêmes circonstances.

Qu'est-ce à dire? Que l'étude des maladies de l'oreille, basée sur l'anatomie pathologique, non pas probable, mais réelle, manque encore complétement. Peut-être la raison n'en serait-elle pas bien difficile à trouver. Peu importe.

Mais ce qu'il faut constater, c'est que l'ouvrage d'Itard, publié en 1822, est encore la meilleure monographie que nous ayons, tout incomplète qu'elle est.

Car Itard, après quelques essais infructueux, s'est arrêté devant l'étude si difficile des maladies de l'oreille interne. Il émet, sous forme d'hypothèse, que les altérations du liquide de Cotugno doivent y jouer un certain rôle; mais il ne va pas plus loin et décrit d'un seul trait, sous le nom de *surdité nerveuse*, toute surdité qui n'offre pas de lésion appréciable à l'examen extérieur.

Qu'est-ce donc que la surdité nerveuse? Kramer, dans sa préface, nous annonce qu'il va combler cette lacune; il n'en est rien.

Le médecin de Berlin a suivi tout simplement la voie de ses prédécesseurs qu'il a si souvent blâmés. Après avoir noté sans description quelques altérations vagues du labyrinthe, l'atrophie du nerf acoustique, l'oblitération de la fenêtre ronde, il avoue que l'étude des maladies de l'oreille interne semble *ne promettre aucun résultat pour l'avenir*; et cependant n'est-on pas en droit de s'étonner que nulle recherche n'ait été faite sur ce sujet, quand on songe que, sur 2,000 malades dont Kramer paraît avoir recueilli les observations, 1,074 présentaient ce dernier genre de surdité?

Telle est la direction que nous avons résolu de donner à nos travaux. Nous ne voulons rien avancer qui ne soit appuyé sur des faits et des dissections; car dans toute étude il faut partir d'un point fixe, et ici, comme en toute autre partie de l'art médical, l'anatomie pathologique doit tenir le premier rang.

Nous ne pourrons donc présenter nos observations qu'au fur et à mesure que des circonstances favorables nous les offriront.

Ce premier mémoire n'est, à vrai dire, qu'un plan de travail: il n'est pas bien riche. Trois faits seulement le composent; mais ces trois faits reposent sur une dissection complète des organes malades.

On trouvera plus bas deux cas d'otite typhoïde, un cas d'otite chez un phthisique (otite jusqu'à présent dite tuberculeuse); enfin, la dissection des deux temporaux d'une femme atteinte de *surdité dite nerveuse*. C'est bien peu, assurément; mais nous ne pouvons aller plus vite.

Ne vaut-il pas mieux marcher à pas lents et à ciel ouvert que de courir au milieu des ténèbres? Et d'ailleurs, notre but aura été atteint complétement si nous parvenons à démontrer que, dans les maladies de l'oreille comme partout ailleurs, il faut d'abord recueillir des faits si l'on ne veut pas s'exposer à bâtir des théories illusoires.

C'est donc un appel que nous osons faire à nos collègues des hôpitaux, bien persuadé que des efforts dirigés dans ce but ne peuvent rester infructueux.

A. *Anatomie pathologique de l'otite typhoïde.*

Le sujet qui nous a offert les altérations qui vont être décrites était un homme de trente ans, mort vers la fin du troisième septenaire d'une fièvre typhoïde.

Il y avait eu pendant la maladie *otorrhée* purulente du côté droit seulement. Lorsque la pièce nous fut remise, le pavillon de l'oreille offrait encore des traces non équivoques de cet écoulement.

Pour nous guider dans cette étude, nous avons consulté différents auteurs, et ce sujet ne paraît pas avoir été l'objet de leurs recherches.

MM. Louis et Chômel, dans leurs ouvrages sur la fièvre typhoïde, ont à peine mentionné les lésions du sens de l'ouïe.

M. Chomel a écrit ces quelques mots seulement: « La surdité ou dureté de l'ouïe, qu'on observe souvent, n'est pas aussi grave qu'on pourrait le penser. »

M. Louis a compté trois fois une inflammation manifeste du conduit auditif externe.

« Et dans un autre cas, terminé par la guérison, la suppuration de l'oreille droite était accompagnée de la perforation du tympan. »

Dans les notes ajoutées à la traduction de Kramer, M. Ménière dit que cette lésion est assez fréquente à la fin des fièvres typhoïdes.

Pour nous, sans préjuger les assertions que nous venons de rapporter, nous nous bornerons aujourd'hui à faire connaître ce que la dissection de l'organe malade a permis de constater:

En procédant de l'extérieur à l'intérieur, nous avons trouvé:

1° Une inflammation profonde de la membrane qui revêt le méat auditif externe. Comparée à celle du côté sain, elle est au moins triplée de volume, turgide de sang infiltré dans son tissu.

Cette membrane se détache avec facilité, et au moindre effort de traction elle se déchire en lambeaux. Il y a donc à la fois infiltration sanguine, ramollissement et peut-être inflammation.

2° La conque osseuse du conduit auditif offre des stries rougeâtres, que le lavage et la macération n'ont point enlevées.

Ce sont évidemment des canalicules osseux enflammés.

3° En arrivant au fond du conduit auditif, nouvelles lésions; et d'abord, un caillot sanguin de la grosseur d'un petit pois repose sur la face externe de la membrane du tympan, à laquelle il n'adhère que faiblement.

Le tympan est complet. Une couleur rougeâtre, violacée, remplace sa transparence normale. Son épaisseur est augmentée.

4° En le décollant du cercle osseux dans lequel il est encadré, on trouve l'intérieur de la caisse rempli d'un pus brun, sanieux.

5° Les osselets, la corde du tympan présentent une teinte rouge uniforme.

6° La membrane qui tapisse l'intérieur de la caisse présente aussi des caractères d'inflammation non équivoques; elle est baignée d'un pus sanieux. Ce liquide se rencontre encore en grande quantité dans l'intérieur des cellules mastoïdiennes.

La muqueuse de ces cellules, qui est la continuation de celle que l'on trouve dans l'oreille moyenne, offre les mêmes caractères: rougeur, vascularisation, épaississement; en plusieurs points même elle n'existe plus, et les lamelles osseuses sont complétement dénudées.

7° L'oreille interne, ou le labyrinthe, n'offre aucune altération.

L'étrier fermait encore la fenêtre ovale et semblait avoir barré le passage à l'inflammation. Après l'avoir enlevé, on trouve le vestibule à l'état sain, le limaçon parfaitement normal ainsi que le nerf auditif.

L'altération, de nature inflammatoire, occupait donc seulement l'oreille externe et moyenne, d'où elle avait envahi les cellules mastoïdiennes.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nous étions là quatre: M. Ferrus à la tribune, armé d'un manuscrit qu'il quittait quelquefois pour le traditionnel verre d'eau *peu* sucrée; M. Villermé, dans l'hémicycle, caressant d'une main amie un antique riflard qu'il tenait entre ses jambes; M. Rochoux, à la cime de la montagne, brandissant un couteau de bois, pour mieux seconder le tranchant de sa parole; et moi, au banc des journalistes, qui, semblable au quatrième officier de Marlborough, ne portais rien. Ceci se passait à l'Académie nationale de Médecine, le 31 décembre 1850, à cinq heures de relevée, pour me servir de l'expression des huissiers, qui commencent à introduire leur argot dans le sanctuaire de la science.

L'ordre du jour appelait M. Ferrus à la tribune, pour y finir la lecture de son mémoire sur le crétinisme. A peine l'honorable académicien avait-il gravi les marches de son golgotha et placé sur son nez des lunettes d'argent, qu'un bruit épouvantable de conversations et de promenades remplit la salle. Le président, M. Bricheteau, fatigue son bras à agiter la sonnette; M. Ferrus s'indigne de l'inconvenante inattention de ses collègues, et, plein d'un noble orgueil, fait mine de plier son manuscrit, quand enfin le silence se rétablit par la fugue, d'abord précipitée, puis successive, de tous les membres de l'Académie. MM. Villermé et Rochoux restèrent seuls à leur place; les huissiers et les appariteurs, croyant la séance finie, allèrent rendre leurs devoirs de fin d'année à la concierge; et moi-même, en présence du vide immense qui s'était fait autour de moi, je me préparais à suivre l'exemple de mes collègues, quand je réfléchis à l'intérêt que me devait présenter la réunion de trois hommes d'esprit tels que MM. Ferrus, Villermé et Rochoux. Je renonçai à mon projet; et nous restâmes ainsi quatre aux places et dans les conditions que j'indiquais tout à l'heure.

M. Ferrus touchait à la fin de sa lecture. — Et le bureau, me dira-t-on? Le bureau? il dormait: M. Dubois (d'Amiens) voyait en songe les mânes de quelque académicien non encore chanté sur le rhythme académique; M. Bricheteau ronflait en *soprano*, comme le devait faire l'homme juste d'Horace, quand il était enrhumé du cerveau; enfin, M. Gibert faisait doucement sa sieste, sans arrière-pensée et sans bruit. Le bureau ne pouvait véritablement compter comme partie active du petit conclave; il faisait simplement office de meuble meublant; et malgré sa présence toute corporelle, je n'en persiste pas moins à dire que nous n'étions réellement que quatre dans la salle de l'Académie.

Dès que M. Ferrus eut cessé sa lecture, M. Villermé s'adjugea le premier la parole. Etait-ce pour combattre les opinions de l'orateur assis à la tribune, qui s'est constitué, on le sait, le défenseur des crétins et des idiots? je ne sais. M. Ferrus ne me donna pas le temps de satisfaire ma curiosité; car, arrêtant tout à coup M. Villermé dans le développement prolixe d'une idée qui tardait trop à se faire jour: Je ne prétends pas, s'écria-t-il, transformer les crétins et les idiots en membres de l'Institut!!! A ces mots, les échos de la salle répondirent: pourquoi pas?... D'où venait cet écho? Je n'en accuse pas M. Rochoux; M. Ferrus ne se pouvait faire tout à la fois la demande et la réponse; enfin, M. Villermé, membre lui-même de l'Institut, était trop intéressé dans la question pour être accusé d'une pareille inconvenance envers lui-même. Loin de là, caressant plus amoureusement encore la soie bleue de son riflard, il se leva de son siége, et, saluant M. Ferrus avec toute la courtoisie académique: Je suis enchanté, dit-il, d'avoir été vaincu par vous, et il disparut par une des portes latérales de l'estrade.

Nous ne restâmes plus que trois.

A la manière formidable dont M. Rochoux brandissait son couteau de bois et aux fréquentes libations d'eau que faisait M. Ferrus, je m'aperçus bientôt que ma présence contrariait vivement les deux honorables académiciens; de mon côté, je ne pouvais consentir à fuir..... comment dire? une discussion ou un colloque? dont l'esprit devait nécessairement faire tous les frais. A quoi me résoudre? J'eus recours à la ruse, et, laissant choir ma tête sur la poitrine, je me pris à ronfler de ma plus belle voix de basse-taille et je m'étudiai à l'harmoniser avec le *soprano* de M. Bricheteau.

Cet innocent stratagème eut un plein succès, et les deux académiciens, se croyant réellement seuls, commencèrent le dialogue suivant:

— Mon cher Ferrus, dit M. Rochoux, prenant l'accent et les gestes de l'amitié, te souvient-il quand nous étions ensemble à la Salpêtrière?

— Heureux temps!! répond M. Ferrus en étouffant un soupir; je ne discutais alors que les mémoires de mes fournisseurs.

Je ne pus comprimer un sourire qui suspendit un instant mon ronflement. M. Rochoux crut à mon réveil:

— Eh bien! s'écria-t-il, on voulait alors apprendre aux idiots à se laver les mains, et toujours sous le robinet de la fontaine où on les plaçait, les idiots se les frottaient sans cesse.

— Ceci prouve l'intelligence des idiots, répond M. Ferrus sans

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Dixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8, 22, 31 octobre; 14 novembre et 14 décembre.)

Marche de la folie. (Suite.)

Tels sont, en résumé, les signes qui peuvent faire prévoir si la folie qui va éclater sera générale ou partielle, triste ou gaie. Mais peut-on toujours pressentir le caractère du délire par la nature des prodromes? Existe-t-il une relation étroite entre la nature de la cause, les premiers phénomènes observés et les caractères de la folie déclarée? En un mot, passe-t-on par transitions insensibles de la raison à la folie? Questions importantes qu'il nous est impossible de passer complétement sous silence, quoiqu'elles exigent pour être résolues d'une manière satisfaisante, des développements que ne comporte point le cadre de cette leçon.

Les gens du monde, les philosophes, et même la plupart des médecins, en se fondant sur la connaissance de l'homme normal, sont naturellement portés à ne voir dans la folie que l'exagération, le degré extrême de dispositions affectives ou intellectuelles préexistantes chez l'individu. De tout temps on a cherché à suivre, dans l'évolution de la folie, ce développement graduel que l'on avait admis *à priori*, en prenant pour base les lois physiologiques. C'est sous l'influence de cette direction que l'on a proclamé l'existence d'un délire borné à un seul objet, à une seule série d'idées, d'une aliénation qui consisterait uniquement en une idée délirante implantée dans une intelligence saine, en une passion arrivée à son apogée d'intensité. Eh bien, selon nous, la croyance à l'existence d'une aliénation si restreinte, la doctrine de la monomanie repose sur des données psychologiques préconçues, sur des observations médicales incomplètes; aussi sommes-nous convaincu qu'elle sera détruite par un examen plus attentif du mode de développement de la folie et des caractères de cette maladie.

La folie présente, il est vrai, deux modes principaux de développement: tantôt elle se produit, comme toute autre maladie, sous l'influence de causes qui lui sont propres, et n'a aucune relation avec les dispositions antérieures de l'individu auxquelles les phénomènes maladifs viennent en quelque sorte se surajouter; tantôt aussi, il faut le reconnaître, on peut suivre la filiation qui existe entre la nature de la cause, le caractère normal de l'individu et les symptômes de la maladie, qui peuvent être regardés comme une simple exagération de ses dispositions natives; mais dans ces cas mêmes, d'ailleurs beaucoup moins fréquentes qu'on ne le suppose *à priori*, la folie, loin de consister uniquement dans le degré extrême d'idées ou de sentiments antérieurs, se caractérise précisément par l'apparition de phénomènes nouveaux qui constituent le véritable fonds de la maladie, tandis que l'idée ou la passion prédominante n'en sont que le relief lorsqu'elles persistent, car elles disparaissent souvent à l'invasion de la folie.

Ces phénomènes multiples d'une date récente, et tout à fait insolites, établissent une ligne de démarcation tranchée entre la santé et la maladie, et marquent réellement l'invasion de la folie. Tant qu'ils ne se sont pas manifestés, tant qu'on ne constate chez l'individu soumis à l'examen qu'une préoccupation ou une passion exclusive, on peut certainement voir dans ces phénomènes l'indice de la prédisposition ou même de l'imminence de la folie; mais on ne peut attester l'existence de cette maladie. Ce n'est pas ici le lieu d'étudier ces phénomènes généraux qui résident dans la sensibilité, l'intelligence, la motilité et les diverses fonctions organiques, et dont l'ensemble constitue, à proprement parler, le tableau de la maladie. Nous les avons précisés dans les leçons précédentes, et leur étude détaillée rentre évidemment dans le domaine de la pathologie spéciale. Ce qu'il importait de faire remarquer ici, c'était l'apparition de ces phénomènes multiples dont la simultanéité est nécessaire pour caractériser la folie déclarée. La constatation de ces phénomènes est de la plus grande importance pour distinguer la santé de la maladie, la passion du délire, la raison de la folie. C'est là en effet un véritable *criterium* pour résoudre les questions les plus délicates du diagnostic de la folie et par conséquent de la médecine légale des aliénés, qui aboutit toujours, selon nous, à une question de diagnostic.

Après ces considérations générales sur les caractères qui peuvent servir à établir la limite entre l'incubation et l'invasion de la folie, voyons quels sont les symptômes observés au début de cette maladie. Toutes les folies débutent-elles par un stade mélancolique, comme l'a dit Guislain, et comme d'autres auteurs l'ont affirmé après lui? Sans admettre l'existence constante à beaucoup près de ce phénomène, nous croyons néanmoins à sa généralité; mais nous devons à ce sujet expliquer toute notre pensée. Veut-on dire par là qu'il existe souvent, au début de la folie, et surtout des folies agitées, un état général de tristesse et de prostration? L'observation, selon nous, confirme cette manière de voir. Prétend-on, au contraire, que toutes les formes de la folie débutent par une aliénation partielle mélancolique? Cette assertion nous paraît erronée. Loin d'être une aliénation partielle, le stade mélancolique, lorsqu'il existe, est un véritable état général de trouble, de confusion de l'intelligence et d'abattement du moral.

Nous pensons en effet que la plupart des aliénations commencent par un état plus ou moins général de perturbation des facultés intellectuelles et affectives; c'est sur ce fonds maladif initial de l'intelligence et de la sensibilité que germent et se développent soit l'excitation de la manie, soit les idées fixes du délire partiel, qui se produisent lentement et progressivement, comme nous l'avons indiqué dans la leçon sur les troubles des facultés intellectuelles. Nous croyons même pouvoir ajouter qu'il n'y a de période vraiment aiguë dans les maladies mentales que celle où persiste encore cet état général de trouble de l'intelligence et du moral, et dans laquelle le délire n'a pas encore pris un corps et une forme bien déterminés, et que la période de chronicité commence en réalité au moment où l'idée fixe est nettement formulée, systématisée, et devient le centre de la plupart des préoccupations du malade.

A ces phénomènes psychiques de la période d'invasion de la folie, viennent presque toujours se joindre quelques symptômes physiques. A l'invasion de la folie, plus encore que durant son incubation, la céphalalgie, l'insomnie, les rêves affreux, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la soif, l'anorexie, un malaise général, accompagnent souvent le délire; mais ce cortége fébrile n'a point les apparences de celui qui est essentiel à quelques délires aigus; il est plutôt semblable à celui que détermine un exercice rapide ou une violente agitation du moral. Loin d'inviter l'aliéné au repos, ce mouvement fébrile ajoute à son activité physique et morale. C'est alors que l'exaltation, la turbulence et l'énergie musculaire se manifestent avec le plus d'intensité.

Nous voici arrivé à la description de la période d'*état* de la folie. Cette description doit varier nécessairement selon les diverses formes qu'elle revêt; mais quelle classification adopter parmi toutes celles qui sont consignées dans les annales de la science? Les unes présentent des formes trop restreintes, les autres abondent en divisions superflues; les unes et les autres, plus ou moins artificielles, ne sont pas établies sur des caractères vraiment scientifiques. La classification la plus généralement accréditée, celle qui distingue les maladies mentales en deux groupes principaux, en aliénation générale et en aliénation partielle, est encore la plus pratique dans l'état actuel de la science. Sans doute on peut lui reprocher avec juste raison de reposer sur le degré et non sur la nature du délire, sur un seul fait et non sur l'ensemble des faits. On doit ajouter que ce fait est d'une grande instabilité, puisque chacune des formes peut participer des caractères de l'autre, et même subir une véritable transformation. Mais les avantages de cette classification sont incontestables; d'une part, la distinction qu'elle conserve entre les aliénés est saisissable à tous les yeux par le contraste frappant des manifestations extérieures; et, d'autre part, quoique le degré d'étendue du délire en constitue le principal caractère, il vient se grouper autour de ce caractère un assez grand nombre de phénomènes secondaires pour permettre de faire un tableau général de ses formes. C'est donc sur cette classification que nous allons principalement baser notre description sommaire de la *période d'état* des maladies mentales.

Les malades atteints d'*aliénation générale* avec excitation, les maniaques, en un mot, constituent un groupe tout à fait distinct: en désaccord plus ou moins complet avec eux-mêmes, ils le sont avec la nature entière; ils méconnaissent leur passé comme leur présent; ils n'ont aucun souci, aucune prévoyance de l'avenir. Penchants, sentiments, intelligence, volonté, toutes les facultés bouleversées présentent l'image du chaos; une agitation intérieure, source de l'agitation extérieure, produit un tourbillon d'idées, de sensations, d'impulsions, d'émotions, qui ne permet de se fixer nulle part, qui enlève à l'esprit toute la liberté de choix; au lieu d'employer leur activité exubérante à un travail déterminé, utile, les maniaques sont en quelque sorte comparables à une machine qui dépense sa force à se faire mouvoir elle-même; c'est une agitation stérile et parfois malfaisante; agitation intérieure malgré le calme des impressions, l'occlusion des sens; agitation physique, besoin incessant de mouvement, qui fait irruption par toutes les issues, les membres, la voix, les cris, la parole, le chant, et qui produit les allures les plus vives, les plus animées, les poses et les gestes les plus bizarres. Dans cet état d'agitation au physique et au moral, les maniaques sont le jouet et la victime des impressions extérieures, comme des impressions intérieures et de leurs idées anciennement acquises; ils saisissent avec avidité les impressions les plus fugitives et les plus éloignées; mais ces impressions, trop rapides pour être appréciées, viennent d'ailleurs s'altérer au contact des idées qui se pressent désordonnées dans leur esprit, et des vives émotions qui les tiraillent, les entraînent dans les directions les plus diverses.

Les sentiments les plus opposés surgissent spontanément avec la rapidité de l'éclair et les poussent quelquefois aux actes les plus violents; la colère se peint dans leurs yeux avec ses traits les plus animés et parfois les plus hideux. Leur bouche vomit l'injure, le blasphème et profère des menaces trop souvent réalisées; tout les exalte, les irrite; la lumière, le bruit, le silence même ajoutent à leur exaspération, qui néanmoins, dans le plus grand nombre des cas, est instinctive et spontanée. S'il arrive qu'un maniaque nourrisse de la haine, du ressentiment, le plus souvent il obéit à une impulsion aveugle. C'est ce que prouvent surabondamment la nature même des actes auxquels ils se livrent et les paroles qu'ils font entendre; paroles d'une incohérence complète et sans rapport aucun le plus souvent avec un motif d'irritation. C'est tout aussi bien en rappelant un bienfait, une chose agréable qu'un maniaque vous insultera et se précipitera sur vous. Un instant après et avec aussi peu de raison, il dira des choses plaisantes, éclatera de rire et se montrera inoffensif. L'agitation ne se lie pas d'ailleurs constamment à la violence; il y a des maniaques qui sont d'une humeur gaie, expansive et nullement malfaisante, et il y en a beaucoup qui ne sont violents que dans les paroxysmes.

Le désordre des facultés intellectuelles chez ces malades est en rapport avec le trouble des sentiments et des penchants; c'est un état de suractivité intellectuelle dans lequel les idées surgissent si vives, si animées, si nombreuses qu'elles échappent à toute règle, à toute combinaison. Les facultés de l'esprit paraissent isolées dans leur sphère d'action; chacune d'elles agit en toute liberté, sans réaction des unes sur les autres, sans contrôle aucun. Aussi les idées sont fragmentées et se traduisent par un langage également tronqué; elles se succèdent avec une rapidité et une incohérence qui sont le prototype du délire: c'est à peine si de temps en temps on peut, à travers leurs idées divergentes, disparates, mutilées, et les mots entrecoupés, elliptiques, pleins de réticences, qui abondent dans leurs phrases hachées, constater un signe qui mette sur la trace de leur ordre de succession. Leur adresse-t-on une question, ils peuvent répondre quelquefois, même d'une manière très juste et avec beaucoup de finesse; mais une impression, un souvenir, une simple consonance suffisent pour changer la direction de leurs pensées, et, si on réitère la même question, ils vous répondent d'une manière différente et même tout à fait opposée.

Quelquefois le silence succède pendant quelques instants à la parole la plus bruyante; mais l'expression absorbée de la physionomie prouve, ainsi que leurs aveux pendant les rémissions et la convalescence, que le travail intérieur continue avec la même énergie. La présence des objets extérieurs ne peut rien alors pour les distraire du mouvement intérieur de leurs idées qui les absorbe entièrement: nouvelle preuve qu'ils puisent autant leurs idées dans les souvenirs que dans les impressions du dehors. D'autres fois on les voit passer instantanément du désordre le plus intense à une raison

---

s'émouvoir, car ces misérables créatures, grâce à l'état déplorable où on les laisse, ont presque toujours les mains indécrottables.

— Mais, reprend M. Rochoux en agitant son arme favorite, tout ici-bas a un terme, et les idiots en question ne pensaient jamais à s'essuyer.

— C'est tout simple, interrompt M. Ferrus avec un malin sourire, on ne leur donnait pas de serviettes.

Une envie de rire suspendit de nouveau les accents peu harmonieux de mon nez. M. Ferrus n'y prit pas garde, et poursuivit:

— Je ne puis me rappeler sans émotion les succès des idiots dans l'art agronomique.

— Beaux succès, vraiment! s'écrie M. Rochoux, ils plantaient les cornichons confits et labouraient dans les champs d'asperges.

— C'était déjà un progrès....,

— Oh! pour celui-là je t'arrête, interrompt M. Rochoux en cassant son couteau de bois; les idiots sont des crétins, et, bon gré, mal gré, il faudra bien que *tu avales ça.*

— Messieurs! s'écria tout à coup une voix du fond de la salle.

A cette interruption inattendue, les deux honorables académiciens poussèrent simultanément un cri si aigu que le président Bricheteau se réveilla tout à coup; sans se rendre compte de ce qui se passait autour de lui, il agita machinalement sa sonnette, et, machinalement encore et par un effet de l'habitude, il imposa silence aux interrupteurs.

L'interrupteur était M. Villermé, qui revenait s'assurer du respect des orateurs à l'endroit de l'Institut.

Le bruit de la sonnette et celui de l'exclamation présidentielle éveillèrent les deux autres membres du bureau, qui, en voyant l'attitude belliqueuse de M. Ferrus et de M. Rochoux et le vide immense qui les entourait, firent comme les anciens aruspices de Rome, et se prirent à rire en se regardant. La séance fut alors tout naturellement levée.

Ainsi se termina l'année 1850 à l'Académie nationale de Médecine (1). Pour mon compte, je n'ai jamais fini aussi gaiement une année, et, sans une petite contrariété à l'encontre de M. Mêlier, mon bonheur eût été sans conteste.

Depuis plus de trois mois M. Mêlier manque à ses collègues et à ses amis; les uns et les autres ont bien souvent confié aux échos parisiens leurs plaintes et leurs regrets, et envié aux bords méditerranéens l'heureuse destinée que leur faisait M. Dumas. Il me semble qu'en retour de l'honorable sollicitude dont M. Mêlier avait été l'objet de la part de l'Académie, il devait quelques égards à ce corps savant, un instant représenté par les trois têtes vénérables de MM. Ferrus, Villermé et Rochoux.

Je sais que M. Mêlier a longtemps lutté contre le désir qui l'emportait loin du sanctuaire, et que sa fugue a été tardive et pleine d'embarras; mais qu'est-ce lutter si l'on succombe? et pour les cœurs habitués, comme celui de M. Mêlier, aux splendeurs de la rue de Marbre et de la Canebière, le combat n'est que le prélude d'une fête dont la victoire est tout l'honneur.

Peut-être, me suis-je dit, M. Mêlier, qui fatigue chevaux et locomotives à courir les routes de Paris à Marseille, de Marseille à Gênes et de tout le Midi, va faire ses préparatifs pour quelque nouveau voyage, et l'on ne saurait avoir trop de temps pour emballer convenablement un monceau de cravates blanches dont le digne académicien fait un usage exclusif. Cette excuse, qu'il m'était agréable d'admettre pour colorer l'absence de M. Mêlier, était une illusion de mon esprit, qui s'est dissipée le lendemain aux lumineuses relations du *Moniteur universel.* Au lieu d'aller faire ses malles pour Marseille, M. Mêlier courait surveiller le repassage de la cravate blanche qui devait au premier de l'an figurer à l'Elysée; et bien lui en prit, car seul de tous les académiciens présents il eut l'honneur d'attirer l'attention du président de la République. Quel honneur! quel honneur!!! — Je suis content de vous, lui dit M. Bonaparte en lui tendant la main. — Il n'y a pas de quoi, répondit M. Mêlier sans se décontenancer, car je crains bien que vous ne soyez bientôt forcé de me renvoyer à Marseille pour mettre l'intendance sanitaire au niveau de la civilisation. — Comment! s'écria M. le président, mon ministre de l'agriculture et du commerce, homme savant s'il en fut, n'est pas au courant de la civilisation? — Je n'accuse pas M. Dumas, répliqua notre confrère avec le même sang-froid, mais la vieille civilisation pourrait bien un de ces matins s'envoler dans les flancs d'un ballon.

Evidemment M. Mêlier avait mis à profit le temps écoulé depuis son retour pour reprendre le courant des nouvelles bibliographiques et scientifiques, et avait lu dans la journée probablement le petit volume que notre futur confrère M. Turgan vient de publier sur la locomotion aérienne. Tout s'explique dans ce bas monde, même les idées les plus étranges, et la lecture du livre de M. Turgan rend parfaitement compte de la préoccupation de M. Mêlier.

Moi qui vous parle, et que le spectacle journalier des prodiges de notre époque a rendu fort incrédule sur toutes ces sortes de matières, je me suis laissé délicieusement bercer par le récit de M.

(1) A l'exception de quelques incidents secondaires, les détails de ce récit sont de la plus exacte vérité.

droite que le moment suivant voit disparaître, de l'excentricité la plus burlesque à un recueillement profond, à une espèce d'extase, d'une agitation rapide et violente à un état tétanique.

Chaque faculté intellectuelle contribue pour sa part à ce désordre général de l'intelligence : les facultés de mémoire, d'association d'idées et d'imagination se trouvent démesurément surexcitées aux dépens des facultés supérieures de jugement et de réflexion. La mémoire, d'une activité extraordinaire pour les faits anciens, est comparativement faible pour les faits récents. L'association des idées, qui joue un très grand rôle dans ce délire, est constamment en action ; mais il est digne de remarque que les idées se lient beaucoup plus par les rapports secondaires de mots, de sons, que par les rapports logiques ; souvent même il semble qu'aucun lien n'unisse entre elles les idées qui paraissent surgir spontanément ; mais cette incohérence est plus apparente que réelle, et tient à ce que le travail de la pensée est plus rapide que sa manifestation et à ce que beaucoup de chaînons intermédiaires échappent à l'observateur : il y a presque toujours dans ce pêle-mêle apparent un ordre caché qu'il faut rechercher et qu'une observation approfondie fait souvent découvrir.

Le raisonnement n'est pas ordinairement altéré dans ce délire, malgré les apparences contraires ; mais il y joue un faible rôle, parce que ses procédés sont trop lents pour se trouver en rapport avec le travail rapide de la pensée.

La réflexion, c'est-à-dire le retour sur soi-même, n'a que rarement lieu dans ce délire, et c'est à l'absence de son contrôle qu'est dû principalement le trouble général de l'intelligence.

Quant au jugement, il est altéré, parce que la rapidité extrême de la succession des idées ne permet pas à l'esprit de les maintenir assez longtemps présentes pour pouvoir les peser et en déterminer la justesse ou la fausseté.

Enfin, la volonté est très forte et même irrésistible si l'on entend par là le passage à l'acte d'un penchant instinctif; mais elle est presque nulle si on veut parler de la volonté réfléchie, dirigée vers un but déterminé; le moi est complètement désarmé devant la spontanéité d'action de toutes les facultés.

Les facultés de perception, au contraire, sont très actives ; mais, comme la perception se compose de deux éléments, sentir et juger, et que le second élément manque souvent, elles donnent naissance à des illusions nombreuses, beaucoup plus nombreuses que les hallucinations, qui, exigeant une trop grande concentration des facultés, sont rarement compatibles avec la mobilité incessante des idées et des sentiments. Le système musculaire, chez les maniaques, est aussi malade que les sentiments, les penchants et l'intelligence : les mouvements sont presque incessants, et le corps déploie une activité correspondante et quelquefois supérieure à l'activité des facultés ; ils crient, ils courent, ils sautent, ils dansent, ils rient, ils chantent, ils frappent, ils brisent, ils déchirent, ils se déshabillent, et tout cela sans but, sans discernement, par suite d'un besoin automatique d'activité musculaire. A cette activité se joint un développement manifeste de forces physiques qui, porté à son dernier terme, fait triompher de tous les obstacles ; de plus, ces mouvements si énergiques et si longtemps continués n'entraînent chez eux presque aucun sentiment de lassitude et de fatigue.

Tels sont les caractères les plus saillants que présentent les maniaques; mais doit-on se borner à la constatation de ces caractères extérieurs et superficiels et ne peut-on pas espérer arriver, par une étude plus attentive, à une connaissance plus exacte de leur véritable état intérieur, et par conséquent à établir entre eux des distinctions et des groupes naturels? Nous avons déjà posé cette question dans notre première leçon, et ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des développements à cet égard. Disons seulement que, pour arriver à ce résultat, il ne faut pas se borner à noter les pensées et les sentiments qui s'exhalent, qu'il faut rechercher sous quelles influences ont lieu ces manifestations, quels en sont les mobiles. Il faut que le médecin intervienne activement pour pénétrer les pensées-mères, écarter le merveilleux et saisir le réel dans son ordre hiérarchique. Pour être l'historien de leur maladie, le médecin ne doit pas se laisser aller au gré de ses impressions devant la nature ; il doit les soumettre au contrôle de la réflexion, et alors, au lieu de tracer simplement le tableau de ce qu'il a vu, de ce qu'il a entendu, il peindra les circonstances qui ont déterminé, enfanté en quelque sorte les phénomènes qu'il a constatés. Le mouvement des pensées et des sentiments se trouvera ainsi décrit d'après la nature et non sous la dictée des malades ou de ceux qui les entourent.

L'aliénation partielle, beaucoup plus fréquente que l'aliénation générale, présente à l'observation des caractères bien différents.

La possibilité de raisonner juste sur un grand nombre de points donne aux aliénés qui en sont atteints des apparences de calme et de raison qui contrastent singulièrement avec l'agitation et le désordre général des maniaques. Mais que de différences entre les nombreux aliénés atteints d'aliénation partielle ! On peut cependant les classer en deux catégories distinctes, que l'on a presque toujours reconnues sous des noms différents. On les appelle généralement aujourd'hui monomanie et mélancolie ; nous préférons néanmoins leur donner le nom d'aliénation partielle expansive et d'aliénation partielle dépressive. On décrit habituellement ces deux formes d'aliénation mentale comme si elles étaient uniquement constituées par une idée erronée ou un sentiment exclusif, implantés dans une nature intellectuelle et morale tout à fait saine. Sans doute il existe chez ces prétendus monomanes des prédominances marquées d'idées ou de sentiments, mais combien est étendu le fonds sur lequel elles reposent et dont l'observation est trop généralement négligée !

L'aliénation partielle *dépressive*, comme son nom l'indique, a pour fonds et pour caractère principal l'affaissement, la lenteur, la prostration de toutes les facultés et une anxiété générale. Cette disposition fondamentale de la sensibilité et de l'intelligence, qui revêt des formes très variées, entraîne néanmoins chez la plupart de ces malades une foule de conséquences analogues. Tout est vu par eux à travers le prisme de la peine et du désenchantement ; tous les rapports avec le monde extérieur sont changés, faussés et pénibles. Tout est pour eux répulsion et antipathie : les impressions les plus légères deviennent la source de peines profondes ; ils supportent difficilement les observations les plus bienveillantes de leurs parents et de leurs amis ; les consolations même les irritent.

En contradiction avec la nature entière, le mélancolique ne peut se réfugier dans son for intérieur, parce qu'il n'y trouve qu'anxiété, doute, défiance de lui-même et des autres. Tout lui paraît changé autour de lui ; souvent il s'en afflige, souvent aussi il s'en irrite et croit au changement de ceux qui l'entourent, au lieu de croire à son changement personnel : de là dérivent l'irritation, la colère, la violence contre lui-même et contre les autres. Il abandonne alors un monde qui le blesse, et se jette dans la solitude, où il végète dans une entière inaction. Souvent même ce n'est plus seulement contre le monde en général, mais contre ses meilleurs amis que portent ses soupçons, ses défiances et ses haines. Plus tard enfin, à cet état général d'affaissement, d'anxiété et de tristesse, succède une prostration physique et morale profonde dans laquelle il y a suspension plus ou moins complète de la sensibilité et de l'intelligence ; degré de la maladie que l'on décrit souvent comme une forme spéciale sous les noms de mélancolie avec stupeur, de stupidité ou d'idiotisme accidentel.

Tandis que la sensibilité est ainsi opprimée et péniblement affectée, la volonté est également affaiblie, inactive, impuissante : l'indécision, la lenteur dans les déterminations aboutissent souvent, en effet, à l'absence de toute volonté et jusqu'à l'impossibilité absolue de se mouvoir. On doit noter néanmoins, sous ce rapport, deux modes principaux de réaction de l'activité humaine dans cette forme d'aliénation mentale. Dans certains cas, cette réaction est nulle ; le malade est comme insensible et sans volonté ; il ressemble à une statue. D'autres fois, au contraire, les mélancoliques sont blessés, heurtés par tout ce qui les entoure et réagissent fortement, soit directement, par la violence d'un penchant qui se traduit en acte, soit indirectement, par une instabilité incessante, un besoin général de se plaindre, de gémir, de se lamenter, qui, arrivé à son maximum, constitue un degré d'exaltation intermédiaire à la mélancolie et à la manie.

L'intelligence est affaissée, déprimée comme la sensibilité et la volonté. Il y a rareté dans la production des idées ; le cours en est ralenti et le cercle en est rétréci. Toutes les paroles du mélancolique sont relatives à lui-même et à son malheur ; il profère des plaintes monotones, pousse des soupirs, prononce des paroles entrecoupées ; tantôt le besoin d'exprimer des idées ne se faisant pas sentir, il ne parle que forcément, et quelquefois même, pour toute réponse, il se borne à un mouvement brusque et silencieux ; tantôt aussi il parle beaucoup et à tout le monde, mais c'est sans cesse pour s'occuper de lui-même, pour faire entendre les mêmes plaintes, les mêmes lamentations : il est au moral ce que l'hypochondriaque est au physique.

Physionomie concentrée, anxieuse, plus tard exprimant l'hébétude et la stupidité, silence habituel allant jusqu'au mutisme, lenteur des mouvements portée quelquefois jusqu'à l'immobilité, toutes ces manifestations extérieures correspondent à l'état intérieur que nous venons de décrire et forment un tableau exact de cette espèce des maladies mentales ; et cependant nous n'avons encore rien dit des idées fixes prédominantes qui se détachent sur le fond de ce tableau et qui toutes en revêtent la teinte générale, quoique variables à l'infini, selon les individus, les habitudes intellectuelles, les circonstances extérieures et les époques sociales. Parmi ces mélancoliques, en effet, les uns, éprouvant une anxiété générale, croient avoir fait une mauvaise action, commis un crime, être réservés aux plus grands châtiments dans ce monde et dans l'autre, et, accablés de scrupules, incriminent les actions les plus innocentes de leur vie, ou bien s'imaginent être possédés par le diable, abandonnés de Dieu ; les autres, par suite du sentiment de défiance qui les domine, se croient entourés d'espions, d'ennemis invisibles, et, selon leurs idées antérieures, leur éducation, ou l'époque à laquelle ils vivent, se croient sous l'influence de la sorcellerie, de la magie, de la physique, des sciences occultes, du magnétisme, de la police, etc. ; d'autres enfin, tout entiers à leur tristesse, se croient ruinés, eux et leur famille, accusés, déshonorés, ou bien trahis par leurs parents ou leurs amis.

En un mot, les idées délirantes qui deviennent le centre de toutes les préoccupations de l'intelligence et des sentiments et qui paraissent, au premier abord, constituer tout le délire, ne sont en réalité que le relief de l'état général sur lequel elles ont germé et qui leur a donné naissance ; malgré leurs variétés infinies, elles participent toutes du caractère général de la maladie. Il n'y a donc pas dans la mélancolie, comme on l'a dit si souvent, concentration de l'attention, ni même de toutes les forces morales et intellectuelles sur une idée triste, mais un état général de tristesse et de dépression qui se formule en une idée prédominante et se manifeste par une foule d'autres phénomènes maladifs ; pour le dire en deux mots, les mélancoliques sont plus *absorbés* qu'*attentifs*.

L'aliénation partielle *expansive* diffère de la précédente par la teinte générale de l'esprit et par les manifestations des sentiments ; mais elle s'en rapproche par la fixité des idées et par la lésion restreinte de l'intelligence.

Le fonds de cette maladie réside dans l'exaltation de toutes ces facultés.

De cet état d'exaltation, dont le malade a conscience, dérive le sentiment de satisfaction et de bonheur, si naturel chez un homme qui constate le mouvement plus rapide de ses idées, l'élan plus heureux de ses sentiments et les déterminations plus faciles et plus promptes de sa volonté. Ce sentiment exalté de la personnalité peut prendre deux directions différentes : ou bien les malades restent dans le vague et comme sous le charme de leurs sensations intérieures, dans une sorte de ravissement ou d'extase ; ou bien ils poussent à l'action et conçoivent des plans hardis, des projets téméraires qui compromettent souvent leur réputation et leur fortune. Dans ce dernier cas, leurs manifestations diffèrent selon leurs idées dominantes, mais elles portent toutes le cachet de leur exaltation et de leur activité. Ce caractère d'activité incessante les rapproche des maniaques ; mais quelle différence entre une activité qui se consume en elle-même et une activité dirigée par une volonté ferme et confiante, vers un but déterminé !

L'intelligence est avivée et surexcitée comme les sentiments et la volonté ; il y a rapidité, richesse, et même quelquefois fécondité d'idées. Le plus souvent cette activité se concentre sur un sujet déterminé. Toutefois, dans les paroxysmes, le fonds général d'activité se manifeste seul, comme au début de la maladie. La disposition à tout voir en beau et en grand se traduit dans les idées, dans les plans, dans les projets. La

---

Turgan, et, arrivé à la dernière page, je me suis écrié comme malgré moi : *Peut-être !*

Peut-être ! ce premier mot de la foi et du scepticisme ! Peut être ! ce premier cri de l'âme croyante et incrédule ! Peut-être !! car bien des essais ont été tentés pour résoudre le problème de la locomotion aérienne, et bien des progrès, il faut le reconnaître aussi, ont été obtenus. Que nous sommes loin du temps où une simple montgolfière avait toutes les peines du monde à s'élever dans les airs et se traînait piteusement à la surface de la terre !! Nous nous souvenons tous de cette épigramme qu'inspirèrent ces premières tentatives :

> Vous venez de Lyon ; parlez-nous sans mystère.
> Le globe est-il parti ? Le fait est-il certain ?
> — Je l'ai vu. — Dites-nous, allait-il bien grand train ?
> — S'il allait..... Oh! monsieur, il allait ventre à terre.

C'est une histoire curieuse, je vous assure, que celle de ces essais successifs, de cette marche progressive de la science et de l'art, dont le résultat ne sera rien moins que de bouleverser toutes les relations sociales, tous les commerces diplomatiques, guerriers et scientifiques des peuples et des nations. Je ne suis pas fâché d'apercevoir sur cette route de recherches un esprit façonné dans le sanctuaire médical ; M. Turgan est un interne distingué de l'hôpital Beaujon, et il peut recueillir dans la voie où il est entré des matériaux bons à connaître et dont la science est, hélas ! bien pauvre. Puisse-t-il dans ses expériences être plus heureux que Pilâtre de Rozier et, dans ces derniers temps, que MM. Bixio et Barral ! L'espace est rempli d'écueils invisibles que ne savent pas toujours éviter les meilleurs nautoniers ; puisse la nacelle de M. Turgan ne jamais chavirer et empêcher quelque mauvais plaisant de refaire à son endroit l'épigramme suivante dont accoucha le marquis de Bièvre à l'occasion de la mort de M. Romain, l'infortuné compagnon de Pilâtre de Rozier :

> Rendez grâces aux dieux de n'être pas Romain
> Pour conserver encor quelque chose d'humain.

Plus heureux que M. Romain, je descends des hauteurs célestes où M. Turgan m'avait élevé, sans avoir couru le risque de me mettre en marmelade, et je rentre sain et sauf dans mon antique quartier latin que j'ai toutes les peines du monde à reconnaître. Les Vandales ! ! Sous prétexte de simplifier la dénomination des voies publiques, la commission municipale efface d'un trait l'histoire de plus de six cents générations que retraçait le nom des rues. cherchez maintenant où se sont perdues notre innocence et nos premières illusions ? La rue du *Cœur-Volant*, dont le nom seul est le premier mot de notre histoire à tous, se confond avec celle de *Grégoire de Tours* ; je vous demande ce que vient faire en pareil lieu le nom du saint évêque ? Et la rue des *Chandeliers*, où nous avons tant brisé de lanternes, pense-t-on qu'elle brillera d'un plus vif éclat sous le titre de *Zacharie* ? Hélas ! si nous n'y prenons garde, on dispersera au vent tous nos souvenirs, on décapitera notre jeunesse ! ! Les Vandales ! Avec l'excuse de l'utilité publique, ils nous prendront quelque jour les rues du Fouare, de la Bucherie et de Saint-Jean-de-Beauvais qu'illustra l'ancienne Faculté de médecine et qui rappellent si fidèlement à notre jeunesse studieuse les mœurs scientifiques et enseignantes de nos ancêtres.

Cependant une idée heureuse surgit quelquefois du sein de cette ingratitude et un juste hommage est rendu aux grands noms de la science. Les noms de Dupuytren et de Larrey, inscrits sur les murs du quartier latin, diront à la postérité que notre génération ne fut pas entièrement oublieuse, et qu'au milieu des dévastations du passé elle garda un pieux respect pour les génies et les bienfaiteurs de l'humanité.

Félix Roubaud.

L'opération de transfusion que nous avons publiée ayant excité en province un intérêt non moins vif qu'à Paris, le *Journal de Verdun* paraît avoir fait quelques recherches à ce sujet et a publié le 3 janvier la note suivante :

« Au sujet du fait de la transfusion du sang, il est bon de constater que, malgré l'opinion de ceux qui semblent attribuer l'honneur de cette découverte au célèbre médecin anglais Wren, cet honneur revient tout entier à un religieux bénédictin de la congrégation de Saint-Vanne, dom Robert des Gabets, né dans les environs de Verdun, et mort au monastère de Breuil, près de Commercy, le 13 mars 1678.

» Ce religieux, qui n'est guère connu que par quelques lettres de madame de Sévigné, ensevelit au fond du cloître une des intelligences les plus vastes du XVII[e] siècle. C'est à Bar-le-Duc que fut pratiquée pour la première fois cette curieuse opération, qui excita de si grandes rumeurs dans le corps médical. »

Le fait annoncé par le *Journal de Verdun* aurait incontestablement un grand intérêt historique s'il était mieux établi ; mais la simple affirmation à laquelle il se borne ne saurait suffire pour le démontrer. Il serait à désirer que notre confrère publiât les preuves qu'il possède sans doute à l'appui de son opinion.

variété de ces idées n'a d'autres limites que celles de l'imagination humaine, et cependant elles se réduisent en général à un petit nombre de directions ; tantôt ces malades croient posséder une grande fortune, des millions, des palais; tantôt ils s'imaginent être de grands potentats, des princes et des rois; tantôt enfin ils disent avoir fait de grandes découvertes, être apôtres d'une foi nouvelle, prophètes ou dieux, ou bien encore ils se disent appelés à réformer le monde et à devenir les bienfaiteurs de l'humanité.

Toutes ces idées délirantes revêtent donc, comme chez les mélancoliques, le caractère des dispositions générales de l'intelligence et de la sensibilité. L'extérieur et les actes de ces malades correspondent à ces diverses idées délirantes ; ils affectent des poses ambitieuses, un langage prétentieux, composent leur maintien, commandent avec autorité. Généreux, prodigues, ils distribuent des titres, des millions à ceux qui les entourent ; généraux, empereurs, ils écrivent des proclamations; réformateurs ou apôtres, ils font des publications pour la réforme sociale et la conversion de l'humanité ; riches et grands seigneurs, ils se livrent à des achats, à des spéculations et à des constructions gigantesques. D'autres, comme nous l'avons déjà dit, surtout dans les délires mystiques et érotiques, concentrent leur bonheur en eux-mêmes et restent comme dans un ravissement intérieur ; d'autres enfin ne peuvent supporter la contradiction ou la négation de leurs titres ou de leurs grandeurs imaginaires ; irrités et colères, ils sont constamment en lutte avec tous ceux qui les entourent, et les accablent d'injures et de menaces : mais tous se ressemblent par l'activité incessante de leurs mouvements et de leurs actes, correspondant à l'activité générale de leurs facultés. *(La suite à un prochain numéro.)*

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE par les inspirations de vapeurs iodées.

(Premier article.)

S'il est une maladie qui mérite de fixer l'attention des médecins, c'est bien assurément celle que l'on décrit généralement encore sous le nom de *phthisie pulmonaire*, et qu'il serait plus logique de désigner, avec M. Piorry, sous celui de pneumo-phymie (tubercules pulmonaires).

Quelle autre maladie fait plus de victimes? Quelle autre pardonne moins quand une fois elle s'est déclarée?

De tout temps elle a éveillé la sollicitude des médecins; de tout temps ils ont fait des efforts inouïs pour la combattre. Elle s'est maintenue malgré tout; elle s'est jouée des préceptes les mieux entendus de l'hygiène, des médicaments les mieux combinés de la thérapeutique.

Est-ce à dire pour cela, cependant, que la présence des tubercules dans les poumons ait voué constamment les malades à une mort certaine? Non sans doute. La nature parfois et plus souvent la science ont obtenu quelques triomphes. Pourquoi donc renoncerait-on à l'espoir de voir ces triomphes se renouveler, s'étendre même? Mais, pour obtenir de pareils résultats, il serait imprudent de les demander à la nature seule; il faut encore avoir recours à l'art, et ne pas oublier que tels remèdes qu'on a préconisés ont pu agir comme *préservatifs*, tandis que tels autres n'ont pu être employés qu'à titre de moyens *curatifs*.

Il faut se souvenir aussi que ce qui a réussi sur un malade peut échouer sur un autre.

D'un autre côté, tels conseils peuvent être suivis par certains malades, qui ne peuvent pas l'être par d'autres.

Ici, les voyages sur mer, conseillés par divers auteurs, ont eu un plein succès ; ils ont détruit la prédisposition aux tubercules ; là, l'exercice à cheval a prévenu la maladie, ou même en a détruit le germe ; ailleurs, le beau ciel de l'Italie a vu s'opérer des guérisons qu'on n'aurait point obtenues sous des climats moins doux. Les sangsues, dans quelques cas, les dérivatifs dans d'autres, etc., ont paru prolonger la vie; mais les dérivatifs et les saignées ne conviennent pas à tout le monde; tout le monde ne peut pas entreprendre de grands voyages ou sur terre, ou sur mer; tout le monde ne peut pas observer l'hygiène comme il conviendrait de le faire; il fallait donc trouver d'autres moyens; il faut en rechercher encore.

Entre toutes les préparations auxquelles on a eu recours, les préparations iodées ont occupé et occuperont longtemps la première place.

Mais l'iode n'avait pas été, que je sache, employé pur; il a été introduit dans la thérapeutique par M. Chartroule; et ce n'est pas à ses malades seulement que ce médecin a fait user de ce remède; il l'a donné aussi aux malades de la Pitié, dans les salles de M. Piorry. C'est sous les yeux de ce professeur, et avec sa coopération, que M. Chartroule a fait prendre l'iode, soit sous forme de cigarettes, soit sous forme de vapeurs, à l'aide d'un appareil assez simple duquel l'iode se dégage.

Des résultats qu'il avait obtenus, M. Chartroule en a fait le sujet d'une communication écrite à l'Académie de Médecine. Nous avons été témoin de ces résultats, et ils nous ont paru si avantageux dans quelques cas, que nous nous proposons de compléter les recherches de M. Chartroule pour les livrer à la publicité.

A quelles causes faut-il attribuer les succès qui ont suivi les inspirations iodées? Les tubercules ont-ils été améliorés dans leur marche? L'iode a-t-il agi particulièrement sur la congestion pulmonaire qui compliquait la présence de ces tubercules? Ou bien son action s'est-elle surtout fait sentir sur la bronchite et la bronchorrhée concomitentes? Nous ne savons; mais nous nous efforcerons d'étudier chacune de ces questions, dont la solution importe extrêmement à la pratique.

Pour savoir à quoi nous en tenir sur tous ces points, nous recueillerons avec beaucoup de soin les observations de phthisie pulmonaire qui vont s'offrir à nous; nous noterons exactement les résultats fournis par les signes physiques, et nous dirons, avec toute la bonne foi dont nous sommes capable, les résultats positifs comme les résultats négatifs des inspirations iodées.

Pourquoi l'iode pur n'aurait-il point son opportunité dans quelques cas de tubercules pulmonaires, comme peuvent avoir leur opportunité l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, le sel commun?

Ce que nous avons déjà vu nous donne l'espoir pour l'avenir; et, quoi qu'il arrive d'ailleurs, nous ne regretterons pas d'avoir accordé quelque attention au traitement d'une maladie qui désespère autant par sa durée que par sa gravité.

L. MAILLIOT.

CORRESPONDANCE.

Paris, ce 2 janvier 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Je trouve dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 décembre dernier la relation d'une opération qui est intitulée : *Calcul vésical. — Lithotritie. — Mort;* et, dans le corps de l'observation, il est dit : « M. Mounier fait une séance de lithotritie avec l'appareil de M. » Heurteloup. »

Permettez-moi de faire remarquer que je n'ai jamais proposé l'instrument *à pignon* dont il est question dans cette relation, pas plus que je n'ai proposé l'emploi d'un *étau mobile*.

Si l'auteur de la relation veut bien ouvrir la planche du dernier livre que j'ai publié (1846) et qui est intitulé : *De la lithotripsie sans fragments*, il verra que j'ai fait dessiner cet instrument *à pignon* sur cette planche précisément pour prévenir sur le danger de son emploi. Dans mes *Considérations sur un pas rétrograde de la lithotripsie*, qui se trouvent à la page 36 du même ouvrage, je fais également saillir les désavantages que présente cette modification de mon instrument courbe. Si donc je condamne ces modifications, je n'en suis pas l'auteur.

En résumé, monsieur le Rédacteur, le militaire qui vient de mourir au Val-de-Grâce est mort par suite de l'engagement des fragments dans l'urètre, fragments qui, dit la relation, « ont produit des douleurs atroces. » Une telle mort ne devrait donc pas être attribuée aux procédés d'un auteur qui a écrit un ouvrage intitulé : *De la lithotripsie sans fragments*, et qui a publié deux procédés pour éviter cette fâcheuse complication. Le premier de ces procédés est décrit dans l'ouvrage précité, page 78; le second est inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 20 avril et du 4 mai 1848.

Permettez-moi, monsieur le Rédacteur, de finir en rendant hommage à l'abnégation du chirurgien qui a fait publier l'opération dont il est question. Son insuccès et la manière dont il le raconte éclaire infiniment plus la science que ne le ferait un succès. Sous ce rapport, sa précieuse observation donnerait lieu de ma part à beaucoup de remarques qui seraient peut-être utiles, mais je craindrais trop de me poser en professeur devant un chirurgien distingué et aussi de vous prendre trop de place.

J'ai l'honneur d'être, etc. HEURTELOUP.

NOUVELLES.

CONCOURS. — La séance préparatoire du concours de clinique externe a eu lieu aujourd'hui à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine.

Aucun juge n'ayant été récusé ni absent, le jury reste constitué tel que nous l'avons annoncé. Le nombre des candidats se trouve réduit de 15 à 13. M. Marchal (de Calvi) a annoncé qu'ayant l'intention de se présenter au concours d'hygiène, il renonçait à celui de clinique externe. M. Maisonneuve, qui était resté inscrit, a été absent à l'appel de son nom. On annonçait que l'habile chirurgien est retenu chez lui par la maladie grave d'un de ses enfants.

La première séance pour la lecture des compositions aura lieu mercredi prochain à quatre heures.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Renard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Thionville.

M. Baloch, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Sedan.

M. Gueury, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Belfort.

M. Tison, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Montmédy.

M. Godfrain, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour l'hôpital de Besançon.

M. Quech, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, a été désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Barincou, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Sedan, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Boitel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Thionville, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Corbis, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belfort, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Gisclard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bitche, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Watteaux, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'Ajaccio, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Gaspard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Longwy, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Didion, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Montmédy, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Tripier, pharmacien principal de 2e classe en Algérie, a été désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Milon, pharmacien principal de 2e classe à l'hôpital de Lille, a été désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Vassilière, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital de Strasbourg, a été désigné pour les salles militaires de l'hospice civil d'Arras.

M. Bonnafont, chirurgien-major de 1re classe aux salles militaires de l'hospice civil d'Arras, a été désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Garapon, chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Oran, a été désigné pour le 5e chasseurs.

M. Dubois, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e chasseurs, a été désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Grignon, pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille, a été désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Lanteuois, pharmacien aide-major de 2e classe à la succursale des Invalides, à Avignon, a été désigné pour l'hôpital de Marseille.

— *Etat de détresse de la pharmacie.* — L'état de détresse dans laquelle se trouve la pharmacie par défaut de protection légale se montre de jour en jour sous des formes diverses.

L'annonce suivante, que nous copions textuellement dans un journal de province, fait voir à quoi en sont réduits ceux qui exercent cette profession, qui n'aurait jamais dû faire usage de réclames ni d'annonces :

« M. P. a l'honneur d'informer le public qu'il vient d'apporter une réduction considérable dans le prix des médicaments.

» M. P. a pensé que dans l'état actuel des besoins de la société une réforme était nécessaire. En conséquence, à partir du 1er octobre, M. P. réduit le prix de toute espèce de médicament, et se contentera du simple bénéfice que tout commerçant est en droit de prétendre pour ses peines et ses soins. Cette réduction consciencieuse permettra à un plus grand nombre d'avoir recours aux médicaments. Il est inutile d'ajouter que, malgré la modicité des prix, rien ne sera changé tant dans le choix des médicaments que dans leur qualité. Sa probité bien connue offre toute garantie à cet égard. Il espère que le public, comprenant ses propres intérêts, s'empressera de l'aider à accomplir cette utile réforme dont il est appelé à profiter le premier.

Le prix de l'eau de Seltz est réduit à 15 centimes la bouteille. MM. les cafetiers-limonadiers jouiront d'une remise sur le prix des limonades et sirops à leur usage. » *(Journ. de Chim. méd.)*

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 3. — JEUDI 9 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 3 — JEUDI 9 JANVIER 1851

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 8 JANVIER 1851.

Séances des Académies.

Le commencement de l'année 1851 n'a pas été moins heureux pour l'Académie de Médecine que la fin de 1850. Après le petit discours d'usage de M. le président, discours dans lequel M. Orfila s'est fait remarquer par cette judicieuse sobriété de paroles qui est une des premières qualités du savant professeur, après quelques mots pleins de convenance prononcés par M. Gibert, l'Académie a repris le cours de ses travaux et a entendu quatre lectures.

La première a été faite par M. Arneth, jeune médecin allemand, venu en France, dit-il, pour étudier la fièvre puerpérale, et qui n'a point voulu retourner dans son pays sans faire connaître à l'Académie une découverte importante faite par son maître, M. Semmelœis.

La cause principale, la cause la plus fréquente de la fièvre puerpérale, se trouve dans l'action, sur les parties sexuelles des femmes des molécules cadavériques qui restent sur les mains des élèves et des médecins lorsque, ayant fait une dissection ou une autopsie, ils vont pratiquer le toucher. Les ablutions des mains, quelque bien faites qu'elles soient, ne sauraient suffire pour enlever complétement les molécules cadavériques qui restent sur la peau.

Les ablutions avec le chlorure de chaux peuvent seules détruire entièrement ces molécules et empêcher ainsi le développement de la fièvre puerpérale en en détruisant la principale cause.

Comme preuve de la réalité de cette découverte, M. Arneth invoque, au nom de son maître, les faits suivants : 1° La Maternité de Vienne est divisée en deux parties séparées seulement par une porte. Dans la première, où n'entrent que des sages-femmes, la fièvre puerpérale est beaucoup moins fréquente que dans la seconde, où s'instruisent les élèves et les jeunes médecins. Or, les sages-femmes ne se livrent point aux recherches anatomiques, tandis qu'il en est autrement des étudiants et des médecins. 2° Depuis que ces derniers se sont soumis à des ablutions chlorurées, la fièvre puerpérale a considérablement diminué, et même est devenue moins fréquente que dans la clinique des sages-femmes.

Nous voudrions pouvoir user généreusement, envers notre honorable confrère d'outre-Rhin, des devoirs de l'hospitalité; mais les droits de la science et de la vérité passent avant toute autre chose, et nous ne pouvons nous dispenser d'exprimer la surprise que nous ont causée les opinions de M. Arneth. Puisque son voyage et son séjour à Paris avaient pour but spécial l'étude de la fièvre puerpérale, comment a-t-il pu ignorer qu'à la Maternité et à la Clinique de la Faculté les femmes accouchées sont précisément dans les mêmes conditions que celles des deux cliniques de Vienne, et que, nonobstant, les épidémies de fièvre puerpérale ne sont ni moins fréquentes, ni moins meurtrières rue de la Bourbe que place de l'Ecole-de-Médecine ? Si M. Arneth n'a pas ignoré ce fait, comment a-t-il pu conserver la moindre foi dans l'opinion que lui a transmise son honorable maître et compatriote ? Nous ne saurions nous l'expliquer.

La cause invoquée par M. Arneth étant démontrée imaginaire, il serait inutile d'insister sur les avantages du moyen propre à détruire cette cause. Nous devons ajouter cependant que le chlorure de chaux, auquel M. Arneth reconnaît la propriété de détruire toutes les molécules cadavériques qui peuvent rester adhérentes aux mains après une dissection, n'est rien moins que sûr dans son action; le contraire même est aujourd'hui beaucoup plus probable. Si c'est, en effet, par l'odeur qu'on peut reconnaître la présence sur les mains des molécules cadavériques, il est certain que le chlorure de chaux n'enlève point cette odeur. Comme il a lui-même une odeur aussi forte que désagréable, il parvient bien à masquer plus ou moins celle du cadavre, mais jamais à la détruire; ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que celle-ci disparaît entièrement, et souvent elle persiste plus longtemps que celle du chlorure. En outre, les observations récentes et les expériences extrêmement intéressantes et encore en cours d'exécution de M. Renault, d'Alfort, prouvent que le chlorure de chaux n'a aucune des propriétés antiseptiques qu'on lui avait si gratuitement accordées. Le chlorure de chaux employé comme antiseptique n'est, le plus souvent, qu'une cause de plus ajoutée aux autres causes d'infection.

Le mémoire de M. Arneth néanmoins contient des faits fort curieux. Il signale, par exemple, cette singularité remarquable de deux établissements séparés simplement par une cloison, et dont la mortalité est constamment plus grande dans l'un que dans l'autre par le fait de la fièvre puerpérale. Il est fâcheux que l'honorable médecin de Vienne n'ait pas étudié ce singulier résultat avec plus d'attention, qu'il n'en ait pas recherché tous les détails; peut-être une étude plus approfondie à cet égard aurait-elle conduit à des découvertes plus réelles que celle que M. Semmelœis se flatte d'avoir faite.

Nous n'en louerons pas moins M. Arneth de la pensée qu'il a eue de venir exposer devant l'Académie de Médecine de Paris des idées qu'il a pu croire fondées, et cela d'autant plus, que la forme très convenable de son travail nous permet d'espérer que l'auteur est homme à profiter des avis qu'il reçoit.

L'étendue que nous avons dû donner, vu l'importance du sujet, à ces réflexions, nous engage à renvoyer au prochain numéro les quelques mots que nous avons à dire sur les autres travaux académiques.

H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de quelques affections pulmonaires.

Malgré les nombreux travaux dont l'huile de foie de morue a été l'objet depuis quelques années, nous sommes loin encore d'être fixé au juste sur l'origine, la composition, le degré véritable d'efficacité et les indications spéciales de cette substance en thérapeutique.

Je n'ai point la prétention de résoudre définitivement toutes ces questions. Il faut pour cela une expérience et une autorité supérieures à celles que possède un obscur praticien. Mais, en suivant les expérimentateurs qui m'ont devancé dans la voie des tâtonnements, la seule qui soit encore ouverte aujourd'hui, j'ai noté quelques faits, j'ai pu faire des remarques qui contribueront peut-être à prévenir certaines erreurs, certains mécomptes d'ailleurs inséparables de toute médication nouvelle réduite aux expédients de l'empirisme.

Il est à peu près impossible de préciser l'époque à laquelle remonte l'introduction de l'huile de foie de morue dans le domaine de la thérapeutique. Tout ce que l'on sait à cet égard, c'est qu'en 1771 Percival et Michaëlis empruntèrent aux habitants du littoral de la mer Baltique et de la mer du Nord l'idée de traiter par cette substance les douleurs rhumatismales chroniques.

Ce ne fut qu'un demi-siècle plus tard que le docteur Schenck vulgarisa la connaissance de ce remède alors réputé en Allemagne comme un spécifique infaillible contre le rhumatisme, l'arthrite rhumatismale, les scrofules, le rachitisme, l'ostéo-malaire, les engorgements glandulaires et la diathèse tuberculeuse. Bien que l'Europe retentit depuis longtemps des éloges donnés à l'huile de foie de morue ou plutôt à l'huile de foie de poissons, cette substance resta à peu près inconnue en France jusqu'au moment où M. Bretonneau en expérimenta les bons effets dans un cas de rachitisme. Des essais tentés ultérieurement par d'autres médecins dans des cas semblables, en même temps que contre des maladies de nature et de siége divers, ont eu pour résultat tantôt de confirmer, tantôt d'amoindrir la vogue de ce médicament. De sorte que, après avoir été élevée au rang des médicaments héroïques, l'huile de foie de morue pourrait bien tomber dans l'oubli, par suite des exigeances sans fin de ses aveugles partisans, si une appréciation plus calme de ses propriétés n'en prévient pas la déchéance.

En général, toute découverte en matière médicale est accueillie chez nous avec cet empressement qui tient moins peut-être à la pénurie de nos moyens curatifs qu'à notre propension naturelle pour la nouveauté. Ces adhésions de confiance ont cela de fâcheux en médecine, qu'en se substituant à un examen sérieux elles compromettent souvent un agent thérapeutique qui, mieux étudié, pourrait recevoir d'utiles applications. Ce qui est non moins regrettable encore, c'est cette tendance que nous avons à croire qu'une même formule doit guérir toutes les maladies de même nom. C'est pourtant là une erreur qui se trouve chaque jour réfutée dans la pratique. Mais, en supposant que la médecine puisse être ramenée à cette simplicité si désirable, il y aurait encore à tenir compte des chances d'insuccès dépendant des qualités même du médicament employé. Or, pour ce qui est de l'huile de foie de morue, je suis convaincu que la diversité des résultats obtenus tient le plus souvent à la diversité des espèces que l'on trouve dans nos officines.

En effet, sous la dénomination générique d'huile de foie de morue, on classe comme identiques trois sortes d'huiles, ayant un aspect, une composition, et surtout des propriétés distinctes. Suivant M. Jongh, les qualités générales de ces huiles ne doivent pas être attribuées seulement à leur origine, mais encore au mode d'extraction adopté pour chacune d'elles. Cette opinion me paraît assez vraisemblable, car le fait se reproduit pour une foule d'autres substances, dont la nature est modifiée par les procédés de l'industrie à laquelle ils appartiennent.

Dans les contrées maritimes où abonde le genre *gadus*, on a coutume d'exposer au soleil et dans des vases ouverts le foie de ces poissons. Au bout de quelques jours il s'en écoule spontanément une certaine quantité d'huile jaune, opaline. Ces mêmes foies sont ensuite soumis à la fermentation putride, et par l'expression on en retire une seconde espèce d'huile, qu'à cause de sa couleur on désigne sous le nom d'huile brune. Enfin l'on obtient par la cuisson dans l'eau du foie putréfié un dernier produit, qui est l'huile noire.

M. Jongh indique encore d'autres moyens d'extraction; mais je tiens d'un négociant que la méthode généralement suivie en Hollande, en Norwége et à Terre-Neuve est bien celle que je viens de décrire. Elle est, comme on voit, exactement la même que celle qui est usitée dans le Midi pour la préparation de l'huile d'olives.

Plusieurs chimistes, tant en France qu'en Allemagne, ont cherché à déterminer par l'analyse la composition élémentaire de l'huile de foie de morue. Hopfer et Gmelin, les premiers, y ont découvert la présence de l'iode. D'après Sauten, 7,680 grammes d'huile jaune contiennent à peine 4 centigrammes d'iode ; l'huile brune en renferme un peu davantage, et l'huile noire quelques fractions de moins. M. Marder y a signalé, de son côté, une matière résineuse associée à de la colle animale rougeâtre. M. Jongh donne à ce produit mixte le nom de *gaduine;* c'est à elle que Falker attribue les propriétés spéciales de l'huile de foie de morue. Celle-ci, outre l'iode et la gaduine, contient du phosphore, de l'acide phosphorique, du chlore, du brome, de la bilifulvine, des acides felliniques, choliniques, une matière indéterminée, et, comme éléments communs aux corps oléagineux, de l'oléine, de la margarine, de la glycirine, des traces de chaux, de magnésie et de soude.

Les trois variétés d'huiles qu'on désigne indifféremment sous le nom collectif d'huile de foie de morue sont toutes solubles dans l'éther et l'alcool, tant à froid qu'à chaud.

L'huile noire exhale une odeur détestable d'empyreume ; elle est douce, d'une saveur très amère, laissant dans la bouche et dans la gorge un sentiment d'âcreté qui persiste pendant plusieurs minutes. L'huile brune est moins âcre et moins odorante ; sa saveur rappelle celle du poisson fortement boucané. L'huile jaune a une odeur peu agréable, mais n... repoussante ; du reste, elle n'est pas pour cela dépourvue d'amertume. Voilà surtout en quoi elle diffère de celle qui se vend sous le nom d'huile purifiée.

Abstraction faite de leur aspect extérieur, ces trois espèces d'huiles diffèrent moins par le nombre des éléments dont elles se composent que par la proportion de ces éléments pour chacune d'elles. Ainsi, M. Jongh s'est assuré que l'huile la moins colorée est la plus riche en matières organiques; que la chaux, l'iode, le phosphore et l'acide phosphorique prédominent dans l'huile brune ; tandis que l'huile noire renferme plus de matières bilieuses, d'acide butyrique et d'acide acétique que les deux autres. Je dois dire cependant que des analyses faites sous mes yeux diffèrent un peu, sur ce point, des résultats publiés par M. Jongh. Mais ces dissidences sont assez naturelles. On conçoit, en effet, qu'en raison de sa nature organique l'huile de foie de morue soit sujette à des variations de composition, et que l'on n'arrive point, par cela même, à cette similitude de résultats que présente l'analyse des substances minérales. Mais, en général, il y a plus de conformité de rapports quantitatifs entre l'huile jaune et l'huile brune qu'entre ces deux espèces et l'huile noire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉMOIRE

sur les maladies de l'oreille;

Par M. E. TRIQUET, interne et lauréat des hôpitaux.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

B. *Otite des phthisiques.*

Un jeune homme de vingt-cinq ans, corroyeur, d'une constitution délicate et d'un tempérament lymphatique, en-

tra à l'hôpital de la Charité le 3 octobre 1848, service de M. Rayer.

A cette époque, il présentait déjà tous les signes d'une affection pulmonaire très avancée. Les deux oreilles, et la droite plus particulièrement, étaient, en outre, le siége d'un écoulement purulent dont la consistance et la quantité ont souvent varié depuis lors.

Les détails fournis par le malade sur l'origine et les premiers symptômes de l'affection de poitrine ne sont pas aussi complets qu'on pourrait le désirer, à cause de son état de surdité. En outre, l'intelligence semble participer à la faiblesse générale.

Il y a un an environ, qu'à la suite de travaux pénibles, ce jeune homme fut pris de froid. La toux devint fréquente, et bientôt l'état de malaise et la débilité qui survinrent l'obligèrent à quitter son atelier. Cependant il ne cessa pas complètement de travailler.

Au commencement du mois de septembre dernier, neuf mois après les premiers symptômes de la maladie de poitrine, de nouveaux accidents vinrent s'ajouter aux premiers :

1° Il éprouva des céphalalgies violentes, des bourdonnements et des élancements dans l'intérieur des oreilles;

2° Bientôt un écoulement purulent par le conduit auditif externe se manifesta.

Nous n'avons pu savoir exactement le nombre de jours qui s'écoulèrent entre les premières douleurs d'oreille et la suppuration, les souvenirs du malade à cet égard n'ayant rien de bien précis.

Jusqu'à l'époque où commença la maladie de poitrine, sa santé avait été excellente.

A son entrée dans les salles de M. Rayer, ce malade, quoique n'entendant qu'avec difficulté les questions qu'on lui adressait, offrait cependant dans l'appareil de l'audition une sensibilité très vive. Tout bruit fait près du pavillon de l'oreille l'exagérait, et parfois la changeait en douleur. Ces symptômes disparurent en quelques jours, et la surdité devint complète, malgré l'emploi des vésicatoires, des frictions avec la pommade stibiée, etc.

L'écoulement purulent persista et prit une odeur fétide. Nouveaux et rapides progrès de la phthisie. Cavernes multiples au sommet du poumon droit. La faiblesse et l'abattement augmentèrent, et le malade succomba le 23 décembre 1848.

A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

1° Cavernes pulmonaires à droite ;

2° Tubercules miliaires ramollis à gauche.

Sens de l'ouïe. — De chaque côté, le conduit auditif externe offre encore la trace de la matière qui s'écoulait pendant la vie. A droite, le rocher est si friable, qu'il se brise sous la moindre traction et sans aucun effort.

En procédant de dehors en dedans, nous avons rencontré des lésions communes à droite et à gauche, c'est-à-dire :

1° La membrane du méat auditif externe tuméfiée, comme fongueuse, le périoste décollé.

2° La membrane du tympan n'existe plus; la cavité de la caisse communique largement avec l'extérieur. Elle est remplie d'un liquide jaune, épais, visqueux, légèrement fétide, qui présente beaucoup d'analogie avec la matière des clapiers phlegmoneux.

3° Les cellules mastoïdiennes, les trompes d'Eustachi, sont également baignées par le même liquide et en grande quantité.

4° Des deux côtés encore, destruction presque complète des osselets tympaniques; on trouve çà et là, au milieu du pus, quelques minces esquilles de la grosseur d'une pointe d'épingle, qui semblent être leurs faibles débris. On peut distinguer du côté gauche un tout petit fragment à deux branches, qui rappelle assez bien l'étrier dont la base aurait été enlevée.

Du côté gauche, les cellules mastoïdiennes sont tellement amincies qu'elles ressemblent à une gaze transparente. La membrane ténue qui les tapisse à l'état normal a disparu entièrement.

Le plus grand nombre des trabécules qui les composent semblent frappées de nécrose. Aussi le stylet le plus fin, promené à leur surface, donne la sensation d'une multitude de petites fractures.

Du côté droit, la membrane existe partout, mais couverte du liquide jaunâtre dont nous avons déjà parlé.

Ici, les cellules ont l'épaisseur et la consistance qui leur sont propres.

Des deux côtés, les fenêtres ronde et ovale sont ouvertes et pleines du liquide. Des deux côtés, les cavités labyrinthiques, ou plutôt l'espèce de clapier qui est à leur place, en est également rempli.

A gauche, les canaux demi-circulaires et le limaçon sont détruits; on n'en trouve plus de trace. Une ostéite intense paraît avoir frappé de mort les lamelles osseuses dont les contours servent à les former.

Comme dans les ostéites des autres parties, le tissu osseux ambiant est plus dense, comme éburné.

A droite, le limaçon existe seul, mais complet, avec ses deux tours et demi de spire. Des deux côtés, les nerfs facial et auditif pouvaient être suivis jusqu'au fond du conduit auditif interne; mais non au delà. La destruction du labyrinthe nous en rend suffisamment compte.

La face supérieure et interne de chaque rocher n'offre pas de lésion notable.

La dure-mère est peut-être à gauche, mais sans décollement, sans altération appréciable.

Une question importante reste à résoudre.

Quelle est la nature de ce liquide jaune-verdâtre, épais, qui baignait l'intérieur de toutes ces cavités, et semblait les convertir en un vaste clapier? Nous l'avons déjà dit, à l'œil nu, ce liquide ne diffère pas sensiblement du pus phlegmoneux qui a croupi dans des sinus plus ou moins tortueux.

On peut l'enlever en gouttelettes. Chaque gouttelette est formée par un liquide crémeux, épais, homogène, sans granules, sans fragments grumeleux qui puissent même éveiller l'idée de matière caséuse ou tuberculeuse.

Cependant, pour avoir toute la certitude possible, ce liquide a été examiné au microscope, et on a trouvé tous les caractères du pus phlegmoneux. Cette otite, bien qu'observée sur un phthisique, n'avait donc point pour cause des tubercules du rocher. Telle est pourtant l'opinion généralement adoptée par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. MM. Louis et Ménière n'en ont pas d'autre.

La même assertion se trouve répétée sans preuve dans l'ouvrage de Kramer, la plus récente, sinon la plus complète, des monographies que nous ayons sur les maladies de l'oreille.

Dans leur *Traité des Maladies des Enfants*, MM. Rilliet et Barthez ont signalé quatre cas d'otite chez des tuberculeux.

« Dans ces quatre cas, surdité complète avec destruction plus ou moins avancée des parties profondes du rocher qui logent l'organe de l'ouïe. Deux de ces cas, rapportés brièvement, paraissent avoir une grande analogie avec la pièce dont nous avons donné la dissection complète. Dans deux autres cas, MM. Rilliet et Barthez ont trouvé dans le rocher deux tubercules enkystés bien évidents. »

Cette assertion, émise par des auteurs aussi consciencieux, a bien certainement une grande valeur. Cependant de graves raisons doivent nous imposer l'obligation d'attendre de nouveaux faits avant d'adopter cette opinion. Du pus concret, solidifié, si je puis ainsi dire, dans une ou plusieurs des cavités de l'oreille interne, ne peut-il pas simuler jusqu'à un certain point un ou plusieurs tubercules du rocher? L'examen, fait simplement à l'œil nu, ne doit-il pas contribuer à rendre l'illusion complète? D'ailleurs, M. Lebert, si habile, comme chacun le sait, nie positivement qu'on ait rencontré jusqu'à présent de vrais tubercules dans le rocher. C'est donc au temps et à des dissections aidées du microscope qu'il appartient de juger cette question.

C. *Surdité dite nerveuse.*

Le troisième fait que nous avons rencontré est d'un grand intérêt au point de vue de la pratique et de l'art. Il est relatif à ces affections profondes de l'organe de l'ouïe, sans lésion apparente bien notable, et que les médecins auristes ont englobées sous le nom de surdité nerveuse.

En octobre dernier, une femme, âgée de trente ans, vint mourir à la Charité d'une péritonite aiguë. Elle avait presque entièrement perdu l'usage de l'ouïe depuis plusieurs années.

L'état de souffrance extrême, une mort rapide ne nous ont permis de recueillir aucuns détails sur les causes présumées, ou du moins sur les circonstances qui ont dû accompagner chez cette malade la perte de l'audition.

Il n'y avait pas trace d'écoulement par le méat auditif.

Pour donner quelque valeur à notre diagnostic, nous aurions désiré examiner la membrane du tympan et la trompe d'Eustachi; mais, pour les motifs exposés plus haut, cet examen ne fut possible que sur le cadavre.

Le tympan, sans être épaissi notablement, avait un peu perdu de sa transparence vers sa circonférence. De chaque côté la trompe était perméable. L'air insufflé faisait entendre à notre oreille un bruit sec interrompu çà et là par quelques bulles bien rares. C'était plutôt un susurrus léger qu'*un bruit muqueux*.

Il y avait donc probablement un peu de liquide dans chacune des caisses, et, pour nous, ce liquide était probablement dû à un état catarrhal de la muqueuse de l'oreille moyenne.

Cette probabilité trouvait, en quelque sorte, sa raison dans l'inspection de l'arrière-gorge.

Les deux tonsilles étaient légèrement hypertrophiées, mais chroniquement elles offraient cet aspect criblé, cette apparence comme fibreuse que nous leur voyons prendre avec une si merveilleuse facilité.

Ces lésions, qu'on a décrites si souvent comme symptomatiques du catarrhe de la caisse, n'étaient donc pas ici suffisantes pour expliquer une surdité presque complète.

Non-seulement le bruit d'une montre ne pouvait plus être perçu, mais encore la voix, dans ses notes les plus hautes, éveillait à peine une sensation confuse.

Cette surdité chez une malade dont les oreilles ne présentaient aucun suintement, chez laquelle les trompes pouvaient admettre la sonde d'Itard, se rapprochait donc, à plus d'un titre, de cette classe qu'on appelle *nerveuse* parce qu'elle est inconnue.

La dissection des organes malades nous a montré, des deux côtés :

1° Méat auditif externe normal; çà et là, quelques poils agglutinés par une petite quantité de cérumen.

2° La membrane du tympan avait conservé sa transparence à son centre, à peu près vers le point où s'insère le manche du marteau. La circonférence était peut-être un peu épaissie.

3° La muqueuse des trompes et de la caisse est d'un rouge-pâle, indurée, plutôt diminuée qu'augmentée de volume; mais sur les parois interne et postérieure de la caisse, la muqueuse offre une autre altération : elle forme de petits mamelons rougeâtres, fongueux, de la grosseur d'une forte tête d'épingle. A leur base, on trouve quelques gouttelettes de pus.

4° La chaîne des osselets est rompue ; des deux côtés, la longue branche du marteau existe à peu près complètement. A droite, il ne reste plus qu'une branche de l'étrier. A gauche, ce dernier osselet seul est complet ; il obture encore la fenêtre ovale. La tête du marteau, l'os lenticulaire, l'enclume ont disparu ; quelques petites esquilles aussi fines que des pointes d'épingles en sont probablement les faibles débris.

5° La membrane des fenêtres rondes est détruite.

6° Les cordes du tympan sont à leur place, mais rouges, ramollies, pulpeuses.

7° Les cellules mastoïdiennes offrent les mêmes lésions que la paroi interne de la caisse. Muqueuse épaissie, mamelonnée, avec du pus en petite quantité. Un grand nombre de lamelles osseuses sont nécrosées.

8° A gauche, les cavités de l'oreille interne paraissent normales ; mais les canaux demi-circulaires ne contiennent plus de liquide.

9° Le limaçon est également intact, ainsi que le nerf auditif.

10° A droite, les canaux demi-circulaires sont aussi privés du liquide de Cotugno.

11° La membrane qui les tapisse *est sillonnée de stries vasculaires fines, nombreuses et serrées en réseau.*

12° Le névrilème des nerfs acoustique et facial offre une injection semblable au fond du conduit auditif interne.

13° La cochlée nous a paru normale.

Voici donc une série d'altérations de nature évidemment inflammatoire bien constatées.

En procédant du connu à l'inconnu, si nous essayons de reconstituer la marche de la maladie, nous voyons qu'une phlegmasie du pharynx a été probablement le point de départ de tous ces phénomènes morbides.

L'inflammation, partie de l'amygdale, a cheminé dans la trompe d'Eustachi. Arrivée dans l'oreille moyenne, elle s'y est concentrée. La carie, la nécrose des osselets, les points fongueux de la muqueuse en sont la preuve. D'un côté, l'étrier reste en place dans la fenêtre ovale, et la phlegmasie respecte cette fragile barrière; de l'autre, l'étrier, détruit, permet à la maladie d'envahir librement le *vestibule*, les canaux demi-circulaires.

L'oreille interne peut donc subir les mêmes altérations, et de la même manière que l'oreille moyenne. Mais ne nous hâtons point de généraliser; nous devons attendre de nouveaux faits établis sur de nouvelles dissections. Celui-ci, tout curieux et tout isolé qu'il est encore (car les auteurs n'ont rien décrit de semblable jusqu'à présent), a besoin d'être appuyé par d'autres observations, et c'est vers ce but que nos efforts tendront désormais.

Cependant, dès ici nous croyons pouvoir dire que la thérapeutique des maladies de l'oreille ne doit plus être aussi restreinte, aussi empirique, et, pour prendre un exemple, notre malade n'aurait été bien certainement ni guérie, ni soulagée par les douches d'air ou les vapeurs d'éther; et pourtant, tels sont les moyens tant vantés aujourd'hui, depuis qu'on semble avoir oublié les injections qu'Itard employait, le plus souvent avec succès.

DES RAPPORTS DE LA CHORÉE

et des affections nerveuses et convulsives avec le rhumatisme et les maladies de cœur,

A PROPOS D'UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR SÉE SUR CE SUJET,

Par M. le docteur Jules DAVASSE.

(Suite. — Voir les numéros des 14 et 31 décembre 1850.)

Pour qu'il fût légitime d'affirmer nettement la diathèse rhumatismale de ces phénomènes en l'absence de toute fluxion ou inflammation articulaire incontestable à tous les yeux, il faudrait soit une multiplicité évidente de localisations morbides sur les séreuses internes, soit au moins un certain cachet du principe rhumatismal sur l'une des affections isolées. Les affections symptomatiques de cette diathèse, en effet, ont des causes, une marche, des évolutions, un aspect, des terminaisons qui en révèlent l'origine première. Leur véritable distinction est dans l'ensemble de ces caractères et non ailleurs.

Ces phénomènes nerveux peuvent être, en effet, dans quelques circonstances, l'expression d'une simple localisation rhumatismale non douteuse; mais il est d'autres cas assez nombreux dans lesquels ils ne le sont pas. On sait que certaines péricardites essentielles graves s'accompagnent fréquemment d'agitation, de délire et même de phénomènes convulsifs qui masquent l'affection du cœur. Que trouve-t-on souvent à l'autopsie? Des suppurations dans le péricarde. Or, ce mode de terminaison éloigne suffisamment à nos yeux la nature rhumatismale de la maladie. Que l'on ne nous objecte point quelques exemples faussement désignés sous le nom de rhumatismes suppurés observés à la suite de couches ou dans des conditions analogues, attendu que ces faits appartiennent évidemment à des diathèses purulentes ignorées ou méconnues. La terminaison habituelle du rhumatisme est la résolution. Si on observe d'autres terminaisons, ce n'est guère qu'à la suite des métastases.

Ainsi donc, tout en reconnaissant une valeur réelle au point de départ de M. Sée, nous nous garderons pourtant d'arriver à une généralisation aussi absolue.

Nous avons prononcé tout à l'heure le nom de métastase. Le sens traditionnel de ce mot est singulièrement altéré aujourd'hui, et M. Sée lui-même est tombé dans la confusion commune au sujet des manifestations rhumatismales. C'est pourquoi nous croyons devoir en passant nous y arrêter. Il ne s'agit point ici d'une hypothèse ou d'une théorie humorale surannée, mais de l'expression d'une loi morbide incontestable. La métastase est la conversion ou le déplacement d'une affection qui se porte d'une partie sur un organe plus important, d'une articulation, par exemple, sur un viscère essentiel à la vie. Mais deux cas se présentent à distinguer. Ainsi, soit un rhumatisme articulaire gagnant les enveloppes du cœur, si la maladie en s'étendant suit sa marche uniforme sans perturbation violente dans les symptômes, sans arrêt immédiat dans ses évolutions, sans changement notable dans son état, il n'y a point métastase véritable, mais simplement affection rhumatismale surajoutée; soit, au contraire, l'inflammation articulaire subitement disparue ou amoindrie, si des accidents qui troublent la marche de la maladie et d'une gravité imminente surviennent tout à coup du côté du cœur

ou de l'encéphale, tels que de brusques épanchements, par exemple, dans ce cas il y a métastase réelle dans le sens qu'entendaient les anciens. On voit donc s'il est indifférent de confondre toute localisation rhumatismale interne, simple dissémination de la maladie, avec la métastase, qui en est quelquefois l'accident ultime rapidement funeste.

Ces idées, encore une fois, n'ont pas cours dans l'état actuel de la science; aussi nous ne trouvons dans l'important travail de M. Sée que l'occasion de les produire, non d'en critiquer la confusion. Il nous a paru seulement que l'auteur, sous l'empire d'une préoccupation trop exclusive, étendait outre mesure l'idée de la diathèse rhumatismale en l'appliquant avec trop de facilité à des phénomènes d'un rapport différent, et touchait par là même à une confusion dont nous avons voulu le prévenir.

Quoi qu'il en soit, nous donnons ici-bas le texte de ses conclusions pour résumer l'importante connexité du rhumatisme et des névropathies.

« 1° En résumé, le rhumatisme affecte fréquemment le système nerveux en empruntant les caractères des névroses ou en simulant les phénomènes, soit isolés, soit réunis, des maladies de l'encéphale, de la moelle ou de leurs enveloppes.

» 2° Les formes qu'il revêt le plus fréquemment sont celles de la chorée, de la méningite cérébrale ou spinale, des contractures, du tétanos, de la paralysie; quelquefois aussi il se montre sous l'apparence d'une attaque apoplectiforme ou convulsive.

» 3° Le rhumatisme grave et compliqué de phlegmasies internes semble s'attacher plus spécialement à imiter les méningites ou le tétanos. Quand il est moins intense, apyrétique ou subaigu, il produit plus particulièrement les contractures, la paralysie ou la chorée, qui peut se trouver d'ailleurs dans toutes les conditions de la diathèse rhumatique et qui est au moins une fois sur deux le résultat de cette cause morbide.

» 4° Au point de vue des localisations, le rhumatisme nerveux se caractérise soit par les arthrites rhumatismales, soit par les douleurs articulaires isolées ou combinées avec les inflammations des méninges, du péricarde, de l'endocarde, ou même de la plèvre et du péritoine.

» 5° Mais, quels que soient le nombre et la forme de ces phlegmasies, le rhumatisme procède tantôt des synoviales vers les parties internes (ce qui se voit 5 fois sur 7); tantôt, au contraire, il marche en sens inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors (ce qui ne s'observe guère qu'une fois sur sept cas).

» Tantôt, enfin, il reste limité aux parties internes et n'attaque que les séreuses viscérales, comme, par exemple, le péricarde et l'arachnoïde; ces cas-là sont tout à fait exceptionnels, et le plus ordinairement ils s'accompagnent de quelque manifestation extérieure peu marquée ou passagère. »

En dehors du rhumatisme, M. Sée a cherché encore à déterminer l'influence des autres maladies sur les accidents choréiques.

Pour l'état fébrile et les fièvres essentielles, il a constaté ce résultat que, s'il existe déjà des phénomènes choréiques, la fièvre les modifie, en plus tant qu'elle persiste, en moins dès qu'elle vient à diminuer elle-même.

Les états diathésiques dépendant du sang, tels que la chlorose, l'anémie, les intoxications alcooliques, saturnines, mercurielles, l'albuminurie, sont sans influence bien directe sur la chorée.

De même pour l'hystérie et l'épilepsie.

Les affections vermineuses, comme les maladies des voies digestives, ne présentent avec la chorée que des rapports douteux de causalité.

Les affections dartreuses, la gale et les diverses répercussions généralement admises ne modifient pas non plus sensiblement la maladie.

Ainsi donc, de toutes les influences morbides, le rhumatisme seul paraît manifestement influer d'une manière considérable sur la production et le développement de la chorée.

Dans cette énumération de causes pathologiques, pourquoi donc M. Sée a-t-il oublié de mentionner une maladie constitutionnelle bien autrement vaste encore et étendue que la diathèse rhumatismale, bien autrement capable de causer des accidents protéiformes et des affections multiples de sièges et de produits, nous voulons parler de la goutte, en un mot? Serait-ce parce que cette maladie actuellement confondue avec le rhumatisme a disparu des nosologies? Nous ne pouvons le croire. Quoi qu'il en soit, on trouve dans la tradition que Stalh avait distingué une chorée goutteuse, dont Barthez a plus tard confirmé l'existence et la nature. Stoll en avait fait une des manifestations variées de la goutte anormale: *Arthrites larvata sub schemate... choreæ Sancti Withi* (1), et M. Guilbert affirme positivement avoir observé dans sa pratique les variétés de goutte anomale qu'il comptait le moins rencontrer, savoir : justement cette forme de goutte cachée sous l'apparence de la chorée (2). C'est donc une lacune réelle et sérieuse que nous regrettons dans le mémoire de M. Sée, lacune qui sans doute s'explique en partie par l'absence de goutte chez les enfants soumis à l'observation de l'auteur.

Après l'étude des causes morbides, arrivons à celles des conditions physiologiques ayant quelque rapport avec la production de la chorée.

Toutes les statistiques déjà connues montrent que les époques de la vie qui favorisent le mieux le développement des accidents choréiques correspondent, l'une à la première dentition, l'autre aux approches de la puberté.

La transmission héréditaire de la chorée était aussi généralement admise; mais la mutation réciproque et alternée de cet état morbide avec le rhumatisme par le fait de l'hérédité est un fait nouveau constaté par les remarques de M. Sée, comme aussi par les observations récentes de M. Begbie et de M. Baillarger.

La grossesse est une des circonstances de la vie qui marque le plus dans l'histoire des accidents choréiques dont l'apparition, lorsqu'elle a lieu, arrive le plus souvent vers la fin de cet état, rarement au début. Toutefois, et il n'y a rien à craindre de leur résultat sur l'utérus, et la grossesse n'est en définitive ni une cause directe, ni une complication grave des chorées qui se manifestent pendant son cours.

Les constitutions affaiblies, les causes débilitantes, les impressions physiques et morales, la peur, les climats tempérés et froids, principalement ceux qui sont en même temps humides, les variations de température, telles sont en résumé les plus importantes parmi les causes occasionnelles de la chorée.

Nous avons analysé en détail jusqu'ici les aperçus neufs et intéressants que nous avons trouvés dans le mémoire de M. Sée. Nous avons eu surtout le soin de mettre en relief tout ce qui a trait aux rapports du rhumatisme avec la chorée. Passons plus rapidement sur les questions moins susceptibles de controverse, ou moins dignes d'intérêt.

La symptomatologie de la chorée est parfaitement exposée dans ses préludes, son invasion, et la description analytique de chacun des phénomènes morbides. La marche, la durée, les terminaisons et les récidives de la maladie sont traitées avec soin. Tout ce chapitre est rempli de descriptions convenablement développées. Nous ne devons pas oublier de mentionner une loi importante que M. Sée a signalée dans les rechutes, et — soit dit en passant — qu'il aurait dû plutôt exposer à l'occasion de la marche; c'est que toutes les attaques de chorée, en se répétant, suivent une progression continue et constante. Ainsi la première atteinte se prolonge, en moyenne, 139 jours, ou deux fois plus longtemps que les chorées qui ne doivent pas récidiver; la deuxième attaque dure ordinairement 80 jours, tandis que la troisième n'est généralement que de 55 jours. Circonstance remarquable dont il faut tenir compte pour pouvoir apprécier la valeur des différentes méthodes de traitement.

Le chapitre du diagnostic traite, dans la première catégorie, des chorées anomales, grande danse de Saint-Guy, chorées systématiques, rotations vibratoires, et de leur distinction de la chorée vulgaire, avec laquelle elles n'ont de commun que le nom et la singularité de leurs contractions (1). Dans la deuxième catégorie, il est question des différences entre la chorée et les autres névroses, telles que l'hystérie, la paralysie, les convulsions, les tics musculaires et les tremblements divers.

Enfin la grande question du traitement a reçu des développements en rapport avec son importance. On distingue dans l'appréciation des diverses méthodes faite par M. Sée un sens éminemment pratique et judicieux. Nos lecteurs pourront juger eux-mêmes en lisant ici les lignes suivantes de l'auteur, qui sont le meilleur résumé que nous puissions donner de ses idées, et la plus utile conclusion de son travail.

« En présence de tant de moyens divers, de tant de méthodes contradictoires qui ont été tour à tour préconisées dans le traitement de la chorée, le choix est difficile à établir, s'il n'est éclairé par l'analyse, le raisonnement, le contrôle de la clinique et surtout par la science des indications. Or l'expérience nous a permis tout d'abord de juger ce scepticisme systématique qu'on a cherché à introduire dans le domaine de l'art, et de condamner cette médecine négative qui en est la conséquence. Il s'est trouvé des praticiens qui, sans discerner le vrai du faux, ont cherché à faire ressortir l'impuissance de l'art, en disant que tous les traitements sont bons, ou qu'ils sont tous mauvais. Le docteur Reeves (*loc. cit.*) rapporte que, pendant l'espace de trente-six ans, l'hôpital de Norfolk fut successivement dirigé par huit médecins qui suivaient les systèmes les plus opposés pour arriver en définitive à des résultats sensiblement les mêmes. Le docteur Bardsley, qui a expérimenté les médications les plus importantes, a été amené de même à conclure de ses études comparatives qu'elles peuvent toutes suffire pour procurer la guérison, mais il ajoute qu'elles sont cependant loin de posséder la même puissance curative.

» Il y a, en effet, des médicaments qui ne font cesser les accidents choréiques qu'au bout de six semaines, deux ou trois mois, c'est-à-dire après un laps de temps qui équivaut à une guérison spontanée; il en est d'autres qui ne réussissent que quand on les administre dans les chorées en récidive, dans la période de décroissance naturelle, ou à la suite d'une fièvre intercurrente qui favorise la tendance à la résolution. Or, dans de pareilles circonstances, les remèdes ont beau jeu; mais le jugement qu'on portera sur leurs effets sera entaché d'erreur, leur action se confondant avec les efforts salutaires de la nature médicatrice qui pourra même se plier quelquefois aux écarts de la médecine. Ce n'est donc pas un titre de supériorité de guérir une chorée ancienne qui a déjà subi d'autres traitements; il y a bien plus de difficultés à rectifier la marche vicieuse des fonctions dès le début, et d'enrayer la maladie de prime abord. Ce pouvoir n'appartient qu'aux remèdes éprouvés; si en même temps ils jouissent du privilége de guérir plus promptement et plus constamment que les autres, on peut les considérer comme véritablement utiles.

» C'est d'après ce double critérium que nous avons pu en classer un certain nombre méthodiquement et dans un ordre pratique, savoir, en première ligne, les bains sulfureux qui guérissent au moins 50 fois sur 57 dans l'espace moyen de vingt-deux jours, et les exercices gymnastiques qui fournissent 18 guérisons sur 22 dans vingt-neuf jours en moyenne. Sur le deuxième plan on peut placer les toniques ferrugineux (5 guérisons sur 8) et les purgatifs (5 guérisons sur 7), qui semblent agir plus rapidement que ceux-ci quand ils suffisent pour amener la maladie à bonne fin. Après ces méthodes de traitement, celles qui fournissent le plus d'avantages sont, d'une part, les bains frais, d'autre part, l'iodure de potassium, dont on est en droit d'espérer des résultats favorables, à en juger par les expériences heureuses qu'on a tentées jusqu'à ce jour.

» Là se borne la série des moyens dont l'utilité soit consacrée par l'expérience. »

Payons, en terminant, un juste tribut d'éloges à ce travail plein d'observations, de recherches, d'aperçus nouveaux, d'idées pratiques, conçu dans le sens d'une doctrine médicale élevée, et digne en tous points de fixer l'attention des médecins. En y ajoutant encore les résultats d'une plus complète expérience, en faisant disparaître les lacunes que nous avons signalées, en dissipant la confusion de quelques rapprochements encore douteux, M. Sée a rendu un véritable service à la science, qui lui tiendra compte du succès de ses travaux.

(1) Stoll. *Dissert. ad morb. chron. de arthritide.*

(2) Guilbert. *Dict. en 60 vol.*, art. *Goutte.*

(1) Cette partie renferme la description de ces maladies encore peu connues, et sous ce rapport les types présentés par M. Sée sont dignes d'intérêt.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 janvier 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Il n'y a pas de correspondance officielle.

Correspondance manuscrite. — Propriétés médicales des eaux d'Aulus (Ariége).

M. Lafond-Gouzy (de Toulouse) envoie un mémoire sur les propriétés médicales de ces eaux. (Commission des eaux minérales.)

Eaux de Bourbon-l'Archambault.

M. Hattier envoie une copie du mémoire adressé hier à l'Académie des Sciences.

Contagion de la fièvre typhoïde.

M. Bayard (de Cirey sur-Blaize) adresse une note sur la contagion de la *variole interne* (fièvre typhoïde) et sur les conditions dans lesquelles cette contagion a lieu. Cette contagion ne s'exerce que chez les individus qui n'ont pas eu, soit la fièvre typhoïde, soit la variole. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

— M. ORFILA remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Il rend compte ensuite de la visite faite à M. le président de la République. Enfin il propose de voter des remercîments au bureau sortant.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL remercie à son tour l'Académie de lui avoir continué sa confiance pour l'année 1851.

Commission d'Argenteuil.

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un membre manquant dans la commission du prix d'Argenteuil. L'Académie, à la presque unanimité, désigne M. Gerdy, rapporteur de la dernière commission.

M. GERDY déclare ne pouvoir accepter la mission que veut lui confier l'Académie. Cette mission a été pour lui une source de désagréments de toutes sortes, auxquels il est juste, dit-il, que chacun s'expose à son tour.

M. le président, M. le secrétaire perpétuel et plusieurs membres font des instances auprès de M. Gerdy pour l'engager à accepter la mission que l'Académie vient de lui confier. M. Gerdy paraît résister à ces instances. Cependant il n'est pas procédé à une nouvelle élection.

Fièvre puerpérale.

M. Arneth lit une *Note sur le moyen hygiénique et préservatif pour empêcher le développement des épidémies de fièvre puerpérale dans la Maternité de Vienne.*

Ce moyen imaginé d'après M. Arneth, par M. Semmelœis, chef de clinique d'accouchements à la Maternité de Vienne, consiste dans des lotions de chlorure de chaux faites sur les mains des élèves et des médecins qui se livrent aux dissections et aux recherches anatomo-pathologiques. M. Semmelœis en effet a découvert que la fièvre puerpérale était principalement produite par le contact des molécules cadavériques qui restent toujours sur les mains des étudiants, quoi qu'ils fassent, s'ils ne se lavent pas au chlorure de chaux. En effet, dans la portion de clinique d'accouchements où il n'est reçu que des élèves sages-femmes (lesquelles ne se livrent pas aux recherches anatomiques), le nombre des fièvres puerpérales est beaucoup moindre que dans celle où sont admis des élèves en médecine. En outre, dans cette dernière portion de la clinique, qui n'est séparée de l'autre que par une porte, les fièvres puerpérales ont considérablement diminué depuis que les élèves font usage du chlorure de chaux.

Eaux minérales de Vichy.

M. Durand-Fardel lit un mémoire sur le mode d'action des eaux de Vichy. Dans ce travail assez étendu, l'auteur démontre surtout qu'on ne saurait expliquer par une action chimique les effets divers des eaux minérales en général et en particulier des eaux de Vichy. Nous donnerons prochainement une analyse plus complète de ce travail.

M. Rochoux écrit, au contraire, qu'il n'y a dans la vie que des actions chimiques, qui deviendront plus évidentes et mieux connues à mesure que la science fera des progrès.

De la section du tendon d'Achille dans les cas de fracture.

M. Londe lit, au nom de M. le professeur Lesauvage (de Caen), correspondant de l'Académie, la note suivante :

« J'ai lu dans un journal un extrait du *Medical London Gazette*, ayant pour titre : *Section du tendon d'Achille dans certains cas de fracture de la jambe.* Si ce moyen thérapeutique était présenté comme nouveau, les deux faits suivants établiraient que, depuis plusieurs années, les praticiens français ont employé cette opération pour les circonstances dans lesquelles elle aurait été récemment préconisée.

» *Fracture de l'astragale. Section du tendon d'Achille.*

» Jusqu'ici, la fracture de l'astragale n'a point été admise, excepté dans les cas où elle est comminutive et produite dans un écrasement du pied. On supposait que la forme de cet os et ses rapports si solidement établis avec les autres os du tarse, devaient le soustraire à ce genre de lésion. Le fait suivant vient démontrer la possibilité de la fracture isolée de l'astragale.

» Au mois d'octobre 1842, le nommé Fournier, lancier en remonte à Caen, courait par la ville dans un état complet d'ivresse, lorsque, s'empêtrant dans son manteau, et après plusieurs efforts pour rétablir l'équilibre, il fit une chute sur le sol. On l'aida à se relever; et, sans avoir tout d'abord conscience de la blessure qu'il venait de se faire, il put marcher l'espace de cent pas; mais bientôt, ne pouvant plus continuer, il fut porté à la caserne. Le lendemain on le transporta à l'hôpital.

» Il avait fallu couper la botte pour dégager le pied droit, qui nous offrit l'état suivant : Il était légèrement incliné en dedans; la pointe était portée en bas par l'effet d'une forte rétraction du tendon d'Achille. On pouvait facilement reconnaître que la jambe se portait sur le pied, comme par une luxation en avant. Il existait déjà beaucoup de gonflement autour de l'articulation; le malade avait de la fièvre. Il fut saigné deux fois dans le jour, mis au bouillon maigre; le pied fut entouré d'un large cataplasme et posé sur un coussin.

» Au troisième jour, le gonflement avait beaucoup diminué; la jambe était toujours inclinée sur le pied et portée en avant; les ligaments latéraux avaient dû être fortement tiraillés.

» A l'aide d'efforts multipliés et en fléchissant la jambe sur la cuisse, on parvint à reporter la jambe en arrière et à assurer ses rapports avec le pied; mais dès qu'on cessait l'extension, la jambe glissait en avant, et en même temps le pied se rétractait en arrière et en haut. On ne pouvait compter sur un bandage contentif, qu'il aurait fallu serrer trop fortement pour maintenir la jambe et le pied dans une situation convenable.

» Le lendemain, quelques nouvelles tentatives faites avec beaucoup d'énergie et de dextérité par mon collègue le professeur Le Bidois n'amenèrent aucun résultat. Alors il me fut démontré qu'il ne pouvait y avoir de ressources pour le malade que dans la section du tendon d'Achille. L'opération ayant été pratiquée, la jambe et le pied furent facilement ramenés et maintenus en position par un simple bandage de fracture de la jambe. Après la réduction, et à l'aide de mouvements imprimés au pied, et plus particulièrement à l'astragale, il nous fut facile d'entendre une crépitation que l'on avait cru saisir, mais faiblement, pendant les premières tentatives, ce qui mit hors de doute la fracture de cet os. Elle pouvait bien ne pas être considérée comme la cause des accidents que nous avions remarqués, et qui, sans aucun doute, résultaient d'un violent diastasis de l'articulation; mais elle en était au moins une complication.

» Après cinquante-trois jours, le malade put faire quelques pas à l'aide de béquilles; bientôt il les abandonna, et la marche, d'abord assez embarrassée, devint plus libre; mais le malade levait le pied horizontalement. Il en résultait une sorte de difficulté qui ne tarda pas à être beaucoup moins apparente. Il y avait à peine douze millimètres d'intervalle entre les deux bouts du tendon d'Achille.

» Trois ans après, je crois, étant à Paris pendant les vacances, j'allai à la Pitié dans les salles du professeur A. Bérard. Cet excellent et si regrettable praticien mettait une extrême obligeance à me présenter les cas intéressants de son service. Arrivé au lit d'un malade qui avait un bandage de fracture de jambe, il me raconta avec beaucoup de détails les difficultés qu'il avait éprouvées pour maintenir en rapport les pièces osseuses; puis il me demanda ce que j'aurais fait? Je lui répondis, ce qui l'étonna, la section du tendon d'Achille. C'est ce qu'il avait pratiqué lui-même; mais il croyait que cette opération n'avait point encore été appliquée au cas de fracture compliquée.

» Je ne doute pas qu'on n'ait dû trouver dans les papiers de ce laborieux professeur quelques notes sur cette opération, à laquelle il attachait une certaine importance.

» Ainsi, la section du tendon d'Achille dans deux cas de fracture compliquée de la jambe ou du pied avait été pratiquée, en France, longtemps avant que le praticien anglais n'eût eu recours à ce moyen dans deux circonstances qui n'ont pas été d'ailleurs suffisamment précisées. »

M. Bégin dit que la section du tendon d'Achille n'est pas une opération aussi insignifiante qu'on pourrait le croire; il ne faudrait y recourir qu'à la dernière extrémité; il rend compte de deux cas dans lesquels il existait un déplacement très prononcé et très difficile à réduire et à contenir, et qu'il a néanmoins pu combattre avec succès à l'aide d'un appareil bien disposé.

Corps étranger dans la vessie.

M. Ségalas lit un rapport sur un nouvel instrument imaginé par M. Courty, professeur agrégé à l'Ecole de Montpellier, pour extraire de la vessie certains corps étrangers de forme allongée. La note descriptive de cet instrument renferme l'observation d'un soldat de la vessie duquel a été extraite une épinglette à l'aide de l'instrument en question. L'instrument consiste dans une sonde à mandrin, dont l'extrémité vésicale est recourbée en forme de crochet, de manière à pouvoir saisir un corps mince tel qu'une épinglette de militaire et à le faire rentrer de force dans la vessie en le ployant en deux au moyen d'un écrou de rappel.

M. Ségalas propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 janvier 1851. — Présidence de M. Duperrey.

Renouvellement du bureau pour 1851.

Président, M. Rayer; M. Piobert, réunissant la majorité des suffrages, est proclamé vice-président.

Déclaration de vacances.

M. le président proclame trois vacances, l'une dans la section de physique générale, la seconde dans la section d'anatomie et zoologie par suite des décès de MM. Gay-Lussac et de Blainville, et la troisième dans la section de géométrie en remplacement de M. Libri.

Eaux minérales de Bourbon-l'Archambault.

M. Hattier, interne nommé au concours des établissements d'eaux minérales, adresse pour le prix Montyon un mémoire sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, avec le résultat des analyses faites de concert avec M. Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Nouvelle variété d'oblitération des voies spermatiques.

M. Gosselin adresse une note sur une nouvelle variété d'oblitération des voies spermatiques. Il s'agit d'un kyste volumineux développé entre l'épididyme et le testicule. Ce kyste, en se développant, avait écarté la tête de l'épididyme du testicule au point de rompre et de faire entièrement disparaître les canaux efférents et d'interrompre complétement la communication entre l'épididyme et le testicule.

Comme conséquence de ce fait, sous le point de vue pratique, M. Gosselin pense qu'il n'est pas prudent d'abandonner indéfiniment à eux-mêmes les kystes soit de la partie inférieure du cordon, soit de l'épididyme, et qu'il est indiqué d'injecter ces kystes avec la teinture d'iode ou tout au moins de les ponctionner avant qu'ils aient atteint un grand volume.

Mortification des kystes par l'injection d'huile de croton tiglium.

M. le docteur Faure (de Roanne) adresse un mémoire sur la mortification et la fonte purulente des kystes et autres productions accidentelles ou dégénérescences limitées par des enveloppes celluleuses, et sur l'instrument à l'aide duquel il pratique cette opération.

Cet instrument est une petite seringue traversée dans toute sa longueur par un stylet très aigu. Comme dans la seringue d'Anel, la canule est très fine; la pointe du stylet qui la traverse et la dépasse de 1 ou 2 millimètres seulement, complète l'aiguille.

A l'aide de cet instrument, M. Faure injecte *dans le centre* du kyste ou de la tumeur dont il veut obtenir la guérison, de l'huile de croton tiglium, liquide qui lui a paru réunir mieux que tout autre les conditions propres à obtenir le but qu'il se propose. Dans un premier temps de l'opération, lorsque d'un coup sec la pompe aiguille pénètre dans le kyste, une vis de pression fixe le stylet dans la tige du piston. Dans un second temps on pousse l'injection, pendant qu'une petite clef ferme le canal du piston et prévient le reflux du liquide.

L'injection faite, la canule doit être retirée vivement. Dès qu'elle est sortie, les doigts d'abord, puis une mouche de taffetas d'Angleterre, au besoin recouverte de quelques couches de collodium, fermeront complétement la piqûre. L'opération n'exige pas plus d'une minute ou 40 secondes seulement pour être exécutée. (Commissaires : MM. Roux et Velpeau.)

Mécanisme de l'accouchement et action du seigle ergoté.

M. le docteur Spitzer, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire à Vienne, exerçant à Marseille, adresse un travail intitulé: *Considérations sur le mécanisme de l'accouchement envisagé d'une manière plus conforme à nos connaissances anatomico-physiologiques*, avec une note sur l'action du seigle ergoté et des observations à l'appui.

Il pense que l'utérus se contracte en se décongestionnant, et que le seigle ergoté agit de même, non pas en modifiant le système nerveux, mais en décongestionnant l'utérus. C'est par la même raison que le seigle est un excellent hémostatique, et qu'il convient dans toutes les maladies où il existe une dilatation des vaisseaux.

NOUVELLES.

La première épreuve du concours de clinique chirurgicale a eu lieu hier mercredi à 4 heures. Trois candidats, MM. A. Sanson, Voillemier et Michon ont lu une dissertation écrite sur la question suivante, qui a été la même pour tous les candidats : *De l'étranglement au point de vue chirurgical.*

— M. Mounier, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, a été nommé professeur d'anatomie à l'Ecole d'application de la médecine militaire.

— Académie du Gard. — *Programme du concours ouvert pour un prix à décerner en août* 1852. — Quels seraient les travaux d'art, d'agriculture ou d'industrie qui devraient être exécutés pour faire disparaître les *fièvres paludéennes* qui règnent sur le littoral du département du Gard et des départements limitrophes, et pour qu'il résultât de ce perfectionnement sanitaire :

1° Un changement radical dans l'intérêt de la santé publique;

2° Une augmentation dans la valeur du sol et de ses produits agricoles ou industriels.

Le prix, qui sera décerné en août 1852, consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,000 fr.

Les mémoires doivent porter une sentence et un billet cacheté renfermant cette même sentence, le nom et l'adresse de l'auteur; ils seront envoyés, *franco*, avant le 15 mai 1852, à M. Nicot, secrétaire perpétuel, rue d'Avignon, 28.

— On lit dans le *Journal de la Corse* du 2 janvier :

« Une découverte importante vient d'être faite dans la contrée de la Balagne, sur le territoire de la commune d'Occhiatana, canton de Belgodere, arrondissement de Calvi : c'est une riche mine de cinabre ou sulfure de mercure presque pur, qui a donné à l'analyse faite le 16 octobre dernier, par ordre du ministre des travaux publics, à l'Ecole des mines à Paris, 80 pour 100 de mercure métallique. »

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 4. — SAMEDI 11 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 4 — SAMEDI 11 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 5[illegible]

Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 10 JANVIER 1851.

Mode d'action des eaux de Vichy. — Section du tendon d'Achille. — Mécanisme de l'accouchement. — Oblitération des voies spermatiques.

Nous avons été obligé de scinder l'appréciation des travaux présentés dans les dernières séances académiques ; nous continuons aujourd'hui cette appréciation.

Commençons d'abord par la lecture de M. Durand-Fardel. Ce médecin distingué ayant soulevé, dans son intéressant travail, des questions de la plus grande importance, nous allons donner d'abord une analyse aussi complète que possible de son mémoire ; nous présenterons ensuite les réflexions critiques dont il nous semble susceptible.

Deux méthodes, a dit M. Durand-Fardel, peuvent présider à l'étude des eaux minérales, de leurs indications et de leur mode d'administration. L'une prend pour point de départ la composition chimique des eaux ; l'autre, l'observation des phénomènes présentés par les malades soumis à leur action. La première a seule été employée dans les travaux qui ont eu jusqu'ici les eaux de Vichy pour objet. M. Durand-Fardel appuie cette proposition sur de nombreuses citations empruntées à un ouvrage récent de M. Ch. Petit sur les eaux de Vichy. La seconde méthode, que, par opposition à la méthode chimique, M. Durand-Fardel appelle méthode clinique ou physiologique, a été suivie par lui d'après l'exemple fourni par tous les bons observateurs.

M. Durand-Fardel a été conduit, par l'observation des modifications fonctionnelles présentées par les malades soumis au traitement thermal à Vichy, à reconnaître que ces eaux agissent spécialement en excitant l'ensemble des fonctions de l'économie, en particulier les fonctions de la peau, et surtout celles de l'appareil digestif et de ses annexes, du foie, des voies urinaires.

Ce sont ces propriétés excitantes, parfaitement adaptées à l'état des malades atteints d'affections chroniques diverses, que l'on traite à Vichy, et chez qui l'on rencontre toujours un certain degré d'affaiblissement, de langueur, ou de l'organisme en général, ou de quelqu'une de ces fonctions en particulier ; ce sont ces propriétés excitantes qui expliquent comment un agent thérapeutique identique peut s'accommoder à tant d'individualités morbides différentes. Ces propriétés excitantes n'appartiennent pas aux eaux de Vichy seules ; elles sont communes à toutes les eaux minérales, sauf les différences que peuvent établir entre elles les conditions particulières de température, de composition qui les caractérisent, et surtout la présence dominante ou du fer ou du soufre.

C'est cette communauté d'action qui fait que l'on voit les mêmes maladies traitées avec le même succès dans des thermes de composition chimique très différente. Il faut comprendre que les eaux minérales ne constituent pas des médications chimiques spécifiques, distinctes, mais un ordre particulier et identique de médications dans lequel on choisira telle ou telle d'entre elles, comme dans la thérapeutique ordinaire on choisit tel ou tel purgatif ou narcotique lorsqu'on veut avoir recours à un ordre semblable de médicaments.

M. Durand-Fardel ajoute à ces arguments tirés de l'analogie d'action de toutes les eaux minérales quelques faits d'observation clinique : ainsi, les conditions générales de l'organisme sont d'abord modifiées dans le cours d'un traitement thermal; les conditions morbides locales ne le sont que plus tard, et quelquefois à un très faible degré, bien que la santé générale se rétablisse à un degré beaucoup plus prononcé. Les effets consécutifs des eaux sont beaucoup plus importants que leurs effets primitifs. Enfin, M. Durand-Fardel fait remarquer que les eaux minérales disposent plutôt les malades à la guérison qu'elles ne les guérissent à proprement parler. Elles n'exercent, en général, qu'une action indirecte, éloignée sur les altérations locales auxquelles on les oppose. C'est une médication générale qui s'adresse aux conditions générales de l'organisme beaucoup plus qu'aux affections morbides locales.

Ces différentes observations paraissent rendre compte du mode d'action des eaux thermales d'une manière beaucoup plus satisfaisante que les théories chimiques. D'après celles qui ont été proposées à propos des eaux de Vichy, nous voyons qu'on a supposé qu'on dissolvait, au moyen du bicarbonate de soude, l'albumine qui fait la base des engorgements viscéraux, celle qui constituerait les épaississements de l'estomac et de l'intestin dans les affections chroniques de ces viscères, qu'on saturait l'acide urique en excès dans le sang des goutteux, les acides contenus dans le sang des chlorotiques, des scrofuleux, des tuberculeux, etc., mais sans que personne ait jamais vu ces engorgements albumineux de l'estomac et de l'intestin, ces acides dans le sang des tuberculeux, etc., et même cet acide urique dans le sang des goutteux, etc. Il ne faut accepter ces théories chimiques qu'avec une défiance extrême, et ne s'engager dans une telle voie qu'avec beaucoup de réserve, bien qu'on en puisse assurément obtenir quelques résultats utiles, si on ne lui demande que ce qu'on y peut trouver.

Enfin, M. Durand-Fardel termine par quelques considérations pratiques propres à démontrer qu'au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, c'est-à-dire des indications à suivre, de l'idée que l'on pourra se faire des guérisons à obtenir et du mode d'administration des eaux, la conduite du praticien ne saurait être la même, suivant qu'il se laissera conduire par ces théories chimiques, ou par les résultats de l'observation clinique et des notions fournies par la physiologie.

Telle est la substance du travail lu par M. Durand-Fardel. Si nous en avons saisi l'esprit, deux questions principales s'y trouvent surtout agitées : une question de méthode et une question de physiologie thérapeutique, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Sur la première question, nous insisterons pe[illegible] M. Durand-Fardel a défendu une opinion si unanimement acceptée en soutenant que l'observation directe des faits, ou méthode clinique, était préférable, dans l'étude des eaux minérales, aux inductions chimiques tirées de la composition de ces mêmes eaux, qu'il serait inutile d'ajouter de nouveaux arguments à ceux qu'a invoqués l'auteur de la communication.

Quand même il serait vrai, comme l'a avancé M. Rochoux, qu'il ne peut exister dans l'organisme d'autres phénomènes que des phénomènes chimiques ou physiques, proposition dont il est également impossible de montrer l'exactitude et la fausseté, il n'en resterait pas moins certain que la méthode clinique est de beaucoup préférable à la méthode d'induction chimique, laquelle ne pourrait conduire sûrement à la vérité qu'autant que l'on connaîtrait sans exception tous les phénomènes chimiques qui se passent dans l'organisme, ce dont M. Rochoux ne se flatte pas, assurément.

Quant à la seconde question traitée par M. Durand-Fardel, question plus contestable, à certains égards, que la première, elle est de la plus grande importance, et digne d'attirer au plus haut degré l'attention des praticiens, des pathologistes et même des physiologistes.

Est-ce en effet en excitant les fonctions en général, celles de la peau en particulier; est-ce en modifiant l'habitude générale de l'organisme qu'agissent les eaux minérales, ou bien est-ce en portant leur action sur tel organe, sur telle fonction en particulier, suivant leur composition chimique? Voilà deux questions pratiques de la plus haute importance. M. Durand-Fardel n'hésite pas à se prononcer en faveur de la première. Comment expliquer autrement que par une action générale, dit-il, l'efficacité des mêmes eaux, des eaux de Vichy en particulier, dans une foule de maladies diverses, engorgements viscéraux et autres, affections rhumatismales, diathèses, anémies, etc. ?

Cet argument, il faut le reconnaître, est d'une haute portée; il prouve évidemment ce que, du reste, tous les praticiens admettent, quoique d'une manière moins absolue, à savoir: que les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les malades qui prennent les eaux, jouent le plus grand rôle dans la curation des maladies. Mais est-ce à dire pour cela que la composition chimique des eaux elles-mêmes soit indifférente dans les résultats obtenus? C'est aller bien loin, suivant nous. Il nous serait bien difficile d'admettre, malgré notre peu de propension vers les théories chimiques, que des eaux alcalines agissent précisément de la même manière que des sources magnésiennes, ferrugineuses ou manganésiques. Nous ne le nions pas absolument, mais nous attendons une démonstration que les observations renfermées dans le mémoire de M. Durand-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie générale médico-chirurgicale; par P.-N. GERDY, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie nationale de médecine, etc.

Quand on s'adresse, comme nous, à des lecteurs choisis, la meilleure critique littéraire consiste moins à leur formuler une appréciation toute faite qu'à leur en fournir les éléments. On leur montre le livre de loin; et ils le jugent, — imparfaitement sans doute, mais assez, s'il est bon, pour éprouver le désir de le voir de plus près. C'est ainsi que nous allons procéder.

Le *Traité de pathologie générale* est le premier volume d'un grand ouvrage qui paraîtra par monographies séparées. Il s'agit, le nom de M. Gerdy le disait d'avance, d'un ouvrage de chirurgie. Il sera composé d'une série de traités à la fois indépendants les uns des autres, et reliés entre eux par un plan commun, et distribués de la manière suivante :

Traité de pathologie générale.	1 vol.
Traité des maladies générales, comprenant les plaies, l'inflammation, les ulcères, les fistules, la gangrène, les lésions organiques, etc.	1
Traité des maladies de l'appareil locomoteur. . . .	2
Traité des maladies des sens et du système nerveux. .	1
Traité des maladies des voies aériennes.	1
Traité des maladies des organes digestifs et de leurs annexes.	1
Traité des maladies des organes génito-urinaires. . .	1

Ces huit volumes embrasseront ainsi, avec la pathologie générale, la chirurgie tout entière.

Remarquons d'abord, qu'enseignant depuis longtemps la théorie de la science à l'Ecole, et son application dans l'un des plus grands hôpitaux de Paris, professant la pathologie externe et la clinique, auteur de travaux importants d'anatomie et de physiologie, ce double flambeau de la chirurgie, M. Gerdy se trouvait dans les conditions les plus favorables pour entreprendre un pareil ouvrage.

Le plan en est heureusement conçu. Il commence par la description abstraite de la maladie, pour nous dire ce que c'est qu'une maladie : ses caractères, ses formes variées, les influences qui la gouvernent dans son développement et son déclin. Il nous apprend par quelles manifestations elle se révèle à nous, par quels moyens, quel degré on peut en découvrir l'existence et la nature ; comment on parvient à en apprécier la gravité, comment et jusqu'à quel point il est permis d'en empêcher l'invasion, d'en arrêter ou d'en modérer la marche. L'auteur, en nous initiant ainsi au langage de le science et à son étude, nous donne la clef de la pathologie spéciale.

La pathologie générale est, en effet, l'introduction naturelle à la description particulière des maladies, et M. Gerdy a bien fait de la mettre en tête de son ouvrage; c'est le péristyle du monument.

Le livre que nous examinons aujourd'hui, le *Traité de pathologie générale*, n'est pas seulement à sa place; il comble une véritable lacune ; non pas que le sujet eût été négligé jusqu'ici; il avait, au contraire, été exposé avec un rare succès par MM. Chomel et Dubois (d'Amiens) ; c'est un juste hommage que nous aurions cherché l'occasion de leur rendre si elle ne s'était présentée d'elle-même. Mais, ils le reconnaîtront les premiers, ces deux savants, entraînés par la nature de leur talent, ont fait dans leurs ouvrages un lot un peu large à la médecine au détriment de la chirurgie ; il appartenait à un chirurgien de rétablir l'équilibre entre ces deux sœurs inégalement partagées : c'est là le but de la pathologie générale *médico-chirurgicale* de M. Gerdy.

Parcourons rapidement ce traité.

Dans les préliminaires, on distingue un parallèle de la médecine et de la chirurgie. Il est écrit avec verve, avec justesse aussi, — ce n'est pas nous qui dirons le contraire, — mais avec une certaine tendance qui fait légèrement soupçonner une plume chirurgicale. A côté de ce parallèle, il s'en trouve un autre, celui des études théoriques et des études cliniques, également bien tracé, mais derrière lequel on aperçoit encore un peu le professeur de pathologie externe. Voici ce dernier passage, qui renferme d'ailleurs d'incontestables vérités :

« ...... La théorie est la parole du passé, de l'expérience de tous les temps, de tous les lieux ; c'est la pratique de tous les médecins passés et présents qui l'ont transmise, controversée et systématisée par l'enseignement oral ou écrit. La pratique particulière n'est que l'expérience personnelle non controversée, non systématisée et se présentant plus ou moins confusément à la mémoire. Elle n'existe que pour celui que l'expérience a directement éclairé, et devient de la théorie pour ceux auxquels il la transmet par parole ou par écrit. Une leçon de clinique est un exposé théorico-pratique très complexe des faits qui passent sous les yeux des élèves, incessamment comparés aux faits qui constituent la science, et où la théorie du professeur en apprend beaucoup plus aux élèves que les faits de pratique dont ils sont témoins. Qui oserait dire, en effet, qu'il en enseigne plus par ce qu'il voit que par ce qu'il a appris ferait preuve de bien peu d'intelligence et de savoir, car en fait de science et d'art, ce que nous devons à nos devanciers est immense, et ce que nous devons à nous-mêmes est imperceptible. Et comment en serait-il autrement?

» La théorie nous donne toutes les espèces et les variétés des faits observés et connus; la clinique n'en peut faire voir qu'un très petit nombre; en sorte que, sous ce rapport, elle est beaucoup au-dessous de la théorie; la théorie peut faire connaître tout ce qu'on sait sur les causes, sur les lésions matérielles, sur les phénomènes, sur la marche et sur les influences des maladies; sur les difficultés, les incertitudes du diagnostic, du pronostic, et sur l'efficacité des méthodes, des procédés et des moyens thérapeutiques ; la clinique ne peut faire voir qu'une très petite partie de toutes ces choses. Il est vrai que les faits appris par expérience frappent l'esprit d'une manière beaucoup plus vive, plus profonde, plus durable pour la mémoire que lorsqu'on n'apprend à les connaître que par théorie. Néanmoins l'expérience démontre que généralement la théorie suffit pour faire reconnaître des affections déjà décrites et qu'on n'a encore jamais vues, ou même pour faire distinguer des affections inconnues que personne n'a décrites encore.

» Les leçons théoriques et les ouvrages de même nature sont

Fardel ne sauraient établir. Mais ces observations font mieux sentir que ce qu'on avait écrit encore la justesse d'une opinion qu'on négligeait un peu depuis que la doctrine des localisations a envahi la science et la pratique. Le mémoire de M. Durand-Fardel montre l'importance d'une voie presque nouvelle d'observation. Si un certain nombre de médecins d'eaux minérales, laborieux et éclairés, veulent suivre cette voie, il résultera de leurs observations peut-être la démonstration complète de l'opinion de M. Durand-Fardel; mais, dans tous les cas, les résultats les plus précieux pour la pratique médicale.

— Sur la communication de M. Lesauvage, nous avons trois réflexions à faire : la première, c'est que l'existence de la fracture de l'astragale ne nous semble pas très bien établie; la seconde, c'est que la section du tendon d'Achille, dans le cas de réduction difficile, remonte plus haut que les observations d'A. Bérard et de M. Lesauvage lui-même; la troisième enfin, c'est que l'utilité de cette section n'est pas encore suffisamment démontrée, ainsi que l'a fait observer M. Bégin.

— Nous ne ferons que mentionner le rapport de M. Ségalas, dans lequel cet honorable académicien, tout en accordant à M. Courty des éloges mérités, a fait voir que l'instrument imaginé par ce chirurgien n'avait aucun avantage sur ceux déjà usités.

— A l'Académie des Sciences, nous avons remarqué l'observation fort intéressante de M. Gosselin sur une nouvelle cause d'oblitération des voies spermatiques.

— Le mémoire de M. Faure renferme aussi une idée qui peut être utile à la pratique; mais cet honorable praticien a renfermé cette idée dans des explications qui en rendent l'intelligence difficile. C'est un travail que l'auteur fera bien de recommencer, en se bornant à la partie purement clinique. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fausses articulations de l'humérus. — Nous avons appelé, il y a quelques mois, l'attention de nos lecteurs sur un cas de fausse articulation de l'humérus observé dans les salles de M. le professeur Velpeau. Un cas non moins curieux que nous avons vu dans le service de M. Jobert et deux autres recueillis par d'autres observateurs nous engagent à présenter quelques réflexions nouvelles sur cette fâcheuse terminaison des fractures.

Voici le premier fait, présenté à la Société de Biologie par M. Désir, et dont ce savant médecin a fait précéder la relation d'un résumé historique qu'on ne lira pas sans intérêt.

« On sait, dit M. Désir, que, dans ces derniers temps, M. Norris a admis quatre variétés de pseudarthroses :

» *Première variété.* — Les fragments sont entourés d'une tumeur cartilagineuse dans laquelle l'ossification ne s'est point encore faite, il y a plutôt retard qu'absence de consolidation, et le repos et la compression suffisent généralement pour la déterminer.

» *Deuxième variété.* — Les fragments sont tout à fait désunis, extrêmement mobiles sous les téguments, et leurs bouts semblent même avoir subi une sorte d'atrophie. Le membre est incapable de remplir ses fonctions.

Troisième variété. — L'union s'est faite par l'intermédiaire d'un tissu fibreux plus ou moins long, fort épais, tantôt tenant les fragments très rapprochés, tantôt leur permettant des mouvements de flexion très étendus. Les bouts des fragments ont été plus ou moins arrondis par l'absorption; d'autres fois ils restent aiguisés en pointe; mais le canal médullaire est toujours oblitéré à leur surface.

» *Quatrième variété.* — Il peut s'établir une véritable diarthrose, constituée par une capsule fibreuse, dense et forte, lisse à l'intérieur, et renfermant un liquide analogue à la synovie. Les bouts de fragments sont arrondis et polis; dans quelques cas, absorbés; dans d'autres, recouverts de cartilages et d'une membrane synoviale. »

De ces quatre variétés, les deux premières ne constituent réellement pas des pseudarthroses, qui, suivant moi, ne forment que deux séries bien distinctes.

La première comprend les cas dans lesquels les fragments sont unis par une espèce de ligament allant de l'un à l'autre, sans capsule articulaire et sans cartilage de nouvelle formation.

La deuxième comprend les cas dans lesquels les fragments sont unis par une véritable capsule articulaire, et les surfaces des fragments enduites ou non de cartilages.

Les observations de Boyer se rapportent à la première de ces deux séries. Il s'exprime ainsi (1) :

« Dans les cas de non-consolidation des fractures des os longs, les extrémités des fragments s'arrondissent, se couvrent d'une substance fibreuse semblable à un périoste épaissi, et il se forme ce qu'on appelle une articulation contre nature. Dans cet état, la forme des fragments et la manière dont ils se correspondent varient; mais je n'ai jamais rien trouvé dans leurs dispositions qui pût être comparé à une articulation : ni ligament orbiculaire, ni surface lisse et cartilagineuse. J'ai toujours trouvé, au contraire, dans les articulations contre nature du fémur et de l'humérus que j'ai eu occasion de disséquer, une substance fibreuse et comme ligamenteuse qui s'étendait d'un fragment à l'autre; et il est très probable qu'il en est de même, à quelques modifications près, de tous les autres cas que je n'ai point vus. »

Mais Boyer s'exprime, dans un autre passage, d'une manière moins absolue (2):

« Dans les articulations contre nature, les fragments, quelquefois arrondis, et d'autres fois pointus, sont unis entre eux par une substance celluleuse et ligamenteuse; mais leur surface n'est point couverte d'une substance lisse et comme cartilagineuse, et il n'existe pas toujours non plus de ligament orbiculaire. Il s'est convaincu de cette vérité par la dissection de plusieurs fractures non consolidées dont il avait conservé les fragments dans son cabinet. »

» Eancenbeck, cité par Sam. Cooper (3), dit aussi qu'il conserve une mâchoire inférieure et un olécrane dont les fractures ne sont pas consolidées, et dont les fragments sont unis par une substance à un ligament.

» Mais d'autres observateurs ont vu à la suite de fractures non consolidées, des articulations de nouvelle formation plus ou moins analogues à des articulations normales. Ainsi Sam. Cooper (4) dit qu'il existe dans la collection de Hunter une fausse articulation des os de l'avant-bras, dans laquelle la ressemblance avec une articulation naturelle est frappante.

» Longtemps avant, Fabrice de Hilden rapporte un cas à peu près semblable (dans l'observation 91 de la centurie III°).

» Sylvestre avait fait part à Bayle d'un cas analogue, mais moins bien caractérisé (5).

» M. Eagout a montré à la Société anatomique, en 1845, l'humérus d'un homme de quarante-cinq ans environ qui s'était fracturé le bras gauche dans la partie inférieure. La fracture était oblique de haut en bas et d'arrière en avant; cette fracture fut soumise à un traitement peu approprié. La consolidation ne se fit pas; le malade se remit à ses travaux. Mais bientôt des accidents inflammatoires revinrent, des plaies, des ulcérations se formèrent. La mobilité anormale du membre persista, et une amputation fut nécessaire.

» *Autopsie de la pièce.* — Point de consolidation; les deux fragments sont recouverts de substance cartilagineuse; une capsule fibreuse réunit les deux fragments; il semble qu'une synoviale se soit formée sur cette nouvelle articulation. L'articulation normale a conservé sa mobilité. »

Kunboltz, Ev. Home et plusieurs autres observateurs ont vu cette variété de fausse articulation, et Breschet, sur neuf fausses articulations obtenues dans ses expériences sur les chiens, en a trouvé six avec une cavité articulaire.

M. Malgaigne dit qu'il en a obtenu deux sur un vieux chien auquel il avait rompu le radius et le cubitus; les capsules étaient fort épaisses; les bouts des os étaient recouverts d'une couche chagrinée, blanche, molle, très analogue aux cartilages passés à l'état fibreux.

Les cas que je mets sous les yeux de la Société est un nouvel exemple de fausse articulation munie d'une capsule fibreuse, et dans laquelle le fragment supérieur est garni d'une couche comme cartilagineuse. Mais ce fait se distingue de ceux que je viens de rappeler par une circonstance particulière. Dans ce cas, la fausse articulation n'est pas constituée par les deux extrémités des fragments de l'os fracturé. Le fragment supérieur se trouve uni par une capsule fibreuse avec la partie supérieure du condyle externe de l'humérus, qui offre dans ce point une dépression correspondante à l'extrémité du fragment supérieur de l'humérus. Le fragment inférieur, très court, est atrophié; il est situé en dedans de la fausse articulation, avec laquelle il est uni par une production fibro-celluleuse.

L'aspect de la pièce résulte des circonstances suivantes : la capsule a été ouverte en avant suivant sa longueur; en haut et en bas, elle a été détachée en partie de la circonférence du bout du fragment supérieur et de la surface articulaire creusée sur le condyle. Par le fait de la dessiccation de la capsule, l'extrémité du fragment supérieur, qui, sur la pièce fraîche, pouvait toucher la partie inférieure de l'humérus, s'en trouve éloignée de plus de 4 centimètres. Cette extrémité du fragment supérieur offre à noter l'oblitération du canal médullaire par de la substance compacte, et elle est terminée en une pointe obtuse, arrondie, qui était recouverte de cartilages. La portion du condyle avec laquelle le fragment supérieur était en contact était aussi revêtue d'une couche fibro-cartilagineuse. La portion du corps de l'os restée sur l'extrémité inférieure après la fracture est aussi atrophiée; elle n'a pas la cinquième partie de l'épaisseur du corps de l'humérus.

Il est probable que la fracture avait eu lieu en biseau, et que l'action musculaire avait déterminé le déplacement du fragment inférieur en haut ou en dedans, d'où résultait le contact de la pointe du fragment supérieur sur le condyle externe, qui a empêché la réunion et produit la fausse articulation, avec cette particularité sur laquelle j'ai cru devoir appeler l'attention de la Société.

Dans les réflexions que nous faisions sur le fait observé dans le service de M. Velpeau, nous insistions spécialement sur l'impossibilité presque constante où se trouve le chirurgien d'expliquer la fausse articulation, sur la fréquence de cette maladie précisément chez les individus où la consolidation paraîtrait devoir se faire avec le plus de facilité. Dans le fait observé par MM. Désir et Rayer, il semblerait en être autrement; une circonstance particulière paraît expliquer la fausse articulation. Il est regrettable, toutefois, que les habiles observateurs qui ont publié ce fait n'aient pas eu sur la fracture les renseignements qui seuls pouvaient mettre hors de doute l'explication, rationnelle d'ailleurs, présentée par M. Désir.

— Dans le fait suivant, la gravité des lésions et, suivant M. Jobert, le traitement mis en usage rendraient compte du défaut de consolidation de la fracture.

Le 27 février 1850, un homme âgé de trente et un ans, d'une constitution robuste, n'ayant jamais été malade, n'ayant spécialement jamais été affecté d'aucun symptôme syphilitique, ni de douleurs rhumatismales, eut le bras droit serré entre deux wagons et l'humérus fracturé comminutivement. Un épanchement considérable de fluides s'étendant jusqu'aux

(1) Boyer, *Traité des malad. chirurg.*, 1831, t. III, p. 102.
(2) *Ibid*, p. 95.
(3) *Dictionnaire de Chirurgie*, traduct. franç., t. I, p. 480.
(4) *Dictionnaire de Chirurgie pratique*, t. I, p. 480.
(5) *Nouvelles de la République des lettres*; juillet 1785, p. 718.

---

systématisés et vont du connu à l'inconnu, dont l'intelligence dépend de ce connu. Les leçons de clinique et surtout l'expérience nous présentent les vérités médicales, comme le hasard les offre lui-même, sans ordre, sans rapport raisonnable pour conduire plus facilement de l'une à l'autre; les cours théoriques et les ouvrages peuvent être beaucoup plus travaillés et réfléchis que les leçons cliniques, trop souvent improvisées; ces cours et ces ouvrages ne se répètent pas incessamment comme le font les cours de clinique.

» Un bon professeur de clinique peut bien atténuer les défauts de ces cours, mais il ne peut point les faire disparaître entièrement, et si ses cours l'emportent sur les cours et les ouvrages théoriques sous certains rapports, ceux-ci leur sont bien supérieurs sous d'autres points de vue.

» Que conclure de cette discussion? Que pour profiter des avantages des deux sources d'instruction, il faut absolument puiser aux deux sources, ne pas vanter l'une aux dépens de l'autre; que l'une sans l'autre, et pas plus la clinique que la théorie pure, n'est capable de jamais former un médecin ou un chirurgien instruit et capable. »

Vient ensuite un historique abrégé de la chirurgie, où les époques et les monuments de la science sont fidèlement caractérisés. Ce morceau montre que l'enseignement et la pratique de l'art n'ont pas empêché l'auteur d'en fouiller longuement les archives pour en retirer le tableau de ses progrès et trop souvent de sa marche rétrograde.

Après un court chapitre sur la *santé*, M. Gerdy arrive naturellement à l'étude de la maladie; il définit la pathologie générale, et nous apprend par quelles phases elle a passé depuis Hippocrate jusqu'à nous, et c'est là que commence réellement le livre. La question de la *synonymie* et de la *nomenclature* est ensuite franchement abordée, et les principes nettement posés. L'avantage qu'offre, comme en chimie, la désinence variée de la même racine est mis en relief; et, pour la formation des noms, la langue maternelle placée au premier rang. L'auteur veut que les mots nouveaux portent le cachet de la simplicité et qu'ils aient une tournure toute française. Il remarque avec raison que, pour pénétrer dans l'usage, la réforme ne doit être que partielle; complète, l'esprit, dans la crainte qu'on lui présente un bouleversement sous l'apparence du progrès, se refuse à l'accepter. Faites un bon ouvrage, dit encore M. Gerdy, et vos innovations passeront; il a raison encore, et pour le prouver il a joint l'exemple au précepte. Nous ne prétendons pas par là que tous les termes qu'il a créés ne rencontreront pas de résistance; si, il y en a qui en rencontreront, ne fût-ce que la nôtre. Mais il n'en est pas moins vrai que la meilleure recommandation pour une nomenclature, c'est un bon ouvrage; on lit et on relit l'ouvrage, et les mots qu'il introduit dans la langue prennent droit de domicile dans la mémoire. On connaît l'histoire de Guyton de Morveau; il avait adressé simplement sa nomenclature chimique à l'Académie des Sciences; sur le rapport d'une commission, des remerciments furent votés à l'auteur. On sait ce que cela veut dire, des remerciments, en style académique; Guyton répondit par un livre, et l'on sait aussi ce qui est advenu de sa nomenclature; elle a doté la chimie d'une langue admirable que la plupart des autres sciences lui envient quand elles ne peuvent pas l'imiter. Et, quoique la réforme fût à peu près radicale, elle passa cette fois. Le conseil est donc sage : Quand vous aurez une bonne nomenclature dans votre portefeuille, mettez-la dans un bon livre.

Les chapitres suivants sont consacrés à la *classification des maladies*, à l'*anatomie morbide*. Nous nous bornerons à y signaler quelques vues neuves pour passer à celui de la *symptomatologie*, qui a reçu beaucoup de développements. L'auteur a considérablement ajouté ici à ses devanciers. Nous avons surtout remarqué le groupe des *symptômes circonvoisins*, que M. Gerdy a depuis longtemps fait adopter dans la science.

Après avoir exposé la *marche* des maladies, M. Gerdy en examine la *terminaison*, et il montre que les beaux travaux de Bichat sur le mécanisme de la mort avaient encore laissé quelque chose à faire.

L'*étiologie* est traitée sous toutes ses faces avec des développements et un caractère de sévérité qu'on chercherait vainement ailleurs; il en est de même du *diagnostic* et du *pronostic*, dont les éléments sont discutés avec soin. Ces deux derniers articles se font surtout remarquer par la maturité et la sagesse des conseils qui sont donnés au praticien. Nulle part n'est mieux démontrée la convenance de la réserve, souvent extrême, qu'il doit apporter dans ses jugements.

Un long chapitre est consacré à la *thérapeutique*, qui est, en effet, la partie capitale de l'art, puisqu'elle conduit à la guérison, qui en est le but.

Enfin le livre se termine par l'*hygiène des maladies*, à laquelle on n'avait point jusqu'ici accordé toute l'attention qu'elle mérite.

Quant à l'écrivain, c'est toujours l'homme des discussions académiques, suivant toujours la ligne droite, heurtant peut-être quelquefois un peu vivement les obstacles, quand la pression de la vapeur l'a lancé en avant; mais il faut convenir aussi qu'il a dans plus d'un cas serré les freins et modéré l'impulsion avec une retenue inaccoutumée. S'il frappe quelquefois fort, il frappe généralement juste, et l'éloge se trouve à côté du blâme. Il se plaît à proclamer le mérite des ouvrages de MM. Vidal (de Cassis), Nélaton, Denonvilliers et Gosselin, etc. Nous avons nous-même à le remercier d'avoir bien voulu citer avec bienveillance nos recherches sur la *cystite cantharidienne*, dont nous avons fait connaître le premier exemple, en 1837, à M. Andral, à sa clinique de l'hôpital de la Charité, et dont M. Gerdy a lui-même publié un cas en 1839.

Nous terminerons en reproduisant le résumé d'un très bon chapitre sur l'influence du froid :

« Arrivé à ce point de notre travail, nous avons suivi les médecins et les chirurgiens auprès de leurs malades, les voyageurs dans leurs courses aux pôles ou sur les sommets des monts les plus élevés, les guerriers au milieu des neiges et des frimas les plus rigoureux, et vous avez vu le froid déterminer des engelures à diverses parties, des gerçures aux lèvres et des gonflements énormes aux pieds et aux mains chez les mathématiciens espagnols et français; la congélation des doigts, du nez, des oreilles, du pénis, même d'un membre, et la mort sur les Alpes, en Islande, en Norwége, à Torneo, en Laponie et au Canada. Vous avez vu ces accidents de congélation sévir, surtout au moment du dégel, sur le champ de bataille d'Eylau; vous avez vu la poussière de glace des pays froids les aggraver, tourmenter cruellement les yeux, déchirer la figure et toutes les parties soumises à leur action; vous avez vu le froid détruire, au nord de l'Amérique, des milliers de sauvages aussi intrépides

côtés du thorax suivit cet accident. Après quinze jours de traitement par les topiques émollients et résolutifs, l'engorgement disparut, et le médecin appliqua alors un bandage contentif; mais deux abcès se formèrent; on les ouvrit; il sortit quelques esquilles par les ouvertures, et l'on renonça à l'appareil. Les abcès se cicatrisèrent lentement, et après leur cicatrisation la consolidation n'avait pas eu lieu. On appliqua alors un appareil inamovible, qu'on laissa environ deux mois; mais la fracture n'était pas encore consolidée quand on le leva, et le malade entra quelques jours après dans le service de M. Jobert, le 13 juillet 1850.

Espérant encore obtenir une consolidation, l'habile chirurgien établit un séton entre les fragments en traversant le tissu fibreux qui les unissait. Cette nouvelle tentative ayant échoué à son tour, M. Jobert eut recours à l'amputation.

Dans ce cas, M. Jobert considère comme la principale cause de la non-consolidation l'épanchement considérable de liquide qui s'est fait entre les fragments, et il est porté à croire que, par un large emploi des évacuations sanguines, on peut le prévenir.

Nous n'oserions certainement opposer notre expérience personnelle à la vaste expérience de M. Jobert; cependant, tout en accordant que les causes qu'il a invoquées aient pu jouer un certain rôle, nous croyons que la principale a échappé encore à la sagacité de l'habile chirurgien, et qu'elle réside dans une disposition inconnue du malade, disposition d'autant plus singulière et plus difficile à découvrir que ce dernier est d'une excellente constitution.

— C'est encore à la même cause qu'on doit rapporter le fait suivant, et c'est par lui que nous terminerons, observé par M. Lenoir, et dans lequel il est impossible d'invoquer, comme explication à la pseudarthrose, l'inhabileté des soins donnés au malade; seulement, ce fait nous présente un des cas rares dans lesquels les tentatives faites pour obtenir une consolidation consécutive ont été suivies de succès.

Voici le fait que M. Lenoir a communiqué à la Société de Chirurgie, et que le *Bulletin de Thérapeutique* a reproduit en ces termes :

« Dupêché, charpentier, âgé de trente-trois ans, dans une chute qu'il fit, de 16 mètres de hauteur, se fractura la cuisse droite.

» Il fut transporté immédiatement à la Pitié, dans le service de M. Auguste Bérard. Après un traitement de cinquante-quatre jours, le blessé commençait à marcher à l'aide de béquilles, lorsque M. A. Bérard, pour vaincre la roideur qui existait dans l'articulation du genou, essaya de forcer les mouvements de cette articulation : le col fléchit dans une de ces manœuvres, et les signes de la fracture reparurent. On réduisit de nouveau les fragments, et un appareil inamovible fut appliqué pour les contenir et les immobiliser; au bout de deux mois l'appareil fut levé, mais la fracture ne s'était pas consolidée et le malade se fit transporter chez lui. Six mois après, M. Lenoir faisait entrer cet homme dans son service pour y être soumis à l'acupuncture. Mais avant de rien tenter, ce chirurgien voulut entourer son malade de tous les moyens propres à assurer le résultat de cette tentative. Il le fit placer dans un lit mécanique, afin qu'il conservât une immobilité parfaite, même lorsqu'il satisferait à ses besoins naturels. Ensuite, comme la fracture était oblique et le fragment supérieur en biseau très-aigu, les fragments en chevauchant produisirent un raccourcissement d'environ 2 pouces et demi. M. Lenoir fit construire, par un charpentier, ami du blessé, un appareil à extension. Cet appareil consiste en une sorte de boite longue, ayant à peu près la forme du membre, plus large par conséquent en haut qu'en bas, mais plus longue que lui. La profondeur était d'environ 3 pouces; il était formé par trois planches de bois léger, intimement unies entre elles. De ces trois planches, l'extrême avait 8 pouces d'étendue en plus que les autres, qui s'arrêtaient à la racine du membre; cette partie excédante portait à son extrémité supérieure une mortaise destinée à pratiquer la contre-extension. A l'extrémité inférieure de cette sorte de gouttière était adaptée une espèce de treuil muni d'une roue dentée, sur laquelle s'abaissait un cliquet destiné à la fixer. Cet appareil, ayant été matelassé de coton cardé, reçut le membre, dont le pied fut enveloppé d'une guêtre de coutil garnie d'un sous-pied. A l'aide de ce sous-pied enroulé autour du treuil, on pratiqua l'extension, tandis que la contre-extension était faite par un lacs bien rembourré, dirigé dans le pli de l'aine, prenant son point d'appui sur l'ischion, tandis que les extrémités venaient se fixer dans la mortaise de la paroi externe de la boîte.

» Pendant plusieurs jours, on se borna à resserrer les liens extenseurs à mesure qu'ils se relâchaient. Enfin, le 12 août, sept mois et quelques jours après l'accident, M. Lenoir procéda au placement des aiguilles. Il en mit d'abord quatre de quatre pouces de longueur et surmontées d'une tête. Il en dirigea la pointe le long de la face interne du fragment supérieur, en remontant de l'extrémité à la base de ce fragment, et mettant seulement un demi-pouce d'intervalle entre chaque aiguille. Contre son attente, quoiqu'il les eût enfoncées jusqu'à la tête, il ne rencontra aucun obstacle dans cette introduction. Cela tenait sans aucun doute à ce qu'il existait un certain intervalle entre les deux fragments; l'extension opérée par l'appareil n'ayant eu d'autre effet que de réduire la fracture suivant la longueur du membre, et non suivant son épaisseur. Les quatre aiguilles restèrent en place pendant six jours; elles déterminèrent d'abord la rougeur à la peau, puis la production d'un peu de pus qui se montra autour d'elles et les rendit mobiles, enfin un léger gonflement et de la douleur dans l'épaisseur du membre. Tout cela indiquant que l'inflammation s'était développée, le chirurgien retira les quatre aiguilles, et, après les avoir nettoyées, les replaça au-dessus des premières piqûres en suivant toujours la direction du fragment supérieur et en laissant entre elles le même intervalle qu'entre les précédentes. Cette seconde opération présenta les mêmes phénomènes que la première; au bout de cinq jours, les aiguilles étant devenues mobiles, on les enleva, et cette fois, jugeant le travail inflammatoire assez étendu pour produire la cicatrice, on s'abstint de toute nouvelle tentative. On combattit par des cataplasmes, la diète et les boissons rafraîchissantes le gonflement inflammatoire du membre, et quand il se fut dissipé, on rapprocha davantage les deux surfaces des fragments à l'aide de petites attelles placées autour de la cuisse et serrées avec deux courroies de cuir, pratique déjà employée d'ailleurs par Amesbury. Chaque jour l'appareil était visité et resserré au besoin.

» Au bout de vingt-trois jours, en vue de savoir où en était le travail de consolidation, on mit le membre tout à fait à découvert, et l'on constata qu'il ne se déviait ni se raccourcissait; mais la main passée sous le point fracturé le sentait encore céder. Les attelles immédiates furent appliquées, le membre fut remis dans sa gouttière et l'extension continuée. Ce ne fut que trente-cinq jours après qu'on se livra à un nouvel examen, et alors on trouva assez de solidité au cal pour débarrasser la cuisse de toute pièce d'appareil. Mesuré avec soin, le membre entier n'offrait que 2 centimètres de moins que celui du côté opposé; l'articulation du genou était roide, mais la rotule était encore un peu mobile en travers; la cuisse et la partie supérieure de la jambe étaient le siége d'un gonflement œdémateux très-marqué, mais, du reste, il n'y avait pas de difformité apparente au niveau de la fracture, et le cal n'était pas très-volumineux; enfin l'articulation coxo-fémorale était mobile, et le blessé pouvait soulever son membre par la seule action musculaire. Pour plus de sûreté, on lui recommanda de garder encore le lit, et pendant quinze jours qu'il y resta, on combattit le gonflement œdémateux de la jambe par des fomentations de vin aromatique et par la compression exercée au moyen d'un bandage roulé. Au bout de ce temps il se leva et marcha d'abord avec des béquilles et plus tard avec un seul bâton; enfin il sortit guéri de l'hôpital, et M. Lenoir a su depuis qu'étant retourné dans son pays (l'Auvergne), il avait, pendant tout l'automne suivant, conduit une charrue, et que maintenant il se livrait sans difficulté aux travaux des champs. »

ÉTUDES

SUR QUELQUES POINTS DES TRAVAUX D'HIPPOCRATE;

à propos du tome VII de la traduction des œuvres complètes de cet auteur; par M. Littré, membre de l'Institut, etc.

(Suite. — *Voir* le nº du 4 janvier.)

Dans un premier article, nous avons essayé de donner un aperçu des traités généraux de médecine que contient le septième volume de la traduction des œuvres d'Hippocrate, nous réservant d'examiner aujourd'hui, dans le même esprit, ce que peuvent nous offrir de plus intéressant les traités particuliers sur la *nature de la femme*, sur le *fœtus*, sur la *génération*, sur la *nature de l'enfant* et le 4e livre des *maladies*.

Le traité sur la *nature de la femme* est un extrait d'un ouvrage plus étendu, et qui a été perdu. C'est un recueil de notes plutôt qu'un livre; c'est une espèce de mémorandum pour un praticien, un travail analogue aux rédactions que les élèves font aujourd'hui des cours auxquels ils assistent. Il ne répond pas du tout à son titre; car sur les cent neuf alinéas qui le composent, il n'est parlé que dans un seul de la nature de la femme; tous les autres roulent sur ses maladies. Quatorze d'entre eux traitent exclusivement des divers modes de déplacement de l'utérus : *obliquité, inclinaison, déviation, procidence*. Le plus curieux est le suivant; c'est l'exposition de ce que l'on savait alors sur les symptômes de ces affections et sur les divers moyens de traitement que l'on dirigeait contre elles. « Si les matrices sont au milieu des lombes, la douleur se fait sentir au bas-ventre, et plus tard aux jambes; quand la malade va à la selle, les douleurs sont plus aiguës, les selles ne sortent qu'à grand'peine, l'urine coule goutte à goutte, et il y a lipothymie. Les choses étant ainsi, attachez un tuyau à une vessie et insufflez les matrices; puis donnez un bain de vapeur ou lavez avec beaucoup d'eau chaude. Aux parties génitales, on fera une fumigation fétide; aux narines, une fumigation aromatique...; puis on fera aux matrices une fumigation de vin; on prendra la préparation de laurier et on l'appliquera en pessaire... Cette maladie rend les femmes stériles et boiteuses. »

Dans les cas de *procidence complète*, on recourait d'abord à des moyens analogues; puis, quand ils échouaient, on recommandait la *succussion par l'échelle* : « Si les matrices rentrent par ces moyens, très bien; sinon, raclez-en l'extrémité, échauffez-les, lavez-les, oignez-les; puis, attachez la femme à une échelle, faites la succussion la tête en bas et repoussez les matrices avec la main. Puis on attache les jambes croisées, et on laisse la femme en cette situation pendant un jour et une nuit... Si elle a besoin d'aller à la selle, elle y satisfera couchée, jusqu'à ce que quarante jours soient écoulés; puis elle se lèvera; elle marchera très peu. Point de bains; fumigations fétides; peu manger. »

L'histoire de l'*hystérie* y est très courte, bien que se représentant plusieurs fois. Les indications ont été bien saisies. Le castoréum y est conseillé, et le mariage recommandé chez la jeune fille. Quant à la veuve, il faudra la purger; on lui fera des fumigations aromatiques dans la matrice; on appliquera le pessaire avec le bupreste d'abord; ensuite avec le pouliot, *mais le mieux est de devenir enceinte.*

Dix pages sont consacrées à l'énumération de boissons et de pessaires propres à provoquer la sortie du chorion et des règles; deux à des recettes pour des injections; trois à des formules pour les fumigations utérines, et autant à la description de pessaires modificateurs, c'est-à-dire de nature à provoquer l'éruption des règles ou à faciliter la conception. Tout cela n'est pas digne de figurer dans un traité de médecine d'Hippocrate. J'en dirai autant des moyens propres à préparer une femme à devenir grosse. Quant à la recette pour empêcher une femme de devenir enceinte, elle est très simple, très courte, et donnée avec une crédulité vraiment inconcevable : « Si une femme ne veut pas devenir enceinte, délayez dans l'eau gros comme une féve de misy; donnez à boire, et d'une année elle ne deviendra pas enceinte. »

La *dureté* du col utérin, son état *raboteux*; le *squirrhe*; le *cancer*, l'*hydropisie* et la *pneumatose* de la matrice y sont mentionnés de telle sorte que l'on voit bien que l'on avait, dès ce temps, une connaissance assez exacte de ces divers états, et que l'on savait, par les symptômes, les distinguer les uns des autres.

Il me semble difficile de ne pas rattacher à des accidents syphilitiques les *aphthes* aux parties génitales indiquées dans les paragraphes nos 66, 83 et 86; et surtout ce qui est relaté au paragraphe 65e, sous le titre de: *Mauvaise odeur aux parties génitales et végétation; résection de la végétation.*

M. Littré a cru devoir réunir en un seul traité celui du fœtus de sept mois et celui du fœtus de huit mois, qui sont attribués à Polybe, gendre d'Hippocrate. « L'objet de l'auteur, dit-il, est de faire voir que le terme légitime de la grossesse est de 280 jours; qu'au septième mois, c'est-à-dire après l'accomplissement du sixième mois, le fœtus qui naît peut vivre; mais qu'au huitième mois, les fœtus qui sont mis au monde succombent inévitablement. La raison qu'il en donne, c'est que le huitième mois est toujours une époque de souffrance et de maladie pour le fœtus et pour la mère; et, comme la naissance et les jours qui la suivent sont laborieux et difficiles pour le nouvel être, il est hors d'état, arrivant malade, de résister aux causes de destruction qui l'assaillent. »

Pour l'auteur grec, la conception s'opère nécessairement, chez la plupart des femmes, après les règles..... Elles assureront constamment qu'il y a des naissances à sept mois, à huit mois, à neuf mois et à dix mois, et que les enfants nés à huit mois ne vivent pas; elles assureront également que la plupart des avortements surviennent dans les premiers quarante jours..... L'embryon se déplace au septième mois, va se loger dans les hypocondres et les flancs, vers les parties inférieures, pour la conversion favorable à l'accouchement..... C'est dans le huitième mois que les enfants nés aveugles, boiteux, estropiés ont été gravement malades..... L'enfant qui approche de la mise au monde commence à souffrir et à courir le risque de la vie quand il se tourne dans la matrice .... Les rotations dans le ventre de la mère sont encore un autre péril; plus d'une fois on a vu le cordon ombilical entortillé autour du cou de l'enfant..... Tels sont les points principaux renfermés dans ces deux livres; il faut y ajouter une pensée qui y est plusieurs fois exprimée : c'est que, de même que les *maladies* sont soumises à la loi des *septenaires*, la *gestation* l'est à la loi des *quarantaines*, qui sont au nombre de sept, et pendant chacune desquelles le développement du fœtus subit des évolutions bien arrêtées, bien déterminées.

M. Littré réunit aussi en un seul corps d'ouvrage, divisé en 57 paragraphes, le traité de la *génération*, celui de la *nature de l'enfant* et le *quatrième livre des maladies*. Ces diverses parties lui paraissent être inséparables et constituer un grand traité de physiologie destiné à expliquer la formation du corps vivant et la production des maladies. Quelques extraits nous en feront connaître l'esprit et les principales propositions : « Le sperme provient de tout le corps..... Si la femme doit concevoir, la semence ne tombe pas au dehors, mais demeure dans les matrices..... La semence mâle et la semence femelle existent chez l'homme et chez la femme..... C'est de la plus forte semence que naît le produit..... A celui qui contribue le plus et de plus de parties à la ressemblance, l'enfant ressemble le plus..... Le corps des garçons est formé en trente jours; celui de la fille en quarante-deux..... Le garçon remue à trois mois, la fille à quatre..... Quand le terme de l'accouchement arrive, alors l'enfant rompt quelqu'une des membranes intérieures... se délivre du lien et chemine au dehors en s'agitant..... C'est le défaut de nourriture qui amène la sortie de l'enfant, comme l'oiseau hors de

---

qu'imprévoyants, mettre le désordre parmi les soldats les mieux disciplinés, avilir les troupes les plus superbes, abattre et anéantir des armées invincibles. Ici vous l'avez vu recourir, si je puis parler ainsi, aux amorces du plaisir, aux charmes d'un repos délicieux, infernal Protée! qui joint en quelque sorte aux violences de la force les séductions de la faiblesse; là, au contraire, vous l'avez vu opprimer ses victimes d'une main de fer; enchaîner leurs mouvements par la douleur, et les précipiter dans la tombe au milieu d'atroces souffrances. Ailleurs encore, vous l'avez vu variant ses coups avec une sorte de cruauté, leur détruire les yeux avant de les tuer, ou les effrayer par des hémorrhagies, avant-coureurs d'une mort prochaine; ailleurs, enfin, vous l'avez vu disputant la vie à quelques Hollandais malheureux, leur enflammer le visage et le leur couvrir de pustules en quelques instants. Jugez, d'après ces effets, ce qu'ils seraient devenus s'ils n'avaient échappé à son activité meurtrière par leur vigilante industrie! »

Nous aurions analysé plus longuement cet ouvrage, si tout le monde ne devait pas bientôt l'avoir entre les mains.

MOREL-LAVALLÉE.

NOUVELLES.

CONCOURS DE LA FACULTÉ. — MM. Chassaignac, Gosselin et Bouisson ont lu aujourd'hui leurs compositions. La prochaine séance aura lieu lundi prochain à quatre heures.

— La science médicale vient de faire une perte très sensible. M. le docteur Leuret, médecin de Bicêtre, dont le monde savant connaît les beaux travaux sur l'aliénation mentale et l'anatomie du cerveau, est mort le 6 janvier, à Nancy, lieu de sa naissance, des suites d'une longue maladie, mais dans toute la plénitude de ses facultés, et après une agonie de deux heures.

sa coquille..... Les jumeaux naissent d'un seul coït; ils ont chacun un sinus et un chorion, et naissent tous deux le même jour..... »

C'est par cet article relatif aux jumeaux que se termine le *Traité sur la nature de l'enfant*. Le paragraphe suivant, n° 32, commence, sans transition aucune, ce que l'on appelle le *quatrième livre des maladies*. Ce livre ne ressemble en rien aux trois premiers, qui sont, comme nous l'avons vu, une réunion de monographies : c'est de la physiologie et de la pathologie générale. Aussi nous y trouvons bien moins d'intérêt; car que peut-on attendre de la physiologie et de la pathologie générale de cette époque? On ne saurait trop le redire, tout ce qui, dans les œuvres d'Hippocrate, n'est pas le fruit de l'observation directe et simple n'a aucun prix ; un esprit sévère ne peut s'arrêter sur les théories qui les déparent. Si nous voulons avoir une idée de celles qui sont exposées ici, nous voyons d'abord que le corps est composé de quatre humeurs, le phlegme, le sang, la bile et l'eau ; que les maladies proviennent du dérangement de ces quatre humeurs ; qu'elles se jugent les jours impairs en vertu du cours des humeurs pendant le cycle des trois jours .... Nous y lirons encore que le réservoir qui est au foie attire à soi, par la similitude, la partie bilieuse des aliments et des boissons; que le sang a son siége dans le cœur, l'eau dans la rate, le phlegme dans la tête, etc.

Les maladies ont trois grandes sources, la *pléthore*, les *violences*, les *intempéries célestes*. On espère qu'on va lire de belles considérations générales sur ce dernier ordre de causes, et retrouver ici des observations du genre de celles qui ont placé si haut les *épidémies* et le *Traité des airs, des eaux et des lieux*; mais on est bien détrompé en ne rencontrant que des explications telles que celles-ci : « Les intempéries célestes triomphent, chez le sujet, d'une des humeurs, échauffent ou refroidissent jusqu'à maladie, suivant leur nature..... Tout l'humide étant troublé dans le corps, les principes dont j'ai parlé dissolvent tout : la bile va en haut, étant la plus légère; puis le sang; en troisième lieu, le phlegme; enfin l'eau, qui est la plus pesante de ces humeurs..... » Les derniers paragraphes rappellent davantage la manière d'Hippocrate; on y retrouve avec plaisir son esprit d'observation dans une histoire du *ténia*, et dans une bonne exposition des symptômes de l'*hydropisie*, qui termine le *quatrième livre des maladies* et le septième volume de la traduction de M. Littré, que nous ne louangeons pas, parce qu'elle est au-dessus de tout éloge.

MAILLOT,
Médecin en chef, professeur de clinique à l'Ecole du Val-de-Grâce.

De la nature de la maladie de Bright.

Par le docteur Léon GIGOT, de Levroux.

Avant que d'exposer les résultats de mes recherches sur la nature de la maladie de Bright, je crois devoir rappeler les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet par quelques savants observateurs.

M. Rayer regarde cette affection comme étant de nature inflammatoire, et il en fait une forme spéciale de néphrite qu'il désigne sous le nom de *néphrite albumineuse*.

M. Bouillaud (*Traité de nosographie médicale*) est tenté de croire que l'inflammation subaiguë ou *sécrétoire* de cette portion de la membrane interne des voies excrétoires de l'urine, qui se prolonge dans les petits tubes dont est formée la substance tubuleuse et qui par conséquent tapisse en quelque sorte l'intérieur même des reins, joue un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'a cru jusqu'ici dans la *sécrétion albumineuse* à laquelle l'espèce de néphrite dont il s'agit doit son nom. Quelques médecins, guidés par de grossières apparences, ne voient dans les lésions caractérisant la maladie de Bright qu'une infiltration des tissus par la matière tuberculeuse; d'autres, enfin, qu'une altération spéciale résultant d'une perversion de la nutrition. M. Becquerel rapproche cette altération de celle qui constitue la cirrhose du foie, et il la fait résider dans les glandules de Malpighi. L'opinion que je me permets d'émettre sur la nature de l'albuminurie, et que je fonde tant sur l'anatomie normale des reins que sur l'anatomie pathologique et les symptômes de cette affection, se rapproche jusqu'à un certain point de celle de M. Becquerel : je la présente sous la forme de propositions, dont je vais essayer de résumer les principales preuves.

PREMIÈRE PROPOSITION. — *Toutes les fois que la présence de l'albumine dans les urines reconnaît pour cause une altération des reins, elle dépend uniquement de l'augmentation de volume et de l'hypertrophie pure et simple des glandules de Malpighi.*

A. M. Rayer rapporte à quatre formes principales les diverses lésions que présentent les reins dans la néphrite albumineuse chronique. Toutes ces variétés sont évidemment des degrés différents d'une seule et même altération caractérisée dans le plus grand nombre des cas par l'hypertrophie de la substance corticale. En effet, l'augmentation de volume et de poids que présentent les reins dans trois des quatre formes admises par M. Rayer porte entièrement sur cette substance. Or, en la soumettant à des coupes horizontales et verticales, il est facile de voir au moyen du microscope que les glandules de Malpighi ont considérablement augmenté de volume tout en conservant l'*aspect spongieux et semblable à la moelle du jonc* qu'elles présentent à l'état normal. Les tubes de Ferrein, auxquels les granulations sont appendues comme des grains de raisins sur la tige qui les supporte, sont diminués de calibre et presque effacés dans certains endroits. Quant aux vaisseaux, la compression exercée sur eux comme sur les conduits urinifères par les granulations hypertrophiées ne les rend que très difficilement perméables à l'injection : cette dernière ne pénètre même pas du tout dans la plus grande partie de la substance corticale des reins. La coloration jaune-pâle et tout à fait anémique que présentent ces organes tant à leur surface extérieure qu'à la coupe s'explique très bien par l'arrivée plus ou moins difficile du sang dans la substance corticale. On peut encore s'assurer par l'examen direct et les injections que les nuances variées de tissu que l'on rencontre quelquefois sont produites par une inégalité très prononcée dans le volume des granulations, d'où résulte aussi une inégalité de pression sur les vaisseaux et par conséquent l'afflux du sang dans certaines parties de la substance corticale, tandis que les autres en sont presque entièrement dépourvues. Du côté de la substance tubuleuse, on remarque parfois une injection assez prononcée des vaisseaux et principalement de ceux de la muqueuse des bassinets et des calices avec un léger épaississement de cette membrane et endurcissements rouges des mamelons. Ces lésions qui, si elles étaient constantes, pourraient justifier au premier abord l'opinion émise comme probable par M. le professeur Bouillaud, à savoir : « que l'inflammation de la » membrane interne des canaux excréteurs de l'urine est le » vrai point de départ de l'albuminurie, » peuvent être considérées comme des effets passifs de la compression même éprouvée par les vaisseaux dans la substance corticale et principalement à la base des pyramides de Malpighi, où les branches de l'artère et de la veine rénales forment un réseau duquel part un nombre considérable de ramuscules vasculaires. Je ne prétends pas dire cependant qu'il n'y ait jamais dans ce cas inflammation de la membrane interne des conduits urinifères; je crois au contraire que, plus souvent qu'on ne pense, l'hypertrophie des glandules de Malpighi est le résultat de cette inflammation, ou qu'elle coïncide avec elle. Les granulations blanches que l'on rencontre à l'extérieur et à l'intérieur des reins sont pour la plupart des dépôts albumineux. Je dis pour la plupart, car il est incontestable que plusieurs de ces concrétions sont formées de lymphe plastique produit de l'inflammation du parenchyme rénal, laquelle inflammation a été le point de départ de l'hypertrophie des corpuscules glanduleux. Quelquefois enfin (c'est le cas le plus rare) les reins, au lieu d'être plus volumineux, sont plus petits que dans l'état sain et présentent des inégalités ou des mamelons à leur surface : c'est ce qui caractérise la quatrième forme de M. Rayer.

On pourra s'assurer par différentes coupes pratiquées sur la substance corticale qu'il y a alors hypertrophie d'un certain nombre de granulations et atrophie des autres. Si le nombre des glandules atrophiées l'emporte sur celui des glandules hypertrophiées, nous avons les lésions caractéristiques de la néphrite simple chronique, comme nous le verrons plus loin.

B. Dans les altérations anatomiques qui sont propres, suivant M. Rayer, à la néphrite albumineuse aiguë, on trouve encore, quoique moins générale et souvent moins prononcée, une hypertrophie des corpuscules de Malpighi sans *altération dans leur structure*. Cette espèce nous montre principalement les nuances variées de tissu dont j'ai déjà parlé. « Ce qui caractérise spécialement cette forme, dit M. Rayer (la deuxième de la néphrite albumineuse aiguë), c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la substance des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. » Cet aspect marbré, quand il est très prononcé, ne résulte pas seulement d'une inégalité de pression exercée sur les vaisseaux, comme je l'ai déjà fait remarquer, mais encore de ce que plusieurs lobules des reins restent à l'état normal ou sont congestionnés, pendant que dans les autres les glandules sont hypertrophiées. On sait, en effet, que le rein est le résultat de l'agglomération d'un nombre plus ou moins considérable de lobules ou reins plus petits accolés ou réunis sous la même membrane et indépendants les uns des autres sous le rapport de la circulation. Cette disposition est parfaitement démontrée par les injections. Or l'indépendance de circulation des lobules n'explique-t-elle pas suffisamment leur indépendance dans l'état de maladie?

C. Un fait très souvent observé, et dont il est impossible de se rendre compte par les opinions émises jusqu'à présent sur la nature de la maladie de Bright, c'est l'existence d'urines albumineuses, quoique ordinairement en petite quantité, dans la néphrite simple aiguë. On peut constater à l'aide du microscope que, contrairement à ce que pensait M. Bouillaud, la néphrite franche, légitime, consiste dans une inflammation de la membrane interne des conduits excréteurs de l'urine, ainsi que du tissu cellulaire très lâche qui unit entre elles les différentes parties constituantes du parenchyme rénal, et peut-être aussi des vaisseaux qui se ramifient dans son épaisseur. Mais une partie des glandules de Malpighi participe à la congestion inflammatoire, comme nous le démontre encore l'anatomie pathologique; car tous ces points d'un rouge-vif que l'on remarque à la coupe de la substance corticale, et principalement à la surface du rein, ne sont pas autre chose que les granulations fortement injectées et tuméfiées. Ainsi dans la néphrite simple aiguë, comme dans la néphrite albumineuse, la présence de l'albumine dans les urines coïncide avec l'augmentation de volume des glandules de Malpighi.

D. Dans la néphrite simple chronique, les reins sont le plus ordinairement atrophiés, durs, pesants, déprimés, marbrés à leur surface, pâles et anémiques. Des coupes faites sur la substance corticale montrent une atrophie très prononcée de la plus grande partie des corpuscules glanduleux. Or pendant la vie on ne trouve jamais d'albumine dans les urines.

E. Enfin dans toutes les altérations et dégénérescences des reins autres que celle essentiellement caractérisée par l'augmentation de volume et l'hypertrophie pure et simple des granulations, les urines peuvent être diversement modifiées dans leur composition chimique, mais elles ne contiennent jamais d'albumine.

DEUXIÈME PROPOSITION. — *La quantité d'albumine dans les urines est en rapport avec le volume et le nombre des glandules hypertrophiées.*

Dans la néphrite simple aiguë les granulations acquièrent au plus le double de leur volume, et un petit nombre seulement sont congestionnées; aussi ne trouve-t-on qu'une très faible quantité d'albumine dans les urines. C'est encore ce qui a été observé dans l'albuminurie chronique, lorsque les glandules sont en partie hypertrophiées et en partie atrophiées, comme nous l'avons vu précédemment dans la quatrième forme de M. Rayer. Enfin lorsque le coagulum albumineux formé par l'acide nitrique ou la chaleur a été considérable pendant la vie, j'ai toujours constaté une hypertrophie presque générale et très prononcée des granulations.

TROISIÈME PROPOSITION. — *On ne peut admettre avec M. Becquerel que l'augmentation de volume et l'hypertrophie des glandules de Malpighi résultent d'une infiltration de ces organes par une lymphe plastique d'une nature spéciale.*

J'ai déjà insisté sur ce fait, que les granulations augmentées de volume dans la maladie de Bright présentent au microscope l'aspect spongieux qui les caractérise à l'état normal. Nous retrouvons ici la loi qui régit l'hypertrophie de tous les autres organes, à savoir; « que, nonobstant les chan- » gements survenus dans le volume, le poids, la consistance » et la coloration des tissus hypertrophiés, on reconnait en- » core dans ces derniers la même organisation et la même » structure que dans l'état normal. »

D'ailleurs, Valentin avait déjà constaté par ses recherches microscopiques que les corpuscules de Malpighi restent intacts. On sait toutefois que cet habile micrographe a vu dans les tubes flexueux de Ferrein un liquide jaune-grisâtre formé de particules granulées, irrégulières, de volume variable, de petits corps moléculaires et de globules d'une forme ronde. Mais il est évident que ce n'est point là *cette lymphe plastique d'une nature spéciale* dont parle M. Becquerel, puisqu'on ne la retrouve point dans les granulations. Il nous semble plus rationnel d'admettre que ces corpuscules se rattachent, sous le rapport de leur composition et de leur origine, aux concrétions dont j'ai déjà parlé. L'assertion du savant médecin n'est donc qu'une hypothèse, que l'observation ne peut justifier.

QUATRIÈME PROPOSITION. — *Les causes de la maladie de Bright, que j'appelle désormais hypertrophie glanduleuse des reins, sont les mêmes que celles de l'hypertrophie des autres organes.*

Il en est des glandules de Malpighi comme des autres organes. Bien souvent elles sont hypertrophiées, sans qu'il nous soit possible de saisir la cause qui a agi pour le développement de l'altération. Sans doute, comme je l'ai déjà dit, la néphrite simple aiguë et sub-aiguë, ainsi que la pyélite et la périnéphrite peuvent être le point de départ de l'hypertrophie des corpuscules glanduleux; mais dans combien de cas la véritable cause ne nous est-elle pas inconnue? Alors nous sommes obligés d'admettre pour ces organes, comme pour tant d'autres, que l'hypertrophie s'est produite à la suite d'une sur-activité de la part de l'organe, de congestions répétées qui s'opèrent sous l'influence de certaines conditions, qu'il ne nous appartient pas de chercher à approfondir ici.

Mais la différence qui existe dans le mode d'action des causes nous explique les différences que doit présenter l'hypertrophie glanduleuse des reins, tant dans ses symptômes que dans ses lésions anatomiques. C'est ainsi que la forme aiguë est liée à une subinflammation de quelque partie des reins, tandis que la forme chronique se rattache le plus souvent à des congestions lentes, et qui passent inaperçues, vu le peu de trouble qu'elles apportent à l'exercice régulier de nos fonctions.

(*La suite au prochain numéro.*)

Paris, Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 5. — MARDI 14 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 5 — MARDI 14 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 13 JANVIER 1851.

De l'opium à haute dose

DANS LE TRAITEMENT DU TYPHUS CÉRÉBRO-SPINAL.

Tel est le titre de la seconde partie d'une thèse soutenue tout récemment devant la Faculté de médecine de Paris par M. Bailly, jeune chirurgien militaire qui a été longtemps attaché à l'hôpital du Roule dans le service de M. Boudin.

Si vos lecteurs se rappellent les discussions qui ont eu lieu dans ces derniers temps sur la méningite cérébro-spinale, ils savent que c'est cette maladie que M. Boudin et M. Bally, son élève, désignent sous le nom de *typhus cérébro-spinal*. Nous ne voulons pas examiner aujourd'hui jusqu'à quel point l'étude attentive des faits justifie cette dénomination. Quel que soit le nom qu'on donne à la méningite cérébro-spinale, il y a malheureusement dans son histoire un fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est son extrême gravité, laquelle est représentée par une mortalité d'au moins 50 p. 0/0, ainsi que l'a démontré M. le professeur Tourdes dans un mémoire qui porte l'empreinte d'un haut esprit scientifique. Un second fait non moins affligeant, c'est que cette mortalité a été observée quel qu'ait été le traitement mis en usage. L'opium, toutefois, employé à doses un peu élevées, semblait avoir produit quelques bons résultats. C'est en l'employant avec plus de hardiesse encore que M. Boudin a obtenu, suivant M. Bailly, des succès beaucoup plus brillants que ses prédécesseurs. M. Bailly toutefois ne mentionne que les quatre faits suivants, sans dire que l'opium ait ou n'ait pas été prescrit dans d'autres cas par M. Boudin. Ces quatre faits seraient donc bien insuffisants pour décider une question thérapeutique; mais ils offrent un assez grand intérêt, tant au point de vue de la dose à laquelle l'opium a été administré que sous le rapport thérapeutique lui-même, pour que nous croyions devoir les rapporter textuellement, ainsi que les réflexions dont l'auteur les fait suivre.

Jusqu'ici, aucune règle n'avait présidé à l'emploi de l'opium, administré tantôt à des doses insuffisantes, tantôt associé à d'autres médications qui en obscurcissaient et en atténuaient plus ou moins l'action. D'autre part, il faut bien le dire, les praticiens ne se décidaient guère à administrer l'opium qu'après l'avoir fait précéder de déplétions sanguines, ou bien ils n'y avaient recours que vers la fin d'une série épidémique, c'est-à-dire lorsque l'affaiblissement réel ou supposé de la maladie pouvait faire révoquer en doute l'efficacité de la médication narcotisante. Il existait donc un *desideratum* d'une grande importance, que M. Boudin s'est appliqué à combler. Je vais exposer les règles formulées par ce médecin, règles dont j'ai pu constater la mise en pratique pendant mon séjour à l'hôpital militaire du Roule.

« Nous avons l'habitude, dit M. Boudin, d'ouvrir le traitement par 2 ou 3 décigrammes d'extrait gommeux d'opium, administrés dans 20 grammes de liquide, et en une seule fois. S'il y a trismus, on écarte les mâchoires avec une cuiller en fer, on pince fortement le nez du malade, et l'on profite de l'ouverture de la bouche pour ingérer le médicament. L'opium est ensuite administré toutes les demi-heures par prises de 5 centigrammes, *jusqu'à production d'assoupissement léger.* Il y a inconvénient et même danger à aller au delà, il y a également beaucoup à craindre en restant en deçà. Nous avons vu des malades très gravement atteints entrer en convalescence immédiatement après être sortis de ce léger assoupissement. Il ne faut donc pas craindre de porter la dose du médicament jusqu'à 2 et 3 grammes pour obtenir le résultat dont il s'agit, mais nous insistons sur le fractionnement et sur la nécessité de suspendre l'opium dès qu'il se manifeste du narcotisme; il faut alors employer de fortes doses de café. L'opium doit être supprimé dès que les phénomènes encéphaliques cessent; il ne faut pas hésiter à y revenir, pour peu que ces phénomènes, ce qui n'est pas rare, se reproduisent. A cette occasion, nous ne saurions trop recommander d'apporter la plus grande surveillance à la convalescence.

La *méningite* s'est présentée à mon observation chez plusieurs militaires âgés de dix-huit à vingt-cinq ans, d'une constitution robuste, de belle stature, à système musculaire très développé et à tempérament sanguin, appartenant à des régiments déjà éprouvés une ou plusieurs fois antérieurement par la méningite; ce sont le 14e, le 69e et le 18e de ligne.

Voici, en résumé, les traits les plus saillants qu'ont offerts les symptômes et le traitement des deux premiers cas qui se sont présentés à mon observation.

1er CAS (service de M. Wahu). — *Symptômes :* Rachialgie cervicale intense et persistante, conservation de l'intelligence au début, et, plus tard, délire et coma; retour de la lucidité avec plein souvenir de l'état antérieur; convalescence apparente compliquée d'état typhoïde et d'eschares gangréneuses du sacrum vers le vingtième jour; pouls toujours fébrile.

Mort après quarante jours de maladie.

Traitement. — Le seul remède a été l'opium, à la dose d'abord de 0,6 par jour en deux prises, puis de 0,3, et de 0,2.

Ainsi le malade a pris, dans l'espace de vingt et un jours, par la bouche, 5 gr. 2 extrait gommeux d'opium, et 0,8 hydrochlorate de morphine (il est à l'extrait d'opium comme 3 est à 1.)

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Léger épaississement des membranes le long de la scissure longitudinale.

Moelle. — A la partie moyenne, teinte rougeâtre, phlogosée, des enveloppes. Rien de particulier dans les autres organes.

2e CAS (service de M. Wahu). — *Symptômes :* Chez un soldat du 18e de ligne, la maladie débute par des convulsions; perte subite et complète de connaissance, mutisme, rachialgie légère et fugace, point de trismus, espèce d'hydrophobie; le malade rejette avec force les liquides introduits dans la bouche; état comateux, retour de la parole et de l'intelligence au bout de vingt-quatre heures; pouls petit, non fréquent; point de souvenir de l'invasion de la maladie.

Convalescence établie dès le quinzième jour; sorti guéri.

Traitement. — L'opium, sous forme d'extrait en solution dans une potion gommeuse, a été seul employé, mais la dose quotidienne a été plus élevée que précédemment; le malade prenait 1 gr. 6 en deux fois, plusieurs jours de suite; en somme, le malade a ingéré, en neuf jours, 5 gr. 6 d'extrait d'opium.

Une remarque qui n'a échappé à personne fut la gradation des bons effets obtenus en rapport avec l'augmentation progressive des quantités d'opium. Ainsi l'opium, qui a été donné chez le premier malade, tantôt à 0,6, tantôt à 0,3 et à 0,2 par jour, amena, il est vrai, la disparition des symptômes encéphaliques, mais n'occasionna point une convalescence bien franche, car elle se compliqua d'état typhoïde avec formation d'eschares gangréneuses au sacrum, qui furent la cause réelle de la mort.

Le second malade fut traité beaucoup plus énergiquement, les doses d'opium furent portées jusqu'à 1,6 par jour; aussi voyons-nous la maladie s'effacer graduellement, et la santé reparaître promptement après une dizaine de jours de traitement. Le malade est sorti parfaitement guéri.

3e CAS (service de M. Boudin). — Petit-Colas, vingt et un ans, très forte constitution, caporal au 69e de ligne, en garnison à Saint-Denis, est apporté, le 9 janvier au soir, à l'hôpital militaire du Roule, dans un état général qui présente encore les mêmes symptômes à la visite du matin.

Le lendemain, 10 janvier, perte complète de connaissance, trismus considérable, facies turgescent; sensibilité exagérée, seulement de la région cervicale; le plus léger attouchement en cet endroit suscite des douleurs indiquées par des plaintes ou des mouvements brusques et presque convulsifs de la tête et des membres; anesthésie du thorax et des membres; pupilles dilatées, mais contractiles; pouls dépressible, petit, fréquent; température de la peau normale; constipation. — Extrait d'opium, 1,5 à prendre en trois fois, de 8 à 4 heures; un quart de lavement avec teinture d'opium, 40 gouttes.

Vers neuf heures du soir, agitation extrême, pouls accéléré, peau chaude, respiration suspirieuse.

Le 11, même état que la veille; seulement la connaissance est un peu revenue; il fait signe à l'infirmier pour demander à boire; il se lève pour uriner; soif toujours très vive; constipation opiniâtre; vomissements abondants de matières liquides légèrement verdâtres. — Extrait gommeux d'opium, 0,5 en une seule prise; quart de lavement avec extrait d'opium, 0,3 gr.

A quatre heures du soir, l'état du malade n'a point changé; les deux lavements donnés le matin ont été gardés. (1 gram. d'extrait gommeux d'opium à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle; un quart de lavement avec extrait d'opium 0,3.) Ainsi, dans les vingt-quatre heures, le malade a pris 1,5 d'extrait d'opium par la bouche, et 0,6 par le rectum : en tout, 2 gram. 1 décigr.

Le 12, peu de changement dans les symptômes; sensibilité douloureuse du cou moins grande; le thorax et l'abdomen ne sont plus insensibles; trismus persistant; pas de selles; intelligence plus nette. — Potion avec extrait gommeux d'opium, 5 décigr.

Les 13 et 14, amélioration notable dans l'état du malade. Trismus diminué, mais non disparu complètement; il ne peut ouvrir la bouche qu'avec une certaine difficulté et dans une faible étendue; intelligence parfaite, mais lente; sobriété de paroles; le malade ne répond que par les monosyllabes *oui* et *non;* pas de céphalalgie; pouls normal; plus de sensibilité exagérée du cou; aucune douleur n'est accusée; langue saburrale. — 1 gram. d'extrait gommeux d'opium; deux lavements avec extrait d'opium, 1 gr. chacun, matin et soir.

Les 15 et 16, état général de plus en plus satisfaisant; plus de trismus; netteté complète de l'intelligence; le malade déclare n'avoir aucun souvenir ni de l'invasion, ni de l'origine de sa maladie, ni même de ce qui s'est passé depuis

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Je me demande depuis quelques jours quel serait le souhait que je pourrais faire si la bonne fée Carabosse me permettait la réalisation d'une de mes pensées ou de mes espérances : avoir de l'or? Fi donc! les nobles cœurs ont d'autres aspirations, d'autant mieux que l'or est aujourd'hui la menue monnaie du petit peuple, de la vile multitude. — Avoir une belle, riche et nombreuse clientèle? — Ce serait tentant, mais je suis malheureusement un peu de l'avis de mon ami X.... qui me disait un jour : Je serais peut-être devenu un grand médecin s'il ne fallait pas aller voir les malades et courir les hôpitaux le matin. Mon ami X...., qui se couche au petit jour pour dormir la grasse matinée, est le promoteur de l'idée des gardiens de nuit dont tous les journaux s'occupent en ce moment; il compte sur le commandement de cette cohorte nocturne, dont il m'a engagé à faire partie, eu égard à la conformité de nos goûts.

Je reviens à la fée Carabosse et à la réalisation de mon souhait, et je me demande s'il me conviendrait mieux d'être un savant en us dont la science et le génie bravent l'intrigue, défient les jalousies et imposent le respect; ou bien un de ces enfants gâtés du favoritisme élevé dans la serre-chaude de la protection et dressé, comme les acrobates, à la souplesse des reins et à la flexibilité de la colonne vertébrale? Jusqu'à présent, je l'avoue, j'avais penché vers le rôle de savant libre et indépendant, et j'aimais le concours, comme la voie la plus digne et la plus sûre pour lui; hélas! je me trompais, et, si dans mon esprit le concours est toujours la voie la plus digne, il n'est pas à beaucoup près le chemin le plus court et le plus sûr pour le véritable mérite. Si je voulais comparer le nombre des places données au concours à celui des places réservées à l'élection, je trouverais que les premières sont aux secondes comme 1 est à 20. Mais je n'ai pas l'intention de me livrer aujourd'hui à ce travail comparatif et je me retranche dans le concours, puisque j'en trouve un actuellement ouvert à la Faculté de médecine de Paris.

On a porté contre l'institution du concours de graves accusations, on lui a suscité toutes sortes de querelles : on a critiqué la composition et la nomination du jury; on l'a accusé d'éloigner le talent modeste, le génie timide et les vieux services rendus; en un mot, on lui a reproché de n'être que la déification ou tout au moins le piédestal de la suffisance et du bavardage. Toutes ces imputations peuvent être vraies, comme elles peuvent aussi être facilement réfutées; je ne veux pas entrer dans cette discussion, mais je veux fournir aux ennemis du concours une arme nouvelle dont ils ne s'étaient pas doutés, et je leur avouerai franchement que j'ai ramassé cette arme au milieu d'un combat qui a failli ensanglanter le concours actuellement ouvert devant la Faculté.

Pallas, sœur d'Apollon et déesse de la guerre, inspire-moi dans le récit de cette lutte touchante et sans pareille dans l'histoire des savants!

La question écrite venait d'être tirée au sort selon la coutume et selon le règlement : *De l'étranglement en chirurgie* était le sujet sur lequel les concurrents devaient barbouiller une main de papier. Jusque-là tout allait pour le mieux dans le meilleur des concours possible : M. Marchal s'était bénévolement retiré et M. Maisonneuve était retenu chez lui par des raisons de famille; les compétiteurs restants se réjouissaient tout à fait de l'absence de deux adversaires sérieux et de la banalité de la question à résoudre, quand tout à coup les figures pâlissent, la plume tombe des doigts et un cri d'épouvante s'échappe de la poitrine de chaque concurrent.

— Nous sommes 13! s'écrie enfin M. Desprez recouvrant le premier la parole; nombre fatal et cabalistique qui, si nous ne déjouons le destin, est le présage assuré de la mort d'un de nous!

— Oui! répond en chœur toute la bande épouvantée, il faut qu'un de nous se retire ou qu'un quatorzième concurrent vienne s'asseoir à nos côtés.

Cette dernière proposition fut jugée impossible, puisque le sujet de la question écrite était connu.

Diverses opinions furent émises, et l'on parut se ranger à l'avis de tirer au sort celui des 13 qui se retirerait. Déjà M. Bouisson, nommé secrétaire, dressait la liste des noms qu'il jetait dans un chapeau, quand tout à coup M. Desprez se levant d'un air majestueux et prenant de nouveau la parole :

— La vie du médecin, dit-il, est toute pleine de dévouement et d'abnégation; je me retire, et ayez pour agréable mon immense sacrifice.

Cette généreuse détermination arracha des larmes à tous les spectateurs, et MM. Sanson et Giraldès se sentirent pris d'une telle émotion qu'ils voulurent avoir la gloire que prétendait acquérir un seul de leurs collègues.

— Par saint Jacques de Compostelle, mon patron! s'écria M. Giraldès, qui n'a pas entièrement oublié les saints de son pays, je ne permettrai pas que mon ami Desprez renonce à la simarre qui l'attend et ce sera moi qui sortirai des ces lieux.

qu'il est à l'hôpital. La langue se nettoie; soif modérée; plusieurs selles; sommeil excellent; nul malaise; pouls normal. — Demi-bouillon; lavement purgatif.

Du 17 au 20, la convalescence s'établit d'une manière franche et rapide; le malade commence à se promener dans la salle dès le 18; l'appétit devient de plus en plus développé; les forces reviennent peu à peu. Le malade demande l'*exeat*.

Du 20 au 24, jour de la sortie, l'alimentation est chaque jour augmentée, la santé se rétablit parfaitement; enfin le malade est revenu à son état normal.

Deuxième atteinte. — Petit-Colas rentre de nouveau à l'hôpital du Roule, le 3 mai 1850, pour une maladie en tout semblable à celle dont il a été affecté au commencement de cette année.

A la suite de travaux très fatigants (il fut pendant quatorze heures employé au sauvetage d'un bateau), ce caporal, ayant été pris tout à coup de vertiges, d'éblouissements et de perte absolue de connaissance, fut transporté immédiatement à l'hôpital.

Les symptômes sont identiquement les mêmes que ceux qu'il nous a offerts la première fois : tels que trismus considérable, facies très coloré, exagération de la sensibilité au cou et à la nuque, insensibilité ou du moins sensibilité obtuse aux membres supérieurs et inférieurs, cris plaintifs inarticulés, constipation, pouls à 95 pulsations, peau chaude. Le chirurgien de garde prescrit : 2 grammes d'hydrochlorate de morphine en pommade appliquée aux aines et aux aisselles, vésicatoires aux jambes et aux cuisses, lavement purgatif.

Le 4 mai, même état que la veille. (Potion avec 6 décigrammes d'opium en une seule fois, 2 lavements avec 1 gramme d'extrait d'opium chacun.) Pour faire prendre la potion, on est obligé d'écarter les mâchoires à l'aide du manche d'une cuiller en ayant soin de serrer le nez.

Du 5 au 7, légère amélioration dans l'état général. Trismus persistant; néanmoins le malade peut boire lui-même en faisant passer le liquide à travers les interstices dentaires; mutisme complet, connaissance revenue; il fait des signes pour demander ce dont il a besoin; pouls plein, moins fréquent, à 80 pulsations environ; chaleur modérée de la peau. La région cervicale conserve toujours cette exaltation de la sensibilité au moindre toucher, tandis que le tronc et les membres sont peu sensibles; mais la palpation sur le lieu seul des vésicatoires provoque de vives douleurs. — Prescription pendant chacun des trois jours : extrait d'opium, 1 gramme le matin en une seule prise; lavement opiacé à 1 gramme pour le soir.

Le 8, à neuf heures du matin, aucune modification appréciable des symptômes. Nuit calme, un peu d'assoupissement; les lavements sont gardés; l'opium n'a produit ni narcotisme, ni transpiration, ni vomissements. — Extrait d'opium, 1 gramme en une seule fois.

A trois heures du soir, changement notable. Le trismus commence à diminuer; les mâchoires peuvent se desserrer, très faiblement il est vrai; c'est à peine si la langue peut être amenée au dehors; vue trouble, aucun malaise. — Extrait gommeux d'opium, 5 décigr.

Les 9 et 10 mai, le mieux continue; sommeil excellent, transpiration abondante la nuit; trismus tout à fait disparu; langue saburrale, constipation, prostration extrême; trouble de la vue moins considérable; nul souvenir des cinq premiers jours de la maladie. — Le 9 : extrait d'opium, 0,5, et le 10, à 0,4.

Du 11 au 17, la santé se rétablit chaque jour de plus en plus; appétit développé, alimentation graduellement croissante; le malade se trouve revenu à son état normal; aussi, comme la première fois, sollicite-t-il dès le 14 sa sortie, qui ne lui est accordée que le 18 au matin, jour où il est parfaitement en état de reprendre son service.

Troisième atteinte. — Pour la troisième fois, ce même caporal revient à l'hôpital, atteint de la même affection, le 27 mai à sept heures du soir.

Cette maladie a débuté de la même façon et présente les mêmes caractères. Le chirurgien de garde administre une potion avec 1 gramme d'extrait d'opium.

Le 28 mai, symptômes identiques à ceux que nous avons déjà décrits deux fois; ainsi, nous rappellerons le trismus, la sensibilité spéciale du cou, la turgescence de la face; le pouls est à 76 pulsations; transpiration abondante pendant la nuit, qui du reste a été calme. — Potion avec extrait d'opium, 1 gramme.

A trois heures du soir, point de changement; un peu de somnolence, soif vive, constipation, pouls à 76. — Potion avec extrait d'opium, 1 gramme.

Le 29, à sept heures du matin, le malade a été très calme la nuit; il est toujours dans le même état. — 0,5 d'extrait gommeux d'opium en une seule fois; lavement avec extrait d'opium 0,5 à prendre dans la journée.

A neuf heures du matin. Profondes inspirations; le trismus disparaît peu à peu; intelligence parfaite; parole très embarrassée. (0,5 d'extrait gommeux d'opium.)

Le malade fut parfaitement guéri le 9 juin.

Le malade a une quatrième atteinte huit jours après sa sortie de l'hôpital, et meurt le 20 juin.

Autopsie. — *Cavité cérébro-spinale.* — Injection des enveloppes du cerveau et de la moelle; légère opalescence de l'arachnoïde, consistance du cerveau et de la moelle un peu moins ferme qu'à l'état normal; fin piqueté de la substance cérébrale.

Aucune lésion ne se rencontre dans les autres organes.

Réflexions. — Cette observation offre un intérêt marqué à plus d'un titre.

Ce qui est remarquable d'abord, c'est de voir cette affection présenter dans une courte période trois atteintes, avec une idée parfaite de symptomatologie.

Mais c'est la médication employée qui mérite surtout de fixer l'attention, à raison des résultats obtenus.

L'extrait gommeux d'opium a été administré à haute dose à l'exclusion de tout autre médicament, à la fois par la bouche et le rectum. La dose moyenne, pour les vingt-quatre heures, a été de 2 gr., moitié en lavement, moitié en potion, et la dose maximum de 3 gr. par les deux voies.

Pour la première atteinte, le malade a pris, dans l'espace de quatre jours, 7 grammes 3 décigrammes d'extrait d'opium ainsi répartis : 4 grammes 5 décigrammes par la bouche, et 2 grammes 8 décigrammes par le rectum.

Le cinquième jour de l'arrivée à l'hôpital, l'amélioration est manifeste, et la sortie a lieu après quinze jours de séjour.

Pour la deuxième atteinte, qui eut lieu après trois mois et demi, le malade a pris en huit jours :

6 grammes d'extrait d'opium,	par la bouche.
4 gramm. d'extrait d'opium, 5 décigramm.	par le rectum.
10 gramm. d'extrait d'opium, 5 décigramm.	par les deux voies.

C'est le sixième jour de l'arrivée que l'état change; le huitième jour, la convalescence s'établit franchement, et la sortie est accordée après quinze jours d'hôpital.

Pour la troisième atteinte, qui n'est séparée de la deuxième que par un intervalle de dix jours, l'extrait d'opium pris en trois jours s'est élevé à 4 grammes 5 décigrammes, dont 4 grammes par la bouche, et 0,5 décigramm. par le rectum.

Le quatrième jour, les symptômes s'amendent; le cinquième, la convalescence se manifeste, et après treize jours d'hôpital, le malade sort, se trouvant capable de reprendre son service.

Enfin nous le voyons revenir huit jours après sa troisième sortie, dans le même état, et la mort arrive au bout de deux jours.

On est forcé de reconnaître que dans cet état morbide il existe une tolérance spéciale pour les hautes doses d'opium.

4e Cas. (Service de M. Boudin.) — B..., vingt-cinq ans, tempérament lymphatico-sanguin, constitution forte, fusilier au 14e de ligne, en garnison à Paris, est apporté le 7 novembre 1850, à huit heures du matin, à l'hôpital du Roule, dans l'état suivant : intelligence obscure; il faut questionner vivement le malade pour en obtenir quelques paroles; céphalalgie générale très violente; douleur vive à la nuque; impossibilité de fléchir la tête sur la poitrine; mouvements latéraux plus faciles. Le malade paraît s'impatienter des explorations auxquelles on le soumet, et se cache sous les couvertures. Décubitus latéral droit, en Z; tendance à l'assoupissement; langue humide sur les bords, sèche au centre; ventre souple, constipation. Pouls petit, mou, à 65 pulsations. — Extrait d'opium 0,5.

A quatre heures du soir, intelligence beaucoup plus nette que ce matin. Le malade est surpris de se trouver à l'hôpital; grande prostration; céphalalgie persistante, ainsi que la rigidité douloureuse de la région cervicale. — Extrait d'opium, 0,3 décigr.

Le 8 novembre, même état que la veille; sommeil nul; vomissements de matières verdâtres le soir; transpiration abondante. — Potion d'extrait gommeux d'opium, 1 gram. en une seule prise.

A trois heures du soir, le malade est plongé dans le narcotisme; respirations profondes, stertoreuses; assoupissement continuel, comme comateux. Pouls petit, fréquent. Néanmoins, quand on excite vivement le malade, il répond brièvement aux questions qu'on lui adresse. — Quart de lavement purgatif.

Le 9, le malade est encore sous l'influence de l'opium. — 40 grammes de café en infusion; lavement purgatif.

A trois heures du soir, l'assoupissement a diminué; la respiration a repris son rhythme ordinaire; intelligence très nette; mouvements de cou plus libres; selles abondantes après le lavement. Vers minuit, exacerbations, céphalalgie atroce, délire avec cris plaintifs, nausées fréquentes.

Le 10, narcotisme diminué, assoupissement incessant, réponses nettes et lentes; la roideur et la douleur du cou persistent, mais moins intenses; céphalalgie pénible. — Infusion de café, 80 grammes.

Du 11 au 18 l'amélioration continue, sauf ce dernier jour où il y a une légère exacerbation. On prescrit 80 grammes de café chaque jour, excepté le 18, où l'on donne 0,5 d'opium.

Le 19, état général satisfaisant.

Le 20, légère céphalalgie le soir, calmée par une potion opiacée à 12 gouttes.

Depuis ce moment, aucun trouble ne survient dans la convalescence, qui s'établit très promptement.

Réflexions. — Nous voyons le rétablissement de la santé s'effectuer rapidement après le narcotisme, dû à 1,8 d'extrait d'opium en deux jours, et suivi d'une surstimulation produite par de fortes infusions de café prises pendant quatre ou cinq jours. Il est permis de se demander si l'opium et le café tout à la fois n'ont pas concouru également à la guérison définitive du malade, d'autant qu'il existait encore des phénomènes morbides assez graves quand l'opium a été suspendu.

Avant de terminer, nous ferons remarquer qu'il faut surveiller avec la plus grande attention la convalescence, parce qu'il n'est pas de maladie qui ait autant de tendance à des rechutes imprévues.

De ces faits, M. Bailly conclut que l'opium administré à haute dose, à l'exclusion de tout autre médicament, est capable de rendre d'éminents services dans la thérapeutique du typhus cérébro-spinal.

Ces faits, nous le répétons, sont assurément d'un haut intérêt; mais ils ne peuvent, jusqu'à présent, servir qu'à encourager les praticiens dans la voie tracée par M. Boudin. — H. de Castelnau.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Dixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8, 22, 31 octobre; 14 novembre, 14 décembre et 7 janvier.)

Marche de la folie. (Suite.)

Un quatrième groupe de malades se distingue des groupes précédents : c'est celui des aliénés déments.

La démence n'est, selon nous, qu'une période, et non une forme véritable des maladies mentales; mais elle mérite néanmoins de faire l'objet d'une description particulière.

Parmi ces aliénés, il en est d'agités, comme les maniaques; d'immobiles, comme les mélancoliques; il en est d'autres préoccupés d'une idée fixe, comme les maniaques; mais il est difficile de les confondre. S'ils parlent, leurs paroles décousues n'ont aucune suite, aucun sens; souvent même ce n'est plus seulement de l'incohérence, mais de l'absence d'idées. C'est un flux de paroles sans pensées. S'ils restent

---

— Ni vous, ni M. Despretz, interrompit M. Sanson; la gloire de mon frère suffit à mon ambition, et mon nom a une assez belle auréole pour que mon sacrifice ne coûte rien à mon orgueil.

Et il se dirigea vers la porte de sortie.

M. Despretz s'élance à sa poursuite et a peu de peine à le retenir. M. Giraldès ne reste pas en arrière, et est sur le point de franchir la porte fatale, quand M. Despretz, abandonnant son premier adversaire qu'il avait ramené à sa place d'une main vigoureuse, s'élance vers son second partner et met sur lui en pratique le sujet de la question écrite : *De l'étranglement*. M. Giraldès, serré comme dans un étau, n'oppose plus qu'une faible résistance, et son ennemi, vainqueur, sort avec toute la gloire du triomphe et du dévouement.

Tel fut le résultat de cette lutte suscitée par la superstition, et tels furent les préludes du concours pour la chaire de pathologie externe. Le public, peu initié d'ordinaire aux choses de la coulisse, ne pouvait s'expliquer la retraite inattendue de M. Despretz, et c'est pour prévenir toute fâcheuse interprétation que je me suis décidé à déchirer le voile et à mettre à nu sa noble conduite, dût sa modestie en souffrir.

Ah! pourquoi faut-il que toutes les luttes n'aient pas un motif aussi honorable que celle que je viens de raconter? Ah! pourquoi suis-je condamné à enregistrer la conduite inexplicable, folle, absurde d'un de nos confrères qui donna lieu à un combat terrible où le fer brilla, car ce fut un combat au forceps. Je voudrais, pour l'honneur de notre profession, pouvoir taire de pareils faits; mais je les dois raconter, car ils portent avec eux un haut enseignement pour les accoucheurs.

Notre savant confrère M. Depaul, agrégé à la Faculté de Médecine, et se livrant d'une manière toute spéciale à la pratique des accouchements, fut, une de ces nuits dernières, appelé dans un quartier aristocratique pour accoucher une jeune femme dont la fortune égalait la haute position sociale. Aucun accident ne s'était présenté; tout allait au mieux, et la tête de l'enfant commençait déjà à paraître aux parties externes, quand tout à coup la mère fut prise d'une violente attaque d'éclampsie. M. Depaul ne s'épouvante pas de si peu, et parvient à calmer cette crise nerveuse; mais l'enfant, arrêté au passage, avait besoin d'une dernière contraction utérine qui se faisait vainement attendre; l'indication était formelle, il fallait aider la nature. Malheureusement M. Depaul avait oublié son forceps chez une cliente qu'il avait accouchée dans la soirée; loin de chez lui, dans un quartier où il ne connaissait pas de médecin et au milieu de la nuit, il était, on le comprend, dans une perplexité et un embarras extrêmes, quand il se rappelle qu'en entrant dans la maison où il se trouve il a vu une plaque de docteur. C'était un coup de la providence, un heureux hasard du destin!!

C'est ici que commence la tragi-comédie que j'ai à raconter : M. Depaul mande un domestique chez le confrère, avec prière de lui prêter son forceps. — Qu'est-ce à dire? s'écrie le médecin réveillé en sursaut, mon forceps! qu'en veut-on faire? — Mais, répond le domestique, madame est en mal d'enfant, et l'accoucheur... — On abuse trop souvent du forceps, interrompt l'Esculape, et je vais m'assurer par moi-même si son application est nécessaire; et passant pour tout vêtement une robe de chambre qui laissait voir toute la beauté de ses mollets, il arrive jusqu'à la pièce qui précédait la chambre de la malade.

Le père de l'accouchée, vieillard à cheveux blancs, implore, comme le domestique, l'instrument sauveur; l'obstiné médecin répète ses objections, et continue à vouloir s'assurer par lui-même du cas qui requiert l'emploi du forceps. Cette discussion étrange attire M. Depaul, qui, avec toute la courtoisie possible, fait appel à l'obligeance de son trop curieux confrère. — Que voulez-vous faire de cet instrument? demande celui-ci. — Que fait-on d'un forceps? répond M. Depaul, plus embarrassé de cette question que d'une hémorrhagie. — On fait un abus excessif de cet instrument, reprend le propriétaire du forceps, et je ne puis m'associer même indirectement à une opération qui peut être funeste.

Cette scène étrange et incroyable était éclairée par une simple bougie posée sur un guéridon, et à la lueur de cette pâle clarté l'entêté médecin ne pouvait apercevoir toutes les émotions qui se reflétaient sur la figure de M. Depaul. Tout à coup celui-ci est pris d'un mouvement bien naturel et bien excusable de colère, et, saisissant d'une main vigoureuse l'étui où était contenu le forceps, il essaie de l'arracher des mains qui le retenaient. Cette action inattendue ne put être prévenue, et M. Depaul, armé de son heureux trophée, rentra dans la chambre de la malade, où le résultat de l'opération en montra toute l'opportunité. Une heure après, la mère et l'enfant se portaient bien.

J'ai simplement raconté cette aventure et ne l'ai embellie d'aucune fleur d'imagination; je l'ai laissée dans toute sa naïveté pour que les accoucheurs soient bien pénétrés du danger qu'ils courent à oublier ce qui peut leur être nécessaire, et des embarras qu'ils se créent en troublant le sommeil d'un confrère trop amoureux de son art.

Félix Roubaud.

tranquilles et silencieux, leur physionomie n'exprime ni la concentration, ni la passion, mais l'hébétude et la stupidité; ils semblent, du moins dans les cas extrêmes, frappés de nullité sous le rapport de l'entendement comme du caractère. L'observateur, en effet, ne constate chez eux que des ruines; il a devant lui, dans un isolement presque complet les uns des autres, tous les éléments du moral et de l'intelligence. Cette séparation est une sorte de dissolution qui accuse l'atteinte radicale des forces, et ne permet plus de concevoir l'espérance de revoir les éléments unis et coordonnés. Si parfois un éclair d'intelligence apparaît dans ce chaos et au milieu de ces ruines; il attriste l'âme, loin de la consoler, tant il est visible que le malade n'en est ni l'acteur, ni le témoin.

Tout trahit, en effet, chez ces malades, l'impuissance de former des idées, d'éprouver des sentiments, d'avoir une volonté; c'est le tombeau de la raison, moins quelques éclairs qui viennent les sillonner et sont comme les reflets de l'ancien éclat de la pensée.

A côté de ces malades, mais encore au-dessous d'eux, parce que l'exercice prolongé des facultés intellectuelles et morales laisse des traces indélébiles, se trouvent les idiots, que nous ne mentionnons ici que pour compléter le tableau; car ils pourraient, à la rigueur, ne pas figurer parmi les formes de la folie.

Dans cet état de dégradation, l'homme est ravalé au-dessous de la brute; il n'a même pas l'instinct de la conservation. Il faut, non-seulement que la bienfaisance lui apporte les aliments destinés à le nourrir, mais les ingère profondément dans sa bouche et le protége contre les influences malfaisantes qui l'entourent et contre toutes les causes de destruction; et cet être, hideux, informe de la tête aux pieds, dégoûtant de malpropreté, à la place de la parole, apanage exclusif de l'homme, parce qu'elle est l'expression de la pensée dans tout son développement, ne fait entendre que des sons rauques, sauvages et inarticulés. Au lieu de cette démarche ferme, assurée qui exécute un ordre précis de la volonté, les mouvements brusques, désordonnés des idiots ne paraissent que des phénomènes d'irritabilité. Souvent d'ailleurs ils sont immobiles, courbés vers la terre, ne présentant qu'une espèce de balancement en avant et en arrière, à droite et à gauche, dont on ne trouve d'exemples que dans nos ménageries. Sans doute c'est là le degré extrême de l'idiotisme; et il y a des idiots moins disgraciés dans leur organisation, et par conséquent dans leurs manifestations; mais malheureusement, à ce faible développement de l'intelligence se lient trop fréquemment un défaut absolu de caractère ou des propensités inférieures, des incitations à une brutale lascivité, à la rapine, à l'incendie, à la férocité, sans acception de personnes, qu'ils tournent contre eux-mêmes et contre des objets inanimés, penchants dont la violence a été anciennement et est encore de nos jours exploitée par la cupidité, la vengeance et par tous les genres de fanatisme.

Le tableau que nous venons de faire des principales formes de la folie arrivée à sa période d'*état*, quoique très incomplet, suffit pour en donner une idée générale. De plus grands développements nous feraient empiéter sur le domaine de la pathologie spéciale.

Quelles sont les phases diverses de ces formes considérées dans leur ensemble? Comme toutes les maladies chroniques, la folie est rarement uniforme dans son cours; elle offre des rémissions, des paroxysmes, des intermittences, des transformations et des complications que nous allons successivement examiner.

Les rémissions sont très fréquentes; elles sont plus nombreuses et plus complètes au début et au déclin des maladies mentales que dans les autres périodes.

La mélancolie est la forme qui présente le moins de rémissions.

La manie, au contraire, est rarement uniforme dans son intensité pendant toute sa durée.

Dans l'aliénation partielle, en général, les alternatives de rémissions et de paroxysmes n'ont pas été assez remarquées; on a donné une importance trop exclusive à l'état habituel, et on n'a pas assez considéré les paroxysmes dans lesquels le trouble de l'intelligence est très étendu, et cette lacune dans l'observation a fortifié la croyance à l'existence de la monomanie.

Indépendamment de ces rémissions, qui se manifestent dans les diverses formes des maladies mentales, nous devons signaler une forme vraiment rémittente, forme essentiellement chronique, dans laquelle des accès violents et de courte durée alternent d'une manière plus ou moins régulière avec des rémissions notables. Ces rémissions ne peuvent pas être considérées comme de véritables intermittences, puisque le délire persiste; mais elles en ont les apparences, tant elles contrastent avec le caractère des accès qui les précèdent et les suivent. Il importe beaucoup pour le pronostic de distinguer cette forme, qui est ordinairement très grave.

Les paroxysmes, exacerbations ou accès qui surviennent dans le cours de la folie et consistent uniquement dans une augmentation d'intensité de la maladie, sans changement de nature, donnent lieu aux mêmes remarques que les rémissions. Mon opinion générale est que les rémissions et les paroxysmes ne sont fréquents que dans les premières périodes des maladies mentales, et par conséquent sont un des caractères de l'état d'acuité. Par suite de cette appréciation, toutes les fois que dans les maladies mentales anciennes je constate de véritables paroxysmes ou de véritables rémissions, je conserve l'espoir d'une solution heureuse.

La nature du paroxysme ou de la rémission diminue ou fortifie l'espérance; ils sont d'autant plus favorables qu'ils sont plus franchement caractérisés.

Des intervalles lucides et de véritables intermittences s'observent aussi, mais plus rarement, dans la folie.

Les intervalles lucides, plus rares encore que les intermittences, s'en distinguent par leur brièveté et par leur absence de périodicité; ils peuvent quelquefois apparaître dans les folies les plus chroniques. Leur existence est très importante à constater au point de vue de la médecine légale. On est très exposé à les confondre avec de simples rémissions, d'abord parce qu'il est difficile de reconnaître un délire qui persiste dans l'esprit sans pousser à l'action, et ensuite, parce que, dans les rémissions prononcées, les malades ont assez d'empire sur eux-mêmes pour recourir à la dissimulation.

Quant aux véritables intermittences, c'est-à-dire aux suspensions complètes et plus ou moins périodiques du délire, elles sont beaucoup plus fréquentes que les intervalles lucides, et caractérisent même plusieurs espèces de maladies mentales. Elles peuvent durer des jours, des mois, des années.

Chacune des formes principales que nous avons décrites peut affecter le type intermittent; mais la manie le présente assez souvent pour que l'on ait admis comme variété distincte la manie intermittente.

Il est une autre forme qui doit être également signalée au point de vue de l'intermittence, c'est celle qui consiste dans des accès ordinairement de courte durée, alternant d'une manière irrégulière avec des intermittences également courtes; forme le plus souvent incurable.

Mentionnons aussi, en passant, un autre cas d'intermittence qui se remarque entre la période d'affaissement et la période d'excitation de la forme circulaire des maladies mentales, sur laquelle nous insisterons tout à l'heure.

La paralysie générale, surtout au début, présente assez souvent des intermittences qui, par leur durée, ont fait croire quelquefois à la réalité de la guérison.

Les intermittences sont graves par elles-mêmes, puisqu'elles impliquent la reproduction et presque toujours l'incurabilité de la maladie. Toutefois, il y a difficulté dans la pratique à apprécier cette gravité; d'une part, on peut confondre une rémission très marquée avec une intermittence; et d'autre part, comment distinguer, dans beaucoup de cas, s'il y a intermittence ou guérison? Lorsqu'il y a périodicité régulière, ou retour fréquent, quoique irrégulier, de l'intermittence, on peut sans doute se prononcer; mais lorsque la maladie se reproduit à de longs intervalles, comment discerner s'il y a eu action d'une nouvelle cause, ou effet naturel de la marche de la maladie? La périodicité dans la folie n'a, en effet, rien de régulier, et le plus souvent la connaissance des accès antérieurs ne peut pas faire prévoir la durée d'une nouvelle intermittence.

Après avoir parlé des variations qu'offre la folie dans ses degrés et dans ses types, disons un mot de ses transformations.

Dans une classification naturelle, chaque forme devrait avoir sa marche nettement déterminée et ne pas pouvoir se transformer en une autre. Il n'en est pas ainsi dans l'état actuel de la science. On voit assez souvent la manie remplacer la mélancolie, ou réciproquement. On voit également des moments de mélancolie survenir dans le cours d'une agitation maniaque, et fréquemment de véritables accès de manie interrompre la marche de l'aliénation partielle; cette transformation naturelle de l'aliénation partielle en aliénation générale, c'est-à-dire en forme plus curable, nous a de tout temps fait songer à une application thérapeutique. Nous avons cherché, à l'aide des excitants cérébraux, à opérer une transformation du même genre, en vue d'obtenir la guérison. Malheureusement, dans l'immense majorité des cas, la folie naturelle reparaît aussitôt après la disparition de la folie artificielle; de même que la raison revient chez l'homme sain d'esprit après le délire produit par des poisons ou des liqueurs enivrantes.

Il est une forme spéciale que nous appelons circulaire, et qui consiste, non, comme on l'a dit fréquemment, dans l'alternative de la manie et de la mélancolie, séparées par un intervalle lucide plus ou moins prolongé, mais dans le roulement de l'exaltation maniaque, simple suractivité des facultés avec la suspension de l'intelligence. Une période d'excitation alterne avec une période d'affaissement ordinairement plus longue. Il n'y a généralement ni véritable aliénation partielle, ni aliénation générale; c'est en quelque sorte le fonds de chacune de ces formes, sans leur relief. Chose remarquable! chacun de ces deux états pris à part est plus curable que les manies ou les mélancolies ordinaires, et leur réunion constitue une forme toujours curable des maladies mentales.

Parlons maintenant des complications de la folie: elle peut se compliquer de toutes les maladies; mais on doit évidemment distinguer les affections qui ont avec elle une relation de cause à effet de celles qui ne sont qu'une simple complication connue sous le nom de maladies incidentes: nous parlerons de ces dernières en énumérant les causes qui déterminent la mort chez les aliénés; il ne peut être question ici que des maladies nerveuses et cérébrales qui ont une connexion étroite et fréquente avec la folie. Ces maladies doivent-elles être considérées comme cause, comme effet ou comme simple complication? Nous pensons qu'elles sont tantôt l'un et tantôt l'autre, et qu'on aurait tort d'envisager leur rapport avec la folie à un point de vue exclusif.

La chorée, l'hystérie, l'épilepsie peuvent être, en effet, tantôt cause, tantôt effet ou complication de la folie; il est évident, par exemple, que la chorée et l'hystérie s'accompagnent souvent d'un trouble mental particulier qui n'est qu'une des manifestations de la maladie principale et qui ne doit pas en être séparé; d'un autre côté, il est des folies qui s'accompagnent de phénomènes choréiques ou hystériques et qui peuvent à juste titre porter le nom de folies choréiques ou de folies hystériques.

Quant à l'épilepsie, la même conclusion est plus évidente encore; il est certain que beaucoup d'épilepsies s'accompagnent d'un trouble d'intelligence qui a les plus grandes analogies avec le trouble de la plupart des maladies chroniques du cerveau, et qui aboutit en dernière analyse à la démence et à l'idiotisme; ce trouble est une conséquence aussi naturelle de la maladie principale que le sont les paralysies partielles si fréquentes à la suite d'attaques d'épilepsie et ne doit pas être séparée de la maladie dont il dépend; d'un autre côté, il est des folies avec vertiges ou même avec véritables accès épileptiques, principalement caractérisés par leur peu de durée, leur type intermittent, le développement violent des penchants, l'hébétude, l'absence de mémoire après l'accès, folies tellement distinctes qu'elles méritent la dénomination de folies épileptiques. Sans doute, ces distinctions, qui nous paraissent vraies en principe, sont souvent difficiles à établir dans la pratique; mais cette difficulté ne tient-elle pas principalement à l'état d'imperfection actuelle du diagnostic des maladies cérébrales?

Les mêmes réflexions s'appliquent, à plus forte raison, à la paralysie générale, qui a souvent été considérée à tort comme une complication et qui est, selon nous, une forme spéciale de la folie, la plus naturelle peut-être de toutes, puisqu'elle est constituée par la réunion de caractères puisés dans la nature du délire, dans les lésions des mouvements, dans la marche et dans les altérations anatomiques. La paralysie générale n'est donc pas une complication de la folie. Serait-il plus exact de la considérer comme une maladie particulière voisine de l'apoplexie et du ramollissement cérébral?

Cette opinion nous paraît basée sur deux erreurs: d'une part, on a cité comme des faits de paralysie générale des faits de paralysie épileptique et alcoolique; d'autre part, on a confondu avec la paralysie générale des aliénés des faits de paralysie progressive accompagnée d'affaissement de l'intelligence, mais sans délire, qui doivent en être soigneusement distingués, et par leur origine, et par leur marche, et par leur terminaison. En effet, la paralysie progressive sans délire arrive brusquement après des congestions cérébrales, reste longtemps stationnaire, s'améliore, guérit même quelquefois; tandis que la paralysie des aliénés se révèle par nuances insensibles, ne se manifeste le plus ordinairement qu'après le trouble de l'intelligence et marche presque toujours vers une issue funeste.

Ajoutons que le délire chez les aliénés paralytiques est trop spécial, trop remarquable pour être négligé, et qu'un seul signe, la paralysie progressive, ne saurait suffire pour faire admettre une espèce nosologique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 décembre 1850. — Présidence de M. LARREY.

A propos du procès-verbal.

M. CHASSAIGNAC communique l'observation d'une femme actuellement dans son service, et sur laquelle il a pratiqué l'ablation de la grande et de la petite lèvre du côté gauche pour la débarrasser d'une éléphantiasis. Il y a quelques années, Blandin avait pratiqué la même opération du côté opposé; la tumeur s'était surtout développée du côté de l'anus. Au moment de l'entrée de la malade, comme la tumeur était irritée, on aurait pu croire un instant à un esthiomène; mais le doute cessa bientôt. L'ablation de cette éléphantiasis donna lieu à une hémorrhagie qui fut promptement arrêtée.

M. MONOD eut occasion d'observer le fait suivant: Il y a un certain nombre d'années, un jeune marié lui présenta sa femme; elle était affectée d'une éléphantiasis de la grande lèvre gauche, tellement volumineuse que la malade, pour n'être pas gênée dans la marche, la rejetait en arrière entre les cuisses; cette tumeur enlevée, il fut constaté qu'elle pesait quatre livres. La tumeur était surtout formée par la peau et le tissu cellulaire hypertrophié. La lèvre du côté opposé était aussi malade, mais à un degré bien inférieur. Cette femme a eu plusieurs enfants, et depuis dix ans M. Monod l'a perdue de vue.

M. LARREY rappelle que l'hypertrophie, ou l'éléphantiasis de la vulve, n'est pas une maladie rare en Orient. Son père l'a observée lors de l'expédition d'Egypte, et l'a décrite sous le nom de sarcocèle de la femme, en la comparant à la même affection, plus fréquente encore dans ce pays, chez l'homme, siégeant essentiellement dans le scrotum, à l'exclusion des testicules, et à laquelle Larrey a donné aussi le nom de sarcocèle.

Clot-Bey, comme lui, en a fourni une description exacte avec plusieurs planches.

M. Larrey ajoute que dans un cas rapporté par son père, chez la femme d'un fellah du Caire, atteinte d'ailleurs d'éléphantiasis aux jambes, les deux grandes lèvres offraient d'ailleurs un volume considérable, constituant une double tumeur pédiculée, dure, insensible et comme squirrheuse.

Resterait à savoir si, dans tous les cas observés jusqu'ici, on a rencontré les mêmes caractères de dégénérescence de la vulve.

M. DEGUISE demande à M. Lebert des détails sur la tumeur carcinomateuse enlevée par lui sur un vieillard.

M. LEBERT communique le résultat de l'examen microscopique de la tumeur présentée à la Société par M. Deguise fils. Il y a trouvé les cellules cancéreuses d'un aspect tout à fait lisse; mais ce n'est pas au microscope de décider si la tumeur était squirrheuse ou encéphaloïde. De même que l'une et l'autre forme sont la même maladie, de même aussi on y trouve les mêmes cellules; et c'est plutôt à l'examen à l'œil nu à décider cette question, vu que l'encéphaloïde ne diffère du squirrhe que par une moindre quantité de tissu fibreux; et que de degrés intermédiaires ne rencontre-t-on pas entre les deux!

Les portions du tissu cancéreux de cette tumeur qui offraient un aspect jaunâtre, et dont on faisait sortir, par la compression, un suc ressemblant à des vermisseaux, étaient infiltrées de matières grasses, infiltration des plus fréquentes dans toutes sortes de tumeurs cancéreuses ou autres. En Allemagne, quelques auteurs ont envisagé cette infiltration graisseuse comme une tendance curative; nous n'y voyons autre chose qu'une altération du tissu cancéreux qui est toute locale; car à côté de ces portions ternes en voie de destruction cellulaire, il y en a et il se forme encore incessamment beaucoup de tissu et de globules cancéreux de l'aspect le plus lisse, et qui dénotent l'action toujours présente de l'altération générale de l'économie en vertu de laquelle le cancer se localise, et fait finalement succomber celui qui en est atteint.

Correspondance.

M. Cazenave, de Bordeaux, adresse à la Société trois observations de lithotritie et de taille bilatérale faite avec succès.

Une commission composée de MM. Marjolin, Demarquay et Guersant est chargée d'examiner ce travail et de faire un rapport.

M. Michon vient, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Cullerier, rendre compte de l'examen qui a été fait des malades opérées par M. Maisonneuve de la fistule vésico-vaginale.

La première malade soumise à l'examen de la commission est une femme ayant éprouvé une perte de substance considérable à la paroi vésico-vaginale. La dilatabilité considérable de la vulve permit de constater la suture faite sur la paroi vaginale supérieure. Des injections pratiquées avec force dans la cavité vésicale ne laissent suinter aucune goutte de liquide dans la cavité vaginale. La capacité de la vessie est diminuée; l'opérée ne peut point, quand elle est debout, garder ses urines au delà de deux heures. Dans le décubitus, les urines sont gardées plus longtemps. Ce liquide excréteur est rendu quelquefois involontairement et en petite quantité quand la malade fait un effort ou qu'elle a résisté trop longtemps au besoin d'uriner.

La seconde malade opérée par M. Maisonneuve a tiré un parti avantageux de l'opération; mais elle n'est pas complétement guérie; il reste encore un pertuis à combler. Ces deux malades ont été opérées par la méthode ordinaire.

M. Michon invite M. Maisonneuve à informer la Société de Chirurgie du résultat des tentatives nouvelles auxquelles il doit se livrer.

M. Maisonneuve a constaté avec la commission qu'il existe sur la seconde opérée, à 7 ou 8 lignes du méat urinaire, un pertuis que des injections faites pendant dix jours et à plusieurs reprises ne lui avaient pas permis de constater. Il se propose d'opérer prochainement une malade ayant une fistule vésico vaginale qui a plus de 15 centimètres de circonférence. Toute la paroi vésicale manque et une partie de l'urètre; M. Maisonneuve croit devoir faire une large incision périnéale pour se donner du jour, afin d'accomplir plus facilement les divers temps de l'opération.

M. Huguier signale une particularité anatomo-pathologique qu'il a eu occasion de constater il y a peu de temps. En effet, sur une malade affectée de fistule vésico-vaginale et qui tout récemment encore était dans son service, on constatait qu'il y avait une interruption complète du col de la vessie; le doigt introduit dans le vagin arrivait sur la symphyse pubienne; la vessie était reportée en haut et en arrière et l'urètre en avant. Une sonde introduite dans le méat urinaire tombait dans la cavité vaginale.

Dans ce cas, ajoute M. Huguier, on ne pouvait songer qu'à une seule opération, l'oblitération du vagin.

M. Vidal (de Cassis). Je désire commencer mes remarques par cette déclaration : Je considère l'opération de M. Jobert comme un progrès chirurgical, et, comme j'ai imprimé dans mon livre que la cure radicale de la fistule vésico-vaginale était impossible, je viens ici me rétracter.

Ainsi la guérison est possible.

Mais cette guérison est-elle absolument complète?

Eh bien ! le fait de M. Maisonneuve, le fait de M. Michon prouvent que les malades, en prenant certaines positions, en se tenant debout, par exemple, perdaient après deux heures leur urine par l'urètre. J'avais prévu ce résultat, que j'ai fait connaître il y a longtemps. J'ai dit : Si vous parveniez à empêcher la femme de perdre ses urines par le vagin, elle les perdrait par l'urètre. J'ai été conduit à cette proposition par ce que j'ai observé à la suite d'une forte cautérisation que je fis des bords d'une fistule vésico-vaginale. La cautérisation s'étendit à une grande partie du vagin, lequel se gonfla beaucoup; la paroi postérieure du vagin s'appliqua contre la paroi antérieure et oblitéra l'ouverture du bas fond de la vessie. Ainsi, les urines ne coulèrent plus par le vagin; mais, quand l'opérée se levait, elle ne pouvait retenir plus d'une heure les urines; elle les perdait par l'urètre. Quand le *dégonflement* du vagin arriva, l'infirmité se reproduisit. Ainsi, cette maladie fut *provisoirement* dans l'état où se trouvent *définitivement* les femmes opérées avec succès par M. Jobert.

Mais, si réellement la vessie des opérées pouvait se dilater et même beaucoup, on pourrait espérer que la petite perte d'urine qui a lieu par l'urètre finirait par cesser.

Hygroma considérable.

M. Huguier présente un homme affecté d'un hygroma considérable survenu en neuf jours. Cet homme exerce la profession de carrelier. La maladie affecte le genou droit. La tumeur formée par l'épanchement du liquide a 19 centimètres d'étendue de haut en bas, et 8 centimètres suivant le diamètre transversal; elle repose sur le droit antérieur de la cuisse, sur la face antérieure de la rotule, le tendon sous-rotulien et la partie supérieure et antérieure du tibia. M. Huguier se propose de faire une ponction et une injection.

M. Debout ayant vu les frictions mercurielles réussir dans ce cas, il prie M. Huguier de tenter la résolution par ce moyen.

M. Deguise fils pense qu'en raison du peu d'ancienneté de la maladie, la compression et le séjour au lit doivent amener la guérison du malade.

M. Marjolin a eu occasion de traiter dix malades affectés d'hygroma; il retira de l'avantage de l'application des compresses trempées dans une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, comme le faisaient son père et après lui M. Blandin. Mais dans quelques circonstances ce traitement ayant échoué, il a eu recours à la ponction de la tumeur, et, dans un cas, à la cautérisation avec le caustique de Vienne. Sur le malade où il fit usage du caustique de Vienne, il eut des accidents inflammatoires graves à combattre : les hygroma traumatiques sont plus rebelles au traitement; il en est de même des hygroma anciens avec épaississement des parois.

M. Huguier fait observer que sur le malade qu'il a présenté on n'entend aucun bruissement dû à la présence de corps étrangers, mais en comprimant un peu fortement on sent quelques rugosités situées au-devant de la rotule.

A l'occasion du cas intéressant que vient de présenter M. Huguier, eu égard surtout à la sensation perçue par le toucher dans l'exploration de la tumeur, M. Larrey appelle l'attention de la Société sur un point du diagnostic des corps étrangers de l'articulation du genou. Il a reconnu, d'après la remarque qu'il avait entendu faire par le professeur Marjolin, que quelquefois on rencontre dans le genou, en palpant sa surface, un ou plusieurs corps plus ou moins durs, résistants, assez mobiles, et paraissant adhérer à la membrane synoviale, mais non libres ou flottants à l'intérieur de la cavité, comme le sont les concrétions articulaires proprement dites. Cette production accidentelle n'est autre qu'un renflement partiel, un bourrelet ou un repli induré de la synoviale, et elle ressemble tellement à un corps étranger par la sensation qu'elle transmet au toucher, qu'elle peut donner lieu à une erreur grave de diagnostic, si d'après cela on est conduit à tenter l'extirpation.

C'est ainsi que Bérard (Auguste) se disposait un jour à opérer en ville un jeune homme chez lequel Marjolin, appelé en consultation, reconnut la disposition dont il s'agit et qu'il avait déjà observée chez d'autres. Inutile d'ajouter que l'opération ne fut point faite.

M. Larrey serait porté à croire, en conséquence de cette remarque et en raison des dangers de l'extirpation des corps étrangers articulaires, qu'on ne devrait point se décider à l'opération lorsque ces produits accidentels ne sont pas entièrement détachés, libres et flottants dans l'articulation.

Transfusion.

M. Nélaton rapporte l'observation suivante :

« Une jeune femme de vingt ans, arrivée au terme de l'accouchement, se présente à Saint-Louis pour y faire ses couches. Elle avait été fatiguée par des hémorrhagies tenant à l'insertion du placenta sur le col. Les internes, sous la direction desquels elle avait été toute la journée, avaient fait avec beaucoup d'intelligence ce qu'il y avait à faire ; le seigle ergoté avait été donné, et M. Lescun avait tenté de faire la version. L'hémorrhagie avait surtout été abondante de trois heures de l'après-midi à neuf heures du soir; à cette heure, la malade fut considérée comme morte par la sœur et les infirmières. Le directeur fut alors prévenu, et M. Nélaton fut demandé. Il arriva à onze heures du soir; il trouva la malade dans l'état suivant : La malade est inanimée, la peau froide ; le pouls, à peine perceptible, consistait en petites vibrations intermittentes. La version est immédiatement pratiquée par M. Nélaton ; il va à la recherche des pieds et termine l'accouchement, décolle le placenta et excite les contractions utérines à l'aide de la main placée dans la cavité utérine. L'hémorrhagie cesse, mais la chaleur ne revient pas ; le pouls persiste dans le même état ; la pâleur persiste également, malgré le vin de Bordeaux, le vin de Bagnols, le bouillon et tous les moyens externes qui avaient été mis en usage pour ramener les forces de la malade. Après une heure et demie de l'emploi inutile de ces moyens, M. Nélaton pratique la transfusion de la manière suivante :

» La médiane céphalique fut mise à nu, un fil fut passé sous elle à l'aide d'un stylet. Cette veine fut incisée obliquement de manière à avoir un petit lambeau, qu'on pouvait relever avec facilité; l'extrémité d'une seringue à hydrocèle fut reçue dans l'intérieur de la veine, et le corps de cet instrument ainsi que la palette qui devait recevoir le sang furent maintenus à 35 degrés centigrades environ. M. Dufour, interne des hôpitaux, fournit le sang qui devait être transfusé. Dans une première injection faite lentement, on fit pencher les deux tiers environ du sang contenu dans le corps de la seringue; dans une seconde injection faite de la même manière, on en fit pénétrer la moitié. Le cœur, après cette transfusion, ne présentait aucun bruit de souffle; le pouls était un peu relevé; l'angoisse précordiale avait cessé, ainsi que l'étouffement; la soif était alors très grande : le vin, le bouillon furent continués, avec des boissons abondantes.

» Le lendemain au matin, la malade se plaint de fatigue; la chaleur est revenue; le pouls est développé; la respiration est bonne.

» Le deuxième jour de l'opération, il survint de la réaction et de la tension des mamelles.

» Le cinquième jour, le pouls est à 104. La malade est assez bien; mais, dans la journée, il survient un frisson qui fait craindre pour les jours de la malade. La veine ne s'est point enflammée.

» M. Nélaton ajoute, en terminant, que la compression de l'aorte de même que celle des artères crurales avaient été insuffisantes pour ranimer la malade et ramener les battements normaux du cœur après la délivrance. »

M. Monod déclare avoir eu à se louer de la compression de l'aorte comme moyen hémostatique.

M. Larrey exprime le désir de voir M. Nélaton reprendre la question de la transfusion au point de vue historique, physiologique et thérapeutique.

M. Debout rappelle que, il y a peu de temps, une action judiciaire a été intentée à un médecin du midi de la France à propos de la transfusion qu'il avait pratiquée.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Maladies de l'oreille.

9 janvier 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de soumettre à vos nombreux lecteurs quelques réflexions au sujet du mémoire de M. Triquet sur les maladies de l'oreille.

Je fais grand cas, je vous l'assure, de tous les travaux scientifiques entrepris sous les auspices et d'après les inspirations de M. Rayer. Un observateur de cette trempe ne touche à aucun point de la science sans l'éclairer; sa sagacité découvre sans cesse des aperçus nouveaux, et les jeunes gens à qui il confie le soin d'explorer les régions inconnues ont le rare avantage d'obéir à un guide dont les pressentiments sont souvent justifiés par l'expérience.

Les maladies de l'oreille ont paru devoir fournir matière à des découvertes nombreuses, et M. Triquet s'est empressé de publier trois dissections de temporaux appartenant à des sujets affectés de lésions de l'appareil auditif.

Pour tout observateur un peu difficile à contenter, ces trois faits sont trop incomplets pour servir de base à des inductions rigoureuses. Les malades n'ont pas été examinés pendant la vie, on n'a pas constaté le degré réel de surdité, aucune exploration attentive des oreilles n'a été faite, et lorsque l'auteur de ce mémoire remonte de la constatation des lésions anatomiques aux symptômes éprouvés pendant la vie, lorsqu'il se livre à des suppositions d'une étiologie rétrospective, il montre, en vérité, trop peu de rigueur dans ses inductions pour qu'on les accepte sans contrôle. Ce n'est pas ainsi que procède M. Rayer quand il étudie une lésion des reins, quand il recherche les causes de la morve aiguë chez l'homme, quand il veut arriver au diagnostic d'une maladie cutanée.

Je comprends l'empressement d'un jeune médecin qui croit avoir découvert à la pointe du scalpel un fait nouveau capable de jeter une vive lumière sur un coin ténébreux de la science médicale. Mais que M. Triquet me permette de le lui dire, ce qu'il croit nouveau ne l'est pas; et puisqu'il a bien voulu me citer, il aurait dû penser que mes assertions, simplement établies dans des notes, reposaient sur des observations directes que je me réservais de produire en temps convenable.

Dans les cours que j'ai faits à l'Ecole-Pratique pendant plusieurs années consécutives, et qui ont été recueillis dans un journal médical; dans une lecture faite il y a trois ans à l'Académie de Médecine, j'ai établi que les maladies de l'oreille pouvaient être étudiées isolément, que la plupart de celles qui se rencontrent dans le méat externe se rapportaient aux lésions spéciales de la peau et des couches celluleuses sous-jacentes, que les altérations de la caisse offraient la même connexion avec les membranes muqueuses, et qu'enfin celles qui siégeaient dans la portion labyrinthique appartenaient aux maladies du système nerveux. J'ai prouvé par des faits nombreux que, dans les fièvres typhoïdes, l'oreille interne et l'oreille moyenne devenaient souvent le siége de phlegmasies graves; j'ai fait voir chez les phthisiques des altérations spécifiques de la caisse et des cellules mastoïdiennes, et ces assertions sont basées sur une étude minutieuse de plus de 150 rochers recueillis dans les hôpitaux après avoir examiné le malade pendant la vie.

Tout cela ressemble beaucoup à l'*inconnu* que M. Triquet cherche à dégager, et je le préviens que son travail, s'il n'a pas d'autre but, est fait et parfait depuis longtemps; *seulement, comme je tiens à ne pas produire mon œuvre avant qu'elle ne soit complète;* comme je rencontre assez souvent des faits qui viennent détruire des croyances adoptées trop légèrement; comme les observations que je recueille aujourd'hui me paraissent meilleures, plus *probantes* que celles que je recueillais il y a dix ans, je continue d'étudier, d'examiner; je sais mieux voir, et je tâche de voir encore mieux, et le temps se passe, utilement sans nul doute, à contrôler des faits anciens par la comparaison des faits nouveaux.

M. Triquet parle de la thérapeutique des maladies d'oreille; il semble imputer aux *spécialistes* une disette de ressources qui n'a rien de réel. Comment avoir une opinion sur ces matières quand on n'a jamais fait ou vu faire une tentative quelconque, et ne peut-on pas en appeler à un plus ample informé ?

J'espère que vos lecteurs me pardonneront ces quelques lignes. Bien que je craigne la publicité et que je répugne à me mettre en évidence pour quelque chose que ce soit, je n'ai pas cru devoir laisser passer sous silence des assertions dont je ne puis reconnaître l'exactitude, et accepter des reproches dont la justice ne m'est pas démontrée.

Agréez, etc.

P. Menière,
Médecin des Sourds-Muets.

Concours de la Faculté. — Les candidats qui ont lu aujourd'hui leur composition sont MM. Jarjavay, Morel-Lavallée et Robert. La prochaine séance, mercredi prochain à quatre heures.

— Nous avons reçu de M. le Dr J. Weiss une lettre que nous sommes obligés de remettre au prochain numéro.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 6. — JEUDI 16 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 6 — JEUDI 16 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 15 JANVIER 1851.

Séances des Académies.

L'Académie des Sciences n'a reçu qu'une seule communication qui puisse nous intéresser : c'est celle de M. Flourens sur l'action du nouvel agent anesthésique employé par M. Aran, l'éther chlorhydrique chloré. Mais l'intérêt de la communication de M. Flourens a parfaitement suffi pour occuper la séance. Cette communication est, en effet, digne de la méditation la plus profonde des physiologistes; car elle signale, suivant les expressions de l'auteur, « un nouveau moyen d'analyse physiologique, peut-être le plus délicat, le plus profond que nous ayons pu employer encore. »

Il est difficile de trouver dans l'action des divers agents sur l'économie animale quelque chose de plus curieux que cette sorte de séparation établie par l'action des divers anesthésiques, et de l'éther chlorhydrique chloré en particulier, non-seulement entre la sensibilité et la motricité, mais surtout entre deux autres forces, deux autres propriétés qui paraissent bien plus intimement unies encore que les premières dans les nerfs ; à savoir, la *force* qui *roidit*, qui *tend*, et la *force* qui *relâche*, pour nous servir une seconde fois des expressions du savant secrétaire perpétuel.

Nous rapportons en détail, au compte-rendu de la séance, les résultats des expériences de M. Flourens. Leur lecture intéressera le lecteur plus que les commentaires que nous pourrions présenter ici ; nous l'y renvoyons donc sans plus tarder.

— A l'Académie de Médecine, nous avons entendu la lecture d'un travail de M. Devilliers fils sur les phénomènes de la grossesse, et un volumineux rapport de M. Londe sur *les virus*. Le mémoire de M. Devilliers n'ayant pu nous être communiqué au secrétariat, et l'auteur n'ayant été que très imparfaitement entendu pendant sa lecture, il nous est impossible de formuler notre opinion sur ce mémoire, qui nous a paru toutefois présenter une étude très consciencieuse des phénomènes de la grossesse.

Quant au rapport de M. Londe et au mémoire dont ce rapport expose et critique les idées, ce sont deux travaux d'un grand intérêt, qui soulèvent les questions les plus intéressantes de la pathologie, de la philosophie et de la pratique médicale ; mais ce rapport embrasse tant de questions que, pour en discuter quelques-unes seulement, plusieurs numéros de ce journal n'y suffiraient pas. Nous renvoyons donc au rapport lui-même, que nous publierons à peu près textuellement ; le lecteur y trouvera matière à de nombreuses et profondes méditations. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. NÉLATON.

Nouveau procédé pour l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum chez la femme.

Le 30 décembre 1850, une femme âgée de cinquante ans entrait dans le service de M. Nélaton pour être traitée d'un rétrécissement du rectum.

La maladie remonte à plusieurs années.

Quelques douleurs à la région anale, surtout pendant la défécation, des selles difficiles et sanguinolentes en furent d'abord les seuls symptômes.

Dans ces derniers temps, la maladie avait pris un accroissement assez rapide : les matières fécales ne pouvaient être expulsées qu'à force de lavements et de purgatifs, et, malgré l'emploi de ces moyens, semblaient-elles ne sortir qu'après avoir traversé avec peine une étroite filière.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, on trouve un rétrécissement presque complet de l'extrémité inférieure du rectum.

Le doigt était arrêté dans son exploration : ici, par plusieurs petites tumeurs dures, mamelonnées, faisant saillie dans l'intestin; là, par des plaques d'un à deux centimètres de diamètre, à base également dure, à surface saignante, d'une odeur *caractéristique*. Il était donc probable qu'on avait affaire à une dégénérescence cancéreuse des parois de l'intestin dans une étendue de 7 à 8 centimètres ; en pratiquant le toucher par le vagin, on pouvait reconnaître que l'altération s'arrêtait immédiatement au-dessous du col de l'utérus.

Quelques-unes des bosselures très saillantes à travers la cloison semblaient indiquer que celle-ci était peut-être devenue cancéreuse. La ligne médiane ou *raphé* de la cloison était plus particulièrement le siége des tubercules mamelonnés et des *adhérences* avec les plaques cancéreuses du rectum.

Dans ce cas, les deux conditions exigées par J. Lisfranc pour que l'ablation fût pratiquable manquaient évidemment; on sait, en effet, que le chirurgien de la Pitié exigeait :

1° *Que le doigt indicateur pût dépasser les limites du mal;*

2° *Que le tissu cellulaire ambiant restât sain, afin de permettre au chirurgien d'abaisser l'intestin libre d'adhérences pathologiques.*

Dans les cas où ces deux conditions ne se rencontraient pas, Lisfranc conseillait au chirurgien de s'abstenir.

Toutefois, cet opérateur était loin de considérer la question comme résolue, car il en appelait à l'expérience pour décider ce difficile problème.

Le fait particulier que nous décrivons ici vient apporter une modification et aux règles données précédemment et au procédé opératoire qui en était l'application.

Notre malade voulait être opérée; sa santé d'ailleurs était bonne : point de traces d'engorgements, ni de troubles fonctionnels dans les autres organes.

D'un autre côté, l'altération cancéreuse faisait des progrès; la rétention des matières fécales était presque complète ; déjà, en vue de l'opération, on avait commencé à débarrasser l'intestin par des purgatifs, etc., lorsque la malade mourut presque subitement en quelques heures sans qu'on eût pu rapporter à aucune cause bien évidente cette mort inattendue.

Malgré ce fâcheux événement, M. Nélaton ne voulut pas perdre l'occasion de s'assurer jusqu'à quel point le procédé qu'il avait imaginé lui permettrait d'atteindre son but dans les cas analogues qui pourraient se présenter. En conséquence, il simula complétemsnt l'opération sur le cadavre de la manière suivante :

Le cadavre est placé comme pour la taille sous-pubienne. Un bistouri droit, une paire de ciseaux courbes, quelques érignes composent tout l'appareil instrumental.

1° Une incision longitudinale divise la cloison sur la ligne médiane de bas en haut, d'arrière en avant, dans la moitié à peu près de l'étendue de la *dégénérescenee* et se termine au raphé du périnée.

2° De ce point partent deux autres incisions semi-lunaires qui, descendant sur les côtés du périnée, vont se réunir vers le sommet du coccyx.

3° Ici commence la dissection de ces lambeaux latéraux et de la cloison, partie avec le bistouri, partie avec les ciseaux courbes.

4° Les lambeaux formés par la division de la paroi inférieure du vagin ou *cloison* sont relevés de chaque côté par un aide. La face antérieure du rectum malade et ses parois latérales sont ainsi complétement mises à découvert ; ce qui permet : 1° une dissection facile sur place, en arrière et sur les côtés ; 2° les ligatures des vaisseaux (nombreuses sur le vivant).

5° De plus, comme il faut de toute nécessité éviter le péritoine, le doigt, glissant sur la face antérieure du rectum, va le décoller à son point de réflexion, très peu éloigné du lieu où l'on opère. Et c'est seulement après cette manœuvre que M. Nélaton pratique l'excision de l'intestin, dans l'étendue de 7 centimètres au-dessus de l'anus.

6° Les deux lambeaux de la cloison, présentant quelques points indurés de chaque côté de la section médiane, sont réséqués de 1 centimètre au moins sur leurs bords latéraux, et la réunion au moyen de la suture est encore possible.

La portion d'intestin excisée avait 7 centimètres. L'altération, de *nature cancéreuse*, occupait toute l'épaisseur de ses tuniques, et même la muqueuse.

Faisons un parallèle rapide entre ce procédé et celui de Lisfranc.

Premier procédé, ancien. — Lisfranc conserve la cloison.

Deuxième procédé, nouveau. — M. Nélaton la divise dans toute son épaisseur.

Dans le *premier procédé*, on creuse à grand'peine une sorte de rigole de bas en haut autour de l'intestin, afin d'arriver aux limites du mal, où il faut pratiquer l'excision. Et dans ce temps de l'opération, le péritoine peut être blessé.

Dans le *second*, la cloison incisée sur la ligne médiane et relevée de chaque côté permet de disséquer facilement le rectum, de l'isoler entièrement. Chaque artère béante peut être saisie avec une extrême facilité.

Dans le premier procédé, les vaisseaux lancent du sang au fond d'une plaie anfractueuse, l'hémostase est pénible, et on ne parvient pas toujours à bien voir les vaisseaux, même en faisant attirer l'intestin au dehors.

Le deuxième procédé permet au chirurgien d'aller, en suivant la paroi antérieure du rectum, décoller ou repousser en haut le péritoine (comme pour la ligature de l'iliaque externe).

La blessure de cette membrane délicate est ainsi sûrement évitée.

Dans le premier procédé, comme l'opérateur agit en tâtonnant pour ainsi dire dans l'ombre et à une profondeur assez considérable, le péritoine peut être lésé, même par une main habile, ainsi que l'expérience l'a malheureusement démontré.

TUMEUR CANCÉREUSE DU SEIN. OPÉRATION. GUÉRISON.

Par le docteur L. BOYER

La thérapeutique des tumeurs cancéreuses est encore un des points les plus controversés de la pratique chirurgicale. A ce sujet se rattachent les questions que soulèvent les diathèses, les cachexies, l'hérédité, l'opérabilité, les récidives, et les questions moins élevées, mais non moins importantes, de procédé opératoire, de pansement. Sous ces différents points de vue, le fait suivant me paraît offrir un intérêt véritable.

Mme R..., dit M. L. Boyer, âgée de quarante-six ans, d'un tempérament sec et bilieux, exerçant la profession de traiteur dans une commune des environs de Paris, était depuis un certain temps affectée d'une tumeur du sein droit qu'elle avait négligée aussi longtemps qu'elle n'avait point déterminé de douleurs, mais pour laquelle elle avait dû finir par réclamer les soins de la médecine. Les sangsues, la compression, les résolutifs internes, les emplâtres et frictions iodurées, mercurielles, à la ciguë, furent les moyens d'abord employés. Pendant l'emploi de ce traitement, un érysipèle se déclara autour de la tumeur, et ce fut seulement alors qu'appelé dans le pays pour un autre malade, je fus invité à voir Mme R...

Le 6 mars, elle était pâle, amaigrie; la peau était jaunâtre; le sein droit était le siége d'une tumeur du volume du poing, dure, bosselée, froncée au centre avec rétraction du mamelon, qui laissait suinter par la pression un ichor sanieux; les veines environnantes étaient bleues, turgescentes, sinueuses. Tout autour se dessinait un érysipèle brunâtre, occupant la moitié de la partie antérieure de la poitrine et une portion de l'abdomen. Il y avait dans l'aisselle droite un petit ganglion mobile, sans adhérences à la peau. Le tout s'accompagnait d'un état fébrile peu intense, mais continu. Je jugeai l'opération nécessaire ; mais la complication de l'érysipèle me forçait de l'ajourner. Je prescrivis la suppression des frictions et emplâtres, un régime léger, quelques purgations douces, la tisane de chicorée sauvage.

Le 10, l'érysipèle n'avait point fait de progrès, mais subsistait encore; le ganglion de l'aisselle paraissait plus gros.

Le 14, il avait fait encore des progrès, ains que la tumeur du sein, qui commençait à s'ulcérer au centre. L'érysipèle n'était point éteint.

Le 17, l'érysipèle était pâle, commençait à se desquamer; l'ulcération du sein faisait des progrès ; le ganglion de l'aisselle, plus volumineux, bosselé, paraissait adhérer à la peau, déterminait quelques douleurs, gênait les mouvements du bras. Alarmés par les progrès du mal, pressés par la malade, nous fixâmes, de concert avec M. le docteur Lemoine, l'opération au 21 mars.

En arrivant pour y procéder, nous fûmes effrayés de l'aggravation qui s'était produite pendant cet intervalle de trois jours. L'ulcération du sein était plus étendue et plus profonde; l'aisselle droite était remplie par une masse ganglionaire du volume d'un œuf, bosselée, irrégulière, adhérant à la peau, ulcérée au centre, pénétrant profondément. Le bras et l'avant-bras étaient le siége d'un œdème prononcé.

De plus, un ganglion du volume d'une forte amande, sans altération de la peau, existait dans l'aisselle gauche. L'amaigrissement avait fait des progrès ; les douleurs étaient vives et presque continues; en outre, la malade était tourmentée par une toux sèche, sans expectoration.

En présence de cet état, nous hésitâmes à prendre un parti. La malade, impatiente, comptait sur l'opération, et eût considéré tout ajournement comme une condamnation. Si l'opération ne nous offrait que les chances les plus graves, elle seule pouvait offrir quelque possibilité d'amélioration. Ces considérations nous décidèrent.

Après avoir mûrement discuté le cas avec notre confrère le docteur Lemoine, nous nous arrêtâmes au plan suivant, et par les motifs que je vais exposer.

1° Pratiquer trois opérations séparées, une pour le sein et une pour chaque aisselle. Bien qu'il y eût profondément peu d'intervalle entre la tumeur du sein et celle de l'aisselle droite, comme il y avait entre elles une petite portion de peau saine, je voulais la conserver, afin d'avoir ainsi une bride sûre qui s'opposât au trop grand écartement qu'aurait présenté une plaie unique.

2° De ces trois opérations, celle de l'aisselle droite devant seule offrir des difficultés sérieuses, bien que la tumeur du sein fût de beaucoup la plus volumineuse, je résolus de commencer par elle, afin que la malade ne fût point encore affaiblie par perte de sang ou par ébranlement nerveux.

3° Enfin, je décidai que ces deux extirpations seraient faites suivant le trajet d'une même ligne droite parallèle aux fibres du grand pectoral, et qu'après l'opération le bras serait maintenu écarté du corps dans le double but de rétrécir l'écartement des plaies de hâter ainsi leur cicatrisation, et de s'opposer à la formation de cette bride axillaire qui, à la suite des opérations de ce genre, retient si souvent le bras presque immobile contre le thorax et s'oppose ultérieurement à la liberté de ses mouvements.

Les choses ainsi arrêtées, la malade assoupie par le chloroforme, je pratiquai dans la région axillaire deux incisions semi-elliptiques de 7 centimètres de long, distantes, dans leur plus grand écartement, de 3 centimètres et environnant la portion de peau dégénérée. Je continuai la dissection en profondeur jusqu'au-dessous de l'aponévrose; mais alors je renonçai presque entièrement au tranchant du bistouri pour ne me servir que de son dos, de mes doigts et de mes ongles. Attirant fortement la tumeur au dehors, je la dégageai peu à peu, avec le plus grand soin, des parties profondes auxquelles elle adhérait d'une façon fort résistante. Bientôt la veine m'apparut immédiatement à nu, en contact immédiat avec la partie antérieure de la tumeur. Pour me donner alors plus d'aisance et de sécurité, j'attaquai celle-ci par le bord postérieur; mais ici je rencontrai les expansions qui pénétraient entre les branches du plexus brachial. Trois branches artérielles thoraciques externes furent coupées en chemin et tordues immédiatement. Après avoir en partie dégagé la région profonde, il me fallut revenir vers la région vasculaire, où se trouvaient les plus grands dangers; l'artère principale pouvait être blessée ou une de ces branches trop près du tronc pour admettre une ligature ou une torsion isolée. Alors j'aurais bien eu la ligature du tronc comme palliatif immédiat; mais quelle gravité cette obstruction du tronc artériel n'eût-elle pas ajoutée aux suites de l'opération! je craignais surtout la blessure de la veine. Dans un point la tumeur lui était tellement adhérente, qu'en les séparant avec les ongles la tunique externe de la veine en fut érodée, et je vis se former une sorte d'ampoule au niveau de laquelle le sang n'était plus retenu que par une pellicule mince. Enfin, la masse principale de la tumeur put être séparée; alors j'allai profondément à la recherche des ganglions isolés dans la profondeur, et j'en extirpai quatre successivement. Cette opération de l'aisselle avait duré vingt-deux minutes; l'artère et la veine étaient à nu dans une étendue de 4 centimètres chacune; les trois artérioles tordues n'avaient pas plus d'un centimètre de long.

Après avoir laissé la malade reprendre ses sens et reposer quelques instants, après avoir avec soin abstergé la plaie et m'être assuré qu'il n'y avait plus aucun écoulement de sang, j'appliquai quelques boulettes de charpie fine, un linge enduit de cérat et une simple compresse sans bandage compressif et le bras étant éloigné du thorax.

Je passai à l'extirpation du sein.

Deux incisions semi-elliptiques et l'arrachement de la tumeur complétèrent en un instant cette seconde opération; avec la torsion des deux artérioles, le tout ne dura que deux minutes.

Restait l'aisselle droite. Une incision linéaire de 4 centimètres mit la tumeur à nu; mais la dissection nécessita encore quelques précautions: plusieurs rameaux artériels d'un certain volume furent atteints et tordus. Après l'extirpation du noyau principal, je dus rechercher quelques ganglions engagés plus profondément. Cette dernière opération dura huit minutes.

(Toutes les tumeurs, examinées avec soin, étaient bien évidemment formées de tissu squirrheux, ramolli et infiltré dans quelques points de matière sanieuse et gélatiniforme).

Je procédai alors au pansement; voulant éviter toute compression et être en mesure de découvrir facilement les plaies à la première indication, j'appliquai seulement sur la plaie du sein un linge troué enduit de cérat, un gâteau de charpie et un bandage très lâche.

La plaie de l'aisselle droite fut réunie avec quatre serres-fines. La malade fut couchée le haut du corps un peu élevé, les deux bras écartés du corps, et nous lui donnâmes une légère boisson antispasmodique.

De toutes les opérations d'extirpation de cancer que j'ai pu pratiquer jusqu'à ce jour et peut-être de celles dont j'ai pu être témoin, celle-ci est celle qui m'a paru offrir le plus de difficultés et peut-être de contre-indications, et nous nous retirâmes en pensant au mot d'Ambroise Paré: Je te panses, Dieu te guérisse!

Nous redoutions cette mort instantanée que Dupuytren attribuait à l'épuisement nerveux et qui survient si souvent peu d'heures après les grandes opérations; nous n'étions pas sans crainte sur la résistance du tissu si aminci de la veine. Nous avions à craindre l'inflammation consécutive et la phlébite, l'épuisement résultant d'une suppuration trop prolongée, la récidive prématurée survenant même avant la cicatrisation complète; enfin, dans un ordre d'accidents moins graves, quoique encore bien fâcheux, la formation de ces brides fibreuses qui fixent le bras presque immobile contre le corps, et qui, par la compression qu'elles exercent sur les vaisseaux de l'aisselle, déterminent et entretiennent un œdème incurable du bras du côté malade. Rien de tout cela ne s'est réalisé jusqu'à ce jour.

Le soir, calme, repos, pas de douleur.

Le troisième jour, plus de fièvre, plaie de l'aisselle gauche réunie linéairement. Je retire les serres-fines et j'applique un simple plumasseau de cérat; pour les autres plaies, je remplace seulement les parties extérieures de l'appareil.

Le sixième jour, la plaie de l'aisselle droite forme une excavation ovalaire régulière tapissée d'une membrane veloutée rose uniforme, sécrétant une suppuration de bonne nature et masquant les organes profonds. L'œdème du bras a disparu.

La plaie du sein se recouvre aussi de bourgeons charnus de bonne nature.

Ces plaies se rétrécissent régulièrement dans le sens de leur largeur et sans se raccourcir, de façon que celle de l'aisselle est cicatrisée linéairement au bout de six semaines, et celle du sein au bout de deux mois, n'offrant plus qu'une largeur de tissu nouveau de tout au plus 2 centimètres dans sa partie moyenne, au lieu de 10 centimètres que présentait son plus grand écartement au moment de l'opération.

Aujourd'hui, huit mois après l'opération, nulle trace de récidive, cicatrices linéaires souples, mobiles sur les parties profondes, extensibles dans le sens de leur longueur, se prêtant à tous les mouvements du bras; santé générale rétablie, embonpoint, meilleure coloration du visage, pas de toux. Madame R... remplit elle-même toutes les fonctions de la ménagère la mieux portante et vaque à toutes les occupations que comporte son industrie.

Ce fait nous présente toutes les probabilités d'un succès durable, et me paraît jusqu'à présent un des plus concluants en faveur de l'opération. Je crois aussi qu'il mérite de fixer l'attention sous le point de vue de la direction à donner à la plaie toutes les fois que cela est possible, et sous celui de la position à donner aux malades après l'opération, position qui peut souvent à elle seule remplir l'office des moyens contentifs que l'on employe peut-être trop souvent pour réunir les lèvres de la plaie après les extirpations du sein, et qui peut prévenir une de leurs suites les plus fâcheuses, les cicatrices bridées et profondes de l'aisselle.

NÉPHRITE ALBUMINEUSE

terminée par un érysipèle de la face. Guérison;

Par M. IMBERT-GOURBEYRE, médecin à Clermont-Ferrand, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.

La *Gazette des Hôpitaux* du 24 octobre 1850 relate une observation de néphrite albumineuse compliquée d'érysipèle et de pneumonie, et terminée par la guérison; voici une observation toute récente qui a la plus grande analogie avec le cas précité, et qui peut servir, elle aussi, au pronostic tiré des affections érysipélateuses compliquant la néphrite.

Le 23 octobre 1850, je suis appelé auprès du sieur P..., fabricant de peaux. Cet homme est âgé de quarante-cinq ans et d'une constitution assez forte. Il est alité depuis huit jours; mais il se sent malade depuis deux ou trois mois, accusant une faiblesse générale et de la douleur au bas des reins. Avant de s'aliter, ses urines étaient très blanches et abondantes. Il attribue sa maladie à l'excès de boissons de cette espèce.

Il y a huit jours, à la suite d'un bain, il se sent pris de frissons et de fièvre; il survient de l'enflure au visage, et ses urines deviennent très rares, rouges et troubles.

A ma première visite, il n'a encore fait aucun remède. La figure est enflée, ainsi que les deux mains et les malléoles. Il existe aussi de l'enflure à la région lombaire, qui est le siége d'une douleur profonde, développée seulement par la pression. Il y a beaucoup de fièvre et d'agitation; le pouls est remarquable par sa dureté et sa largeur. Le malade se plaint d'oppression à la poitrine; je ne constate rien à l'auscultation. Les urines sont troubles, rouges, épaisses, très rares; il en rend à peine 100 grammes dans les vingt-quatre heures, ce qui l'étonne beaucoup, d'autant plus qu'il ne souffre nullement dans la vessie, ni dans l'urètre. — Boissons émollientes; potion avec 30 centigrammes de tartre stibié.

Le 24, le malade se sent bien soulagé; il y a peu de fièvre; l'œdème de la face a un peu diminué; mais les urines n'offrent aucun changement.

Jusqu'à la fin du mois, l'œdème de la face, des pieds, des mains et des lombes augmente et diminue, disparaît et reparaît alternativement. Les urines continuent à être de même aspect et de même quantité. Le malade est étonné de boire autant et d'uriner si peu; du reste, ses souffrances sont légères. La digitale en poudre a été essayée et mal supportée; il y a eu deux applications de dix sangsues à l'anus à trois jours d'intervalle.

Dans les premiers jours de novembre, étonné de la persistance des phénomènes, et surtout de l'émission d'une aussi faible quantité d'urine, car depuis plus de quinze jours le malade n'en rend que 100 grammes environ dans les vingt-quatre heures, je me décide à employer la poudre de cantharides.

Le premier jour, le malade prend 5 centigrammes de poudre de cantharides, divisés en 10 pilules prises à une heure de distance; il est rendu deux fois plus d'urines qu'auparavant, et le remède est parfaitement supporté, sans occasionner aucune douleur.

Le lendemain, on répète la même dose de cantharides divisée en 6 pilules; elle est encore très bien supportée, et la quantité d'urines est double de celle de la veille. A partir de ce moment, elles deviennent claires et aussi abondantes qu'à l'état normal. Je n'ai examiné les urines avec l'acide nitrique qu'à cette période de la maladie; elles ne m'ont offert que quelques traces d'albumine.

Toutefois, malgré cette amélioration du côté des urines, l'état général ne suit point la même marche; il y a toujours inappétence complète. L'œdème de la face, des pieds, des mains et des lombes persiste toujours avec ses variations quotidiennes; il existe un peu de toux et d'oppression, et, vers le 10 novembre, il se déclare un peu d'épanchement pleurétique gauche. — Application d'un large vésicatoire qui fait disparaître les accidents du côté de la poitrine.

Cependant l'œdème persiste, et le 16 novembre le malade est pris d'une forte fièvre, et un érysipèle se déclare sur les côtés du nez. Le malade est très inquiet; je le rassure en lui annonçant que c'est probablement le signal de sa guérison. Cet érysipèle ne dure que quatre jours. Il se borne à la face, et se termine en descendant jusqu'au sternum. A partir de ce moment, l'œdème a complétement disparu des divers points qu'il occupait; l'appétit revient, le malade quitte le lit et commence à sortir le 1er décembre.

REMARQUES. — Il ressort, premièrement, de l'observation précédente que les cantharides peuvent être administrées avec avantage dans la néphrite albumineuse. On sait que, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, on s'en est souvent servi dans l'hydropisie et certaines affections des reins et de la vessie; un grand nombre de médecins des deux siècles derniers ont traité ainsi avec succès l'hydropisie et l'anasarque, et il est probable que beaucoup de ces cas doivent être rapportés à la néphrite albumineuse des modernes. Il existe, en outre, une foule d'observations d'ischurie heureusement traitée par les cantharides, citées par Guldenklee, Werlhoff, Groenvelt, Haxam, Monro, etc... La simple lecture de ces observations prouve qu'elles doivent se rapporter à ce que les médecins de cette époque appelaient ischurie vraie ou rénale, par conséquent à une maladie des reins.

En second lieu, l'observation objet de cet article, par le fait même de la disparition de l'œdème à la suite d'un érysipèle de la face, vient nous éclairer sur la valeur pronostique de ce mode de résolution. Notez encore qu'il y a eu également complication thoracique, comme dans le fait observé dans le service de M. Tardieu. Faut-il donc répéter encore avec Hippocrate: *Erysipelas ab exterioribus verti ad interiora non est bonum; ab interioribus vero ad exteriora bonum?* — Alphonse Leroy a dit encore dans son *Traité du pronostic dans les maladies aigues*: « Si, dans le cours d'une fièvre aiguë, il survient au malade un érysipèle, soit à la face, soit aux jambes, l'éruption d'une telle tumeur est ordinairement avantageuse, quelquefois même entièrement critique »

Note sur l'emploi des alcoolatures.

Par M. Alexandre GUILLIERMOND, pharmacien, membre de la Société nationale de Médecine.

L'alcool est une menstrue très utile dans les préparations pharmaceutiques; il agit en même temps comme dissolvant et comme agent conservateur; il n'altère point la qualité des produits qu'il dissout, et, dans la plupart des cas, on a remarqué que son affinité pour les principes actifs était plus grande que celle de l'eau. Il constitue une série de médicaments justement appréciés auxquels on a donné le nom de teintures; les teintures sont donc le résultat de l'action de l'alcool sur les substances organiques. Le plus ordinairement, on épuise par l'alcool les substances préalablement desséchées; mais, avant de les traiter, il faut faire attention à la nature de leurs principes. Il en est parmi les végétaux qui sont peu connus, difficiles à saisir et qui perdent par la dessication tout ou une partie de leur activité, et qui par ce motif doivent être traités à l'état de fraîcheur.

Il est bien important de ne point confondre ces teintures avec celles qui sont obtenues avec les mêmes plantes desséchées; leur activité est bien différente, et M. Béral a eu raison d'en former une classe à part à laquelle il a donné le nom d'alcoolature.

Il y a deux moyens de préparer les alcoolatures: l'un consiste à extraire le suc des plantes et à le mêler sans le clarifier avec de l'alcool à 88° centigr., l'autre à faire agir l'alcool sur les plantes elles-mêmes. Cette dernière méthode est bien préférable; elle donne des produits plus identiques, car souvent le marc que laisse l'extraction du suc retient en proportions variables des principes qu'il est bon de dissoudre dans l'alcool.

On emploie toujours de l'alcool très concentré pour préparer ces produits, afin de compenser la perte de spirituosité que fait éprouver l'eau de végétation des plantes.

Voici comment on procède:

On prend: alcool, une partie.

Plantes fraîches, une partie.

On réduit les plantes en pulpe, on ajoute l'alcool, on laisse macérer à froid pendant huit à dix jours, on passe avec expression et on filtre.

L'alcoolature contient, outre les principes fixes, tous les principes aromatiques.

On a recommandé les alcoolatures d'aconit, de belladone, de colchique, de ciguë, de cochlearia, de cresson, de digitale, de jusquiame, de laitue vireuse, de plantes antiscorbutiques, de rhus radicans, de stramonium.

Nous croyons qu'il serait convenable d'en réduire beaucoup le nombre et de ne conserver ce mode de préparation que pour les plantes antiscorbutiques et pour celles dont les principes sont altérables, comme l'aconit, la ciguë, la pulsatille.

Les alcoolatures sont les préparations qui représentent le plus fidèlement les propriétés des plantes; mais jusqu'ici elles ont été peu expérimentées, leur emploi est incommode, et l'alcool qui en forme la base s'oppose souvent à leur administration. Cette circonstance est sans doute la cause de ce que leur usage s'est peu généralisé.

Nous avons pensé qu'il convenait de leur substituer la préparation qui fait l'objet de cette note et que nous soumettrons à l'expérimentation des praticiens.

Voici en quoi elle consiste:

Prenons pour exemple l'alcoolature d'aconit. On commence d'abord par s'assurer de la quantité d'extrait que contient l'alcoolature qu'on aura obtenue; ordinairement ces produits en contiennent environ un vingtième de leur poids.

On prend donc 100 grammes d'alcoolature d'aconit contenant, supposons 5 grammes d'extrait; on l'incorpore dans 95 grammes de gomme en poudre préalablement desséchée. Si l'alcoolature contenait plus ou moins d'extrait, on varierait la quantité de gomme de manière que celle-ci fût toujours dans les mêmes proportions que le véhicule alcoolique par rapport à l'extrait. On étend le mélange sur des verres à vitres en couches très minces et on l'expose à une température de 20 à 25 degrés. A mesure que l'alcool s'échappe, la gomme se dissout complétement et ne tarde pas à sécher avec l'extrait en se détachant en écailles fines et brillantes que l'on conserve pour l'usage dans des flacons bien bouchés.

L'objet de cette opération est donc de remplacer poids pour poids le véhicule qui dissolvait les principes extractifs en un excipient solide comme la gomme, sans que cette manipulation ait pu leur faire subir aucune altération et tout en conservant au nouveau produit une activité posologique équivalant à l'ancien.

On sait quelle importance on attache pour obtenir les ex-

traits dans un grand état de concentration et d'inaltérabilité à les faire évaporer à une basse température et à hâter leur évaporation partous les moyens possibles. On a inventé à cet effet des appareils à évaporer dans le vide. D'autres, comme MM. Foy et Fournier, ont imaginé de mêler à la pulpe des plantes ou à leur suc des quantités de sucre capables d'absorber leur humidité et de hâter leur dessiccation en leur donnant le nom de conserves et de saccharoïdes; mais nous pensons que le moyen que nous proposons est plus convenable. D'abord, en employant l'alcoolature, on est à peu près certain de concentrer tous les principes contenus dans le végétal; ensuite, la gomme que l'on introduit, étant moins hygrométrique que le sucre, se dessèche plus facilement et se conserve mieux; elle absorbe une plus grande quantité de principes extractifs et le produit que l'on obtient est d'un emploi plus sûr, plus commode que les extraits et les saccharures. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 janvier 1851. — Présidence de M. Orfila.

Correspondance officielle. — Sulfate de brucine et de strychnine.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce prie l'Académie d'expérimenter le sulfate de brucine et de strychnine comme succédané du quinquina.

Etiologie des maladies.

M. Wanner envoie un mémoire intitulé : *De la pression atmosphérique et de la température sur la santé et sur les diverses maladies.*

M. Wanner pense que toutes les maladies, moins les maladies contagieuses, sont produites par une nourriture viciée et par les différents milieux atmosphériques dans lesquels vivent les corps. (Commissaires, MM. Rochoux et Poiseuille.)

Commission de présentation.

M. A. Danyau, au nom de la section d'accouchements, qui se trouve réduite à trois membres actifs, demande qu'on lui adjoigne deux membres pour dresser la liste des candidats, conformément au règlement.

L'Académie désigne MM. P. Dubois et Velpeau.

Vitalisme et matérialisme.

M. Rochoux a la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Moreau m'a adressé, dans la dernière séance, une question dont j'avais cru pouvoir supprimer la réponse; cette réponse pouvant se borner à un oui aujourd'hui, j'ai quelque chose de mieux à dire.

Un savant dont personne ne contestera la haute portée d'esprit, M. Dumas, a dit, dans son discours d'ouverture, que la fusion de l'ancien vitalisme et du chimisme moderne ne pouvait manquer d'avoir prochainement lieu. Or c'est là de l'épicurisme, ou je ne m'y connais pas; car quelle différence y a-t-il entre admettre, à l'exemple de notre illustre collègue, la fusion de deux choses jusqu'à présent regardées comme se repoussant mutuellement, ou à dire avec Epicure qu'elles sont unes et inséparables? Assurément, aucune. Au reste, cette question, sur laquelle repose tout l'édifice de la science médicale, ne peut manquer de se reproduire fréquemment dans cette enceinte, jusqu'à ce qu'elle ait été définitivement résolue; par exemple, le très savant mémoire de M. Ferrus la remettra nécessairement sur le tapis, et je me propose alors d'essayer de la traiter de mon mieux.

Phénomènes de la grossesse.

M. Devilliers fils lit un mémoire sur les modifications organiques que détermine la grossesse et sur les résultats morbides qui peuvent en être la conséquence. N'ayant pu entendre que très imparfaitement la lecture de ce travail, il nous est impossible d'en donner l'analyse aujourd'hui.

Nature des virus.

M. Londe lit sur ce sujet un long et très intéressant rapport, qui remplit le reste de la séance. Nous publierons en feuilleton ce travail curieux et important.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 janvier 1851. — Présidence de M. Rayer.

Effets de l'éther chlorhydrique chloré sur les animaux.

M. Flourens lit la note suivante sur les effets de l'éther chlorhydrique chloré sur les animaux.

« M. le docteur Aran a présenté à l'Académie, dans la séance du 23 décembre dernier, une note très importante sur les effets anesthésiques locaux de l'éther chlorhydrique chloré.

» A peine ai-je connu les observations de M. Aran que j'ai désiré faire quelques expériences, et à peine avais-je eu le temps de former ce désir que je recevais d'un chimiste très habile, M. Ed. Robin, une certaine quantité de la substance nouvelle dont il s'agit.

» C'est avec cet éther chlorhydrique chloré qui m'a été remis par M. Robin qu'ont été faites les expériences qui suivent.

» J'ai voulu voir, d'abord, quel pouvait être l'effet anesthésique général de l'éther chlorhydrique chloré.

» J'ai donc soumis successivement plusieurs chiens à l'inhalation de cet éther, et tous ces animaux ont été frappés d'anesthésie générale en très peu d'instants: les uns au bout de trois à quatre minutes, et les autres au bout de quatre ou cinq.

» Le nerf sciatique, mis à nu chez quelques-uns de ces chiens, avait perdu toute *sensibilité*, mais il conservait la *motricité*. J'ajoute qu'aucun de ces chiens n'a succombé à l'expérience.

» Après m'être assuré de l'effet anesthésique général, j'ai voulu étudier l'effet de l'injection dans les artères. J'ai donc injecté dans l'artère crurale droite de plusieurs chiens, et en poussant du côté du cœur, de 2 grammes à 2 grammes 1/2 d'éther chlorhydrique chloré. Au moment de l'injection, douleur et cris de l'animal; l'injection terminée, paralysie soudaine du train postérieur avec roideur tétanique des deux jambes (1). Enfin, le nerf sciatique, mis à nu, conserve encore sa *sensibilité*, mais il a perdu toute *motricité*.

» L'éther chlorhydrique chloré a donc, soit qu'on le fasse respirer à l'animal, soit qu'on l'injecte dans ses artères, la même action que le chloroforme.

» Je n'insiste, pour le moment, que sur les effets comparés des substances injectées.

» Le chloroforme injecté dans les artères produit aussitôt la paralysie des muscles, avec roideur tétanique. C'est ce que font aussi les essences, par exemple, les essences de térébenthine, de menthe, de romarin, de fenouil. Au contraire les éthers ordinaires, les huiles fixes, l'huile d'olive, l'huile de naphte, etc.; l'acide sulfurique, l'ammoniaque, le camphre, etc., produisent la paralysie des muscles avec relâchement.

» Ainsi, de diverses substances injectées dans les artères, les unes séparent, dans le nerf, la *sensibilité* de la *motricité*, et les autres séparent, dans le muscle, la force qui *roidit*, qui *tend*, de la force qui *relâche*.

» Et ce n'est pas tout. Ces mêmes expériences semblent, de plus, séparer l'*action musculaire* de l'*action nerveuse* (1); car d'un côté la roideur tétanique se montre, alors même que la motricité du nerf est perdue (2), et, de l'autre, le relâchement musculaire se montre alors même que la motricité du nerf subsiste (3).

» Il y a donc une indépendance visible entre l'*action du nerf* et l'*action du muscle*. Ces expériences sont un moyen nouveau d'analyse physiologique, et peut-être le plus délicat, le plus profond, que nous ayons pu employer encore. »

(1) La roideur est toujours complète dans la jambe de l'artère injectée; elle est plus ou moins complète dans l'autre jambe, selon qu'il y est parvenu une plus ou moins grande quantité de substance injectée.

(1) M. Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, dans ses belles expériences sur le chloroforme, a émis quelques vues semblables à celles que j'indique ici.

(2) L'éther chlorhydrique chloré, le chloroforme, les essences, etc., détruisent la motricité du nerf et produisent la roideur du muscle.

(3) Les poudres de lycopode, de ciguë, de chêne, etc., respectent la motricité du nerf et produisent le relâchement du muscle.

MÉDECINE LÉGALE.

EMPOISONNEMENT PAR LE SULFATE DE FER.

Les expériences de M. Orfila ont montré que le sulfate de fer introduit dans l'estomac, dans les veines, ou simplement appliqué sur le tissu cellulaire sous-cutané, cause la mort des chiens dans un temps assez court; mais la dose de sel nécessaire pour produire ce résultat est de 7 à 8 grammes, ce qui laisse supposer qu'il en faudrait davantage chez l'homme pour obtenir les mêmes effets. Cette circonstance, jointe à la saveur extrêmement désagréable des sels de fer en dissolution, explique facilement l'excessive rareté des empoisonnements par les préparations de fer, et surtout des empoisonnements ayant entraîné la mort des individus qui les avaient ingérés. Le seul fait de cette dernière catégorie que nous nous rappelions est celui qui a été très sommairement rapporté dans le numéro d'avril des *Annales d'Hygiène*; il s'agit d'une petite fille empoisonnée par l'alun et le sulfate de fer. Dans quelques autres cas, le sulfate de fer a bien été administré dans l'intention de donner la mort, mais n'a pas produit le résultat désiré.

On ne lira donc pas sans intérêt le fait suivant, dans lequel le sulfate de fer paraît avoir causé la mort d'un adulte, et quoique des renseignements plus détaillés sur les symptômes éprouvés par la victime eussent été à désirer, ce fait a été publié dans le dernier numéro des *Annales* par M. Limousin-Lamothe, pharmacien à Saint-Affrique (Aveyron). — H. de Castelnau.

Le sieur Matet rentre chez lui un jeudi soir, portant un faix de bois; dès ce moment sa femme ferme la porte de sa maison et ne l'ouvre à personne, malgré les instances des voisins, qui étaient attirés par des gémissements. Le samedi matin, dans la nuit, cette femme appelle au secours; les voisins arrivent et trouvent Matet mort dans son lit. Comme les mésintelligences de ce ménage, et surtout la perversité de Rose Nazorgues, sa femme, étaient de notoriété publique, la justice fut informée d'une mort si prompte, et se rendit sur les lieux avec les hommes de l'art. Là, nous apprîmes que Rose avait lavé, avant notre arrivée et même pendant la nuit, une grande quantité de linge; que Matet s'était plaint d'une douleur au côté, à laquelle il avait succombé, suivant sa femme.

L'autopsie fut faite; et, outre quelques légères lésions dans le tube digestif, on remarqua une adhérence de la plèvre et un ramollissement d'une partie du poumon. Nous prîmes les organes ordinaires en pareil cas, quelques lambeaux du drap du lit tachés par des matières fécales, et l'autorité judiciaire nous remit une bouteille renfermant environ deux verres d'eau avec du pain, une demi-bouteille de vin, un petit paquet renfermant une poudre blanche, etc.

Quelques jours après, on procéda à l'analyse chimique, qui donna lieu au rapport dont voici l'extrait essentiel :

Nous soussignés, N. Ancessy, docteur-médecin, et P. Limouzin-Lamothe, pharmacien, requis, etc.

Première opération. — Recherches de l'arsenic dans le foie. Résultats nuls.

Deuxième opération. — Un quart environ de l'estomac, le peu de liquide y contenu et des intestins grêles, ont été soumis au traitement de l'acide sulfurique, et carbonisé par cet acide. Ce mélange a été distillé avec ménagement dans une cornue de verre... Après trois heures de distillation dirigée avec soin, la panse de la cornue a été séparée de son col au moyen d'un trait de lime... Recherches sur le col de la cornue et le liquide du récipient : nul résultat. Le charbon compact, divisé par la trituration dans un mortier de verre, a été réduit en pâte avec 25 grammes d'acide nitrique pur et autant d'eau, et entièrement desséché dans une capsule de porcelaine, afin d'oxyder et de rendre solubles les métaux qu'il pouvait contenir. Après que tout l'acide nitrique a été évaporé, le résidu a été repris par 200 grammes d'eau distillée, et ce lavage a été répété trois fois. Le produit de la filtration a été réduit à 150 grammes. Le quart de ce liquide a été introduit dans un appareil de Marsh, et pendant une heure l'arsenic y a été recherché inutilement.

L'autre partie a été soumise aux divers réactifs, et nous a donné les résultats suivants :

L'acide sulfhydrique n'y a d'abord produit aucun effet; mais, pensant qu'un reste d'acide sulfurique ou nitrique pourrait contrarier l'action de ce réactif, quelques gouttes d'ammoniaque ont été ajoutées dans le but de les neutraliser. L'effet de cette neutralisation a été de produire un précipité noir abondant. Ce précipité a été lavé et recueilli. On a voulu savoir si ce précipité était dû au cuivre, au plomb, à l'argent ou au fer. En conséquence, une autre partie de la liqueur a été traitée par le cyanure ferruré de potassium, qui y a produit un précipité bleu-foncé abondant. Ce précipité a été recueilli comme le précédent.

L'acide gallique, sans effet d'abord, à cause de la présence d'un reste d'acide, a occasionné dans la liqueur un précipité brun formé par l'addition de quelques gouttes d'ammoniaque. L'ammoniaque, le carbonate de soude y produisent les précipités respectifs... Recherche du cuivre, de l'argent, du plomb : nul effet.

Alors une grave question s'est élevée entre nous : Peut-on attribuer la présence des précipités obtenus au fer normal contenu dans le sang dont les vaisseaux des organes explorés étaient engorgés, ou est-ce du fer ingéré pendant la vie? La quantité des précipités que nous avions sous les yeux ne nous a laissé d'abord que peu de doute que ce métal ne pouvait être attribué au fer normal. Le poids de ces précipités réunis est, en effet, de 1 gramme sur un huitième environ de l'estomac et de la portion des intestins grêles que nous possédions. On s'est donc proposé de le chercher ailleurs, et d'en constater la composition primitive.

Troisième opération. — Afin de nous fixer d'une manière plus précise sur l'origine et la quantité du fer que nous avons trouvé, nous avons traité une partie du poumon par l'acide nitrique. Le charbon qui en est résulté a été épuisé par l'eau distillée, et le liquide réduit à 40 grammes.

Le sulfhydrate d'ammoniaque et l'acide gallique ne font qu'en foncer la couleur; le cyanure ferruré de potassium a aussi foncé la couleur. Une heure après, un léger précipité est déposé dans les verres contenant ces réactifs, et ce n'est que le lendemain qu'ils sont plus apparents et un peu plus appréciables. Cependant les poumons étaient évidemment plus chargés de sang que l'estomac et les intestins. Pour terme de comparaison, 100 grammes de sang humain ont été desséchés et carbonisés par l'acide nitrique; traités de la même manière que le poumon, le résultat en a été moindre encore.

Quatrième opération. — Une moitié des fragments sur lesquels était déposée un peu de matière fécale, a été divisés en petits lambeaux, traitée par l'eau distillée bouillante et filtrée. Ce liquide passe très difficilement à travers le filtre, et le produit donne très peu de résultats par les divers réactifs. Présumant que le fer pouvait s'y trouver à l'état protoxyde ou de sulfure insoluble, et qu'il était resté sur le filtre, la portion non filtrée a été traitée par l'acide nitrique et carbonisée. Le produit de la filtration a donné par le cyanure ferruré de potassium un précipité bleu abondant; le sulfhydrate d'ammoniaque, la teinture gallique, l'ammoniaque, le carbonate de potasse, y ont déterminé les précipités respectifs qui ont été lavés et recueillis. Dans ces matières, on ne pouvait présumer évidemment que les réactions accusées fussent dues au fer normal, et nous avons été convaincus que le fer avait été ingéré pendant la vie; mais sous quel état? C'est ce qui nous restait à connaître.

On ne pouvait rechercher l'acide sulfurique dans la liqueur provenant de l'estomac et des intestins qui avaient été carbonisés par cet acide. On a donc dû le rechercher dans le liquide provenant du traitement des matières fécales que nous avions conservés pour cette recherche.

Quelques gouttes de solution de chlorhydrate de baryte ont été versées dans cette liqueur, qui s'est d'abord troublée, et qui a été abandonnée au repos pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, l'eau surnageant a été enlevée et a été remplacée par de l'acide nitrique qui a dissous une portion de ce précipité. Celui qui restait, bien que peu abondant, était cependant très sensible. Nous nous demandions cependant si cet acide ne pouvait provenir d'autres sources que du sulfate de fer.

Nous étions à cette partie de notre travail, lorsque M. le juge d'instruction est venu nous remettre un flacon contenant des matières de vomissements, qu'il nous a dit avoir été trouvées par M. l'adjoint sous le lit du sieur Matet. Ce flacon renfermait 80 grammes d'une pâte compacte. Nul doute que si le sulfate de fer avait été ingéré, il devait se trouver dans les matières qui n'avaient pas été digérées.

Cinquième opération. — La moitié de ces matières a été versée dans une capsule de porcelaine. Elles se composent en majeure partie de pain en bouillie épaisse, de corps gras, entre autres d'un morceau de lard avec sa couenne d'environ 3 centimètres de largeur. Comme le traitement à l'eau simple était impossible à cause de la viscosité de ces substances, elles ont été carbonisées par l'acide nitrique et traitées comme les précédentes. Le produit de la filtration a été divisé en deux parties. Dans la première, les sels de fer ont été reconnus avec la même facilité que dans les autres opérations et recueillis comme les autres. La seconde portion a été additionnée d'une solution de chlorhydrate de baryte, qui y a occasionné un précipité blanc dont la majeure partie est insoluble dans l'acide nitrique. Dès lors, tous nos doutes étaient levés; cependant, on a voulu faire une expérience comparative avec du pain ordinaire, qui n'a donné aucun résultat.

Sixième opération. — La bouillie claire servant à faire

la tisane a été soumise au même traitement que les matières des vomissements. En résumé, les réactifs divers y ont manifesté la présence du fer et de l'acide sulfurique. Tous ces précipités ont été conservés et remis à l'autorité judiciaire comme pièce de conviction.

Le petit paquet de poudre blanche a été reconnu n'être que de la farine de blé; la bouteille de vin ne contenait rien d'anormal.

En conséquence, de tous les faits détaillés ci-dessus nous avons tiré les conclusions suivantes :

L'estomac et les intestins contiennent du sulfate de fer. Ce sel ne peut provenir, du moins en totalité, du fer normal que les poumons ont fourni en infiniment moindre quantité;

Les matières fécales contiennent du sulfate de fer;

Les matières des vomissements contiennent du sulfate de fer;

Le pain et le liquide qui servaient de tisane contiennent du sulfate de fer;

Ce sel a été ingéré pendant la vie;

S'il a été donné avant la maladie en quantité notable, il a pu occasionner des désordres graves dans l'économie;

S'il a été donné durant la maladie en quantité notable, il a pu non-seulement l'aggraver, mais peut-être même déterminer la mort beaucoup plus promptement;

Dans l'espèce, il ne nous est pas possible de préciser à quelle époque et à quelle dose le sulfate de fer a été ingéré.

Tel est, Monsieur, l'abrégé du rapport que nous avons remis à M. le juge d'instruction. Les débats viennent d'avoir lieu et ont soulevé des discussions scientifiques longues et épineuses.

Le sulfate de fer est-il un sel toxique par lui-même? A quelle dose le devient-il? La médecine légale peut-elle fournir des renseignements précis? Peut-on facilement distinguer le fer normal du fer ingéré? Telles sont, entre une foule d'autres, les questions qui ont été débattues et pour la solution desquelles plusieurs personnes plus ou moins compétentes ont été appelées sur les débats pour éclairer la cour et le jury.

Le jury, convaincu de l'empoisonnement, vu surtout les fâcheux antécédents de l'accusée, a rendu un verdict affirmatif, et la peine de mort a été prononcée; mais, à cause de la divergence des opinions émises sur la propriété toxique du sulfate de fer et des doses où le fer pouvait être considéré comme tel, la cour et le jury ont adressé au président de la République une demande en commutation de peine.

CORRESPONDANCE.

Lithotritie.

Paris, le 11 janvier 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Les praticiens qui ont lu la lettre de M. Heurteloup insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 janvier dernier ont sans doute connaissance de l'observation aussi curieuse qu'extraordinaire qui a provoqué la réclamation de ce maître en lithotritie. Ils ont donc tous les éléments nécessaires pour établir leur jugement sur la véritable cause de la mort, et décider si cette issue funeste a été le résultat de l'*engagement des fragments de calcul dans l'urètre*, ou la conséquence de l'altération organique des reins : le bon sens des lecteurs prononcera.

Il eût été sans doute très favorable pour le procédé de lithotripsie qui réduit les pierres en poussière que la présence seule des fragments dans l'urètre eût manifestement déterminé la mort de notre malade. C'eût été un argument puissant en faveur du procédé de M. Heurteloup; mais il n'en est rien dans l'espèce, et jusqu'à ce que l'expérience ait prononcé, la pulvérisation possible de tous les calculs sera, sinon tenue en suspicion, du moins rangée dans la catégorie des procédés qui, très avantageux en théorie, ne le sont pas également dans l'application. Sans contredit, la pulvérisation immédiate et complète eût été heureuse pour notre malade; mais, témoin de l'opération de M. Mounier, j'ai pu voir la résistance qu'offrait le calcul à l'action du marteau et me convaincre d'un fait : c'est qu'avec une dureté et un volume pareils, et surtout avec la susceptibilité excessive du malade, il eût été impossible de tenter la pulvérisation immédiate, procédé très ingénieux qui, s'il était aussi efficace que le promet son auteur, devrait infailliblement détrôner tous ceux qui l'ont précédé.

M. Heurteloup nous reproche de lui avoir attribué à tort l'instrument lithotriteur à pignon. Nous savons que l'instrument qui a servi à M. Mounier dans cette opération n'est pas l'instrument primitif de M. Heurteloup; aussi aurions-nous dû ajouter: instrument modifié par M. Charrière. Cette légère omission est bien permise, je pense, quand tout le monde sait que M. Heurteloup est l'inventeur de ce procédé de lithotritie, et que, malgré les nombreuses modifications que son instrument a subies depuis l'origine, on a de la tendance à lui conserver le nom de l'auteur. Du reste, je pense que le pignon contre lequel se récrie M. Heurteloup n'a été pour rien dans la mort du malade; la cause réelle, évidente, incontestable de notre insuccès est, non pas l'engagement des fragments dans l'urètre, mais bien la désorganisation si complète des reins et uretères, qui remontait à une époque bien antérieure, et dont aucun symptôme n'avait révélé l'existence.

C'est un devoir pour un opérateur consciencieux de faire connaître au monde médical ses échecs comme ses succès, et il serait à désirer que tous les praticiens en fissent autant; on pourrait ainsi apprécier à leur juste valeur certains procédés, qui malheureusement ne réussissent pleinement qu'entre les mains de leurs auteurs.

Agréez, etc. Dr Jules Weiss.

Maladies de l'oreille.

M. le Rédacteur,

Je remercie M. Menière de la peine qu'il a prise de lire mon mémoire, et d'en vouloir bien faire un examen critique.

Un tel bonheur de sa part m'engage à redoubler d'efforts dans la tâche que j'ai entreprise, et me donne l'espoir qu'il daignera lire encore ces courtes réflexions.

La lettre de M. Menière se réduit aux propositions suivantes :

« 1° L'auteur aurait dû penser, dit M. Menière, que les asser- » tions établies dans des notes reposaient sur des observations di- » rectes, que M. Menière se proposait de publier en *temps conve-* » *nable*. »

J'avouerai franchement que cette pensée ne m'était pas venue à l'esprit. Du reste, il n'est pas venu davantage à l'esprit de M. Menière que nous aussi nous pouvions posséder quelques documents symptomatologiques plus étendus, et dont la place n'était pas dans un mémoire particulièrement consacré à l'étude d'*altérations morbides*.

Aussi M. Menière nous semble-t-il s'être un peu trop hâté, quand il nous reproche de n'avoir pas suffisamment observé nos malades pendant la vie.

2° Quant à la lettre adressée à l'Académie de Médecine il y a trois ans, et dans laquelle M. Menière prétend avoir entretenu cette société de faits semblables à ceux que j'ai rapportés, cette lettre, malheureusement, ne renferme autre chose que l'exposition d'un procédé pour injecter de la vapeur d'éther dans l'oreille, et quelques observations fort incomplètes relatives à ce mode de traitement. (Séance du 19 janvier 1847. *Bulletin académique*, tome XII, onzième année.)

3° Si M. Menière a fait une étude minutieuse de *plus de* 150 *rochers*, ce n'est pas une raison pour nous de garder le silence; d'autant que raisonnablement nous ne pouvions deviner toutes les richesses que M. Menière tient enfouies dans ses cartons.

4° Voici pourquoi M. Menière n'a rien publié d'analogue à l'article incriminé. C'est que : « les observations qu'il recueille main- » tenant lui semble meilleures, plus probantes que celles recueillies » il y a dix ans. » Mais qu'arriverait-il si, pendant les dix années qui commencent aujourd'hui, les observations de M. Menière allaient encore subir les mêmes vicissitudes?

5° Enfin M. Menière me reproche « d'avoir imputé aux spécia- » listes une disette de ressources qui n'a rien de réel. »

M. Menière se trompe encore. J'ai seulement dit que la vapeur d'éther, tant vantée et qui semblait être devenue une panacée, n'était point propre à guérir toutes les surdités dites *nerveuses*. En effet, les lésions *essentiellement* inflammatoires consignées dans notre observation 3 contre-indiquaient d'une manière évidente l'emploi de tout agent irritant. Cependant la surdité dont notre malade était atteinte appartenait bien à la variété *nerveuse torpide* de Kramer, et comme telle était vouée d'avance aux vapeurs éthérées.

Ainsi, monsieur le rédacteur, je crois avoir démontré que des cinq propositions renfermées dans la lettre de M. Menière, aucune n'est suffisamment fondée.

Maintenant, si un jour les observations des 150 rochers examinés par M. Menière sont livrées à la publicité, ou elles viendront contredire les faits contenus dans notre travail, et comme ces faits sont purement anatomiques, leur valeur n'en demeurera pas moins telle quelle; ou bien les faits de M. Menière confirmeront nos recherches, et alors l'autorité d'un médecin au reste aussi éminent leur donnera à nos propres yeux une véritable importance.

Agréez, etc. E. Triquet, Interne des hôpitaux.

14 janvier 1851.

NOUVELLES.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 10 janvier, un concours public sera ouvert le 1er mai prochain devant la Faculté de Médecine de Paris pour un chaire de pathologie interne vacante à cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 31 mars, au secrétariat de la Faculté, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— Concours de clinique chirurgicale. — MM. Giraldès, Nélaton et Richer, ont lu aujourd'hui leurs compositions. La prochaine épreuve clinique aura lieu vendredi prochain à l'Hôtel-Dieu, à quatre heures moins un quart.

— Notre colonie de la Guyane était en proie, le 30 novembre dernier, à une épidémie qui faisait de nombreuses victimes. Suivant quelques personnes, cette épidémie présentérait tous les symptômes de la fièvre jaune; d'après d'autres versions, elle serait due à l'invasion de fièvres pernicieuses, sans caractère spécial.

Quoi qu'il en soit, un grand nombre de morts a été constaté, et le chiffre des officiers de santé cessant d'être en rapport avec les exigences croissantes du service, M. le gouverneur Maissin, qui montrait dans ces terribles circonstances un zèle et une activité au-dessus de tout éloge, avait pris le parti d'envoyer demander à la Martinique un supplément de personnel.

Le gouverneur des Antilles, faisant droit à cette demande, avait désigné pour se rendre à Cayenne M. Leconte, chirurgien de première classe de la marine, et M. le docteur Reboul, de Fort-de-France, qui était parti en qualité d'auxiliaire de seconde classe.

— Un des plus célèbres chirurgiens d'Allemagne, M. Charles-Mathieu Sander, a succombé le 7 janvier à une attaque d'apoplexie foudroyante, dans la soixante-douzième année de son âge.

M. Sander avait été chirurgien en chef de l'armée de Westphalie; il fit la campagne de Russie et prit part au passage de la Bérésina. Plus tard, il fut fait prisonnier en Russie, où on le retint captif jusqu'en 1827. Depuis son retour en Allemagne, il habitait alternativement Nordhausen et Brunswick.

M. Sander, malgré son âge avancé, se livrait constamment à des recherches scientifiques, et c'est assis à son bureau, et pendant qu'il écrivait un traité d'anatomie, que la mort l'a surpris.

On a de M. Sander plusieurs importants ouvrages de médecine et de chirurgie, ainsi que divers travaux sur la philologie et l'archéologie grecques, sciences auxquelles, depuis sa jeunesse, il consacrait ses loisirs.

— Le dimanche 12 janvier, à une heure, M. le docteur Auzoux a commencé, rue de l'Observance, 2, son cours d'anatomie humaine et comparée, et le continuera à la même heure les dimanches et jeudis. Dans ce cours, spécialement consacré à populariser les notions de physiologie et d'hygiène, ce médecin, au moyen de ses préparations d'anatomie plastique, mettra sous les yeux de ses auditeurs un animal de chaque grande famille, depuis l'homme jusqu'au zoophyte; il montrera les appareils au moyen desquels la vie s'entretient; et par les différences qu'ils présentent, il lui sera facile d'expliquer les modifications que subissent les importantes fonctions auxquelles ils président. Une attention particulière sera donnée à l'étude de l'homme, du cheval, du ver à soie et de l'abeille.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 7. — SAMEDI 18 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 7 — SAMEDI 18 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hypertrophie des amygdales.

Ce ne sont pas toujours les cas les plus rares et les plus difficiles qui doivent, dans les cours de clinique, être exposés le plus longuement aux élèves, au détriment de ces affections vulgaires, communes, trop souvent négligées comme indignes de faire le sujet d'une leçon spéciale. L'enseignement clinique est l'apprentissage de la pratique particulière; elle doit avoir pour but d'initier les élèves aux difficultés de la science, tout comme de tracer leur conduite dans les cas simples, les plus fréquents heureusement de sa clientèle à venir. Nous ne saurions mieux prouver l'excellence de cette méthode qu'en rapportant ici le résumé rapide d'une conférence de M. Jobert sur l'excision des amygdales.

Un jeune homme d'une vingtaine d'années est couché au n° 33 de la salle St-Côme pour un engorgement chronique des amygdales. Ce jeune homme est d'un tempérament sanguin, fort, vigoureux, d'une bonne santé habituelle. Son père vit encore et se porte bien. Sa mère est morte à l'âge de trente ans d'une affection chronique de la poitrine, dont son fils ne paraît pas avoir hérité. Le maladie qu'il présente est purement locale. Jardinier, exposé, par conséquent, aux intempéries des saisons, au froid, à l'humidité, il se trouve dans les conditions les plus favorables à la production de l'inflammation des tonsilles. Il raconte qu'il y a deux ans il eut une angine assez intense, qui céda au traitement antiphlogistique et émollient, et disparut complétement, sauf un peu de gêne qui persista encore dans l'arrière-gorge.

En juillet 1850, nouvelle inflammation des amygdales, qui céda à la même médication. Enfin, le 6 de ce mois, troisième amygdalite, aussi sérieuse que les deux premières. Il est entré à l'Hôtel-Dieu il y a quatre jours pour se faire débarrasser de ses amygdales.

Un examen attentif a fait reconnaître à M. Jobert que la lésion est tout à fait locale, composée de deux tumeurs du volume de deux gros marrons, lesquelles diminuent la cavité du pharynx, sans cependant être assez développées pour comprimer l'orifice interne des trompes d'Eustachi, et déterminer la surdité. Cette tuméfaction ne cause au malade qu'une certaine gêne dans la déglutition, avec une sensation de sécheresse particulière causée par la subinflammation des amygdales et le changement de nature et d'abondance de la sécrétion folliculaire. Les tonsilles sont d'un rouge comme violacé.

Quelle est la nature de l'affection? Il ne s'agit évidemment ni d'un abcès, ni d'un kyste hydatique, comme on en a vu quelquefois dans l'épaisseur des amygdales. C'est tout simplement une hypertrophie avec un peu d'induration. Cette disposition, très fréquente chez les enfants sujets aux angines tonsillaires, est moins commune chez les adultes, à moins qu'elle ne date de leurs jeunes années.

La cause de ces amygdalites chez le malade en question est bien évidemment un refroidissement. Cette cause est, du reste, presque la seule qui détermine les inflammations tonsillaires. On voit cependant aussi des excès de boisson déterminer des engorgements des amygdales sans qu'aucune inflammation aiguë ait précédé l'engorgement. Il n'est pas rare d'en rencontrer de pareils chez les hommes qui fument beaucoup, et surtout chez ceux qui font fréquemment passer la fumée des cigarettes par les narines. C'est, pour le dire en passant, le seul inconvénient que reconnaisse au tabac M. Jobert. Il ne croit nullement aux caries dentaires et aux cancers des lèvres ou de la langue, que l'on attribue généralement au tabac.

La terminaison d'une telle affection peut-elle être spontanée? C'est peu probable. La lésion organique est entretenue par la répétition d'inflammations successives. Quant aux moyens médicaux, ils sont dépourvus de toute efficacité. C'est une chose que les anciens avaient déjà reconnue, et Celse écrivait que les engorgements des amygdales ne cédaient pas aux médications internes. Ce qui disparaît, c'est la simple tuméfaction qui existe souvent chez les scrofuleux; les toniques, les ferrugineux, suffisent pour faire justice de ces engorgements. Dans le cas actuel, M. Jobert ne trouve que deux indications : ou modifier l'organe lui-même par des applications locales, ou le détruire. Pour le modifier, les caustiques, le nitrate d'argent, ou, suivant le conseil de Marc-Aurèle Severin, le fer rouge, qui n'est pas sans inconvénient quand il faut le porter dans des cavités aussi profondes.

La ligature, plusieurs fois mise en usage, a le grand désavantage de donner souvent lieu à des symptômes de suffocation d'une telle intensité qu'après y avoir eu recours on a souvent été obligé d'enlever l'organe avec le bistouri.

M. Jobert proscrit également l'arrachement, recommandé par des chirurgiens qui ne l'avaient sans doute jamais pratiqué. On peut, suivant lui, tirer quelquefois parti de l'écrasement chez des sujets pusillanimes; mais la guérison est plus lente.

L'incision, la scarification des amygdales peuvent être très utiles dans les cas d'amygdalite; elles ont le double avantage de dégager l'organe et de provoquer la formation d'un tissu cicatriciel qui tend à diminuer le volume.

Mais, en résumé, le moyen auquel on doit s'arrêter dans des cas de ce genre, c'est tout simplement l'excision, et, pour cela, il existe plusieurs procédés.

L'un des plus répandus maintenant, peut-être parce qu'il est le moins dangereux, c'est l'instrument amygdalotome ou à guillotine; on sait que l'amygdale, une fois prise dans le cercle qui termine l'instrument et embrochée par la double aiguille qui le surmonte, est coupée par une lame cachée que supporte une tige intérieure vissée sur un manche. Bien qu'il soit connu de tout le monde, nous sommes heureux que l'obligeance de M. Charrière nous mette à même de pouvoir en offrir le dessin à nos lecteurs.



Tout en reconnaissant les avantages que l'on peut retirer de cet instrument dans certains cas, M. Jobert lui préfère cependant le bistouri et une simple érigne, avec laquelle il saisit l'amygdale d'arrière en avant en la faisant un peu saillir dans le pharynx au-dessus du plan des piliers du voile du palais. Il attache peu d'importance à ce que l'incision soit faite de haut en bas ou de bas en haut, comme le voulait Louis.

Mettant en pratique devant les élèves les préceptes qu'il venait de développer ainsi, M. Jobert enleva, en effet, avec rapidité les deux amygdales du sujet, sur lesquelles on ne constata d'autre lésion que celle qu'il avait diagnostiquée.

Strabisme intermittent guéri par le sulfate de quinine.

Voici un fait des plus curieux, dont nous devons la communication à M. le docteur Nonat, et dont la singularité mérite d'attirer toute notre attention. Nous ne savons s'il en existe d'analogues dans la science.

Un enfant de quatre ans et demi à cinq ans, revenu d'Afrique depuis quelques semaines seulement, fut amené à notre confrère pour une fièvre intermittente dont il avait été pris en Algérie. La fièvre, disent les parents, avait d'abord été quotidienne, puis avait changé de type pour prendre le type tierce. L'administration du sulfate de quinine fit cesser les accès pendant quelque temps. Peu après son retour en Europe, la fièvre reparut, et ce fut alors que l'on présenta l'enfant au médecin de l'hôpital Cochin. Elle avait alors repris la forme tierce. Tous les deux jours, à la même heure, l'accès reparaissait, et pendant toute sa durée l'enfant était affecté d'un strabisme convergent du côté gauche seulement. Ce strabisme durait autant que l'accès, puis il diminuait et finissait par cesser complétement. On put, à diverses reprises, constater ce singulier phénomène.

Après avoir bien constaté la nature et la périodicité des accès, M. Nonat fit prendre à l'enfant du sulfate de quinine, dont l'usage fut suivi, quant à la fièvre, d'un plein succès. On croyait l'enfant guéri, lorsqu'au bout de quelques jours les parents le ramenèrent. Ils avaient observé que le strabisme se renouvelait à des intervalles parfaitement déterminés et réguliers, périodiques, et durait le même temps environ qu'avaient duré les accès de fièvre. Seulement le type avait changé; il était devenu tierce.

M. Nonat, surpris de ce phénomène qu'il observait pour la première fois, se fit ramener l'enfant à plusieurs reprises pour bien s'assurer de la réalité du fait, et put se convaincre que le strabisme revenait en effet à heure fixe, durait un certain nombre d'heures et disparaissait ensuite. Une fois bien certain de ce fait, il administra le sulfate de quinine en lavements, à la dose de 40 centigrammes par jour pendant une semaine. Au bout de ce temps tout avait cessé, et les phénomènes de strabisme ne se renouvelèrent plus.

Nous disons que ce fait est singulier; il est tout à fait en dehors des règles accoutumées, et la preuve en est que les auteurs n'ont, que nous sachions du moins, rien mentionné d'analogue. Il est bien des fièvres intermittentes dites anomales qui présentent des particularités dans la forme, le mode de succession des symptômes ou dans l'intermission elle-même. On a vu des accès de fièvre intermittente dans lesquels manquait un stade, le frisson, par exemple. Dans d'autres, la sueur manquait complétement et l'apyrexie succédait à la chaleur. Dans quelques cas, un seul des stades se manifeste, et nous avons vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu, dans les salles du professeur Rostan, un ancien militaire de l'armée d'Afrique chez lequel, pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, il ne fut possible de constater tous les deux jours que du frisson. Franck cite des cas de fièvres intermittentes irrégulières pendant les accès desquelles se manifestait un phénomène insolite, une douleur névralgique, de la diarrhée, etc. Mais, nous le répétons, le fait que nous avons rapporté est le seul dont nous ayons connaissance, dans lequel, pour tout symptôme périodique, on ait constaté un phénomène n'ayant aucun rapport avec la fièvre intermittente elle-même, comme le strabisme, disparaissant sous l'influence même de la médication spécifique, l'emploi du sel quinique.

FEUILLETON.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

RÉFLEXIONS SUR LE VIRUS,

Par M. le docteur HAMEAU, médecin à la Tête-de-Buch (Gironde).

Commissaires : MM. Fr. Dubois et Londe, rapporteur.

Messieurs, nous avons à vous rendre compte d'un travail dans lequel, chose bien rare! l'expérience et l'imagination semblent se prêter un mutuel appui. Notre rapport sera long, car le sujet abonde en détails intéressants; car l'auteur, malgré l'excessive modestie dont il est doué, désire que toutes ses opinions soient connues et jugées, condamnées si elles sont inadmissibles, répandues si elles peuvent être utiles, dût même son nom rester dans l'oubli.

Quoi de plus intéressant que le sujet traité! de plus étonnant que cet atome d'un fluide capable de se multiplier presque à l'infini et de porter dans tout l'organisme un tel trouble, un tel désordre que toutes les forces de la vie soient subitement ébranlées?

M. Hameau, dans son travail, établit d'abord une distinction entre les virus, les poisons, les miasmes et les venins.

Quelle que soit la différence avec laquelle ces trois derniers genres de substances (poisons, miasmes, venins) agissent sur nous, *ils s'affaiblissent pendant leur action, qui est toujours instantanée s'ils sont en quantité suffisante ; ils se décomposent en décomposant; ils obéissent aux lois des affinités chimiques*, car leur action n'est remarquable que lorsqu'ils ont pu vaincre la résistance qui leur est opposée par les forces vitales. Il en est tout autrement des virus.

Introduit en nous n'importe comment, cet autre genre de matière y produit des phénomènes qui n'ont rien de commun avec ceux causés par les substances énoncées; il agit d'après des lois qui lui sont propres.

Tantôt visible, tantôt invisible, le virus pénètre en nous par un contact médiat ou immédiat; ses effets sont extrêmement variés; quelquefois ils sont bornés à une seule de nos parties, le plus souvent ils s'étendent sur tout le corps et peuvent l'altérer au point de causer la mort.

Lorsque cette matière s'introduit en nous, elle reste un certain temps dans l'inaction, pour apparaître ensuite avec toute sa puissance, toujours sous la même forme que celle qui lui donna naissance et avec un accroissement prodigieux.

Il existe une grande similitude entre les virus et ces animaux parasites qui s'introduisent dans d'autres corps vivants, y incubent, y vivent à leurs dépens, s'y multiplient, et très souvent finissent par les tuer.

Si l'on aperçoit une sorte d'identité entre tous ces effets, on doit en supposer entre l'essence des causes. Il faut que les matières virulentes aient un principe de vie, puisqu'elles agissent comme les animaux parasites. Il n'y a que les corps animés qui puissent se multiplier, s'engendrer toujours de la même manière et nonobstant les forces vitales qui leur sont opposées.

Ainsi l'analogie, devenant ici une réalité, vient nous dévoiler de vrais rapports entre deux grands actes de la nature que nous croyions distincts; ou, pour mieux dire, elle vient nous convaincre qu'ils ne sont qu'un même acte exécuté par des causes en apparence dissemblables, mais qui ont véritablement la plus grande similitude.

En effet, nous observons qu'une matière sous la forme d'un fluide, mais plus souvent sous une forme éthérée, agit contre les êtres qu'elle attaque avec toute la puissance qui semblait n'appartenir qu'à certains animaux. Comme eux, elle se régénère par sa propre force, comme eux elle triomphe des lois qui sont imposées à la matière inerte, et comme eux elle peut anéantir une vie qui lui est étrangère pour fortifier et pour reproduire la sienne propre. D'autre part nous voyons une multitude infinie d'insectes différents s'introduire dans les plantes et dans les animaux pour se nourrir de leurs sucs et pour y élever leur postérité. Ici c'est un cynips qui passe dans un fruit qu'il corrompt; là c'est un fort déploptère qui perce le corps d'un arbre et qui ne le quitte qu'après l'avoir tué.

Tout ce qui vit, les habitants des mers comme ceux de la terre, sont sans cesse assaillis par ces redoutables animaux, et aucune de leurs parties n'en est exempte. Un grand entozoaire se placera dans les intestins, un filaria dans l'œil, un cysticerque dans le foie ou même dans l'épaisseur des os, etc., etc.; et tous ces cruels parasites, si faibles en apparence, conduiront plus ou moins promptement à la mort et le poisson monstrueux et le vigoureux quadrupède, et l'homme lui-même. Tel est l'accomplissement de cette loi, sans doute cruelle, mais nécessaire à l'harmonie de l'univers. Partout la vie est dans la vie, et partout la vie dévore la vie.

Quelques propositions servent de conclusions à ce qui précède, et posent des principes pour l'intelligence de ce qui va suivre.

Intoxication cuivreuse.

Le nommé Grille, âgé de vingt-sept ans, ancien soldat aux zouaves, est resté six ans en Afrique sans y avoir été malade un seul jour. Ce jeune homme, doué d'une constitution sèche, d'un tempérament nerveux, était en congé de libération provisoire à Paris, lorsque vers la fin de novembre dernier il entra en qualité d'ouvrier manipulateur dans un établissement de métallurgie situé dans le quartier du Marais. Son occupation principale consistait à plonger de temps en temps les mains dans une bassine remplie d'une solution de sulfate de cuivre pour en retirer des plaques de zinc. Il se livrait depuis une semaine à peine à ce genre de travail, lorsqu'il éprouva des vertiges, une tendance aux lypotimies, de la céphalalgie, et une douleur assez vive le long du rachis et des membres inférieurs. Ces accidents prenant chaque jour plus d'intensité, Grille quitta son atelier et se fit diriger sur l'hôpital du Val-de-Grâce, où il fut admis le 3 décembre.

Aux phénomènes morbides qui viennent d'être mentionnés, étaient venus s'ajouter de la soif, une anorexie complète, des vomissements, des crachements continuels, de la constipation, des convulsions douloureuses des muscles de l'abdomen, des tremblements de la langue et des membres pelviens. Ces tremblements augmentaient au moindre effort de station verticale ou de locomotion. Du reste, pas de fièvre; les seuls troubles de la circulation consistaient en un pouls petit et serré.

M. Abeille, qui était chargé par intérim du service de M. Champouillon, prescrivit au malade des vomitifs d'abord, puis des purgatifs drastiques, et enfin de l'opium. Sous l'influence de cette médication, la céphalalgie, la soif, les défaillances, les spasmes des muscles abdominaux disparurent à peu près complétement; mais la sputation était toujours abondante, la titubation et la douleur rachidienne n'avaient rien perdu de leur état primitif. L'appétit était revenu; néanmoins, quelque bien choisie que fut l'alimentation, la digestion du repas du soir se faisait rarement sans qu'une partie des aliments ne fût rejetée par le vomissement.

C'est dans cette situation que se trouvait Grille le 25 décembre, lorsqu'il passa aux mains de M. Champouillon. Ce médecin continua l'emploi des vomitifs et des purgatifs, alternés à quelques jours d'intervalle. Le cuivre, comme poison, n'a point d'antidote proprement dit, du moins lorsqu'il a déjà envahi l'économie tout entière. M. Champouillon crut donc devoir s'adresser aux principaux organes de sécrétion pour en obtenir l'expulsion de la matière toxique. En conséquence, il eut recours aux bains de vapeur prolongés, aux diurétiques, aux sialagogues, sans négliger toutefois les médicaments sédatifs comme moyens de calmer les troubles dépendant d'une lésion particulière des centres nerveux.

Des ventouses scarifiées, appliquées en grand nombre le long de la colonne vertébrale, contribuèrent pour leur part au succès de ce traitement, succès qui fut assez rapide et assez complet pour que Grille pût sortir de l'hôpital, le 7 janvier, parfaitement guéri, et rentrer dans son atelier, où il est actuellement employé comme garçon de caisse.

Les *Annales de Toxicologie* contiennent des faits nombreux d'empoisonnement par les préparations cuivreuses; mais les exemples d'intoxication par la voie cutanée y sont beaucoup plus rares. Cette observation prouve ce que l'on sait déjà, qu'elle est possible dans certaines conditions. Il importe donc beaucoup, afin de prévenir de semblables accidents, de faire savoir aux ouvriers qu'ils ne doivent manier les préparations salines du cuivre qu'avec une grande précaution.

Il apparaît, d'un autre côté, que les accidents déterminés par l'action du cuivre sur l'organisme ont une grande analogie de forme avec ceux qui sont produits par le plomb. A part l'intensité des coliques dans ce dernier cas, l'abondance de la salivation dans le premier, il y a pour tout le reste une similitude de symptômes presque complète. Les solutions cuivreuses, comme les préparations de plomb quand elles pénètrent dans l'économie par une autre voie que celle de l'estomac, portent particulièrement leur action sur le système nerveux encéphalo-rachidien. De là les douleurs convulsives, l'impossibilité ou les incertitudes de la locomotion.

Quant au traitement, il est basé sur la même indication, c'est-à-dire qu'il doit être institué en vue d'obtenir l'expulsion de la matière vénéneuse.

Un fait assez curieux dans l'observation de Grille, c'est qu'il a été impossible de constater par l'analyse chimique la présence du cuivre dans la matière des vomissements ou des selles, non plus que dans l'urine ou la salive de ce malade.

Dr A. Foucart.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Dixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8, 22, 31 octobre; 14 novembre, 14 décembre; 7 et 14 janvier.)

Marche de la folie; (Suite et fin.)

Nous avons étudié jusqu'ici quatre périodes principales dans la marche de la folie: la période de *prédisposition*, celle des *prodromes*, l'*invasion* et la période d'*état*, avec ses formes, ses types et ses complications. Cette dernière période, qui a souvent une longue durée, peut se terminer de deux manières, soit par le déclin de la maladie, qui aboutit à la guérison, soit par le passage à l'état chronique, à l'incurabilité et à la mort. Nous allons examiner ces deux modes de terminaisons de la folie.

On voit quelquefois la folie cesser brusquement sans qu'elle ait paru décliner; et, pour le dire en passant, ces faits s'observent presque toujours dans les folies de très courte durée ou dans les folies intermittentes; mais ces faits sont exceptionnels; communément, c'est par une suite d'améliorations progressives que se prépare et que s'annonce la guérison.

Le délire perd peu à peu de son intensité; le malade est ou moins agité, ou moins absorbé. L'aliéné cesse d'être complétement étranger au monde extérieur; ses sens peuvent se fixer et solliciter la mémoire et la réflexion; il reconnaît les personnes et les choses qu'il méconnaissait dans son trouble. Bientôt il commence à les apprécier, à raisonner; ses jugements se rectifient; ses souvenirs sont moins infidèles. Des moments lucides apparaissent, ou se rapprochent et se prolongent. Dans ces instants, non-seulement l'aliéné parle avec sens des choses actuelles, mais encore il se rappelle et il condamne ses égarements récents.

Le polymaniaque accuse le souvenir confus d'un trouble général qu'il ne peut comprendre; le monomaniaque commence à douter de ses chimères; et si ses erreurs ne lui sont pas encore manifestes, il convient du moins qu'il pourrait bien se tromper. Dans tous les cas, il est plus facile de le distraire de ses préoccupations.

Tandis qu'on observe cette décroissance ou ces suspensions du délire, la physionomie prend un aspect plus normal; les traits ont moins de mobilité, de fixité, d'égarement. L'aliéné reprend quelques habitudes régulières; ses insomnies se dissipent. Lorsque les idées sont rectifiées en partie ou en totalité, les sentiments se réveillent; les malades témoignent le désir de revoir les personnes ou les lieux qui leur étaient chers; ils recherchent ou évitent moins la société; les jeux, les beaux-arts, les lettres, les sciences ou les occupations qui leur étaient habituels recouvrent pour eux un attrait longtemps perdu... Tels sont quelques-uns des signes qui annoncent le déclin de l'aliénation mentale.

Enfin, le délire cesse complétement pour ne pas reparaître, et la convalescence est confirmée. Cependant, au sortir de cette tempête qui avait englouti la raison, les facultés mentales ne recouvrent pas tout à coup la rectitude et l'étendue qui leur étaient habituelles. Quelque temps encore l'intelligence et les sentiments montrent une faiblesse relative, parfois même de légères altérations qui vont diminuant de jour en jour. Une jeune convalescente m'exprimait ainsi cette faiblesse, cette hésitation du sentiment: « Depuis ma réconciliation avec la raison, il m'est resté, disait-elle, ce sentiment que je ne définis pas, qui m'empêche d'aller de mon propre élan vers ceux que j'ai le plus aimés. Un seul sourire de leur part suffit alors pour me ramener à mes anciennes habitudes. »

Le souvenir de l'état qui vient de cesser est un sujet de surprise et d'affliction pour un grand nombre d'aliénés convalescents. Les polymaniaques en conservent généralement une mémoire confuse, tandis que beaucoup de mélancoliques se rappellent avec honte et douleur les égarements de leur raison et les diverses phases de leur délire.

Une dame maniaque dont parle Pinel commettait, sur la durée de sa folie, une erreur bien étonnante. Guérie après vingt-sept ans de délire, il lui sembla sortir d'un rêve; elle demanda des nouvelles de deux enfants qu'elle avait laissés en bas âge, ne pouvant concevoir qu'ils fussent mariés. De pareilles absences de mémoire sont rares dans la convalescence de la mélancolie.

Le retour à l'état normal des qualités affectives est un indice beaucoup plus positif d'une franche convalescence que la cessation des aberrations intellectuelles. Le retour aux affections morales dans leurs justes bornes, le désir de revoir ses enfants, ses amis; les larmes de la sensibilité, le besoin d'épancher son cœur, de se retrouver au milieu de sa famille, de reprendre ses habitudes, sont des signes certains de guérison, tandis que le contraire avait été un signe de folie prochaine, ou l'indice d'une récidive imminente. La diminution du délire n'est un signe certain de guérison que lorsque les aliénés reviennent à leurs premières affections.

Pour annoncer une convalescence confirmée, il ne suffit donc pas de la cessation des idées insensées, du retour de l'attention, de la mémoire, du jugement, il importe encore davantage de constater l'éveil des sentiments affectueux et moraux.

C'est par le sentiment que le délire a souvent commencé; c'est par son rétablissement que la convalescence s'annonce. Toutefois, il faut se défier d'un empressement démesuré à revoir les personnes et les choses qu'on affectionnait, d'un zèle outré pour les devoirs qu'on avait délaissés. Pinel signale avec raison une sensibilité extrême comme l'indice d'une disposition aux rechutes. Du reste, il est plusieurs signes dont la présence doit rendre la convalescence et la guérison suspectes; mais ce n'est pas ici le lieu de les exposer.

Des médecins d'un mérite éminent, notamment Esquirol, Fodéré, ont appliqué à la solution des maladies mentales un principe anciennement admis pour la terminaison de tous les états pathologiques. Ils ont considéré les crises comme la condition nécessaire d'une guérison solide de la folie. « Elle n'est certaine, dit Esquirol, que lorsqu'elle a été signalée par quelques crises sensibles. Lorsque la folie cesse tout à coup, sans qu'on puisse en assigner la cause critique, on doit craindre d'avoir affaire à une folie intermittente. » Que penseraient de cette remarque les médecins qui rejettent complétement la doctrine des crises, et qui prétendent qu'on n'en observe dans aucune maladie? Pour nous, qui n'avons pas ainsi condamné un antique dogme de pathologie générale, nous disons seulement qu'il y a beaucoup d'exagération à prétendre qu'il n'y a point de guérison stable de la folie sans apparition de phénomènes critiques appréciables. Est-ce en rappelant un flux, une éruption, en produisant une évacuation ou une dépuration quelconque, qu'une émotion peut soudainement guérir la folie?

Nous croyons donc, d'après une expérience réitérée, qu'elle guérit souvent sans aucune élimination qui mérite le nom de crise; mais nous admettons la possibilité des terminaisons critiques de la folie, et nous en avons observé quelquefois. Néanmoins, nous devons établir des réserves sur l'interprétation des mouvements et des produits critiques. Des faits qui coïncident n'ont pas une corrélation obligée; et lorsque le rapport est réel, on peut s'enquérir où est l'effet, où est la cause. Prenons-en un exemple. Perfect dit avoir observé une crise parfaite de la folie par les larmes. Ainsi se termine souvent l'explosion de la douleur morale; mais sont-ce les larmes qui dissipent le spasme nerveux, ou bien est-ce la cessation de celui-ci qui permet l'effusion des larmes? Les opinions peuvent être partagées.

En succédant à la convalescence, la guérison de la folie n'a pas d'autres caractères que ceux qui constituaient l'état normal de l'individu. Il est redevenu ce qu'il était avant de tomber dans l'aliénation mentale; quelquefois même la révolution que vient de subir le système nerveux et qui a servi de crise tumultueuse à des causes pathologiques plus ou moins longtemps actives au sein de l'organisation et le besoin senti d'exercer de l'empire sur soi-même, déterminent d'heureux changements dans le moral et l'intelligence; mais ces améliorations sont l'exception et non la règle; c'est beaucoup d'être après la folie ce qu'on était avant son invasion. Un grand nombre d'aliénés rétablis conservent une exagération des signes qui témoignaient antérieurement chez eux une prédisposition à la folie; beaucoup d'autres manifestent, à sa

---

Voici ces propositions:

1° Toute matière hétérogène qui peut s'introduire dans un corps vivant y restera un certain temps dans l'inaction, s'y multiplier, et en sortir ensuite pour agir de même dans un autre corps, paraît avoir un principe de vie.

2° Elle a un grand rapport par sa façon d'agir avec les insectes qui s'introduisent dans les plantes et dans les animaux. La petite vérole, par exemple, semble se comporter dans son développement comme les germes fécondés de ces insectes; de même que ceux-ci, elle a besoin d'un utérus étranger pour y puiser des sucs nourriciers; elle y incube, et elle s'accroît.

3° Lors même qu'elle tue, elle ne saurait être assimilée aux poisons, aux venins, ni aux miasmes. Ceux-ci agissent en perdant de leurs forces, en se décomposant, et ils ne peuvent avoir d'action qu'après avoir vaincu les forces vitales. Celle-là, au contraire, acquiert de l'activité, se multiplie, et ne craint rien des forces qui nous animent.

4° Cette matière a surtout de l'analogie avec l'acarus de la gale, qui multiplie en nous ses générations. On pourrait prendre cette affection pour type de toutes les maladies virulentes.

5° Trois caractères indélébiles la caractérisent; savoir: la contagion, l'incubation et la régénération. Toutes les causes productrices des maladies auxquelles on peut reconnaître ces trois qualités sont des virus. Ces caractères diffèrent dans chacun d'eux: l'incubation n'a pas chez tous la même durée; ils ne se multiplient pas tous avec la même force, et la contagion ne leur est pas également facile.

6° Il y a des virus persistants et des virus passagers: les premiers ne nous quittent jamais d'eux-mêmes, tels que la syphilis, la gale, la pellagre, etc.; les seconds nous quittent après un certain temps, tels que la variole, la scarlatine, la rougeole, etc. Les persistants, après avoir été chassés d'un corps, peuvent y revenir indéfiniment; mais, ordinairement, les passagers n'y reviennent plus après qu'ils en sont sortis.

7° Il y a antipathie entre certains virus, au moins pendant un certain temps, de telle sorte qu'un corps attaqué par l'un ne peut pas l'être par l'autre, ce qui doit dépendre d'une opposition de nature, et aussi de certaines parties excrémentitielles que le virus occupant y aurait laissées. Il y a également répulsion entre les virus passagers et les corps qu'ils ont quittés, puisqu'ils n'y retournent plus; ce qui doit aussi venir de ce qu'ils y ont laissé des substances qui leur déplaisent. Cette cause répulsive est semblable à celle qui éloigne tous les animaux de leurs excréments.

8° Chaque climat paraît avoir des virus qui lui sont propres, quoiqu'ils puissent se transporter fort loin de leur origine. La fièvre jaune paraît être originaire de l'Afrique; la syphilis, d'Amérique; la variole et le choléra, de l'Inde: la gale, la pustule maligne et peut-être le typhus, de l'Europe.

9° Il y a des virus propres aux diverses espèces d'animaux, tels que le farcin et la morve pour les chevaux, la clavelée pour les brebis. Ceux qui attaquent l'espèce humaine ne passent pas aux animaux et *vice versâ*; cependant il y a des exceptions. J'ai, dit l'auteur, de fortes raisons pour croire que la pellagre nous vient des brebis, et j'ai vu un terrible exemple de la morve communiquée à l'homme.

10° Toute cause de maladie qui peut voyager, changer de climat est un virus. *Elle ne pourrait parcourir de grandes distances si elle ne se régénérait*; or, de toutes les causes pathologiques, il n'y a que les virulentes qui aient la faculté régénératrice. Elle ne peut pas être un miasme, parce que toute cause miasmatique, *étant une partie d'une substance morte et en corruption*, doit, comme elle, promptement se décomposer, en subissant les lois de la physique et de la chimie, tandis que l'autre ne les subit pas du tout.

11° Tous les virus pourraient être divisés en deux classes: en visibles, en invisibles ou aériens. L'auteur appelle virus visible tout liquide produit par une maladie, qui, introduit en nous, n'importe comment, peut reproduire cette même maladie, en manifestant les trois caractères ci-dessus énoncés. Les fluides fournis par la gale, la variole, la vaccine et la syphilis sont des virus visibles; les invisibles sont ces substances éthérées qui ne se manifestent à nos sens que par les maladies qu'elles font naître, mais qui laissent voir à l'observateur judicieux qu'elles ont les trois signes caractéristiques des virus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Collette, médecin ordinaire de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Belfort.

M. Garreau, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Belfort, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Prevost, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Gontier, pharmacien aide-major commissionné aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital de Perpignan.

suite, de nouvelles apparences, qu'un médecin expérimenté ne considère jamais légèrement. Lorsqu'il a à se prononcer sur une guérison définitive, il ne voit pas sans sollicitude un aliéné rétabli rentrer dans la société avec une sensibilité, une irritabilité, un penchant à la tristesse ou à la joie, une instabilité, une inconstance, etc., qui n'étaient pas dans son caractère, ou du moins dans cette mesure. Pour peu qu'à ces phénomènes se joignent des insomnies, des céphalalgies, et quelques irrégularités de sentiments, vainement observerait-on depuis quelque temps une absence complète de délire, la durée de la guérison est douteuse. Malheureusement il n'en est pas de la folie comme des maladies si nombreuses dont le rétablissement ne laisse subsister aucune inquiétude pour l'avenir. L'expérience a trop bien appris combien étaient fréquentes les rechutes dans l'aliénation mentale. Nous ne discuterons pas ici avec Esquirol si l'expression de rechute est impropre, puisqu'on ne l'applique pas à d'autres affections, par exemple, aux pneumonies, aux gastrites, également susceptibles de se reproduire après avoir été guéries, par ce seul fait qu'un organe une fois atteint conserve désormais une prédisposition qu'il n'avait pas. L'observation n'en est pas moins exacte; le retour de la folie est à craindre chez un grand nombre d'aliénés rétablis. Aussi, le sage Pinel conseille-t-il une extrême circonspection quand il s'agit de les rendre à la société. La prudence veut que, d'une part, on attende l'affermissement complet de leur raison, et que, de l'autre, on prévoie, on éloigne les circonstances qui pourraient ramener l'aliénation mentale.

Par sa seule durée, toute folie qui ne s'amende pas s'aggrave surtout après un an, deux années d'existence; mais le temps n'est pas le seul élément à considérer dans le passage de cette maladie à la chronicité et à l'incurabilité : cette période peut survenir de très bonne heure, comme elle peut se faire attendre longtemps. Les formes chroniques apparaissent réellement à l'époque où l'on constate le déclin de l'activité intellectuelle. Un second caractère, également très important, consiste dans la disparition du fonds maladif d'expansion ou de dépression, sur lequel s'étaient développées les idées délirantes. Un troisième caractère, qui est une conséquence du précédent, réside dans la persistance du même délire, sous la même forme, dans les mêmes termes, sans addition ou modification nouvelles; état dans lequel le délire n'engendre plus le délire que nous avons déjà désigné sous le nom délire stéréotypé. Cette aliénation chronique, qui doit être soigneusement distinguée de la démence, peut rester stationnaire pendant un temps très long, ou bien aboutir à ce dernier terme de l'affaiblissement des facultés. Une seule chose mérite d'être signalée ici : c'est qu'au moment où cette transformation s'opère, il semble que la force qui maintenait encore réunis les divers anneaux du délire vient à manquer, et qu'il ne subsiste plus dans l'esprit de l'homme que des fragments d'idées surgissant isolément et sans coordination aucune. Le délire limité se trouve ainsi transformé en un véritable désordre général, et les idées paraissent plus nombreuses, quoique plus incohérentes, par cela seul que, au lieu d'être reliées autour d'un centre commun, elles sont dispersées et flottantes au milieu du trouble général de l'intelligence.

Nous ne devons pas nous étendre plus longuement sur ces formes chroniques des maladies mentales, puisque leur étude rentre dans la pathologie spéciale; disons quelques mots de leurs terminaisons. Leur guérison est très rare, si on entend par là un retour complet à l'état de santé; mais ces malades, du moins quand ils ne sont pas parvenus jusqu'à la démence, peuvent arriver à un état stationnaire intermédiaire entre la raison et la folie, qui est un mieux relatif. Cependant, lorsque la folie est à la période de chronicité, soit qu'elle présente les caractères de la démence, soit qu'il subsiste encore des symptômes primitifs de manie ou de délire partiel, elle est presque toujours incurable, et il n'est d'autre terminaison à attendre que la mort.

Les aliénés vivent moins longtemps que la généralité des hommes; mais il n'existe point pour les maladies mentales une fin inhérente à la nature et au siége de l'affection et qu'on puisse prévoir, comme s'il s'agissait d'une lésion organique.

Les aliénés peuvent être affectés de toutes les maladies qui atteignent les autres hommes, et par conséquent leur mort peut être produite par les causes les plus diverses; toutefois, on ne peut nier qu'il existe des relations entre les aliénations mentales et des maladies cérébrales ou autres qu'on constate à l'autopsie.

En principe, il est donc certain que les maladies observées chez les aliénés sont tantôt causes, tantôt effets ou accidents de la folie, quoiqu'il soit souvent difficile, dans un cas particulier, de déterminer à laquelle de ces trois catégories on doit les rapporter. C'est ainsi, par exemple, que certains auteurs ont admis des folies cardiaque, phthisique, etc., parce qu'elles étaient liées à des maladies du cœur ou du poumon; c'est ainsi que l'hypochondrie et la nymphomanie, pour beaucoup d'auteurs, sont liées à un état physique évident; c'est ainsi que, pour nous, la mélancolie est le plus souvent sous la dépendance d'un état de maladie des organes du bas-ventre. Enfin, comme dernier exemple d'une maladie évidemment liée à la folie, nous citerons un fait curieux que nous avons plusieurs fois observé, savoir : la cessation d'une maladie mentale sous l'influence de l'apparition d'un érysipèle et sa reproduction après la guérison de celui-ci.

On conçoit donc que les maladies considérées comme cause des affections mentales puissent, en poursuivant leur cours, amener la mort des aliénés.

Parmi les exemples de maladies mortelles causées par la folie, nous citerons la méningite, l'apoplexie, qui peuvent être regardées comme des effets de la lésion cérébrale primitive. Nous devons ajouter que les aliénés, par suite des désordres de leurs facultés, s'exposent plus que les autres hommes à toutes les causes de maladies, et que ces maladies peuvent par conséquent être envisagées comme un effet indirect de l'aliénation mentale.

Viennent enfin les maladies accidentelles ou incidentes qui sont la cause la plus fréquente de la mort des aliénés, et que l'on aurait tort d'étudier à part, puisqu'elles ne présentent pas chez eux de caractères spéciaux. Nous devons faire remarquer seulement que quelques-unes d'entre elles, la phthisie, par exemple, peuvent être enrayées dans leur cours par l'aliénation mentale, et reparaitre avec plus d'énergie que jamais après sa guérison. Nous devons ajouter que les maladies peuvent rester souvent latentes chez les aliénés, non-seulement à cause des difficultés de l'interrogatoire qui mettent quelquefois l'observateur dans les conditions de la médecine vétérinaire, mais à cause de l'absence de symptômes principaux, tels que la douleur, les crachats, dans la phthisie, la pneumonie, par exemple. Toutefois, l'auscultation et la percussion diminuent aujourd'hui ces difficultés de diagnostic.

Nous n'entrerons pas ici dans d'autres détails sur les maladies qui terminent les jours des aliénés, car ces détails sont du domaine de l'anatomie pathologique; d'ailleurs, malgré les statistiques publiées par plusieurs auteurs, on n'est encore arrivé à aucun résultat important sous ce rapport.

Les maladies auxquelles succombent les aliénés diffèrent selon les pays, selon les établissements d'un même pays et selon la diversité des conditions hygiéniques dans un même établissement.

Ainsi, par exemple, la section dite *des Petites-Loges* à l'hospice de la Salpêtrière, qui nous fut confiée au 20 mars 1831, présentait des localités si peu conformes aux lois de l'hygiène, que, dans la première année, j'observai 153 scorbutiques sur une population de 113 idiotes et de 360 aliénées chroniques environ. Les améliorations nombreuses que je provoquai et que j'eus la satisfaction de voir réaliser par l'administration eurent pour effet de réduire le chiffre des scorbutiques à deux ou trois par année.

On a prétendu aussi que les aliénés étaient moins exposés aux influences épidémiques soit par suite de leur maladie même, soit par l'absence des inquiétudes qui débilitent les populations pendant le règne des épidémies; mais l'expérience n'a que trop démenti cette idée préconçue : pour ne citer qu'un exemple, les aliénés n'ont pas été épargnés par le choléra ni pendant l'épidémie de 1832, ni pendant celle de 1849. Pendant cette dernière épidémie, sur 400 aliénées dont mon service de la Salpêtrière s'est composé dans la période de six mois, il y a eu 82 aliénées atteintes de choléra; 54 ont succombé et 28 ont guéri.

Ici se termine la symptomatologie générale des maladies mentales : nous avons, en effet, successivement passé en revue les éléments communs à toutes les formes de la folie. Après une leçon préliminaire sur la direction à imprimer à l'observation des maladies mentales, nous avons étudié :

1° Les *lésions des sentiments et des penchants*, que nous avons décrites non-seulement dans leurs manifestations saillantes et isolées, mais dans leur ensemble, qui constitue le fonds maladif sur lequel germe le délire prédominant;

2° Les *troubles de l'intelligence*, que nous avons également considérés dans leur état général, ainsi que dans les lésions particulières des facultés et dans l'évolution des idées fixes;

3° Les *illusions et les hallucinations*, que l'on a trop différentiées et dont nous avons fait ressortir les analogies, que l'on a considérées à tort comme des troubles des sensations et dont nous avons montré la nature intellectuelle;

4° Les *lésions des mouvements*, jusqu'ici trop négligées et qui, selon nous, doivent faire l'objet de tout un système d'observation;

5° Les *altérations des fonctions organiques*, que nous nous avons énumérées sans leur accorder, à l'exemple de certains auteurs, une valeur prééminente et que nous avons surtout envisagées au point de vue des phénomènes nerveux qui se produisent dans tous les organes chez les aliénés;

6° Enfin, la *marche de la folie*. Nous avons décrit sous ce titre la succession naturelle des divers symptômes que nous avions étudiés isolément, et nous avons cherché à tracer un tableau général des différentes phases de la folie considérée dans son ensemble.

De l'anesthésie locale en chirurgie,

par M. Alquié, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier.

M. le professeur Alquié a fait, avec divers liquides, des tentatives d'anesthésie locale dans les cas de petites opérations. Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les premières observations qu'il vient de publier sur ce sujet dans la *Revue thérapeutique du Midi*.

Première série. — *Expériences avec l'éther*.

Obs. I. — Bonnet (Xavier), n° 25, salle St-Eloi, porteur d'un abcès phlegmoneux à la verge, fut lotionné avec l'éther pendant vingt minutes. La douleur fut vive à l'ouverture pratiquée avec une lancette. Ce malade est d'un tempérament sanguin. 20 grammes d'éther furent employés.

Obs. II. — Bonnet (Jean), n° 3, salle Saint-Eloi, avait un abcès symptomatique de la carie de la septième côte. Frictions pendant dix minutes avec l'éther sulfurique. Douleur vive ordinaire à l'ouverture pratiquée avec la lancette. 10 grammes d'éther furent employés.

Obs. III. — Le 20 décembre, M. F..., couché au n° 4, salle Saint-Jean, qui avait un bubon à l'aine gauche, fut soumis à des tentatives d'anesthésie locale. On imbiha d'éther une compresse pliée en plusieurs doubles et on l'appliqua sur la partie : de temps en temps, on versait de l'éther. On usa ainsi 4 ou 5 grammes d'éther pendant les cinq minutes que l'on fit l'éthérisation locale. La douleur s'est manifestée à peu près au même degré que la première fois (voir aux observations d'éthérisation avec le chloroforme), et le malade dit que la douleur n'était que fort peu diminuée.

Obs. IV. — Jeanne Delpech, trente-trois ans, tempérament scrofuleux, est entrée à l'hôpital Saint-Eloi, où elle est couchée au n° 18, salle Notre-Dame, pour un *acne rosacea* qu'elle porte aux ailes et dans l'intérieur du nez. Depuis cette époque, apparition sur la joue d'un bouton d'acné, qui devint bientôt un abcès du volume d'une petite noix.

Le 20 décembre, on a versé 10 à 12 gouttes d'éther sur l'abcès dans l'espace d'une minute; de plus, on a imbibé du même liquide une compresse, que l'on tint appliquée sur la partie une minute environ. L'ouverture fut faite par la lancette. La malade ayant été saignée quelque temps auparavant, nous avons appris d'elle que la douleur avait été moins vive à l'ouverture de l'abcès, quoique très sensible encore. Cette diminution de douleur pourrait avec raison être attribuée à l'amincissement de la peau plutôt qu'à l'anesthésie locale.

La nuit qui suivit cette ponction, la malade eut de l'insomnie, une céphalalgie plus violente qu'à l'ordinaire, de légers frissons suivis de chaleur de peu de durée.

Obs. V. — A. C..., soldat au 35e de ligne, n° 29, salle Saint-Côme, on ouvrit avec la lancette un bubon situé à l'aine gauche. Je fis avant l'opération des frictions avec 20 grammes d'éther pendant un quart d'heure, et malgré leur emploi la douleur fut très vive. Le sujet est d'un tempérament sanguin plutôt que nerveux.

Ces faits nous semblent suffire pour prouver que les applications locales d'éther ne peuvent engourdir la sensibilité de nos organes, ni prévenir les souffrances que déterminent les opérations sanglantes les plus légères. Les malades soumis à ces essais ont été frictionnés sur le lieu où l'instrument tranchant allait être porté pendant cinq à vingt minutes. En outre, on a employé à cet effet jusqu'à 20 grammes d'éther. Enfin, plusieurs d'entre eux ayant déjà subi de légères opérations ont pu nous donner des renseignements concluants sur la douleur qu'ils ont éprouvée malgré le topique anesthésique.

Deuxième série. — *Expériences avec le chloroforme*.

Obs. I. — Le 11 décembre, j'ai ouvert à M. F., n° 4, salle St-Jean, un bubon à l'aine droite. Avant l'incision, on a essayé la chloroformisation de la partie; des frictions avec les doigts ont été exécutées pendant une minute et demie avant l'opération : on a employé 7 à 8 gouttes de chloroforme. Le malade dit avoir parfaitement senti l'action ordinaire de l'instrument. Disons toutefois que la douleur a été très faible; car aucun signe de souffrance ne s'est manifesté sur le patient.

Obs. II. — M. D..., officier, désirant se faire inciser le prépuce, je fis faire des lotions avec le chloroforme, qui durèrent une demi-heure. Pendant l'opération la douleur fut très vive. La cautérisation superficielle de la peau fut le résultat de ces lotions trop prolongées, et pour lesquelles 4 ou 5 gr. de chloroforme furent mis en usage.

Obs. III. — Bayle, couché au n° 24, salle Saint-Eloi, fut frictionné avec le chloroforme sur un point du testicule où il y avait abcès. A l'ouverture avec la lancette, le malade, déjà opéré de la même façon, dit avoir autant souffert que les fois précédentes. Les lotions furent faites avec 2 grammes de chloroforme pendant un quart d'heure.

Obs. IV. — T..., soldat au 16e de ligne, avait un abcès considérable du creux poplité. On fit, durant une minute et demie environ, des frictions avec 20 gouttes de chloroforme. La douleur fut extrêmement vive pendant l'opération. Ce même sujet, ponctionné quelques jours auparavant, n'avait manifesté aucune douleur, après avoir été frictionné sur le même lieu avec un liquide particulier dont nous parlerons plus tard.

Ici encore le malade pouvait nous fournir des renseignements exacts, car il avait subi trois fois l'ouverture du même abcès à peu d'intervalle. La première fois l'éther fut mis en usage; la troisième fois ce fut le chloroforme, et l'action de l'instrument tranchant fut également douloureuse; la deuxième fois, au contraire, il n'en a ressenti aucune souffrance, grâce à l'anesthésique employé.

Les exemples que nous venons de signaler ne plaident nullement en faveur de l'influence locale du chloroforme, pas plus que les précédents en faveur de l'éther sulfurique. Nous avons dû, en conséquence, renoncer à ces agents pour recourir à d'autres moyens.

NOTE SUR LA PRÉSENCE DE L'IODE DANS LA SALSEPAREILLE,

lue à la Société nationale de Médecine de Lyon;

Par M. A. Guilliermond, pharmacien.

Les expériences que M. le professeur Chatin vient de publier pour démontrer la présence de l'iode dans un certain nombre de plantes m'ont déterminé à rechercher si la salsepareille ne devait pas ses propriétés antisyphilitiques à la présence de ce corps au nombre de ses principes.

Depuis longtemps, d'ailleurs, l'odeur particulière des décoctions de salsepareille m'avait frappé, et j'en avais conçu des soupçons que l'analyse vient de confirmer.

Voici comment j'ai procédé :

500 grammes de salsepareille de Honduras ont été incinérés. Les cendres ont été lavées avec de l'eau distillée, qui a été évaporée à siccité; le produit de cette évaporation a donné pour résultat un sel alcalin qu'on a fait digérer dans l'alcool.

Le résidu de cet alcool a été traité par les réactifs de l'iode, et j'ai pu constater qu'il contenait beaucoup d'iodure de potassium. Je n'ai pas trouvé d'iode dans de la salsepareille qui avait été bien épuisée par l'eau, mais je l'ai rencontré dans son extrait, ce qui prouve qu'il passe dans les décoctions à l'état de sel soluble.

Il est permis de croire que ce résultat n'est pas sans importance au point de vue thérapeutique. Il confirme l'opinion émise par M. Chatin sur la présence de l'iode dans les plantes employées par les médecins comme antiscrofuleuses. Ce premier point bien établi, il sera intéressant de connaître les rapports qui existent entre la quantité d'iode renfermée dans ces végétaux et les propriétés plus ou moins actives qui leur sont attribuées. Quoique le dernier mot ne soit pas encore dit sur la salsepareille, il est permis d'affirmer qu'elle pourra devenir un auxiliaire puissant et, dans quelques circonstances, un succédané de l'iodure de potassium.

Je termine là cette note, tout incomplète qu'elle soit. Dans un autre travail, j'essaierai de déterminer la quantité exacte d'iode renfermée dans la salsepareille et l'espèce qui en contient le plus. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos du procès-verbal, M. Vidal revient sur quelques-unes des considérations qu'il a présentées dans la précédente séance sur la curabilité des fistules vésico-vaginales et sur la difficulté qu'éprouve la vessie, après cette guérison, à contenir parfaitement les urines.

M. LENOIR s'étonne que M. Vidal ait attendu si longtemps pour reconnaître la curabilité des fistules vésico-vaginales. Le nombre des succès obtenus depuis quelques années s'élève à 12 ou 13, et ils ont été réalisés par plusieurs chirurgiens. Il y a quelques années que M. Lenoir a réussi dans cette opération en apportant au procédé opératoire la modification suivante : pour faire avec plus de facilité l'avivement de la lèvre antérieure de la fistule, il introduisit son petit doigt dans le canal de l'urètre, et en le fléchissant tout en tirant vers soi, il amena la lèvre antérieure dans une situation telle que l'avivement devint très facile; il obtint dans ce cas un résultat fort satisfaisant. Toutefois, la malade perdait, après son opération, lorsqu'elle avait été quelque temps sans satisfaire au besoin d'uriner, ou qu'elle faisait un effort, une certaine quantité d'urine. M. Jobert, qui vit l'opérée, crut que l'inconvénient dont nous venons de parler tenait à la dilatation forcée des fibres du sphincter vésical par l'introduction du petit doigt. Il résulte de l'examen de la femme opérée par M. Maisonneuve que cette légère incontinence tient au défaut de capacité de la vessie.

M. VIDAL dit que, s'il n'a point rétracté plus tôt ce qu'il a écrit dans son *Traité de pathologie*, c'est que la faveur du public ne lui a pas permis encore de donner une troisième édition de cet ouvrage; d'ailleurs, ajoute-t-il, je ne pouvais le faire dans un lieu plus convenable qu'au sein de la Société de Chirurgie. Quant à la modification apportée au procédé de l'avivement généralement suivi dans les fistules vésico-vaginales, M. Vidal fait remarquer que Sanson avait, dans une circonstance, introduit le doigt dans le canal urétral pour faire basculer la lèvre antérieure, et que, dans une autre, il fit des débridements sur les parties latérales de la vessie.

M. MAISONNEUVE. Dans la dernière séance, notre confrère a dit à la Société qu'il se proposait d'opérer de la fistule vésico-vaginale une femme dont la paroi inférieure de la vessie était complètement détruite. La matrice ne se laissant pas abaisser, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante, en présence de plusieurs de nos collègues: Une incision partant du col utérin est venue inciser le plancher périnéal en passant sur les parties latérales du rectum et de l'anus, qui furent respectées, et elle vint se terminer au niveau du coccyx; aucun vaisseau important n'a été intéressé; le rectum fut mis de côté. Cette voie largement ouverte, M. Maisonneuve détacha la vessie de l'utérus, des parois du bassin. Le canal de l'urètre fut soigneusement respecté dans ce temps de l'opération. Une branche artérielle fut ouverte du côté de l'obturation. L'avivement se fit avec facilité à l'aide de ciseaux. Huit points de suture furent appliqués. Toutefois, depuis l'opération, il se produit une petite hémorrhagie dans la plaie préliminaire à l'opération, et le résultat ne paraît pas devoir être en tous points satisfaisant, car il s'écoule une certaine quantité d'urine par le vagin. M. Maisonneuve espère que la réunion se sera faite dans une certaine étendue.

M. DEGUISE demande comment, après avoir réuni la plaie qui a permis à M. Maisonneuve de faire son opération, il a pu aller à la recherche des fils qu'il avait placés dans le vagin. On sait, ajoute M. Deguise, que M. Jobert attache beaucoup d'importance à l'enlèvement de ces fils et qu'il a attribué certains insuccès à un fil laissé en place.

M. FORGET. Le procédé mis en usage par M. Maisonneuve doit fixer l'attention des chirurgiens; quant aux fils laissés à demeure, ils tombent d'eux-mêmes, c'est un fait certain ; mais ils entraînent avec eux une escbare, et le résultat est en opposition directe avec celui qu'on veut obtenir. Il a vu 15 fistules opérées par M. Jobert, et toujours ce chirurgien a eu grand soin au troisième et au quatrième jour de couper les fils et de les extraire; toutefois, il importe de savoir quel sera l'avenir des modifications apportées par M. Maisonneuve au traitement des fistules vésico-vaginales.

M. MAISONNEUVE déclare qu'il ne croit pas à la réunion par première intention des plaies faites dans l'opération de fistule vésico-vaginale, et quant à la présence des fils et aux pertuis qu'ils peuvent occasionner, il ne s'en inquiète pas beaucoup; il compare ce qui se passe dans cette circonstance à ce que nous voyons après l'opération de la staphylorapbie. Les fistules qui peuvent rester à la suite de cette opération s'oblitèrent d'elles-mêmes ou par de légères cautérisations. Ce qu'il faut obtenir avant tout, c'est le contact parfait et assez prolongé. Et qu'a fait M. Jobert pour amener ainsi du tissu cicatriciel au point de contact? Il a pratiqué de larges débridements, et c'est là la partie capitale, essentielle, du procédé de ce chirurgien. Quant à lui, il n'ajoute pas une grande importance à l'ablation des fils au quatrième et au cinquième jour. Les petites eschares qu'ils peuvent produire ne balancent pas l'avantage de conserver pendant quelque temps à la plaie des conditions favorables à la réunion.... Puis, en terminant, M. Maisonneuve ajoute : Pour M. Jobert, il est encore des cas incurables, des cas au-dessus des ressources de l'art. J'ai l'espoir d'en diminuer le nombre par les larges incisions périnéales que je propose, et qui permettent au chirurgien d'agir librement et comme à ciel ouvert.

— *M. Cazenave* (de Bordeaux) adresse un travail manuscrit à la Société de Chirurgie pour obtenir le titre de membre correspondant. Ce travail est accompagné de planches, et il a pour titre : *Recherches sur l'épaisseur des parois abdominales antérieures et périnéales dans leurs rapports avec la taille*, avec trois instruments propres à déterminer cette épaisseur. Une commission composée de MM. Michon, Chassaignac et Guersant, est chargée de faire un rapport.

PROGRAMME

des prix de la Société de Médecine de Bordeaux.

§ Ier. — La Société avait prorogé jusqu'à l'année 1850 la question suivante :

« Etudier la pellagre, principalement au point de vue de son » étiologie. »

La Société, n'ayant reçu aucun mémoire en réponse à cette question, la retire du concours.

Cependant la Société avait reçu en 1848 un mémoire portant le n° 1, auquel elle décerna une mention honorable, se réservant toutefois de ne décacheter le billet qu'en 1850, pour ne pas priver l'auteur d'une nouvelle palme qu'il aurait pu recueillir.

C'est M. le docteur Ch. Saint-Martin, médecin à Amon (Landes), auquel la Société confère, en outre, le titre de membre correspondant.

§ II. — La Société rappelle ici le texte de la question qu'elle a proposée pour l'année 1851 :

« De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clini- » que; insister sur l'étiologie et sur le traitement »

§ III. — La Société propose sur la question suivante un prix de la valeur de 300 fr., qu'elle décernera en 1852 :

« Etablir par des faits les différentes conditions morbides qui » donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine. »

§ IV. — Tout en exerçant une surveillance active sur la santé publique, la Société a pensé qu'elle serait encore utile à ses concitoyens en accordant des récompenses spéciales aux médecins qui proposeraient des améliorations générales ou partielles pour l'hygiène publique; à ceux qui lui enverraient des travaux relatifs soit à la topographie médicale d'une ou de plusieurs communes du département de la Gironde, soit aux maladies épidémiques, et enfin à tout ce qui peut intéresser, sous le rapport médical, les habitants de cette contrée de la France.

Ainsi chaque année, dans sa séance publique, la Société décerne des médailles d'or ou d'argent aux médecins qui se sont occupés de ces questions.

§ V. — Indépendamment des prix et des récompenses sur ces objets spéciaux, la Société accorde des médailles d'encouragement et des mentions honorables à ceux qui lui font parvenir des mémoires ou des observations manuscrits sur quelque point de l'art de guérir. Elle se plaît ainsi à stimuler le zèle et l'émulation de ses correspondants et à récompenser leurs efforts.

§ VI. — La Société décerne, dans sa séance publique annuelle, des médailles d'argent à ceux qui lui font parvenir des tableaux authentiques les plus complets des vaccinations qu'ils ont pratiquées et des remarques qu'ils ont eu occasion de faire sur les effets de cette méthode.

Ces tableaux, dûment légalisés, doivent renfermer le nom, le prénom, l'âge, le sexe, l'état des enfants vaccinés et les observations intéressantes à recueillir.

§ VII. — Les mémoires écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus francs de port chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, n° 67, avant le 15 mars.

Les concurrents des prix sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté contenant leurs noms, leurs adresses ou celles de leurs correspondants. Si ces conditions ne sont pas remplies, leurs ouvrages seront exclus du concours.

Quant aux mémoires manuscrits qui doivent concourir pour les récompenses d'objets locaux, pour la médaille d'encouragement et les tableaux de vaccinations, la Société dispense leurs auteurs de ces dernières conditions.

Bordeaux, le 24 décembre 1850.

ROLLET, *président.*

BURGUET, *secrétaire général.*

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Un jeune élève en médecine, né dans nos colonies, se trouve, par suite de revers de fortune dans sa famille, entièrement privé de ressources à Paris.

Ce jeune homme, d'une parfaite moralité et travailleur zélé, a pris quatre inscriptions ; il est bachelier ès lettres, et se proposait de concourir pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux. Il s'agit de le sauver du désespoir et de le mettre à même de partir pour son pays, éloigné de 2,000 lieues.

Nous nous adressons avec confiance à nos confrères et aux élèves en médecine, ne doutant pas que cet appel ne soit entendu et que la souscription que nous ouvrons dans notre journal ne soit fructueuse pour lui.

On souscrit aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 38.

Liste de souscription :

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux*, 20 fr. — MM. les docteurs Fabre, 10 fr. — Foucart, 5 fr. — Jules Legrand, interne des hôpitaux, 2 fr. — Ch. Fabre, externe des hôpitaux, 2 fr. — Durand, libraire, 5, rue des Grès, 10 fr.

NOUVELLES.

CONCOURS. — La première épreuve clinique a eu lieu aujourd'hui M. le professeur Bouisson a eu à faire une leçon d'une heure sur deux malades affectés, l'un d'une maladie de l'épaule, l'autre d'une maladie du genou.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 8. — MARDI 21 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 8 — MARDI 12 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de quelques affections pulmonaires.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 9 janvier.)

Les différences si minimes que j'ai signalées dans la constitution chimique des trois espèces d'huile de foie de morue correspondent-elles réellement à une action thérapeutique particulière pour chacune d'elles ? Aucun des expérimentateurs dont j'ai consulté les travaux ne me paraît avoir résolu catégoriquement cette question ; on cite des faits nombreux de guérison, mais on néglige presque toujours d'indiquer les motifs pour lesquels on a employé une espèce plutôt qu'une autre. Cependant cette omission a été en partie réparée par M Jongh.

Ce médecin rapporte qu'ayant amalgamé au hasard, en trois groupes, dix-huit sujets atteints de scrofules, de rhumatisme, d'exanthèmes, d'arthrite chronique simple ou dégénérée, chacun de ces groupes fut mis au régime exclusif de l'huile jaune, brune ou noire. Tous ces malades ont guéri au bout d'un temps variable, dont la moyenne a été de 175 jours pour la première série, de 145 jours pour la seconde, de 84 jours pour la troisième. Ces résultats comparatifs prouvent que, dans le traitement des affections de cette nature, l'huile noire de foie de morue est douée d'une efficacité corrélativement supérieure à celle des deux autres variétés.

Dans le service dont je suis chargé au Val-de-Grâce, on ne rencontre ni scrofuleux, ni rachitiques; mais, par une compensation malheureuse, les maladies de l'appareil respiratoire y abondent en tout temps. Je me trouve donc très favorablement placé pour vérifier le degré d'utilité des méthodes curatives qui font tour à tour leur apparition dans le traitement de ces affections si fréquemment incurables.

Comme il y avait un certain intérêt à m'assurer si la classification établie par M. Jongh entre les trois espèces d'huile de foie de foie de morue est absolue ou simplement relative à un certain ordre de lésions, j'ai fait choix de quarante individus atteints de bronchite chronique, de laryngite non tuberculeuse, de pleurite rebelle avec ou sans épanchement, de tuberculisation pulmonaire à tous les degrés. A l'exemple de M. Jongh, j'ai partagé ces malades en trois groupes, dans chacun desquels j'ai introduit tous les cas que je viens d'indiquer, de manière que l'expérimentation portât sur des éléments similaires.

Ces différents malades, tous originaires de la campagne, comptaient au moins deux ans de service au moment de leur entrée à l'hôpital. Je me suis assuré qu'aucun d'eux, avant son incorporation, n'avait d'antécédents suspects du côté de la poitrine. Si je mentionne la qualité physiologique des individus que j'ai soumis à l'usage de l'huile de foie de morue, c'est afin d'ôter de prime abord tout prétexte d'objections aux médecins qui prétendent que ce médicament n'a d'efficacité contre la phthisie, par exemple, qu'autant que celle-ci se lie à un état scrofuleux général.

Je reviens à mes expériences et à leurs résultats.

Huit individus affectés de bronchite chronique ont guéri.

Sur trois cas de laryngite, un seul a été avantageusement modifié.

L'effet de l'huile a été complétement nul pour cinq malades atteints de pleurite chronique.

Douze autres sujets tuberculeux au premier degré sont sortis en bon état de mes salles pour reprendre leur service ; mais au bout de six semaines, deux d'entre eux sont rentrés à l'hôpital pour la même affection. L'un et l'autre ont été renvoyés dans leur famille pour y jouir d'un congé de convalescence.

Sur quatre malades parvenus au deuxième degré de la tuberculisation, deux ont succombé, le troisième a été réformé, le quatrième a guéri ; dans la crainte parfaitement légitime d'une rechute mortelle, je l'ai pareillement fait réformer.

Enfin, des deux sujets chez lesquels la phthisie était arrivée à son dernier terme, l'un est mort, le second a guéri ; et ce succès, je dois le dire, m'a grandement étonné.

Le cas me paraît assez intéressant pour que j'en rapporte ici les principaux détails.

Le 4 juin 1850, le nommé Touchelet entra au Val-de-Grâce pour une bronchite intense datant de trois semaines. Le surlendemain de son entrée à l'hôpital, Touchelet ressentit une douleur très vive du côté gauche de la poitrine. Des crachats rouillés, du râle crépitant au sommet des deux poumons attestaient qu'une pneumonie double avait succédé à la bronchite. Deux saignées du bras, des ventouses scarifiées, de l'émétique à haute dose et un large vésicatoire sur le point douloureux ramenèrent assez promptement la pneumonie à l'état de bronchite tuberculeuse, telle qu'elle existait avant l'apparition de l'engouement pulmonaire.

Dans les premiers jours du mois de juillet, une nouvelle pleuro-pneumonie avec épanchement considérable se déclara du côté gauche. La résolution se fit plus lentement que la première fois; mais, enfin, la maladie céda aux mêmes moyens thérapeutiques qui avaient été employés précédemment. Cette récidive paraissait devoir se terminer d'une manière fâcheuse chez cet homme dévoré par une fièvre hectique incoercible, entretenue qu'elle était par la marche croissante de la phthisie. En effet, Touchelet allait s'épuisant chaque jour davantage par l'abondance de la diarrhée et des sueurs nocturnes, par l'expectoration de crachats nummulaires flottant dans une matière grisâtre, puriforme. Il y avait en ce moment, sous la clavicule gauche, un gargouillement très prononcé, circonscrit à une petite étendue et coïncidant avec la voix caverneuse sur ce point ; dans toute la région sous-claviculaire droite, on percevait du craquement humide, signe non équivoque d'un travail de tuberculisation de ce côté.

C'est alors que j'eus recours à l'huile brune de foie de morue, sans avoir une grande confiance, vu la gravité du cas, dans le succès de cette médication. Néanmoins, le malade avait à peine absorbé un kilogramme de cette substance, prise à la dose d'une once par jour, qu'il se trouvait délivré de la diarrhée, des sueurs et de la fièvre; les crachats, beaucoup moins abondants, étaient simplement muqueux. La convalescence, activée par un appétit insatiable, marcha rapidement. Au bout d'un mois et demi de ce traitement, Touchelet avait recouvré toutes ses forces, et se trouvait chargé d'un embonpoint qu'il ne s'était jamais connu.

Je m'empressai de faire congédier cet homme, chez lequel, au moment de sa sortie de l'hôpital, tout râle ou bruit suspect avait disparu, pour faire place à un souffle respiratoire d'une pureté et d'une étendue parfaitement normale.

Quelle sera la durée de cette guérison? Est-elle définitive? Je n'oserais l'affirmer. Ce que je sais, toutefois, c'est que depuis le 21 septembre, jour de son arrivée dans sa famille, Touchelet n'a éprouvé aucun accident nouveau capable d'inspirer quelque inquiétude sur l'avenir de sa santé.

En rapprochant ces faits de ceux que j'ai recueillis en dehors de l'hôpital du Val-de-Grâce, et en tenant compte des observations semblables publiées par d'autres médecins, je n'hésite pas à reconnaître à l'huile de foie de morue la propriété d'arrêter ou de modérer les progrès de la tuberculisation pulmonaire commençante, de guérir la bronchite catarrhale, et, au moins momentanément, la phthisie dans sa période la plus avancée. Toutefois, ce dernier résultat ne doit être admis que comme une rare exception. Ce qui justifie surtout ma confiance dans ce médicament, confiance qui pourtant n'est point aveugle, c'est que depuis onze ans il m'a été donné de traiter plus de huit cents sujets tuberculeux, et que je n'ai jamais vu la phthisie au troisième degré se terminer par le retour de la santé, quelle qu'ait été la méthode curative dont j'ai fait usage.

Il importait d'établir d'abord la curabilité de ces diverses affections par l'huile de morue, avant d'indiquer le choix à faire entre les trois variétés que présente cette substance. Or des recherches que j'ai entreprises en vue de préciser cette indication, il résulte pour moi, comme pour M. Jongh, relativement à d'autres maladies, que les huiles noire et brune ont une action plus constante, plus rapide, que l'huile jaune. Ce serait donc aux deux premières qu'il conviendrait de donner la préférence.

Il m'est impossible de formuler par des proportions arithmétiques la durée du traitement au moyen des huiles brune et noire. Tant de causes interviennent dans la production lente ou rapide des résultats obtenus, qu'on ne peut guère assimiler l'un à l'autre, deux cas appartenant à la même classe de maladies. Tout ce que je puis énoncer de plus exact, c'est que le catarrhe bronchique, chez les sujets adultes, guérit généralement au bout de vingt à vingt-cinq jours; que la phthisie, à son début, exige au moins trois mois, et que la durée du traitement de la phthisie avancée ne comporte pas de moyenne, même approximative.

Les huiles brune et noire excitent chez certaines personnes des répugnances invincibles qui obligent parfois le médecin à en suspendre l'emploi. Pour prévenir ces répulsions, on a cherché à rendre ces huiles potables en les associant à quelque véhicule aromatique. Mais cette précaution ne réussit pas toujours à réconcilier le malade avec un médicament dont le goût et la saveur sont vraiment insupportables pour des palais délicats.

Il est un moyen beaucoup plus simple et plus commode de dissimuler ces propriétés de l'huile de foie de morue : c'est d'enfermer celle-ci dans des capsules composées de sucre, de miel et de gélatine. Ces capsules, arrosées d'un verre de tisane dans l'estomac, s'y fondent en quelques minutes, et mettent ainsi en liberté l'huile qu'elles contiennent.

Ce procédé, dont j'ai maintes fois constaté les avantages, réduit à néant tous les motifs allégués par d'imprudents novateurs pour remplacer dans la pratique l'huile brune ou noire par l'huile jaune et même par de prétendus succédanés. J'aurai à m'expliquer sur la valeur de ces substitutions dans un prochain et dernier article.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

L'occasion, l'azur du ciel et le feuilleton me poussant, j'entrais hier au Palais-de-Justice, espérant ramasser une ou deux chroniques, tombées de quelque grimoire ou des plis de quelque robe d'avocat. On s'étonnera peut-être de me voir abandonner le sanctuaire d'Esculape pour le temple de Thémis et le carabin pour la basoche ; qu'on se rassure ; tout est dans tout, comme dit Jacotot, et la médecine, à défaut de médecin, est plus que toute autre chose mêlée aux affaires de ce bas-monde; toujours au banquet de la vie la médecine a la plus belle et la plus large place. J'ai vu des pyrrhoniens qui doutaient de leur âme, des sceptiques qui niaient Dieu ; mais je n'ai encore rencontré personne regardant son corps comme une fiction, élevant la souffrance jusqu'à l'idéalité et méprisant la douleur à l'égal d'une chimère. Il est des esprits forts, j'en conviens, qui s'indignent au seul mot de médecine et raillent assez agréablement, j'en conviens encore, la puissance du médecin ; cette façon d'agir peut être une manière habile de se poser dans le monde, mais les plus sceptiques et les plus railleurs se donnent dans certaines circonstances le plus formel démenti : s'ils tombent malades, ils n'appellent pas de médecin, cela est vrai, mais ils se couchent, mais ils se mettent à la diète, mais ils boivent de la tisane, mais ils prennent des lavements, en un mot, ils sortent de leur manière de vivre, font taire leurs habitudes et mettent en pratique la médecine primitive et font sonner bien haut leur dédain de la médecine savante, comme si le sauvage des bords de l'Ohio était moins homme qu'un membre de l'Institut ou qu'un dandy du boulevard de Gand. Allez, allez, la médecine est dans tout et partout, et moi, le plus infime de ses chroniqueurs, je suis l'exemple de Molière et prends mon bien partout où je le trouve.

J'allais donc, par ces motifs, chercher mon bien au Palais-de-Justice; car, en vérité, je ne puis tous les mardis vous parler de la Faculté, de l'Académie et de tous ces lieux plus ou moins scientifiques, et stéréotyper hebdomadairement que M. un tel fait son cours devant des banquettes et que tel autre s'époumonne à réveiller quelques rares assistants, attirés et retenus par la générosité de l'Etat qui leur fournit gratuitement la douce chaleur d'un poêle ou des calorifères, le tout accompagné de la formule sacramentelle: Le vieux monde se meurt! le vieux monde est mort!! Eh bien! tant pis pour lui, si le vieux monde se laisse mourir ; mais le feuilleton ne peut s'envelopper dans son linceul et psalmodier toujours le long de six colonnes l'office des trépassés ; le feuilleton aime la vie, le bruit et le mouvement; comme la nature, il a horreur du vide, et partout où il soupçonne la vie, le bruit et le mouvement, il s'y précipite et réclame sa place.

Voilà pourquoi j'allais samedi au Palais-de-Justice.

Nourri loin du temple de Thémis, j'en connais peu les détours; je confiai mes pas au hasard et je priai un dieu propice qu'il m'éloignât d'une discussion de mur mitoyen et me conduisît dans les lieux ordinaires où notre art vient quelquefois rendre ses comptes. Je fus servi à souhait; le hasard et le dieu propice me dirigèrent d'abord vers la 7e chambre, où mes yeux éblouis aperçurent tout à coup les princes de la science : MM. Orfila, Gendrin, Devergie, Renault, Lassaigne, Heurteloup et bien d'autres encore, que pouvaient-ils faire là ? Ma première pensée fut que l'Académie, depuis longtemps menacée d'un procès, était sur la sellette en la personne de son président, M. Orfila; mais l'absence de M. Dubois (d'Amiens) me rassura bientôt, car l'Académie sans son secrétaire perpétuel est un véritable corps sans âme.

De plus en plus intrigué du spectacle que j'avais sous les yeux, je me baissai vers l'oreille du classique gendarme, et lui demandai le sujet du procès : — Dam! me répondit-il avec l'affabilité qui distingue cette institution; j'écoute bien attentivement depuis une heure; mais les médecins parlent un charabias que je ne comprends guère, et si vous n'avez pas étudié la médecine, je vous engage à aller chercher des émotions ailleurs. — Merci, lui répondis-je. Et je me perdis au milieu de la foule.

Le gendarme n'avait pas tout à fait tort. Les savants ne se rendent pas assez souvent compte de la nature du public qui les écoute et qui les doit comprendre ; il est des mots, adoptés et consacrés par la science, qui ne se trouvent dans aucun dictionnaire des hommes du monde, il les faut éviter avec soin ; car en France, surtout, l'esprit qui ne comprend pas est naturellement porté à se venger par la raillerie et à couvrir son ignorance par un bon mot. Réservons pour l'Ecole toutes les expressions techniques de notre art; déjà notre langage a été débarrassé de ces formules latines et barbares que nous avait léguées le moyen âge. Faisons un dernier effort, et servons-nous dans le monde du langage qu'on y parle. Pourquoi, par exemple, et pour ne prendre qu'une preuve dans le sujet qui nous occupe, pourquoi ne pas dire *difficulté de respirer* au lieu de *dypsnée*, qui a fait faire une grimace aux juges et écarquiller les yeux au procureur de la république?

Je voudrais aussi que les médecins, appelés en justice, laissassent

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. Malgaigne.

Luxation complète du cubitus en dehors et du radius en avant et en dedans (coude gauche). Réduction cinq heures après l'accident. Guérison en quatorze jours.

Observation recueillie par MM. G. Piogey et J. Dubreuil, internes des hôpitaux.

Gaultier (Constant), âgé de quarante et un ans, marchand de futailles, entre le 3 août 1850 à l'hôpital Saint-Louis, où il est couché dans le service de M. le professeur Malgaigne, salle Saint-Augustin, lit n° 64 bis.

Cet homme, bien musclé, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, jouit ordinairement d'une bonne santé; il dit n'avoir jamais eu ni fracture ni luxation.

Après avoir passé la journée à boire, il eut une rixe avec un camarade. Un coup de poing appliqué sur la tempe droite le renverse à terre sans connaissance. Lorsqu'il reprend l'usage de ses sens, il se trouve assis sur une borne. Il ressent alors une vive douleur dans l'articulation du coude, et les mouvements sont impossibles. Un médecin appelé aussitôt le fait transporter à l'hôpital Saint-Louis; il y est rendu à huit heures du soir; l'accident avait eu lieu à sept heures.

Etat présent. — On constate au côté droit de la face une plaie contuse située au-dessus de l'arcade sourcilière, un épanchement sanguin considérable de toute la joue, une ecchymose avec érosion de la peau au niveau de l'os malaire, enfin une ecchymose des paupières. La conjonctive oculaire est intacte. De toutes les autres parties du corps, le membre thoracique gauche est le seul qui présente des lésions.

L'avant-bras gauche, immobile, est coudé à angle droit sur le bras et placé dans une pronation exagérée. Les mouvements des doigts sont naturels; la flexion volontaire de la main est impossible, ainsi que la supination de l'avant-bras; l'articulation scapulo-humérale a conservé sa configuration et ses mouvements normaux; il est loin d'en être de même de l'articulation huméro-cubitale.

Description de l'articulation malade. — Le coude est très volumineux, déformé; les saillies osseuses ne sont pas perçues à leur place ordinaire. En arrière, au lieu de la saillie formée par l'olécrane, il existe une surface plane légèrement déprimée. Si on appuie le doigt sur cette surface, au lieu de rencontrer une résistance, on pénètre dans une cavité qui n'est autre chose que la cavité olécranienne de l'humérus. Ce fait constaté, nous allons décrire les particularités que présente la face postérieure de l'articulation en allant de dedans en dehors.

A la partie la plus interne se trouve la saillie de l'épitrochlée; au niveau de cette tubérosité, la peau est distendue, rouge, amincie et légèrement excoriée; le bord interne de la trochlée dirigé de haut en bas et de dehors en dedans; la peau qui recouvre cette saillie présente les mêmes caractères qu'au niveau de l'épitrochlée; puis vient une dépression correspondant à la gorge de la trochlée; le bord externe de la trochlée, qui ne fait pas saillie sous la peau; enfin, une tubérosité volumineuse convexe en dehors et en avant (olécrane), embrassant dans sa concavité sigmoïde l'épicondyle de l'humérus, qui ne peut être perçu. Dans cette nouvelle position de l'olécrane, sa grande cavité sigmoïde, au lieu de regarder en avant, regarde en dedans et en arrière; sa face postérieure est dirigée en dehors et en avant; le bord interne est devenu postérieur, et l'externe antérieur.

A la partie antérieure de l'articulation, en dedans et en avant de l'olécrane, se trouve la tête du radius, qui a perdu ses rapports normaux avec le condyle de l'humérus pour venir se placer en dedans et au-dessus de lui dans la fosse coronoïdienne; la cupule regarde en haut et en dehors, et, en déprimant les téguments, le doigt pénètre facilement dans sa cavité. Puis en dedans, au-dessous de la trochlée, se trouve une dépression résultant de l'absence de l'apophyse coronoïde en ce point.

Par suite des nouveaux rapports de l'olécrane avec l'épicondyle et de la présence de la tête du radius en avant et en dedans du condyle de l'humérus, il existe, à la partie externe de la face antérieure de l'articulation, une cavité profonde limitée en dehors par le bord externe du tendon du triceps brachial, en dedans par la cupule du radius, en bas par le bord externe de l'olécrane. De cette cavité part un sillon convexe en haut et se dirigeant en bas et en dedans, de manière à circonscrire l'extrémité supérieure du radius. Au-dessus de ce sillon est un bourrelet de 0m 03 de largeur, transversalement dirigé et limité en haut par un pli prononcé surtout en dedans. Le sillon et le bourrelet précédents occupent la flexion du coude et anticipent un peu sur la face antérieure de l'avant-bras. La dépression normale que l'on remarque en avant, immédiatement au-dessous du pli du coude, est remplacée par une saillie due au soulèvement et à la rupture incomplète du brachial antérieur.

L'avant-bras présente, dans sa conformation, les modifications suivantes : la face postérieure est devenue antérieure et externe; la face antérieure, interne; et le bord interne, postérieur.

La saillie normale formée par la présence du cubitus en arrière est remplacée par une surface plane triangulaire, à base tournée en haut et à sommet se terminant en bas à l'apophyse styloïde du cubitus.

La circulation artérielle, la circulation veineuse et l'innervation ne présentent aucune modification appréciable dans le membre luxé; aussi n'existe-t-il à la main comme à l'avant-bras, ni teinte cyanosée, ni gonflement, ni chaleur anormale; le pouls du côté gauche présente le même rhythme et la même intensité que celui du côté droit. Aucun sentiment de brûlure, aucun fourmillement.

Pour rendre plus appréciables l'étendue des lésions et le déplacement des surfaces articulaires, nous allons, après avoir placé l'avant-bras du côté sain dans la même position que celui du côté luxé, indiquer la distance métrique qui sépare l'angle postérieur et externe de l'acromion de toutes les saillies normales de l'articulation du coude, et mettre en regard la distance des mêmes saillies articulaires prises sur le membre où siége la lésion.

MENSURATION.	MEMBRE DROIT SAIN.	MEMBRE GAUCHE LUXÉ.
De l'angle postérieur et ext. de l'acromion :		
1° Au sommet de l'olécrane.	0m 38	0m 32
2° Au bord externe de la cupule du radius.	0 344	0 303
3° A la partie la plus déclive du coude en arrière.	0 39	0 36
1° Circonférence du bras au-dessus de l'articulation.	0 25	0 26
2° Circonférence du bras au niveau du pli du bras en passant par les saillies artic.	0 297	0 335
3° Circonférence du bras immédiatement au-dessous du pli du bras, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'avant-bras. .	0 26	0 28

Réduction. — Le malade, horizontalement couché, est soumis aux inhalations chloroformiques; la demi-ivresse dans laquelle il se trouve favorise l'anesthésie; elle est complète en moins de deux minutes.

L'un de nous, placé derrière le malade, embrasse de ses deux mains la partie inférieure du bras; les doigts sont croisés en arrière, les deux pouces ramenés en avant compriment la saillie de l'olécrane. Cette disposition des mains permettra de faire la contre-extension, et les pouces, en pressant sur l'olécrane de haut en bas et de dehors en dedans, faciliteront la réduction.

L'autre, assis sur le lit, le dos tourné vers les pieds du malade, saisit avec la main gauche la partie inférieure de l'avant-bras, la face palmaire de la main droite est appliquée sur la partie supérieure de l'avant-bras, de manière que les doigts puissent repousser en dehors et en bas la tête du radius.

Les mains disposées comme nous venons de l'indiquer et l'extension étant faite à un degré convenable, l'avant-bras est ramené dans la supination forcée et fléchi sur le bras, tandis qu'en même temps les doigts de la main droite du même aide et les pouces de celui qui fait la contre-extension contribuent simultanément à remettre les surfaces articulaires en rapport. A ce moment, un double choc, sensible aussi bien à l'oreille qu'à nos doigts, indique que les extrémités des os luxés ont repris leur position normale. Quelques instants après, le malade ne subissant plus l'influence du chloroforme et n'ayant aucune conscience de ce qui vient de se passer, se met à exécuter des mouvements assez violents qui ne lui occasionnent aucune douleur.

Un cataplasme froid arrosé d'eau blanche entoure l'articulation, et l'avant-bras, fléchi à angle droit et appuyé sur la poitrine, est maintenu immobile à l'aide d'une écharpe dans une position intermédiaire entre la supination et la pronation.

Le 4 août, point de douleur au bras, réaction fébrile nulle, sommeil pendant la nuit.

Le 5, le cataplasme est renouvelé seulement après trente-six heures. On constate alors une large ecchymose violacée située à la partie interne et étendue depuis la partie moyenne de l'avant-bras jusqu'au creux de l'aisselle. Les deux points de la peau qui avant la réduction correspondaient à l'épitrochlée et au bord interne de la trochlée présentent deux érosions superficielles.

Le 6, en imprimant des mouvements d'extension et de flexion à l'avant-bras, on détermine dans l'articulation un engourdissement plutôt qu'une douleur.

Le 10, on cesse l'emploi des cataplasmes; une écharpe maintient l'avant-bras dans la demi-flexion.

Le 12, les mouvements volontaires du coude s'exécutent sans douleur.

Le 17, le malade sort de l'hôpital conservant seulement un peu de roideur dans les mouvements. On lui recommande de prendre deux bains locaux de sang par semaine.

Après avoir apporté le plus grand soin dans l'exposé de cette luxation, après avoir insisté sur le manuel opératoire employé pour sa réduction, nous regrettons de ne pouvoir compléter notre description en exposant, d'une manière affirmative, le mode de production. Lorsque l'accident est arrivé, l'ivresse du malade était complète; une personne présente au moment de l'accident nous a seulement fourni les renseignements suivants : « La chute a eu lieu en arrière et sur le côté, de droite à gauche, et sur l'angle d'un trottoir. »

A ces données ajoutons les deux érosions et la vaste ecchymose, double témoignage de l'action d'une violence directe; adoptons le mécanisme proposé par M. le professeur Malgaigne pour expliquer le mode de production des luxations complètes du coude en dedans et en dehors, et nous pourrons expliquer la luxation de la manière suivante :

L'avant-bras, porté dans la pronation, a dû se trouver fléchi au moins à angle droit sur le bras, et, tandis que le pavé offrait une résistance à la paume de la main, le coude, appliqué par sa partie interne sur l'angle du trottoir, a supporté le poids du corps augmenté de toute la vitesse acquise pendant la chute. Le ligament latéral interne, distendu par la pronation forcée de l'avant-bras, a été rompu par le choc direct. Après cette rupture, le poids du corps étant supporté presque tout entier par l'articulation du coude, et la puissance continuant à agir de dedans en dehors, le cubitus s'est trouvé poussé en dehors et le radius en avant et en dedans. Comme il est facile de le voir, la résistance offerte par la paume de la main a joué seulement un rôle secondaire.

Outre la lésion du ligament latéral interne, toute l'enveloppe fibreuse qui double la synoviale en arrière a dû être rompue; il y a eu probablement aussi rupture partielle et distension du ligament latéral externe et des fibres du muscle brachial antérieur.

Pourquoi, malgré la puissance considérable qui l'a occasionnée, la lésion décrite n'est-elle pas accompagnée de fracture? Il suffit, pour expliquer cette particularité, de se rappeler l'état d'ivresse dans lequel se trouvait le malade au moment de l'accident. Tous les muscles étaient relâchés et incapables de s'opposer au déplacement.

La réduction a été prompte et facile, par suite de l'emploi du chloroforme.

Enfin, si, malgré les désordres nombreux, la guérison était complète en moins de quinze jours, nous croyons pouvoir attribuer cet heureux résultat à la réduction immédiate après l'accident, avant qu'aucun phénomène inflammatoire ait pu se développer dans l'articulation.

Si l'on consulte les ouvrages de pathologie externe, on voit qu'il n'est fait mention d'aucun cas semblable à celui que nous venons de décrire. J.-L. Petit, Boyer, A. Cooper, n'admettent même pas la possibilité d'un semblable déplacement. Le premier fait analogue qui ait été constaté est celui dont M. Nélaton fait mention (à la page 391 et suiv., t. II, *Pathologie externe*). Ce fait diffère du nôtre seulement par l'ancienneté de la luxation, elle datait de vingt ans et n'avait pas été réduite. Le déplacement des surfaces articulaires est presque identique à ce que nous avons observé, avec cette seule

---

à la porte du palais les principes trop rigoureux de la doctrine qu'ils suivent. Ainsi j'ai entendu, toujours dans le même procès, un homme éminent, appartenant à ce qu'il paraît à l'école anatomo-pathologique, formuler ainsi son opinion : « Cette personne était très gravement malade; mais il n'y avait rien à faire, parce qu'aucun organe ne semblait spécialement affecté. » Outre l'effet fâcheux que produit toujours dans le public un aveu d'impuissance, je me demande, si à ce témoin en avait succédé un autre professant le vitalisme ou tout au moins la doctrine physiologique, et qu'il eût voulu rectifier ce que dans son opinion avait d'erroné le dire de son confrère, je me demande si le spectacle offert par cette lutte nous aurait beaucoup grandis dans l'estime publique? Ayons toujours présent à la mémoire ce qui arriva dans le procès Lafarge et tout dernièrement dans le procès Gothland.

Comme on le voit, je n'avais pas entièrement perdu mon temps à la 7e chambre; et, poussé par un nouveau désir de curiosité, je redemandai à mon dieu propice de me faire butiner ailleurs. —

Le dieu, avec non moins de bonté que la première fois, s'empressa d'accéder à mes vœux, et me conduisit à la cour d'appel, chambre de police correctionnelle. Mon aventure avec le gendarme de la 7e chambre m'engageait peu, on le comprend, à m'adresser à son collègue de la cour d'appel; mais, grâce à la *lucidité* des débats, je sus bientôt qu'il s'agissait de magie, d'explication de songes, d'exercice illégal de la médecine et de somnambulisme. On n'est pas arrivé à mon âge sans avoir entendu parler de la sibylle moderne; et vraiment, malgré tous les récits fantastiques que j'avais entendu sur son compte, il m'eût été difficile de la reconnaître, tant elle me parut peu animée de l'esprit de Python. La cour n'a guère sur elle une meilleure opinion que moi; car, « considérant que les époux Mongruel (maladroite sibylle, ne sais-tu donc pas que rien n'est prosaïque comme le mariage, et qu'une pythonisse ornée d'un époux perd son prestige et sa poésie!!) ont exercé illégalement la médecine et ont fait métier de pronostiquer et d'interpréter des songes dans un but de spéculation sur la crédulité publique, la cour les condamne chacun, sur le premier chef, à 5 fr. d'amende; et sur le second chef, à cinq jours de prison et à 15 fr. d'amende. »

On a tout dit depuis longtemps sur la mansuétude des lois touchant l'exercice illégal de la médecine, et je m'étonne seulement que le procureur de la République n'ait pas à sévir plus souvent. Je suis fâché, pour mon compte, d'avoir dépensé 17,000 fr. pour me faire recevoir docteur; car, avec la moitié de cette somme, et en payant tous les jours une amende de 5 fr., j'aurais le temps de faire trois fois ma fortune.

Mais je ne veux pas m'arrêter aujourd'hui sur un sujet qui, par sa banalité, a trouvé place dans tous les anas, et je terminerai mon règlement de compte avec la sibylle moderne, par une petite aventure que je recommande à ceux qui voudront éprouver la lucidité des somnambules.

Les sibylles modernes ne se contentent pas de trôner chez elles, elles vont encore dans les maisons qui veulent bien les honorer de leur confiance (style consacré). Tout dernièrement, une d'elles fut mandée dans un salon où par malheur se trouvait une femme d'esprit et d'autant plus spirituelle que ses cinquante et un ans ne lui permettent plus d'autres prétentions. La sibylle est endormie, magnétisée sans peine et se met incontinent en mesure de faire preuve de sa lucidité.

S'il y a un dieu pour les ivrognes, il n'y en a certes pas un pour les magnétiseurs; car la malheureuse, s'adressant précisément à la dame dont nous avons parlé, lui annonça que son estomac, ses intestins, son foie, ses poumons, etc., qu'elle voyait avec la plus grande exactitude à travers l'enveloppe osseuse et charnue, se trouvaient dans tel et tel état. Tous ces renseignements émerveillaient fort l'auditoire, quand la dame dont on décrivait ainsi les organes et qui ne paraissait pas faire un grand cas de l'anatomie pathologique de la somnambule l'interrompit tout à coup et lui dit : Ce que vous déclarez voir dans les organes les plus cachés de mon corps peut être vrai, car pour mon compte je ne l'ai jamais vu, je ne puis le voir et n'ai pas envie de le vérifier. Mais il est une chose que je sais parfaitement et que mieux que mes organes vous pourrez apercevoir, ce sont mes dents. J'ai par malheur cinquante et un ans et je ne suis pas arrivée à cet âge sans perdre quelques-unes de ces perles qui concouraient à ma beauté, ainsi qu'on me disait jadis. Puisque vous voyez avec tant de lucidité dans mon corps, il vous sera facile, je crois, de compter le nombre de dents que je tiens de la nature et le nombre de celles qui m'ont été fournies par mon dentiste.

Un silence solennel succéda à cette question extra-lucide, et la magnétisée, après une réflexion de quelques minutes, poussa tout à coup un cri de suffocation qui força à la réveiller incontinent. — La sibylle était restée sur les dents.

Félix Roubaud.

Concours. — M. Gosselin a fait aujourd'hui une leçon clinique sur deux malades ayant l'un un épanchement thoracique consécutif à une plaie de poitrine, l'autre, une tumeur de l'os maxillaire inférieur.

différence que la cavité sigmoïde du cubitus est placée au-dessus de l'épicondyle, tandis que, dans le cas que nous venons d'exposer. elle l'embrassait complètement.

Nous avons eu occasion de revoir le malade le 20 octobre de la même année, soixante-dix-huit jours après son accident. Il nous a assuré avoir pu se remettre à remuer ses futailles quatre jours après sa sortie de l'hôpital. Aujourd'hui, il se sert indifféremment de l'un ou de l'autre bras et peut se livrer aux plus grands efforts sans ressentir la moindre douleur dans l'articulation qui, comme on l'a vu, avait été le siége de si grands désordres. (*Revue méd.-chirurg.*)

Chaux projetée dans l'œil.

SUPPURATION DU GLOBE OCULAIRE.

Par le Dr COURSSERANT.

Le 5 septembre, un enfant âgé de cinq ans jouait sur la place Saint-Germain-des-Prés avec quelques camarades. Un de ces derniers, ayant saisi une poignée de sable mêlé de chaux éteinte, la lui lance à la face; le projectile pénètre dans l'œil et y détermine à l'instant même une douleur des plus vives. L'enfant pousse un cri perçant, porte les mains aux paupières, et tout en y exerçant des mouvements de frottement s'écrie : « Je brûle! je brûle!..., etc. » Il est conduit chez un voisin, épicier du voisinage, et de l'huile d'olives est versée entre les paupières. Cependant, comme le blessé, malgré l'emploi de l'huile, ou plutôt à cause de l'usage de cette huile, accusait toujours de vives douleurs, on le transporte chez un pharmacien, lequel s'empresse de laver l'œil à grande eau. Il était cinq heures environ quand l'accident est arrivé; à six heures je voyais l'enfant chez moi.

Nulle trace de brûlure, nulle contusion, nulle lésion des tissus n'existe à l'extérieur. Les paupières, déjà gonflées, ayant été écartées avec des élévateurs, permirent de découvrir une quantité assez considérable de sable, de chaux, de petits cailloux libres en partie au milieu des tissus sur lesquels ils reposaient, et en partie incrustés dans la cornée transparente, et surtout dans la conjonctive palpébrale et bulbaire. Les culs-de-sac oculo-palpébraux étaient aussi remplis de ces mêmes matières étrangères que je m'attachai à extraire, en me servant, suivant l'exigence des cas, tantôt d'une pince fine, tantôt d'une aiguille à cataracte, ou d'injections nombreuses pratiquées avec une seringue d'Anel. Les parties malades, une fois débarrassées des matières calcaires qui m'empêchaient d'apprécier les lésions des tissus, ces derniers me présentèrent les particularités suivantes :

La face postérieure des paupières offrait une eschare d'un jaune-clair, grisâtre; la muqueuse bulbaire, moins désorganisée, présentait encore çà et là quelques traces de sa structure normale, surtout en bas, dans la partie de la conjonctive qui correspond au point de réflexion de la conjonctive palpébrale sur le globe oculaire; la cornée offrait une surface d'un noir-grisâtre, complétement opaque; enfin, les paupières étant tenues renversées pendant plusieurs minutes, aucune sécrétion liquide ne se produisait à la surface des tissus exposés au contact de l'air.

Dans toute autre région, ces désorganisations produites par la combinaison d'un caustique avec nos tissus auraient présenté peu de gravité, vu leur étendue peu considérable en surface et en profondeur; mais ici la proximité du cerveau, l'importance de l'organe blessé, le peu d'épaisseur de la cornée transparente et les suites funestes que devait entraîner sa rupture, sa suppuration ou son opacité consécutive aggravaient considérablement le mal.

D'un autre côté, la partie mortifiée de la cornée, quelle que fût sa profondeur, devant être éliminée par un travail inflammatoire subséquent et laisser derrière elle une surface d'autant plus exposée à la suppuration que les caustiques, tout en détruisant nos tissus, attirent dans les parties sous-jacentes une fluxion active qui en ramollit la trame organique, le traitement institué dans ce cas particulier devait avoir pour but :

1° De calmer la douleur;

2° De combattre ou plutôt de prévenir les accidents cérébraux qui pourraient se développer postérieurement;

3° De s'opposer autant que possible à la suppuration, à l'infiltration interlamellaire, au ramollissement de la cornée: telles furent les bases de la prescription suivante :

1° Application de trois sangsues derrière l'oreille gauche; 2° lavement purgatif; 3° sinapismes aux mollets; 4° potion calmante; 5° limonade pour boisson; 6° compresses d'eau froide, avec addition de 12 grammes de borax par 500 grammes d'eau, maintenues sur l'œil d'une manière permanente.

Pendant trois jours, le gonflement des paupières se maintint dans des limites telles que je pus découvrir tous les jours le globe oculaire en écartant à l'aide d'élévateurs les voiles palpébraux, et laver deux fois par jour les parties malades avec de l'eau tiède rendue légèrement astringente par une faible quantité de borax. En agissant ainsi, je voulais raffermir le tissu de la cornée et m'opposer à son ramollissement, ramollissement causé et par l'inflammation suppurative qui devait accompagner la chute des eschares cornéennes, et par l'infiltration interlamellaire qui devait envahir inévitablement les couches sous-jacentes à ces mêmes eschares et y entretenir la suppuration; or, en laissant la cornée baigner au milieu des liquides versés derrière les paupières, j'aurais favorisé le ramollissement de son tissu, et j'aurais hâté la rupture et la destruction de ses lamelles.

Je dois noter ici que quarante-huit heures après l'accident la face postérieure des paupières était en pleine suppuration, tandis que la cornée ne présenta ce phénomène que trois jours plus tard, le 10 septembre. Ce jour-là, un caillou de la grosseur d'un petit pois, raboteux et recouvert de matières terreuses et calcaires, fut aperçu à l'angle interne de l'œil, et je constatai dans la cornée des désordres de la nature la plus grave. Des lambeaux blanchâtres, assez semblables aux tendons des muscles détachés par la suppuration, flottaient çà et là sur les 8/10e de la cornée, à laquelle ils adhéraient par leurs bases. Au milieu de ce détritus cornéen se voyaient quelques îlots de cornée non encore envahis par la suppuration, et dont les bords permettaient d'apprécier l'épaisseur des parties mortifiées. C'est ainsi que je pus me convaincre que les deux tiers antérieurs des couches cornéennes avaient été détruits par leur combinaison avec le caustique ou détachés par l'infiltration interlamellaire et éliminés par la suppuration.

Le lendemain, 11 septembre, à la place de la cornée, on n'apercevait plus qu'une surface suppurante, inégale, offrant çà et là quelques points noirs dus à la hernie de l'iris à travers les joints les plus faibles des restes de la trame organique de la cornée. La cornée détruite, il ne restait plus d'espoir pour la conservation des fonctions visuelles de l'organe. Aussi, au lieu d'insister sur l'emploi de l'eau froide dans le but de modérer la suppuration, je jugeai convenable de faciliter cette dernière par l'emploi des émollients; mais ni cataplasmes, ni compresses tièdes ne purent être supportés par le malade, et force fut de continuer les réfrigérents.

Plus tard un bourrelet charnu s'étant engagé entre les paupières fut excisé; la compression qu'il subissait de la part de ces voiles palpébraux déterminant de vives douleurs qui s'irradiaient dans le globe occulaire et dans les régions du front et de la tempe. Cette petite opération provoqua une réaction inflammatoire, suivie d'un gonflement assez considérable de la paupière supérieure et du côté correspondant de la face, accompagné de fièvre et de coma, lesquels cédèrent à un traitement antiphlogistique et dérivatif et à l'emploi des préparations opiacées. En ce moment le malade se trouve dans un état de santé générale satisfaisant; décrire l'état actuel du globe oculaire, ainsi que ses adhérences probables avec les paupières, c'est ce que je ne puis faire, la famille ayant désiré que pendant quelques jours il ne fût fait aucune tentative d'exploration des parties malades.

Quelque funeste qu'ait été l'issue de la maladie, cette observation me semble présenter quelque intérêt sous plusieurs points de vue. Elle établit, en effet :

1° Que la chaux éteinte est un caustique assez énergique lorsqu'elle est mise en contact avec les muqueuses;

2° Que sa présence dans l'œil offre un danger d'autant plus grand que la conformation des paupières est plus apte à maintenir le caustique en contact avec les tissus environnants;

3° Que, la lésion de la cornée étant le point capital et l'eschare de cette membrane pouvant donner seule avec précision la mesure de la profondeur à laquelle les couches cornéennes ont été frappées, tout praticien prudent devra attendre pour porter un jugement définitif sur l'issue de la maladie ou la suppuration de la cornée ou la chute des eschares cornéennes;

4° Que la chute des eschares et la suppuration se produisent beaucoup plus tard sur la cornée que sur les paupières;

5° Que l'huile d'olives, ce remède populaire contre les brûlures, doit être bannie, dans certains cas de brûlure, des parties rétro-palpébrales par la chaux, cet alcali formant avec l'huile d'olives un savon caustique qui adhère à nos tissus, sur lesquels il prolonge l'action d'un agent chimique délétère;

6° Que dans ces circonstances on ne saurait apporter trop de patience, trop de soin, trop d'opiniâtreté, pour ainsi dire, à l'examen des parties atteintes, afin d'extraire les corps étrangers incrustés dans la profondeur des tissus ou cachés dans leurs replis.

TUMEUR ÉNORME DU SCROTUM

composée de deux parties distinctes, l'une lypomateuse, la seconde cancéreuse. Ablation. Guérison.

Cette tumeur s'est développée dans le scrotum gauche d'un homme âgé de soixante-huit ans, fortement constitué et jouissant habituellement d'une santé parfaite. Il y a vingt ans que le malade s'en est aperçu pour la première fois; elle présentait alors le volume d'une noisette, et siégeait à la partie inférieure des bourses. Peu à peu elle a augmenté de volume, en gagnant la partie supérieure et chassant au-dessus d'elle le testicule et l'épididyme, qui sont l'un et l'autre restés indépendants, et ont conservé leur état de santé. Jamais cette tumeur n'a déterminé aucun accident, si ce n'est dans ces derniers temps, où, par son volume égal à peu près à la tête d'un adulte, et surtout par son énorme poids, elle occasionnait des tiraillements tels, que la marche était devenue tout à fait impossible. Ce fut alors que le malade vint se présenter à l'Hôtel-Dieu et prier M. Jobert de le débarrasser de son infirmité. L'habile chirurgien, après avoir diagnostiqué les deux éléments de la tumeur, se décida à l'enlever; mais auparavant il se demanda s'il conserverait le testicule, dont il avait parfaitement reconnu la présence à la partie supérieure du scrotum. Cette question, selon M. Jobert, ne pouvait offrir le plus léger doute, attendu que l'âge du malade rendait cet organe à peu près inutile; qu'en outre, il était probablement enclavé dans l'intérieur de la tumeur elle-même, et ne pourrait en être séparé que par une dissection longue et minutieuse, et par conséquent très-douloureuse; enfin, en respectant l'organe lui-même, il était difficile de respecter aussi bien ses enveloppes, la tunique vaginale en particulier. Dès lors, on devait craindre l'inflammation de cette dernière, et cette inflammation probable a paru à M. Jobert mériter une sérieuse considération, surtout en réfléchissant qu'elle s'ajouterait à l'inflammation traumatique, qui allait être le résultat d'une plaie aussi étendue. En conséquence, M. Jobert enleva la tumeur en entier, par son procédé opératoire, qu'il désigne sous le nom de procédé en coquille. En effet, ainsi que nous l'avons démontré dans un article récent, après l'opération, il ne reste plus que deux valves, qui s'appliquent l'une sur l'autre, à la manière des coquilles de l'huître, et qui permettent le facile écoulement des liquides, en évitant qu'ils soient retenus dans l'intérieur d'une poche. Les résultats de cette belle opération furent les plus simples, et, un mois après son entrée à l'hôpital, ce malade sortait complétement guéri, et pouvant reprendre sa profession de maréchal-ferrant, qu'il avait dû cesser depuis plusieurs années, au détriment de sa famille.

Le petit nombre des tumeurs semblables consignées dans la science, nous engage à indiquer ici les résultats de l'examen anatomique. On trouva que la tumeur était composée, ainsi que l'habile chirurgien l'avait diagnostiqué avant l'opération, de deux parties bien distinctes, une partie supérieure graisseuse, lypomateuse; une seconde plus dure, comme fibreuse, que M. Jobert présuma être du tissu fibro-plastique. Cette dernière était elle-même formée de plusieurs éléments; on reconnaissait, en effet, facilement un élément fibreux. Ces fibres, très-serrées dans certains endroits, donnent au tissu un aspect nacré. La majeure partie de la tumeur était composée d'une substance gélatiniforme, au milieu de laquelle l'on remarquait une foule de points blancs, comme tuberculeux. Enfin, dans d'autres points, on observait des épanchements sanguins, assez semblables à ceux qu'on remarque dans les tumeurs encéphaloïdes. Le testicule et l'épididyme étaient en effet placés à la partie supérieure dans le sillon qui séparait les deux parties de la tumeur, et avaient conservé leur état normal. Quant à la peau, elle était saine et n'avait contracté aucune adhérence avec la tumeur.

JUS DE PLANTAIN

dans les fièvres intermittentes rebelles.

C'est moins pour augmenter la liste déjà si nombreuse des fébrifuges que nous signalons les faits qui vont suivre que pour rappeler les praticiens à l'usage, beaucoup trop négligé de nos jours, de la matière médicale indigène, et les prémunir en même temps contre l'illusion trop commune qui les porte à se féliciter de la découverte d'agents médicamenteux nouveaux, qui ne sont tels pour eux que parce qu'ils ont été depuis longtemps oubliés! On trouve, en effet, dans presque tous les anciens traités de thérapeutique ou de matière médicale le plantain figurant au premier rang des fébrifuges. Est-ce l'inconstance de son efficacité, est-ce l'incomparable supériorité du quinquina qui l'ont fait tomber en désuétude? Peut-être l'une et l'autre raison. Quoi qu'il en soit, le plantain, n'eût-il que de rares occasions de se montrer utile, nous croirions encore rendre service aux praticiens des campagnes en leur rappelant le parti avantageux que quelques médecins en ont pu tirer. Témoin le fait suivant rapporté par M. le docteur Chevreuse, de Charmes-sur-Moselle.

Une dame de cinquante-six ans était prise depuis quelque temps, tous les deux jours, vers dix heures du matin, de malaise, de frisson, de douleurs aux jambes; puis de céphalalgie, de chaleur et de sueur si abondante que tous les objets de couchage en étaient imprégnés. Ce n'était que dans la nuit ou le lendemain matin qu'elle était délivrée de son accès. On avait appliqué des sangsues et des ventouses scarifiées sans succès. M. Chevreuse, consulté pour la première fois par cette malade, vu le mauvais état habituel de ses voies digestives, lui prescrivait le sulfate de quinine en lavement cinq ou six heures avant le premier stade de la fièvre; 35 centigrammes de ce sel furent pris d'abord sans produire autre chose que des douleurs d'entrailles, de la sécheresse à la gorge. Plus tard, la dose en fut élevée à 60 et même 70 centigrammes sans modifier son état.

M. Chevreuse se décida alors à essayer le remède par la voie de l'estomac. 50 centigrammes furent administrés en pilules douze heures avant l'accès; aucun résultat favorable. Dose plus forte le lendemain; même impuissance. Force fut d'y renoncer, la malade refusant d'en continuer l'usage. On essaya alors successivement la pommade au sulfate de quinine en frictions, les préparations opiacées, la toile d'araignée, le tout sans succès.

Plus d'un mois s'était écoulé ainsi; la malade ayant consenti de nouveau à se soumettre au sulfate de quinine, on en fit prendre à la dose de 1 gramme et plus dans du thé ou du café, mais sans plus de succès que la première fois. Enfin, après avoir fait usage de plusieurs remèdes empiriques toujours avec le même insuccès, la fièvre persistant depuis quatre mois avec la même intensité, la malade maigrissant et perdant ses forces, on eut l'idée de recourir à l'emploi du jus des feuilles de plantain (*plantago major*). Elle en prit environ un quart de verre ordinaire avant le frisson. La première dose de ce jus la purgea et accrut la fièvre, qui dura cette fois plus longtemps que de coutume. Mais, à partir de la seconde dose donnée de la même manière au début de l'accès suivant, la fièvre ne reparut plus; il ne resta plus que la faiblesse, qui se dissipa insensiblement.

M. Chevreuse rapporte cinq autres observations qui lui paraissent aussi concluantes que celle-ci en faveur de l'efficacité du jus de plantain, et qui présentent, en effet, cela de commun que le plantain a coupé des accès qui avaient résisté au sulfate de quinine. (*Revue méd.-chirurg.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 décembre 1850.—Présidence de M. PERTUS, vice-présid.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Abeille, médecin à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, adresse une *Observation de péritonite tuberculeuse latente et longtemps méconnue*, suivie de quelques réflexions. Il sollicite le titre de membre titulaire. (MM. Moret, Picard.)

— M. Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer, envoie à l'appui d'une demande du titre de correspondant,

1° *Un Traité pratique et raisonné de l'emploi des plantes médicinales indigènes.* (M. Foucart.)

2° *Un Mémoire sur les vers ascarides lombricoïdes.* (M. Pédelaborde.)

— M. Pédelaborde, à l'occasion du procès-verbal et du travail lu dernièrement par M. Foucart sur l'emploi des sutures dans les réunions immédiates, communique un fait qui vient à l'appui de l'opinion de ce dernier sur les avantages de la suture entortillée. Il y a quelques mois, il fut consulté par une femme qui portait au sein une tumeur de nature cancéreuse, assez volumineuse, et qu'il met sous les yeux de la Société. Il enleva cette tumeur en la circonscrivant par deux incisions semi-circulaires, dont la réunion formait une plaie de 21 centimètres de long, dirigée verticalement. Cette plaie fut réunie par première intention au moyen de cinq épingles et d'une suture entortillée. La guérison fut complète en moins de quinze jours. M. Pédelaborde fait observer qu'il laissa à dessein les épingles très longtemps en place, vu l'étendue de la plaie, à tel point que la constriction des fils détermina la formation d'une petite eschare qui laissa une légère dépression, et qui, à vraiment dire, ne constitua pas un accident. Il fait suivre ce fait de quelques réflexions confirmatives de celles dont il a été question dans les séances précédentes.

M. Lucien Boyer, à l'occasion de la communication de M. Pédelaborde, lit une observation d'opération de cancer du sein suivie de guérison. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 16 janvier.)

M. Pédelaborde revient sur l'avantage que l'on a, dans des opérations de ce genre, à ne pas multiplier ni trop agrandir les incisions. Il s'est toujours bien trouvé, et dans le cas précédent en particulier, de décoller la peau et le tissu cellulaire le plus profondément possible, de manière à arriver sur les ganglions sans nouvelle plaie extérieure. Il croit diminuer ainsi l'étendue des sources de suppuration.

— M. Caron raconte un fait qu'il a rencontré dans sa clientèle, et dont voici le résumé.

Il fut consulté il y a deux mois pour une petite fille de dix mois qui présentait aux organes génitaux des pustules syphilitiques. L'examen de la nourrice lui fit reconnaître qu'elle portait au sein un chancre syphilitique, aux parties génitales des plaques muqueuses en grand nombre, et qu'elle avait un écoulement vaginal purulent, sanieux. D'après les conseils de M. Caron, la nourrice fut renvoyée. Les pustules syphilitiques de l'enfant furent pansées avec une pommade au calomel. On lui administra quelques grammes d'iodure de potassium, et au bout de neuf jours tout était terminé. Plus de huit jours après la terminaison des accidents, nouveaux troubles du côté des organes génitaux de l'enfant; selles liquides, verdâtres, d'odeur urineuse. L'enfant n'urinait plus; mais la défécation était précédée de l'expulsion d'un flot d'urine. M. Caron, après examen des parties, reconnut que la vulve s'était oblitérée pendant le travail de cicatrisation des pustules syphilitiques, et à l'aide d'une sonde cannelée rompit le vice de conformation accidentel, et rétablit le cours normal des urines. Une fistule recto-vaginale s'était établie par suite de la rétention des urines dans le vagin. M. Caron pense qu'elle guérira spontanément.

M. Foucart demande à M. Caron si, dans son opinion, l'ulcération du sein de la nourrice était primitive ou secondaire. Si elle est primitive, il est étonnant que l'infection ne se soit pas faite par la bouche et les lèvres de l'enfant; car on sait que le chancre ne se communique que par le contact des parties malades avec des parties saines. Si elle était secondaire, et la nature des lésions trouvées aux parties génitales de la nourrice porterait à le croire, les pustules de l'enfant ne pouvaient être le résultat de l'infection par la nourrice; car il est prouvé maintenant par des faits nombreux et bien observés que les accidents constitutionnels ne peuvent se transmettre d'individu à individu, mais seulement par voie d'hérédité. Il est évident que dans le cas actuel, c'est des parents que l'enfant tenait son affection syphilitique. M. Caron connaissait-il les antécédents du père et de la mère d'une manière certaine et positive?

M. Caron a interrogé avec soin le père, qui lui a affirmé n'avoir jamais eu d'affection syphilitique d'aucune espèce. Il doute que l'on puisse interpréter le fait d'une autre manière que par la transmission de la nourrice à l'enfant. Les théories nouvelles sur la vérole sont séduisantes, mais ne sont pas l'expression de la vérité.

M. Foucart répond que les doctrines auxquelles il est fait allusion ne sont pas fondées sur des théories, mais bien sur l'observation journalière et publique de faits authentiques qui ont mis hors de doute ces deux principes : 1° Le seul accident syphilitique transmissible d'individu à individu est l'accident primitif, le chancre; 2° les accidents secondaires ne sont transmissibles que par hérédité. Maintenant, quant à l'enquête faite du côté du père, elle ne prouve absolument rien. On ne fait pas la science avec des affirmations de malades. Laissant la mère en dehors, le père peut avoir été malade et avoir intérêt à le cacher. Ou encore, admettant la bonne foi, il peut avoir eu un chancre sans y avoir fait d'autre attention qu'à une écorchure simple, et avoir eu des accidents constitutionnels dont la nature aura été méconnue. Rien n'est plus fréquent dans le monde. Et pour les traces, il est très fréquent qu'il n'en reste aucune, soit d'accidents primitifs, soit d'accidents secondaires.

M. Pédelaborde partage complétement la manière de voir de M. Foucart. Il rappelle combien il est commun de voir le médecin induit en erreur volontairement ou involontairement par le malade. Il cite entre autres le fait d'un sujet qui vint le consulter il y a deux ans pour des accidents constitutionnels, et qui prétendait n'avoir jamais rien eu. L'exploration des organes génitaux lui fit reconnaître la cicatrice d'un chancre. Je me rappelle, en effet, lui répondit le malade, avoir eu là une écorchure, mais je l'avais oublié.

M. Duhamel. Un homme qui a une vérole constitutionnelle, mais qui ne présente, pour le moment, aucun symptôme syphilitique, peut-il transmettre la vérole à une femme? Je réponds par l'affirmative, et je m'appuie sur six faits que j'ai observés. Une jeune fille de seize ans, d'honnête famille, et ne pouvant être soupçonnée, se marie, devient enceinte; elle se plaint de prurit des parties génitales. J'examine, et je trouve des plaques muqueuses. Le mari n'avait rien; mais il avait eu, à une époque antérieure, des accidents secondaires qui avaient été guéris. M. Duhamel cite un autre exemple tout à fait semblable d'une jeune fille qui, mariée avec un ancien marin, lequel avait eu la vérole longtemps avant son mariage, vit, au bout de trois mois de grossesse, se développer aux grandes lèvres des pustules et des ulcères syphilitiques. Faut-il, dans ces cas, accuser les femmes d'avoir été prendre la maladie avec d'autres que leurs maris? Il ne le pense pas.

M. Foucart admet sans conteste les faits de M. Duhamel; mais ces faits ne sont pas embarrassants. On peut les expliquer parfaitement sans soupçonner aucunement les femmes. Deux explications sont possibles.

D'abord, il se peut que la jeune fille soit née de parents syphilitiques, et que la première apparition de la vérole constitutionnelle se fasse aux organes génitaux au moment où ces organes, jusque-là inertes, commencent à fonctionner, à être le siége d'une irritation particulière et nouvelle, absolument comme on voit les plaques muqueuses apparaître sur la lèvre des fumeurs au point où le contact de la pipe cause une irritation locale. Quelle est la période absolue au bout de laquelle la vérole constitutionnelle ne peut plus se montrer? Quelle est la limite extrême de sa *latence*?

Puis ensuite nous remarquons que la vérole ne se manifeste chez les deux femmes dont parle M. Duhamel qu'après un commencement de grossesse. Est-il prouvé que le fœtus procréé par un père syphilitique ne puisse pas, par suite de l'échange qui se fait des matériaux de nutrition entre la mère et l'enfant, transmettre la vérole à la mère?

M. Jalade-Lafond insiste sur ce dernier argument. Jamais les syphiliographes n'ont établi que l'infection syphilitique ne puisse se faire du père à la mère par l'intermédiaire de l'enfant. C'est là une question sérieuse et qui mérite d'être étudiée.

— M. Coursserant. Dans l'opération de la cataracte, quel mode opératoire doit-on préférer de l'abaissement ou de l'extraction en supposant que l'une ou l'autre de ces méthodes dût être employée à l'exclusion de l'autre?

Telle est la question qui s'agite depuis longtemps parmi les praticiens, dont le plus grand nombre cependant pratiquent l'abaissement avec des modifications diverses. Cette préférence pour l'abaissement, je la constate sans la partager, parce que l'observation attentive des faits m'a démontré qu'elle repose :

1° Sur des observations inexactes;

2° Sur des relevés statistiques dont les matériaux ne peuvent être assimilés;

3° Sur la manière vicieuse dont la question a toujours été posée et discutée.

Mon intention n'est aujourd'hui que d'appeler l'attention de la Société sur les avantages incontestables de l'extraction pratiquée par un lambeau supérieur, surtout dans des circonstances qui contre-indiquent complétement l'extraction par en bas.

L'opération avec un lambeau supérieur réalise un progrès immense dans la science ophthalmologique, ainsi que le démontre l'observation suivante, dont je ne rappellerai que les circonstances les plus saillantes :

Mademoiselle X..., âgée de soixante-huit ans, boulevard Montparnasse, n° 124, est atteinte d'une double cataracte. L'opacité cristallinienne est assez avancée dans l'œil droit; le gauche offre une cataracte complète capsulo-lenticulaire. La pupille étant dilatée, on voit facilement que l'opacité capsulaire occupe la moitié interne de cette ouverture. D'un autre côté, si on considère que les yeux de cette malade sont excessivement proéminents, que les paupières présentent un clignement continuel très énergique, qu'elle est d'un tempérament essentiellement nerveux, que la plus légère contrariété l'irrite, que la moindre douleur provoque chez elle une sensibilité exagérée, on verra que l'extraction par en bas aurait présenté les plus grands dangers. En effet, la ponction et la contreponction de la cornée ayant été faites sans aucun accident, la malade contracta tellement les muscles de l'œil que le couteau ne pouvait avancer et que force fut d'attendre que ce spasme fût un peu apaisé. Vers la fin de l'opération, le couteau pressant très légèrement sur la cornée pour achever la section d'une bride cornéenne, la contraction musculaire fut telle que cette languette cornéenne, de plus d'une ligne de largeur, se rompit brusquement sur le tranchant de l'instrument avec un bruit assez semblable à celui que produit la rupture subite d'un fil assez fort. Au même instant l'iris fut brusquement poussé en avant; mais, le couteau étant maintenu en place quelques secondes et la cornée se trouvant non divisée dans sa moitié inférieure, ce double obstacle fut suffisant pour résister à l'impulsion produite sur l'iris par les humeurs de l'œil brusquement chassées en avant par la contraction des muscles oculaires.

Le déchirement de la capsule et l'extraction de l'appareil capsulo-cristallinien constituaient le second temps de l'opération. La capsule opaque offrit quelque résistance à l'action de l'aiguille; mais à peine avais-je retiré la pointe du kystitome que la malade, roulant l'œil dans tous les sens et contractant énergiquement les muscles de l'œil et des membres, le cristallin fut projeté avec violence hors de l'œil et sa sortie suivie de celle du tiers environ de l'humeur vitrée et du renversement du lambeau. Cependant, le lambeau étant relevé promptement et maintenu en place par l'application sur lui de l'index de la main gauche, je pus empêcher la sortie du reste de l'humeur vitrée et donner le temps à la paupière supérieure de s'abaisser au-devant de l'œil pour former sur la cornée l'office d'une attelle destinée à maintenir le lambeau en place.

Le cristallin extrait, la capsule restait encore dans la chambre postérieure et occupait la moitié interne et inférieure de la pupille largement ouverte en haut.

Deux fois je tentai d'introduire une pince pour la saisir et l'arracher; mais au moindre attouchement de l'œil par l'instrument, la malade accusait de vives douleurs, tournait l'œil dans tous les sens, et l'humeur vitrée venait proéminer à travers la pupille, de manière à me faire craindre que des accidents de la nature la plus grave ne fussent la conséquence de tentatives faites même avec les plus grands ménagements.

La guérison a été des plus rapides. Au cinquième jour de l'opération, la malade distinguait facilement, dans une chambre très peu éclairée, le nombre et le mouvement des doigts placés devant elle. En ce moment, la santé de la malade et l'état de son œil se trouvent dans les conditions les plus satisfaisantes. La capsule s'est repliée sur elle-même et forme un liséré à peine appréciable, bordant la pupille en bas et en dedans.

Quant à la pupille, elle est largement ouverte dans la partie supérieure — où l'iris se trouve presque complétement effacé et à peine visible. — Déjà, dans quelques circonstances analogues d'extraction par en haut et de sortie brusque du cristallin, il m'a été donné d'observer cette mydriase *traumatique de l'iris*, comme si sa contractilité avait subi une atteinte profonde par suite de la distension trop grande de ses fibres contractiles au moment du passage violent du cristallin.

Le secrétaire annuel, Dr Picard.

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Un jeune élève en médecine, né dans nos colonies, se trouve, par suite de revers de fortune dans sa famille, entièrement privé de ressources à Paris.

Ce jeune homme, d'une parfaite moralité et travailleur zélé, a pris quatre inscriptions; il est bachelier ès lettres, et se proposait de concourir pour l'externat et l'internat dans les hôpitaux. Il s'agit de le sauver du désespoir et de le mettre à même de partir pour son pays, éloigné de 2,000 lieues.

Nous nous adressons avec confiance à nos confrères et aux élèves en médecine, ne doutant pas que cet appel ne soit entendu et que la souscription que nous ouvrons dans notre journal ne soit fructueuse pour lui.

On souscrit aux bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 38.

Liste de souscription :

Montant de la dernière liste de souscription. . .	49 fr.
M. le docteur Cornac.	10
M. Martin, agent de plusieurs sociétés savantes. .	1
M. le docteur Brierre de Boismont.	30
M. le docteur Ricord.	20
Total.	110

— Par décision ministérielle du 30 novembre 1850, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les officiers de santé de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

A la 1re classe du grade de pharmacien-major. — Choix, M. Thomas, dit Collignon, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital de Metz.

A la 1re classe du grade de pharmacien aide-major. — Choix, M. Servoisier, pharmacien aide-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Oran.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* —

M. Dapessetche, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour l'hôpital de Marseille,

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Blanvillain, chirurgien aide-major de 1re classe au 65e de ligne, a été désigné pour passer au 55e de la même arme.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 9. — JEUDI 23 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 9 — JEUDI 23 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour tes pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 22 JANVIER 1851.

Séances des Académies.

La séance d'hier de l'Académie de Médecine a été marquée par deux innovations dignes de tous nos éloges. La première, tout administrative, consiste dans la lecture de l'ordre du jour à l'ouverture de la séance ; elle est due sans doute à l'esprit d'ordre, de précision, de nctteté, qui est une des nombreuses qualités du nouveau président. Grâce à cette amélioration, on connaîtra au début de la séance les lectures qu'on aura à entendre, les discussions qu'on pourra espérer ou craindre, et l'on pourra disposer de son temps en conséquence.

La seconde innovation est plus sérieuse et ne serait pas sans une grande portée scientifique si l'Académie devait être fidèle au précédent établi par MM. Jobert et Robert, par ce dernier surtout. M. Robert, en effet, ayant à rendre compte d'un travail sur le traitement de l'hydrocèle par les injections d'ammoniaque, propose de répondre à l'auteur : « Que l'Académie ne saurait approuver le nouveau moyen qu'il a conseillé et mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle. » Les conclusions de ce genre, qui rappellent les habitudes de la célèbre Académie de Chirurgie, peuvent offrir des inconvénients pour celui qui les formule, mais on ne saurait contester qu'elles ne soient bien préférables à ces conclusions banales qui se résument en des remerciments à l'auteur, sans exprimer aucun jugement sur son travail. Il y a un autre avantage encore à ces conclusions, c'est qu'il n'est guère probable qu'un rapporteur se hasarde à les écrire sans avoir fait une étude sérieuse du mémoire qu'il a eu à examiner, sans faire par conséquent sur ce mémoire un rapport consciencieux, étudié, véritablement scientifique. C'est ainsi qu'a procédé aujourd'hui M. Robert. Il ne s'est pas borné à discuter au point de vue théorique les avantages et les inconvénients du traitement imaginé par M. Bonnafont; il a expérimenté ce traitement, et c'est sur ses propres observations, aussi bien que sur celles de l'auteur du mémoire, que M. Robert a basé ses conclusions.

Nous n'avons regretté qu'une chose en entendant le rapport de M. Robert et celui de son habile collègue M. Jobert ; c'est que l'occasion de l'heureuse réforme qu'on semble vouloir introduire dans les habitudes académiques ait été prise dans une illégalité. On sait que MM. Colson et Bonnafont sont correspondants de l'Académie ; or le règlement interdit de faire des rapports écrits sur les travaux des membres correspondants de l'Académie. Notre intention n'est pas en ce moment de discuter la valeur de cet article du règlement, mais seulement de dire que tant qu'ils existent, fussent-ils même mauvais, les lois et les règlements doivent être observés.

Un mot encore sur le rapport de M. Robert. L'honorable académicien a soutenu contre M. Rochoux qu'il n'y avait point de sphincter vésical, et que c'était là une opinion admise par tous les auteurs. Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que tous les auteurs, s'il est bien vrai qu'ils soient tous d'accord à ce sujet, soient dans l'erreur; mais cela nous paraît extrêmement probable. *A priori*, on doit croire qu'un réservoir aussi vaste que la vessie conserverait bien difficilement le liquide qu'elle renferme, si à son orifice n'existait pas un agent efficace de constriction. En second lieu, l'anatomie comparée confirme pleinement cette prévision. Le sphincter vésical existe chez tous les animaux qui ont une vessie d'un certain volume; il est surtout très remarquable chez le cochon, ainsi que l'ont démontré MM. Rigot, Gérard, Lavocat, etc. Nous croyons donc devoir engager M. Jobert à vérifier, par une de ces dissections comme il sait les faire, les assertions des auteurs sur ce point.

— Trois lectures ont encore été faites après le rapport de M. Robert, par MM. Chailly, Fourcault et Roboüam.

M. Chailly s'est proposé de démontrer que l'accouchement prématuré artificiel était infiniment préférable, dans les cas de rétrécissement du bassin, aux moyens débilitants, à l'aide desquels on a proposé de diminuer le volume de l'enfant, ou plutôt de l'empêcher d'acquérir un volume trop considérable. A l'appui de son opinion, M. Chailly a invoqué les beaux résultats fournis par l'accouchement prématuré artificiel. C'était là le premier terme du problème à résoudre; il ne restait plus qu'à savoir quels étaient les résultats fournis par le régime et la saignée pour établir la comparaison entre les deux méthodes et tirer des conséquences motivées. M. Chailly n'a pas fourni ce second terme, et l'a remplacé par des considérations théoriques qui ne sont pas sans valeur, mais qui ne sauraient cependant tenir lieu de faits positifs. Nous devons ajouter, dans l'intérêt de M. Chailly lui-même, que l'opinion qu'il défend aurait gagné à être exprimée en termes un peu plus châtiés.

La lecture de M. Fourcault, qui ne touche que par un faible côté à la médecine, n'est qu'un résumé succinct d'opinions plus longuement exposées par l'auteur dans d'autres écrits. Ces opinions, fondées sur des considérations purement théoriques, font honneur à ses sentiments, mais ne sauraient faire progresser d'un pas la grave et difficile question de la réforme pénitentiaire.

Quant à la lecture pleine de verve et d'originalité de M. Roboüam, nous ne sommes pas en mesure de l'apprécier à sa juste valeur. Nous savons seulement que les faits avancés par l'auteur ont été jugés inexacts par la Société centrale d'agriculture.

— L'Académie a enfin reçu aujourd'hui une partie des documents relatifs à l'épidémie de choléra. M. le secrétaire perpétuel a émis, à propos de cette réception, quelques idées qu'il ne nous est pas possible de partager, et qui nous obligeront à revenir en temps et lieu sur ce sujet.

—A l'Académie des Sciences de lundi dernier, l'intérêt médical qu'avait excité la communication de M. Flourens dans la séance précédente a été un peu calmé par une note de M. Segond. M. Segond, on le sait, appartient à cette école qui, par antiphrase sans doute, s'intitule : *école positiviste ;* école composée d'hommes fort honorables et animés des meilleures intentions, mais qui semble créée pour remplir dans les sciences le rôle que le cercle des femmes savantes a joué autrefois dans la littérature. La note de M. Segond n'est pas une des moindres preuves que l'on pourrait fournir à l'appui de cette proposition. Dans cette note, écrite dans un langage bizarre et souvent inintelligible dont notre analyse (voir le compte-rendu) ne donnera qu'une faible idée, l'auteur pose comme un aphorisme ce premier fait, que les maladies, tant médicales que chirurgicales, de l'intestin grêle sont beaucoup plus graves que celles de toutes les autres parties du canal alimentaire. On comprend sans peine qu'en partant d'une donnée aussi manifestement fausse, l'auteur n'ait pu arriver qu'à des conséquences de même nature. — H. de Castelnau.

Projet de loi
SUR LES HOSPICES ET HÔPITAUX.

Une fois déjà nous avons eu à rendre compte d'un premier travail présenté à l'Assemblée nationale par la commission de l'assistance publique (1). A cette époque, la commission n'avait fait qu'exprimer par l'organe de M. Thiers la vues d'ensemble, les principes généraux qui devaient les guider dans l'étude des diverses questions qui relèvent de l'assistance publique. Nous n'eûmes alors que des éloges à donner à ce premier manifeste, tant les principes énoncés nous paraissaient vrais, justes, pratiques.

Notre situation est loin d'être la même aujourd'hui. Le projet de loi sur les hôpitaux et hospices nous semble tellement vicieux dans certaines parties, tellement insuffisant surtout, que nous n'avions pas cru qu'il pût être discuté à l'Assemblée avant d'avoir subi l'examen et les modifications des hommes spéciaux; nous avions pensé qu'il serait renvoyé au conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, et ensuite au conseil d'État. Telle est la raison qui nous avait fait abstenir de donner notre opinion sur ce projet, où presque tout est à refaire, et qui est certainement inférieur à la législation qui régit actuellement la matière.

Malgré nos prévisions, ce projet, ayant été mis à l'ordre du jour de l'Assemblée législative, peut être discuté au premier jour et peut-être adopté avec tous ses défauts. C'est ce qui nous engage à en faire dès au-

(1) Cette commission, ainsi que nous l'avons dit alors, se compose de MM. Piscatory, Proa, Savatier-Laroche, Levavasseur, de Melun (Ille et-Vilaine), de Riancey, de Rémusat, de l'Espinay, de Melun (Nord), Cordier, Corne, Berryer, Coquerel, Lequien, Parisis, Béchard, Louvet, Noailles, de Mouchy, de Montébello, Callet, de Sèze, Godelle, de Montalembert, Arago, Raudot, Buffet, Ancet, Dupin (Charles), de Beaumont (Gustave), Thiers.

FEUILLETON.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

RÉFLEXIONS SUR LE VIRUS,

Par M. le docteur HAMEAU, médecin à la Tête-de-Buch (Gironde).

Commissaires : MM. Fr. Dubois et Londe, rapporteur.

(Suite. — *Voir* le numéro du 18 janvier.)

Après avoir énoncé les causes ordinaires des maladies, l'auteur montre en quoi les virus en diffèrent. Celles-là *agissent spontanément si elles sont assez fortes*, tandis que ceux-ci suspendent leur action pendant un certain temps, ou du moins ne la laissent pas apercevoir. Chacune des causes ordinaires des maladies peut produire des maladies différentes, tandis que chaque virus produit toujours invariablement la même maladie, quoiqu'à des degrés divers. Ainsi, par exemple, le froid humide déterminera un rhumatisme chez un individu, et chez un autre un catarrhe, selon les dispositions des sujets. D'où vient cette différence? C'est que ces causes agissent mécaniquement, tandis que les virus obéissent à une sorte d'instinct ou savoir inné, tel que celui des animaux. Tout le travail des virus n'a réellement pour but que de reproduire la matière dont ils procèdent, qui les caractérise et qui doit les reproduire eux-mêmes. L'auteur, après avoir établi l'existence de ces fléaux cosmopolites, qu'il regarde comme des virus invisibles, passe à l'étude du ciron de la gale comme type des virus. Personne ne doute de son existence depuis qu'Abynzoar, Thomas Mouffet, Rédi, Linnée, Morgagni, Pringle, Pallas et tant d'autres l'ont décrit, dessiné, classé, démontré. Nous ne suivrons donc pas l'auteur dans les preuves qu'il accumule pour établir que ce sarcopte est cause et non effet de la maladie ; qu'il attaque aussi bien les personnes propres que les personnes sales; que, s'il se multiplie davantage chez celles-ci, c'est parce qu'il s'y trouve, ainsi que ses générations, plus paisiblement que chez les premières. Nous passerons également sous silence les ingénieuses discussions auxquelles se livre l'auteur pour combattre la doctrine des créations spontanées. Sa conclusion est la sentence des anciens : *Omnia ex ovo ;* et si on lui demande d'expliquer comment naissent ces petits êtres, il répond hardiment que tout cela se passe comme chez les grands. Nous ne voyons, dit-il, les pères qu'avec l'aide des instruments; comment pourrions-nous voir les enfants et la manière dont ils sont produits? De même que ceux des plantes cryptogames, leurs germes doivent être d'une ténuité extrême; ce qui peut expliquer comment plusieurs sortes d'insectes se développent dans les parties les plus profondes et les plus dures de notre organisme. J'ai vu, dit-il, des cisticerques remplir tout l'intérieur d'un tibia, chez un jeune homme dont ils causèrent la mort. qui était obligé, par état, de passer souvent nu-pieds dans les marais, qui chaque jour en buvait les eaux. Comment ces insectes étaient-ils parvenus dans ce tibia? Croit-on qu'ils s'y étaient engendrés d'eux-mêmes? Pas du tout. Leurs germes, pris dans les marais, étaient arrivés dans le tibia par le torrent de la circulation, comme on voit la matière de la petite-vérole inoculée, par exemple, se répandre par cette voie sur tout le corps. La conclusion de l'auteur relative au ciron est que celui-ci naît dans la malpropreté, et non de la malpropreté.

Les mêmes opinions sont émises sur les insectes qui se créent dans la pourriture des végétaux et des animaux ; leurs germes y sont déposés par des insectes de leurs espèces. On peut en dire autant pour ceux qui sont dans l'homme et dans les animaux. Leurs germes, suivant l'auteur, sont dans l'eau qui sert à la boisson.

Trouvant ces convictions généralement partagées sur la naissance par voie de génération de l'acarus de la gale, M. Hameau examine comment se conduit cet insecte pour se nourrir sur l'homme et y établir sa famille, compte le temps et le nombre des générations suffisant pour l'envahissement successif des diverses parties du corps, l'âge auquel doit être parvenu l'insecte pour opérer sa reproduction, la manière dont il se creuse un logement, l'époque et la distance de sa demeure auxquelles il dépose ses germes, passe de là au travail qu'accomplissent sur les chênes diverses espèces de cynips, montre l'insecte perçant un bourgeon de l'arbre, déposant ses germes dans cette ouverture, ceux-ci se développant, formant autour d'eux un rempart qui les met à l'abri des attaques de leurs ennemis; d'autres cynips plus faibles, incapables de percer les branches du chêne, en attaquant les feuilles et les fleurs mâles pour y déposer leurs naissantes familles et s'y construire un asile aussi sûr que commode. Comparant tous ces phénomènes, l'auteur croit qu'on n'en peut méconnaître les rapports et les ressemblances; que les insectes qui les produisent sont mus par les mêmes besoins, agissent d'après ce savoir inné dont le Créateur a gratifié tous les êtres. Poursuivant cet examen, il compare les merveilleux travaux des insectes à ceux de la petite vérole, de la vaccine, et de toutes les autres maladies virulentes à pustules ; voit une identité parfaite entre toutes ces choses, parce qu'elles sont, suivant lui, le produit et des mêmes besoins et du même savoir.

Quant aux maladies contagieuses qui n'ont pas de pustules, dont

jourd'hui l'examen, espérant toutefois encore que le futur ministre de l'intérieur réclamera et obtiendra le délai nécessaire pour faire étudier mûrement les graves questions tranchées mais non résolues par le nouveau projet. En voici d'abord le texte :

TITRE PREMIER. — *Admission dans les hospices et hôpitaux.*

Art. 1er. — Tout individu, domicilié ou non, tombant malade dans une commune, s'il est dans l'impossibilité de se faire traiter à ses frais, sera admis à l'hôpital ou aux secours médicaux établis dans la commune.

Art. 2. — L'indigent possédant le domicile de secours peut seul être admis dans un hospice destiné aux vieillards et infirmes.

Art. 3. — Les malades et incurables indigents des communes privées d'établissements hospitaliers pourront être admis aux hospices et hôpitaux de l'arrondissement désignés par le conseil général, suivant un prix de journée fixé annuellement par le préfet d'après le prix de revient de l'exercice précédent.

Art. 4. — Le conseil général, sur la proposition du préfet, désignera, eu égard aux circonstances locales, les établissements dans lesquels les indigents de chaque commune pourront être admis, et le nombre de places applicables aux circonscriptions ainsi déterminées.

Art. 5. — Les communes qui voudraient profiter pour leurs indigents du bénéfice des art. 3 et 4 en supporteront la dépense.

Toutefois, le conseil général pourra déterminer dans quel cas et dans quelle proportion le département viendra en aide aux communes dont les ressources sont insuffisantes.

Art. 6. — Les précédentes dispositions ne porteront aucune atteinte aux droits des communes rurales sur les lits des hospices et hôpitaux d'une autre commune, ni aux fondations spéciales faites par les départements, les communes ou les particuliers, qui doivent toujours être respectées.

TITRE II. — *Administration.*

Art. 7. — Dans toute commune possédant des hospices ou hôpitaux, il sera formé une commission composée ainsi qu'il suit :

Le maire de la commune, président;

Un délégué du préfet;

Le curé de la paroisse, et, s'il existe plusieurs paroisses dans la commune, l'un des curés désignés par l'évêque;

Quatre membres choisis par le conseil municipal dans son sein ou parmi les autres habitants de la commune;

Le membre du conseil général élu par le canton lorsque les revenus des hospices et hôpitaux excèdent 20,000 fr.;

Si la commune renferme plusieurs cantons, le plus âgé de leurs conseillers généraux;

Un membre de l'administration des secours à domicile, désigné par cette administration;

Un membre élu par les maires des communes dont les indigents seront admissibles dans les établissements, conformément à l'art. 4;

Si le culte protestant est également établi dans la commune, un pasteur nommé par le consistoire.

Toutes ces fonctions sont gratuites. Les membres élus par le conseil municipal sont renouvelés tous les ans par quart. Les membres choisis par le préfet et par les maires sont renouvelés tous les trois ans; tous peuvent être réélus;

La dissolution des commissions des hospices et hôpitaux pourra être prononcée par le ministre de l'intérieur après avoir pris l'avis du conseil d'Etat;

Ne sont pas éligibles ou sont révoqués de plein droit ceux qui se trouveraient dans les cas d'incapacité prévus par l'article 8 de la loi du 31 mai 1850.

Art. 8. — La commission nomme son vice-président, auquel elle adjoint deux de ses membres pour former un bureau.

Le bureau est renouvelé tous les trois ans; ce bureau est chargé de surveiller le service intérieur et extérieur des établissements hospitaliers, de préparer les budgets, ordonnancer les dépenses, représenter les établissements en justice et faire exécuter toutes les décisions de la commission générale.

Art. 9. — Sur la proposition de son bureau, la commission des hospices et hôpitaux règle par ses délibérations les objets suivants :

Le mode d'administration des biens et revenus des établissements hospitaliers;

Les conditions des baux et fermes de ces biens, lorsque leur durée n'excède pas dix-huit ans pour les biens ruraux et neuf pour les autres;

Le mode et les conditions des marchés pour nourriture et entretien dont la durée n'excède pas une année, les travaux de toute nature dont la dépense ne dépasse pas 3,000 fr.

Toute délibération sur l'un de ces objets est exécutoire, si, trente jours après la notification officielle, le préfet ne l'a pas annulée, soit d'office pour violation de la loi ou d'un règlement d'administration publique, soit sur la réclamation de toute partie intéressée.

La commission arrête également, mais avec approbation du préfet, les règlements du service tant intérieur qu'extérieur et de santé, et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières.

Art. 10. — La commission délibère sur les objets suivants :

Les budgets, comptes et, en général, toutes les recettes et dépenses des établissements hospitaliers;

Les acquisitions, échanges, aliénations des propriétés de ces établissements, leur affectation au service et, en général, tout ce qui intéresse leur conservation et leur amélioration;

Les projets de travaux pour constructions, grosses réparations et démolitions dont la valeur excède 3,000 fr.;

Les conditions au cahier des charges des adjudications de travaux et marchés pour fournitures ou entretien dont la durée excède une année;

Les actions judiciaires et transactions;

Les placements de fonds et emprunts.

Art. 11. — Les délibérations comprises dans l'article précédent sont soumises à l'examen du conseil municipal et suivent les règles qui concernent les délibérations de ce conseil.

Néanmoins, l'aliénation des propriétés formant la dotation des hospices et hôpitaux ne peut avoir lieu qu'avec l'avis favorable du conseil général.

Dans notre prochain numéro, nous examinerons jusqu'à quel point ce projet remplit le but que s'est proposé la commission de l'assistance publique.

DE LA CAUTÉRISATION DU COL DE LA VESSIE

avec le nitrate d'argent pour remédier à l'incontinence d'urine pendant la nuit chez les jeunes sujets.

Par M. DEMEAUX, ex-interne des hôpitaux de Paris, ancien aide d'anatomie de la Faculté, médecin à Puy-Lévêque-sur-Lot.

L'émission involontaire de l'urine pendant la nuit est une affection qui s'observe souvent chez les enfants jusqu'à l'âge de huit ou dix ans; mais vers cette époque, elle disparaît soit spontanément, soit sous l'influence des médications plus ou moins rationnelles qu'on peut lui opposer; si, malgré l'emploi de moyens rationnels, l'affection persiste toujours, généralement on compte sur l'*âge*, sur la *puberté* pour faire justice de cette infirmité; quelquefois, enfin, la nature paraît impuissante pour remédier à cet état de choses, l'affection persiste même dans l'âge adulte, et alors elle constitue une infirmité dégoûtante, qui, sans compromettre la vie ni même la santé de la personne qui en est atteinte, la condamne à une existence pénible et malheureuse.

Cette affection ou plutôt cette infirmité se trouve à peine mentionnée dans les auteurs classiques; néanmoins, par les inconvénients qu'elle entraîne, elle me paraît bien digne de fixer l'attention des médecins. Je n'admets pas que cette affection soit fréquente; mais je suis pourtant convaincu qu'à des degrés divers elle existe dans une plus forte proportion qu'on ne peut le supposer.

Ayant eu occasion d'employer avec succès la cautérisation du col de la vessie contre cette infirmité, je crois rendre un véritable service en publiant ces observations, quoique fort incomplètes sous beaucoup de rapports. Ce qui m'engage à faire aujourd'hui cette communication, c'est que depuis peu de jours j'ai eu occasion de revoir le sujet de ma première observation et que j'ai pu me convaincre que la guérison était complète.

Emission involontaire des urines pendant la nuit chez un jeune homme de vingt ans. — Cautérisation du col de la vessie avec le nitrate d'argent. — Guérison.

Vers la fin de décembre 1846, je fus consulté par un jeune homme qui, devant subir le sort prochainement, désirait savoir s'il avait sur lui quelque cas de réforme. Après avoir examiné, je constatai que ce conscrit était bien conformé, d'une bonne constitution et bien capable de faire un soldat; alors ce jeune homme me déclara qu'il était atteint d'une infirmité bien pénible pour lui, que souvent il urinait dans son lit sans le sentir, sans se réveiller, et qu'il était décidé à tout faire pour s'en débarrasser. Dès lors, je l'interrogeai avec soin.

Ce jeune homme est né de parents fort sains, mais d'un père déjà vieux; depuis sa naissance, il a toujours été robuste; à l'âge de huit ou dix ans, il pissait souvent encore au lit, et on n'avait opposé à cette affection que des menaces, des corrections, des privations; voyant enfin que ces moyens ne changeaient en rien ces habitudes, on consulta un médecin, qui prescrivit une médication dont on n'a pu me rendre compte, mais qui fut inefficace. Cette famille, qui possède une certaine fortune, désirait placer cet enfant dans une pension; mais ces habitudes devenant un obstacle, on conduisit l'enfant auprès de M. le docteur Pons, d'Agen, qui prescrivit l'emploi successif du camphre, de la belladone, des préparations cantharidées. Toutes ces médications furent employées avec méthode et toujours sans résultat; ce médecin avait fait espérer d'ailleurs que la puberté ferait disparaître cette infirmité. Un grand nombre d'autres moyens avaient été mis en usage; on ne peut les mentionner tous; cependant, je dois en citer un qui fut prescrit par un charlatan ambulant, qui se chargea de la guérison moyennant une somme d'argent; il attribuait la maladie à des vers intestinaux, prescrivit des drastiques violents, disant que, si le malade rendait quelques vers, il serait guéri radicalement. L'enfant rendit, en effet, quelques vers lombrics par les selles, mais l'infirmité persista.

Au moment où le jeune homme s'offre à mon observation, il est d'une bonne constitution, d'une belle santé; ses organes génitaux ont une conformation normale, un développement en rapport avec le reste du corps; il a toujours eu une bonne santé jusqu'à ce jour, s'est peu livré à la masturbation, n'a jamais fréquenté de femme. La puberté est complète au moins depuis deux ans. Depuis l'âge de douze ans environ, il pisse au lit tous les huit ou dix jours; depuis deux ou trois ans, il éprouve quelquefois, mais rarement, des pollutions nocturnes, et presque toujours dans la même nuit ce phénomène est précédé ou suivi d'une émission involontaire d'urine.

L'émission de l'urine se fait tantôt sans que le jeune homme en ait le sentiment, tantôt pendant un rêve; le réveil a lieu quelquefois au moment où l'émission commence, d'autres fois seulement longtemps après; c'est ordinairement dans le premier sommeil que l'émission de l'urine a lieu. Ce jeune homme a employé divers moyens pour pallier son infirmité, tels qu'une vessie de cochon, une bouteille à large goulot, etc.; mais tout ce qui occasionnait la moindre excitation sur l'appareil génital aggravait son état et rendait les émissions d'urine plus fréquentes.

Cette famille avait appris que j'avais donné des soins à un jeune homme de la même contrée pour une maladie secrète de l'appareil génital : c'est ce qui les détermina à venir me consulter : la conscription n'était qu'un prétexte. Il y avait peu de temps, en effet, que j'avais pratiqué la cautérisation des conduits éjaculateurs pour remédier à des pertes séminales nocturnes. Je conçus immédiatement le projet d'appliquer aussi la cautérisation sur le col de la vessie pour remédier à l'incontinence d'urine; j'en fis la proposition au malade, elle fut acceptée avec empressement, et le jour fut fixé pour la pratiquer.

Le 9 janvier 1847, j'introduisis d'abord dans l'urètre une sonde d'argent et, immédiatement après avoir retiré celle-ci, le porte-caustique de Lallemand préalablement garni de nitrate

---

les principes reproducteurs ne sont pas visibles, il donne le moyen de les reconnaître aux trois signes caractéristiques des virus, de les placer près de leurs analogues, et ne les considère que comme des membres divers d'une même famille.

L'acarus de la gale est placé au degré le plus élevé de cette création qu'on nomme virus; il doit en être considéré comme le type, et c'est en examinant bien ses effets qu'on pourra comprendre ceux de ses congénères.

Toutefois, il importe de signaler deux modes d'action différents, également mis en pratique par les insectes et par les virus, et qui viennent nous initier davantage à la connaissance des rapports qui existent entre tous ces êtres. Un fort diploptère percera le corps d'un arbre, le sillonnera profondément, s'y multipliera à l'infini, et lui ni les siens ne le quitteront qu'après l'avoir tué. Les maux que fait cet insecte sont donc *persistants* comme ceux causés par la gale, la pellagre, la syphilis, etc., etc. Mais un cynips n'agira point ainsi; il s'éloignera de l'arbre dès qu'il lui aura confié ses germes, et ceux-ci abandonneront à leur tour leur père nourricier aussitôt qu'ils pourront déployer leurs ailes et s'élancer dans les airs. Les maux produits par les cynips sont donc *passagers* comme ceux de la variole, du choléra asiatique, de la fièvre jaune, etc.

La contagion, caractère fondamental des virus, besoin qu'ils éprouvent de s'introduire dans des corps animés pour se reproduire, est étudiée avec soin par l'auteur. Passant en revue les opinions si diverses émises sur ce sujet, et ne sachant, dans cette fatale divergence entre les notabilités médicales, de quel côté est la vérité, il prend le parti de faire, à son point de vue, une nouvelle étude de la question. Il donne d'abord une définition qui lui est propre des mots *contagion* et *infection*, et, de ces définitions, tire la conclusion généralement adoptée, qu'il n'y a qu'infection lorsque la maladie n'est pas transmissible d'un individu à un autre, et qu'il y contagion dans tous les cas contraires. Là c'est un miasme qui agit, ici c'est un virus; il montre que la contagion n'est pas la même pour tous les virus quant à la facilité ni quant au mode dont elle s'opère, et que ces différences sont dues à l'organisation des virus. La gale ne se contracte que par un contact immédiat, parce que l'insecte qui contamine est incapable de s'élever dans l'air; il est forcé d'attendre qu'on aille le trouver. Il faut donc que ceux des virus qui attaquent par l'intermédiaire de l'air soient plus légers que le ciron, ou qu'ils soient organisés de manière à pouvoir voltiger dans l'espace. Tous les insectes qui s'introduisent dans les corps vivants présentent les mêmes phénomènes; les uns vont chercher leur proie, les autres l'attendent.

M. Hameau donne les indications les plus ingénieuses pour constater qu'une maladie est contagieuse ou simplement miasmatique, constatation plus facile au reste dans un village que dans une ville; poursuit l'analogie qui existe entre les effets des virus et ceux des insectes sur les plantes; puis traite séparément de l'incubation (qui ne peut jamais dépasser certain retard, parce que, l'éruption d'un virus étant l'effet d'une fécondation, l'enfantement doit avoir lieu près de son terme); de la multiplication qui, quelle qu'elle soit, montre la matière identique à la particule qui a servi à la contagion, toujours une, toujours égale à elle-même et suivant invariablement dans le cours des siècles la marche des générations successives que suivent tous les êtres animés; puisant dans les animaux où elle pénètre tous les éléments de sa grandeur et de sa régénération; par conséquent n'étant ni détruite, ni assimilée par les forces vitales des animaux, mais au contraire s'assimilant leurs substances qu'elle convertit en la sienne propre, et, quelle que soit sa quantité, troublant leurs fonctions, triomphant de tout obstacle et, trop souvent même, les faisant périr.

Pour connaître les maladies virulentes, il ne faut pas se borner à l'observation clinique, qui ne révèle que les formes extérieures et les désordres produits, et condamne à n'attendre que du hasard les moyens de guérison; il faut remonter à l'origine du sujet, au point où il paraît s'unir à la matière animée, le comparer aux objets qui lui paraissent similaires. Si, par exemple, on voit des causes de maladies avoir dans leur action trois périodes caractéristiques et que dans d'autres êtres de la nature on distingue ces trois périodes, on en conclura la similitude. Si l'on s'adresse à la nature inorganique, on ne trouve aucun délai entre l'action et l'effet, et surtout pas de multiplication. Tout y obéit aux seules lois de la physique et de la chimie. Si l'on demande à la nature vivante des faits similaires, elle les présente en abondance. Lorsqu'on comparera les actes de la vie dans les animaux, depuis le plus grand d'entre eux jusqu'au ciron, on verra, dans cette chaîne immense des êtres, la puissance créatrice accomplir ses œuvres dans les trois temps caractéristiques des virus. Alors on pourra se dire : Ces trois temps étant des caractères de ce qui vit au-dessus du ciron, la vie se trouve donc aussi, au-dessous de cet insecte, dans un monde invisible, puisque ces caractères indélébiles de la vitalité se trouvent dans les virus.

Voilà la conclusion naturelle à laquelle arrivera l'observateur pour comprendre la pathogénie des virus; mais ce ne sera pas assez, il voudra s'instruire sur l'hygiène et la thérapeutique du sujet.

L'étude qu'il vient de faire lui ayant démontré que les causes

d'argent; je pratiquai la cautérisation circulairement, avec les précautions voulues, sur le col vésical. Cette opération fut douloureuse et suivie de quelques phénomènes nerveux qui n'eurent aucune gravité. Au bout de quinze jours, tout était rentré dans l'ordre. Pourtant, depuis la cautérisation, il y a eu une fois émission d'urine pendant le sommeil. Malgré cette circonstance, le jeune homme est plein d'espoir; de lui-même il vint réclamer une seconde cautérisation, qui fut pratiquée le 4 février. Cette fois l'opération fut moins douloureuse et sans aucune conséquence fâcheuse.

Depuis cette époque la guérison a été complète. Ce jeune homme est aujourd'hui marié. Depuis la dernière cautérisation, il n'a pas rendu une seule fois de l'urine involontairement.

Émission involontaire des urines pendant la nuit chez une fille de dix-huit ans. — Cautérisation du col de la vessie avec le nitrate d'argent. — Guérison.

Je fus consulté vers le mois de mai 1849 pour une jeune fille atteinte d'une infirmité bien désagréable. Plusieurs fois par mois elle urinait dans son lit sans le sentir et sans se réveiller. A l'âge de quatorze ans, cette fille fut soumise à un traitement assez compliqué; *pommades, poudres, vésicatoires, bains,* furent employés successivement, mais sans succès. Un exutoire a été entretenu pendant deux ans sur le pubis, mais sans résultat. On avait compté sur la menstruation pour faire cesser cet état de choses; celle-ci s'établit vers l'âge de quinze ans, et n'apporta aucune modification à cette infirmité. Dès lors l'exutoire fut supprimé; on abandonna toute médication, attendant tout de la nature.

Cette jeune fille devait se marier prochainement. Le médecin qui l'avait soignée jusque-là avait fait espérer à la famille que le mariage, une grossesse, pourraient faire disparaître cette infirmité; mais la mère de cette jeune personne éprouvait un terrible embarras. Faire connaître l'infirmité, c'était rompre le mariage; la cacher, c'était exposer sa fille à être malheureuse en ménage si l'infirmité persistait. On me dit, et je pus moi-même me convaincre plus tard que cette jeune fille était d'une bonne constitution, bien portante, habituellement bien réglée.

Je proposai de recourir à la cautérisation du col de la vessie, dans l'espoir de remédier à cette infirmité, bien convaincu d'ailleurs de l'innocuité de l'opération. Peu de temps après, la jeune fille fut amenée chez une de ses parentes où je la vis, et pratiquai la cautérisation circulaire sur le col vésical.

Après cette opération, je n'ai jamais revu cette fille, mais j'ai appris que son infirmité avait entièrement disparu. Le mariage eut lieu quelques mois après.

Émission involontaire des urines pendant la nuit chez un enfant de quatorze ans. Cautérisation du col de la vessie avec le nitrate d'argent. — Guérison.

Dans le courant de l'été de 1850, on conduisit chez moi un enfant de quatorze ans qui avait encore l'habitude de pisser au lit.

Ce garçon est bien constitué, fort pour son âge, d'une bonne santé, sans aucun antécédent fâcheux, présentant déjà un commencement de puberté. Son infirmité lui avait attiré pendant fort longtemps, de la part de son père, de vifs reproches et même de mauvais traitements. Aujourd'hui pourtant il n'accuse plus l'enfant, et comme celui-ci est doué d'une intelligence plus qu'ordinaire, que d'un autre côté cette famille se trouve posséder une petite fortune, elle voudrait s'occuper de cet enfant, qui, d'ailleurs comprenant tout ce que son infirmité à de fâcheux, paraît décidé à se soumettre à tout pour s'en faire débarrasser.

Jusqu'à ce moment on n'a employé aucune médication rationnelle. Ayant déjà obtenu deux fois un bon résultat de la cautérisation du col de la vessie, trouvant chez mon nouveau malade une grande docilité, je proposai de recourir à ce moyen, sans perdre de temps dans l'emploi de médications internes, sur l'efficacité desquelles on pouvait peu compter. Je voulus mettre sa bonne volonté à l'épreuve, et lui manifestai l'intention d'introduire une sonde dans l'urètre. L'enfant accepta ma proposition sans hésiter, et j'introduisis en effet une petite sonde en gomme élastique pourvue d'un mandrin. Cette opération fut supportée avec un calme parfait, et le jour fut fixé pour la cautérisation.

Le jour indiqué je me rendis dans cette famille, et pratiquai la cautérisation du col de la vessie. L'opération présenta quelques particularités indépendantes de la volonté du malade, et qu'il est important de signaler. Dès que le porte-caustique fut parvenu vers la partie membraneuse de l'urètre, il se manifesta une espèce d'érection; en même temps la vessie se contracta avec force, et l'urine était expulsée entre l'instrument et les parois du canal. A ces circonstances, je crus qu'il serait prudent de suspendre; je retirai le porte-caustique, et je fis placer l'enfant dans un bain.

Je revis l'enfant dans la même journée. Quelques heures plus tard je le trouvai levé, ne souffrant pas et insistant beaucoup pour que la cautérisation fût pratiquée immédiatement. J'aurais désiré renvoyer au lendemain; mais, craignant d'un autre côté que la docilité du malade n'eût un terme, je me décidai à faire l'opération, mais avec l'intention de ne pas fatiguer l'enfant s'il survenait la moindre contre-indication.

L'introduction du porte-caustique, la cautérisation ne présentèrent aucune difficulté. Au moment où le caustique parcourait le contour du col, l'enfant éprouva une vive douleur. Après avoir retiré l'instrument, elle devint plus intense encore; il survint tout à coup une érection très forte. Le malade fut immédiatement placé dans un bain, et en moins d'une heure tout phénomène fâcheux avait disparu; il restait néanmoins une douleur sourde dans le bas-ventre, une sensation de brûlure. Il ne survint aucun symptôme fâcheux.

Vers le mois de septembre, l'enfant se croyait entièrement guéri, lorsque, dans la nuit, il fut réveillé tout à coup ayant déjà rendu une certaine quantité d'urine. On s'empressa de me communiquer cette circonstance; l'enfant réclamait une nouvelle cautérisation, si elle était utile. Je crus qu'il était prudent d'attendre.

J'ai revu cet enfant il y a quelques jours, et j'ai appris avec plaisir que la guérison ne s'était pas démentie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 janvier 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Envoi par le ministre de l'agriculture et du commerce d'une partie des documents relatifs à l'épidémie de choléra. — Il en enverra d'autres en échange de ceux-ci, et ainsi de suite.

2° Envoi du compte-rendu des malades militaires à Vichy pendant la dernière saison; par M. Villaret, médecin militaire.

3° Envoi par le préfet de police de la statistique des décès dans la ville de Paris pendant le mois de décembre.

Correspondance manuscrite. — Variole et varioloïde.

M. Zandyck, médecin à Dunkerque, adresse la relation d'une épidémie de variole et de varioloïde observée à Dunkerque pendant les années 1848 et 1849. (Commission de vaccine.)

Effets physiologiques et thérapeutiques de la brucine.

M. Lepelletier, ancien interne des hôpitaux de Paris, envoie sur ce sujet un mémoire intéressant que nous nous réservons de publier en détail.

Traitement des fièvres intermittentes par le cubèbe et le copahu.

MM. Léonard et Dieu, le premier, médecin en chef de l'hôpital du Dey, à Alger, le second, ex-professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, adressent un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par le cubèbe et le copahu. Les auteurs ont traité avec succès 53 cas de fièvre intermittente. Ils donnent sur l'administration de ce médicament et sa comparaison avec le sulfate de quinine les détails suivants :

« En général, nous avons administré notre mélange, quelle qu'en ait été la dose, en deux fois, moitié le matin, moitié le soir, avec la précaution de faire agiter fortement la fiole qui le contient et de faire avaler un verre de tisane après l'ingestion. Ce mélange est bien moins désagréable que le sulfate de quinine, dont l'horrible saveur exige une grande surveillance pour que les fébricitants le prennent. Nous avons rarement constaté chez les malades de la répugnance pour notre remède, et nous ne nous sommes jamais laissé arrêter dans son administration ni par les vomissements, ni par la diarrhée abondante, véritable sueur intestinale, qui accompagnent si fréquemment les fièvres rémittentes, ni par aucune autre complication. En un mot, nous avons suivi, dans cette administration, absolument la même marche que si nous avions prescrit le sulfate de quinine.

Dans le but de comparer, au point de vue économique, les résultats de notre pratique avec celui que l'on obtient à l'aide du sulfate de quinine, nous avons fait le relevé des journées d'hôpital et de la quantité de sulfate de quinine consommée par 53 malades de l'année 1848. Nous avons cherché, autant qu'il était humainement possible de le faire, à prendre nos points de comparaison sur des malades affectés de la même manière, sous le triple rapport du type, de la forme et des complications. Or, les 53 malades traités par le sulfate de quinine ont passé 1,035 journées à l'hôpital, ce qui donne une moyenne de 19 jours 1/2 par homme, et ils ont consommé 233 grammes de sulfate de quinine qui, à 800 fr. le kilog., prix actuel de ce médicament, représentent une somme de 186 fr. 40 c., laquelle, divisée par 53, donne pour chaque homme la somme de 3 fr. 52 c.

» Nos 53 malades ont passé 1,119 journées à l'hôpital; ce qui donne une moyenne de vingt et un jours par homme; ils ont consommé 823 grammes de poivre cubèbe, dont le prix commercial, équivalant à 3 fr. 20 c. le kilog., représente une somme de 2 fr. 64 c. de plus; 198,04 de copahu valant 5 fr. 25 c. le kilog.; ce qui donne une somme de 1 fr. 04 c., et enfin 31,02 de sulfate de quinine, équivalant au prix de 24 fr. 96 c.

» Ces trois sommes réunies et divisées par 53 donnent pour chaque homme le prix de 54 c. au lieu de 3 fr. 52 c. qu'ont coûté à l'Etat les 53 malades qui nous ont servi de terme de comparaison. »

Instruments divers.

M. Vauquelin adresse une note sur trois instruments désignés sous les dénominations suivantes, qui indiquent suffisamment le but auquel ils sont destinés :

1° Aide fixe-paupières mécanique;

2° Pince fixe-sonde pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache;

3° Pince conductrice des sondes à boyau dans la trompe d'Eustache.

Hémiplégie.

M. Michalski, médecin à Vierzon, adresse une observation d'hémiplégie droite, survenue à la suite d'une saignée de 525 grammes.

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit un rapport défavorable sur un remède secret.

Rapports. — Chute du rectum.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur une observation de chute du rectum observée par M. Bosio sur une femme de vingt-cinq ans, et traitée par l'application de la poudre d'alun et l'introduction dans le rectum d'une pierre carrée. M. Jobert ne pense pas que ce mode de traitement puisse mériter l'approbation de l'Académie, et propose de déposer l'observation de M. Bosio dans les Archives. (Adopté.)

Fistule urétrale traumatique.

Le même membre lit un second rapport sur une observation envoyée par M. Colson, de Noyon, relative à une fistule urétrale, consécutive elle-même à une plaie de l'urètre. Lorsque la malade vint à l'hôpital, elle perdait involontairement les urines. Lorsqu'elle sortit, au contraire, elle les conservait, à ce qu'elle disait, du moins; mais elle se refusa à l'examen du chirurgien. Cette malade étant morte accidentellement longtemps après, M. Colson, appelé par hasard auprès d'elle, put constater que la fistule existait toujours, quoique avant la mort les urines ne fussent pas rendues involontairement. M. Colson fait suivre cette observation de quelques réflexions et recherches tendant à prouver qu'il n'y a pas de sphyncter vésical.

M. Rochoux. L'auteur du mémoire sur lequel on vient de faire un rapport ayant avancé qu'il n'y avait pas de sphincter vésical, il me semble que cette assertion aurait dû être l'objet d'une critique; car l'existence de ce sphyncter me paraît bien démontrée.

M. Jobert. L'auteur du mémoire n'a rien avancé qui soit sujet à critique; car tous les auteurs, ou à peu près, sont d'accord sur le point en question, et admettent qu'il n'y a point de sphincter vésical.

Traitement de l'hydrocèle par les injections d'ammoniaque.

M. Robert lit un rapport sur un travail de M. Bonnafont, chirurgien chef de l'hôpital militaire d'Arras, concernant le traitement de l'hydrocèle par l'injection de gaz ammoniac dans la tunique vaginale.

M. Robert, avant de juger ce nouveau mode de traitement, a voulu l'expérimenter sur quelques malades; il a donc traité ainsi huit hydrocèles; et de ces huit hydrocèles, ainsi que des quatre qui ont été transmises par M. Bonnafont, il a conclu ce qui suit :

---

virulentes appartiennent à une classe d'êtres dont le ciron est l'éléphant; ensuite, sachant depuis longtemps qu'on peut éviter la maladie produite par cet insecte en s'éloignant des lieux qu'il occupe, et qu'elle est guérie par des remèdes qui le tuent, il comprendra de suite que, pour éviter les maladies virulentes, il faut mettre en pratique tous les moyens préventifs que la prudence, la raison et la science réunies prescrivent, et que, pour les guérir, on devra promptement employer des remèdes toxiques contre les causes qui les produisent.

L'auteur arrive à la désignation spéciale des virus dont on peut maintenant admettre l'existence et à leurs caractères particuliers. Il n'a pas entrepris de désigner tous les virus. Il veut seulement établir des règles générales pour qu'on puisse les examiner sous un point de vue nouveau et les classer au fur et à mesure qu'une analyse et des expériences bien faites pourront les faire connaître. Toutefois, il énonce seize maladies qu'on doit considérer comme des virus, parce qu'elles parcourent les trois périodes caractéristiques de l'animalité; il en forme deux tableaux d'après les qualités qui les distinguent, d'après les mœurs, les besoins et conséquemment l'organisation différente des virus, souscrivant d'ailleurs d'avance aux changements que pourraient y faire les hommes capables d'observer mieux que lui.

Il passe aux ressemblances que présentent les virus visibles et les virus invisibles, montre dans cette section qu'on ne doit pas s'arrêter à l'absence de quelques signes particuliers lorsqu'on rencontre les signes caractéristiques; que les limites de la vie ne sont probablement pas celles de nos sens ni celles de nos instruments les plus parfaits.

Sous le titre : *Aperçus particuliers sur la contagion*, l'auteur explique l'immunité dont jouissent certaines personnes au milieu des plus manifestes contagions, de celle de la petite vérole, par exemple. Cette immunité ne provient pas du virus, car il est dans sa nature de toujours attaquer et agir; ce ne sont pas davantage l'âge, le sexe, le tempérament des sujets qui ont empêché son action, puisque rien de cela n'en a garanti les autres. Il y a donc lieu de penser que les individus préservés se trouvaient dans des dispositions telles que le virus était repoussé, qu'il y avait antipathie. On ne peut pas dire que le virus n'a pu aller jusque sur ces personnes, car toutes ont également été plongées dans sa sphère d'activité. Qu'on ne pense pas, s'il eût pénétré dans leur corps, que les forces vitales seules eussent pu l'anéantir : l'expérience ne prouve que trop que rien en nous ne peut détruire un virus; mais, au contraire, que tout concourt à lui donner une nouvelle force, une nouvelle vie. Lors donc qu'on en est préservé, c'est qu'il ne s'est pas introduit, et s'il ne s'est pas introduit, c'est qu'il y a eu répulsion. Mais quelles sont les causes de cette répulsion et où sont-elles? Voilà ce qu'il est difficile de savoir. Cependant, on peut présumer qu'elles environnent les sujets ou qu'elles ont passé dans leur intérieur. L'analogie peut faire comprendre cette assertion : si une personne se frotte tout le corps avec une pommade sulfureuse, et ainsi frottée se couche avec un galeux, il est bien certain qu'elle ne contractera pas la gale, puisque cette pommade tue le ciron. Peut-être aussi qu'en prenant intérieurement du soufre pendant quelque temps, cela suffirait pour éloigner cet insecte. Il doit en être de même des autres virus, c'est-à-dire que certaines substances doivent leur être contraires; et, soit qu'elles se trouvent sur le corps à sa surface ou qu'elles aient passé dans l'intérieur, elles doivent empêcher la contagion. Dès longtemps, on a remarqué que les individus de certaines professions et ceux qui usent du mercure sont exempts de certaines maladies contagieuses ou qu'ils les ont moins graves que les autres. Ils offrent donc aux virus des causes répulsives. D'après cela, on peut croire qu'il serait possible d'employer avec succès des préservatifs choisis principalement dans le règne minéral, tels que le soufre, le mercure, l'antimoine, le chlore, etc. L'auteur a observé que les plantes fétides, telles que le datura-stramonium, la ciguë, la mandragore, etc., sont rarement attaquées par les insectes. Beaucoup d'autres substances pourraient donc être employées dans le même but. C'est une étude à faire quant au choix et à la manière de les mettre en usage. Pour cet objet, il faut se rappeler que les virus sont aériens ou terrestres, c'est-à-dire qu'ils circulent dans l'air ou qu'ils s'attachent seulement aux personnes et aux choses. Contre les premiers, il faudrait surtout employer des fumigations; contre les seconds, des topiques.

(La fin à un prochain numéro.)

NOUVELLES.

— Par décision ministérielle du 1er décembre 1850, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les officiers de santé de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

A la 1re classe du grade de chirurgien principal. — Choix, M. Valette, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Toulouse.

A la 1re classe du grade de chirurgien-major. — Choix, M. Courbassier, chirurgien-major de 2e classe au 1er cuirassiers.

En résumé, huit malades atteints observations ont été soumis par nous au nouveau moyen proposé par M. Bonnafont; chez tous, nous avons constaté que les injections gazeuses d'ammoniaque sont plus douloureuses que ce chirurgien ne l'avait annoncé. La douleur est, il est vrai, moins vive, moins prolongée peut-être que par les injections liquides ordinaires; mais elles existent à peu près constamment. Quant aux phénomènes consécutifs, ils sont remarquables par leur simplicité. L'inflammation est très modérée, la réaction fébrile est presque nulle, et au bout de quelques jours les traces en sont à peu près effacées. Mais ce qui paraît être un avantage aux yeux de M. Bonnafont nous semble, à nous, au contraire, un grave inconvénient. N'est-il pas à craindre, en effet, que la vapeur d'ammoniaque ne soit trop peu instante pour les surfaces séreuses, et incapable d'y provoquer une phlegmasie locale assez intense pour être suivie de l'adhésion ? Nous devons dire toutefois que, dans un cas, la vapeur ammoniacale infiltrée, quoiqu'en petite quantité, dans le tissu cellulaire du scrotum, y a déterminé la formation d'un abcès.

Il nous reste à faire connaître les résultats différents de l'opération et la proportion des récidives. C'est là, en effet, le point le plus important pour en juger la valeur. Pour avoir des données certaines, il ne suffirait pas de constater l'état des malades quelques jours, quelques semaines après l'injection, il fallait les suivre pendant plusieurs mois : c'est ce que nous avons fait; et c'est ainsi qu'un de nos opérés, qui paraissait guéri *neuf mois* après l'opération, se présentait à moi quelques jours plus tard avec tous les symptômes d'une récidive.

En résumé, sur les huit malades soumis au traitement de M. Bonnafont, nous avons observé *deux* guérisons et *six* récidives. Ce résultat parle assez de lui-même, et montre que, de tous les agents proposés jusqu'à ce jour pour la cure de l'hydrocèle, celui-ci est apparemment le plus défectueux et le moins sûr.

Peu encouragé par ces essais, je n'ai pas cru devoir appliquer les vapeurs ammoniacales au traitement des maladies des autres cavités closes, auxquelles l'art oppose aujourd'hui les injections iodées avec tant d'avantage et de sécurité. On sait en effet 1° que l'iode injecté dans ces cavités closes naturelles ou accidentelles, saines ou malades, n'y détermine qu'une réaction modérée, et presque jamais d'accidents sérieux; 2° qu'il sollicite presque toujours une sécrétion plastique dont le résultat est l'adhérence des surfaces contiguës de ces cavités; 3° qu'il modifie favorablement la formation du pus, quand il est mis en contact avec des cavités tapissées par une membrane pyogénique; 4° enfin qu'il détermine la guérison, soit en effaçant et oblitérant les cavités closes, soit en modifiant leur sécrétion.

Ces propriétés ayant été signalées depuis longtemps par l'un de vos commissaires, et confirmées par l'observation ultérieure d'un grand nombre de chirurgiens, nous pensons que cet agent constitue dans l'état actuel de la science le meilleur modificateur thérapeutique à opposer aux maladies des cavités closes. Nous estimons donc que la vapeur ammoniacale ne saurait lui être substituée avec avantage.

En conséquence, votre commission a l'honneur de vous proposer 1° de faire savoir à M. Bonnafont que l'Académie ne saurait approuver ce nouveau moyen qu'il a conseillé et mis en usage pour la cure radicale de l'hydrocèle; 2° de déposer son travail dans les archives. (Adopté.)

Accouchement prématuré artificiel et moyens conseillés pour réduire le volume de l'enfant à terme.

M. Chailly (Honoré) lit sur ce sujet un rapport qui se termine par les réflexions suivantes :

En résumé, à l'aide du régime diététique uni à la saignée, on espère dans les cas de vices de conformation du bassin ou d'excès de volume de l'enfant diminuer le volume de l'enfant et éviter les opérations que l'on est obligé de pratiquer à terme, opérations meurtrières soit pour la mère, soit pour l'enfant, quelquefois pour tous les deux; ce régime, dis-je, qui peut quelquefois donner des résultats avantageux, devait certainement être tenté alors qu'on ne possédait pas mieux.

Mais depuis que MM. Stoltz, Velpeau, P. Dubois ont vulgarisé en France l'accouchement prématuré artificiel, procédé si rationnel, donnant autant que possible des résultats si certains; mais en 1850, après les nombreuses observations qui prouvent l'innocence de l'accouchement prématuré artificiel, n'est-il pas permis de regarder le régime diététique uni aux saignées répétées comme un procédé irrationnel bien dur dans son application, très incertain et dangereux dans ses résultats?

Irrationnel, incertain, car le hasard presque seul détermine ses effets;

Bien dur, car cette torture de la faim dans un état comme la grossesse est un supplice de cinq à six mois infligé à la femme, supplice d'autant plus cruel que bien souvent il atténuera la santé de la mère sans diminuer le volume de l'enfant, et ne préservera pas toujours à terme la mère et son produit surtout des opérations graves qu'on a voulu leur éviter, procédé qui, en supposant que le volume de l'enfant ait été diminué, ne placera jamais le fœtus dans des conditions de volume à peu près en rapport avec l'étendue du bassin, avantage qu'on obtient par l'accouchement prématuré et qui lui réservera de bien moins bonnes conditions de santé.

De sorte qu'il créera pour l'un et l'autre des deux êtres un véritable état pathologique plus ou moins grave.

Enfin, ce régime pourrait seulement être essayé, combiné avec l'accouchement prématuré artificiel, dans les cas de rétrécissements trop prononcés pour que l'accouchement prématuré puisse suffire seul. Et cela dans le but de délivrer la mère et d'éviter des opérations meurtrières pour l'enfant même à l'époque où il commence à être viable, mais comme moyen extrême, car on ne peut pas se dissimuler que le régime échouera aussi dans ce cas, le plus souvent. S'il réussit, il diminuera les chances que l'accouchement prématuré laisse à l'enfant.

Je terminerai en priant l'Académie de me pardonner d'avoir osé plaider devant elle une cause qui, j'en suis certain, n'avait pas besoin de l'être. Aussi, je ne l'ai fait que pour que son verdict vînt donner au dehors à mes paroles toute l'autorité que mérite un sujet aussi important.

Système pénitentiaire.

M. Fourcault lit un résumé des opinions qu'il a déjà émises sur le système pénitentiaire. L'auteur veut qu'on divise l'emprisonnement en trois périodes : première période, encellulement; deuxième période, travail dans l'atelier; troisième période, travail dans une colonie agricole.

Maladies des végétaux et des animaux.

M. Robouam lit un mémoire dont voici le résumé :

La rouille, la carie, le charbon, le noir et l'ergot des céréales, dont l'origine est restée depuis les temps les plus anciens inconnue, sont produits par la même cause, par le *coccus radicum*.

Chez tous les végétaux atteints s'observent les phénomènes morbides suivants : Arrêt dans la croissance de la plante; jeunes pousses, feuilles et fruits ne profitent plus; leur belle couleur verte se ternit, et ce phénomène est surtout très sensible sur les feuilles et les fruits; une espèce de poussière blanchâtre paraît sur eux; bientôt des taches plus ou moins brunes se montrent sur la jeune pousse, sur les feuilles et le fruit. L'épiderme du grain de raisin, comme celui du tubercule de la pomme de terre, se ternit; le tissu sous-jacent est ramolli. Le mal progressant, les taches deviennent noires; les tissus l'envahissent de plus en plus; ils perdent de leur cohésion; le bois se casse net. Le grain de raisin, quand il ne se fend pas, devient dur et cassant, ainsi que le tubercule; puis ils noircissent, tombent en bouillie comme des tissus gangrenés, ou bien restent longtemps à l'état de véritable gangrène sèche. Je n'entrerai pas dans des détails plus grands, ils feraient perdre de vue les phénomènes importants sans rien ajouter à la précision du diagnostic.

La constance de ces phénomènes me fit proclamer dès 1847 que la cause de la maladie de la pomme de terre, de la vigne, des dalhias, roses trémières, baricots, etc., etc., était la même, et je me mis avec ardeur à sa recherche, non-seulement parce que j'en étais victime, mais encore parce que je sentais que sa découverte intéressait l'humanité entière.

Par une série d'observations, j'ai été mis sur sa trace le 4 octobre dernier : 29 insectes, enfermés dans une feuille de papier, avaient le 26 enfanté une incalculable génération. Quelques recherches m'ont fait connaître le nom et la famille de ces insectes : le *coccus polonicus tinctorius*, le *coccus radicum*. J'ai vu se confirmer toutes mes observations et prévisions, et je me suis trouvé possesseur du *coccus radicum* dans ses phases diverses. Je l'avais ramassé : 1° à l'état d'insecte oblong sur la vigne; 2° d'insecte globuleux sur les dalhias, les racines de haricots, de vigne, de pomme de terre, de roses trémières; 3° enfin, à l'état de polygamie d'insecte semence partout où il y avait eu et où il se trouvait encore des plantes malades.

Une fois la cause du mal connue, il fallait songer à s'en débarrasser. J'ai divisé les agents thérapeutiques en : 1° moyen de détruire l'insecte au moment de la fécondation; 2° agents antipathiques ou destructeurs; 3° enfin, agents sympathiques ou plantes préférées. Je démontre que ce dernier mode de traitement est le plus rationnel, et qu'il joint à l'avantage de préserver les plantes utiles celui de pouvoir récolter la cochenille et en tirer un grand profit.

La découverte de la cause réelle de la maladie que je signale a une portée immense, incalculable; elle touche aux intérêts les plus grands de la société sous le rapport de l'alimentation. Eh bien! elle en offre un autre tout aussi puissant, tout aussi grand, et qui a trait à l'action des végétaux malades et de leurs fruits sur l'économie animale.

J'ai aujourd'hui acquis la certitude que la rouille, le noir, le charbon, la carie, l'ergot, etc., des céréales sont produits, non pas par des champignons intestinaux ou pariétaux, mais par le coccus. J'ai fouillé les annales de la science sur les affreuses épidémies d'ergotisme qui ont ravagé nos provinces; je vais présenter un tableau des phénomènes morbides tirés de Tessier et des *Mémoires de l'Académie des Sciences* (1676, 1710 et 1748) : Dépérissement, couleur terne de la peau, les plumes et les poils tombent, douleur, lassitude, fièvre; gonflement des extrémités, surtout des inférieures; dévoiement, ramollissement des tissus; taches brunes ou noires surtout aux extrémités inférieures, qui s'engourdissent, deviennent froides et livides; fluctuation au centre des gonflements, gangrène *commençant par l'intérieur*, suintement noirâtre et fétide; dans quelques cas, au lieu de la gangrène humide, on voit la gangrène sèche.

Pour celui qui a observé la maladie de la pomme de terre, de la belle de nuit, et qui l'a vue au dernier degré, il y a une analogie frappante. Singulière concordance des phénomènes morbides produits dans les plantes par le *coccus radicum* et de ceux que ces plantes et leurs fruits altérés produisent sur l'économie animale! Une série d'expériences faites avec ordre et bien suivies peut conduire aux résultats les plus curieux, les plus importants et peut-être les plus imprévus; si mes forces ne trahissent pas ma volonté, je les poursuivrai, ainsi que mes autres recherches.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 janvier 1851. — Présidence de M. Rayer.

Déductions expérimentales tirées de la théorie du canal alimentaire.

M. le docteur Segond envoie sous ce titre une note dont nous extrayons ce qui suit :

« Quand on soumet la démonstration de l'intestin d'un vertébré supérieur aux divers procédés fournis par l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison, on arrive à reconnaître très nettement que la partie la plus invariable, et par conséquent la plus importante de ce canal est l'intestin grêle. La structure de cette partie et ses connexions avec certains appareils sécréteurs annexes, le petit nombre d'anomalies qu'elle peut présenter par rapport à celles des autres parties de l'organisme, son développement primordial chez l'embryon, la disposition successive dans la série des animaux des parties qui la précèdent ou qui la suivent, le danger proportionnellement plus grand des maladies et des opérations pratiquées sur cette partie du canal, enfin le peu de modifications relatives qu'elle subit pendant la vie, tout concourt à établir aussi positivement qu'on peut le faire en biologie la prédominance marquée de l'intestin grêle sur toutes les autres parties du canal alimentaire.

» D'après cette théorie, on sent qu'il y a lieu à modifier beaucoup d'expériences entreprises soit dans le but d'éclairer le problème de la digestion, soit pour résoudre les questions variées sur l'action des médicaments et des poisons. On comprend, en effet, que, pour la netteté de certains résultats, il y aurait un grand intérêt à pouvoir agir directement sur l'intestin grêle.

» Mais toutes les expériences directes tentées à cet égard, et en particulier l'établissement artificiel des fistules, sont des opérations très périlleuses pour les animaux soumis aux expériences, résultats que l'on pouvait facilement prévoir à l'aide de la théorie que je propose. J'ai donc imaginé un procédé que je livre à tous nos habiles expérimentateurs, et qui consiste à établir préalablement une fistule stomacale, chez un chien, par exemple, et à pénétrer dans l'intestin grêle par le pylore, au moyen d'une sonde en gomme élastique du n° 12 ou 13. Quand on voudra simplement porter des substances dans le duodénum, il suffira de les injecter par la sonde; et quand on voudra recueillir des liquides du commencement de l'intestin grêle, on se servira d'un mandrin muni d'une éponge. »

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Liste de souscription :

Montant de la dernière liste de souscription. . .	110 fr.
M. le docteur Deramond, à Bellevue.	5
M. Mailly, interne des hôpitaux.	2
M. Dorelle, élève en médecine.	5
M. Bouvier, employé.	2
M. S...	2
M. Crebier.	2
M. S...	2
Total.	130

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 10. — SAMEDI 25 JANVIER 18[illegible] (24e ANNÉE.) N° 10. — SAMEDI 25 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Susceptibilité anormale à l'action des narcotiques.

Ce n'est pas une chose extrêmement rare que de rencontrer des individus qui offrent une susceptibilité telle à l'action de certains médicaments et des narcotiques en particulier, que des doses à peine médicamenteuses pour certaines organisations sont toxiques et presque mortelles pour d'autres. Cependant ces faits ne sont pas non plus assez fréquents pour ne pas inspirer une certaine surprise au médecin lorsqu'ils se produisent, et pour ne pas quelquefois le jeter dans un embarras au moins momentané. Il est donc utile de rappeler de temps en temps aux praticiens les faits de ce genre qu'on est disposé, à cause même de leur peu de fréqueuce, à perdre de vue. C'est ce qui nous a engagé à rapporter le cas suivant, d'après les notes qui nous ont été fournies par M. Thouvenet, interne distingué des hôpitaux, cas observé dans le service de M. le professeur Cruveilhier, et qui est remarquable, entre tous ceux du même genre, par la préparation qui a produit le narcotisme.

La nommée Antoinette, âgée de trente-huit ans, couturière, d'une forte et bonne constitution, d'une taille élevée, sujette aux migraines, entra il y a quelque temps à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Elle avait été prise la veille d'une hémicranie intense du côté droit ; les douleurs étaient principalement violentes à la paupière supérieure et à la tempe.

On prescrivit sur ces parties des frictions avec *dix grammes tout au plus de baume tranquille.* Au bout d'environ trois quarts d'heure la migraine disparaît, mais elle est remplacée par une douleur que la malade dit être d'une nature toute différente, qui ne ressemble en rien à sa migraine ordinaire ; elle est lancinante, siége profondément et occupe le côté gauche du front. La malade a des vertiges ; elle croit voir dans la salle des personnes qui sont absentes ; elle a des hallucinations ; les objets qui sont réellement devant elle lui paraissent confus ; elle éprouve un malaise général très grand ; le pouls est très faible ; il y a des frissons et une sensation de froid intense ; nausées, puis vomissements d'une petite quantité de mucosités ; tendance aux syncopes ; démangeaisons vives à la peau, surtout aux jambes, que la malade est obligée de se faire frictionner énergiquement ; soubresauts des tendons, mouvements spasmodiques des membres. — M. Thouvenet, appelé auprès de la malade, prescrit une infusion de café dans laquelle on ajoute un peu d'eau-de-vie.

Peu à peu la malade se réchauffe ; les accidents diminuent ; un long sommeil leur succède, et le lendemain il n'y a plus aucun malaise.

Si l'on veut bien réfléchir à la petite quantité d'opium que renferme le baume tranquille ; si l'on réfléchit que c'est en frictions que dix grammes seulement de cette préparation ont été employés, on conviendra qu'il serait difficile de trouver une sensibilité plus exaltée à l'action des narcotiques que celle de cette malade. Quant à la cause réelle des symptômes qu'elle a éprouvés, le moment de leur apparition, aussi bien que leur nature, ne peut laisser aucun doute sur cette cause : elle réside évidemment dans la préparation narcotique.

Diagnostic des affections cancéreuses de l'utérus à leur début.

Autant le diagnostic des affections cancéreuses de l'utérus est facile lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur développement, autant elles offrent souvent de difficultés quand on les observe à leur début ; et cependant, c'est à cette époque surtout que le chirurgien peut espérer agir avec quelque utilité contre ces funestes lésions. Dans le service de M. le professeur Roux, se trouve en ce moment une malade à propos de laquelle les réflexions précédentes ont leur opportunité.

Cette femme, couchée dans un des lits de la salle Saint-Charles, était d'une santé habituellement bonne avant la maladie dont elle est actuellement atteinte ; elle n'avait jamais gardé le lit, si ce n'est pendant l'époque puerpérale. Elle a eu trois enfants et une fausse couche il y a trois ans. C'est un an après cette fausse couche qu'elle commença à éprouver quelques douleurs vagues, mal localisées ; quelques mois plus tard, elle se sentit moins forte que d'habitude ; elle s'essoufflait lorsqu'elle marchait trop ou trop vite, et se fatiguait plus facilement quand elle travaillait ; en outre, il lui arrivait, dans ces deux circonstances, de perdre du sang par les parties sexuelles. Ces symptômes ont graduellement augmenté, au point que la malade s'est affaiblie de manière à ne pouvoir pas ou ne pouvoir qu'avec grand'peine travailler pendant quelques heures. Dans ces derniers temps, il s'est joint à ces symptômes de la diarrhée, et c'est ce dernier phénomène qui l'a engagée à entrer à l'hôpital, où elle a été reçue d'abord dans un service de médecine. Pendant ses deux ans de maladie, elle a été traitée par un médecin qui ne l'a examinée au spéculum que dans les derniers mois, et qui lui a dit qu'elle était affectée d'un engorgement. Aucun moyen local n'a été mis en usage pour arrêter les hémorrhagies, qui maintenant viennent même sans que la malade marche ou travaille. Elle est très notablement amaigrie depuis quelques mois, quoique les digestions soient peu ou point troublées et quoiqu'il n'existe qu'une légère diminution de l'appétit.

L'examen local permet de constater l'état suivant :

Par le toucher, on s'assure que l'utérus occupe sa position normale, qu'il est mobile, de consistance et de volume normaux ; le peu d'épaisseur des parois abdominales rend surtout facile la constatation du volume. Le col de l'organe offre lui-même à son insertion au vagin sa consistance à peu près normale, et seulement une augmentation très légère de volume. Il n'en est pas de même des lèvres ; celles-ci sont dures, volumineuses ; et à l'intérieur du col, le doigt sent des corpuscules polypiformes, aplatis, mollasses, friables, comme des bourgeons végétants. — Le doigt qui a servi à l'exploration ne conserve aucune odeur spéciale.

L'examen au spéculum montre un museau de tanche volumineux, pouvant avec peine être contenu dans un instrument de forte dimension ; les lèvres sont rouges, érodées, saignantes, et dans la cavité du col se voient les corpuscules polypiformes frangés sentis par le doigt.

Le père et la mère de la malade sont encore vivants et bien portants ; aucun de ses parents ne paraît être mort d'une affection cancéreuse. Est-ce à dire cependant qu'il n'y ait pas là une affection de nature cancéreuse ? Non sans doute ; il est probable, au contraire, que telle est l'affection dont cette malade est atteinte. En effet, il n'est pas possible de songer ici à un polype, ni à un corps fibreux de l'utérus ; on ne pourrait donc avoir affaire qu'à un engorgement, à une inflammation chronique simple ou hypertrophique, si tant est que le mot hypertrophie convienne bien pour désigner les lésions qu'on a rangées dans cette catégorie. Mais il est bien rare, pour ne pas dire sans exemple, que ces simples engorgements produisent des hémorrhagies aussi persistantes, aussi graves surtout que celles qui se sont produites et qui se produisent encore chez cette femme. A la vérité, il n'existe pas ici ces douleurs lancinantes qui ont été données comme caractéristiques du cancer ; mais on sait combien ces douleurs sont sujettes à manquer ; d'ailleurs, ils n'existent pas non plus, ces tiraillements des cuisses, des aines, ces douleurs de reins qui appartiennent à la fois à presque toutes les lésions organiques ou non de l'utérus, et sous ce rapport il n'y aurait pas plus de probabilité pour l'une que pour l'autre. L'amaigrissement et le trouble commençant des fonctions digestives nous paraissent aussi devoir être rapportés plutôt à un cancer qu'à une lésion inflammatoire ou hypertrophique simple. Toutefois, l'existence du cancer ne nous semble pas absolument hors de doute dans ce cas. Si, comme tout porte à le croire, les observations dont M. Récamier a entretenu l'Académie il y a un an sont vraies, même seulement en partie, il se pourrait que ces corpuscules frangés ne fussent que ces corps en grappe décrits par M. Récamier et dont on débarrasse les femmes à l'aide du *curage* de la cavité utérine. Il y a dans le travail de ce praticien des observations fort analogues à celle de la malade dont nous venons de rapporter brièvement l'histoire et dont les sujets sont revenus par le traitement en question à une santé complète. Quoi qu'il en soit, nous suivrons la marche de la maladie que nous venons de décrire, et nous nous efforcerons d'en tirer l'enseignement clinique qui nous paraîtra pouvoir en découler. C'est surtout l'influence du traitement employé qui nous édifiera à cet égard.

Hématocèle. — Ulcère de mauvaise nature à la partie antérieure du thorax.

Au n° 32 de la salle des hommes est entré, il y a une quinzaine de jours, un homme de cinquante ans, ayant l'apparence d'une bonne constitution, qui est atteint de deux affections curieuses et indépendantes l'une de l'autre.

La première est une hématocèle de la tunique vaginale à gauche, qui remonte à sept à huit ans et dont l'origine est singulière : le malade raconte, en effet, qu'un matin, au moment de se lever, il fit dans son lit un effort pendant lequel il sentit une douleur dans la région du scrotum. Bientôt survinrent un gonflement et une ecchymose qui s'étendit jusqu'à la verge et la paroi abdominale. Une tumeur fluctuante resta après la disparition de cette ecchymose, et le malade continua ses travaux habituels. Plus tard, il se fit faire une première, puis une seconde ponction, qui donnèrent issue à du sang presque pur. La tumeur s'est dans les deux cas reproduite avec rapidité. Aujourd'hui, elle a le volume d'une tête d'enfant et est encore très fluctuante ; elle a de plus en certains points une consistance dure qui porte M. Gosselin à penser qu'il y a épaississement de la tunique vaginale. Le volume et le poids de cette tumeur sont fort incommodes pour le malade.

L'autre affection que porte ce sujet est un ulcère plus large qu'une pièce de 5 francs, inégal, garni de fongosités rouges qui saignent facilement et versent un pus de mauvaise nature ; il occupe la partie antérieure et supérieure de la poitrine à gauche ; les côtes ne sont pas dénudées et ne paraissent pas altérées. Cet ulcère date de juin 1848 et aurait été consécutif, s'il faut en croire le malade, à une plaie contuse qu'il se serait faite en tombant sur les pavés d'une barricade. La plaie ne se serait pas cicatrisée et se serait au contraire agrandie continuellement. M. Gosselin se demande si cet ulcère est bénin et entretenu par quelque cause locale ou générale ; il ne le croit pas ; car la région n'est pas exposée, comme celle des jambes, aux retards de la circulation qui favorisent la formation des ulcères, et le malade ne paraît pas avoir négligé les soins de propreté ; d'un autre côté, il n'y a pas à songer aux scrofules, et rien dans les commémoratifs ni dans l'état actuel n'autorise à affirmer qu'il s'agit là d'un ulcère syphilitique tertiaire. Pourtant, on peut conserver quelques doutes. Ne serait-ce pas plutôt un ulcère malin, cancéreux, par suite de la transformation en cancer de la surface d'une plaie, ainsi qu'on en a cité des exemples ? M. Gosselin incline vers cette dernière opinion ; cependant, il soumettra le malade à l'usage de l'iodure de potassium avant de se prononcer définitivement.

Ce malade désirant vivement être débarrassé de son hématocèle, M. Gosselin s'est décidé à l'opérer lundi dernier par la ponction et l'injection iodée ; il est sorti près d'un litre de liquide tout à fait analogue pour la couleur à du chocolat au lait, et l'on a constaté que la tunique vaginale, sans avoir subi la transformation cartilagineuse, était du moins considérablement épaissie ; cette circonstance et l'étendue de la poche font craindre ou que l'injection iodée n'empêche pas la récidive, ou qu'elle soit suivie de suppuration. Dans l'un et l'autre cas, il faudra avoir recours à l'incision et peut-être à l'excision de la tunique vaginale.

MÉMOIRE
SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA BRUCINE ;

Par M. L. LEPELLETIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis 1823, époque à laquelle M. le professeur Andral fit connaître dans le *Journal de Physiologie expérimentale* le résultat de ses observations sur les propriétés thérapeutiques de la brucine, ce médicament est tombé dans un oubli presque complet. Cependant ces premiers travaux devaient encourager les praticiens à se livrer à de nouvelles expérimentations. Les avantages que ce savant professeur avait reconnus à cet alcali végétal, sa supériorité même, dans certains cas, sur la strychnine, pouvaient faire espérer que la matière médicale allait bientôt s'enrichir d'un agent capable de lui rendre des services. Cette espérance ne s'est pas réalisée. Si on ouvre en effet les ouvrages de thérapeutique, si on examine les recueils périodiques, on voit que la brucine est à peine mentionnée ; si on parcourt les différents services des hôpitaux, cet agent semble oublié.

Malgré cet oubli, les travaux cliniques de M. Bricheteau permettent aujourd'hui de tracer un tableau complet de ses effets physiologiques et d'indiquer quelques-unes de ses applications. Depuis longtemps en effet il administre ce médicament ; les résultats qu'il en a obtenus dans certains cas ont été assez remarquables pour l'engager à en continuer l'usage.

J'ai recueilli dans son service les premières observations qui ont été la base de ce travail. D'autres faits me sont personnels, et m'ont permis de compléter l'histoire de la brucine.

L'incertitude qui règne encore dans la science sur la valeur de cet alcaloïde et surtout la connaissance peu exacte de ses effets physiologiques m'ont engagé à en faire une description aussi complète que possible et à rapporter quelques-uns des faits que j'ai observés.

La brucine, comme on le sait, est un alcali végétal que l'on retire de la fausse angusture, et qui en est le principe actif. Elle se rencontre aussi dans la noix vomique avec la strychnine. Les effets souvent terribles de ce dernier médicament à une dose infiniment petite ayant pendant longtemps empêché les médecins d'y avoir recours, on pensa que, si l'on trouvait une substance lui étant analogue sous le rapport de ses propriétés physiologiques, mais en différant toutefois par l'énergie moindre de son action, le motif qui s'opposait à l'emploi de la strychnine n'existerait plus, et l'on pourrait introduire utilement dans la matière médicale une substance qui offrirait les avantages de la strychnine sans en avoir les inconvénients.

De tout temps, en effet, les praticiens ont eu de la répugnance à employer ce médicament. L'impossibilité dans laquelle ils se trouvaient d'en calculer l'action, les en a em-

péché. Aussi n'est-on pas étonné d'entendre dire à M. Andral dans son mémoire : « A ma connaissance, M. Magendie » est le seul qui ait jusqu'à présent publié quelques observa- » tions sur l'emploi de la strychnine chez l'homme. »

De nos jours également, tous les médecins savent avec quelle prudence il faut administrer ce médicament, qui peut occasionner des accidents assez graves.

Convaincu des dangers que son emploi peut présenter, M. Andral eut l'idée d'expérimenter la brucine.

Il fit alors quelques expériences comparatives, dont il nous a transmis le résumé dans le mémoire déjà cité, et desquelles il résulte :

« 1° Que l'action de la strychnine est si énergique, que ce » n'est qu'avec les plus grandes précautions qu'on doit se » permettre de l'employer;

» 2° Que la brucine agit moins énergiquement que la » strychnine, et qu'elle peut avantageusement la remplacer » comme médicament. »

Depuis ces premiers travaux, favorables à l'emploi de la brucine, l'histoire de ses effets physiologiques a été pour ainsi dire oubliée. Confondue avec celle de la strychnine dans les ouvrages de thérapeutique, elle présente cependant des particularités assez importantes pour qu'on en fasse une étude spéciale.

C'est le sujet du chapitre suivant.

Chapitre premier. — *Action physiologique de la brucine.*

Les effets physiologiques de la brucine, quoique analogues sous certains rapports à ceux de la strychnine, présentent cependant des particularités assez intéressantes pour attirer l'attention des observateurs.

La différence d'activité de ces deux alcalis végétaux produit la différence de leur action. Le raisonnement le fait pressentir, et l'observation clinique le démontre clairement.

Peut-être ne serait-il pas sans intérêt de comparer entre eux les effets de chacun de ces médicaments; mais cet examen ne rentrerait pas dans le cadre de ce travail, uniquement consacré à l'histoire de la brucine.

Avant d'examiner les effets de la brucine, réellement dignes d'intérêt, je vais indiquer sommairement son action sur quelques-uns de nos appareils.

Action sur le tube digestif. — Dans la plupart des cas, la brucine ne produit aucun effet sur les premières voies digestives. Les malades n'éprouvent absolument rien, soit en l'avalant, soit quelques instants après. Dans d'autres cas, au contraire, ils ressentent après l'avoir pris une chaleur vive qui, partant du creux de l'estomac, suit le trajet de l'œsophage et arrive à l'isthme du gosier, où elle détermine une amertume assez prononcée. Ce malaise augmente en général progressivement avec les doses du médicament.

Le plus ordinairement les digestions sont faciles et régulières; quelquefois cependant les malades éprouvent des maux d'estomac; il survient des nausées, et l'appétit diminue ou disparaît. Cet état ne dure pas longtemps; il suffit en effet de diminuer la dose de brucine ou de la suspendre pendant quelques jours pour le faire cesser.

Du côté de l'intestin il n'y a rien de particulier à signaler, car on n'observe rarement que quelques coliques passagères et peu intenses.

Appareils de sécrétion. — Dans une des observations que j'ai recueillies, j'ai remarqué une fréquence extrême dans l'excrétion de l'urine, et une sécrétion abondante de ce liquide. La malade, en effet, était obligée d'uriner à peu près toutes les heures, et rendait chaque fois une notable quantité d'urine.

Les autres sécrétions ne paraissent pas être activées par la brucine.

Appareils de la circulation. — Ce médicament paraît ne produire aucun effet sur la circulation.

Cependant j'ai observé de la fièvre à la suite d'attaques qu'il occasionnait chez une malade, dont je parlerai plus loin.

Appareils nerveux. — Cette partie de l'histoire physiologique de la brucine est réellement la seule intéressante; aussi mérite-t-elle d'être étudiée avec quelques détails.

L'action de la brucine peut être momentanée ou permanente. Dans le premier cas, elle agit à des intervalles séparés et sur des parties isolées de notre économie; dans le second, au contraire, ses effets se manifestent à un moment donné, et deviennent généraux au lieu d'être partiels et passagers comme auparavant. Ils constituent alors de véritables attaques.

Je n'ai eu l'occasion de les observer qu'une seule fois; aussi me paraissent-elles moins fréquentes que lorsqu'on administre la strychnine.

Les premières sensations que les malades éprouvent sont de légers fourmillements dans tous les membres et quelques picotements dans la tête; ces effets se reproduisent plusieurs fois dans la journée et ne durent que peu d'instants. Leur succession rapide incommode souvent les malades et leur occasionne des démangeaisons assez vives pour les forcer à se gratter. On remarque parfois dans cette première période quelques maux de tête passagers.

Ces phénomènes sont les seuls qui apparaissent ordinairement jusqu'à la dose de 0,10. A cette époque de l'administration de la brucine, on observe d'autres phénomènes, dont l'ensemble constitue ce que j'appelle la seconde période de son histoire physiologique.

Au moment où ils s'y attendent le moins, les malades ressentent un petit mouvement dans un de leurs membres. Ce mouvement, véritable étincelle électrique, passe avec une rapidité étonnante et ne laisse aucune douleur après lui. Il existe indifféremment sur les membres paralysés ou non, mais le plus ordinairement sur les premiers. J'ai remarqué que les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse et ceux du pied sur la jambe en étaient surtout le siége.

Ce premier mouvement est l'indice de l'action de la brucine. Il est bientôt suivi par d'autres qui se répètent dans la journée. Ils impatientent souvent les malades, qu'ils surprennent pendant la marche ou la station verticale. Ils perdent alors l'équilibre et craignent de tomber; cependant, dans le principe, ces secousses ne sont certainement pas assez fortes pour produire ce résultat.

La dose augmente-t-elle, les mouvements deviennent plus fréquents, plus forts et plus généraux. Si on observe, en effet, le malade quelques instants seulement, on voit le bras, l'avant-bras, la main, la cuisse, la jambe et le pied successivement ébranlés par ces secousses électriques et même enlevés du lit. A la dose de 0,65, la brucine a produit chez un des malades dont je parlerai plus loin des mouvements assez forts pour lui faire craindre d'être jeté hors du lit. Je dois ajouter que cet homme était complétement hémiplégique.

Quand les doigts et les orteils ressentent les effets de la brucine, ils présentent une particularité que je dois mentionner. Ils sont le siége de mouvements d'extension et de flexion très précipités et quelquefois assez étendus pour produire un bruit très prononcé résultant du frottement des surfaces articulaires. Ils ne sont jamais frappés de cette roideur tétanique que l'on observe si fréquemment lorsqu'on administre la strychnine. Je ferai du reste remarquer que la brucine n'a jamais produit cet effet chez les malades que j'ai suivis. Son action s'est toujours résumée en contractions ou en flexions successives plus ou moins fortes et plus ou moins précipitées. Cette propriété importante mérite d'attirer l'attention des observateurs.

Pendant que la brucine exerce son action sur les muscles des membres, d'autres organes importants, constamment modifiés par la strychnine, ne paraissent pas influencés. C'est ainsi que les muscles élévateurs de la mâchoire, le pharynx et l'œsophage, qui participent aux spasmes produits par la strychnine, échappent presque constamment à l'action de la brucine.

Quant aux muscles qui érigent le pénis, il n'en est pas de même; ils sont manifestement influencés par la brucine. J'ai reçu, en effet, des confidences qui ne me permettent pas d'en douter. Cette propriété est assez importante; aussi pourrait-on, je crois, l'employer contre l'impuissance sans s'exposer à voir survenir des accidents qu'entraîne quelquefois l'administration de la strychnine.

On observe assez souvent dans cette seconde période la perte plus ou moins complète du sommeil. Dans quelques cas, elle n'est produite que par les secousses violentes dont les membres du malade sont le siége; dans d'autres, au contraire, elle est le résultat de l'action physiologique de la brucine. Cette insomnie, considérée sous ce dernier point de vue, arrive à des doses différentes qu'il est impossible de préciser et qui varient suivant les individus.

La céphalalgie, qui primitivement n'était que légère et passagère, devient assez vive et s'accompagne quelquefois de tintements d'oreilles. La vue se trouble un peu; les malades croient avoir un nuage devant les yeux. Quand ils lisent, ils se fatiguent facilement, et, s'ils ne cessent, la vue s'obscurcit. L'œil, du reste, ne présente aucun changement apparent.

Tels sont les effets les plus ordinaires de la brucine. Mais, comme je l'ai fait remarquer au commencement de ce chapitre, il peut survenir des attaques parfaitement caractérisées, quoique très légères. Je les ai observées pendant trois semaines chez une malade confiée à mes soins. Ces attaques ne l'empêchaient pas, du reste, d'éprouver de fréquents mouvements dans la journée; mais le soir les effets de la brucine paraissaient plus forts et plus répétés et produisaient quelques phénomènes généraux que je vais décrire.

L'attaque se compose de trois périodes. La première est caractérisée par des prodromes. La malade éprouve d'abord des bâillements et des pandiculations suivies d'agacements dans les membres et surtout dans les mains. Les doigts se fléchissent alors et s'étendent avec force et précipitation. Ces premiers phénomènes s'accompagnent d'envies de vomir et de rapports très amers. Il survient du frisson, mais il ne dure pas longtemps. La malade éprouve bientôt une faiblesse générale qui lui annonce le début de l'attaque.

Ces prodromes ne durent que quelques minutes. La seconde période commence aussitôt. Elle se compose des mouvements divers que j'ai étudiés dans la première partie de ce travail. Ces mouvements sont si forts et si précipités qu'ils occasionnent des douleurs que la malade accuse parfaitement, car elle ne perd pas connaissance. Elle peut parler, rendre exactement compte de ce qu'elle éprouve, et faire remarquer la différence qui existe entre ces effets et ceux qu'elle ressent dans la journée sous le rapport de l'intensité et de la durée. Ces mouvements ne sont nullement désordonnés et ne consistent qu'en flexions ou en extensions des jambes sur les cuisses, des orteils sur les pieds et des doigts sur les mains, organes sur lesquels la brucine agit presque uniquement.

Cette seconde période, plus longue que la première, dure ordinairement de cinq à dix minutes. Les mouvements deviennent alors moins forts, moins fréquents et disparaissent bientôt.

A ces accès convulsifs succède la troisième période, caractérisée surtout par de la faiblesse et de l'accablement. La malade se plaint de vives douleurs dans les membres et ne peut les remuer. Ils sont excessivement faibles et dans la résolution la plus complète. Il y a de la céphalalgie. La vue et l'ouïe sont très sensibles, la bouche sèche et la soif vive. La malade a besoin de repos.

Ces derniers phénomènes ne sont que le résultat de l'excitation physiologique que j'ai étudiée dans la période précédente.

La fièvre survient alors; elle s'accompagne de sueurs assez abondantes, se prolonge quelques heures, et peut devenir assez vive pour empêcher la malade de dormir ou pour lui procurer un malaise général.

Mais bientôt tout se calme, et l'attaque est terminée.

Voilà donc les différents phénomènes que l'on observe lorsque la brucine, ne se bornant pas à des effets momentanés, semble, à un instant donné, se montrer avec toute l'énergie d'action qu'elle est susceptible de développer.

Des détails importants auront peut-être échappé à la description de cette histoire physiologique. Cependant, quelque imparfait que soit ce travail, il aura du moins l'avantage de mettre sous les yeux des praticiens des observations nouvelles destinées à leur faire connaître un agent capable de rendre des services à la thérapeutique.

MM. Trousseau et Pidoux mentionnent seulement la brucine au chapitre des excitants du système musculaire, et, pour l'étude de ses effets physiologiques, ces auteurs d'un ouvrage si justement répandu renvoient à la description de ceux de la noix vomique. Les détails précédents serviront, je pense, à faire connaître les particularités importantes de l'action physiologique de la brucine et à séparer son histoire de celle de la strychnine.

Les effets de la brucine ne s'observent ordinairement que lorsqu'on l'administre depuis quelques jours et à une certaine dose; son action s'épuise facilement et ne se fait sentir que pendant deux et très rarement trois jours, mais ne dépasse pas ce laps de temps. On comprend déjà avec quelle facilité le praticien pourra l'employer sans crainte de voir les effets s'accumuler et produire des accidents analogues à ceux de la strychnine.

C'est certainement un avantage bien grand que présente la brucine, et que l'on appréciera davantage quand on saura à quelle dose on peut l'administrer sans entraîner le moindre accident. Les observations de mon honorable maître, M. Bricheteau, sont tout à fait concluantes sur ce point; car depuis fort longtemps il emploie la brucine, et jamais il n'a observé de fâcheux effet.

Chapitre II. — *Action thérapeutique de la brucine.*

L'analogie qui existe entre la strychnine et la brucine, sous le rapport de leurs effets physiologiques, l'a fait employer dans les mêmes affections que le premier de ces deux médicaments. M. Andral l'a expérimentée dans l'hémiplégie, la paraplégie et la paralysie saturnine. C'est dans ces mêmes maladies que M. Bricheteau a l'habitude de l'ordonner. Avant de rapporter les quelques observations destinées à prouver l'efficacité de la brucine, j'ai besoin de jeter un coup d'œil rapide sur ces espèces de paralysie, et d'indiquer l'époque de l'affection qui paraît la plus favorable à l'administration de cet alcaloïde.

Employé dans des cas où l'hémiplégie est récente, il aggravera très vraisemblablement les accidents cérébraux; aussi le praticien ne doit songer alors qu'aux antiphlogistiques, seuls médicaments capables d'éloigner le danger qui menace le malade. Mais je suppose l'épanchement résorbé et les accidents cérébraux disparus. Il existe néanmoins une hémiplégie, c'est-à-dire une atonie musculaire du côté paralysé, qui, après avoir été plongé dans une sorte de profond coma, ne peut se relever de cet état d'accablement; c'est alors le moment d'employer les excitants du système musculaire, et par conséquent la brucine. Je n'ignore pas que l'on a dit qu'à cette époque il faut craindre qu'ils ne produisent une inflammation de la substance cérébrale autour du foyer apoplectique; mais jusqu'à présent, je l'avoue, les faits que j'ai observés ne me permettent pas d'avoir cette crainte. J'ai vu souvent administrer la brucine à ce moment de l'affection; j'ai constaté des succès et des insuccès, mais jamais de fâcheux résultat. Aussi, en présence d'une hémiplégie datant déjà de quelque temps, je n'hésiterai pas à l'employer.

La brucine, dans ce cas, a donné quelques résultats avantageux; mais cependant il ne faut pas exagérer son efficacité. Elle pourra réussir dans quelques cas et échouer dans d'autres, à cause de la faiblesse de son action, ou de la gravité et de l'étendue de la lésion organique.

Dans la paraplégie elle a donné quelques bons résultats. Mais on sait combien d'affections peuvent produire cette espèce de paralysie, depuis la simple congestion des membranes intra-vertébrales jusqu'à la destruction complète d'une partie de la moelle. Ce serait certainement une erreur que de croire que la brucine peut guérir une paraplégie consécutive à un ramollissement de la moelle; mais, enfin, il est d'autres paraplégies, celles, par exemple, qui succèdent à une myélite arrêtée dans sa marche ou à une simple congestion de la moelle, qui pourront se modifier heureusement et même guérir par l'administration de la brucine.

Je rapporte deux faits de guérison de cette espèce de paralysie. Le premier, si intéressant sous le rapport de l'étiologie de la maladie, me paraît être une paraplégie consécutive à une congestion de la moelle. La rapidité avec laquelle s'est effectuée la guérison ne me permet pas de croire que la malade était atteinte d'une myélite. On pourra, du reste, en juger par les détails de l'observation.

Quant à la seconde, tout porte à croire que la malade était atteinte d'une myélite à marche lente; aussi la brucine, aidée des autres moyens usités dans ce cas, a-t-elle réussi à rendre aux membres inférieurs la motilité et la sensibilité qui avaient disparu depuis quelque temps.

Certaines paralysies partielles ont été traitées également par la brucine. La troisième observation que je rapporte est un fait assez remarquable et peu commun; aussi je le crois digne d'intérêt. Il s'agit, en effet, d'une paralysie du bras gauche consécutive à une fracture complète du pariétal du même côté. J'ignore ce qui s'était passé dans ce cas; seulement je constate les avantages que le malade a retirés de l'administration de la brucine.

Les paralysies auxquelles sont si fréquemment sujets les individus qui manient les préparations saturnines ont été également traitées par la brucine. Les observations de M. Andral ne lui sont pas très favorables; celles que rapporte la *Gazette des Hôpitaux* de 1844 le sont peut-être davantage. Je n'ai pas encore eu l'occasion de fixer mon at-

tention sur ce point ; aussi m'abstiendrai-je de me prononcer sur la valeur thérapeutique de la brucine dans ces affections.

Telles sout, à ma connaissance, les seules applications qui aient été faites de la brucine. On voit donc que, sous le point de vue thérapeutique, son histoire est peu avancée, et qu'il reste encore beaucoup à faire.

Parmi les affections dans lesquelles la brucine pourrait être employée, il en est une qui, je crois, serait avantageusement modifiée par elle : je veux parler de l'*impuissance.*

L'action de ce médicament sur les organes génitaux et son innocuité complète, même à dose élevée, sont deux motifs certainement valables pour que l'on soit tenté de l'expérimenter dans cette affection.

Après ces considérations sur l'action thérapeutique de la brucine, je crois devoir rapporter quelques observations à l'appui des détails dans lesquels je suis entré.

Elles sont peu nombreuses, mais assez concluantes pour permettre d'apprécier les services que peut rendre cet alcaloïde.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'amaurose au début de l'albuminurie.

Par M. le Dr Seure, de Suippes (Marne).

Avant M. le docteur Landouzy, personne n'avait signalé l'existence de l'affaiblissement de la vue dans la néphrite albumineuse et sa fréquente apparition, comme signe initial de cette grave maladie, avant l'invasion des autres accidents pathognomoniques. En raison de la haute position qu'occupe dans le monde médical le savant professeur de Reims, en raison de ses travaux antérieurs dont personne n'a contesté le mérite, ses dernières communications à l'Académie de Médecine devaient être généralement accueillies d'une manière favorable; et cependant elles ont rencontré d'assez nombreux contradicteurs. Pour mon compte, je n'ai encore observé qu'un seul cas d'albuminurie, mais l'amaurose s'y est manifestée dès le principe d'une manière si frappante que j'ai cru devoir prendre tous les détails du fait pour vous les adresser, avec prière de leur donner place dans les colonnes de votre excellent journal.

Mme veuve A....., de la commune de Hans (arrondissement de Sainte-Menehould), est âgée de quarante-huit ans; elle est de petite taille, d'une constitution délicate et d'un caractère excessivement irascible. Son père est mort asthmatique à l'âge de soixante-deux ans, et sa mère à soixante-dix ans, d'une fluxion de poitrine. Elle fut réglée dans sa dix-huitième année sans difficulté. Mariée à vingt et un ans, elle a eu six enfants, dont les trois premiers ne vécurent pas au delà de vingt-quatre heures. A vingt-quatre ans, elle eut un rhumatisme articulaire aigu, et quelques mois après elle fut atteinte de coliques très-vives dont elle eut peine à se débarrasser. Cependant sa santé se rétablit peu à peu, et un an plus tard elle put reprendre ses occupations habituelles, tout en conservant un estomac délicat et une grande disposition aux indigestions. A trente-huit ans elle perdit la vue du côté droit, d'une manière brusque et sans douleur aucune.

Il y a trois ans et demi, étant baissée pour lier une gerbe de blé, elle ressentit brusquemment une douleur aiguë au côté droit de la poitrine, au niveau de la dernière fausse-côte. Au bout de quelques jours, cette douleur se calma, mais d'une manière incomplète, et pour se renouveler depuis à l'occasion de la moindre fatigue ou par suite de certains mouvements de corps.

Vers la même époque elle cessa d'être réglée, et dès ce moment elle s'aperçut qu'elle avait souvent de la gêne à respirer. Cette oppression, qui a toujours été en augmentant jusqu'à ces derniers temps, rendait la marche très pénible. Cependant la malade pouvait encore se livrer aux travaux des champs; mais à partir du mois de juin 1849 elle fut obligée de renoncer à ses occupations du dehors : c'est que à son asthme et à sa douleur du côté droit, il était venu se joindre un grand mal de reins, et presque aussitôt de l'enflure à la jambe gauche et de la bouffissure au visage. L'infiltration de la jambe se dissipa spontanément au bout de quelques semaines, pour revenir deux mois plus tard, mais alors aux deux jambes simultanément; bientôt elle gagna les cuisses, puis les parois abdominales.

Il y avait au plus quatre à cinq jours que la malade avait la jambe gauche enflée, lorsqu'un soir elle sortit dans la rue pour aller voir la flamme d'un incendie qui venait de se déclarer dans un village voisin. A sa grande surprise elle ne put rien distinguer là où plusieurs personnes réunies près d'elle apercevaient facilement du feu; et lorsqu'elle voulut rentrer chez elle, sa vue se trouvait tellement affaiblie, qu'elle eut beaucoup de peine à retrouver la porte de sa maison. Elle passa la soirée dans cet état, et se coucha avec la crainte de se réveiller le lendemain complétement aveugle. Le lendemain matin elle avait heureusement recouvré la faculté de voir comme auparavant; mais à la chute du jour le même trouble de vue se reproduisit avec autant d'intensité que la veille; et ainsi de suite pendant dix jours. Depuis cette époque, cette amaurose se manifesta presque régulièrement deux fois par mois, pour durer chaque fois neuf à dix jours, avec augmentation progressive pendant les cinq premiers jours, et diminution graduelle pendant les quatre à cinq derniers; cependant elle ne s'est pas montrée pendant les six derniers mois de la maladie.

La néphrite marcha lentement jusqu'au printemps dernier : alors Mme A..... consulta pour la première fois un médecin de Châlons, dont elle abandonna bientôt les prescriptions pour se mettre entre les mains d'un charlatan célèbre de nos contrées. Mais les remèdes de ce dernier n'ayant pas amené le résultat promis, elle les mit également de côté au commencement du mois d'août dernier, avec la résolution de ne plus faire aucun traitement. Cependant l'état de la malade empirait tous les jours : ses douleurs des reins et du côté droit devenaient plus intenses, la dyspnée était continuelle, l'infiltration des extrémités inférieures plus prononcée, la digestion très difficile, et la diarrhée continuelle. Dans les derniers jours d'octobre les forces étaient tellement affaiblies, que la malade ne pouvait plus rester levée que le temps de faire son lit. Alors sa famille fit des instances pour la décider à voir un médecin ; je fus appelé auprès d'elle le 12 novembre et je la trouvai dans l'état suivant :

Bouffissure considérable des joues, teinte violacée du visage; infiltration des extrémités inférieures et des parois abdominales; amaigrissement considérable du tronc et des membres supérieurs; faiblesse générale extrême, et cependant la vue est bonne, du moins à gauche; l'examen de l'œil droit, dont la perte remonte à dix ans, démontre que l'iris est adhérente dans toute sa circonférence au cristallin, et que la pupille est singulièrement déformée par suite de ces adhérences; ventre généralement sensible à la pression, mais surtout à l'épigastre; douleur des reins, exaspérée par une pression légère, notamment à droite; langue blanche et sèche, soif vive, perte complète de l'appétit; depuis quelques jours toutes les substances alimentaires sont vomies peu de temps après l'ingestion; diarrhée fréquente, datant de quinze mois; chute du rectum à chaque selle avec douleurs vives dans cet organe; urines habituellement rares, mais plus rares encore depuis quinze jours, offrant quelquefois une couleur foncée et une odeur assez forte; celles qui me furent présentées étaient claires, peu colorées et sans odeur remarquable; une partie fut emportée, et à mon retour à Suippes, moitié de cette quantité fut traitée par l'acide azotique, et moitié par la chaleur; après un repos de deux heures, je constatai que dans l'un et l'autre tube il s'était formé un dépôt albumineux formant le sixième environ du volume de l'urine. Du reste l'oppression était modérée, la résonance de la poitrine parfaite en avant comme en arrière, le bruit respiratoire normal, excepté en arrière et à gauche où l'oreille perçoit quelques râles sibilants; rien du côté du cœur; pouls très faible à 75-80, avec de rares intermittences; peu de sommeil.

Prescription : limonade azotique, demi-litre par jour; une pilule de cynoglosse avec 5 centigrammes de digitale tous les soirs; deux fois par jour un quart de lavement amilacé ; eau de poulet; eau rougie.

Je revis la malade quatre jours plus tard, elle était beaucoup plus mal qu'à ma première visite; ses forces étaient complétement épuisées, son pouls d'une faiblesse excessive, filiforme, très fréquent; elle vomissait toutes ses boissons; le coma commençait; enfin tout annonçait une mort prochaine, et elle succomba en effet le 18, sans aucun trouble de l'intelligence.

DES MOYENS
de prévenir la déchirure du périnée pendant l'accouchement,

Par M. le docteur Eichelberg.

Les moyens qui ont été proposés dans ces dernières années pour prévenir les déchirures du périnée pendant l'accouchement sont de trois sortes. C'est :

1° De chercher à ramollir le périnée par des frictions huileuses ;

2° De déterminer un certain ralentissement dans les douleurs à la quatrième période de l'accouchement ;

3° Enfin, de contenir fortement le périnée et de favoriser le dégagement de la tête.

En 1810, Michaëlis conseilla, pour prévenir une rupture imminente du périnée, d'inciser la commissure postérieure. Cette opération fut approuvée par les uns, rejetée par les autres, et n'a été, en définitive, appliquée qu'en 1828, où le docteur Weire eut occasion de la pratiquer deux fois avec beaucoup de succès. Encouragé par ces résultats, M. Eichelberg eut pour la première fois, en 1835, occasion de pratiquer une opération de ce genre.

C'était chez une primipare; la tête de l'enfant était à la vulve depuis plus d'une heure, et cette dernière offrait une telle résistance qu'il était impossible d'introduire le doigt entre la tête et le rebord vulvaire. D'après l'évaluation de M. Eichelberg, il fallait un élargissement de 1 pouce à 1 pouce 1/2 pour que la tête pût passer, et cela ne pouvait avoir lieu sans rupture du périnée. C'est alors qu'il résolut de faire une incision, non point sur le raphé, mais sur le côté de la vulve. L'incision étant faite, les premières douleurs suffirent pour terminer le travail.

Depuis ce temps, M. Eichelberg a fait cette opération quatorze fois avec succès. Voici la manière dont il procède :

L'incision est faite à environ 45° du raphé. Il se sert d'un bistouri de Pott, qu'il introduit par le plat entre la tête de l'enfant et le rebord de la vulve. Cette introduction ne doit avoir lieu que lorsque la tête est à la vulve et quand la rupture du périnée est imminente. Il attend les dernières douleurs pour diriger en dehors le tranchant de l'instrument et pratiquer l'incision. Il cherche à borner la longueur de cette incision au degré nécessaire pour le passage de la tête. Le grand avantage que l'on trouve à inciser la vulve dans sa partie épaisse, c'est que la plaie se cicatrise très rapidement et sans le moindre accident; c'est du moins ce que M. Eichelberg a constaté dans la plupart des cas. Un autre avantage de cette opération, c'est qu'on peut la pratiquer sans en avertir, et par conséquent sans effrayer la malade. On peut introduire le bistouri sans découvrir la femme, s'assurer si l'ouverture vulvaire est trop étroite, et faire coïncider l'incision avec une douleur. Du reste, il est arrivé à M. Eichelberg d'introduire le bistouri sans pratiquer l'opération.

Quant à la question de savoir s'il faut borner cette opération aux cas où elle est absolument indiquée, ou s'il faut la pratiquer dans certains cas plus ou moins douteux, M. Eichelberg la résout dans le sens le plus large; car sur quinze observations qu'il a recueillies, il n'a jamais eu à se repentir d'avoir opéré.

(*Rhein Monats.* et *Rev. Médico-Chirurg.*)

DU L'EMPLOI DE L'OXYDE D'ARGENT
dans certaines formes de métrorrhagies;

Par le Dr J.-J. Thweatt.

Dans un mémoire assez curieux que M. le Dr Thweatt vient de publier sur l'*oxyde d'argent* comme remède de l'hémorrhagie utérine, nous remarquons le passage suivant :

« Je n'ose appeler l'oxyde d'argent un spécifique; mais je suis persuadé que, toutes choses égales, tout ce qu'on dit à l'avantage du mercure dans la syphilis, ou de la quinine dans la fièvre intermittente, on peut le dire de l'oxyde d'argent dans la ménorrhagie : « non pas, qu'on le remarque bien, de telle ou telle forme de ménorrhagie, mais de ses différentes formes (*in its different forms*). »

On conviendra que, s'il en est ainsi, l'auteur a obéi à un scrupule exagéré en refusant à l'oxyde d'argent le titre de spécifique.

Il signale néanmoins plus particulièrement trois formes d'hémorrhagie utérine très sensibles à l'action du médicament.

La première est celle qui se lie à une excitation de l'organe utérin, sans complication de phlegmasie véritable; elle survient quelquefois à l'époque menstruelle ordinaire, d'autres fois immédiatement après cette époque. Dans ce cas, l'oxyde d'argent agit *comme un charme.* Il faut le donner à fortes doses, qu'on répète à de courts intervalles jusqu'à production d'effet apparent.

Une seconde forme de métrorrhagie est celle qui suit quelquefois l'accouchement, et qui vient compléter l'écoulement des lochies. L'oxyde d'argent est alors un remède *infaillible.*

La troisième forme enfin consiste en un rapprochement anormal des époques menstruelles. Il y a des femmes qui, par la longue durée de chacune des époques ainsi rapprochées, ne sont presque jamais libres de tout écoulement sanguin. Il s'ensuit infailliblement une débilité générale, l'appauvrissement du sang, le développement de la susceptibilité nerveuse, etc. L'oxyde d'argent est alors *le seul remède dans lequel on puisse avoir confiance.*

M. Thweatt regarde l'oxyde d'argent comme doué de propriétés toniques et astringentes agissant sur la circulation capillaire en général, et spécialement sur celle des organes utérins. Aussi recommande-t-il de s'en abstenir dans les cas de phlegmasie ou de lésion organique de la matrice.

La dose ordinaire, quand le médicament doit être employé assez longtemps, est d'un demi-grain à un grain, deux ou trois fois par jour, suivant les circonstances. Dans les cas où il importe d'agir promptement, on élève la dose à 2 grains, répétés aussi deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Le seul inconvénient que l'auteur ait vu résulter de l'emploi de cette dose est un sentiment de malaise dans les gros intestins, accompagné parfois d'un léger ténesme. Ces symptômes cèdent facilement à un lavement anodin ; on peut d'ailleurs mêler à l'oxyde d'argent un peu d'opium ou de morphine.

Tel est, avec trois courtes observations, le contenu du mémoire de M. Thweatt. Les formules d'exaltation qu'il emploie à l'égard du médicament qui a fait le sujet de ses expériences nous font craindre un peu, nous l'avouons, qu'il n'en ait exagéré les vertus. L'expérience nous manque, comme nous croyons qu'elle manque à tous les médecins français pour bien les apprécier. Mais pour être juste, nous devons ajouter que de l'autre côté de la Manche, les composés d'argent, y compris l'oxyde, employés à l'intérieur, jouissent d'une faveur marquée parmi des praticiens recommandables. M. Lane, en particulier, regarde l'oxyde d'argent comme préférable aux préparations ferrugineuses dans les hémorrhagies utérines passives entretenues par une fluidité trop considérable de sang.

STATISTIQUE DE LA MORTALITÉ
après la ligature de l'artère fémorale.

Par M. Norris.

Poursuivant le cours laborieux de ses intéressantes recherches sur le résultat des principales opérations de chirurgie, M. Norris énonce, dans cet article, l'issue de 204 ligatures de l'artère fémorale, dont il emprunte les détails à divers auteurs.

Sur ce nombre total il y a eu 154 guérisons et 50 morts. Il faut ajouter que 6 des sujets guéris ont dû subir ensuite l'amputation, à cause de la gangrène qui s'était déclarée dans le membre.

Les causes de la mort ont été 23 fois la gangrène du membre, 8 fois l'hémorrhagie, 5 fois la phlébite, 3 fois le tétanos, 2 fois la fièvre hectique accompagnée de diarrhée, une fois une inflammation thoracique et des abcès sur le trajet de l'artère, une fois la gangrène du sac, une fois la rupture d'un anévrisme de l'aorte dans le péricarde douze semaines après l'opération, une fois la fièvre, une fois l'absorption purulente. Dans 4 cas, la cause de la mort n'est pas notée.

D'autres renseignements — parmi lesquels cependant nous regrettons ne n'avoir pas trouvé mentionnée la hauteur à laquelle on lia l'artère — éclairent et expliquent ces premiers chiffres. Ainsi, quant à la nature de la lésion qui rendit l'opération nécessaire, il est spécifié que ce fut 155 fois pour la cure de l'anévrisme poplité, 22 fois pour des anévrismes fémoraux, 6 fois pour des tumeurs anévrismales de la jambe, 4 fois pour des tumeurs pulsatiles de la tête du tibia ou du condyle du fémur, 5 fois pour des anévrismes variqueux,

3 fois pour la rupture de l'artère à la suite d'une fracture de la jambe ou de la cuisse (ces 3 cas dus à Dupuytren, B. Cooper et Syme ont tous eu une heureuse terminaison), 8 fois pour prévenir ou arrêter l'inflammation après des blessures ou des luxations, ou afin de faire cesser une hémorrhagie soit primitive, soit secondaire ; une fois enfin pour une maladie crue un anévrisme poplité.

Des 188 malades qui subirent l'opération pour des anévrismes, 142 guérirent, et 46 moururent.

Dans 137 cas, on a noté l'époque à laquelle la ligature se détacha spontanément. Elle tomba 91 fois avant le vingtième jour, 37 fois entre le vingtième et le trentième jour, 14 fois entre le trentième et le quarantième jour, et 5 fois au delà du quarantième jour. Le plus long espace de temps qu'elle soit restée est de soixante jours, et le plus court de cinq.

(*The amer. journ. of med. sc.*, et *Gaz. médicale.*)

SUR L'EMPLOI DE L'INFUSION

d'ipécacuanha à haute dose dans le traitement de la pneumonie.

Il restera de la doctrine contro-stimulante un fait pratique important, l'usage à haute dose de certains médicaments qui, ainsi administrés, ont une action incomparablement plus énergique, et, à quelques égards, dynamiquement différente de ce qu'elle est aux doses ordinaires. Ce fait, du reste, a été constaté empiriquement, avant même que l'on connût en France la doctrine rasorienne. Il y a longtemps que le professeur Broussonnet, de Montpellier, employait l'ipécacuanha à hautes doses dans le traitement de la pneumonie. C'est sur quelques faits d'application de cette méthode, récemment rappelée par un des anciens élèves de ce professeur, M. le docteur Ressiguier, que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Administré en infusion dans un véhicule de 120 à 180 grammes, depuis 1 gramme 50 centigrammes jusqu'à 3 grammes, l'ipécacuanha a des vertus qui rappellent celles des préparations antimoniales données à hautes doses : comme celles-ci, il abat l'intensité de la pneumonie, soit par une action hyposthénisante, soit en provoquant des sueurs copieuses qui favorisent la crise de la maladie.

Les malades traités de cette manière prennent toutes les heures une cuillerée à bouche de cette infusion, à laquelle on ajoute parfois de 15 à 30 grammes de sirop de diacode pour faciliter la tolérance du remède. Les premières doses amènent quelquefois des vomissements ; mais avec quelques ménagements, en éloignant ou en diminuant, par exemple, ces doses pour les augmenter plus tard progressivement, le malade finit par les bien tolérer, et toute la potion est prise dans les vingt-quatre heures. Toutefois, M. Broussonnet ne donnait ordinairement l'ipécacuanha que le deuxième ou le troisième jour, après avoir abattu la turgence sanguine par une saignée ou quelques sangsues appliquées sur le siége de la pneumonie. Il ne négligeait pas non plus l'emploi des vésicatoires, pour aider la résolution si elle venait à se ralentir. Des guérisons inespérées ont été obtenues par cette méthode en peu de jours.

L'ipécacuanha, ainsi administré, est surtout efficace contre les pneumonies des vieillards; il convient également chez les individus lymphatiques disposés aux scrofules, et chez qui la pneumonie offre quelque tendance à la chronicité.

(*Gaz méd. de Montpellier.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 octobre 1850.—Présidence de M. Pertus, vice-présid.

(C'est par erreur que les procès-verbaux de la Société de Médecine pratique de novembre et décembre ont été publiés avant celui d'octobre. Nous nous empressons de combler aujourd'hui cette lacune tout à fait involontaire. Dr Picard.)

Correspondance.

1° Rapport fait à l'Académie des inscriptions et belles-lettres au nom de la commission des antiquités de la France, par M. Lenormand ;

2° M. Foucart présente à la Société, au nom de M. Huette, l'un de ses membres, deux mémoires; l'un intitulé : *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'éther iodhydrique ;* l'autre, *Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de potassium.* (Remercîments à l'auteur.)

— M. Coursserant lit une observation détaillée de suppuration de l'œil par suite de projection de chaux éteinte entre les paupières. (*Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 21 janvier.)

M. Serrurier lit un rapport sur le Bulletin médical de la Société centrale de médecine du département du Nord. Dans cet opuscule, il est question principalement de l'épidémie du choléra asiatique qui a régné à Lille en 1848 et 1849. M. le rapporteur, après avoir dit « que nous devons de la reconnaissance aux praticiens qui, à l'occasion du choléra, se sont occupés d'en rechercher les causes, d'en étudier les phénomènes, d'en préciser les conséquences, et de trouver au milieu de ce labyrinthe le fil qui pourrait nous conduire à découvrir ce *quid ignotum* que nous sommes encore à deviner, sans pouvoir indiquer autre chose que des aperçus, » s'attache à faire ressortir ces deux conséquences auxquelles a été conduit M. le docteur Bally, auteur de la relation épidémique en question, à savoir :

1° Que les variations dans les conditions atmosphériques peuvent faire varier la marche de l'épidémie, mais n'ont aucune action sur son développement;

2° Que l'intempérance est une des causes principalement prédisposantes du choléra, mais que l'irrégularité du régime y prédispose davantage encore. (Des remercîments à la Société centrale de médecine du département du Nord sont proposés et adoptés à l'unanimité.)

— M. Destrem a eu occasion, depuis quelque temps, d'observer plusieurs cas de petite vérole remarquables à divers titres. Le premier est celui d'un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, vacciné, chez lequel, avant l'éruption variolique, un purpura s'était développé sur la région abdominale seulement, accompagné de tous les signes d'incubation d'une fièvre éruptive. Rien d'abord ne faisait présager le moindre danger, lorsque éclatèrent tout à coup des accidents graves du côté du cerveau, qui emportèrent le malade après quatre jours de souffrances, malgré l'emploi des moyens les mieux appropriés.

M. Guersant. Le cas que vient de nous communiquer notre confrère ne me paraît pas tout à fait extraordinaire. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité de la mort par méningite; mais on voit assez souvent de ces morts-là.

Quant à l'existence simultanée d'un purpura et de la petite vérole, c'est encore chose très commune de voir des éruptions diverses se succéder et se compliquer l'une l'autre.

M. Destrem a encore été à même d'observer successivement dans la même famille trois cas d'éruption variolique sur des sujets adultes et vaccinés; c'étaient plutôt des varioloïdes que des varicelles.

M. Guersant. Il est important de parler sur ce sujet, car un médecin distingué de la capitale prétend que la vaccine ne sert pas beaucoup et qu'on en reviendra à l'inoculation.

M. Duhamel. Je suis d'autant plus étonné de l'opinion attribuée au praticien éminent dont il vient d'être question, qu'il ne faut pas aller bien loin pour trouver des preuves indubitables de l'efficacité du virus-vaccin. Dans l'épidémie de variole de Marseille (il y a 23 ans), la mortalité était de 1 sur 7 parmi les sujets non vaccinés, et de 1 sur 30 chez ceux qui l'avaient été.

M. Serrurier a donné des soins à l'une de ses cousines qui avait été inoculée à Moscou. Revenue à Paris, elle fut prise d'une petite vérole très grave à laquelle elle faillit succomber.

M. Boyer. Un fait qui me paraît venir à l'appui de l'efficacité du vaccin, c'est le grand nombre de varicelles qu'on observe dans la pratique de tous les jours. Ayant vacciné deux enfants, le vaccin ne prit pas; mais, dans les huit jours qui suivirent, il se développa une varicelle chez ces deux sujets.

M. Destrem. Est-ce le vaccin qui a donné la varicelle? C'est ce que pense, d'après ses nombreuses expériences, le savant praticien dont on a parlé plus haut.

M. Picard fait remarquer qu'il existe certains sujets, peu nombreux il est vrai, chez lesquels le vaccin ne veut pas prendre, et qui ont aussi échappé à la *contagion* variolique, bien qu'ils se fussent souvent trouvés exposés à son action. Cette sorte d'immunité est inexplicable jusqu'à présent.

M. Guersant. Il y a en effet certains individus qui sont récalcitrants à l'action du vaccin et de contagion variolique. Je crois que ce sont ces individus-là qui autrefois n'avaient pas la petite vérole.

Relativement à l'inoculation, je disais que lorsqu'on la pratiquait elle était souvent suivie d'accidents très graves qui n'ont jamais été observés à la suite du vaccin. Maintenant, j'admettrai volontiers que depuis cinquante ans qu'on vaccine, ce virus ait perdu quelque peu de son énergie.

M. Boyer pense que par l'inoculation on a pu obtenir des éruptions bénignes; mais on a eu aussi à déplorer de graves accidents. Il cite le fait de son père, chez lequel l'inoculation avait produit deux abcès à chaque pouce, et laissé un stigmate gênant considérablement les fonctions de ces deux organes.

M. Destrem. Le médecin distingué qui dans ces derniers temps a voulu remettre en honneur l'inoculation, soutient que le vaccin de la vache est un vaccin communiqué à l'animal par un sujet atteint de variole, et qu'ainsi ce ne serait autre chose qu'un produit du virus variolique.

M. Boyer. Pour parer aux accidents de l'inoculation, on propose de la pratiquer avec du virus variolique de deuxième ou troisième génération, qui est déjà beaucoup moins actif; mais si l'énergie du virus variolique diminue aussi rapidement après un petit nombre d'inoculations successives, il devra bientôt être sans action aucune, tandis que le vaccin, malgré ses cinquante ans d'existence et son affaiblissement supposé, produit encore aujourd'hui d'assez beaux résultats pour qu'on ne doive pas hésiter à lui donner la préférence sur l'inoculation.

Le secrétaire annuel, Dr Picard.

NOUVELLES.

Concours de la Faculté. — Mercredi dernier, M. Michon a passé son épreuve clinique sur deux malades atteints, l'un d'une nécrose curieuse du radius, l'autre (c'était une femme) d'une affection du col utérin. — Aujourd'hui c'est M. Robert qui a été entendu sur deux malades, dont l'un est atteint d'un abcès de la cuisse, l'autre d'une amblyopie.

— Une heureuse pensée vient d'inspirer aux médecins du bureau de bienfaisance la lettre suivante, qui a été adressée à tous les confrères du 11e arrondissement et à laquelle nous sommes heureux de prêter notre publicité :

Monsieur et honoré confrère,

Les médecins du bureau de bienfaisance désirant fonder une Société médicale dans le 11e arrondissement, se sont réunis pour faire un appel à leurs confrères et leur demander leur concours. Ils espèrent que vous voudrez bien assister à la première séance qui aura lieu lundi prochain, 27 janvier, à huit heures très précises du soir, à la mairie du 11e arrondissement, dans la salle du conseil de discipline. On s'occupera dans cette séance de l'organisation du bureau et de la discussion du règlement.

Agréez, etc.,

Les membres de la commission provisoire,

Vasseur, Dumas, Dequevauviller.

Paris, le 23 janvier 1851.

— Par suite de la retraite volontaire de plusieurs médecins des hôpitaux, des changements nombreux viennent de s'opérer dans le personnel du service hospitalier.

Ont été nommés : M. le docteur Heurteloup, médecin à l'Hôtel-Dieu; M. Requin, à la Pitié; M. Valleix, à Beaujon; et M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis.

— Par décision ministérielle du 1er décembre 1850, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les officiers de santé de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

Ancienneté, M. Guéret, chirurgien-major de 2e classe au 3e cuirassiers.

Choix, M. Salleron, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Alger.

Choix, M. Dissez, chirurgien-major de 2e classe au 61e de ligne.

Ancienneté, M. Jacquier, chirurgien-major de 2e classe au 7e de ligne.

Choix, M. Secourgeon, chirurgien-major de 2e classe au 19e de ligne.

Choix, M. Marchal, chirurgien-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 27 janvier, par la physique expérimentale, la chimie, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés.

Le cours de chimie sera commencé à deux heures un quart; celui de physique à une heure; celui d'histoire naturelle à trois heures et demie, et ceux de mathématiques à neuf heures et à midi.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, le professeur exposera ses nouvelles applications de la chimie à la thérapeutique et à la toxicologie.

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Liste de souscription :

Montant de la dernière liste de souscription. . .	130 fr.
M. le docteur Sichel.	10
M. le docteur Fourneret, de Fontainebleau. . .	5
M. le docteur Higgins, à Paris.	5
M. Janregni, de Mexico.	10
Plusieurs étudiants mexicains.	12
M. Roussel (Paul), étudiant.	2
M. Foville, étudiant.	2
Total.	176

Les médecins des départements qui désireraient participer à la bonne œuvre de cette souscription, peuvent nous adresser le montant de leur quote-part en un mandat sur la poste ou en timbres-poste.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1851. (24e ANNEE.) N° 11. — MARDI 28 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 27 JANVIER 1851.

Projet de loi
SUR LES HOSPICES ET HÔPITAUX.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 22 janvier.)

Un des premiers inconvénients de ce projet, inconvénient malheureusement bien rare dans les lois qui nous concernent, c'est d'arriver trop tôt. En effet, l'organisation des hospices et hôpitaux de province étant essentiellement liée à l'organisation des communes, il eût été plus logique d'attendre que la loi communale eût été votée avant de rédiger la première. En procédant différemment, il pourra arriver que les dispositions de la loi sur les communes contrarie plus ou moins certaines dispositions de la loi sur les hospices et hôpitaux; et comme celle-ci sera toujours considérée comme accessoire relativement à la première, il ne pourra résulter de cette contradiction que des embarras fâcheux dans l'administration nosocomiale. La précipitation est d'autant plus fâcheuse ici que, de toutes les lois d'assistance publique, celles qui régissent les hospices et hôpitaux sont les moins imparfaites et celles qui permettent le plus d'améliorations sans être modifiées. Mais admettons que le projet arrive en temps opportun, et voyons jusqu'à quel point il remplit le but que le législateur doit se proposer.

Ce but, nous le pensons, est déjà manqué par l'article 1er de la loi; car ce que doit vouloir avant tout une loi sur les hôpitaux, c'est de soulager l'humanité souffrante; et avec l'équivoque que permet l'article 1er, nous sommes parfaitement certain que bien des douleurs resteront à la porte de l'hôpital sans pouvoir se la faire ouvrir.

M. de Melun, confiant dans ses excellentes intentions, pense sans doute qu'il suffit à un malheureux malade de se présenter dans un hôpital pour y être immédiatement reçu. La pratique nous apprend qu'il s'en faut bien qu'il en soit toujours ainsi. Malgré l'article si impératif de la loi de vendémiaire, on n'a vu que trop souvent des malades refusés sous divers prétextes par les administrations hospitalières de quelques localités; et il y a même des exemples où l'administration centrale s'est vue réduite à la nécessité de recourir à la force armée pour faire admettre tel malade dans l'hôpital. Or, sur les mots *tombant malade dans une commune*, bien des administrations équivoqueront; et pour peu que quelques petites passions soient en jeu (car, hélas! il y a des passions partout), ou même dans un seul intérêt d'économie, elles élèveront des difficultés dont les malades n'auront certainement qu'à souffrir.

Dans le même article 1er, les mots *s'il est dans l'impossibilité de se faire traiter à ses frais* auront aussi, sans aucun doute, des intérêts contraires au but de toute institution hospitalière; et les détails que nous rapportons plus bas sur ce qui se passe dans ce moment même à Paris en sont une preuve plus que suffisante. Ce n'est pas que nous voulions obliger les administrations hospitalières à traiter gratuitement les malades non indigents et à détourner ainsi le bien des pauvres de sa véritable destination; mais ce que nous voulons, c'est d'abord qu'on soulage un homme qui souffre, sauf à lui faire restituer ensuite aux pauvres le bien qu'il leur a injustement soustrait. Pour cette raison, nous voulons que les informations que l'administration peut avoir à prendre sur l'état de fortune des malades qu'elle soigne aient lieu après et non avant l'entrée à l'hôpital. Veut-on un exemple qui fasse bien sentir l'importance de ce que nous demandons? Nous allons le prendre au hasard entre plusieurs du même genre que nous avons malheureusement eu l'occasion de constater depuis quelque temps à Paris.

Le samedi 30 novembre 1850, il se présente à l'hôpital Saint-Louis un malade affecté d'une hydarthrose aiguë des deux genoux. Un billet d'admission lui est délivré par le chirurgien de l'hôpital; mais on refuse de le recevoir dans les bureaux jusqu'à ce que l'employé *visiteur* de l'administration ait pris des renseignements sur son état de fortune. Cet employé ne se présente chez le malade que le mardi suivant; le jeudi seulement celui-ci reçoit avis de l'administration centrale que son admission à l'hôpital est confirmée, et il entre enfin à l'hôpital le vendredi 6 décembre, sept jours après que son admission avait été prononcée par le chirurgien; et cependant ce malade était atteint d'une double hydarthrose aiguë! Si des abus aussi regrettables ont lieu à Paris même, où l'administration ne peut avoir d'autre mobile que les intérêts généraux qui lui sont confiés, que sera-ce en province, où les malades auront à redouter les petites passions et les petits intérêts de toute espèce qui s'agitent dans les petites localités!

Outre ces vices par *commission*, l'article 1er en renferme un autre par omission, qui n'est guère moins important. Il est bien dit en effet dans cet article que tout individu *tombant malade* sera admis, etc.; mais qui jugera si tel individu est réellement malade? Ne sait-on pas que certains administrateurs d'établissements charitables, même certaines administrations tout entières ont refusé d'admettre à l'hôpital des vénériens, des galeux, des teigneux, sous prétexte que ces individus n'étaient pas, à proprement parler, des malades. M. de Melun, qui n'étudie probablement l'assistance publique qu'au point de vue théorique, ignore sans doute ces faits; mais les hommes pratiques ont eu trop souvent l'occasion de les constater pour n'être pas frappés des défauts capitaux qui existent dans l'article 1er du nouveau projet de loi.

L'article 2 déclare seul admissible dans les hospices l'indigent possédant domicile de secours. Pour donner à cet article toute la netteté qui lui est indispensable, il aurait fallu donner une définition claire du domicile de secours, ce que l'on n'a point fait. On trouve donc aussi dans cet article une équivoque qui peut être féconde en conséquences fâcheuses.

Telles sont les *principales* objections, et elles sont de la plus haute gravité, que l'on peut adresser au nouveau projet de loi en ce qui concerne l'admission des malades et des infirmes dans les hôpitaux et hospices. Celles qu'on peut faire à la partie administrative du projet ne sont pas moins nombreuses et ne sont guère moins graves.

La première de ces objections s'adresse à la composition de la commission administrative. C'est une vérité bien universellement reconnue aujourd'hui que plus un corps, une commission, une assemblée quelconque est nombreuse, moins elle travaille efficacement aux affaires administratives. Dans l'espèce, c'est un fait accepté par tous les hommes pratiques que les commissions administratives actuelles, fixées à cinq membres par la loi de vendémiaire, sont réellement trop nombreuses, et qu'il y aurait plus d'avantage à les réduire qu'à les augmenter. Or, dans le nouveau projet, les commissions compteront huit membres au moins, et plusieurs en auront douze! Comment espère-t-on qu'une administration puisse marcher régulièrement avec une commission administrative de douze membres, dont pas un n'a de responsabilité sérieuse? Mais, dira-t-on, la commission peut déléguer ses pouvoirs au bureau, dont elle ne fera que confirmer les décisions, et qui n'est composé que de trois membres. S'il en devait être ainsi, pourquoi ne pas se contenter du bureau pour toute commission, et à quoi bon embarrasser l'administration d'une foule de rouages inutiles tout au moins, et souvent très nuisibles, selon toutes probabilités.

En admettant, en effet, qu'on rencontre dans une petite localité douze habitants qui soient de caractère à s'entendre parfaitement quant aux vues générales de bienfaisance, le projet de loi n'introduit-il pas dans la commission administrative des hommes qui auront à défendre des intérêts publics très différents, et que par cela même ces hommes seront portés à considérer comme opposés. Qui ne sait que les conseils municipaux, par exemple, résistent autant qu'ils peuvent aux demandes des administrations hospitalières lorsque celles-ci réclament des crédits! Or, dans les localités où les commissions ne seront que de huit membres, le conseil municipal en aura quatre dans la commission administrative, sans compter le maire: c'est-à-dire que le conseil et la commission ne feront réellement qu'un. Cela est d'autant plus vrai que, sur les trois membres restants, l'un, le délégué du préfet, n'aura qu'une autorité, nous dirions volontiers qu'une existence illusoire. Que pourra être, en effet, dans une petite localité, un

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Il est des jours où l'homme le plus triste, le misanthrope le plus bourru, se lève tout guilleret, fredonne une chansonnette à son réveil, et se promet, en sautant du lit, de plaisanter un peu et de rire beaucoup. Si l'on cherche à quelle heureuse influence est due cette bienfaisante transformation, on est quelquefois très embarrassé de la trouver; et alors on l'assigne au temps, si la température le permet, au sommeil, si les cauchemars ne dérangent pas cette supposition, et à mille autres causes qui trouveraient mieux leur place dans un traité de physiologie que dans un feuilleton.

Ce préambule, que je me dois de ne pas prolonger davantage, tend évidemment à vous préparer aux dispositions les plus heureuses de mon âme, et à vous prémunir contre les suppositions que la connaissance de mon caractère, quelquefois hargneux, pourrait vous inspirer. Ne me demandez pas qui a pu me métamorphoser ainsi; je n'en sais rien moi-même, et m'inquiète fort peu de le savoir. Cependant, je ne saurais dissimuler que la gaieté d'un de nos confrères n'ait pas quelque peu contribué à surexciter la mienne; car, vous le savez, le rire est communicatif, et le docteur Joux, s'il a de la barbe, doit y pouffer avec une force égale à celle de quatre chérubins du paradis.

Je ne sais si M. Joux est dentiste; mais dans tous les cas il mérite d'entrer dans cette cocasse corporation, si féconde en types de tous genres. L'étude de la science dentaire a sur ceux qui s'y livrent une influence des plus curieuses: elle imprime à tout leur individu un cachet tellement particulier, qu'on est tout étonné de les voir marcher, boire et vivre comme de simples mortels. Je me rappelle qu'à mon premier voyage à Paris, je ne désirais voir que deux choses : la colonne de la place Vendôme et la personne de M. W. Rogers. Mon désir fut aisément satisfait sur le premier point; et sans la prudence de mon père, qui m'arracha à mon enthousiasme, j'aurais fait le sacrifice de deux molaires pour contempler, comme je l'avais fait de la colonne Vendôme, les traits trois fois saints du *celeberrimi dentisti*. Hélas! même encore aujourd'hui, il ne m'a pas encore été donné de réaliser ce rêve de ma jeunesse!!

J'en reviens à M. Joux, à qui le titre de docteur ouvre la première colonne de mon feuilleton. A tout seigneur, tout honneur!! M. Joux a les plus heureuses dispositions pour devenir dentiste; et quoiqu'il se dise fort malhabile, il mérite toutes sortes d'encouragements, car il est de ceux dont les coups d'essai sont de véritables coups de maître.

Jusqu'à présent la vile multitude médicale avait pensé comme le public que le plombage des dents était l'opération la plus simple et la moins douloureuse tout à la fois; elle croyait que, la dent restant en place, il suffisait de remplir la cavité cariée d'un mastic plus ou moins argentin ou plus ou moins doré, selon le caprice du malade ou de l'opérateur. Erreur, ignorance, préjugé!! Il paraît que notre éducation dentaire n'avait pas été poussée bien loin et je m'aperçois aujourd'hui avec une certaine douleur qu'elle n'avait pas dépassé l'enfance de l'art. O mes maîtres en Faculté! de quels remords vos âmes ne doivent-elles pas être remplies!! Appelez-vous Roux, appelez-vous Rostan, appelez-vous Trousseau! savante trinité qui vous étiez chargés en face de Dieu et de mon père de tirer mon esprit des langes de l'ignorance et de l'orner des plus belles fleurs de votre parterre scientifique, soyez fiers de votre œuvre! Que m'avez-vous appris? Pour plomber une dent...... assez! trop longtemps j'ai été nourri de vos préceptes menteurs..... Pour plomber une dent, on l'arrache d'abord; oh! vous avez beau ouvrir de grands yeux étonnés, mais c'est ainsi; M. Joux a écrit là-dessus un fort bel article qui m'a transporté d'admiration, laquelle, je suis heureux et fier de le proclamer, a été partagée par le *Médecin de la maison*, savant journal bi-mensuel qui a reproduit et commenté l'article dans ses colonnes.

Donc, pour en revenir au manuel opératoire de M. Joux, on arrache d'abord la dent. Ce premier temps de l'opération a pour but d'épargner au malade la fatigue, résultant de l'ouverture trop longtemps prolongée de la bouche; on saisit prestement la dent à plomber avec la clef de Garengeot, et v'lan! on l'arrache et on la transporte sur son établi.

Cela fait, on mastique tout à son aise la dent, ce qui constitue le second temps de l'opération. Pas n'est besoin de se trop presser, et l'on pourrait à la rigueur faire un somme, à l'instar de M. Moreau, qui met en pratique dans les concours où il est juge, la permission donnée par M. Joux pour le second temps de sa méthode.

Le troisième temps de ce procédé, que je me suis plu à étudier dans toutes ses parties, consiste à replacer dans l'alvéole, encore inconsolée de son veuvage, la dent plombée, limée et rappropriée sur toutes ses faces. Quelquefois, il est vrai, l'alvéole repousse la dent volage et refuse de la recevoir dans la maison conjugale; mais toutes les alvéoles n'ont pas un fond si mauvais ni un caractère si rancuneux, et M. Joux peut en citer jusqu'à deux qui ont continué à vivre avec leurs infidèles dans la meilleure intelligence.

Ce n'est pas tout, et ce qui me charme dans la communication de M. Joux, c'est d'avoir appris jusqu'à quel point les alvéoles sont pudiques et que pour rien au monde elles ne consentiraient à admettre dans leur intérieur une dent étrangère; sublime exemple à donner aux femmes en général et aux dames françaises en particulier!! M. Joux a réhabilité la vertu des alvéoles, qui, selon lui, avaient été indignement calomniées par Ambroise Paré, Hunter et beaucoup d'autres.

M. Désirabode, qui fait des articles fort savants dans le journal de M. Martin-Lauzer, ne se consolera pas, je le crains, de la découverte de M. Joux, et M. William Rogers se mordra toute la vie

délégué que le préfet sera obligé de choisir lorsque sept hommes auront déjà été choisis par l'élection de leurs concitoyens ou désignés par la loi? et, en supposant que cette élection laisse encore à la désignation du préfet un homme probe et intelligent, quelle autorité le premier fonctionnaire du département aura-t-il sur un délégué non rétribué qui n'accepte les fonctions qu'on lui confie que par dévouement? Jusqu'à quel point le préfet pourra-t-il déléguer son autorité en de telles mains, alors même qu'elles seront très pures? Evidemment l'auteur du projet n'a pas prévu tous ces embarras, qui ne peuvent que plonger dans le désordre l'administration des établissements hospitaliers. Mais quelle sera du moins la surveillance de l'administration supérieure pour constater ou empêcher ce désordre? C'est ce que ne dit point le projet. Il semble même implicitement n'admettre d'autre action gouvernementale que celle du préfet. Or, l'honorable rapporteur peut-il ignorer que les préfets sont, aujourd'hui surtout, dans l'impossibilité absolue de s'occuper sérieusement de tout ce qui n'est pas essentiel aux intérêts gouvernementaux proprement dits? Il faudrait donc que le préfet transmît réellement son autorité au délégué dont il a été question, et aucun homme sérieux ne pensera qu'il en puisse être ainsi.

L'article 8 admet la réélection indéfinie des mêmes membres, sans interruption de fonctions. Nous pensons que c'est un tort, et que pour ne pas perpétuer l'esprit de routine, il faudrait admettre au moins un intervalle de deux ans entre deux élections du même citoyen.

Enfin, par les mêmes raisons qui nous portent à réduire le nombre des commissaires, nous pensons qu'on devrait créer des directeurs rétribués, et par conséquent responsables, pour toutes les administrations dont les revenus dépasseraient un certain chiffre, qu'il serait facile de fixer. Ces directeurs auraient à côté d'eux une commission de surveillance.

Dans l'article 14, le nouveau projet réduit de moitié les appointements des receveurs. Pourquoi cette réduction? M. le rapporteur ignore sans doute que les receveurs des hospices et hôpitaux sont, de tous les receveurs, ceux qui perçoivent les droits les moins élevés. C'est ce que démontrent d'une manière irrécusable les chiffres suivants, qu'a bien voulu nous fournir M. Watteville, inspecteur général des établissements de bienfaisance, et dont tout le monde connaît la grande autorité en cette matière.

Sur une somme de recettes et de dépenses de 45,988,690 fr. 52 c., les remises des receveurs ont été de 506,395 fr. 17 c., c'est-à-dire 1 et 1 1/0 p. 100. Or tout le monde sait que les percepteurs touchent 5 pour 100, et les receveurs particuliers 3 pour 100. Les receveurs généraux ne touchent, il est vrai, que 1 pour 100; mais outre que ce droit se perçoit sur des sommes considérables, les receveurs généraux trouvent dans d'autres opérations des sources de bénéfices qui augmentent considérablement les intérêts de leur perception.

Enfin pour ne pas trop insister sur les objections qui ne seraient pas capitales, nous terminerons en signalant à l'attention de tous nos lecteurs, à celle de l'Assemblée nationale et du gouvernement, l'article 16 et dernier du projet de loi. Cet article suppose l'existence, permet la fondation d'établissements hospitaliers privés. Nous ne saurions nous élever avec assez de force contre une semblable idée. Ces établissements, nous le savons tous, ne pourraient être élevés que par des corporations religieuses, et quoique nous nous plaisions à reconnaître et à proclamer l'esprit de charité qui anime ces corporations, nous n'en sommes pas moins convaincu que l'exécution de l'article 16 entraînerait les plus grands abus; l'histoire des siècles passés, les édits de François I[er] et de Louis XIV le prouvent surabondamment. Dans l'intérêt même du clergé et des corporations religieuses, il faut qu'ils ne puissent être accusés ni soupçonnés de spéculer sur la charité publique ou privée.

Telles sont les principaux reproches que nous semble mériter le projet de M. de Melun. Ces reproches nous semblent assez graves pour qu'il soit indispensable d'en changer radicalement l'économie, et pour cette raison, nous croyons plus que jamais que l'Assemblée agira sagement en renvoyant ce projet au conseil d'Etat.

H. de Castelnau.

MÉMOIRE

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA BRUCINE;

Par M. L. Lepelletier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Obs. I. — *Hémiplégie du côté gauche consécutive à une apoplexie cérébrale. — Traitement par la brucine. — Guérison.*

Le nommé Denis, domestique, âgé de quarante ans, entre à l'hôpital Necker le 7 août 1848, et est couché au n° 13 de la salle Saint-Ferdinand, service de M. Bricheteau. A cette époque, il était affecté d'une hémiplégie consécutive à une apoplexie cérébrale. Il put donner sur ses antécédents les détails les plus circonstanciés.

A l'âge de vingt-six ans, il eut une congestion cérébrale qui céda aux antiphlogistiques. Au mois de janvier 1847, il fut pris de douleurs rhumatismales qui ne guérirent qu'au bout de trois mois de traitement. Les bains sulfureux, aromatiques et de vapeur en furent la base.

Le 22 juillet de la même année, il eut une attaque d'apoplexie qui lui paralysa le côté gauche. Il fut obligé d'entrer à la Charité, dans le service de M. le professeur Andral. A cette époque, le bras et la jambe gauches avaient perdu la faculté de sentir et de se mouvoir. La vue, ainsi que l'ouïe, étaient affaiblies; la bouche fortement portée à droite et la parole nulle. Les antiphlogistiques et les purgatifs firent cesser les accidents graves que le malade présentait; il resta quatre mois et demi à l'hôpital de la Charité; il en sortit alors, mais assez faible pour être obligé de marcher avec deux bâtons et dans l'impossibilité absolue de travailler.

Le 10 janvier 1848 il entra dans le service de M. le professeur Cruveilhier, qui le soumit aux purgatifs, aux frictions stimulantes et à l'électricité. Il en sortit dans le mois de février encore bien faible et ne pouvant presque pas se servir du bras et de la jambe gauches.

Au mois de juin de la même année il prit une place d'infirmier à la Clinique; mais les travaux auxquels il était obligé de se livrer étaient beaucoup trop forts pour lui : aussi se décida-t-il à rentrer à l'hôpital Necker dans le mois d'août 1848.

Voici l'état dans lequel il se trouvait lors de son arrivée :

Tempérament sanguin; maigreur assez prononcée; paralysie de tout le côté gauche. Le membre inférieur est impropre à la marche; le membre supérieur ne peut servir à aucun usage. Les doigts de la main sont demi-fléchis. Quant à la sensibilité, elle est tout à fait obtuse. Le membre inférieur est le siége de fourmillements, surtout depuis le genou. Les articulations de ce côté sont quelquefois affectées de douleurs fort aiguës.

La marche est par conséquent impossible et le membre supérieur gauche ne peut être au malade d'aucune utilité.

La vue est très faible à gauche. Du côté des autres organes, il n'y a rien à noter. L'appétit est bon, les digestions faciles.

Il a perdu sa mère à soixant-dix ans et un de ses frères à quarante ans, tous deux d'une attaque d'apoplexie cérébrale.

Le 9 août, M. Bricheteau mit le malade à l'usage de la brucine. Il commença par 0,02, et la dose fut augmentée progressivement; de telle sorte que le 19 août il en prenait 0,15.

Jusqu'à 0,08 le malade ne ressentit rien de particulier. Mais, arrivé à 0,10, il commença à éprouver un peu d'agitation pendant le sommeil, ainsi que des crampes et des fourmillements passagers.

A 0,15, le malade eut de légères contractions dans les membres paralysés deux heures après avoir pris la pilule.

Le 27, le malade prenait 0,25 de brucine. A ce moment les contractions étaient assez violentes et se renouvelaient assez souvent. Elles avaient lieu dans le sens de la flexion et ne siégeaient que du côté paralysé.

Vers cette époque, le malade ressentit de la céphalalgie et quelques symptômes d'embarras gastrique qui firent suspendre l'administration de la brucine pendant quelques jours.

Le 14 septembre, M. Bricheteau fut d'avis de recommencer le traitement, et le malade prit ce jour 0,03 de brucine.

La dose fut progressivement augmentée, de sorte que le 21 le malade en prenait 0,12. Il ressentit les phénomènes qu'il avait déjà éprouvés.

Le 31 octobre, le malade était arrivé à la dose de 0,50.

A cette époque, il fut facile de constater une amélioration notable dans son état. Ainsi, le côté gauche avait repris assez de forces pour que la marche fût beaucoup plus facile qu'auparavant. La sensibilité avait considérablement augmenté. La main gauche pouvait alors saisir un pot d'étain rempli de tisane.

Aucun accident n'avait entravé le traitement.

La dose de brucine fut encore progressivement augmentée, de telle sorte qu'à la fin de novembre le malade en prenait 0,68. Mais les secousses étaient si vives qu'il fut remis à 0,62. L'amélioration dans l'état du malade devenait de plus en plus manifeste. Depuis plus d'un mois, en effet, il avait pu mettre de côté le bâton sur lequel il s'appuyait pendant la marche.

A la fin de décembre, le malade était arrivé à prendre par jour 0,72 de brucine sans en éprouver le moindre dérangement.

Il resta à l'hôpital Necker jusqu'à la fin de janvier 1849. A cette époque, il se sentit assez fort pour reprendre ses travaux. J'ai eu l'occasion de le voir au mois de mai 1850 et de constater les avantages réels qu'il a retirés de l'administration de la brucine.

Si j'avais pu mettre sous les yeux du lecteur une petite note rédigée par le malade, il aurait peut-être apprécié plus facilement les modifications sensibles qui s'opéraient chaque jour dans l'état du malade; mais cette note, rédigée d'une manière peu scientifique, ne pouvait trouver place dans ce travail; j'ai dû en profiter seulement dans le tableau que j'ai tracé des effets physiologiques de la brucine.

Obs. II. — *Paraplégie complète consécutive à un empoisonnement par l'opium. — Guérison obtenue après un mois de traitement par la brucine.*

R. C..., âgée de trente-quatre ans, d'une assez bonne constitution, entra dans le mois de janvier 1849 à l'hôpital Cochin pour s'y faire soigner d'une paraplégie complète. Les antécédents de cette malade et les détails de son affection offrent assez d'intérêt pour être exactement rapportés.

Cette malade a été réglée à l'âge de onze ans : l'établissement des règles fut précédé d'une attaque de catalepsie qui dura vingt-quatre heures. Depuis lors, elles apparurent avec une régularité parfaite et très abondantes jusqu'à l'âge de vingt ans. A cette époque, elle eut quelques attaques d'hystérie, qui se montrèrent jusqu'au mois de septembre 1847. Cette affection avait produit chez la malade un tel affaiblissement du système musculaire que parfois elle laissait tomber ce qu'elle tenait et qu'elle avait de la peine à marcher. Ces accidents se dissipèrent bientôt pour faire place à d'autres d'une nature différente.

---

les poings, pour n'avoir inventé que les dents ozanores, le hochet de dentition, que sais-je encore!

En voilà un de gaillard qui rendrait bientôt poussif le critique assez osé qui voudrait le suivre; réduit en quelques jours au râle de l'agonie, l'infortuné lui crierait comme Boileau au grand roi :

Oh! cessez d'inventer, ou je cesse d'écrire.

Pour mon compte, je renonce à me faire le Dangeau de M. Rogers, et je laisse à qui de droit le soin de parler de ses dents ozanores, de son ciment, de son eau antiscorbutique, de son hochet de dentition et de toutes ces trouvailles de plus en plus mirobolantes dont il émaille chaque jour le sentier de sa vie.

Je ne veux m'arrêter qu'à ce qui rentre dans mon domaine, c'est-à-dire à l'actualité et à l'aimable plaisanterie, et, sous ce rapport, je me heurte à M. W. Rogers et à son *Almanach des mâchoires*, l'un portant l'autre, comme dans le tableau du pieux Enée et de son père Anchise.

J'ai été curieux, j'en conviens, de savoir comment M. Rogers, qui se connaît en mâchoires, avait pu traiter ce sujet aussi délicat que piquant, et je n'étais pas fâché de connaître les opinions politiques, littéraires et scientifiques de cet homme étrange que je n'ai jamais pu voir qu'en rêve, même sans cauchemar. J'ai été trompé dans mon attente. M. Rogers est de l'opinion politique d'un chirurgien célèbre, professeur de clinique externe à la Faculté, qui, pendant le dernier interrègne ministériel, ne demandait, comme successeur de M. Fould, qu'un illustre personnage qui lui doit deux consultations; la chronique rapporte même qu'un matin, au sortir de son hôpital, il courut à l'hôtel de la rue de Rivoli pour toucher le montant de sa dette, ayant appris, par un mauvais plaisant qui connaissait ses opinions politiques, que son débiteur était depuis quelques heures installé au ministère des finances.

Mais revenons aux mâchoires de M. Rogers. Pour le prince de la réclame, tout est mâchoire, et la mâchoire se trouve dans tout. A l'instar de l'*Ecclésiaste*, M. Rogers s'écrierait volontiers: *mandibula mandibularum et omnia mandibula*. Heureusement pour ses lecteurs, M. Rogers ne parle que le latin de Molière, qui, on le sait, a ses principaux interprètes dans les cuisines à 32 sous.

Or, comme dans l'esprit et le livre de M. Rogers tout n'est que mâchoire, la médecine devait trouver place dans cette collection d'un nouveau genre, et l'on ne sera peut-être pas fâché de savoir la case que nous assigne cet étrange Buffon dans son cabinet d'histoire des mâchoires; nous prenons au hasard quelques citations :

« Par Esculape, Hippocrate, Galien, voici une mâchoire qui est un peu ma parente; tâchons donc de la traiter comme telle, et *lavons*, s'il est possible, *notre linge en famille*.

» La mâchoire médicale une fois reçue docteur, après que la faculté a chanté à ses oreilles le fameux chœur de Molière :

» *Dignus, dignus est intrare,*
» *In nostro docto corpore,*

la mâchoire médicale quitte ses allures de carabin et d'interne pour prendre cet air grave et sentencieux sans lequel un médecin ne jouirait pas du vingtième de son influence.

» Proclamée mâchoire, il ne lui est permis de sortir qu'en habit noir et cravate blanche.

» Je me suis longtemps demandé pourquoi les médecins ont adopté ce lugubre costume; c'est probablement pour porter le deuil de leurs malades.

» La mâchoire médicale donne d'abord des consultations gratis, fait des visites à moitié prix; peu à peu la clientèle arrive, la mâchoire se renforce; on fait payer les consultations, on double le prix des visites, on ne sort plus qu'en voiture, et la fortune arrive à pas de géant.

» La mâchoire médicale choisit alors une spécialité. Elle jette son dévolu sur la pneumonie, les catarrhes, les névralgies, les anévrismes, la gastro-entérite, et une fois retranchée dans ce domaine, comme un renard dans sa tannière, elle n'en sort plus.

» La mâchoire médicale adopte aussi un système particulier; elle hésite entre l'homœopathie, l'allopathie, elle finit par rejeter la doctrine de Broussais comme dangereuse et tendant à bouleverser l'empire de la science.

» La mâchoire médicale devient riche en peu de temps dans les grandes villes; mais dans les campagnes, elle végète comme un instituteur primaire; ses clients sont si pauvres, qu'ils lui payent ses visites en comestibles, en céréales : l'un lui donne du blé, l'autre du lard, l'autre de l'huile, l'autre du gibier ou de la volaille.

» La mâchoire médicale campagnarde vit à l'aise comme au pays de Cocagne, mais il lui arrive rarement de palper de ses mains la face d'un souverain gravée sur un métal quelconque.

» La mâchoire médicale, qu'elle habite la ville ou la campagne, est pédante, sentencieuse, et veut qu'on ajoute foi à ses paroles comme à celles de l'oracle de Delphes.

» Elle marche à pas comptés, toujours gravement, toujours en mesure.

» La mâchoire médicale ne sort jamais sans une canne à pomme d'or ou d'argent. Un médecin sans canne est gauche comme un officier de cavalerie sans sabre.

» La mâchoire médicale a dans sa maison une collection de squelettes, spectacle fort peu récréatif pour sa femme et ses filles.

» La mâchoire médicale parle à tout propos de cadavre, de dissection, d'opération, de telle sorte que sa conversation est presque toujours lugubre comme un enterrement. »

Le portrait n'est pas flatté, et, pour ma consolation, j'aurais bien voulu savoir comment l'auteur peint le dentiste et décrit la mâchoire des mâchoires. M. W. Rogers a évidemment brisé tous les miroirs appendus chez lui.

Félix Roubaud.

Au commencement du mois de septembre 1847, après l'administration d'un lavement fortement laudanisé, la malade fut prise tout à coup en marchant dans sa chambre de violents étourdissements, qui apparurent de nouveau dès qu'elle voulut se relever. Quand on la plaça dans son lit, elle avait perdu toute sensibilité et toute motilité, le sens de l'ouïe seul n'était pas aboli. Au bout de quelques mois de traitements variés qu'il est inutile de mentionner, la sensibilité et la motilité reparurent.

Le 4 novembre 1848, dans un accès de violent désespoir, la malade avala à peu près 20 grammes de laudanum. Immédiatement il en résulta un empoisonnement, dont les effets furent enrayés à l'aide du café pris en quantité considérable. Mais il survint une paraplégie complète, qui fut traitée sans succès, puisqu'au mois de janvier 1849 la malade se décida à entrer à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Nonat. Elle fut couchée au n° 26 de la salle Saint-Philippe.

Voici son état à cette époque.

Les membres inférieurs ont complétement perdu la sensibilité et la motilité. Quand elle veut leur faire exécuter quelques mouvements, elle est obligée de les prendre avec les mains et de les mettre dans la position désirée. Ils sont parfois le siége de fourmillements douloureux qui, partant de la région dorsale de la colonne vertébrale, se dirigent jusqu'à l'extrémité des orteils. Les douleurs de la colonne vertébrale sont fixes, et beaucoup plus prenoncées quand le dos de la malade est étendu. Les jambes sont habituellement fléchies sur les cuisses, et quand elle veut les étendre, elle ressent un tiraillement dans la région dorsale, dont les douleurs augmentent d'intensité.

Les membres supérieurs ont conservé la sensibilité. La motilité paraît un peu affaiblie.

Il y a habituellement de la constipation, car la malade ne peut aller à la selle qu'au moyen de lavements. La vessie ne se vide pas du tout, ou se vide mal. Il y a donc un peu de paralysie de cet organe.

Les facultés intellectuelles se ressentent aussi de l'ébranlement général qui s'est opéré chez la malade. Ainsi la mémoire est très affaiblie; il lui est impossible le plus souvent de tenir une conversation de quelques instants seulement. Les idées se brouillent, les mots n'arrivent pas, et la malade se met à pleurer en disant qu'elle ne peut rien comprendre.

Il y a toujours de la céphalalgie. Le facies est rouge, agité. Le sommeil presque nul, ainsi que l'appétit; la soif vive. La malade a presque continuellement un petit mouvement de fièvre.

Les douleurs, qui primitivement ne siégeaient qu'aux régions lombaire et dorsale finirent par s'étendre jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Les moindres mouvements les exaspéraient.

Pendant son séjour à l'hôpital on lui appliqua d'abord sur les régions dorsale et lombaire des vésicatoires saupoudrées avec le chlorhydrate de morphine. Ils n'amenèrent aucun résultat avantageux; ils ne firent qu'exaspérer les douleurs de la malade.

Quelques bains de vapeur semblèrent réussir davantage; mais ils ne furent pas continués.

En dernier lieu on administra à la malade des pilules de noix vomique, qui produisirent de violents accès tétaniques. Ces accès étaient si forts, que la malade, perdant complétement connaissance, avait un délire furieux, pendant lequel il était impossible à quatre personnes de la tenir. Alors elle se levait sur son lit, et marchait comme si elle n'avait jamais été paralysée. Mais après l'accès survenait un coma prononcé, accompagné de syncopes longues et difficiles à faire disparaître. Cette médication, affaiblissant considérablement la malade, ne put être longtemps continuée. La malade elle-même le désirait.

Elle sortit de l'hôpital le 24 avril 1849, et me pria de lui donner des soins. Tout ce que j'ai fait, et tout ce qui est arrivé a été enregistré par la malade; c'est d'après ces renseignements précis que je vais présenter les modifications survenues chez la malade par suite du traitement auquel je l'ai soumise.

Le 26 avril elle prit une pilule de 0,02 de brucine.

Le 27 elle en prit deux. Dans la soirée, elle ressentit un petit mouvement dans la cheville du pied gauche.

Ce mouvement n'avait aucun rapport avec ceux que lui occasionnait la noix vomique; il n'était que passager, et ne réveillait aucune douleur.

Le 28 je fis sur la colonne vertébrale une application de dix ventouses scarifiées. Quelques jeurs après je recommençai.

Le 6 mai la malade prenait 0,14 de brucine. Déjà elle pouvait mettre ses jambes l'une sur l'autre. Les effets physiologiques avaient été bien simples; j'ai eu soin de les indiquer au commencement de ce mémoire; je crois inutile d'y insister. Ils consistaient parfois en mouvements cloniques, parfois en véritables accès déjà mentionnés.

Les jours suivants, l'état de la malade était très satisfaisant. La sensibilité et la motilité reparaissaient d'une manière notable, lorsqu'elle voulut se promener dans une petite voiture. Cette imprudence n'eut pas un résultat fâcheux, comme j'aurais pu m'y attendre; cependant les douleurs de la colonne vertébrale reparurent et nécessitèrent une nouvelle application de ventouses.

Le 12 mai, j'étais arrivé à faire prendre à la malade 0,24 de brucine. Je lui permis, ce jour-là, d'essayer de marcher devant moi; quoique bien faible et bien titubante, elle put se lever et faire quelques tours dans sa chambre.

Les jours suivants, elle se leva quelques heures, et il me fut ainsi facile d'apprécier les résultats obteuus par la brucine.

Le 18 mai, elle put descendre et se promener quelques heures au soleil. Je continuai toujours la brucine, dont j'observais attentivement les effets physiologiques, qui, chez cette malade, arrivaient presque régulièrement le soir vers cinq heures.

Je crois inutile de rappeler ici en détail les changements notables qu'il me fut facile de constater les jours suivants dans l'état de la malade. Il me suffira de dire que le 25 mai il était tellement satisfaisant qu'elle se disposa à aller passer quelques mois dans le midi de la France. Je ne crus pas tout d'abord convenable de la laisser partir. Cependant, pressé par des instances réitérées de la part de la famille, j'y consentis à mon grand regret, craignant qu'un aussi long voyage ne la fit rechuter.

Le 4 juin, elle partit dans un état complet de guérison, ayant peut-être trop facilement oublié les souffrances qu'elle avait endurées depuis le 4 novembre 1848, époque du commencement de sa maladie. Elle emporta des pilules de brucine, que je lui recommandai de continuer pendant quelque temps; ce conseil fut suivi.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion de revoir la malade à Paris; elle m'a continuellement entretenu de son état, et je puis assurer que dans ce moment elle jouit d'une excellente santé, et qu'elle n'a pas conservé la moindre trace de l'affection pour laquelle elle avait réclamé mes soins.

Obs. III. — *Paralysie du bras gauche consécutive à une fracture complète du pariétal du même côté, guérie par la brucine.*

Le 28 janvier 1849, le nommé Aubry (Auguste), serrurier, âgé de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Cochin, et est couché au n° 7 de la salle Cochin, service de M. Maisonneuve.

Cet homme, ayant reçu un coup de sabre sur la bosse pariétale gauche, fut conduit à l'hôpital aussitôt après l'accident. Après un examen attentif, et après avoir retiré des esquilles, il fut facile d'apercevoir les mouvements du cerveau et de conclure l'existence d'une fracture complète de cette partie du crâne.

Le malade, quoique abattu, put répondre aux questions qu'on lui fit. Les membres inférieurs, ainsi que le bras droit, avaient conservé la sensibilité et la motilité. Le bras gauche seulement était complétement paralysé du mouvement.

Je passe sous silence les détails qui se rapportent au traitement chirurgical auquel le malade fut soumis, pour arriver au sujet principal de cette observation.

Le 25 février, la plaie du crâne était complétement cicatrisée; mais la paralysie du bras gauche persistait, car il lui était impossible de le lever et d'étendre ou de fléchir les doigts. L'électricité et les vésicatoires volants n'ayant amené aucun résultat avantageux, j'eus l'idée de lui administrer de la brucine.

Le 13 mars, il prit une pilule de 0,03 de brucine; les jours suivants, la dose fut progressivement augmentée.

Le 16, il était arrivé à en prendre 0,12. Ce jour-là, il ressentit quelques picotements et quelques mouvements passagers dans le bras paralysé.

A 0,30, c'est-à-dire le 21, les effets ayant continué, le malade serrait déjà fort bien et pouvait lever une chaise.

La dose ne fut portée qu'à 0,35. L'amélioration devenait si notable de jour en jour que je ne crus pas nécessaire de l'augmenter. Je dois dire aussi que, chez ce malade, la brucine avait produit quelques envies de vomir, et que l'appétit avait diminué. Ces motifs me déterminèrent à ne pas augmenter la dose du médicament.

Le malade resta soumis à ce traitement jusqu'à la fin de mars. A cette époque, il sortit de l'hôpital dans un état très satisfaisant, le bras gauche ayant recouvré sa force naturelle. J'ai eu l'occasion de le voir plusieurs mois après, et j'ai appris qu'il était employé comme conducteur sur une ligne d'omnibus. On comprend facilement que, pour occuper un tel emploi, il faut que le malade se trouve dans un état parfait de santé.

(*La fin à un prochain numéro.*)

HYPERTROPHIE DE LA LUETTE

simulant une phthisie laryngée, et guérie par les astringents ou la résection de l'organe;

Par M. le docteur Hubert-Rodrigues.

Nous publions le fait suivant comme exemple intéressant d'hypertrophie de la luette; mais il est bien entendu que nous ue saurions voir là aucune confusion possible entre cette maladie et la phthisie laryngée. Si cette confusion a été faite en effet, on ne peut se l'expliquer que par une extrême légèreté que l'auteur de la publication aurait dû signaler.

Le 20 septembre 1847, je fus consulté par un jeune homme âgé de vingt-six ans, employé dans une manufacture de draps de Lodève. Sa mère m'avait prévenu à l'avance de ne pas l'effrayer et de lui cacher son état, si je le croyais atteint de phthisie pulmonaire.

Depuis deux ans il se plaignait de maux de gorge, avec toux répétée et crachats; difficulté d'avaler la salive. En hiver et à l'époque des pluies, les symptômes augmentaient. Son médecin ordinaire le traitait pour une phthisie laryngée compliquée de bronchite chronique.

Ce malade avait une assez forte constitution; toutes les fonctions se faisaient d'une manière normale, et la poitrine, explorée avec soin, ne fournissait aucun signe d'une lésion quelconque. Tous les symptômes se groupaient vers la gorge. J'examinai cette partie, et je reconnus tout d'abord un prolapsus considérable de la luette, qui était couchée sur le derrière de la base de la langue. Le voile du palais et le pharynx étaient rouges, les amygdales hypertrophiées. Je fus immédiatement fixé sur le genre de l'affection et sur le traitement à suivre. Le malade, dont le moral était vivement affecté, fut surtout très heureux de l'assurance avec laquelle je lui promis une guérison prompte et radicale. Je lui prescrivis des bains locaux avec une forte décoction de tannin et d'écorce d'orange amère, et, au bout de quelques jours, tous les symptômes disparurent; la luette s'était rétractée et avait repris sa longueur et sa position ordinaires.

Evidemment, le frottement de l'appendice palatin sur la base de la langue et à l'ouverture de la glotte occasionnait tous les symptômes observés.

Dans une autre circonstance, les astringents furent insuffisants pour ramener la luette à son état normal, et je dus enlever avec les ciseaux les deux tiers de l'appendice pour débarrasser le malade d'une toux opiniâtre qui l'incommodait très fort.

Cette affection légère est une cause fréquente d'erreur de diagnostic qui mérite l'attention des praticiens. Depuis, la *Presse médicale de Bruxelles* a donné trois observations qui viennent à l'appui de celle que je viens de raconter : elles appartiennent à M. le docteur Hœbeke. Dans la première des vomissements étaient venus compliquer les phénomènes qui se passaient du côté de la gorge. La seconde présentait les symptômes d'une bronchite catarrhale. Dans la troisième, l'aphonie était devenue complète. Daus toutes les trois, il y avait un toussotement fréquent, de la toux, envie continuelle d'expectorer, difficulté d'avaler, sentiment de grattement vers la région hyoïdienne. La résection de la luette fut pratiquée et couronnée d'un plein succès.

Je prescrivis des bains locaux et non des gargarismes, ce qui est bien différent. Dans les gargarismes, les liquides médicamenteux ne restent pas assez de temps en contact avec les parties malades, et les mouvements nécessaires pour ce mode de médicamentation fatiguent la gorge, surtout lorsqu'elle est enflammée. Avec les bains, les parties restent au repos, et les liquides peuvent être maintenus sur place un quart d'heure, demi-heure, autant de temps que l'on veut.

Pour prendre un bain de gorge, le malade se place dans un fauteuil, introduit dans la bouche une quantité convenable de liquide et peuche graduellement la tête en arrière jusqu'à ce qu'il sent que le liquide va tomber dans le pharynx. Il s'arrête alors et appuie la tête sur le dos du fauteuil ou dans sa main, afin de prolonger son bain le temps nécessaire sans fatigue. On varie la qualité du bain snivant les indications fournies par la maladie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 janvier 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Denonvilliers, juge du concours de clinique chirurgicale demande un congé. (Accordé.)

— *M. Vialle*, chirurgien de l'hôpital Saint-Étienne, adresse un travail composé de deux observations de hernie volumineuse :

1° Réduction avec déchirure de l'intestin et guérison;

2° Réduction naturelle et mort.

(Une commission composée de MM. Huguier, Marjolin et Boinet rendra compte de ce travail).

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas Championnière; tome XXII, janvier 1851, 1er cahier.

— M. Maisonneuve donne lecture du travail suivant :

Note sur un nouveau moyen de diagnostic de la fracture du péroné par divulsion, ou fracture sus-malléolaire.

Malgré les travaux modernes sur la fracture du péroné, tous les praticiens savent combien, dans certains cas, il est encore difficile d'établir d'une manière positive l'existence de cette lésion. Les moyens diagnostiques proposés par Dupuytren, ceux proposés par moi-même il y a quelques années, celui proposé plus récemment par M. Nélaton, laissent beaucoup à désirer au lit du malade. Je crois donc rendre service aux praticiens en leur indiquant un signe qui ne m'a point encore fait faute, et qui, d'une appréciation toujours facile dans les cas même les plus obscurs, subsiste alors que tous les autres font défaut, et permet même de reconnaître la forme, la direction et la position exacte de la fracture; ce signe n'est autre que le mouvement de bascule du fragment inférieur sur la facette articulaire du tibia.

Voici comment on le perçoit. Avec les quatre derniers doigts de la main gauche (s'il s'agit de la jambe gauche), on embrasse la face antérieure et interne du tibia, tandis que le pouce de la même main vient appuyer fortement sur le bord postérieur du péroné, un peu au-dessus de la malléole externe. Avec les quatre derniers doigts de la main droite, on embrasse la plante du pied, tandis que le pouce de la même main vient appuyer sur le sommet de la malléole externe; alors, en exerçant alternativement avec l'un et l'autre pouce une pression assez forte, on éprouve la sensation suivante : au moment où le pouce droit presse sur la malléole externe, le pouce gauche, placé plus haut, sent l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui se soulève, et peut alors reconnaître facilement sa forme et sa direction. Lorsqu'au contraire, cessant la pression sur la malléole, on presse avec le pouce supérieur, l'extrémité du fragment se remet en place et la saillie cesse d'être perçue; c'est donc en faisant basculer le fragment inférieur au moyen d'une douce pression exercée sur l'une et l'autre extrémité que l'on rend sensibles cette mobilité et cette saillie anormale. L'expérience m'a prouvé que l'on distinguait ainsi sans difficulté les fractures de l'extrémité inférieure du péroné par divulsion.

Quelques personnes penseront peut-être que la manœuvre dont je parle n'est autre chose que la manœuvre vulgaire employée pour reconnaître la mobilité dans toutes les fractures, et spécialement indiquée par Dupuytren pour la fracture du péroné. Cette pensée ne serait pas exacte. Dans les fractures ordinaires, en effet, et d'après le précepte spécial de Dupuytren pour la fracture du péroné, on cherche à percevoir la mobilité et la crépitation en pressant alternativement sur le fragment supérieur et le fragment inférieur. Or, dans la manœuvre que j'indique, c'est sur les deux extrémités du même fragment inférieur que doit s'exercer la pression.

Ce précepte, du reste, n'est point empirique; il repose sur la connaissance exacte de la disposition des fragments. Dans la fracture sus-malléolaire, ou par divulsion, la coupe des fragments est toujours oblique, ainsi que je l'ai établi en 1840. Cette obliquité est telle, que le fragment inférieur se prolonge en pointe vers le bord postérieur du péroné, tandis que le fragment inférieur se prolonge en avant. D'une autre part, le fragment supérieur, fortement attaché au tibia par le ligament interosseux, ne jouit d'aucune mobilité, tandis que le fragment inférieur, reposant, comme le fléau d'une balance, sur l'extrémité inférieure de la facette externe du tibia, cède facilement aux pressions exercées à ses deux bouts.

Toute pression exercée alternativement sur les deux fragments, ainsi que le conseille Dupuytren, ne peut donc donner aucun résultat, tandis que la pression exercée alternativement sur les deux extrémités du même fragment inférieur donne lieu à une sensation de soulèvement qui permet d'apprécier les dispositions les plus délicates de forme, d'étendue, de direction et de siége de la fracture.

M. Debout fait observer que le signe donné par M. Maisonneuve n'est pas nouveau, et qu'il a été donné par M. Robert il y a plusieurs années, dans ses leçons de clinique chirurgicale.

M. Maisonneuve. Avant d'accepter la réclamation de M. Debout en faveur de M. Robert, il désirerait que notre collègue voulût bien lui indiquer l'endroit où ce signe a été consigné et imprimé; quant à lui, il a fouillé les annales de la science à propos du travail qu'il a publié il y a quelques années sur les fractures du péroné, et n'a rien trouvé d'analogue à ce qu'il indique. Pour ce qui est de la valeur de ce signe, M. Maisonneuve y attache tant d'importance, qu'il croit qu'il n'y a plus désormais de fracture probable, même quand il y a un gonflement considérable des parties molles environnant la malléole externe.

M. Marjolin accepte le signe donné par M. Maisonneuve comme très bon, mais il ne peut admettre que la dénomination si sage de fracture probable puisse être rayée de la science; il est des circonstances où le chirurgien ne peut pas se prononcer d'une manière absolue. Ainsi, un chirurgien est appelé par un magistrat pour constater l'état d'un homme sur la partie inférieure duquel une roue de voiture a passé; il y a un gonflement considérable du membre et une grande sensibilité dans les parties contuses: une exploration minutieuse de la partie pour arriver au diagnostic aurait, dans cette circonstance, des inconvénients. Que doit faire le chirurgien? Il doit, suivant M. Marjolin, dire dans son rapport qu'il y a une fracture probable, et déterminer ultérieurement l'état exact des parties.

M. Huguier veut que l'on distingue deux choses dans le travail de M. Maisonneuve : l'une, parfaitement connue, donnée par Dupuytren, c'est le mouvement de bascule qu'on imprime au fragment inférieur en pressant sur la malléole externe; l'autre, neuve, suivant lui, et appartenant à notre confrère, consistant à placer le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, de manière à le faire basculer. Toutefois, M. Huguier déclare avoir à plusieurs reprises employé le procédé recommandé par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, tout récemment encore sur un malade qui était sorti d'un hôpital comme n'étant affecté que d'une entorse, et sur lequel il constata parfaitement la fracture en plaçant le pouce à la partie postérieure et supérieure du fragment inférieur, tandis qu'il faisait des pressions avec l'autre pouce sur la partie inférieure de la malléole.

M. Maisonneuve, en présentant son travail à la Société de Chirurgie, s'attendait aux observations qui lui sont faites; mais il est tellement convaincu de la bonté du moyen proposé par lui, qu'il insiste pour qu'il soit mis à l'épreuve par ses collègues. Des fractures du péroné qu'il n'avait pu reconnaître par le procédé de Dupuytren ni par celui plus récemment formulé par M. Nélaton, il a pu les reconnaître parfaitement en suivant les préceptes qu'il donne. Sur le cadavre, en faisant des expériences propres à éclaircir la fracture du péroné, il a pu constater la mobilité des fragments, bien que le périoste fût intact.

M. Lenoir conserve des doutes sur la nouveauté du signe dont il s'agit, sur la facilité que le praticien doit éprouver à le trouver et sur l'infaillibilité dont il jouirait pour établir le diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

M. Maisonneuve, dit-il, distingue la manœuvre qu'il emploie de celle qu'il nomme *banale*, et qui consiste à faire basculer la malléole externe sur le bord correspondant de l'astragale avec une main tandis qu'avec l'autre on presse sur le point du péroné où l'on suppose que la fracture existe; dans la sienne, au contraire, on applique les pouces des deux mains sur le seul fragment inférieur, l'un en haut et l'autre en bas de ce fragment. Mais, pour se comporter ainsi, ne faut-il pas savoir d'avance où se trouve l'extrémité supérieure de ce fragment inférieur? Or, si l'on sait cela, on sait qu'il y a une fracture et on sait où elle existe; on n'a donc pas besoin d'un signe nouveau pour la reconnaître. En second lieu, croit-on qu'il sera toujours très facile, dans une fracture oblique d'un os aussi mince que l'est le péroné au-dessus des malléoles, de n'appliquer le pouce que sur un des deux fragments, surtout quand cette exploration sera faite dans les seuls cas difficiles, ceux où il existe du gonflement?

On dit, il est vrai, que l'extrémité supérieure du fragment inférieur est, dans toutes les fractures sus-malléolaires, saillante en arrière, car ces fractures sont toujours obliques de haut en bas et d'arrière en avant; ce *toujours* peut être vrai quand il s'agit de fractures *par diduction du pied*. Mais dans toutes celles qui sont produites par un autre mécanisme, l'observation montre que c'est *en travers* que l'os est *ordinairement* brisé, et que cette direction est d'autant plus franche et d'autant plus fréquente que la fracture se rapproche davantage du corps de la malléole.

Enfin, M. Maisonneuve, dans la manœuvre qu'il décrit, ne cherche pas à arriver au diagnostic de la fracture par la crépitation que le frottement des fragments détermine pendant certains mouvements, mais bien par le déplacement en arrière que l'extrémité supérieure du fragment inférieur éprouve quand un des pouces appuie sur le sommet de la malléole. Ici je me demande si ce déplacement, qui ne peut être jamais que très borné, sera bien aisément perçu à travers des parties molles gonflées, seul cas, je le répète, où le diagnostic offre de la difficulté.

Pour ces raisons donc, je pense que, malgré l'assurance contraire que nous donne notre collègue, il restera encore quelques fractures de l'extrémité inférieure du péroné sur l'existence desquelles un praticien même exercé conservera des doutes.

M. Maisonneuve, revenant sur ce qu'il a dit précédemment sur la manière de constater les fractures du péroné, dit, en terminant, que le signe sur lequel il insiste n'est très utile que pour les fractures sus-malléolaires; mais quant à celles qui ont lieu dans l'épaisseur de la malléole elle-même et qu'il appelle par arrachement, les distinguant des premières qu'il appelle fractures par divulsion, celles-là, ajoute-t-il, ont des signes qui leur sont propres et sur lesquels je ne veux pas insister.

M. Boinet, depuis qu'il connaît le signe décrit par M. Maisonneuve, a eu occasion d'y avoir recours avec succès.

M. Forget. D'après tout ce qui a été dit au sujet de la communication de M. Maisonneuve, il devient évident que le signe de la fracture du péroné, qu'il donne comme nouveau, était depuis longtemps connu. Notre collègue, se fondant sur l'obliquité de la fracture, recommande de chercher l'extrémité supérieure du fragment inférieur tout à fait en arrière, et ce serait là, suivant lui, une indication nouvelle qui n'avait pas encore été saisie. Mais en vérité, quand on considère la forme du péroné à sa partie inférieure, la surface peu étendue qu'il présente, on comprend difficilement comment l'intersection du tissu osseux pourrait échapper à l'exploration du chirurgien, dont le pouce, parcourant toute la surface palmaire de sa première phalange, porte sur le point fracturé, qu'il recouvre en totalité. D'ailleurs, quand il se livre à cette exploration, le doigt du chirurgien ne s'immobilise pas sur un point indivisible, il se déplace, il tâtonne, il va en avant, en arrière, un peu partout, et il trouve d'autant mieux, que l'obliquité dont parle M. Maisonneuve est loin d'offrir toujours le même degré. Quand à l'infaillibilité du diagnostic pratiqué comme le veut M. Maisonneuve, je crois qu'il ne faut l'admettre qu'avec beaucoup de réserve. Pour ma part, quelle que soit l'habileté de notre confrère, je suis convaincu qu'il lui arrivera encore à lui-même, plus d'une fois, de douter, et que vouloir rayer la dénomination de *fracture probable*, ainsi qu'il le propose, ce serait afficher une prétention par trop excessive.

M. Maisonneuve a dit, ajoute M. Forget, que la manœuvre qu'il indique n'avait été écrite nulle part. A cet égard, je pourrai modifier son opinion, et lui apporter une observation de fracture sus-malléolaire du péroné, à l'occasion de laquelle j'ai discuté la valeur et le mécanisme de cette manœuvre appliquée au diagnostic. Je l'ai décrite, autant que mes souvenirs me le rappellent, en 1838. Au besoin, je retrouverai cette observation. Lisfranc y avait constamment recours pour diagnostiquer la fracture du péroné. C'est en effet le mouvement de bascule imprimé à l'extrémité supérieure du fragment inférieur qui est le signe pathognomonique. En pressant sur le sommet de la malléole et sur cette extrémité, on donne lieu à un déplacement alternatif qui ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion. Mais il faut remarquer que le siége de la fracture influe beaucoup sur la valeur et l'existence de ce signe. Celui-ci est d'autant plus apparent, que le levier représenté par la portion sus-malléolaire du fragment a plus de longueur. Les arcs du cercle, en un mot, que l'on fait décrire à cette partie, sont d'autant moins étendus et par conséquent d'autant moins appréciables, que la solution de continuité de l'os a lieu plus près de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Instrument dilatateur de la mâchoire.

M. Demarquay présente, de la part de M. Larrey, un instrument imaginé par M. Godde, architecte, pour obtenir l'écartement des mâchoires dans les cas de constriction extrême ou d'ankylose incomplète de l'articulation temporo-maxillaire.

« Tous les chirurgiens savent, dit M. Larrey dans une note annexée à cet envoi, combien il est difficile de vaincre la force de résistance de certaines contractures des mâchoires, dont les causes peuvent être d'ailleurs assez variées. Ainsi, que ce soit la rétraction musculaire, la conséquence de l'inflammation, une lésion directe de la jointure, ou enfin le produit d'un tissu de cicatrice à la suite d'une brûlure ou d'une plaie profonde, toujours est-il que l'articulation de la mâchoire, tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés, tend à se resserrer quelquefois jusqu'au point de permettre à peine un léger écartement des arcades dentaires. De là une gêne marquée dans la mastication, ainsi qu'un embarras de la parole.

» Tel était l'état dans lequel se trouvait récemment un jeune soldat entré au Val-de-Grâce pour une ankylose incomplète de la mâchoire consécutive à un coup de feu reçu en Afrique. Il pouvait à peine, selon l'expression vulgaire, desserrer les dents, lorsqu'après avoir essayé, dit M. Larrey, obtenu même un certain degré de dilatation graduelle, à l'aide de coins en bois interposés entre les arcades alvéolaires et progressivement augmentés d'épaisseur, je découvris au fond de la bouche, au delà des dernières dents molaires, un corps étranger dur, résistant. C'était une balle déformée, aplatie et enclavée vers la base de l'apophyse coronoïde. L'extraction en fut faite assez facilement, sans laisser de trace d'une lésion plus profonde, mais sans permettre un écartement beaucoup plus sensible qu'auparavant.

» Ce fut alors que M. Godde, bien connu dans les arts par ses travaux en architecture, eut l'idée, en voyant ce malade par occasion, de faire confectionner chez Sir Henry l'instrument qu'il appelle *spéculum dilatateur progressif*.

» Cet instrument représente un coin à deux branches articulées à la base par une charnière et susceptibles d'écartement au sommet. Celui-ci, fermé par le rapprochement des branches, est introduit entre les dents et s'y arrête par une rainure transversale. La base ou l'extrémité libre de l'instrument est pourvue d'une vis de rappel qui fait mouvoir un écrou placé à l'intérieur des branches et opère l'écartement avec autant de force que de précision. Cette force même est tellement grande qu'elle surmonterait sans doute les obstacles si l'excès de la douleur et les chances d'accidents n'obligeaient de suspendre la dilatation progressive.

» J'ai donc employé chez le malade de mon service cet ingénieux instrument; mais, malgré l'avantage que j'en ai retiré, malgré même la supériorité que ce moyen me semble avoir sur tout autre agent mécanique, je le crois encore insuffisant pour vaincre dans tous les cas la résistance énergique des tissus rétractés ou de l'articulation ankylosée.

» Toutefois, ajoute M. Larrey en terminant cette note, l'instrument de M. Godde me semble susceptible d'une application utile, non-seulement dans les divers degrés d'ankylose, mais encore dans les cas de contracture volontaire ou simulée de la mâchoire chez les enfants, chez les conscrits ou chez les aliénés, soit pour l'exploration de la bouche, soit pour l'alimentation ou l'introduction des médicaments, soit aussi pour la pratique de diverses opérations chirurgicales (1). »

M. Demarquay, à propos de la communication qu'il vient de faire pour M. Larrey, fait observer qu'il existe plusieurs instruments à l'aide desquels on cherche à amener l'écartement des mâchoires. M. Jules Guérin a imaginé, il y a quelques années, un instrument très ingénieux pour obtenir ce résultat : il est composé de deux plans métalliques ayant la forme des arcades dentaires et pouvant s'écarter à l'aide d'une vis de rappel. M. Blandin a employé cet instrument chez une jeune fille qui avait été affectée d'une gangrène de la joue, à la suite de laquelle du tissu inodulaire tenait fortement rapprochées les arcades dentaires. Des incisions faites dans les parties molles ont permis l'application de cet appareil; un instant les mâchoires furent écartées, mais bientôt les choses reprirent leur état anormal. J'ai eu occasion cet été de revoir la jeune malade, et la résistance à l'écartement des mâchoires est toujours la même.

L'avantage de l'instrument de M. Guérin est d'agir sur toutes les dents; tandis que celui de M. Godde, présenté et employé par M. Larrey, n'agit que sur quelques dents. C'est là évidemment un inconvénient.

M. Boinet, ayant eu à traiter il y a peu de temps une personne affectée d'accidents syphilitiques tertiaires avec rétraction d'un masséter, qui mettait le malade dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, eut recours au traitement spécial à cette période de la maladie, et pour vaincre la résistance des muscles élévateurs des mâchoires il se servit d'un instrument agissant d'une manière analogue à celle de l'instrument présenté par M. Larrey.

M. Deguise fils dit que son grand-père a imaginé un instrument à l'aide duquel on peut forcément écarter les mâchoires. Il blâme l'emploi de ces instruments comme moyen de cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés. Il préfère de beaucoup le cathétérisme par les fosses nasales.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Liste de souscription :

Montant de la dernière liste de souscription. . .	176 fr.
M. le docteur Foville.	5
M. le docteur Ducos.	3
Total.	184

On sait que les médecins remplacent aujourd'hui avec grand succès dans leur pratique l'*huile de foie de morue* par une nouvelle préparation douée d'une grande puissance curative et dont on doit la connaissance au docteur Quesneville. Cette substance est l'*iodure d'amidon soluble*. Or, voici qu'un chimiste fort habile vient de découvrir que la salsepareille ne devait aussi ses propriétés qu'à une petite quantité d'iode, découverte qui n'étonne pas, puisque l'iode est un antisyphilitique puissant : voilà donc tous ces fameux robs, le sirop de Cuisinier, les essences et extraits de salsepareille qui vont, comme l'huile de foie de morue, être remplacés par le sirop d'iodure d'amidon du docteur Quesneville; c'est un nouveau progrès qu'il faut féliciter les médecins d'adopter; car, entre des médicaments incertains, peu actifs et fort dispendieux et une préparation rationnelle et constante dans ses effets, il n'y a pas à hésiter, on doit préférer la préparation du docteur Quesneville.

Le prix du sirop Quesneville est de 8 fr. la bouteille d'un kilogr. et de 3 fr. le flacon. Il se trouve à Paris, rue Hautefeuille, n° 9. Exiger comme garantie de bonne préparation le cachet et l'étiquette de l'*inventeur*.

(1) Une plaque abaisse-langue peut s'adapter à l'instrument et le compléter au besoin.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 12. — JEUDI 30 JANVIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 12. — JEUDI 30 JANVIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 29 JANVIER 1851.

Séances des Académies.

L'Académie de Médecine semble avoir le dessein de faire mentir le proverbe, et de faire que les séances se suivent et se ressemblent. Celle d'hier, comme les deux précédentes, a offert un grand intérêt.

M. le docteur Parise, ancien professeur d'anatomie à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, a été appelé le premier à la tribune, et a donné lecture d'un travail très bien fait sur une espèce d'étranglement intestinal interne non décrit encore dans les auteurs, et qui est produit par une disposition toute particulière des diverticules intestinaux. Nous rapportons à notre compte-rendu la substance de ce mémoire fort étendu; mais nous devons dire ici que pour bien comprendre le mécanisme de l'étranglement décrit par M. Parise, il sera indispensable de répéter les expériences indiquées dans son mémoire et dans notre extrait; car la disposition relative des parties offre des difficultés de description telles, qu'il est fort difficile de la comprendre quand on n'en a pas sous les yeux la représentation matérielle. Ce mémoire, écouté avec un vif intérêt par les chirurgiens, ne peut manquer de donner lieu à un rapport intéressant, puisque M. Malgaigne a été nommé rapporteur.

A M. Parise a succédé M. Depaul, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, et dont tout le monde connaît et apprécie les titres scientifiques. Dans ce nouveau travail, qui avait pour objet l'étude de la maladie appelée rachitisme chez le fœtus, M. Depaul s'est maintenu au rang qu'il s'était acquis par ses précédentes productions. Nous regrettons que l'étendue de ce travail nous interdise ici une appréciation plus détaillée, et qu'elle nous oblige à n'en reproduire que les conclusions dans notre compte-rendu.

Aux deux intéressantes communications qui précèdent, nous devons ajouter celle de M. Landouzy, relative à l'exaltation de la sensibilité dans l'hémiplégie faciale. Ce symptôme d'hémiplégie, signalé récemment, comme tout le monde le sait, par M. Landouzy, n'est pas encore universellement admis. Ce médecin distingué est venu ajouter aujourd'hui quelques faits à ceux qu'il a déjà fait connaître. D'après les détails dans lesquels il est entré, on ne peut plus douter maintenant que l'exaltation de la sensibilité de l'ouïe ne soit, en effet, un symptôme de l'hémiplégie faciale. Il ne reste plus qu'à en déterminer la fréquence; car il est bien certain qu'on ne peut le considérer comme constant. L'honorable académicien qui a présidé l'Académie l'année dernière, et qui a été affecté, dans le cours de cette même année, d'une hémiplégie faciale, n'a jamais éprouvé la moindre exaltation dans la sensibilité de l'ouïe. Quant à l'explication du phénomène observé par M. Landouzy, nous pensons que rien n'est encore fait à cet égard, et que c'est là, comme l'habile médecin de Reims l'a d'ailleurs annoncé lui-même, un sujet d'intéressantes méditations pour le praticien, et surtout pour le physiologiste.

M. Bouillaud a rempli la dernière partie de la séance par la lecture d'un rapport important sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la digitaline. Cette lecture, n'ayant pu être terminée, a été renvoyée à la séance prochaine.

H. de Castelnau.

Les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements, ont, dit-on, été classés de la manière suivante :

1° MM. Cazeaux, 3° *ex æquo* MM. Chailly et Jacquemier,
2° Depaul, 4° Devilliers.

On doit regretter que MM. Cazeaux et Depaul n'aient pas été classés *ex æquo*.

— La séance de l'Institut s'est passée à peu près entièrement aujourd'hui en comité secret pour discuter la liste de présentation à la place vacante dans la section de zoologie. La section a présenté la liste suivante :

1° *ex æquo*, MM. Coste et Quatrefages ;
2° *id.*, Cb. Bonaparte et Blanchard;
3° *id.*, Dorbigny et Laurent.

On dit que quelques membres ont pris la parole pour faire porter sur la liste deux physiologistes distingués, MM. Longet et Cl. Bernard, que la section avait écartés systématiquement, ne voulant admettre dans son sein que des zoologistes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Amyosténismie des membres thoracique et abdominal gauches, suite d'une corbotoxêmie.

Thérèse Caffin, née à Saint-Julien (Moselle), âgée de vingt-huit ans, douée d'une forte constitution et d'une santé parfaite, fut atteinte, le 12 janvier, à dix heures du soir, d'une crise nerveuse, à la suite de laquelle elle perdit connaissance et fit une chute dont elle n'a, du reste, conservé aucune trace. Le médecin qui fut immédiatement appelé pour lui donner des soins, attribuant cet accident à une attaque d'hystérie, lui pratiqua une saignée et lui fit mettre la moutarde aux jambes.

Lorsqu'elle eut repris ses sens, la malade accusa un violent mal de tête, et surtout l'impossibilité presque absolue où elle était de remuer le bras et la jambe gauches. Ce fut dans cet état qu'elle se présenta le surlendemain à la visite de M. Piorry. Elle déclara n'avoir jamais éprouvé aucune douleur du côté du bas-ventre. L'époque de ses règles était assez éloignée; la circulation et la respiration étaient à peu près normales; le cœur, les poumons, le foie, n'étaient pas congestionnés; elle ne souffrait absolument que de la tête et des parties sur lesquelles avaient été appliqués les sinapismes. L'amyosténismie (paralysie musculaire) était toujours la même; la sensibilité, au reste, était demeurée parfaitement identique du côté droit et du côté gauche.

Une chose seulement frappa l'attention de M. Piorry, sans qu'il pût encore, pour le moment, s'en rendre compte; c'était la couleur rosée des lèvres et de la langue.

Cette femme affirma que jamais elle n'avait été atteinte d'aucun accident analogue. Il fallait donc, eu égard aux antécédents, repousser toute probabilité d'attaque d'hystérie ou d'épilepsie.

Vainement on cherchait l'explication d'un phénomène aussi extraordinaire, quand, interrogée dans un autre sens, la malade apprit quelle était cuisinière; c'était un trait de lumière. Elle raconta que, le jour même de l'accident, elle avait passé plusieurs heures dans une cuisine assez peu spacieuse, soumise à l'influence méphitique de la vapeur de charbon; que vers le soir elle avait éprouvé des vertiges, des maux de cœur, un violent mal de tête, une faiblesse très grande dans les jambes. De ce moment, amyosténismie, céphalalgie, coloration rosée des muqueuses, tout était expliqué. Ces phénomènes étaient dus à l'effet toxique du gaz oxyde de carbone sur l'économie.

Peut-être serait-il bon de rappeler en passant la différente manière d'agir de ce dernier gaz et de l'acide carbonique.

Tandis que le premier, c'est-à-dire celui qui se forme avant que le charbon soit parfaitement allumé, produit sur la personne qui le respire des vertiges, des nausées, de l'encéphalopathie, et colore le sang en rouge-cerise (1); le deuxième, c'est-à-dire celui qui se dégage quand l'ignition du charbon est complète, tue lentement, sans douleur, en produisant même parfois une sorte de douce quiétude, et colore le sang en noir.

C'était donc l'oxyde de carbone qui avait produit sur notre malade les symptômes que nous venons d'énoncer.

Ce gaz délétère agit de deux façons sur l'économie :

1° Comme principe désoxygénant du sang, d'où hypoxémie;

2° Comme agent toxique, d'où toxémie.

A ce premier temps succède une seconde série de faits complémentaires et successifs, savoir :

1° Encéphalémie;

2° Encéphalopathie occasionnée par la souffrance de tous les troncs nerveux;

3° Enfin, en dernière analyse, amyosténismie.

Les phénomènes amyosténismiques ayant affecté les membres du côté gauche, il faut que la partie cérébrale droite ait été le siége des principales lésions encéphaliques.

Ces considérations posées, la cause et la nature du mal étant déterminées, quelles devaient être les bases du traitement ?

(1) Thèse latine pour l'agrégation, par M. Piorry. Expériences sur la submersion et sur plusieurs autres asphyxies. 1826.

FEUILLETON.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

RÉFLEXIONS SUR LE VIRUS,

Par M. le docteur HAMEAU, médecin à la Tête-de-Buch (Gironde).

Commissaires : MM. Fr. Dubois et Londe, rapporteur.

(Suite. — *Voir* les nos des 18 et 23 janvier.)

Les virus ne conservent pas leurs facultés contagieuses ou génératrices (ce qui veut dire la même chose) aussi longtemps les uns que les autres; et en cela ils ressemblent aux graines des plantes. Le vaccin se gâte plus vite que le fluide de la variole; ceux qui sont aériens vivent peu et ne vont pas bien loin exercer leurs ravages, s'ils n'ont, à de conrtes distances, l'occasion de se renouveler. L'auteur a plusieurs fois observé que la petite vérole, si éminemment contagieuse, se perd entièrement lorsqu'elle s'introduit dans une famille des Landes, babitant le désert, c'est-à-dire n'ayant des voisins qu'à plusieurs lieues. C'est pour lui une conviction que ces substances s'anéantissent entièrement à de courts délais parce que l'air n'est pas leur élément naturel. Pour se conserver, il faut qu'elles passent promptement d'un individu à un autre. Si cela n'était pas ainsi, on peut dire que la terre serait inbabitable.

Après des aperçus particuliers ingénieux sur l'incubation et la multiplication des virus aériens, l'auteur traite de quelques maladies miasmatiques qui présentent parfois l'apparence des virus. Les miasmes circulent dans l'air comme certains virus, mais ne se régénèrent pas. Ils sont le résultat de combinaisons chimiques entre les éléments lors de la décomposition des animaux et des végétaux. Un assez grand nombre de maladies leur doivent naissance : celles qui paraissent à l'auteur les plus fréquentes et les plus dangereuses sont la dysenterie, la fièvre puerpérale, certains érysipèles, la pourriture et la phlébite des hôpitaux. L'auteur traite des remèdes que son expérience lui a montrés les plus efficaces contre quelques-unes d'entre elles, et du mode d'action de ces remèdes. Il suit de cet exposé que les miasmes donnent naissance à des affections tout aussi graves que celles qui sont produites par les virus; mais il y a cette différence que les premières ne passent pas d'uu individu à un autre, comme les secondes, et qu'ils peuvent seulement, les miasmes, s'accumuler dans un lieu peu aéré, où cbaque sujet prend son mal.

Tous les virus doivent être d'origine aquatique. Aucun ne peut se nourrir et se régénérer ailleurs que dans des liquides. Lorsqu'ils pénètrent dans les corps animés, ils se plongent au sein de leurs fluides, s'y baignent ou circulent avec eux, s'alimentent de leurs principes nutritifs, y engendrent leur postérité, et semblent fort peu se soucier de l'air atmosphérique, dont pourtant tous les êtres ont besoin. S'il était de leur essence de vivre absolument dans l'air, c'est dans son sein qu'ils accompliraient ces deux grands actes de la vie, comme les y accomplissent tous les êtres dont ce fluide est le principal élément.

Il est pourtant des virus qui peuvent s'élever et même exister, un temps très-court à la vérité, dans l'air pour contaminer par l'intermédiaire de ce corps, et qui pourraient en quelque sorte être considérés comme ampbibies. D'autres ne sortent jamais des liquides d'eux-mêmes, et s'ils peuvent conserver la vie après qu'on les a fait sortir de ces liquides par un moyen quelconque, ils sont dans l'air comme engourdis, sans action et se déssèchent. Pour leur redonner leur activité, il faut les replonger dans leur élément naturel. Ceux-ci ne contaminent que par un contact immédiat ou par l'inoculation, et pourraient être considérés comme purement aquatiques.

Mais les virus, avant d'attaquer pour la première fois l'homme et les animaux, résidaient quelque part sur notre globle; car ils n'ont pas commencé d'être au moment de cette attaque; ils ont, comme tout le reste de la nature, une antiquité égale à celle du temps, et ils sont un anneau de la création : où étaient-ils donc, ces parasites, avant cette union bétérogène ? Depuis qu'ils nous sont connus, nous voyons que les liquides aqueux et nutritifs sont leurs éléments indispensables, que bien peu peuvent vivre sans y nager toujours ou s'y replonger sans cesse. Ainsi donc ce devait être dans des lieux contenant toujours de l'eau et des sucs nourriciers qu'étaient leurs premiers gîtes, et nous devons croire que leurs semblables y sont encore. Les marais, où cbaque goutte d'eau, cbaque grain de terre semblent animés, tant y est grande la multitude des êtres vivants (surtout dans les climats cbauds), paraissent à l'auteur avoir été le berceau des virus, et être encore leur demeure naturelle.

Lorsque les virus s'avancent dans les terres, ce n'est qu'en passant dans des lieux où se trouve, comme dans leurs gîtes, tout ce qui est nécessaire à leur existence et à leur régénération.

Les virus aériens des pays cbauds qui passent dans les contrées froides ne peuvent ordinairement y sévir que temporairement; ils ne font qne passer et périssent dans ces climats étrangers, tandis que dans leur pays natal ils peuvent contaminer sans cesse en se retrempant à leurs sources. Celui de la petite vérole est peut-être le seul qui soit cosmopolite et qui possède tous les modes de transmission. Quant à ceux qui ne sont qu'aquatiques, il faut aller les trouver dans leurs asiles pour les prendre; ils ne sont point faits pour voyager. Chaque corps qu'ils attaquent a été chez eux, et ils cessent d'être sur ces corps s'ils ne sont transportés sur d'autres, c'est-à-dire s'ils ne sont inoculés. La pustule maligne fournira à l'auteur plusieurs exemples de cette assertion, et il présume que les vaches prennent la vaccine dans les eaux bourbeuses. Il lui paraît essentiel de distinguer ces deux genres de virus, et il le fait dans le tableau suivant :

VIRUS.

Aquatiques.	*Aquatiques et aériens.*
Pustule maligne.	Variole.
Vaccine.	Rougeole.
Rage.	Scarlatine.
Pellagre.	Suette.
Teigne.	Choléra de l'Inde.
Gale.	Fièvre jaune.
Syphilis.	Typhus.
	Peste.
	Lèpre.
	Coqueluche.

Fallait-il tirer de nouveau du sang à la malade, ainsi qu'on aurait pu y être porté en raison de son état voisin de la pléthore et de l'encéphalopathie toujours persistante? Ce n'était nullement le lieu de recourir à une semblable méthode; car, en outre que la percussiou montrait clairement que ni le foie ni les organes thoraciques n'étaient congestionnés, ce n'était pas là un moyen de rendre au sang ses qualités normales. De plus, ce procédé offrait encore l'alternative de favoriser la perpétration de l'agent toxique en facilitant l'absorption complète par le fait même d'une nouvelle évacuation sanguine.

Fallait-il avoir une seconde fois recours aux sinapismes? N'eût-ce pas été occasionner en pure perte de nouvelles douleurs à la malade?

Il y avait un traitement bien plus simple, bien plus rationnel à mettre en usage :

1° Rendre au sang le gaz qui lui avait été enlevé;

2° Brûler par un excès de ce même gaz l'élément toxique qui s'y était répandu.

Dans ce but, il suffirait de recommander à la malade de faire de larges inspirations, afin de faire pénétrer dans la poitrine uue plus grande quantité d'air et de rendre l'hématose plus active.

On pouvait conjointement administrer quelques sels à l'intérieur, tels que le carbonate d'ammoniaque, le bicarbonate de soude, etc., toujours dans le but de fournir au sang un excès d'oxygène pour réparer ses pertes et brûler le carbone.

On n'avait garde, non plus, d'oublier l'emploi simultané du plus universel, du moins dispendieux et du plus inoffensif des dissolvants, de l'eau, en un mot, à l'usage de laquelle on doit largement avoir recours dans tous les cas d'empoisonnements où l'on se trouve embarrassé touchant le choix d'un antidote. Il est, en effet, peu d'agents dans la nature qui ne se dissolvent dans l'eau. A ce point de vue, on arrive à étendre son usage jusqu'aux maladies contagieuses, aux épidémies, aux doxomodermites, etc., etc.

Sous l'influence de cette médication, la malade est sortie de l'hôpital entièrement rétablie le 21 janvier, c'est-à-dire après y avoir fait un séjour de huit jours. L. HAMON,

Ex-élève du Val-de-Grâce.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 janvier 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Correspondance officielle.

1° Plusieurs états de vaccinations;

2° Etudes snr les eaux minérales de Vitereb, par MM. Gillet et Dusseuil, et Monsel, chirurgien militaire;

3° Rapport adressé à M. le préfet de police sur une enquête faite à propos d'un individu qu'on soupçonnait être mort de la morve;

4° Plusieurs échantillons de remèdes ainti-opbthalmiques;

5° Des échantillons des eaux minérales de Beton-Bazoches (Seine-et-Marne);

6° Un échantillon de plusieurs remèdes propres à guérir *toutes sortes de plaies;*

7° Deux rapports de MM. Martineau et Saint-Yves sur des épidémies de variole;

8° Un échantillon de remède secret contre les hernies, par M. le docteur Evins;

9° Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans l'arrondissement de Gray (Haute-Saône), par M. le docteur Bobinier;

10° Rapport sur une épidémie de variole qui a régné dans l'arrondissement de Vervins, par M. le docteur Perraut, et des renseignements sur une épidémie de fièvre typhoïde, par le même.

11° Rapport sur les maladies traitées en 1849 dans l'établissement des eaux de Barèges, par les officiers de santé militaires.

Correspondance manuscrite. — Traitement de la kératite.

M. le docteur Tavignot adresse une note sur l'utilité de la scarification des vaisseaux, pratiquée à la circonférence de la cornée, dans le traitement de la kératite interstitielle. (*Voir* cette note après le compte-rendu de l'Académie.)

Traitement de la fièvre intermittente, de la dysenterie et du choléra.

M. le docteur Fave (d'Alger) envoie une nouvelle note à l'appui de sa méthode de traitement de ces maladies par une poudre qui lui est propre.

Lectures. — Etranglement intestinal interne.

M. le docteur Parise, ancien professeur d'anatomie à l'hôpital d'instruction de Lille, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Mécanisme de l'étranglement interne produit par un nœud diverticulaire.*

L'auteur étudie spécialement, dans ce mémoire, les étranglements internes dont les diverticules intestinaux sont les agents exclusifs.

Les étranglements, dit-il, se divisent naturellement en deux catégories, selon l'état de simplicité ou de complication du nœud constricteur. Dans le premier cas, le diverticule saisit une anse intestinale et forme avec elle un nœud simple à rosette, c'est l'*étranglement par nœud diverticulaire à anse simple.* Dans le second, deux anses sont engagées dans le nœud, dont la formation est beaucoup plus difficile à comprendre; c'est l'*étranglement par nœud diverticulaire à anse double.*

L'auteur rapporte ici cinq observations détaillées, dont quatre appartiennent à la première catégorie, et une, qui est unique dans la science, à la seconde. Passant ensuite à l'étude du mécanisme de ces étranglements, M. Parise continue :

Le mécanisme de la première forme peut être facilement compris; il n'en est pas de même de la seconde, et dans le cas que j'ai rapporté dans ce mémoire, il me fallut une longue étude pour me rendre un compte exact de sa disposition et de son mode de formation. Peut-être même, vu l'état de la pièce, n'y fussé-je point parvenu si je n'eusse observé déjà uu cas de même nature, mais plus simple, et si je ne me fusse aidé d'une pièce artificielle que chacun peut refaire de la manière suivante :

On prend une portion d'intestin longue de 10 à 12 centimètres; on en circonscrit entre deux ligatures environ 2 centimètres à l'une de ses extrémités, et l'on insuffle cette portion de manière à former une ampoule terminale; on coud ensuite l'autre extrémité au bord libre d'une anse d'intestin grêle. Pour plus de facilité, on peut enlever cette anse intestinale dans l'éteudue d'un mètre, avec toute la portion correspondante du mésentère, que l'on fixe sur une plaque en liége. Rien de plus facile alors que de reproduire toutes les variétés du nœud diverticulaire et d'imiter l'étranglement en insufflant l'intestin.

Deux *conditions anatomiques* me paraissent nécessaires à la production de l'étranglement diverticulaire : 1° une certaine longueur du diverticule, 8 à 9 centimètres au moins; 2° un calibre assez grand de son extrémité libre. Il faut, en effet, que le diverticule soit assez long pour embrasser une anse intestinale; il faut aussi que son extrémité puisse se dilater en ampoule pour constituer le renflement fixateur. La première condition est nécessaire à la *formation* du nœud; la deuxième, à sa *solidité.* Sa longueur était de 19 centimètres dans un des cas que j'ai rapportés, et de 9 centimètres dans un autre. Dans les deux cas l'ampoule avait un volume considérable, celui d'un gros œuf de poule dans le premier cas, et celui d'une petite pomme dans le second.

Quant aux *conditions physiologiques* favorables à la formation du nœud diverticulaire, il faut sans doute les cbercher dans les mouvements irréguliers et de l'intestin lui-même et de son appendice, mouvements combinés avec des impulsions extérieures, avec des ballottements, avec certaines pressions des muscles abdominaux. Du reste, on conçoit combien doit être difficile la combinaison des diverses circonstances capables de produire l'étranglement, et l'on ne doit pas s'étonner que les sujets dont j'ai relaté les observations aient vécu dix-neuf, viugt-cinq et trente-six ans avec leur diverticule, pnisque beaucoup d'autres portent impunément jusqu'à un âge avancé de semblables appendices.

Ces diverses conditious admises, voyons comment le diverticule va se comporter ponr former le nœud à anse simple et le nœud à anse double.

1° *Nœud diverticulaire à anse simple.* — Pour le former, le diverticule saisit l'anse intestinale qui lui est immédiatement supérieure ou inférieure, en contourne le pédicule, passe au-dessous de son origine et s'évase en ampoule. Voici dans quels termes il est décrit dans ma première observation : « Né du bord libre de l'iléon, le diverticule remonte sur le côté droit du mésentère, saisit une anse intestinale placée immédiatement au-dessus du point qui lui a donné naissance, la contourne en descendant sur le côté gauche du mésentère, revient sur le côté droit en s'engageant dans l'angle formé par son origine et par la portion voisine et supérieure de l'intestin, et se termine par une extrémité renflée en ampoule, laquelle appuie sur le côté droit du mésentère.

Le diverticule, avec l'ause qu'il étreint, constitue donc un véritable nœud simple à rosette.

Celle-ci est représentée par l'anse étranglée; de sorte que, si l'on exerce des tractions sur le bout de l'intestin attenant à cette anse, on l'amènera tout entière et l'on fera disparaître l'étranglement, comme l'on ferait d'un nœud coulant en tirant sur le chef qui forme la rosette. Que si, au contraire, on tire d'une part sur l'ampoule du diverticale, d'autre part sur la convexité de l'anse, c'est-à-dire sur l'anse entière, on augmentera la constriction. Or une semblable traction résulte de la distension exagérée de cette anse, distension qui est due elle-même à l'accumulation des matières intestinales dans sa cavité. Celles-ci, vigoureusement poussées par la contraction péristaltique de toute la partie supérieure de l'intestin, pénètrent encore dans l'anse étranglée malgré la constriction du nœud; mais elles s'y accumulent. Car cette portion intestinale, toujours comparativement peu étendue et par conséquent peu puissante, bientôt paralysée par l'infiltration de ses tuniques et la compression croissante de son pédicule, est inhabile à les en chasser.

L'ampoule terminale remplit un rôle curieux et essentiel dans la production de l'étranglement; elle seule assure la solidité du nœud. Elle agit à la manière de la tête du boulon que l'on trouve dans certains mécanismes, d'un simple bouton, ou mieux du nœud solide que l'on fait sur l'un des chefs du nœud coulant. Sans elle, l'appendice se dégage et l'étranglement disparaît. Elle résulte de la distension de l'extrémité libre du diverticule par des gaz mêlés parfois à des liquides. Ces fluides, poussés dans sa cavité par la contraction de l'intestin et de l'appendice elle-même, y sont emprisonnés par la compression, l'aplatissement et la torsion du corps du diverticule, lequel ne représente plus qu'un cordon solide *soufflé* à sou extrémité.

2° *Nœud diverticulaire à anse double.* — Ce nœud embrasse deux anses d'intestin, l'une immédiatement supérieure, l'autre immédiatement inférieure à l'origine du diverticule. Ces deux auses n'ont pas un rôle égalemeut important dans le mécanisme de l'étranglement; l'une est *essentielle*, l'autre n'est qu'*accessoire.*

La première offre tous les caractères de l'anse comprise dans le nœud diverticulaire *simple;* c'est elle qui se noue avec le diverticule en manière de rosette ou de coulant, de sorte que si l'on tire sur deux chefs à la fois ou seulement sur celui qui est le plus voisin du diverticule, on augmente la constriction; que si, au contraire, les tractions sont exercées sur son chef A, c'est-à-dire sur celui qui en est le plus éloigné, on le dégage et on détruit l'étranglement, comme on ferait d'un nœud coulant. Je l'appelle anse *nodale*, vu l'importance de son rôle dans la formation de l'étranglement.

La seconde, beaucoup plus compliquée dans sa disposition que la précédente, représente bien encore une sorte de coulant, en ce sens qu'elle peut être dégagée par des tractions sur son chef B, le plus éloigné du diverticule; mais l'étranglement n'est pas détruit pour cela; l'anse *nodale* n'en reste pas moins étreinte; seulement le nœud est ramené à notre première forme. Cette anse n'est donc pas indispensable à la contexture du nœud, et son influence n'est que secondaire dans la production de l'étranglement. Mais comment se trouve-t-elle comprise dans l'anneau constricteur? Je l'explique en admettant qu'elle a exécuté sur son pédicule une rotation complète avant que le diverticule ait saisi l'anse nodale; c'est pourquoi je la nomme *anse de rotation* ou *anse rotatoire.*

Pour se faire une idée nette de cet étranglement compliqué, il faut l'étudier sur une pièce artificielle. Voici la manière de procéder : Une portion d'intestin avec son mésentère étant préparée comme il a été dit ci-dessus, la face du mésentère qui dans l'abdomen correspondait à gauche étant placée supérieurement, prenez le diverticule par son extrémité libre, faites passer au-dessus de lui une anse plus ou moins grande formée par une portion intestinale *inférieure* (c'est-à-dire correspondant au bout inférieur), en lui imprimant un mouvement de rotation de bas en haut et de droite à gauche; cela fait, formez une anse immédiatement *supérieure* (c'est-à-dire correspondant à la portion intestinale supérieure au diverticule), embrassez son pédicule avec le diverticulum en croisant d'abord son côté gauche, puis son côté droit, et ramenez à gauche l'ampoule terminale en l'engageant dans l'angle de bifurcation de l'intestin et de son appendice. Vous aurez ainsi deux anses intestinales comprises dans le nœud et placées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'origine du diverticule.

Le mésentère se comporte différemment au niveau du pédicule de chacune de ces anses : au pédicule de l'anse nodale, il est sim-

---

Tous les insectes qui vivent dans l'intérieur de l'homme et des animaux doivent aussi être aquatiques. L'auteur croit trouver la preuve de cette assertion dans la ressemblance entre les lombrics rencontrés pendant certaines épidémies dans les années pluvieuses et les vers qu'il a observés dans les puits des Landes pendant les mêmes années; dans la ressemblance des vers rencontrés dans l'homme, les cbiens, les cbats et surtout les cochons, avec les vers observés par lui dans les poissous qui ne pouvaient les avoir pris que dans le liquide qu'ils ne quittent jamais, vers qui, comme ceux des animaux terrestres, meurent aussitôt qu'ils sont exposés à l'air.

Ici, Messieurs, se termine la partie théorique du travail de M. Hameau. La partie pratique comprend des exemples à l'appui des opinions qu'il a émises. Il donne les conseils les plus sages pour le traitement des virus irritants, notamment de la petite vérole, traitement antiphlogistique mesuré, non sur le virus dont rien n'arrête la marche, mais sur l'état irritable et plétborique du sujet, sur le trouble circulatoire déterminé par le virus, traitement constamment couronné de succès.

L'auteur présente les aperçus pratiques les plus ingénieux sur la vaccine considérée dans ses rapports avec la petite vérole; prouve que ces deux virus qui se suppléent, comme quelques autres au reste, n'ont aucune proximité de nature, aucune parenté. Celui de la variole peut se répandre avec profusion sur tout le corps; lorsqu'on ne l'a placé que sur un point, il peut s'élever dans l'air et le contaminer; il agite l'organisme avec violence; il conserve longtemps sa vertu prolifique à l'air libre. Le vaccin, au contraire, n'agit que sur les lieux où il est placé; jamais il ne contamine par l'intermédiaire de l'air; il n'agit que faiblement sur l'organisme. Son fluide s'altère promptement à l'air libre. L'auteur pense qu'il n'est pas déraisonnable de croire que, de même que la variole, chaque virus puisse avoir sa vaccine. Il termine ses recherches sur les virus irritants par des observations pratiques sur la rage, qui mettent hors de doute que cette affection ne peut plus être attribuée à la peur.

Il passe ensuite à l'étude de la pellagre dans les grandes Landes, sur laquelle depuis 1829 il a déjà publié plusieurs mémoires. Son but ici est de prouver qu'elle n'est pas toujours mortelle, et peut être rangée dans la classe des virus irritants.

Après quelques mots sur les virus rongeants, l'auteur passe aux virus septiques; donne, au moyen d'observations extrêmement curieuses, la description la plus exacte et la plus circonstanciée de la pustule maligne, du mode de transmission de cette maladie, de la période d'incubation qui suit le contact, toujours immédiat; du lieu qu'occupe le virus, de la manière et de la promptitude avec lesquelles il pénètre l'organisme.

Cette description terminée, M. Hameau reproduit une observation recueillie dans le mois de mai 1810, présentée en 1811 à la Société de Médecine de Bordeaux, d'un cas de morve communiqué à un vétérinaire de la Teste; arrive enfin la thérapeutique des virus. Si le virus est persistant, il faut diriger le remède contre la cause, tuer le virus. Il le faudrait encore s'il est passager; mais comme les virus passagers agissent de dedans en debors, qu'ils n'apparaissent que lorsqu'ils nous ont plus ou moins affectés et que nous n'avons pas de remèdes toxiques pour les attaquer là, c'est sur l'organisme qu'il faut agir.

Jamais on ne guérirait un virus persistant si l'on ne possédait quelque agent qui le neutralisât, fût pour lui un poison, tandis qu'un virus passager s'en irait de lui-même et sans le secours de l'art. Qui oserait, par exemple, espérer de guérir la gale par des délayants, des antipblogistiques, un régime doux, etc., si dans tous ces moyens il ne se trouvait aucune substance qui pût tuer l'acarus producteur de ce mal? Personne, certainement. Hé bien! il en est de même de tous les autres virus de cette espèce. Ils sont toujours extérieurs dans le commeucement, où ils n'ont encore pénétré que très peu dans nos parties; il faut donc se bâter de les attaquer sur les lieux qu'ils occupent.

Lorsqu'un virus persistant a porté son action dans l'économie, il ne suffit plus d'employer l'antidote de ce virus, il faut encore chercher à guérir les organes lésés. Il devient souvent nécessaire d'associer l'opium au mercure pour guérir une syphilis ancienne produisant des douleurs ostéocopes, qui, dans l'origine, eût cédé au simple traitement mercuriel.

L'auteur, après avoir fait sentir l'importance d'attaquer promptement les virus dans quelques lieux qu'ils puissent être, établit l'ordre, ou si l'on veut le degré de promptitude selon lequel les virus persistants lui paraissent progresser de l'extérieur à l'intérieur, revient sur l'imprudence commise encore par des médecins honorables, et qui consiste à bannir du traitement des virus persistants les seuls moyens qui puissent les anéantir, qui substituent par exemple au mercure, dans le traitement de la syphilis, des substances plus faites pour nourrir le virus que pour le tuer.

M. Hameau passe ensuite au traitement des virus passagers : tous, excepté le vaccin, s'élèvent dans l'air, nous environnent de toutes parts, pénètrent en nous, sans que nous puissions les seutir, y grandissent sans mesure et sans obstacle, et ne nous apparaissent qu'après avoir mutilé notre être, et trop souvent après l'avoir détruit.

Il existe quatre manières d'agir contre les virus passagers : 1° les empêcher de venir en nous; 2° remplacer un virus dangereux par un autre qui le soit moins; 3° les neutraliser, s'il est possible, quand ils nous ont atteints; 4° soutenir l'organisme et le défendre contre leurs effets. Ces divers moyens sont longuement exposés par l'auteur, dont votre commission, comme nous le dirons plus loiu, ne partage pas au sujet des préservatifs toutes les opinions. Et cependant jamais on ne leur avait prêté le secours d'une analogie plus saisissante, de comparaisons plus habilement soutenues. Quant au remplacement d'un virus passager dangereux par un autre qui l'est moins, la science ne possède encore pour atteindre ce but que le vaccin; mais si l'on se pénètre bien de ce qu'est l'antipathie des virus entre eux, et de celle qu'ils manifestent à l'égard de certaines substances, on ne doit pas désespérer de parvenir un jour à pouvoir opposer les plus bénins aux plus dangereux. Et si un avantage aussi précieux ne pouvait jamais s'obtenir, il semble qu'on pourrait avoir dans les substances qui sont des poisons pour ces virus des moyens de les éloigner de nous pour longtemps, et peut être pour toujours. Il paraît à l'auteur que ce qui peut les tuer en nous, peut aussi les éloigner de nous. Personne ne doute qne le soufre, qui tue en nous le sarcopte de la gale, ne puisse aussi l'empêcher de nous atteindre. Or, raisonnant par analogie, M. Hameau trouve rationnel de croire qu'une substance toxique pour un

plement tassé et plissé; taudis qu'à l'autre, il présente, en outre, un enroulement combiné avec celui de l'intestin et assez compliqué. Cet enroulement du pédicule mésentérique de l'anse rotatoire est tel, qu'il offre un canal central capable de recevoir un stylet.

En résumé, la production de l'étranglement par nœud diverticulaire à anse double peut être exprimée par la formule suivante : « L'anse rotatoire, préalablement enroulée sur son pédicule, saisit » avec son diverticule l'anse nodale et forme avec elle un nœud » simple à rosette. »

L'auteur étudie ensuite les étranglements analogues aux précédents produits par l'appendice cœcal ; puis il expose le pronostic, le diagnostic et le traitement des étranglements par nœud diverticulaire, et termine par les conclusions suivantes :

1° Les diverticules de l'iléon peuvent se nouer autour de l'intestin et l'étrangler; c'est l'étranglement par nœud diverticulaire.

2° Cet étranglement se présente sous deux formes, selon qu'il est à anse simple ou à anse double.

3° Dans la première forme, le diverticule contourne le pédicule d'une anse intestinale, et constitue avec cette anse un nœud simple à rosette.

4° Dans la seconde, deux anses sont étranglées, l'une supérieure, l'autre inférieure à l'origine du diverticule : de ces deux anses, l'une entre dans le nœud par une rotation préalable (*anse rotatoire*); l'autre se noue avec le diverticule, comme dans la première forme (*anse nodale*).

5° Dans les deux cas, la solidité du nœud est due à la dilatation ampullaire de l'extrémité libre du diverticule. Cette ampoule est la clef de l'étranglement.

6° Les accidents qui en résultent sont ceux des étranglements internes; leur début est brusque, leur marche rapide, leur terminaison constamment funeste.

7° Manifestation brusque des accidents; douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cœcum; ballonnement limité à cette région; absence de toute circonstance capable de faire croire à l'existence de corps étrangers, de brides pseudo-membraneuses, de rétrécissement organique, d'invagination, etc. : tels sont les signes qui peuvent faire présumer l'étranglement diverticulaire.

8° Cet étranglement, comme tout étranglement interne, est au-dessus des ressources de l'art si sa marche est très rapide.

9° Si sa marche est moins rapide, s'il est probable qu'il a son siége à la partie inférieure de l'iléon, et si la péritonite n'est pas encore généralisée, il y a indication d'opérer.

10° C'est dans ces circonstances que la gastrotomie *régularisée*, ainsi que je l'exposerai, me paraît applicable.

Exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale.

M. Landouzy fait la communication suivante :

Depuis le travail que j'ai adressé à l'Académie sur l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial, j'ai eu l'occasion d'observer deux nouveaux faits, et la difficulté qu'a éprouvée un médecin très distingué à constater ce symptôme dans l'un de ces cas m'engage à dire quelques mots sur le meilleur procédé à employer pour déterminer nettement la présence de l'hypercousie dans les cas où elle n'est pas évidente de prime abord.

Je rappellerai d'abord que j'ai consigné dans mon mémoire huit observations de l'exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale; que deux de ces observations ont trait à deux médecins affectés eux-mêmes de paralysie de la septième paire, M. le professeur Roux et M. le docteur D..., médecin de l'Hôtel-Dieu de Reims; que le dernier fait m'a été adressé par notre savant collègue M. Larrey, et que dans ces huit cas l'hypercousie s'est manifestée de la manière la plus précise, la plus constante et la plus régulière du côté paralysé.

Je ne reviendrai pas sur l'explication physiologique, ni sur les applications cliniques de ce nouveau phénomène, car ces données sont traitées avec détail dans mon mémoire; le seul point sur lequel je veux appeler l'attention de l'Académie, c'est la constatation du symptôme.

En effet, si dans les premiers jours de l'hémiplégie cette exaltation de l'ouïe est assez intense pour se manifester sous l'influence des bruits ordinaires ou des sons un peu forts, il n'en est plus de même après cette première période. Mais l'exaltation, quoique latente alors, n'en existe pas moins, et, pour la déterminer d'une manière catégorique, il suffit d'impressionner l'ouïe par un bruit éclatant. Ce bruit devra être d'autant plus intense qu'on s'éloignera davantage du début de l'hémiplégie.

Lors donc que les bruits ordinaires sont insuffisants, je fais détoner derrière le malade une simple capsule fulminante. Si cette détonation est insuffisante, je fais tirer un coup de pistolet chargé à poudre.

Quelquefois au bout de quinze jours l'hypercousie est déjà tellement éteinte qu'elle ne se manifeste pas même sous cette dernière influence; d'autres fois, la simple détonation d'une capsule permet de la constater encore au bout de trois mois.

Ce nouveau symptôme m'a paru assez important pour qu'il ne fût pas inutile d'indiquer à l'Académie le meilleur moyen de le constater d'une manière rigoureuse.

Je profite de la bienveillante attention que veut bien me prêter l'Académie pour lui rappeler une autre communication que j'ai eu l'honneur de lui faire il y a un an, et qui, par les discussions qu'elle a soulevées, a pris un intérêt que j'étais loin d'espérer : je veux parler des troubles de la vue dans la néphrite albumineuse. Les nombreux faits publiés depuis mon mémoire mettent aujourd'hui hors de doute la coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse. Hier M. Arrhonson, dans le compte-rendu des travaux de la Société médicale de Strasbourg, signalait de nouvelles observations à l'appui des miennes, et tout à l'heure encore notre savant collègue M. Robert me citait deux cas d'amaurose albuminurique pris d'abord pour des cas d'amaurose essentielle.

Le seul fait que je veuille exposer aujourd'hui, c'est le trouble de la vue coexistant avec l'albuminurie cantharidienne. J'avais prévu cette circonstance dans mon dernier travail, et je possède maintenant plusieurs observations dans lesquelles les troubles de la vue les plus manifestes surviennent sous l'influence de larges vésicatoires appliqués à la région lombaire.

L'amaurose déterminée par l'albuminurie cantharidienne disparaît dans l'intervalle de quelques heures à quelques jours, et un fait important à noter, c'est qu'elle existe encore après la disparition de l'albumine dans l'urine.

M. Bérard fait remarquer que l'explication de M. Landouzy sur la paralysie du muscle interne du marteau est compromise par ce fait, aujourd'hui très probable, que le nerf qui anime ce muscle vient de la cinquième paire et non de la septième, c'est-à-dire que c'est un nerf de sentiment et non de mouvement.

M. Ricord rapporte que, dans les cas nombreux d'hémiplégie faciale par cause syphilitique qu'il a pu observer, il n'a jamais remarqué l'exaltation de l'ouïe, mais qu'il a assez fréquemment observé, au contraire, une surdité plus ou moins prononcée.

M. Landouzy. C'est au point de vue purement pathologique que j'ai envisagé l'exaltation de l'ouïe, de sorte que je n'attache aucune importance à la théorie physiologique que j'ai adoptée pour l'expliquer. Je dirai cependant que l'attribution donnée par M. Bérard à la corde du tympan ne détruit nullement celle que M. Longet donne au nerf intermédiaire, et que quel que soit le nerf moteur du muscle interne du marteau, qu'il procède de l'intermédiaire, ou qu'il procède de la cinquième paire, ou même de la septième, il suffit que ce muscle soit paralysé pour qu'il survienne une exaltation de l'ouïe.

Quant aux faits que vient de citer M. Ricord, ils n'infirment en rien ce que j'ai dit. M. Ricord, en effet, parle de cas dans lesquels existe une compression cérébrale; j'ai commencé par les exclure et par dire que je ne parlais que de l'hémiplégie exempte de toute influence cérébrale. M. Ricord parle d'hémiplégies produites ou par des caries, ou par des nécroses, ou par un vice syphilitique; je ne parle que d'hémiplégies faciales simples, c'est-à-dire dans lesquelles la septième paire est seule paralysée. Il est bien évident que, si la huitième paire est également atteinte, il y aura au lieu de l'hypercousie une diminution de l'ouïe qui pourra aller jusqu'à la surdité.

Rachitisme du fœtus.

M. le docteur Depaul, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, a la parole pour la lecture d'un travail qui a pour titre : *Mémoire sur une maladie spéciale du système osseux, développée pendant la vie intra-utérine, et qu'a été généralement décrite sous le nom de rachitisme.*

Ce mémoire a près de cent pages, et est accompagné de planches et d'une pièce d'anatomie pathologique fort curieuse. L'auteur en fait connaître seulement les points les plus importants. Nous sommes obligé de nous borner à en rapporter les conclusions.

Si j'ai su donner aux faits consignés dans ce travail leur véritable interprétation, je crois pouvoir en résumer les points les plus importants dans les propositions suivantes :

1° Les altérations que peut subir le squelette pendant la vie intra-utérine ont des origines très diverses.

2° Celles qui ont été généralement décrites sous le nom de rachitisme congénital ne paraissent pas avoir le même point de départ que celles qui caractérisent le rachitisme qui se développe après la naissance.

3° La forme et la direction des courbures, la structure intime des os, etc., tout se réunit pour établir une ligne de démarcation bien tranchée.

4° Tandis que dans la maladie développée pendant la vie fœtale tout s'explique par l'absence ou l'irrégularité du dépôt de la matière calcaire, dans le véritable rachitisme, l'état morbide s'adresse à des os déjà en grande partie constitués, trouble momentanément la marche régulière de leur développement et leur fait subir un ramollissement notable qui peut être considéré comme la cause première des déviations qu'ils subissent.

5° Les émotions morales de la mère, aussi bien que son imagination, sont sans influence directe sur les vices de conformation qui nous occupent. Une superstition et une crédulité qui ne sont plus de notre époque ont pu seules propager et entretenir une opinion contraire.

6° On ne peut les rattacher non plus à des lésions des centres nerveux et à des rétractions musculaires qui en seraient la conséquence, quoiqu'il me paraisse incontestable qu'un grand nombre de déviations osseuses congénitales aient une pareille origine.

7° D'après les faits consignés dans la science, la santé de la mère est tout à fait étrangère à leur développement. Dans aucun cas on n'a constaté l'existence des scrofules, du rachitisme ou de la syphilis.

8° Il est bon de noter toutefois que dans plusieurs circonstances la maladie s'est manifestée dans des grossesses gémellaires, et cette particularité n'est probablement pas étrangère à sa production.

9° Les faits qui ont été donnés comme des exemples de fractures congénitales ont été mal interprétés. Ils ne sont qu'une variété d'une seule et même lésion, et s'expliquent par l'absence complète, mais limitée, du dépôt de la matière calcaire, qui dans certains points, au contraire, peut s'effectuer avec exubérance et constituer des renflements qu'on a eu tort de donner comme la preuve d'un travail de consolidation.

10° Les altérations du squelette qui font l'objet de ce mémoire sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. J'en connais maintenant près de 40 observations, et je ne doute pas qu'en cherchant encore on ne parvînt à en grossir la liste.

11° Elles ne sont pas graves seulement par les changements qu'elles apportent dans la conformation des membres, mais elles peuvent, en déformant la poitrine, empêcher les phénomènes mécaniques de la respiration, et, en privant le cerveau d'une protection convenable, l'exposer à des lésions qui ne permettront pas à la vie extérieure de s'établir.

Études sur la digitaline.

M. Bouillaud commence la lecture d'un long et important rapport sur un mémoire de MM. Homolle et Quevenne relatif aux propriétés de la digitaline. La fin de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE VASCULAIRE INTERSTITIELLE

par la scarification des vaisseaux;

Par M. le Dr Tavignot.

Tous les traités spéciaux sont là pour l'attester, la chirurgie est restée jusqu'à présent désarmée dans le traitement de la *kératite vasculaire interstitielle*; et cette affection, abandonnée aux moyens médicaux ordinaires, se prolonge en quelque sorte d'une manière indéfinie et entraîne presque toujours la perte de l'œil.

On sait qu'il n'en est pas de même dans la *kératite vasculaire superficielle* : l'excision et la cautérisation des vaisseaux sont les deux méthodes employées tous les jours avec les meilleurs résultats.

Dans la kératite vasculaire interstitielle, le but à atteindre est le même : l'oblitération des vaisseaux. Tout le monde le savait; mais personne n'ignorait aussi que l'excision et la cautérisation sont tout à fait inapplicables dans l'espèce.

L'idée m'est venue de pratiquer une nouvelle opération très simple d'ailleurs, bien que d'une exécution assez délicate, et qui m'a parfaitement réussi : je veux parler de la scarification des vaisseaux disséminés dans l'épaisseur même de la cornée.

---

virus quelconque quand il est en nous serait pour ce virus une cause répulsive quand il n'est que près de nous.

L'auteur passe aux moyens de neutraliser les virus passagers pendant le temps de l'incubation (qu'on est loin de connaître) et celui de la multiplication, aux agents propres à soutenir l'organisme et à le défendre contre les effets des virus; cite des observations à l'appui des moyens qu'il indique dans les cas de petite vérole, propose d'ingénieuses expériences pour rendre concluantes les épreuves qu'il a faites, et arrête un instant l'attention des lecteurs sur celles des scrofules qui succèdent à certains virus. Il existe, suivant l'auteur, deux sortes de scrofules très différentes par leurs causes et par le traitement qu'elles nécessitent ; savoir : celles qui viennent d'une vie misérable, crapuleuse, et celles qui sont produites par les virus. Pour guérir les premières, il suffit souvent de mettre les sujets dans des conditions contraires à celles qui ont fait naître la maladie, et surtout de les faire habiter sur le bord de la mer. Mais pour guérir les secondes, il faudrait savoir quel est le virus producteur, et connaître un remède contre ce virus. L'auteur rapporte plusieurs observations de scrofules caractérisées par des engorgements glanduleux et des ophthalmies survenues à la suite de rougeole, et qu'il a guéries par des préparations iodées ; revient à la distinction qu'il a établie entre les scrofules, parce que, suivant lui, on ne doit pas les traiter de la même manière. Les amers, les martiaux, une nourriture animale, le vin, l'exercice au grand air et les bains de mer conviennent très bien contre les scrofules qui naissent d'une mauvaise alimentation, de l'habitation dans des lieux humides, froids et malpropres; en un mot, à celles qui viennent d'une vie misérable; mais ces moyens ne peuvent suffire contre les strumes virulentes, et même ils peuvent nuire. A celles-ci, au contraire, il faut souvent opposer un régime doux, et des remèdes énergiques contre les virus agissants. C'est parce qu'on n'a point fait cette distinction essentielle que l'on voit souvent échouer les bains de mer et l'iode, lorsqu'on les prescrit indistinctement contre toutes les scrofules.

L'auteur établit une distinction symptomatique parfaitement tranchée entre les premières scrofules, celles des pauvres, et les secondes, les scrofules virulentes. A degré égal, les premières sont plus faciles à guérir que les secondes.

M. Hameau termine ses réflexions sur les virus par les idées suivantes : Tout virus peut être tué, parce qu'il a vie. Ce qui est un poison pour les animaux connus peut l'être pour les inconnus. Ainsi donc toutes les substances inassimilables par l'action organique et toutes celles qui peuvent lacérer les tissus vivants doivent être des antidotes qu'il faut opposer aux virus. Mais ces virus qui semblent s'étendre sur toute la nature ne sont pourtant qu'à un degré fort bas de l'échelle des êtres; par conséquent, il est probable qu'il existe des substances que nous croyons sans action et qui cependant pourraient les détruire. Ce ne sera donc jamais trop faire que de mettre, s'il le faut, pour triompher de leurs funestes effets les trois règnes de la nature à contribution.

M. Hameau fait suivre les réflexions qu'il a présentées sur les virus de quelques considérations sur la marche du choléra d'Asie en Europe. En voici le sommaire :

Le choléra est endémique en Asie. Depuis trois siècles que l'Europe commerce par mer avec cette contrée, jamais le choléra ne nous est venu par cette voie, parce que la cause de cette maladie ne peut se transporter fort loin de son origine si elle n'a sans cesse sur la route de nouveaux sujets à attaquer.

Pour qu'elle vînt nous trouver, il a fallu que l'empereur de Russie échelonnât ses troupes depuis le Pont-Euxin jusque sur l'Araxe et presque sur l'Indus.

La cause du choléra aborde le poste russe le plus avancé. En deçà de ce poste, rien de semblable à elle n'existe encore, puisque aucun de ses effets n'y apparaît. Quelque subtile, quelque fugace que soit cette cause, elle a une certaine masse qui a des limites. Or de ces trois choses l'une : ou cette masse cholérique avait assez d'étendue au premier poste russe pour couvrir toute l'Europe, ou il en est venu d'autres des mêmes foyers pour s'ajouter à celle-là, ou enfin il faut qu'elle ait eu la faculté de se multiplier d'elle-même. Ces trois hypothèses paraissent également absolues, mais il n'y en a qu'une qui puisse être vraie.

Peut-on croire que la masse cholérique avait au poste russe toute l'étendue qu'elle a montrée depuis, ou bien voudrait-on soutenir que cette effluve homicide, ayant commencé à déborder de son vaste réservoir, n'a cessé de couler dans nos régions que lorsqu'elles ont été remplies? Soutenir ces deux hypothèses, c'est prétendre que le choléra est un miasme et non un virus, qu'il y a infection et non contagion, que chaque individu prend sa maladie dans l'atmosphère et ne la reçoit pas de ceux qui en sont atteints.

Mais si le choléra n'est qu'un miasme qui vole au gré des vents, d'où vient qu'il a d'abord suivi si exactement la ligne occupée par les Russes pour arriver au centre de leur vaste empire plutôt que de se disperser en divers sens, selon la diversité des vents, et de gagner, par exemple, la Natolie et la Syrie? Malgré soi, on est tout disposé à croire que cela vient de ce que, les Russes communiquant avec leurs pays et non avec les autres, le fléau s'attachait à eux et les suivait, parce qu'ils lui fournissaient la pâture que chaque instant lui rendait nécessaire. On ne peut au moins disconvenir que c'eût été plus naturel qu'il fût allé infecter des lieux dont le climat a plus de rapport avec celui de l'Inde qu'avec celui des montagnes de la Circassie, des rives du Niemen ou de la Moscowa.

Une seconde objection, c'est que, d'après la manière dont les corps morts se décomposent, les miasmes qui ne sont que des produits de ces corps doivent bientôt se détruire, se désunir; qu'à peine élevés dans l'air, ils doivent obéir à la force des affinités pour servir à de nouvelles combinaisons ou pour se restituer à l'état élémentaire. Cette objection paraîtra de la plus grande force à ceux qui savent observer, parce qu'elle repose sur des lois invariables de la nature. Ainsi, ce miasme eût-il eu en Circassie autant d'étendue que toute l'Europe, il est physiquement et chimiquement impossible qu'il l'eût envahie comme il l'a fait, puisqu'il est bien certain qu'il aurait dû se perdre dans l'air et dans les corps qu'il aurait pénétrés. Ce qui est inanimé se décompose en décomposant, et ce qui vit acquiert seul de la puissance dans cette opération. Cette effluve ne pouvait donc pas être un miasme, puisqu'il s'est répandu sur toute l'Europe sans s'affaiblir.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Mode opératoire. — Le malade et le chirurgien sont placés en face l'un de l'autre ; un aide tient relevée la paupière supérieure, la paupière inférieure est abaissée par l'opérateur lui-même de la main restée libre. Si l'œil ne paraît pas très docile, on se rendra maître de ses mouvements au moyen d'une pince avec laquelle on soulève un pli de la conjonctive ; cette pince est confiée à un autre aide.

L'instrument dont je me sers est l'aiguille à cataracte ordinaire, tenue comme une plume à écrire, et présentée en regard de l'œil, d'après les règles applicables à l'opération de la cataracte elle-même.

Le lieu d'élection pour scarifier les vaisseaux est la circonférence de la cornée et non loin de la sclérotique. Là, en effet, on atteint le tronc vasculaire avant ses divisions et subdivisions dichotomiques.

Pour exécuter les manœuvres, l'opérateur imprime au fer de lance de légers mouvements de va-et-vient parallèles à la direction du vaisseau, de manière à intéresser la cornée en quelque sorte lamelle par lamelle. La longueur de l'incision est d'à peu près 3 millimètres.

L'opération est terminée dès que l'on a suffisamment incisé le vaisseau, ce dont on s'aperçoit à l'écoulement d'une petite nappe sanguine qui recouvre aussitôt la surface de l'œil.

Une précaution importante pour éviter la perforation de la cornée est de présenter toujours le fer de lance obliquement à la surface de cette membrane, de manière à agir par l'un de ses bords tranchants et non par sa pointe.

Lorsqu'il existe plusieurs troncs vasculaires à scarifier, il est rationnel de pratiquer l'opération à différentes reprises, de manière à se mettre à l'abri d'une réaction trop intense, bien que la cornée vascularisée ait un mode de vitalité qui n'est plus celui de l'état normal; de là l'espèce de tolérance qui s'établit ici par rapport à l'action des instruments.

Observation résumée. — Le 5 juin 1850, le docteur Body, médecin à Champeaux (Seine-et-Marne), m'adresse l'un de ses malades, âgé de cinquante-deux ans, atteint d'une kératite vasculaire interstitielle qui avait succédé à une irido-kératite aiguë des plus intenses. Quatre troncs principaux partant de la circonférence de la cornée alimentaient le réseau vasculaire qui existait dans l'épaisseur même de cette membrane.

La scarification indiquée plus haut fut pratiquée successivement sur chacun de ces vaisseaux, et a amené leur oblitération ; la cornée a repris elle-même sa transparence dans la plus grande partie de son étendue, car il existe à sa partie inférieure une tache leucomateuse consécutive à une perforation. En résumé, tous les accidents qui accompagnaient la kératite vasculaire ont disparu avec elle, ainsi que je viens de le constater, le 19 janvier dernier, c'est-à-dire sept mois après l'opération, et les accidents qui accompagnaient la kératite vasculaire interstitielle ont disparu avec elle.

PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE EXTERNE DU COTÉ DROIT.

Frictions, embrocations stimulantes, fumigations sulfureuses, vésicatoire et moxa. Guérison.

Par M. le docteur HUBERT-RODRIGUES.

Mme ..., âgée de vingt-huit ans, mariée et ayant plusieurs enfants, vient me consulter dans mon cabinet le 1er mai 1849.

Cette femme, journalière, d'une constitution assez bonne, sujette aux atteintes rhumatismales, nourrit un enfant superbe qui a quatre mois. Quatre jours après ses couches, elle voulut laver le linge de son enfant dans de l'eau de puits. Le soir, elle se plaignit de céphalalgie dans tout le côté droit de la tête; il y eut de l'insomnie pendant toute la nuit. Le lendemain matin elle voyait double, et son mari lui dit qu'elle louchait.

L'œil droit est fortement dévié en dedans; il peut être porté un peu en haut et en bas, mais tous les efforts pour le tourner en dehors sont inutiles. La pupille est contractile et sans déformation. En fermant l'œil sain, aucun changement ne survient du côté de l'œil affecté ; à une distance rapprochée, la malade voit les objets placés devant elle doubles ; les deux images sont distinctes, les bords nettement tranchés ; mais à mesure qu'on les éloigne, les images sont de moins en moins nettes ; la confusion augmente un peu plus loin, et la vision devient tout à fait trouble. Si on ferme un œil, il n'y a qu'une seule image, beaucoup moins distincte quand c'est l'œil gauche qui est fermé. Si on place un objet à gauche de la malade, et qu'on lui ordonne de diriger l'œil gauche en dehors, il arrive un moment où une seule image est perçue; les deux images ne tardent pas à se dessiner si on ramène l'objet devant la malade.

Cette femme accuse toujours de la céphalalgie à droite, et une douleur sourde dans l'œil dévié. D'ailleurs, ni rougeur, ni trouble dans les fonctions digestives. Cet état de l'œil l'inquiète, parce qu'elle est dans l'impossibilité de gagner sa vie. Pour se conduire, elle ferme un œil avec la main.

Je prescris des frictions avec une pommade opiacée et belladonée, deux fois par jour; des compresses imbibées dans une solution de sous-acétate de plomb, des frictions mercurielles, des embrocations stimulantes avec le baume de Fioraventi et l'ammoniaque liquide (1), des fumigations sulfureuses. La diplopie persiste, les objets ne sont pas mieux distingués; immobilité absolue de l'œil dans le sens de l'adduction.

Le 25 mai, vésicatoire à la tempe, embrocations stimulantes; amélioration, picotements dans l'œil, larmoiement ; on aperçoit de temps à autre comme un mouvement de l'œil en dehors; mais la cornée reprend bien vite la place qu'elle occupait avant.

Le 5 juin, l'amélioration est sensible, et quoique la diplopie persiste encore, la confusion des objets est moins grande.

Le 20, moxa à la tempe droite; reprise des fumigations sulfureuses.

Le 25, l'œil peut être porté dans l'abduction, mais pas autant que dans l'état sain; et, dans l'état de repos, il revient dans l'adduction.

Le 29, en faisant regarder la malade en face, je remarque que les deux yeux sont parallèles.

Le 15 juillet, mouvements libres dans tous les sens ; plus de diplopie, même dans l'abduction forcée.

— La paralysie de la sixième paire est une maladie assez rare, caractérisée par l'adduction permanente de l'œil plus ou moins prononcée, par l'affaiblissement de la vue et la vision double. Ces phénomènes ont été précédés et accompagnés d'une céphalalgie intense du côté de l'œil malade, chez le sujet de l'observation.

Cette paralysie peut se montrer dans des circonstances bien différentes, liée à une altération cérébrale ou existant seule. Dans l'exemple que je rapporte, je ne vois pas d'autre cause que l'action de l'eau froide à l'époque de la parturition, et elle me parut de nature rhumatismale. La maladie résistant aux opiacés et aux embrocations stimulantes, j'eus recours à des moyens plus énergiques, tels que le vésicatoire et le moxa, et la guérison a été complète assez rapidement.

(*Bull. méd. et pharm. de Montpellier.*)

CORRESPONDANCE.

Paris, le 28 janvier 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Ayant été forcé, dans ces derniers jours, de lire la *Gazette des Hôpitaux* avec moins d'attention que de coutume, j'ai laissé passer un lettre dans laquelle il était question de moi, et qui est signée par M. le docteur Jules Weiss. Cette lettre est contenue dans votre numéro du 16 janvier dernier, et sa nature exige une réponse.

Je m'étonne, Monsieur le Rédacteur, que la réclamation toute légitime et polie que j'ai faite dans votre numéro du 7 janvier dernier, relativement à l'opération de lithotripsie qui a été pratiquée au Val-de-Grâce, ait donné un prétexte aux observations que contient cette lettre.

Je ne suis pas l'inventeur du brise-pierre à pignon, et il est naturel que je décline la responsabilité de ses actes; c'est ce que je fais encore sans avoir, comme M. Weiss le prétend, l'idée de faire valoir le procédé de lithotripsie qui *réduit la pierre en poussière*, procédé auquel M. le docteur Weiss ne croit pas, et qu'il range très malicieusement dans les procédés qui ne réussissent pleinement qu'entre les mains de leurs auteurs.

Je commence par dire que je serais vraiment affligé du scepticisme de M. le docteur Weiss, s'il n'était assez fréquent que lorsqu'une chose existe elle se trouve niée par ceux qui ne l'ont pas vue. Je me console donc.

Je n'ai jamais proclamé la pulvérisation possible de tous les calculs. Si M. le docteur Weiss croit que j'ai eu cette prétention, il s'abuse. La possibilité de la pulvérisation immédiate et complète s'arrête aux calculs d'un pouce à un pouce et demi. Lorsque le calcul est plus volumineux il faut le briser d'abord, et se contenter de réduire immédiatement en poudre les fragments les moins volumineux, ou les enlever par le procédé de l'extraction immédiate. C'est, entre beaucoup d'autres choses, ce qu'il fallait faire sur le soldat opéré au Val-de-Grâce.

C'est précisément parce que ce malade avait une altération organique des reins qu'il ne fallait pas laisser s'engager dans l'urètre les fragments qui ont causé les douleurs atroces. S'il faut surtout éviter cet accident, c'est particulièrement lorsque le malade a en lui des causes de mort.

Je ne sais à quel titre M. le docteur Jules Weiss fait la réflexion morale et banale qui termine sa lettre. Que veut-il dire par sa phrase : « C'est un devoir pour un opérateur consciencieux de faire » connaître au monde médical ses échecs et ses succès? » Si c'est sur moi que M. Weiss dirige sa piquante allusion, je lui répondrai que si je publiais mes succès, lui sceptique n'y croirait peut-être pas; car n'ayant pas d'hôpital, moi auteur, je ne saurais opérer en public. Quant à mes échecs, dont M. le docteur Weiss connaît probablement un grand nombre, je l'engage à les publier, car je ne serai peut-être pas assez *consciencieux* pour le faire.

Si M. le docteur Weiss a soif des hommes *consciencieux* qui publient leurs échecs, ce n'est pas dans la pratique particulière qu'il les trouvera. Qu'il cherche donc ailleurs, et, s'il trouve ces hommes *consciencieux*, qu'il leur présente sa moralité, qu'il présente si bien, ils en feront peut-être usage.

Maintenant que j'ai accordé à M. le docteur Weiss tout ce qu'il a désiré, hors toutefois l'impossible, qu'il me permette de lui faire observer que son temps est trop précieux pour en perdre davantage à s'occuper de moi et à m'honorer de ses insinuations.

J'ai l'honneur d'être, etc. HEURTELOUP.

(1) Baume de Fioraventi, alcoolat de romarin, de chaque, 40 grammes; ammoniaque liquide, 5 grammes. Trois fois par jour, versez quelques gouttes sur la main, et placez-la sous l'œil malade pendant trois ou quatre minutes.

CONCOURS DE LA FACULTÉ. — M. Nélaton a subi aujourd'hui sa première épreuve clinique; il a eu pour sujet de sa leçon deux malades affectés, l'un d'une maladie chronique de l'articulation scapulo-humérale, l'autre d'un phlegmon de la jambe.

Le jury n'ayant pu tenir séance lundi dernier et ne pouvant en tenir non plus lundi prochain, il y en aura une vendredi et une autre samedi prochain, à l'heure accoutumée.

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Liste de souscription :

Montant de la dernière liste de souscription. . .	184 fr.
M. le docteur Belhomme.	5
MM. les internes de l'hôpital Saint-Louis. . . .	11
Un étudiant.	2
Total.	202

Les médecins des départements qui désireraient participer à la bonne œuvre de cette souscription, peuvent nous adresser le montant de leur quote-part en un mandat sur la poste ou en timbres-poste.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 13. — SAMEDI 1er FÉVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 31 JANVIER 1851.

De la cicatrisation des artères
A LA SUITE DE LEUR LIGATURE.

Les phénomènes qui se passent dans les artères après qu'on en a pratiqué la ligature ont été l'objet des plus nombreuses et des plus savantes recherches, ce qui n'empêchait pas M. Malgaigne de pouvoir écrire à juste titre, il y a quelques années : « On voit que cette grave question de la ligature est loin d'être éclaircie. » C'est cette question intéressante qu'un interne distingué des hôpitaux, M. Notta, vient de soumettre de nouveau à de laborieuses et habiles investigations, dont il a consigné les résultats dans sa thèse inaugurale. C'est sur ces résultats que nous croyons, à notre tour, devoir appeler l'attention de nos lecteurs.

On sait de combien d'explications diverses ont été l'objet les phénomènes de la formation et de l'évolution du caillot qui se forme dans une artère qu'on a liée : c'est sur ce premier point que M. Notta a d'abord porté son attention. Suivant l'auteur, lorsqu'une artère a été liée avec un fil rond, de manière que les deux tuniques internes soient coupées, il se dépose, au bout de quelques heures au moins, et peut-être immédiatement, sur les lèvres de cette division, de la fibrine qui adhère fortement et les réunit entre elles. Cette fibrine est l'origine d'un caillot qui s'étend d'abord en longueur jusqu'à la première collatérale située au-dessus de la ligature, *qu'il ne dépasse jamais;* il augmente ensuite en épaisseur de manière à remplir tout le calibre du vaisseau, qui ne se rétrécit ni ne se dilate. L'époque à laquelle le vaisseau est entièrement oblitéré avait été fixé, par M. Manec, entre la trente-sixième et la quarante-huitième heure ; c'est à peu près celle qu'a trouvée M. Notta. Une fois, il a vu l'oblitération être complète dix-huit heures après la ligature.

Un des faits les plus curieux signalés par M. Notta, c'est que, lorsqu'une collatérale, *quelque petite qu'elle soit,* se trouve immédiatement au-dessus de la ligature; il ne se forme qu'un dépôt de fibrine ayant un, deux ou trois millimètres de longueur, qui tantôt n'a que le diamètre d'une tête d'épingle, et d'autres fois, au contraire, occupe toute l'aire d'une coupe transversale du vaisseau. Ce petit caillot suffit néanmoins pour opposer une résistance efficace aux efforts du sang.

A l'appui de ce premier fait, M. Notta rapporte quelques observations que nous allons indiquer le plus sommairement possible.

Dans un premier cas (fig. 1), M. Notta a trouvé, chez un individu mort *neuf heures* après la ligature de la fémorale, un double caillot représenté par la figure ci-jointe :



On voit que, conformément à ce que nous venons de dire, le caillot commence par le centre, qu'il est flottant dans la cavité artérielle, et qu'enfin il s'arrête au niveau de la première collatérale, située à 3 centimètres environ au-dessus de la ligature. On doit remarquer le volume considérable du caillot formé dans le bout inférieur de l'artère ; circonstance que l'auteur attribue, avec une grande probabilité, à ce que, la ligature ayant été faite au-dessous de la profonde, une grande quantité de sang devait être versée par les anastomoses dans le bout inférieur.

Dans le second fait rapporté par l'auteur, le caillot remplissait entièrement le calibre de l'iliaque primitive dix-huit heures après la ligature. Ce fait a déjà été consigné dans la *Gazette des Hôpitaux* du 10 octobre 1850. Toutefois, le caillot n'avait acquis ce développement que dans le bout supérieur. Dans le bout inférieur, où, cette fois, les anastomoses ne pouvaient porter que peu de sang, le caillot était beaucoup moins développé.

Ici se placerait une conséquence pratique importante si elle était fondée. « D'après les deux faits que je viens de citer, dit M. Notta, je serais porté à croire que plus les anastomoses qui versent le sang dans le bout inférieur sont petites et y rétablissent la circulation difficilement, plus le caillot doit se former lentement et d'une manière irrégulière ; et partant, plus l'hémorrhagie secondaire est à craindre. » L'auteur n'émet d'ailleurs cette assertion, qui ressemble d'abord à un paradoxe, qu'avec une extrême réserve, et nous pensons qu'il a raison. Puisqu'un petit caillot de 1 millimètre d'épaisseur suffit pour arrêter l'effort direct du sang dans le bout supérieur, nous ne voyons pas pourquoi un caillot, si faible fût-il, ne serait pas aussi efficace pour arrêter le sang apporté avec une si faible impulsion par de minces anastomoses.

FIG. 2



Le fait suivant est un exemple de caillot arrêté dans son développement par la présence d'une collatérale audessus de la ligature, exemple d'autant plus remarquable, que cette collatérale pouvait seulement admettre un stylet d'Anel daus sa cavité ; malgré sa ténuité, le caillot n'a pu se former entièrement ; seulement, il s'est formé au centre de ce caillot un prolongement filiforme qui a atteint la seconde collatérale, placée à 6 centimètres environ audessus de la première. L'artère observée dans ce cas était la fémorale, et le malade avait succombé vingt-neuf heures après l'opération.

M. Notta a recherché avec le plus grand soin si le premier produit déposé sur les membranes coupées par la ligature n'était pas de la lymphe plastique plutôt que de la fibrine, ainsi que l'a avancé M. Manec. Il est constamment arrivé à un résultat négatif, tant par l'examen du produit lui-même que par celui des membranes, où il n'a presque jamais constaté de traces d'inflammation. L'adhérence s'établit donc directement, suivant M. Notta, entre la fibrine et la tunique interne de l'artère, et cette adhérence est assez solide pour supporter l'effort du sang. En outre, l'étendue du caillot n'est nullement influencée par l'état inflammatoire qu'on observe si rarement dans les artères ; c'est toujours le siége de la première collatérale qui seul détermine la longueur du caillot. Enfin celui-ci est très notablement influencé par l'altération du sang.

Le caillot une fois formé, que devient-il ? disparaît-il sous l'influence de l'absorption ? s'organise-t-il, devient-il vasculaire et passe-t-il à l'état fibro-celluleux dans l'intérieur des vaisseaux ? Toutes ces opinions ont été soutenues ; M. Notta n'en adopte aucune ; il pense que le caillot ou bien persiste, sinon indéfiniment, au moins très longtemps après la ligature, ou bien est détruit en tout ou en partie par une fonte purulente ou putride.

Sur le cadavre d'un individu amputé du bras et mort d'une pneumonie cinquante-deux jours après l'opération, M. Notta constata ce qui suit :

FIG. 3



L'artère était complétement obturée par un caillot blanchâtre, homogène, fibrineux, non vascularisé ; l'artère et le caillot allaient un peu se rétrécissant à mesure qu'on se rapprochait de l'extrémité du moignon, ce qui leur donnait la forme d'un cône tronqué.

Dans un autre cas où l'autopsie fut faite dix-huit mois après la ligature, l'artère humérale présentait encore un caillot très analogue au précédent, nullement vascularisé. Enfin M. Notta rappelle ce fait si curieux rapporté dans la thèse inaugurale de M. Gougeon (Thèses de Paris, 1845), et dans lequel Blandin trouva un caillot fort analogue aux précédents dans une artère fémorale, liée *huit* ans auparavant par M. Roux. Il paraît donc bien évident, d'après ces faits, que le caillot ne se vascularise pas ; ce qui est d'ailleurs en harmonie avec la doctrine qui commence à prédominer en ce moment sur la non-organisation des épanchements de sang ou de ses éléments immédiats.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par M. le docteur A. BECQUEREL, agrégé de la Faculté.

Les traités d'hygiène ne manquent pas dans la littérature médicale, et depuis cinquante ans il est peut-être plus de quinze ou vingt ouvrages exclusivement consacrés à cette partie de la science qui sont restés assez connus pour être souvent cités ou du moins consultés avec fruit. Etait-il donc besoin d'en faire un autre encore, et pouvait-on espérer enseigner quelque chose de nouveau ou d'une nouvelle manière à ceux qui se livrent à l'étude de la médecine ? M. Becquerel paraît n'avoir pas eu de si bautes prétentions. Mais voyant combien sont étendus et détaillés les principaux de ces traités, parmi lesquels nous citerons en première ligne ceux de MM. Rostan, Lévy, Londe, etc., il a pensé qu'il y avait place auprès des maîtres pour un traité plus succinct, bien que complet, qui renfermât sous un moindre volume et dans un plus étroit espace l'ensemble des connaissances qui constituent l'hygiène publique et privée. C'est assez dire que l'on ne devra pas s'attendre à trouver dans le livre dc M. Becquerel un travail entièrement neuf et original.

L'auteur l'avoue, du reste, avec bonne foi dans sa préface. Son ouvrage n'est que la reproduction quelquc peu étendue du cours professé par lui l'été dernier à l'Ecole pratique. On comprend que, forcé par les limites mêmes de son enseignement d'enfermer en 52 leçons toutes les matières qui le composent, il a dû en élaguer les lieux communs, les développements non absolument nécessaires.

« Je puis avoir l'espérance, dit-il, d'offrir au public sous une forme concise un traité d'hygiène élémentaire par la forme, et cependant ne laissant en dehors de son cadre aucune grande question. » Et il ajoute qu'il n'a pas hésité à emprunter, toutes les fois qu'il en a eu besoin, aux bonnes sources, aux traités d'hygiène modernes, tout en y intercalant à l'occasion des idées personnelles, des recherches à lui propres, et de nombreuses applications médicales nouvelles qui lui ont paru rentrer dans le cadre qu'il s'est tracé.

Suivant lui, un traité d'hygiène positive devrait comprendre :

1° L'étude des agents internes et externes en tant qu'ils sont capables de modifier la santé ;

2° La connaissance des phénomènes qu'ils produisent dans l'organisme et des maladies qu'ils peuvent déterminer ;

3° Les règles hygiéniques destinées à diriger l'action de ces agents internes et externes, et à combattre leurs influences nuisibles. Constamment, il a eu en vue le triple cadre de questions qui lui paraissent résumer toute l'bygiène, et, s'il n'a pas réussi partout à éclairer les obscurités, à lever les doutes, c'est qu'il n'a pas trouvé dans l'état actuel de la science les données de conclusions absolues et certaines.

Le Traité dont nous rendons compte aujourd'hui est divisé en trois parties : la première comprend le sujet de l'bygiène, l'étude de l'bomme à l'état de santé, et ici voici la marche que l'auteur a suivie. Il donne d'abord la définition et les caractères de la santé ; puis il passe en revue successivement les âges, les sexes, les constitutions et tempéraments, les idiosyncrasies, l'hérédité, les habitudes, les races, les professions, et il termine par des considérations sur l'imminence morbide, c'est-à-dire sur cet état de l'organisme dans lequel une maladie est à la veille de se développer, mais ne l'est pas encore, état pbysiologique, bien qu'cxagéré, lequel à un degré dc plus deviendra pathologique.

La deuxième partie renferme la matière de l'hygiène ; ici, cinq classes doivent être établies.

1° Atmosphère (*circumfusa* et *applicata*). Cette classe contient l'étude au point de vue de l'hygiène, de la chaleur, de la lumière, de l'électricité, des influences sidérales, de l'air atmosphérique, du sol, des eaux, des climats, des habitations, des vêtements, des cosmétiques, des bains et des virus.

2° Sous un second chef se rangent les *ingesta*, les aliments, les condiments, la conservation des substances alimentaires, le régime, les boissons.

3° Les *gesta*, c'est-à-dire l'exercice et le mouvement, les mouvements combinés et les exercices spéciaux.

4° Les sens externes, vue, ouïe, odorat, goût et toucher ; les sens internes, faim, soif, coït ; les facultés intellectuelles et le sommeil forment le sujet de la quatrième classe.

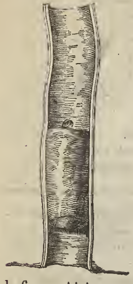
5° Enfin, sous le nom de *genitalia*, M. Becquerel examine les importantes questions du mariage et du célibat, de la fécondité et de la stérilité, de la prostitution.

Nous aurions peut-être bien quelques objections à faire à l'auteur sur la justesse des rapports qui existent entre les titres de quelques-unes de ces classes et les sujets qui y sont traités : pourquoi, par excmple, il a donné ce titre : *Atmosphère*, à la première classe, qui comprend les bains, les vêtements, les cosmétiques et surtout les virus, quatre sujets qui eussent, au contraire, très bien figuré dans le même chapitre s'il lui eût conservé le nom de *circumfusa* et d'*applicata*. Mais ce n'est là qu'une affaire de détail, de forme, et qui ne touche en rien au fond du sujet.

La troisième partie, à laquelle M. Becquerel a donné le nom trop modeste d'*appendice*, renferme l'étude des professions considérées au point de vue de l'bygiène, et dont il distingue quatorze espèces différentes.

Le *Traité élémentaire d'hygiène* de M. Becquerel est un bon livre, fait avec soin, complet sous une forme concise, et quc nous ne pouvons mieux caractériser qu'en disant qu'il offre à la fois les qualités d'un résumé fait avcc discernement et impartialité, ct fréquemment celles d'un travail original.

Dr G. PICARD.


FIG. 4

Quant à ceux qui supposent que le caillot disparaît par absorption, M. Notta pense qu'ils ont été trompés soit par les cas où une collatérale ayant existé au-dessus de la ligature, aucun caillot d'un certain volume ne s'est réellement jamais formé, soit par les autres cas signalés par M. Nélaton, dans un travail remarquable lu à l'Académie de Médecine l'année dernière, et dans lesquels le caillot, plongeant dans un foyer purulent, et entouré de parois artérielles enflammées, se détruit par son extrémité inférieure, soit en même temps que ces parois elles-mêmes, soit pendant que celles-ci persistent, comme dans le fait représenté par la figure ci-jointe.

C'est dans les cas de ce genre, où un trajet fistuleux ayant plus ou moins longtemps existé entre le bout inférieur de l'artère et l'extérieur des parties, qu'on trouve souvent un cordon fibreux faisant suite à l'artère, et qu'on a souvent pris, suivant M. Nélaton et suivant son élève, M. Notta, pour la transformation de l'artère et du caillot. La même erreur peut aussi se produire, ainsi que l'a montré M. Nélaton, lorsque l'artère s'étant rétractée plus que les parties environnantes, dans une amputation ou dans une autre opération, on trouve dans le trajet qu'elle occupait une sorte de cordon fibreux qui peut en imposer, et qui en a sans doute imposé à quelques observateurs. Un exemple du cordon fibreux succédant à la fonte purulente du caillot est représenté par la fig. 5 ; cette figure représente l'artère humérale du cadavre d'un jeune homme âgé de dix-huit ans, amputé du bras pour une tumeur blanche du coude, et qui mourut trente-six jours après l'opération. Voici la description que donne de la pièce N. Notta :


FIG.5

« La surface de la plaie qui est réunie est sanieuse, noirâtre. L'artère humérale a conservé son calibre, et est perméable jusqu'à 2 centimètres de la surface de la plaie. Dans ce point on trouve une petite collatérale dans laquelle on peut passer un stylet d'argent. Immédiatement au-dessous ces trois tuniques, comme on le voit très bien après avoir fendu l'artère, s'incurvent un peu, se rapprochent de manière à venir s'accoler à un caillot fibrineux du volume d'un grain de millet. En continuant la dissection jusqu'à la surface de la plaie, on retrouve au milieu d'un tissu cellulaire induré les parois artérielles affaissées, amincies, reconnaissables encore, mais ramollies, non adhérentes en quelques points, formant un cordon de 2 millimètres de diamètre. Vers la partie supérieure de ce cordon, dans l'étendue de 5 ou 6 millimètres, on retrouve encore très bien les trois tuniques artérielles ; mais dans sa moitié inférieure on ne peut plus reconnaître la tunique moyenne. On suit seulement la tunique celluleuse en arrière, et le vaisseau se termine ainsi à 3 millimètres de la surface de la plaie.

Telles sont les données intéressantes que M. Notta a groupées dans sa thèse, et dont il a déposé toutes les preuves matérielles au musée Dupuytren. Ces données conduisent à des conséquences pratiques d'une assez grande importance, conséquences dont M. Nélaton a déjà fait l'application depuis plusieurs années. Nous les ferons connaître dans un autre article. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence du raccourcissement des os des membres inférieurs sur la claudication.

On sait qu'un des soins auxquels s'appliquent le plus les chirurgiens dans le traitement des fractures des membres inférieurs, c'est de prévenir le raccourcissement des os fracturés ; les appareils à extension permanente qu'on a imaginés dans ce but forment la plus grande partie de l'arsenal thérapeutique et instrumental des fractures. Or tous ces appareils, auxquels on attache une si grande importance, seraient parfaitement inutiles suivant M. Velpeau. Ce savant chirurgien professe depuis longtemps déjà qu'un raccourcissement des os de la jambe ou du fémur de 1, 2 ou même 3 centimètres n'entraîne point de claudication. Cette assertion semble au premier abord reposer sur un paradoxe, et c'est, nous l'avouons, le sentiment qu'elle nous a inspiré quand nous l'avons entendu émettre pour la première fois. Toutefois, comme la raison, ou ce qui dans notre esprit nous paraît tel, ne doit passer qu'après les faits, nous nous sommes gardé de condamner une telle doctrine avant d'avoir pu la vérifier sur les malades. Les occasions en sont malheureusement assez rares. Il ne suffit pas, en effet, de voir un patient après sa sortie de l'hôpital pour se faire une opinion fondée à ce sujet ; à cette époque, les malades boitent presque constamment, qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas de raccourcissement ; la longue inaction du membre, le peu de douleurs qui peuvent exister encore, enfin l'hésitation dans la marche qui suit toujours un accident aussi grave qu'une fracture expliquent suffisamment la claudication qu'on peut observer à la sortie du malade de l'hôpital.

C'est donc plusieurs mois après qu'il faut le voir, et c'est cette occasion qui, nous le répétons, est assez rare ; nous ne l'avons eue que cinq ou six fois jusqu'à présent, et nous devons dire que, dans ces cas, bien qu'il existât un léger raccourcissement du membre, nous n'avons pas vu de claudication appréciable. M. Velpeau paraît avoir une expérience beaucoup plus étendue sur ce point, et il annonçait hier encore à ses nombreux élèves qu'il possédait aujourd'hui cent observations environ dans lesquelles il existait un raccourcissement de deux, trois centimètres et même plus, et où cependant les malades n'éprouvaient qu'une claudication, nulle ou à peine appréciable. Il citait, entre autres exemples, celui d'un homme du monde qui eut le fémur fracturé par une balle dans les événements de juin 1848, et chez lequel l'os, à la suite de cette blessure, a éprouvé un raccourcissement de plus de deux pouces ; ce malade n'a pas aujourd'hui de claudication sensible.

C'est à propos d'un malade présentant des phénomènes analogues et qui se trouve en ce moment dans son service que M. Velpeau a été conduit à entretenir ses auditeurs à ce sujet. Le malade en question a été affecté d'une fracture de la jambe il y a plusieurs années, et cette fracture, dont les fragments ont largement chevauché les uns sur les autres, a non-seulement laissé une difformité considérable, mais encore un raccourcissement de près de 4 centimètres. Malgré cet état le malade n'a presque pas de claudication ; ce n'est qu'en l'examinant avec la plus grande attention, et lorsqu'on est prévenu de son état, qu'on peut en observer des traces.

Les faits sur lesquels nous venons d'appeler l'attention ne sont pas seulement intéressants au point de vue théorique ; il est évident qu'ils ont des conséquences pratiques importantes. Il est bien certain que si l'on n'a pas à craindre pour l'avenir la claudication, on s'efforcera moins rigoureusement d'obtenir une consolidation sans raccourcissement, chose si difficile dans bien des cas, comme tout le monde le sait, et qui est pour le médecin une cause si féconde de tracas, pour le malade une source abondante de souffrances. Il est donc vivement à désirer que les faits sur lesquels M. Velpeau a insisté avec raison deviennent promptement assez nombreux pour porter la conviction dans tous les esprits, et nous accueillerons avec empressement ceux que nos lecteurs voudront bien nous adresser.

Luxation des corps caverneux.

Nos lecteurs se rappellent sans doute avec intérêt ce jeune enfant qui, à la suite d'un écrasement du bassin, nous avait offert une sorte de *luxation des corps caverneux.*

La verge était rentrée tout entière dans le scrotum, et la peau qui lui sert d'enveloppe, étalée, aplatie, se trouvait confondue, sans ligne de démarcation, avec la membrane tégumenteuse commune ; la coloration seulement un peu plus foncée de cette dernière permettait à peine d'établir une séparation.

Nous avons raconté, à cette époque, comment la réduction des corps caverneux avait été heureusement opérée. Mais plusieurs fistules urinaires restaient encore : 1° une à la partie supérieure gauche du périnée, environ 1 centimètre au-dessous de l'arcade des pubis ; 2° l'autre à la partie moyenne de la fosse correspondante ; 3° de plus, il était impossible de faire passer une sonde dans l'urètre.

Le cathéter, arrivé vers la fin de la portion spongieuse, était arrêté tout à coup dans sa marche par un obstacle que des tentatives répétées avec des bougies de dimensions variables n'avaient pu jamais surmonter. Au lieu de sortir par la verge, l'urine s'écoulait continuellement et goutte à goutte par les orifices fistuleux.

Les efforts du chirurgien devaient donc avoir pour but de rendre perméable l'urètre oblitéré ; mais avant de songer à aucune tentative pour remédier à cette dégoûtante infirmité, plusieurs questions devaient être résolues. Ainsi, l'on pouvait se demander :

1° Quelle était la nature de l'altération qui oblitérait le canal en cet endroit ?

2° Quelle en avait été la cause, le mécanisme ?

Toutes questions cependant qu'il importait d'élucider, car c'était à cette condition seule qu'un traitement convenable pouvait être mis en usage.

En remontant aux antécédents de notre petit malade et aux circonstances de l'accident, nous trouvons que cet enfant urinait très bien avant l'écrasement dont il faillit être victime ; puis suppression complète de l'émission de l'urine par les voies naturelles ; la vessie se distend, forme une tumeur volumineuse s'étendant jusqu'à l'ombilic ; des abcès urineux se forment au périnée, à la fesse, et les fistules urinaires ainsi établies remplacent l'écoulement normal par l'urètre. Remarquons, en outre, qu'au moment de l'accident les parties molles du bassin, du périnée, soumises à une violence extérieure considérable, avaient dû s'infiltrer de sang. Une rupture de l'urètre pouvait encore être regardée comme la cause de cet épanchement.

Or, chacun sait aujourd'hui que le sang épanché dans nos tissus subit diverses métamorphoses, caillots fibrineux, trames ou brides cellulo-fibreuses, etc.

Il était donc bien probable que l'oblitération de l'urètre était causée :

1° Par sa rupture, un caillot fibrineux ayant oblitéré le canal, dont l'étroitesse, chez un enfant, devait avoir favorisé pour ainsi dire la solidification ou l'organisation plastique.

Rappelons-nous encore que les corps caverneux déplacés n'avaient pu être réduits qu'après un certain laps de temps pendant lequel, en supposant une rupture du canal, les caillots sanguins avaient pu s'organiser.

2° Une certaine quantité de sang s'était épanché dans une ou plusieurs des couches du périnée, et peu à peu mélangé à une certaine quantité de lymphe plastique ; il pouvait avoir donné naissance à des brides qui avaient dévié le canal, comme cela s'observe partout ailleurs.

Cette probabilité acquérait un certain degré de certitude quand on venait à palper le périnée en essayant d'introduire une sonde dans l'urètre ; on sentait alors, et très manifestement, à l'endroit où s'arrêtait le bec de la sonde quelques nodosités plus ou moins dures, en forme de plaques, du reste peu étendues (quelques millimètres).

Convaincu que c'était à une de ces deux causes, et plus probablement à la dernière, qu'il fallait rapporter l'imperméabilité de l'urètre et déterminé d'ailleurs à favoriser la guérison des fistules urinaires même au prix d'une *boutonnière*, M. Nélaton pratiqua le 5 janvier 1851 l'opération suivante :

L'enfant, soumis aux inhalations du chloroforme, est placé comme pour la taille sous-pubienne.

1° Une petite sonde d'argent est introduite dans l'urètre et maintenue solidement par un aide au-devant de l'obstacle.

2° Le chirurgien fait une incision semi-lunaire, comme dans la taille bilatérale (à 6 ou 7 millimètres au-devant de l'anus).

3° La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose inférieure sont incisés.

4° Puis, en avançant vers l'urètre à la réunion des portions spongieuse et membraneuse, le bistouri semble diviser un tissu plus dense, plus résistant, comme cicatriciel, et en même temps la sonde franchissait l'obstacle et pénétrait dans la vessie.

L'urine, qui s'écoule en assez grande quantité par la sonde, ne peut laisser aucun doute à ce sujet. On fixe la sonde à demeure et le malade est reporté dans son lit.

Les suites de cette opération furent des plus heureuses. Ce petit malade n'a pas eu de fièvre ; on donnait issue à l'urine toutes les dix minutes à peu près en ôtant le bouchon de la sonde.

En quelques jours, les fistules et la plaie du périnée ont été fermées.

Le cinquième jour, une sonde en gomme élastique a été substituée à la sonde d'argent.

En traversant le canal, c'est-à-dire la portion qui avait si longtemps refusé le passage, le chirurgien perçoit une sorte de frottement *rugueux* qui semble produit par des aspérités. Il y avait donc à la fois probablement et rupture du canal en cet endroit et quelques brides fibreuses étendues de l'urètre aux parties molles du périnée.

Le 16 janvier, la sonde fut définitivement enlevée, et l'enfant pisse facilement par l'urètre.

Le jet est un peu contourné, mais jaillit néanmoins en arcades. Cependant, il est malheureusement à craindre que dans la suite ce malade ne soit facilement exposé aux rétrécissements, rétention d'urine, etc. ; mais la chirurgie, qui lui a déjà été si utile, ne l'abandonnera pas si ces accidents lointains encore (nous l'espérons du moins) viennent un jour à se manifester.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Fistule vésico-utéro-vaginale. — Cavité dans laquelle les urines étaient déposées pour retomber dans le vagin. — Ravivement. — Incisions longitudinales du vagin, de l'extrémité utérine de ce conduit jusqu'à l'ouverture vulvaire et sur les côtés du rectum. — Agrandissement momentané du vagin. — Suture entrecoupée. — Envies fréquentes d'uriner, et bientôt disparition de ce phénomène. — Guérison.

Françoise Modre, de Neuville-au-Bois (Loiret), entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, n° 7, le 18 novembre 1850.

Elle était âgée de trente-trois ans ; elle est forte et bien constituée, d'un tempérament mixte, de taille moyenne. Son habitude extérieure est celle d'une personne qui jouit d'une parfaite santé. Ses cavités sont larges et bien développées ; aucune lésion n'existe dans le système osseux, et le bassin a ses dimensions normales.

Elle a toujours vécu à la campagne, où elle s'occupe aux travaux des champs, et n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine à l'âge de douze ans.

Dans sa famille, tout le monde se porte bien. Sa mère a eu sept enfants, qu'elle mit au monde sans accident, et qui tous ont prospéré.

Ses règles s'établirent à dix-huit ans, sans qu'aucun orage, aucun dérangement de la santé aient précédé ni suivi leur apparition.

Depuis cette époque, elles sont toujours venues régulièrement chaque mois, si ce n'est pendant le temps qu'elle fut enceinte. Leur durée habituelle est de quatre jours. Jamais de leucorrhée.

A l'âge de trente ans seulement, notre malade se maria, et neuf mois après son mariage elle devint enceinte. Aucun accident malheureux ne vint traverser le cours de sa grossesse, qui arriva naturellement à son terme.

L'enfant se présentait par le siége (c'était un garçon) ; l'accouchement fut assez long et difficile, mais il fut cependant terminé sans l'emploi des fers. L'enfant était mort quand il vint au monde. D'après les renseignements que me donna la mère, il paraîtrait que le cordon entourait son cou de plusieurs circulaires, qui n'ont peut-être pas été sans influence sur sa mort dans le sein de sa mère.

Quoi qu'il en soit, celle-ci se rétablit promptement, et au bout de trois semaines elle était tout à fait remise, et avait repris ses travaux des champs.

Cinq semaines après cet accouchement, les règles revinrent, et se montrèrent régulièrement jusqu'à la seconde grossesse, qui survint seize ou dix-sept mois après le premier accouchement.

Celle-là, comme la première, ne fut traversée par aucun accident fâcheux, et le 6 octobre 1850 l'accouchement eut lieu.

L'enfant se présentait par l'épaule droite; on dut faire la version; et comme, après cette opération, le travail marchait encore avec beaucoup de lenteur, le forceps fut appliqué. Malgré cela la tête de l'enfant demeurait invariablement dans la cavité utérine et résistait à toute traction. Un examen plus approfondi montra au chirurgien qu'il avait affaire à une hydrocéphalie. Cependant le temps pressait; le travail durait déjà depuis vingt-quatre heures; les grandes lèvres, énormément tuméfiées, faisaient craindre de les voir se déchirer ou tomber en gangrène; la tête de l'enfant était toujours aussi immobile; le chirurgien se décida à la détronquer.

La tête, séparée du reste du corps, demeura vingt-quatre heures encore dans la cavité utérine, après quoi la substance cérébrale ayant été en partie évacuée par le trou occipital, la tête hydrocéphale put être enfin expulsée au dehors, environ quarante-huit heures après le début des premières douleurs.

La mère avait bien supporté et les douleurs de l'enfantement et les diverses manœuvres nécessitées par la complication d'hydrocéphalie.

Une saignée de précaution lui fut cependant pratiquée. Au bout de huit jours elle s'aperçut tout à coup qu'elle perdait involontairement son urine, sans qu'elle eût vu de lambeau cutané, de débris organiques s'échapper par le vagin.

Depuis ce moment, cette triste infirmité a toujours persisté; le besoin d'uriner a tout à fait disparu; les urines s'échappent toujours involontairement, à peu près également dans toutes les positions; cependant elles paraissent s'écouler un peu moins facilement dans la position horizontale que dans toute autre situation.

Du reste, la santé générale est très bonne; il n'y a pas de douleurs hypogastriques; le sommeil et l'appétit sont très bien conservés. Les règles n'ont pas reparu.

Voici ce que l'examen, fait le 20 novembre, nous a appris sur l'état des organes génitaux :

1° Elle ne présente aucun vice de conformation à l'extérieur, et le bassin paraît bien conformé.

2° Il existe un érythème sur les grandes et petites lèvres, avec un commencement de tuberculisation. Cet érythème est surtout apparent autour de l'anus.

3° Il existe un peu d'infiltration de l'une et l'autre grandes lèvres.

4° On voit vers la commissure inférieure et sur les côtés de petites ulcérations.

5° L'introduction de la sonde dans l'urètre est facile et ne fait pas souffrir. La vessie est petite, et on en rencontre bientôt les limites en promenant la sonde dans son intérieur.

6° La paroi antérieure du vagin est froncée, irrégulièrement plissée; on aperçoit, à 4 centimètres et demi du méat urinaire, une fente, laquelle aboutit à un trou situé en arrière d'elle et au-devant du col de l'utérus. C'est dans ce point qu'on peut introduire facilement une grosse sonde de femme. On aperçoit derrière cette ouverture accidentelle les restes de la lèvre postérieure du col de l'utérus, et à gauche, un mamelon qui n'est qu'un rudiment de la lèvre antérieure. Il est impossible, par des tractions opérées sur le vagin ou sur les restes du col de l'utérus, de les attirer à l'extérieur, ce qui indique qu'il existe des adhérences profondes entre le vagin, l'utérus et les parties environnantes.

L'opération fut pratiquée le 22 novembre, en présence de M. Cusco et d'un grand nombre de médecins et d'élèves. Elle dut être faite *sur place*, par l'impossibilité où l'on était d'attirer le col de l'utérus au niveau de la vulve.

La malade ayant été placée dans la position ordinaire pour ces sortes d'opérations, et les cuisses fortement fléchies sur le bassin et soutenues par des aides, la paroi recto-vaginale étant abaissée, les grandes lèvres écartées, je procédai avec de longs bistouris et de longs ciseaux à l'avivement de la solution de continuité. Il fut fait sur toute la circonférence de la fistule avec le plus grand soin, après quoi trois fils de soie rubanés, cirés et colorés en blanc et bleu furent appliqués de telle façon que la portion restante du col utérin fut réunie à la partie antérieure de la fistule, en sorte que la communication fut interrompue entre la cavité utérine et la cavité du vagin, et que, plus tard, la cicatrisation s'opérant dans cette position, la malade devra nécessairement avoir ses règles par la vessie.

La malade ayant été ensuite nettoyée, trois incisions furent pratiquées : deux latérales, parallèles à la longueur du vagin et se prolongeant sur les côtés du rectum jusqu'en dehors de l'ouverture vulvaire, si bien que toute la longueur du vagin et de la vulve était parcourue par le bistouri; et une médiane horizontale en arrière du méat urinaire; incisions destinées à permettre le glissement et le rapprochement des parties, à favoriser leur relâchement et à éviter la section des bords de la plaie qui pourrait résulter d'une tension trop grande.

Un tampon d'amadou fut introduit dans le vagin pour terminer l'opération.

Reportée à son lit, la malade reçut immédiatement une sonde à demeure dans l'urètre.

Rien de particulier ne survint pendant les premières heures qui suivirent l'opération. Il s'écoula seulement par la sonde un peu d'urine sanguinolente. La sonde marchait bien, et la malade n'était pas mouillée sous elle.

A la visite du soir, pas de coliques, pas de sensibilité abdominale. Légère réaction fébrile, peau chaude; pas de douleur.— Potion avec 30 grammes de sirop de pavot blanc. Un peu de sommeil la nuit.

Le lendemain 23, même état. Peau chaude et moite; léger état fébrile, mais pas de douleur, pas de sensibilité abdominale. Le tampon est retiré.

Le 24 et le 25, la fièvre n'existe plus; la chaleur générale est moindre. La malade se trouve bien; elle ne souffre plus nulle part. Sommeil la nuit.

La sonde fonctionne régulièrement; seulement son pavillon tend toujours à se tenir *élevé*. La malade ne mouille point sous elle.

L'urine s'accumule dans la vessie. On le constate en enfonçant de temps en temps la sonde dans la vessie; lorsqu'elle s'en est un peu éloignée, on voit alors s'écouler un jet continu d'urine légèrement opaque. Je permets un peu de bouillon.

Le 26, même état.

Le 27, la malade se trouve toujours assez bien; elle ne souffre pas. Aucun accident ne se déclare; cependant il y a toujours un peu de fréquence de pouls et de la chaleur à la peau.

La sonde fonctionne toujours bien, et l'urine ne paraît plus passer du tout par la fistule.

Le 28, la malade est amenée sur le lit d'examen. La paroi recto-vaginale étant abaissée à l'aide du spéculum à une valve, on aperçoit au fond du vagin une certaine quantité de pus, mais point d'urine. Une injection d'eau tiède est poussée dans ce canal afin d'en nettoyer la surface interne. Cela fait, je retire successivement les trois fils qui ont été appliqués pour la suture

La malade est ensuite reportée à son lit, et, en lui replaçant une sonde nouvelle, on donne issue à un flot d'urine qui s'écoule à jet continu pendant quelques secondes, comme si la vessie, reprenant son rôle de réservoir, ne permettait plus à l'urine de passer ailleurs que par sa voie naturelle. La fréquence du pouls et la chaleur à la peau ont à peu près complétement disparu. L'appétit renaît et permet quelques légers aliments.

Le 29, même état. Aucun accident. Les urines coulent régulièrement par la sonde. Elles sont incolores et limpides.

Le 2 décembre, nouvel examen au spéculum. On aperçoit encore un peu de pus au fond du vagin, mais on n'y voit pas une goutte d'urine. Les incisions pratiquées pour le relâchement des parties se cicatrisent. L'urine s'accumule manifestement dans la vessie, et tout permet d'espérer dans un avenir très prochain une guérison complète.

Le 3, rien de nouveau. L'espoir d'une guérison complète se confirme. L'état général est bon. L'examen au spéculum ne montre pas une goutte d'urine au fond du vagin. La sécrétion du pus qu'on y rencontre est diminuée. La malade n'est point mouillée dans son lit. L'urine qui s'écoule par la sonde est toujours claire et limpide.

Le 5, tout est toujours pour le mieux, et M. Jobert parlait de retirer prochainement la sonde, lorsque vers midi de ce même jour la malade, prétendant que cette sonde la gênait, qu'elle lui donnait des spasmes, des contractions involontaires de la vessie, s'imagina de la retirer et de faire effort pour uriner sans sonde. Presque aussitôt elle crut sentir un flot d'urine s'échapper par le vagin.

Le 6, en examinant la malade au spéculum, on eut lieu de s'assurer qu'elle s'était trompée. Le vagin contenait un peu plus de pus que la veille, mais il ne contenait pas d'urine. Une injection d'eau tiède fut poussée dans le vagin et la sonde aussitôt replacée à demeure.

Le 7, on ne voit pas d'urine au fond du vagin.

Les jours suivants, l'urine continue à couler limpide, à s'accumuler dans la vessie sans passer par le vagin et sans s'amasser dans ce conduit. On y voit à peine une très petite quantité de pus, qui diminue chaque jour.

Le 12, la sonde est retirée; mais la vessie, qui depuis longtemps a perdu l'habitude de conserver l'urine, en supporte difficilement le contact, et la malade ne peut la retenir plus de dix minutes sans être obligée d'uriner.

Le lendemain 13, la sonde est replacée à demeure dans l'urètre pour prévenir les envies incommodes d'uriner.

Aucun accident particulier ne se montre avant le 23 décembre. Ce jour-là, à la visite du matin, on voit s'écouler par la sonde une urine sanguinolente due sans doute à l'écoulement des règles qui se fait par la vessie.

C'est la première fois qu'elles paraissent depuis son dernier accouchement.

Cet écoulement sanguin dure peu pour disparaître, et l'urine redevient claire et limpide comme auparavant.

Le 25, je crois pouvoir retirer la sonde que la malade conserve depuis le jour de son opération.

La sonde étant retirée, la vessie reprend ses fonctions, l'urine s'y accumule, le besoin d'uriner reparaît, seulement il revient très fréquemment. La malade ne mouille pas son lit, et, quand on l'examine au spéculum, on voit que le vagin ne contient pas une goutte d'urine. Il y a seulement sur le côté gauche du vagin un bourgeon, que M. Jobert cautérise, appartenant à l'incision latérale non cicatrisé.

Le 28, la malade se lève pour la première fois. Dans la station assise, elle conserve ses urines moins de temps encore que dans la position couchée. Elle est obligée de les rendre tous les quarts d'heure ou toutes les vingt minutes. D'ailleurs la malade urine à volonté dans le vase.

Le 31, cette susceptibilité de la vessie persistant encore au même degré, la sonde est replacée dans la vessie. L'introduction de l'algali était bien plus une précaution qu'une affaire de nécessité; aussi fut-elle bientôt enlevée définitivement.

Rien ne vint infirmer la pensée d'une guérison complète; la malade se portait parfaitement; elle urinait à volonté dans le bassin; chaque jour, elle retenait son urine un peu plus longtemps que la veille, et le 7 janvier 1851 elle quitta l'Hôtel-Dieu pour retourner dans son pays conservant son urine comme avant son accident, pendant environ quatre heures, sans être tourmentée du besoin de la rendre.

Avant de sortir de l'hôpital, elle assista à l'église aux cérémonies religieuses. Elle put pendant tout ce temps, qui fut très long, conserver ses urines sans difficulté.

Cette malade a été examinée avant son départ par notre honorable collègue M. le docteur Cusco, par M. Basignan, et par un grand nombre de médecins étrangers et d'élèves qui avaient assisté à l'opération.

Le 6 janvier, la malade a été examinée pour la dernière fois. Il est important de noter avec soin l'état des voies urinaires et de la santé générale de la malade.

Tout le monde a été frappé de sa physionomie ouverte et gaie : l'expression était remarquable, et tout indiquait la satisfaction et le bonheur qui se dépeignaient dans les traits de notre courageuse Orléanaise. La face était colorée, rosée; les chairs étaient fermes, le sommeil était bon et l'appétit parfait. Elle n'avait plus que le désir de retourner dans ses foyers, ce qu'elle a fait le 6 janvier, après toutefois avoir subi un examen définitif.

Voici quel était l'état de la vessie, du vagin, de la cloison et de l'utérus :

1° Le cathétérisme fournit une assez grande quantité d'urine limpide, citrine et transparente.

2° L'introduction de la sonde est indolore.

3° La vessie a repris sa dilatation normale; aussi la malade a-t-elle pu sans fatigue conserver ses urines pendant la messe du 5 janvier.

L'ouverture vulvaire n'est pas rétrécie.

4° La paroi antérieure du vagin n'offre pas tout à fait la longueur normale. Quant au diamètre transverse, il a à peine perdu quelque chose de ses dimensions. Cette cloison a des plis transversaux, et est un peu plus élevée en arrière et à son insertion à l'utérus.

5° Il n'existe pas de trace du col de l'utérus dans le vagin.

6° On aperçoit deux cicatrices latérales longues, l'une à droite, l'autre à gauche : celle-ci est plus rapprochée des côtés du vagin que la première.

7° A gauche, on rencontre un petit cul-de-sac qui indique le point où un tubercule, reste de la lèvre antérieure du col de l'utérus, a été enlevé au moment de l'opération. Un tissu cicatriciel entoure cette dépression.

Les fonctions de la vessie se sont donc rétablies en un court espace de temps, quoiqu'il ait existé une perte de substance assez considérable à la cloison vésico-vaginale et au col de l'utérus.

MÉMOIRE

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA BRUCINE;

Par M. L. Lepelletier, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 25 et 28 janvier.)

Obs. IV. — *Paraplégie guérie par la brucine.*

Dans le mois d'août 1847, une femme grande, forte et bien constituée, entra à l'hôpital Necker. Elle fut couchée au n° 26 de la salle Sainte-Eulalie, service de M. Bricheteau.

Cette malade raconte que, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle éprouva des douleurs dans la région dorsale et lombaire qui l'empêchaient de se coucher sur le dos. Ces parties étaient sensibles à la pression. La nuit, elles devenaient insupportables et l'empêchaient de dormir. La respiration était assez pénible; il y avait même, par moments, des accès de suffocation. La malade était obligée de s'asseoir sur son lit pour pouvoir respirer plus facilement. Les jambes étaient excessivement faibles, et, quand la malade voulait marcher, elles ne pouvaient la supporter, elle les traînait continuellement; elles étaient le siége de fourmillements insupportables. Sensation alternative de froid et de chaud. Les selles étaient rares, ainsi que les urines; le ventre était ballonné, sensible à la pression.

Pendant quelques mois cette malade est restée à l'hôpital, soumise à un traitement assez simple, car la maladie était assez obscure. Au mois de novembre 1847, on lui appliqua deux premiers cautères au niveau de la région dorsale; elle n'en obtint pas grand effet. Deux autres lui furent appliqués au commencement de janvier 1848; elle en retira quelques bienfaits. La paralysie était néanmoins assez grande pour que la malade ne pût pas marcher.

Enfin, au mois d'avril, M. Bricheteau, pensant que l'élément inflammatoire était peu développé dans cette forme de paraplégie, commença l'administration de la brucine en pilules et des bains sulfureux. La brucine fut d'abord administrée à la dose de 10 centigrammes, puis portée peu à peu à la dose de 0,50. Depuis l'administration de ce médicament, la malade a éprouvé un mieux remarquable, car un mois après elle marchait assez facilement, en traînant, il est vrai, encore un peu les jambes; mais les forces lui sont revenues, et elle se tient toute la journée debout.

La dose de brucine fut portée progressivement à 0,75, sans que la malade en éprouvât le moindre inconvénient; cette dose fut continuée pendant un mois.

Au bout de ce temps, la malade avait recouvré la marche comme auparavant.

Son âge avancé et sa position malheureuse la firent entrer à la Salpêtrière vers la fin de 1848.

L'administration de la brucine à une dose aussi élevée n'a produit aucun fâcheux accident; des mouvements convulsifs sont les seuls effets qu'elle a éprouvés pendant tout le traitement.

Obs. V. — *Hémiplégie du côté droit consécutive à une apoplexie cérébrale. — Traitement par la brucine. — Amélioration notable.*

Le nommé Gogué, âgé de quarante-huit ans, serrurier, entre à l'hôpital Necker le 7 octobre 1848, et est couché au n° 33 de la salle Saint-Ferdinand, service de M. Bricheteau. Ce malade raconte que, dans le courant du mois de juillet, il fut pris tout à coup, en travaillant, d'un violent étourdissement; il veut remettre alors sur une table un objet qu'il avait dans les mains, et en marchant il tombe sur le sol comme une masse inerte. Un quart d'heure après il put revenir à lui, mais tout le côté droit était paralysé.

A son entrée à l'hôpital, le malade était dans l'état suivant : Tout le côté droit est complétement paralysé du mouvement et du sentiment ; la main et le bras droits sont un peu œdématiés, le malade ne peut nullement s'en servir ; la vue est affaiblie à droite, la parole assez difficile pour que l'on ne comprenne presque pas le malade ; il lui est impossible de faire exécuter le moindre mouvement à la jambe droite ; il se plaint continuellement de violentes douleurs à la tête et à la région cervicale.

Dans cet état de choses, M. Bricheteau commença l'administration de la brucine.

Le 13 octobre, il en ordonna 0,03 ; la dose fut journellement augmentée de 0,02, de telle sorte que, le 31 octobre, le malade en prenait 0,30. A cette époque, l'état du malade avait déjà beaucoup gagné de l'emploi de la brucine; les membres pouvaient exécuter quelques mouvements assez étendus ; la main et le bras droits, œdématiés lors de l'entrée du malade, avaient perdu de leur volume, et étaient revenus à leurs dimensions normales ; la sensibilité seule restait assez obtuse. Le malade, du reste, commençait à descendre du lit et à marcher.

A la dose de 0,50, la sensibilité reparut ; à 0,65, la vue reprit de la force et la parole devint moins difficile. En un mot, dès ce moment, il existait une amélioration notable dans l'état du malade ; il restait presque toute la journée debout, et marchait assez facilement, quoique trainant encore la jambe droite. Le sommeil était bon, les digestions faciles, et les douleurs de tête dont il se plaignait lors de son entrée à l'hôpital avaient complétement disparu.

A cette époque, c'est-à-dire vers la fin de décembre, je quittai le service de M. Bricheteau, et il m'a été dès lors impossible de compléter cette observation. Aussi, ne sachant pas ce qu'est devenu le malade, je me borne à constater l'amélioration notable qui s'est manifestée dans son état après deux mois de traitement par la brucine.

Chapitre III. — *Mode d'administration et doses.*

La seule préparation que M. Bricheteau prescrit journellement est la poudre de brucine, prise sous forme pilulaire. Ce mode d'administration offre l'avantage de déguiser l'amertume du médicament pendant que les malades l'avalent. C'est peut-être à cette manière de l'administrer qu'il faut attribuer ce que j'ai dit dans le premier chapitre, à savoir : que les malades ne ressentent un goût amer qu'après l'avoir pris.

On commence à l'administrer à la dose de 0,02 ; le lendemain elle peut être portée à 0,04, et ainsi de suite progressivement, en proportionnant les doses aux effets produits. Il est impossible d'établir ici des règles précises, car les effets des médicaments varient assez souvent suivant les individus. Le praticien devra donc faire attention à l'intensité des effets pour agir d'une manière rationnelle et profitable au malade.

Si à 0,10 il éprouve déjà des mouvements assez prononcés, faudra-t-il que le médecin n'augmente pas la dose du médicament ? Non, certainement ; car elle est si faible qu'elle s'épuisera très facilement, d'après ce que j'ai dit dans le second chapitre, et que ce sera perdre du temps inutilement. Ce n'est qu'à des doses élevées qu'il faudra s'arrêter, à cause de l'intensité des effets ; le médecin est alors quelquefois obligé de continuer la même dose pendant huit, quinze jours, et souvent de la diminuer. Le principal obstacle qui s'oppose, dans ces cas, à l'augmentation des doses de brucine est l'insomnie, qui fatigue les malades, les affaiblit et les rend plus sensibles à l'action du médicament.

Ainsi donc, c'est au médecin de savoir proportionner les doses de brucine à l'intensité des effets produits.

Jusqu'à quelle dose peut-on l'administrer ! On sera certainement étonné de savoir qu'on peut porter la dose jusqu'à 0,90; c'est ce que j'ai vu faire à M. Bricheteau. Pendant un mois il en a administré 0,75 par jour à une malade qui a guéri d'une paraplégie, et dont j'ai rapporté l'observation. Ces doses n'ont pas occasionné le moindre accident.

Quelle différence entre ces faibles quantités de strychnine administrées avec crainte et ces doses énormes de brucine que l'on peut donner en toute sécurité ! Cette différence, en effet, mérite d'être mentionnée, car elle est un motif puissant pour faire préférer dans quelques circonstances la brucine à la strychnine.

Chapitre IV. — *Appréciation de la valeur réelle de la brucine.*

Ce dernier chapitre, uniquement consacré à l'appréciation de la valeur réelle de la brucine, n'est que le développement de quelques propositions émises dans les autres parties de ce travail. Il servira à mettre en relief ce qui, peut-être, aura passé inaperçu, et à faire mieux apprécier la valeur du médicament dont j'ai essayé de tracer l'histoire.

On lit dans l'ouvrage de thérapeutique de MM. Trousseau et Pidoux le passage suivant :

« La brucine, qui ne se recommande par aucune propriété spéciale, est bannie avec juste raison de la thérapeutique. » (*Voyez* tome I, page 794.)

Cette opinion ne me paraît pas parfaitement juste. A l'époque où ces auteurs publiaient leur ouvrage, la science, quoique possédant peu de faits dans lesquels la brucine avait été administrée, comptait cependant ceux de M. le professeur Andral, qui lui avaient permis de tirer quelques conclusions en faveur de ce médicament, et que ces auteurs auraient pu prendre en considération. Ils ne l'ont pas fait ; s'il faut en juger par le passage que j'ai cité, et leur opinion ne semble reposer que sur des observations peu favorables à l'action de la brucine.

Cette manière de procéder en thérapeutique ne me paraît pas parfaitement convenable ; car pour bannir un médicament de la matière médicale, il faut qu'il soit nuisible ou d'une inefficacité complète. La brucine n'est nullement nuisible; les faits l'ont prouvé depuis longtemps. En second lieu, elle peut rendre des services et être avantageusement employée dans des cas où la strychnine produit des accidents, ou ne peut être supportée par les malades. Les observations que possède la science le démontrent aussi.

En examinant les faits de M. Andral, ceux que rapporte la *Gazette des Hôpitaux* et ceux que j'ai relatés dans ce travail, il est impossible de nier que dans certains cas la brucine puisse agir d'une manière efficace. J'admets volontiers, avec MM. Trousseau et Pidoux, que la brucine *n'a aucune propriété spéciale ;* mais je crois qu'elle présente des avantages d'une importance réelle qui doivent la faire préférer dans certains cas à la strychnine, et qui méritent qu'on l'étudie dans les traités de thérapeutique.

Les observations que j'ai rapportées dans ce mémoire me paraissent de nature à permettre aux praticiens d'apprécier la valeur de la brucine. Les détails circonstanciés dans lesquels je suis entré serviront, je l'espère, à jeter un nouveau jour sur la question qui m'occupe dans ce moment.

Ces observations démontrent en effet que la brucine peut agir dans quelques cas d'une manière efficace, et remplacer avantageusement la strychnine; car, dans le deuxième fait, l'action de ce médicament fut telle, que l'on suspendit bientôt son administration, à cause des accidents tétaniques qu'il produisait chez la malade dont la santé avait été notablement altérée.

A ces premières considérations j'en ajouterai d'autres qui me paraissent avoir quelque valeur.

1° La brucine peut être administrée sans aucune crainte. Depuis fort longtemps mon honorable maître, M. Bricheteau, a l'habitude de l'employer, et jamais il n'a vu survenir de fâcheux accidents. Ses effets sont le plus souvent partiels; s'ils sont généraux, les accès sont tellement courts et si peu intenses, qu'il n'y a aucun danger pour le malade livré à lui-même. Il n'en est point ainsi de la strychnine. Sans parler des conséquences fâcheuses et des accidents qu'elle produit, les accès sont parfois si prononcés que le malade a besoin d'être surveillé de près. Je citerai encore la deuxième observation, dans laquelle on a pu voir que plusieurs personnes pouvaient à peine tenir la malade et l'empêcher de sauter hors du lit.

2° La brucine présente encore un avantage, c'est de pouvoir être administrée, même *à très haute dose*, en toute sécurité.

Cet avantage est certainement bien grand, puisque la crainte seule de voir survenir des accidents empêche la plupart des praticiens d'employer la strychnine, même à faible dose.

En résumé, les observations rapportées dans ce travail démontrent que l'administration de la brucine ne présente aucun danger, qu'elle peut rendre des services à la thérapeutique, et remplacer enfin avantageusement la strychnine, dont l'action est, dans certains cas, nuisible aux malades.

Ce serait donc un sujet d'études intéressant que d'expérimenter ce médicament beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, afin d'être fixé sur sa valeur réelle.

CORRESPONDANCE.

Nerf du muscle interne du marteau.

A Messieurs les Rédacteurs de la Gazette des Hôpitaux *et de* l'Union Médicale.

Messieurs,

Il est vraisemblable que je me suis expliqué peu clairement à propos du nerf du muscle interne du marteau, puisque, dans les compte-rendus de la dernière séance de l'Académie de Médecine, je vois deux journaux m'attribuer une opinion tout autre que celle que j'ai dit. Peut-être aussi dois-je m'en prendre à ce que des détails de fine anatomie sont peu propres à captiver l'attention. La *Gazette des Hôpitaux* me fait dire que le filet de la cinquième paire, qui va au muscle interne du marteau, est un *nerf de sentiment.* J'ai dit, au contraire, que ce filet provenait de la branche *motrice* de la cinquième paire. L'*Union Médicale* a supposé que j'avais examiné *si la corde du tympan peut avoir une influence directe sur la tension de la membrane de ce nom.* Mais l'anatomie interdit un semblable examen, puisque la corde du tympan ne donne pas de filets au muscle interne du marteau. Permettez-moi donc de rétablir mon argumentation. J'espère la rendre claire, même pour ceux qui auraient oublié l'anatomie des nerfs crâniens ou la physiologie de la membrane du tympan. Le sujet offre d'ailleurs assez d'intérêt pour que la question personnelle disparaisse derrière la question scientifique.

M. Landouzy a constaté que l'exaltation de l'ouïe accompagne souvent la paralysie du nerf facial. Il a voulu donner une explication de ce fait. La voici, réduite à ses termes les plus simples.

— Dans la paralysie faciale il y a, dit-il, paralysie du muscle interne du marteau, ou *tenseur de la membrane du tympan.*

— La membrane du tympan, ne pouvant être tendue, perd en même temps la faculté de modérer l'intensité des sons, car elle exécute alors, pendant qu'elle vibre, d'amples excursions ; or l'intensité des sons est en rapport avec l'étendue des excursions des membranes mises en vibration (Savart).

— La paralysie du muscle interne du marteau, dans le cas de paralysie faciale, s'explique par cette considération, que le nerf facial fournit à ce muscle son filet moteur *par l'intermédiaire du ganglion otique, auquel il envoie un petit filet.*

Telle est l'explication proposée par M. Landouzy. Elle repose tout entière sur la croyance *que le nerf facial anime le muscle interne du marteau.* Cette explication, je l'ai attaquée devant l'Académie et je l'attaque encore en disant : *Le muscle interne du marteau ne reçoit pas son filet moteur du nerf facial, mais il le reçoit de la branche motrice de la cinquième paire.*

Ma critique a pris ensuite une autre direction, et voici à quelle occasion : M. Landouzy prétend, avec M. Longet, que le *nerf intermédiaire de Wrisberg* (on nomme ainsi un petit nerf qui dans le conduit auditif interne se trouve entre l'auditif et le facial, mais qui appartient à ce dernier) est l'origine du filet moteur que le facial fournirait au muscle interne du marteau. Je me suis encore élevé contre cette assertion. J'ai cité les faits d'anatomie comparée qui plaident en faveur de l'opinion que le *nerf intermédiaire* est un nerf de sentiment ; et, cherchant ensuite si la physiologie et la pathologie humaine ne viendraient pas nous révéler l'existence de quelques filets sensitifs dans le facial ou ses provenances, j'ai rapporté quelques-unes des expériences et des observations faites récemment sur la corde du tympan. M. Landouzy a prouvé, par sa réponse, qu'il n'avait pas bien saisi le sens de cet argument, que je n'ai pas voulu faire entendre deux fois à l'Académie.

Recevez, etc. Bérard.

Les soussignés, arbitres nommés par MM. Amédée Latour et H. de Castelnau, à l'effet de régler les difficultés élevées entre eux à l'occasion d'articles publiés dans l'Union Médicale et dans la Gazette des Hôpitaux, déclarent, avec l'autorisation de MM. Latour et de Castelnau :

1° Que si dans l'*Union Médicale*, M. Amédée Latour s'est livré à une polémique d'examen peu bienveillante au sujet de la *Gazette des Hôpitaux*, on doit reconnaître qu'il n'est pas sorti des bornes des convenances, et que d'après sa déclaration il n'a jamais eu l'intention d'offenser aucun des rédacteurs de ce journal, et encore moins M. de Castelnau.

2° Que si dans la vivacité d'une polémique soutenue dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. de Castelnau a employé des expressions capables d'éveiller la juste susceptibilité de M. Latour, il n'a jamais été dans la pensée de M. de Castelnau, ainsi qu'il l'a formellement déclaré aux arbitres, d'outrager M. Latour dans son honneur ni dans son caractère.

3° Qu'au moyen de ce qui précède, tous procès et difficultés sont éteints entre MM. Amédée Latour et H. de Castelnau.

Paris, 26 janvier 1851.

Louis, Médecin de l'Hôtel-Dieu. — Rigal (de Gaillac), d.-m., Représentant du peuple. — J.-B. Baillière, Libraire de l'Académie nationale de Médecine.

TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

par les préparations d'iode.

Deux produits sont en présence pour le traitement de la phthisie pulmonaire : l'iode et l'éther hydriodique. Lequel des deux produits faut-il préférer ? Selon nous, c'est l'éther hydriodique, qui n'a aucun danger, n'irrite pas les bronches et produit d'une manière puissante l'effet désiré. Comment agit, en effet, l'éther hydriodique ? En se convertissant dans le poumon en acide hydriodique, acide formé à l'*état naissant* et qui est essentiel. De son côté, comment agit l'iode ? Evidemment comme agirait le chlore en pareille circonstance, en décomposant la matière organique qu'il rencontre et produisant par l'effet de cette décomposition de l'acide hydriodique également formé à l'état naissant. Maintenant que les médecins sont à même de juger lequel des deux produits ils doivent préférer, nous allons leur faire connaître la manière de les employer tous les deux. On prend un flacon ou une carafe à deux tubulures : de l'une part un tube recourbé par lequel on aspire l'air du flacon; de l'autre un tube effilé qui conduit l'air extérieur dans le flacon. Dans le flacon se met au choix ou l'iode ou l'éther hydriodique. Pendant ce traitement, qui est tout local, il est bon de faire usage du sirop d'iodure d'amidon, qui agit sur toute l'économie et que l'on doit d'ailleurs préférer aux autres préparations d'iode prises à l'intérieur.

Prix de ces divers produits et appareils qui peuvent se prendre séparément :

Ether hydriodique, le flacon. . . .	4 fr.
Iode, le flacon.	2
Sirop d'iodure d'amidon, le flacon. .	3
Le flacon tubulé et ses tubes, l'appareil.	4

Chez M. Quesneville, fabricant de produits chimiques, rue Hautefeuille, n° 9, Paris.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 3 FÉVRIER 1851.

La commission d'assistance publique a décidé, dans sa séance du 30 janvier, que le paragraphe de l'article 14 du projet de loi sur les hospices et hôpitaux, qui réduisait de moitié le taux des remises accordées jusqu'ici aux receveurs spéciaux de ces établissements ne serait pas présenté à la deuxième délibération de l'Assemblée nationale.

Par cette modification, la commission a fait disparaître un des nombreux défauts que renferme la loi sur les hospices et hôpitaux. Malheureusement ce n'est pas le plus fâcheux, et l'on ne peut pas dire que la loi vaille beaucoup mieux après qu'avant cette modification. Il est impossible, nous le répétons, d'obtenir quelque chose de bon du projet de loi de M. de Melun si l'on n'en change pas de fond en comble l'économie, c'est-à-dire si l'on ne fait pas un nouveau projet.

Puisque l'occasion se présente de revenir sur l'œuvre de la commission d'assistance publique, qu'il nous soit permis de prémunir nos confrères qui siégent à la Chambre, et nous nous adressons à tous, car il ne peut s'agir ici de questions politiques ; qu'il nous soit permis de les prémunir contre la confiance regrettable que pourraient leur inspirer les assertions émises dans l'avant-dernière séance de l'Assemblée nationale par M. de Riancey. Cet honorable représentant, parlant au nom de la commission d'assistance publique, a dit que la commission avait ajourné le projet présenté autrefois par M. Dufaure pour s'occuper d'abord des projets *plus pratiques*. Il ne nous appartient pas de nous occuper ici de tous les projets que la commission d'assistance a mis au jour jusqu'à ce moment ; mais, nous devons le répéter avec toute l'insistance que nous inspire une conviction profonde, rien n'est moins pratique que le projet de loi sur les hôpitaux et hospices. Nous devons répéter qu'en adoptant un tel projet, l'Assemblée décrétera le désordre dans tous nos établissements hospitaliers, si même elle n'en consomme la ruine en livrant aux corporations religieuses le monopole de l'assistance hospitalière.

Il ne nous appartient pas non plus de juger ici l'ensemble du projet de loi sur l'assistance publique élaboré sous la direction de M. Dufaure. Mais nous devons dire d'une manière générale que l'esprit qui dominait ce projet est le seul qui puisse conduire à une organisation sérieuse des établissements hospitaliers, comme de tous les autres établissements ou services quels qu'ils soient. Cet esprit, c'est d'avoir des fonctionnaires rétribués, et partant surveillés et responsables. L'esprit qui paraît animer la commission d'assistance publique est tout différent. M. de Melun et ses honorables collègues croient pouvoir organiser des services sérieux en créant des fonctionnaires nombreux et non rétribués ; partant, sans surveillance et sans responsabilité sérieuses. Eh bien ! c'est là retomber dans un système malheureusement trop éprouvé et trop justement condamné. En ce qui concerne le nouveau projet, en particulier, cette vérité ressort trop bien de la critique que nous en avons faite pour qu'il soit utile d'y insister davantage. Nous concluons donc une fois encore qu'il est absolument nécessaire de renvoyer au conseil d'Etat le projet de loi sur les hospices et hôpitaux, si l'Assemblée ne veut pas désorganiser nos établissements hospitaliers.

H. de Castelnau.

De la cicatrisation des artères

A LA SUITE DE LEUR LIGATURE ET DES HÉMORRHAGIES SECONDAIRES.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Ainsi que nous l'avons dit en terminant notre dernier article, les recherches de M. Notta ont conduit ce jeune chirurgien à des conséquences pratiques qui ne sont pas sans importance, et qui doivent nous occuper quelques instants.

De ces conséquences, les unes ressortent si directement des faits, qu'il est à peine utile de les signaler. Telle est, par exemple, celle qu'on peut tirer du mode de formation du caillot. Dès qu'il est bien démontré, et c'est là ce qui nous semble ressortir le plus positivement des observations de M. Notta, dès qu'il est bien démontré que le caillot qui se forme après la ligature s'étend en quelques heures jusqu'à la première collatérale, le précepte de lier le plus loin possible de celle-ci est par cela même évident. Malheureusement, lorsqu'on songe que la plus petite collatérale suffit pour arrêter la formation du caillot, on voit que ce précepte perd beaucoup de son importance pratique, au moins dans l'état actuel de nos connaissances ; car, non-seulement nous ignorons le siége précis des collatérales d'un petit volume, mais encore nous ne savons si leur existence offre quelque fixité. Ce précepte ne pourra donc acquérir toute sa valeur que par des recherches ultérieures sur ces petits vaisseaux. Jusque-là, on ne pourra que s'éloigner le plus qu'on pourra des collatérales dont le siége est connu.

Le mode suivant lequel le caillot se détruit a conduit M. Notta à des inductions qui ne sont peut-être pas aussi certaines que la précédente. On se rappelle que ce n'est que par une fonte purulente ou quelquefois putride que, suivant M. Notta, le caillot se dissout ; or la cause de la fonte purulente, c'est l'inflammation et les causes les plus fréquentes de l'inflammation sont les corps étrangers qui séjournent longtemps dans la plaie. C'est pourquoi les ligatures volumineuses, l'introduction de corps étrangers dans la plaie (méthode de Scarpa), causeront l'hémorrhagie secondaire beaucoup plus souvent que les ligatures fines qui couperont l'artère promptement et sans causer d'inflammaton. Cela est si vrai, ajoute M. Notta, que sur 180 ligatures pratiquées pour des anévrismes par la méthode d'Anel, Lisfranc a trouvé 32 cas d'hémorrhagie (1 sur 6), tandis que dans les amputations où on lie les artères, en général, avec un fil simple, où le pus ne séjourne pas dans la plaie, et par conséquent autour de la ligature, on observe l'hémorrhagie bien plus rarement. Est-il bien vrai en effet que les deux différences signalées par M. Notta soient les seules qui distinguent la ligature pour un anévrisme de la ligature à la suite d'amputation ? Nous n'oserions ni le nier, ni l'affirmer ; mais le simple doute nous suffit pour nous empêcher d'accepter, avec toute la confiance que montre notre jeune confrère, l'opinion qu'il émet. Toutefois, cette opinion nous paraît plus probable que l'opinion contraire, et jusqu'à meilleure démonstration nous adoptons volontiers le précepte qu'il donne, d'après M. Nélaton :

1° De repousser les ligatures volumineuses et la ligature médiate de Scarpa, et d'adopter la ligature ronde à un seul fil ;

2° De ne comprendre dans la ligature que l'artère seule et bien dénudée, afin que la section se fasse promptement et que le fil ne séjourne pas longtemps dans la plaie.

M. Notta repousse aussi l'introduction d'un corps étranger dans les artères ossifiées pour en pratiquer la ligature ; il a vu que dans ces cas la tunique externe persistait et suffisait pour empêcher l'artère d'être complétement rompue par le fil, et pour favoriser la formation du caillot comme dans les cas où il n'y a pas d'incrustations osseuses.

Un des points sur lesquels la doctrine de M. Notta et de son maître, M. Nélaton, diffère le plus de celle qui est généralement admise, est celui qui concerne l'état des artères qui se trouvent au milieu de parties enflammées. On sait que les chirurgiens de nos jours rejettent dans ces cas la ligature des extrémités artérielles qui se trouvent au milieu de ces parties (dans une plaie, par exemple), parce qu'ils pensent que ces extrémités, participant à l'inflammation générale, offrent une grande friabilité, et seraient inévitablement coupées dans toute leur épaisseur par la ligature. Ils ont donc recours dans

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le métier de chroniqueur est loin d'être agréable ; on y perd dans quelques heures la réputation que pendant vingt-cinq ans on avait travaillé à se faire. L'on m'écrit que je suis un esprit méchant et caustique ; méchant ! moi qui n'ai jamais pu me livrer à l'étude de la toxicologie, à cause des tortures sans nombre que l'on fait subir aux infortunés caniches et aux malheureux lapins, qui, j'en suis sûr, doivent préférer la barbarie à notre état de civilisation. Des plaintes m'arrivent de plusieurs points à la fois : l'un m'annonce qu'il cesse de me lire ; puisse-t-il pour son repos et pour le mien persister dans cette détermination ! l'autre me menace d'un désabonnement ; n'ayant pas le bonheur d'être propriétaire de la *Gazette des Hôpitaux*, je me ris de cette menace, et l'administration a le bon esprit de faire comme moi.

Cependant n'allez pas croire que je sois complétement insensible à ces reproches, et dès aujourd'hui je m'engage à réformer ma conduite et à devenir grave et sérieux, je ne dirai pas comme un académicien, car ils sont tous facétieux en diable, mais comme nos représentants à l'Assemblée législative, qui sont tellement graves qu'un homme d'esprit a cru devoir les faire passer à l'état de burgraves. Mon assimilation avec eux sera d'autant plus complète, que je débuterai par me placer sur le terrain qu'ils ont pendant toute cette semaine cherché à déblayer ; si en parlant de travail, de salaire et de ces luttes ardues au milieu desquelles se débat l'homme dont l'intelligence et le labeur sont l'unique fortune, le tout émaillé de chiffres et de statistiques, on me trouve encore léger, railleur et méchant, il faudra véritablement désespérer de moi et m'abandonner comme incurable.

Je commence donc à étaler les fruits de ma conversion.

Pendant les longs débats qui ont eu lieu à l'Assemblée législative à la suite de l'enquête sur le travail, j'ai été surpris de ne pas entendre une voix s'élever en faveur des travailleurs de l'intelligence, ces mendiants en habit noir, comme on les appelle, et qui sont autant, sinon plus, que les paysans et les ouvriers des manufactures, dignes de toute la sollicitude de nos législateurs. Parmi ces ouvriers de l'intelligence, il est une classe nombreuse dont le dévouement seul égale les souffrances, et à la détresse de laquelle presque tous les gouvernements se montrent sourds ; je veux parler des médecins et des pharmaciens. Tous les jours des cris de douleur partent de nos rangs, tous les jours le désespoir saisit un des nôtres et le force à s'expatrier ou à abandonner le sanctuaire scientifique pour se jeter dans les voies du charlatanisme ou du commerce : la médecine n'est plus aujourd'hui pour quelques-uns, je ne dirai pas un sacerdoce, mais pas même une profession ; c'est quelque chose d'anormal et sans nom, tenant tout à la fois au mercantilisme et à la duperie ; la concurrence loyale, l'ambition généreuse ont abandonné bien des cœurs ; tous les sentiers, quelque boueux et quelque couverts qu'ils soient, paraissent praticables pour arriver aux chalands et lutter contre la misère. Dernièrement j'ai reçu l'avis imprimé suivant d'un projet d'association :

« Un médecin d'une localité de province cherche à fonder une association dont chaque sociétaire ou abonné payera annuellement *un franc*, exigible en deux payements, soit 50 c. au 1er janvier et 50 c. fin juin. « Moyennant cette rétribution, je me charge, dit l'auteur du projet, de soigner exclusivement les membres de la société en cas de maladie, de résider un jour fixe par semaine dans chacun des villages où j'aurai des abonnés (sauf toutefois le cas où un sociétaire d'une autre commune exigerait impérieusement mes soins) ; de faire ou faire faire les opérations chirurgicales de second ordre ; de me transporter au domicile du malade *forcément alité*, toutes les fois que j'en serai requis ; de donner dans tous les autres cas des consultations de cabinet, verbales ou écrites ; enfin, de prévenir par des circulaires imprimées tous mes abonnés des maladies endémiques ou épidémiques qui paraîtraient se propager, et leur donner en même temps tous les conseils hygiéniques opportuns. » La société, pour être définitivement constituée, devra compter 4,000 signataires au moins. Si le nombre des sociétaires s'élève à 4,500, le médecin se chargera de faire appeler en consultation, quand besoin sera, tel médecin des environs qui lui sera désigné, et cela à ses frais. »

Y a-t-il, pour peindre l'état de malaise de notre profession, des arguments plus forts que cette terrible réalité qui réduit la pratique de notre art aux conditions du dernier des métiers ; notre dégradation est-elle assez profonde et faudra-t-il attendre, pour porter le fer rouge dans ce chancre qui nous dévore, que la misère nous ait jetés dans le désespoir ?

Quelques optimistes, s'appuyant peut-être sur la statistique que le journal le *Droit* a dernièrement publiée sur la maison de Clichy, nous opposeront le chiffre minime de médecins enfermés pour dettes, comparé aux chiffres des autres professions. Nos lecteurs verront sans doute avec plaisir ce tableau comparatif, dont la valeur comme preuve de notre bien-être n'a pas toute la portée qu'il semble avoir au premier abord ; voici donc cette statistique, qui comprend les années 1847 et 1849, dont le choix sera apprécié par tout le monde :

1847. *Professions.*		1849. *Professions.*	
Avocats, agents d'affaires.	12	Avocats agents d'affaires.	6
Négociants.	61	Négociants - marchands. .	66
Entrepreneurs	25	Entrepreneurs.	6
Tailleurs.	13	Tailleurs.	6
Employés.	31	Employés.	18
Propriétaires-rentiers. . .	63	Propriétaires-rentiers. . .	49
Voituriers.	8	Voituriers.	4
Industriels.	178	Industriels.	65
Hommes de lettres. . . .	18	Hommes de lettres. . . .	16
Militaires.	5	Militaires.	4
Ouvriers.	8	Ouvriers.	6
Sans profession.	31	Sans profession.	35
Mécaniciens.	7	Mécaniciens-serruriers. .	3
Porteurs d'eau.	6	Porteurs de charbon. . .	2
Etudiants.	9	Etudiant.	1
Professeurs.	4	Professeur.	0
Fabricants.	29	Fabricants.	5

ces cas à la ligature par la méthode d'Anel. Or, suivant des recherches que M. Nélaton a déjà fait connaître à l'Académie l'année dernière et que celles de M. Notta ont confirmées, la doctrine généralement admise n'est rien moins que vraie, et dans ces cas comme dans ceux où l'on pratique la ligature d'Anel, le fil ne coupe jamais que les deux tuniques internes, en respectant la troisième; et quand, par exception très rare, l'artère participe réellement à l'inflammation, celle-ci ne s'étend jamais loin sur le vaisseau; en le disséquant dans l'étendue d'un à deux centimètres au plus, on peut appliquer la ligature avec la même sécurité que si l'on agissait d'après la méthode d'Anel.

On voit, d'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, de quel intérêt sont les recherches de M. Notta, et quelles preuves d'excellent esprit d'observation a données ce chirurgien. Espérons qu'il ne s'en tiendra pas là, et qu'il augmentera le nombre de ces habiles praticiens de province qui savent concilier le culte de la science avec les exigences du monde et de la clientèle.

H. de Castelnau.

DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

par les inspirations de vapeurs iodées.

(Deuxième article. — *Voir* le numéro du 7 janvier.)

Lorsqu'on réfléchit à l'opiniâtreté des tubercules pulmonaires, quelle que soit d'ailleurs la médication dont on fasse usage pour les combattre, on n'est point étonné du découragement qu'éprouvent certains médecins lorsqu'ils sont appelés à traiter les malades qui en sont atteints.

Ce découragement est encore accru par l'ingratitude dont ces médecins se trouvent presque toujours payés lorsqu'ils guérissent.

En effet, on est tellement pénétré dans le monde de cette idée que la phthisie pulmonaire est incurable, qu'on aime mieux croire à une erreur de diagnostic qu'à l'efficacité d'un remède quelconque.

Ne nous laissons pas aller nous-même à ce découragement, et poursuivons la tâche que nous nous sommes volontairement imposée.

Voyons donc, avant d'aller plus loin, ce que renferme le travail présenté par M. Chartroule à l'Académie de Médecine.

On peut le diviser deux parties :

La première relate quelques observations de tubercules pulmonaires améliorés par M. Piorry au moyen de l'iodure de potassium;

La seconde renferme de nouveaux faits d'amélioration de phthisie pulmonaire par l'emploi de l'iode administré sous les deux formes dont nous avons parlé.

Faisons connaître sommairement ces deux parties du travail de M. Chartroule.

1° Il résulte des faits contenus dans la première que M. le professeur Piorry avait déjà fait prendre en 1842, à un assez bon nombre de phthisiques, de l'iodure de potassium avec une amélioration notable dans l'état général de la plupart d'entre eux, lorsqu'il entreprit, l'année suivante, de nouvelles expériences pour éprouver encore et sur une plus grande échelle l'action du médicament dont il avait obtenu des avantages incontestables.

Ces avantages furent constatés de nouveau pour la deuxième fois.

Ils consistèrent, pour quelques malades, dans une toux plus rare, dans une expectoration moins pénible, dans une respiration plus facile; et, pour quelques autres, dans des hémoptysies moins fréquentes, dans une diminution de l'obscurité du son ou de la matité pulmonaire, etc.

M. Chartroule énumère ces faits dans son travail, et il cite en particulier, à l'appui des assertions de M. Piorry, une observation des plus intéressantes.

La malade qui fait le sujet de cette observation portait au-dessous de la clavicule droite une *caverne entourée d'un tissu pulmonaire induré*. Cette malade toussait beaucoup et crachait abondamment. Elle était d'une maigreur extrême. Elle avait de plus des sueurs et de la diarrhée. Sous l'influence de l'iodure de potassium continué pendant six mois, l'induration pulmonaire se dissipa, la toux et l'expectoration diminuèrent, les sueurs et la diarrhée cessèrent, l'embonpoint reparut.

M. Chartroule rapproche de cette observation d'autres observations du même auteur qui témoignent des bons effets de l'iodure de potassium dans des cas de tubercules crus ou ramollis. Il ajoute que M. Piorry fait en même temps pratiquer sur les points du thorax en rapport avec les tubercules des frictions avec la *teinture d'iode* (1).

2° Pour M. Chartroule, « le mode le plus rapide et le plus sûr de faire parvenir des substances gazeuses ou en vapeur dans le sang, c'est de les faire inspirer avec l'air qui s'introduit dans les poumons. »

C'est en obéissant à cette idée que M. Chartroule a été conduit à donner l'iode pur suspendu dans l'air. Il a voulu que ce corps simple fût porté directement sur les bronches et sur le tissu pulmonaire.

Ce nouveau mode d'administrer l'iode a produit, comme nous l'avons dit, des résultats assez satisfaisants. M. Chartroule les signale dans la deuxième partie de son travail.

A. Une première observation est celle d'un vieillard dont l'un des poumons est le siége de cavernes tuberculeuses avec induration. On le soumet à l'usage des inspirations d'iode et des frictions avec de la teinture iodée. Les signes physiques qui traduisaient l'engorgement et les cavernes pulmonaires annoncent au bout de quelque temps une amélioration sensible de l'état local. Des symptômes alarmants, tels que l'expectoration de crachats abondants, nummulaires, purulents, la fièvre, etc., s'amendent, et le malade, qui semblait être à l'agonie, peut se rendre en voiture dans une campagne éloignée de 15 kilomètres de Paris.

B. Une deuxième observation est celle d'une jeune dame dont le sommet du poumon gauche est le siége de pectoriloquie, de respiration amphorique, de gargouillement et de matité. A ces phénomènes se joignent la plus grande partie des symptômes qui forment le cortége habituel des tubercules pulmonaires. Joignez à cela que la malade avait vu mourir un de ses enfants de la phthisie pulmonaire.

Des frictions locales avec la teinture d'iode, des inspirations de vapeurs iodées au moyen de cigarettes d'abord, et ensuite au moyen de l'appareil dont nous donnerons bientôt la description, amènent dans l'état de la malade une telle amélioration, qu'elle peut recouvrer l'appétit et le sommeil perdus depuis longtemps, respirer bien plus à son aise, et faire, en voiture, des promenades assez longues.

C. D'autres faits sont simplement mentionnés par M. Chartroule. Ils ont trait soit à des malades qui sont encore en traitement, soit aux malades de la Pitié dont nous avons déjà parlé.

M. Chartroule déduit de ce qui précède :

1° Que l'emploi des vapeurs iodées peut être d'une grande utilité dans le traitement des tubercules pulmonaires;

2° Que ces vapeurs peuvent se dégager d'un appareil renfermant de l'iode ou de cigarettes contenant des proportions déterminées de cette substance;

3° Que l'usage des vapeurs iodées n'exclut pas celui de l'iodure de potassium ou de tout autre moyen qu'il peut être utile de prescrire aux phthisiques;

4° Enfin, que l'emploi de l'iode, administré sous différentes formes, ne présente aucun inconvénient.

Nous verrons bientôt jusqu'à quel point chacune de ces conclusions peut être maintenue, lorsque nous aurons recueilli nous-même de nouvelles observations.

Des médecins dignes de foi nous ont affirmé qu'ils avaient vu survenir des hémoptysies chez des malades soumis aux inspirations iodées.

Nous aurons donc à rechercher s'il faut regarder ces hémoptysies comme conséquence du nouveau remède ou simplement comme coïncidence.

L. Mailliot.

(1) Pour que cette teinture irrite moins la peau, M. Piorry la fait étendre de moitié son poids d'alcool, et il recommande de ne pas faire deux frictions de suite sur la même partie.

DE L'EMPLOI DU GAMBIER

dans le traitement des fièvres intermittentes.

Par M. le docteur Ch. Dumars.

Pour peu que les découvertes de médicaments antipériodiques se multiplient encore quelque temps, comme elles se sont multipliées depuis deux ou trois ans, ces remèdes seront bientôt plus nombreux que les malades atteints de fièvres intermittentes. Continuons néanmoins à enregistrer les résultats qu'on dit avoir obtenu à l'aide de tous ces succédanés du quinquina. Si parmi eux tous il s'en trouvait un seul de réellement efficace, les tentatives des honorables investigateurs auraient certainement eu un beau résultat.

Obs. I. — Une jeune femme âgée de vingt-six ans, d'un tempérament des plus nerveux, d'une constitution bonne et forte, ayant toujours joui d'une santé parfaite, alla habiter avec son mari une maison de campagne située dans la commune de Lattes, lieu infecté par les miasmes les plus délétères en été, vu que les marais entourent presque toutes les habitations.

Atteinte vingt jours après son arrivée (au mois de juin) d'une violente fièvre intermittente tierce, elle restait deux heures environ dans l'accès de froid et autant dans le chaud. Aussi, craignait-on qu'étant enceinte de sept mois et demi à peu près, elle n'avortât. On fit appeler un médecin qui lui prescrivit une très forte dose de sulfate de quinine. Quinze jours s'écoulèrent, et les accès, de tierce qu'ils étaient, devinrent quotidiens. On redoubla le sulfate, mais infructueusement. On essaya enfin la résine de quina et deux potions dans chacune desquelles entraient 8 grammes de cette substance, 1 gramme de sulfate de quinine, autant de sel d'absinthe, 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; mais la fièvre ne fit qu'augmenter. La femme avorta enfin pendant un violent accès de froid, et son enfant mourut trois jours après, à la suite d'un accès.

Ne voulant pas prendre un nourrisson étranger, elle se contenta de faire teter un chien. Comme elle avait beaucoup de lait, les mamelles devinrent dures et bosselées; des abcès se formèrent sur divers points, et c'est alors qu'elle fut transportée à Montpellier pour y rester, espérant son salut de l'efficacité de notre délicieux climat.

Le lendemain de son arrivée, un nouvel accès se déclara; je fus appelé pour lui donner des soins; je trouvai la malade dans un état de faiblesse, de maigreur et d'irritation difficiles à décrire; le pouls dur et intermittent, la langue très rouge et la peau brûlante. Je devais renoncer au sulfate de quinine, vu son impuissance, et il me fallait néanmoins combattre la fièvre qui l'accablait.

Je n'hésitai pas à prescrire les pilules d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée du docteur Baud, et lui recommandai d'en prendre dix dès le début du froid. Le lendemain, à midi, la fièvre se déclare; dix pilules sont immédiatement prises, et douze minutes après, le calme le plus parfait se rétablit; elle fut littéralement couverte de sueur, s'endormit, et, s'étant réveillée trois heures après, mangea un potage au gras, se leva et se promena dans sa chambre.

Les pilules furent continuées de six en six heures par 10 chaque fois, et la fièvre n'a plus reparu.

1847. *Professions.*		1849. *Professions.*	
Courtiers.	8	Courtiers.	9
Médecins.	6	Médecins.	2
Artistes.	5	Artistes.	4
Ingénieurs.	6	Ingénieurs.	6
Architectes.	9	Architecte.	1

Les médecins se trouvent dans ce tableau dans une proportion excessivement restreinte : est-ce à dire que leur position est moins précaire? Non sans doute, car les personnes enfermées dans la prison pour dettes ne le sont qu'en vertu d'un jugement du tribunal de commerce, qui ne statue, on le sait, que sur les faillites et les billets à ordre non payés. Le médecin, par le caractère de sa profession, ne peut être déclaré en faillite et n'engage qu'exceptionnellement sa signature; et cela est si vrai que toutes les professions libérales qui, à l'exemple de la médecine, ne relèvent pas du Code de commerce figurent dans la statistique du journal le *Droit* pour des chiffres excessivement minimes en comparaison des professions commerciales et industrielles.

Ce tableau n'infirme donc en rien ce que j'ai avancé sur l'état de gêne de la profession médicale. Cet état, qui chez beaucoup est voisin de la misère, a sur la vie du médecin une influence fâcheuse. Notre vie moyenne, tout le monde le sait, est bien inférieure à la vie moyenne des autres classes de la société vivant par l'intelligence; sans doute, les fatigues incessantes auxquelles notre corps est soumis, l'intempérie des saisons que notre ministère nous fait un devoir de braver usent avant l'âge notre organisme et soulèvent avant le temps la pierre de nos tombeaux; cependant, la détresse que nous signalons n'est pas sans influence sur la brièveté de notre vie, car un économiste distingué de Berlin, le professeur Casper, a prouvé par des chiffres les tristes résultats de la pauvreté sur la durée moyenne de la vie. Il a pris pour terme de comparaison les deux extrêmes de l'échelle sociale : d'un côté *mille* personnes appartenant à des familles de princes et de ducs que lui a fournies l'aristocratique almanach dit de *Gotha*, et de l'autre *mille* pauvres de la ville de Berlin inscrits parmi ceux qui vivent d'aumônes et dont les décès ont été constatés par des rapports officiels. Sans doute, la médecine n'a sa place marquée ni dans l'une ni dans l'autre de ces extrémités de l'échelle sociale; mais, en lui faisant une part moins précaire que celle du mendiant et en lui tenant compte cependant des souffrances morales auxquelles l'expose son éducation et dont généralement sont privés les pauvres inscrits aux bureaux de bienfaisance, on trouvera quelque intérêt pour le sujet qui nous occupe à connaître les résultats auxquels est arrivé le professeur Casper :

Sur mille individus riches et mille pauvres existaient encore :

A l'âge de	Riches.	Pauvres.
5 ans	943.	655
10.	938.	598
15.	911.	584
20.	885.	566
25.	852.	553
30.	796.	527
35.	753.	486
40.	693.	446
45.	624.	396
50.	357.	338
55.	464.	283
60.	398.	226
65.	318.	172
70.	235.	117
75.	139.	65
80.	57.	21
85.	29.	9
90.	15.	4
95.	1.	2
100.	0.	0

De ce tableau résulte cette conséquence que les chances de vie et de longévité sont *deux fois* plus considérables pour le riche que pour le pauvre, puisque à l'âge de 70 ans, par exemple, il reste des deux nombres primitifs égaux deux fois plus de riches que de pauvres, qu'il en reste trois fois plus à 85 ans et presque quatre fois plus à 90. L'âge moyen de 1,000 princes et ducs s'est élevé à 50 ans, celui des pauvres à 32 ans.

Avec cette statistique intéressante, on peut établir des échelons entre l'extrême misère et l'extrême opulence, et obtenir le chiffre de la vie moyenne pour chaque position sociale; celui de la profession médicale, j'en suis sûr, se rapprocherait beaucoup plus de l'âge moyen des pauvres que de celui des princes et des ducs.

Comme on le voit, la position précaire des travailleurs industriels et agricoles n'est pas la seule à réclamer l'attention du législateur, et, sans affaiblir en rien la légitimité de leurs plaintes, je pense qu'il n'est pas moins urgent d'écouter aussi nos doléances, et j'estime qu'on nous ferait certainement moins attendre la loi que nous sollicitons depuis si longtemps si une enquête était ouverte sur l'état de la médecine tant dans les villes que dans les campagnes.

Qu'il me soit permis en terminant d'exprimer une espérance : j'aime à croire que mes critiques seront satisfaits de ma gravité, que l'un me continuera l'honneur de me lire et que l'autre retirera sa menace de désabonnement. Pourtant, je les connais assez rancuneux pour ne me tenir aucun compte de mon bon vouloir, et ils prétendront peut-être qu'il était assez difficile de plaisanter en un sujet aussi sérieux et aussi triste. Oui, cela est vrai, et, si mes critiques me gardent toujours rancune, je m'en consolerai en songeant que je n'ai point mérité cette apostrophe du poëte :

Honte à qui peut chanter pendant que Rome brûle,
S'il n'a l'âme et la lyre, et les yeux de Néron, etc.

Félix Roubaud.

Le conseil de santé maritime de Gênes vient de supprimer la quarantaine de douze jours imposée aux provenances de l'Algérie, pourvu toutefois que les navires qui en proviendront aient quitté cette province avant le 10 janvier, et ne portent point de chargement de chiffons, auxquels ils seraient astreints aux règlements en vigueur.

Pendant un mois, la guérison fut complète ; mais cette femme étant obligée de s'en retourner à Lattes, les accès revinrent huit jours après. Sa mère vint me trouver, et me demanda une ordonnance pour aller chercher les mêmes pilules. Elle lui en porta encore un flacon de 40 ; pour cette fois, l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée fut sans effet.

Ayant lu dans un intéressant ouvrage (1) de M. Itier, directeur des douanes à Montpellier, que les médecins chinois prescrivent le gambier dans les diarrhées, les fièvres intermittentes, les dysenteries, etc., je fus tenté d'en faire l'essai.

M. Itier ayant eu la bonté d'en mettre à ma disposition, je fis confectionner de suite 30 pilules, contenant chacune 15 centigrammes de gambier ; je dis à cette femme d'en prendre deux de trois en trois heures avant l'accès.

Le lendemain, la fièvre manqua ; et depuis trois mois elle va bien, n'a pas érouvé le plus léger malaise ; son embonpoint primitif revient ; bref, elle est guérie, et 30 pilules ont suffi.

Obs. II. — La femme du sieur Maurette, préposé des douanes à Gramenet, âgée de trente ans, d'une bonne et forte constitution et d'un tempérament nervoso-sanguin, fut prise d'une violente fièvre quotidienne qui ne put être enrayée par le sulfate de quinine que je lui donnai à une assez forte dose, et c'est tout au plus si elle est restée quatre jours sans avoir l'accès.

Comme elle est nourrice, et craignant de l'irriter en continuant le sulfate, je lui donnai 30 pilules contenant chacune 15 centigrammes de gambier ; à peine furent-elles prises, que la guérison fut complète ; son nourrisson, âgé de onze mois, et qui était aussi affecté d'une fièvre intermittente tierce qui n'avait pu céder à l'emploi du sirop de quina, n'a plus éprouvé le plus léger symptôme depuis que sa mère a pris le gambier.

Obs. III. — Agée de quarante ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution des plus robustes, la femme du sieur Faur Cavalé, préposé des douanes à Gramenet, fut atteinte le 1er août de grands vomissements accompagnés d'un délire frénétique et d'insupportables picotements dans l'estomac. Appelé le jour même pour lui donner mes soins, j'appris du mari que la veille et à la même heure il en avait été de même. Je ne doutai plus dès lors avoir affaire à une fièvre intermittente quotidienne ; mais, comme la malade était beaucoup plus incommodée par les picotements que par l'accès lui-même et ne vomissait que lorsqu'ils devenaient plus intenses, je lui demandai si elle n'était pas sujette aux vers. Sur son affirmation, je crus rationnel de combattre les deux affections en même temps, et je fis préparer la potion suivante :

Décoction de quina.	240	grammes.
Teinture de castoréum.	21	—
Acétate d'ammoniaque liquide. .	32	—
Calomel à la vapeur.	1	—
Sirop ordinaire.	32	—

à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. Le vomissement s'arrêta après la quatrième cuillerée ; mais le lendemain à la même heure les mêmes symptômes reparurent et la malade vomit un ver de 7 pouces de longueur. A ma deuxième visite, je la trouvai extrêmement abattue, le pouls dur, la face animée, les yeux larmoyants, la peau brûlante, la langue d'un rouge assez vif ; ses règles l'avaient prise dans la nuit.

Je m'étais à peine séparé d'elle qu'il survint de grands frissons avec des picotements à l'estomac ; elle vomit encore deux vers, et quelques heures après elle en rendit un troisième par le bas.

Quatre à cinq jours se passèrent ainsi dans un calme parfait ; mais le sixième un violent accès eut encore lieu ; je lui prescrivis 1 gramme sulfate de quinine divisé en six doses à prendre de trois en trois heures ; les septième, huitième et neuvième jours, la fièvre fut à peine sensible, mais elle reparut le dixième avec plus de force que jamais.

Je me décidai à lui faire prendre une potion dans laquelle je fis mettre :

Résine de quina.	6	grammes.
Sulfate de quinine.	1	—
Sel d'absinthe.	1/2	—

La fièvre cessa complétement. Deux jours après, la malade prit des bouillons de viande, mangea le surlendemain, se leva et n'éprouva plus aucun symptôme ; mais le 22 septembre les accès se déclarèrent de nouveau et devinrent quotidiens.

Craignant de trop irriter l'estomac de cette malade en lui donnant encore une nouvelle dose de quinine, je priai M. Honoré Gay, professeur-agrégé à l'Ecole de pharmacie de Montpellier, et chimiste aussi distingué que modeste, de me préparer quarante pastilles au chocolat avec l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, à l'instar de celles du docteur Baud.

Cette femme en prit dix dès le début de l'accès ; le froid s'arrêta spontanément ; huit minutes après la malade s'endormit, et s'étant réveillée après trois heures de bon sommeil, se trouva si bien, qu'elle se leva.

Les autres pastilles furent prises par 10, chaque fois, de six en six heures, et la fièvre cessa complétement.

Un mois après sa guérison, comptant sur sa force physique et sur son bien-être, car il lui semblait, disait-elle, n'avoir jamais été malade, elle eut l'imprudence de laver son linge dans le canal qui est en face du poste de la douane de Gramenet, et les accès revinrent le même soir.

On m'appela le troisième jour, et je la trouvai dans la période du froid ; la fièvre était quotidienne.

Voulant encore essayer le gambier, je lui envoyai trente pilules contenant chacune 15 centigrammes de cet astringent ; elle en prit deux de trois en trois heures ; et, pour cette fois, il n'y a plus eu de récidives, malgré quelques écarts dans le régime de la malade.

Obs. IV. — Le sieur Carrère, sous-brigadier des douanes à Gramenet, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution qui ne laisse rien à désirer, étant à faire son quart de faction pendant la nuit du 21 août, éprouva de légers frissons qu'il attribua d'abord au vent du midi qui soufflait assez fort ; il prit le parti de se promener à grands pas afin de se réchauffer, et une heure après seulement, une chaleur excessive s'empara de tout son corps. Etant remplacé par un autre factionnaire, il se mit de suite au lit ; le lendemain, à midi, l'accès reparut, et le 23 aussi, à la même heure. Etant appelé pour lui donner mes soins, je trouvai mon malade ayant le facies d'un jaune prononcé, la langue extrêmement sale, l'haleine fétide ; il accusait un gros poids sur l'estomac, qui l'oppressait, disait-il.

Prescription du 24 et du 26 : Ipécacuanha, 75 centigramm. ; tartre stibié, 15 centigrammes ; le tout divisé en trois prises ; le malade vomit une énorme quantité de bile, et se trouve soulagé.

Le 26, purgation avec une bouteille d'eau de Sedlitz ; selles copieuses chargées de bile.

Le 27 et le 28, le calme est parfait, et je crus devoir attendre, vu que les années précédentes ce traitement lui avait suffi.

Le 29, nouvel accès. — 18 grains sulfate de quinine à prendre par 3 grains de trois en trois heures.

Le 30 et le 31, point d'accès.

Le 1er et le 3 septembre, réapparition de la fièvre, mais elle est tierce. — Encore 90 centigrammes de sulfate de quinine, mais en rapprochant les prises de deux en deux heures... Les accès persisteut.

Voyant l'insuccès du sulfate, je lui fis prendre, le 6, les pilules du docteur Baud avec l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. Le malade resta six jours sans fièvre ; mais le septième, les accès devinrent plus forts qne jamais (deux beures de froid, deux heures de chaud).

J'eus alors recours aux pilules de gambier au nombre de trente, et contenant chacune 15 centigrammes de cet astriugent de deux en deux heures ; la guérison fut complète. Nous voilà arrivé, au 26 octobre, et il n'y a plus eu de récidives.

Obs. V. — Agée de vingt-quatre ans, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une très bonne constitution, la femme du sieur Noyez, préposé des douanes à Gramenet, fut, douze jours après son arrivée à cette résidence, affectée d'une fièvre intermittente quotidienne dont les accès (froid et chaud) duraient près de quatre heures.

Etant venue me consulter et m'ayant d'abord accusé un grand dégoût pour tous les aliments, je n'hésitai pas, vu l'état de sa langue, à lui prescrire 64 grammes d'huile de ricin. Ce purgatif fit bon effet, et la malade resta six à huit jours sans accès, mais la fiève reparut du neuvième au dixième.

Venant d'avoir naguère les fièvres au poste de Marquis, où elle était, elle ne me cacha pas son appréhension pour le sulfate de quinine. J'eus dès lors recours aux pilules de gambier, lui en remis 30 de 15 centigr. chacune à prendre comme il a été déjà dit plus haut, et la fièvre a disparu.

Obs. VI. — Un jeune enfant de huit ans environ était atteint depuis le mois d'août d'une fièvre intermittente tierce qui ne céda à aucun traitement que put lui opposer le médecin qui le soignait, et les parents, fatigués de le médicamenter, résolurent de laisser agir la nature et commencèrent par le soumettre à un bon régime : le pauvre enfant en avait grand besoin, car il était comme un squelette.

Ayant appris que j'avais fait prendre un nouveau remède qui ne contenait pas de quinine, le père vint me prier de vouloir bien avoir pitié de son enfant. Je lui remis vingt pilules de gambier de 15 centigrammes chacune ; et à peine fut-il arrivé à la dixième que la fièvre avait cessé ; les accès n'ont plus reparu.

Le jeune malade ayant une invincible répugnance pour les pilules, on faisait dissoudre les miennes dans une tasse d'eau sucrée, et c'est ainsi qu'il les prenait par deux de quatre en quatre heures. (*Gaz. méd. de Montpellier.*)

(1) Journal d'un voyage en Chine, tome 1, page 220.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 janvier 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Boinet, à propos du procès-verbal, entre dans les détails suivants :

Dans le courant de novembre dernier, un jeune homme de vingt-quatre à vingt-cinq ans vint me consulter, parce qu'il ne pouvait plus ouvrir la bouche et qu'il craignait, le mal augmentant chaque jour, de ne pouvoir bientôt plus prendre d'aliments ; il en était déjà réduit aux potages. Cette difficulté d'ouvrir la bouche lui était venue peu à peu et presque à son insu, du moins il n'en connaissait pas la cause, qu'il attribuait pourtant à une ulcération qu'il avait au fond de la bouche, ulcération qu'il avait cautérisée et fait cautériser maintes et maintes fois. Il avait d'ailleurs remarqué qu'après chaque cautérisation l'écartement des mâchoires devenait plus facile. D'abord ce resserrement des mâchoires, qui avait commencé par un peu de roideur ou de difficulté dans les mouvements du côté droit, ne l'avait inquiété que médiocrement, et il l'avait négligé tant qu'il avait pu ouvrir la bouche pour manger. Suivant le malade, le début de cette affection remonterait à peine à six semaines. Ce jeune homme, d'une assez bonne constitution, m'a confessé qu'il avait eu plusieurs fois des chancres et des blennorrhagies, mais qu'il se croyait parfaitement guéri de toutes ces affections. Son dernier chancre daterait de plus de deux ans. Il attribue l'ulcération qu'il a au fond de la bouche à sa dent de sagesse, qui n'est pas entièrement poussée et qui est encore recouverte par les tissus. C'est pour détruire les parties qui recouvrent cette dent et l'ulcération qui en serait la suite qu'il s'est soumis à de nombreuses cautérisations faites avec divers caustiques : nitrate d'argent, sulfate de cuivre. Le malade, ne pouvant ouvrir la bouche, il m'est impossible de bien voir cette ulcération. Les mâchoires sont assez rapprochées pour ne pas permettre, même entre les dents incisives, l'introduction d'une pince à pansement. Si le malade fait des efforts pour ouvrir la bouche, il éprouve de la douleur au niveau du masséter droit, qui se contracte et fait saillie sous la peau. Lorsque le malade ferme la bouche et ne fait aucun effort pour l'ouvrir, le masséter droit n'est ni plus saillant, ni plus douloureux que celui du côté opposé. A la pression et au toucher, on ne sent ni dureté, ni tension, et le malade n'accuse aucune douleur.

L'aveu, les antécédents et l'examen du malade me firent penser qu'il existait une rétraction du masséter. Mais cette rétraction était-elle de nature syphilitique ? Je suis tout disposé à le croire, en raison surtout de l'amélioration prompte et de la guérison radicale qu'il a obtenue sous l'influence de l'iodure de potassium pris pendant cinq semaines à la dose de trois cuillerées à bouche par jour formulée comme il suit :

Eau.	500	grammes.
Iodure de potassium. . . .	15	—

Cependant, ne pourrait-on pas attribuer la rétraction de ce masséter à l'irritation qu'il aurait éprouvée par le voisinage de cette ulcération du fond de la bouche qu'on cautérisait tous les jours et même plusieurs fois par jour depuis un mois ? car je n'ai senti dans ce masséter ni épaississement, ni gonflement, ni dureté ou nodus lorsqu'il était à l'état de repos. J'ai dit qu'il devenait dur, tendu, seulement lorsque le malade faisait des efforts pour écarter les mâchoires. Depuis la guérison, le mouvement de ce masséter est facile, complet, normal ; ce qui prouverait que le tissu musculaire ou fibreux n'a nullement été altéré.

Dans ce cas, il ne suffisait pas de chercher à guérir la cause de cette rétraction musculaire, mais il était urgent de remédier à ses effets immédiats ; d'abord pour permettre au malade de prendre des aliments, ensuite pour soigner l'ulcération du fond de la bouche. Dans ce but, j'introduisis entre les dents incisives d'abord, et les jours suivants entre les premières molaires, un instrument à l'aide duquel je pus écarter les mâchoires.

Voici cet instrument, que j'ai l'honneur de présenter à la Société. Il n'est pas nouveau ; il m'a été fourni par M. Charrière pour ouvrir et maintenir ouverte la bouche d'un monsieur qui voulait se laisser mourir de faim. Pendant trois semaines j'ai fait usage de cet instrument tous les jours, et suis parvenu peu à peu à donner un écartement raisonnable aux mâchoires. Après cette opération, le malade pouvait ouvrir les mâchoires, jusqu'au point où je les avais ouvertes avec l'instrument ; mais le lendemain il avait en partie perdu le bénéfice de cette manœuvre, et les mâchoires subissaient un rapprochement sensible. Cet écartement forcé des mâchoires était très douloureux pour le malade, et la douleur siégeait dans toute l'étendue du masséter. Deux fois pendant le cours de ces manœuvres, il m'est arrivé d'ouvrir la bouche dans toute son étendue, la résistance cédant tout à coup comme si une rupture avait eu lieu ; cette résistance vaincue si subitement, et excessivement douloureuse pour le malade, me fit craindre d'avoir luxé ou fracturé la mâchoire inférieure, ou rompu quelques fibres du masséter... Du sang s'écoulait par la bouche provenant de l'ulcération, et le malade pouvait se livrer à tous les mouvements de ses mâchoires. La première fois, après cet écartement subit, je crus le malade guéri ; mais quel ne fut pas mon étonnement, à la visite du lendemain, de retrouver les mâchoires presque aussi serrées qu'avant, et d'être obligé de revenir à mes manœuvres d'écartement !... Il en fut de même à la seconde fois, et la rétraction ne céda qu'à la longue et sous l'influence d'écartements progressivement augmentés et maintenus pendant huit à dix minutes à chaque opération, dans le but de vaincre la résistance opposée par le masséter et d'allonger ses fibres. Pendant ces manœuvres je cautérisai plusieurs fois l'ulcération du fond de la bouche, tantôt avec la pierre infernale, tantôt avec de la teinture pure d'iode. Six semaines après ce traitement, le malade était parfaitement guéri, et n'a rien éprouvé de nouveau depuis bientôt un mois qu'il a cessé tout traitement.

M. Forget communique le résultat de ses recherches faites sur la fracture du péroné à l'époque où il était interne.

Dans la dernière séance, dit-il, j'ai prétendu que le signe donné par M. Maisonneuve pour reconnaître la fracture sus-malléolaire du péroné n'était pas nouveau, que je l'avais indiqué il y a plusieurs années, et que souvent j'y avais eu recours. Pour prouver ce que j'ai avancé, j'ai rapporté deux observations, dont l'une est de 1836, et l'autre de 1837.

Dans la première, se trouve le passage suivant : « En comprimant avec le pouce sur le sommet de la malléole externe, je remarquai que, par un léger mouvement de bascule, je la ramenais en dedans. Je répétai cette pression en même temps que j'explorais avec les doigts de l'autre main la face externe du péroné. »

Un peu plus loin on lit : « Le plus léger mouvement de bascule de l'extrémité supérieure du fragment inférieur en dedans le porte au contact avec la face correspondante du tibia. »

Enfin, la seconde observation est encore plus concluante. Voilà le passage qu'elle renferme :

« J'appliquai la pulpe des deux premiers doigts de la main gauche sur le sommet de la malléole, les deux mêmes doigts de la main droite restant appliqués sur le lieu où la fracture me semblait exister ; j'imprimai des mouvements de bascule en comprimant fortement sur l'extrémité du péroné, et je pus apprécier nettement, avec les doigts de la main droite, la solution de continuité de l'os, le fragment inférieur pouvait être déprimé de dehors en dedans assez facilement à son extrémité supérieure. »

M. Forget pense que ces citations suffiront pour démontrer que le moyen de diagnostic dont il s'agit était loin de constituer une innovation, qu'il y a eu recours pour la première fois il y a quinze ans, et que depuis il l'a constamment employé.

Correspondance.

M. le président de la Société de Chirurgie a reçu une lettre de M. Robert, dans laquelle notre collègue déclare employer depuis plus de six ans le moyen indiqué par M. Maisonneuve, et qu'il est longuement décrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, année 1846, page 139, dans une revue clinique de l'hôpital Beaujon.

M. Maisonneuve déclare, après la communication du manuscrit de M. Forget et la lettre de M. Robert, ne plus persister dans la pensée qu'il était le premier qui eût employé le signe qu'il a donné comme propre à reconnaître la fracture du péroné ; mais il est heureux d'avoir attiré l'attention de ses confrères sur un moyen peu connu, peu employé, et qui peut rendre d'importants services.

— M. Lenoir présente un calcul vésical volumineux qu'il a extrait ces jours derniers par une opération de taille périnéale, dans des circonstances assez insolites.

L'opéré est un homme de cinquante ans environ, venu à Paris d'un des départements du nord de la France. Il raconte qu'il y a six mois il a été taillé par un chirurgien de la ville qu'il habite, et que, bien qu'on eût fait pendant près d'une heure des tentatives pour extraire sa pierre, on fut forcé d'abandonner celle-ci dans la vessie et de laisser la plaie du périné se cicatriser.

Il porte aujourd'hui une cicatrice semi-lunaire placée à un pouce et demi au-devant de l'anus, et allant d'une tubérosité de l'ischion à l'autre. Cette cicatrice offre un petit orifice fistuleux au niveau du raphé périnéal. Le malade a d'abord été placé dans le service de M. Civiale, qui l'a considéré, en raison de l'état de sa vessie et du volume du calcul qu'elle renferme, comme impropre à la lithotritie, et qui l'a adressé à M. Lenoir pour le tailler.

M. Lenoir, ayant appris par expérience que, dans les cas de calculs volumineux où la vessie est presque toujours sur le corps étranger et forme une tumeur profondément cachée dans le petit bassin, derrière la symphyse des pubis, on éprouve de grandes difficultés à pratiquer la taille hypogastrique, et que, consécutivement à l'opération, on a presque infailliblement des épanchements urineux dans le tissu cellulaire sous-périnéal, préféra à cette taille une taille périnéale, qui donne le plus grand débridement possible de la prostate.

On avait déjà fait la taille bilatérale de Dupuytren. M. Lenoir pratiqua celle qui a été décrite par M. Senn, de Genève, et qui consiste aussi dans deux incisions latérales de la prostate, mais dont l'une est oblique (*c'est celle qu'on fait à gauche*) comme dans la taille latéralisée, tandis que l'autre est horizontale et porte sur le côté droit du col de la vessie. Cette taille, suivant M. Lenoir, offre une disposition d'ouverture plus favorable que la taille bi-oblique de Dupuytren à l'extraction de gros calculs; ce fut elle qu'il pratiqua et qui lui permit d'extraire, dans ce cas, un calcul qu'on avait inutilement cherché pendant une heure à faire passer par l'ouverture que donne la taille de Dupuytren. Ce résultat fut d'autant plus facilement obtenu que, pendant la manœuvre, le calcul se brisa en deux portions égales.

M. Vidal. M. Lenoir, en nous rapportant les détails de son opération, établit que le malade, qui n'avait pu être débarrassé de son calcul par la taille bilatérale de Dupuytren, avait été au contraire promptement opéré par le procédé de M. Senn. Mais, pour établir la supériorité de la taille de M. Senn sur celle de Dupuytren, il faudrait savoir si les débridements qu'exigent la taille de Dupuytren ont été suffisamment étendus; si, en un mot, la taille bilatérale a été bien faite.

M. Lenoir, en rapportant le fait qui occupe actuellement la Société de Chirurgie, n'a pas eu la pensée d'établir d'une manière absolue que la taille d'après le procédé de M. Senn fût supérieure à la taille bilatérale; ce fait démontre que là où la taille de Dupuytren avait échoué, la taille qu'il avait choisie a réussi. Quant aux incisions qui avaient été faites aux parties molles par le médecin qui avait tenté l'opération, elles étaient suffisamment grandes; les cicatrices que portaient le malade prouvaient qu'elles n'avaient point été ménagées. Pour ce qui est de la prostate, on sait que du moment que le tissu de cette glande a été intéressé, il se déchire facilement jusqu'à ses limites aponévrotiques par le passage des tenettes et par les efforts d'extraction du calcul.

— M. Maisonneuve revient sur la malade chez laquelle il a dû débrider profondément le périnée afin de pouvoir aviver et faire la suture d'une large fistule vésico-vaginale. Depuis l'opération, l'urine a continué à couler dans le vagin, et cependant l'opération préliminaire a marché vers la cicatrisation comme si ce liquide ne fût pas venu la baigner incessamment; de plus, la fistule vésico-vaginale elle-même s'est réunie partiellement, il est vrai, par seconde intention. Il y a à se demander, en présence de ce fait, si l'urine est véritablement l'obstacle sérieux à la réunion des fistules qui nous occupent; les succès obtenus par M. Jobert ne tiennent-ils pas plutôt au débridement large qu'il a su employer qu'aux précautions qu'il prend pour éviter le passage de l'urine sur les plaies récemment faites?

M. Vidal. Quand j'eus à examiner les causes qui rendent les fistules vésico-vaginales incurables, je dus avoir égard à l'influence de l'urine sur la plaie faite à la vessie; contrairement à ce qu'on avait avancé, je dis que la présence de l'urine n'était pas incompatible avec la réunion, et la preuve se trouve dans ce que j'ai dit à propos des tailles sus-pubiennes, où la cicatrisation se fait malgré le contact continuel de l'urine et de la plaie vésicale.

M. Demarquay. Je ne veux pas combattre l'opinion de mes collègues, mais je ferai remarquer que l'on ne peut pas nier que les produits de sécrétion sont une cause d'obstacle à la réunion des plaies; je pourrais invoquer, à l'appui de mon opinion, tous les efforts que les chirurgiens ont tentés pour obtenir la réunion des fistules salivaires. Mais, pour ne pas sortir du sujet, je dirai que, dans les fistules vésico-vaginales, il est des circonstances où l'urine ne s'oppose pas seulement à la réunion des plaies par ses propriétés chimiques, mais encore d'une manière mécanique. Tel est le cas où la fistule vésico-vaginale occupe le bas-fond de la vessie, tout près des uretères; or, dans ce cas, après l'avivement, les deux uretères peuvent être contenus dans les lèvres de la plaie récemment avivées, et l'urine, filtrant sans cesse dans cette plaie, s'oppose au moins mécaniquement à l'organisation de la lymphe plastique. J'ai été témoin d'un fait de ce genre qui s'est passé dans le service de M. Blandin, et qui a été communiqué par ce chirurgien à l'Académie de Médecine; l'avivement, dans ce cas, avait porté sur l'extrémité des uretères.

M. Monod trouve l'observation de M. Maisonneuve fondée; il ne pense pas non plus que l'urine soit l'obstacle à la réunion. Il a vu à la Maison de Santé une femme affectée d'une fistule vésico-vaginale, dans laquelle on pouvait introduire le doigt; il y avait autour de la fistule un cercle fibreux, cicatriciel. Cette fistule revint petit à petit sur elle-même, malgré le passage continuel de l'urine; elle arriva bientôt au point de ne plus laisser passer que l'extrémité d'un stylet. Alors M. Monod fit l'opération que réclamait cette lésion, sans succès; M. Jobert, qui avait vu la malade et qui tenta la même opération, ne fut pas plus heureux. Enfin, M. Monod ajoute, en terminant, que les succès obtenus dans les opérations de fistules vésico-vaginales par M. Jobert lui paraissent plutôt dus au débridement qu'il opère sur les parties voisines, à l'ablation du tissu cicatriciel, plutôt qu'aux soins qu'il prend de préserver la plaie du contact de l'urine.

M. Huguier appuie l'opinion de M. Maisonneuve et de M. Monod, et cite l'observation d'une jeune femme de Passy, qui guérit d'une fistule vésico-vaginale malgré le passage de l'urine et sans opération. Toutefois, il faut ajouter que des sondes ont été conservées à demeure tout le temps que la plaie a mis à se cicatriser.

— M. Debout. Dans une des discussions récentes sur la valeur de la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes, M. Morel-Lavallée est venu nous citer le fait d'un malade de l'hôpital de la Charité présentant une tumeur pulsatile développée dans la tête du péronée, et chez lequel M. Gerdy avait tenté l'emploi de ce moyen. Les pulsations isochrones aux battements du pouls que présentait la tumeur et leur disparition lorsqu'on comprimait la tumeur semblaient témoigner que cette affection devait être rangée parmi les anévrismes des os. Aussi, avant d'arriver à la ligature de l'artère crurale, M. Gerdy voulut essayer l'électricité. Les détails de cette observation, publiée par M. Malgaigne, nous prouvent que ces tentatives ne furent pas aussi heureuses que les premiers renseignements pouvaient le faire espérer. Sous l'influence de l'excitation produite par la galvano-puncture, la tumeur augmenta de volume, et M. Malgaigne dut lier l'artère crurale et, la guérison n'ayant pas lieu, extirper la portion d'os malade.

M. Debout fait remarquer que cet insuccès de la galvano-puncture doit être rapporté principalement à la nature de la tumeur, qui était un cancer encéphaloïde avec pulsations.

— La Société, formée en comité secret pour entendre l'exposé fait par M. Deguise père des circonstances fatales qui ont amené sa récente condamnation en police correctionnelle, écoute cette communication avec un douloureux intérêt.

M. le président exprime à notre honorable confrère, en son nom et au nom de ses collègues, la part que la Société prend au malheur qui vient de le frapper et la vive sympathie dont il est l'objet dans cette triste circonstance. Plusieurs membres prennent ensuite la parole et offrent successivement à M. Deguise les assurances les plus vives d'estime et de dévouement.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Lyon, 29 janvier 1851.

Monsieur et cher confrère,

J'ai l'honneur de vous prier d'avoir l'obligeance de publier dans le prochain numéro de votre intéressant journal cette observation d'apoplexie foudroyante, curieuse sous le double rapport de l'anatomie pathologique et des phénomènes physiologiques observés pendant la vie.

J'ai l'honneur, etc. E. Sonrier, d.-m.-p.

Apoplexie foudroyante.

De Saint-Martin (Louis), âgé de vingt-trois ans, tempérament musculo-sanguin, constitution robuste, fusilier au 71e de ligne, en garnison à Lyon, tombe soudain à la renverse, le 23 janvier, à huit heures du matin, après s'être mis en colère.

Appelé à la caserne dix minutes après l'accident, nous constatons les symptômes suivants:

Supination, immobilité, légère inflexion tétanique de la colonne vertébrale (opisthotonos), intelligence abolie, sensibilité profondément émoussée, face pâle, alternativement stupéfiée et grimaçante (côté droit), paupières demi-closes, pas de strabisme dans les globes oculaires, pupilles contractées et immobiles en face d'une bougie; trismus de la mâchoire inférieure, paralysie buccale (côté droit), écume blanchâtre débordant les lèvres; sensibilité éteinte dans tous les organes des sens. Respiration rare, haute, singultueuse, râle trachéal bruyant; pouls lent (40 à 45), presque filiforme; l'auscultation précordiale perçoit des bruits sourds lointains; le deuxième surtout est paresseux et se fait longuement attendre. Résolution complète des membres, qui, soulevés, retombent comme des masses inertes; mouvements cloniques du bras droit suivis de collapsus; le gauche est opiniâtrément fixé aux parties génitales; peau chaude sudorale.

En présence de symptômes aussi bien dessinés, nous ouvrons immédiatement la veine, d'où s'écoule 350 à 400 grammes d'un sang noirâtre presque coagulé; mais l'hémorrhagie cérébrale faisant des progrès rapides, nous faisons aussitôt transporter le malade à l'hôpital militaire, où il expire vers onze heures du matin.

L'autopsie n'a été faite que soixante-douze heures après la mort.

Méninges livides parcourues par un réseau sanguin en relief; incisées, elles laissent écouler une grande quantité de sang demi-coagulé; suffusion hémorrhagique sous la pie-mère au pourtour de la faux du cerveau; même liquide en très grande abondance à la base du crâne baignant la moelle allongée; caillots consistants répandus sur les tubercules quadrijumeaux, et surtout au point d'émergence du nerf facial droit. Rien à noter dans le corps calleux et la substance encéphalique; mais l'ouverture des ventricules latéraux nous montre les traces d'une hémorrhagie abondante qu'on suit dans le ventricule moyen et cérébelleux. On dirait, en voyant le plexus choroïde gorgé, d'une coulée sanguine qui a inondé tous ces organes; puis, comme cet espace n'a pas suffi à l'irruption, nous rencontrons à la partie antérieure du ventricule latéral gauche, dans la substance cérébrale, un vaste foyer apoplectique qui est venu poindre et s'écouler au dehors. Cette cavité anfractueuse de 5 à 6 centimètres dans les diamètres latéral et vertical contient environ 70 à 80 grammes de sang noirâtre, coagulé; ses parois ne paraissent pas déchirées, mais bien refoulées, conséquemment plus résistantes.

Après avoir recherché infructueusement quelle pouvait être la source de l'hémorrhagie, nous pensons, malgré l'infiltration sanguine du plexus choroïde, que l'artère de ce nom n'aurait pu fournir ce volumineux caillot. Nous serions plutôt disposé à croire que l'une des cérébrales, peut-être l'antérieure, aurait été le siége d'une déchirure dans la substance cérébrale même.

L'autopsie de la cavité thoracique n'a pas été faite.

Souscription

EN FAVEUR D'UN JEUNE ÉLÈVE EN MÉDECINE.

Liste de souscription:

Montant de la dernière liste de souscription. . .	202 fr.
M. Masson.	1
M. Maingault, interne des hôpitaux. . . . ,	5
Un chimiste.	2
M. le docteur Desmarres.	20
Total.	230

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leur collection de 1850 pour la faire relier, peuvent la faire reprendre à notre bureau.

Le prix de l'année 1850, reliée, est de 20 fr.

Préparations au citrate de magnésie.

Depuis la révélation que M. Rogé a faite des propriétés du citrate de magnésie, les médecins et les malades ont eu, sous la forme de limonade gazeuse, un purgatif salin aussi agréable au goût que remarquable par sa vertu thérapeutique.

Aussi active que l'eau de Sedlitz, la limonade purgative de Rogé en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

Elle purge *tuto et jucunde*; aussi est-ce à raison de ce jugement, porté par l'Académie nationale de Médecine et confirmé par l'universelle expérience des praticiens, que la limonade purgative de Rogé est aujourd'hui substituée à la plupart des anciens purgatifs.

Pour seconder dans la mesure de son pouvoir l'usage progressif d'un médicament si précieux pour les personnes qui veulent se purger, M. Rogé a eu l'ingénieuse idée de la leur présenter sous une forme qui en assure la conservation indéfinie et en facilite l'emploi en tous temps comme en tous lieux.

En effet, la poudre purgative de Rogé n'est pas autre chose que sa limonade, moins l'eau; de sorte qu'en ajoutant ce dernier élément à la poudre de Rogé, on retrouve exactement la limonade purgative telle qu'elle est préparée et vendue par l'inventeur.

De plus, pour faciliter la purgation chez les enfants en bas âge, et offrir aux autres personnes un moyen toujours sûr d'entretenir la liberté du ventre, M. Rogé a préparé des pastilles laxatives au citrate de magnésie, agréables au goût et d'une entière innocuité pour l'estomac et les intestins.

On trouve ces diverses préparations à la pharmacie, rue Vivienne, 12, à Paris.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 15. — JEUDI 6 FEVRIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 15. — JEUDI 6 FÉVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 5 FÉVRIER 1851.

Séances des Académies.

L'Académie de Médecine a entendu hier la fin du rapport de M. Bouillaud sur la digitale et la digitaline. Dans ce rapport, qui est une véritable monographie, le savant rapporteur a étudié d'une manière si approfondie toutes les faces de son sujet, il a tellement concentré en même temps la narration du résultat de ses observations, qu'il nous serait fort difficile de faire l'éloge d'une partie de ce rapport à l'exclusion des autres. Les physiologistes comme les praticiens trouveront un tel intérêt à lire entièrement cette œuvre remarquable, que nous nous croyons dispensé de la recommander ici à leurs plus sérieuses méditations; nous les renvoyons donc purement et simplement au rapport que nous publions textuellement.

M. Delafond, qui a continué aujourd'hui avec bonheur les bonnes traditions de la section de médecine vétérinaire (traditions qui consistent, comme on le sait, à ne prendre la parole que pour dire quelque chose), M. Delafond a trouvé le moyen d'ajouter trois faits intéressants aux faits si nombreux et si importants contenus dans le savant rapport de M. Bouillaud. M. Bouillaud a eu le bon goût d'accepter avec gratitude les renseignements que lui fournissait son collègue, et a promis d'en faire son profit dès le lendemain.

Après avoir rendu un juste tribut d'éloges au rapporteur, n'oublions pas d'adresser aussi des félicitations sincères aux auteurs qui ont étudié sur eux-mêmes, pendant plusieurs mois, avec une grande intelligence et une patience de vrais savants, les effets de la substance qu'ils venaient de découvrir, et qu'ils ont décrit avec un talent que l'Académie a justement récompensé en lui donnant un témoignage de haute approbation.

Il en est quelquefois à l'Académie comme au théâtre; entre les deux bonnes pièces on place la pièce de remplissage. C'est le rapport de M. Villeneuve qui en a fait l'office. M. Villeneuve avait à examiner, à critiquer un mémoire sur la valeur comparative de l'accouchement prématuré artificiel et du régime débilitant comme moyen d'empêcher le développement trop considérable du fœtus; et, sans s'occuper autrement du régime débilitant, l'honorable rapporteur conclut que l'auteur du mémoire « a rendu un *nouveau* service à l'art des accouchements en appelant de *nouveau* l'attention sur une méthode importante, » etc. Or, depuis tantôt vingt-cinq ans que M. le professeur P. Dubois a démontré les avantages de l'accouchement prématuré artificiel, nous ne sachons pas que cette méthode soit jamais tombée dans l'oubli. Ne faisons pas trop de reproches cependant au rapport de M. Villeneuve; la lecture n'en a duré que six minutes; c'est là quelquefois un mérite qu'on ne saurait trop apprécier.

M. Bouchardat est ensuite monté à la tribune et a ouvert de la manière la plus brillante la grande discussion sur le goître et le crétinisme.

Dans un discours qui, pendant une heure, a su commander la plus religieuse attention à un auditoire nombreux, M. Bouchardat a groupé avec un art infini et une grande érudition, les faits propres à démontrer que la nature des eaux potables a une action prépondérante sur le développement du goître et du crétinisme, tout en accordant une influence accessoire aux autres causes, et tout en s'élevant à de hautes considérations de physiologie pathologique. Nous sommes loin, toutefois, d'admettre comme parfaitement démontrée la proposition fondamentale de M. Bouchardat, et nous croyons que l'objection qui lui a été faite par M. Caventou (v. le compte-rendu) pourrait être reproduite à propos d'un bien grand nombre de localités; mais pour discuter et apprécier tous les arguments que M. Bouchardat invoque en sa faveur, nous sentons le besoin d'avoir ces nombreux arguments sous les yeux, et, pour ce motif, nous sommes obligé de renvoyer cette discussion à un autre jour.

Nous terminerons donc aujourd'hui en mentionnant la communication de M. Gosselin, si intéressante pour la physiologie des voies séminales, à l'histoire de laquelle ce savant anatomiste a déjà fourni des documents importants.

— A l'Académie des Sciences, une communication de M. Sanderet, professeur à l'Ecole secondaire de Besançon, est venue détruire les faibles illusions qu'on pouvait se faire touchant l'efficacité du spécifique contre la rage, importé d'Abyssinie par M. Rochet-d'Héricourt. Ce nouveau spécifique devra désormais aller grossir la liste des renommées thérapeutiques qui nous arrivent de temps en temps d'outre-mer, et qui s'éclipsent dès qu'elles ont touché terre.

Une théorie nouvelle de M. Pellarin sur le mal de mer et une bonne statistique du choléra de 1849 dans le 11e arrondissement, par M. Duchesne, ont complété le bulletin médical de la séance publique, qui a bientôt été suivie d'un comité secret pour la discussion des titres des divers candidats à la place vacante dans la section de zoologie. M. Coste tient toujours le premier rang parmi ses compétiteurs, et l'on peut considérer sa nomination comme assurée. H. de Castelnau.

Nouveau cas de transfusion.

L'important exemple donné il y a quelques semaines par l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Louis n'a pas tardé à porter ses fruits. Un modeste praticien de province vient d'entrer avec un plein succès dans la voie frayée de nouveau par M. Nélaton. En attendant que notre honorable confrère nous fasse connaître des détails plus circonstanciés sur l'heureuse opération qu'il vient de pratiquer, nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs le résumé suivant que nous apporte un journal de la localité.

« Après un accouchement malheureux, la femme du boucher Mallet, de Lancey (Isère), âgée de trente ans, éprouvait une hémorrhagie tellement abondante, qu'en quelques instants elle fut réduite à une extrême faiblesse. On se décide alors à appeler un homme de l'art. On court chez le docteur Marmonier, de Domène, qui ne put arriver auprès de la malade que deux heures après l'accident. Le mal avait fait de grands progrès. L'accoucheuse et plusieurs autres femmes qui entourent la malade la voyant sans mouvement, sans connaissance, ne doutent pas un instant de sa mort prochaine. Le docteur se résout à tenter la transfusion du sang.

» Il s'assure qu'il existe encore un faible reste de circulation. Aussitôt il dénude la veine basilique du bras droit sur une étendue de 1 à 2 centimètres. Il l'ouvre, et y introduit la canule d'une petite seringue avec toutes les précautions que commande la gravité des circonstances. Une voisine, la fille Fagnet, consent à se laisser pratiquer une saignée. Quelques instants après, le sang qui sortait de ses veines coulait dans celles de la malade, et portait une nouvelle vie dans son cœur presque éteint. La transfusion a été si heureuse, que quelques minutes après la femme Mallet reprit connaissance et put faire quelques légers mouvements. La guérison était dès lors commencée et devait être parfaite Les forces sont revenues avec une étonnante rapidité, et aujourd'hui cette femme est complètement rétablie. Sa faiblesse était si grande au moment de l'opération, qu'elle ne s'en est aperçue que par une espèce de chatouillement dans le bras incisé. »

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Du rétablissement des fonctions vésicales après l'opération de la fistule vésico-vaginale.

(Suite. — *Voir* le numéro du 1er février.)

Nous avons vu avec quelle perfection s'est rétabli, chez notre dernière malade, le cours normal des urines. Ce sujet ayant occupé récemment l'esprit des chirurgiens, nous croyons devoir vous en entretenir un instant, et jeter à cet effet un coup d'œil rétrospectif sur les observations que nous avons recueillies [sic] depuis 1836, et dont la plupart ont été publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

OBS. I. — Gabrielle Morel fut opérée le 20 janvier 1836. Dès le 31, l'urine commence à s'accumuler dans la vessie.

Le 24 février on supprime la sonde; l'urine s'accumule dans la vessie et est rendue volontairement.

Le 5 mars, la malade a été deux fois réveillée par le besoin d'uriner; elle a eu le temps de prendre son vase.

OBS. II. — Eugénie Gaud... fut opérée dans les premiers jours du mois de mars 1835 par le procédé d'élytroplastie.

Le 8 mai, la sonde fut supprimée, et la malade sentit le besoin d'uriner. La vessie, qui, au moment de l'opération, était rétrécie, a repris, depuis cette époque, les caractères d'un véritable réservoir, puisque aujourd'hui le besoin d'uriner se fait sentir à des intervalles éloignés.

OBS. III. — La nommée Talmès (Marie), âgée de vingt-six ans, fut opérée le 9 juin 1845 par le procédé de cystoplastie par glissement. La fistule existe depuis la fin de juin 1841. Depuis cette époque, la vessie ne fait plus fonctions de réservoir.

Le 28 juin, la malade se lève.

Le 15 juillet elle est examinée. On constate alors qu'une sonde introduite dans la vessie pénètre à une grande profondeur et y exécute des mouvements très étendus.

Cette femme peut maintenant retenir ses urines pendant plusieurs heures.

OBS. IV. — Sur la nommée G..., âgée de trente-cinq ans, l'opération d'autoplastie par glissement est pratiquée.

Le 11 novembre, vingt et un jours après l'opération, on retire la sonde et on introduit l'instrument toutes les deux heures pour faire uriner la malade,

Le 21 novembre, la malade urine seule quand le besoin s'en fait sentir.

Le 5 décembre, M. Jobert examine Mme G... à dix heures du matin; bien qu'elle n'ait pas uriné depuis huit heures, elle n'en éprouve pas encore le besoin.

Quinze jours après avoir retiré l'algalie, Mme G... n'urinait que deux fois par jour, et le vingtième jour elle urinait comme à l'état normal.

OBS. V. — La nommée Roger (Elisa), âgée de vingt-deux ans, fut opérée le 2 juillet 1846 par ma méthode.

Le 24, la malade fut sondée un grand nombre de fois, et chaque fois on retira près d'un verre d'urine.

Le 14 août elle urine à volonté, et garde ses urines assez longtemps.

Le 27 décembre, elle peut pendant plusieurs heures de suite conserver ses urines.

OBS. VI. — La nommée Peltier (Joséphine), âgée de vingt-quatre ans, subit le 23 décembre l'opération autoplastique par glissement.

Cette malade, constamment indocile et imprudente, fut examinée le 11 janvier 1846. Les urines sortent de leur réservoir par un jet continu, lorsque la malade sent le besoin d'uriner.

Le 15 la malade a des envies fréquentes d'uriner.

Les jours suivants, l'émission des urines se fait par l'urètre d'une manière normale.

OBS. VII. — La nommée Godart (Marie), âgée de vingt-huit ans, ne présentait qu'une faible perte de substance; aussi n'a-t-elle offert aucune particularité après l'opération.

OBS. VIII. — La nommée Bachelet (Alexandrine), âgée de vingt-quatre ans, supporta l'opération autoplastique par glissement le 9 août.

Dès le 11, la sonde, qui est sortie de la vessie, est remplacée par une autre. Cette dernière donne immédiatement issue à une grande quantité d'urine.

Le 22, on retire momentanément la sonde, et chaque fois que la malade est sondée on retire une assez grande quantité d'urine.

Le 24, la sonde est retirée.

Le 25, la malade garde ses urines plusieurs heures et urine à volonté.

OBS. IX. — La nommée Coipel, âgée de quarante ans, subit le 19 octobre l'autoplastie par glissement. Dans le courant du jour, les urines s'accumulent dans la vessie.

Le 2 novembre, on cesse l'usage de la sonde. La malade peut garder ses urines quatre à cinq heures avant que l'envie de les rendre se fasse sentir. Elle reste même une grande partie de la nuit sans uriner.

Le 3, la malade urine par un jet continu comme auparavant.

OBS. X. — Madame Doume (Nathalie), âgée de trente-cinq ans, subit l'opération autoplastique par glissement le 9 octobre.

Le 11, la sonde, bouchée pendant un certain temps, est remplacée par une autre qui donne issue à l'urine.

Le 22, la sonde retirée, la malade conserve ses urines pendant deux heures; au bout de ce temps, elle éprouve le besoin d'uriner et le satisfait aisément. L'urine sort par un jet comme autrefois.

Le 30, en introduisant une sonde dans la vessie, on donne issue à une très grande quantité d'urines. La malade dit les conserver pendant trois heures.

OBS. XI. — La nommée Devosse (Augustine), âgée de trente-quatre ans, est opérée le 21 septembre.

Dès le 23, lorsque la sonde ne donne pas issue à l'urine, ce liquide s'accumule dans la vessie.

Le 13 octobre, l'urine s'accumule en grande quantité dans la vessie. On supprime la sonde. La malade reste cinq heures sans être sondée; au bout de ce temps, on retire une quantité énorme d'urine.

Le 14, la malade continue de garder ses urines pendant cinq à six heures.

Obs. XII. — La nommée Egnillon (Henriette), âgée de vingt-quatre ans, est opérée le 8 juillet.

Le 19, la sonde donne issue à une assez grande quantité d'urine.

Le 22, la sonde a été retirée, et le 23 la malade conserve parfaitement ses urines.

Obs. XIII. — La nommée G..., âgée de vingt-huit ans, fut opérée ; et lors de son départ de Paris la malade garde ses urines pendant trois heures et les rend à volonté.

Nous pourrions citer un nombre beaucoup plus grand de faits qui tous attestent que le cours de l'urine s'est rétabli normalement, et nous pourrions parler des malades opérées à l'Hôtel-Dieu de fistules vésico-vaginales, de fistules vésico-utérines et, enfin, de fistules vésico-utéro-vaginales, qui ont été suivies du rétablissement complet des fonctions de la vessie. Vous voyez donc que les doutes que l'on a élevés sur le rétablissement sont dénués de fondement, que l'incontinence qu'on a notée ne peut s'appliquer qu'à des cas très exceptionnels et que, pour notre compte, nous avons eu le bonheur de ne pas observer.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 février 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite. — Goître et crétinisme.

M. le docteur Niepce, qui fait imprimer un travail sur le goître et le crétinisme, travail dont il envoie les premières feuilles à l'Académie, croit devoir annoncer par avance que les eaux analysées, dans les vallées de goîtreux qu'il a examinées ne contiennent pas, pour la plupart, de magnésie.

Plaies d'armes à feu.

M. Bertherand, chirurgien-major, ancien professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg, envoie un mémoire sur « quelques points du traitement des plaies par armes à feu. » L'étendue de ce mémoire et l'absence de conclusions nous interdisent d'en faire l'analyse.

Rapports. — Propriétés de la digitaline.

M. Bouillaud termine la lecture de son rapport sur la digitaline. Il propose d'adresser aux auteurs du mémoire un témoignage de haute approbation en renvoyant leur mémoire au comité de publication.

M. Delafond. Je dois ajouter aux faits nombreux consignés dans l'excellent rapport que nous venons d'entendre trois autres faits qui paraissent avoir échappé à M. le rapporteur ou n'être qu'imparfaitement connus de lui.

Le premier est relatif à la propriété diurétique de la digitale. Cette propriété est manifeste dans toutes les expériences qu'on fait sur les animaux. L'accroissement de la sécrétion urinaire commence environ six heures après l'administration de la digitale, et c'est un des derniers phénomènes qui disparaissent.

Le second fait est relatif à la respiration, qui se trouve ralentie en même temps que les battements du cœur; ce ralentissement, chez les chevaux, est d'environ un tiers du nombre normal des inspirations, c'est-à-dire que de huit à dix par minute les inspirations sont réduites à sept, six et même cinq.

Enfin, je ferai remarquer que les pulsations artérielles ne sont pas seulement réduites en force et en intensité par l'administration de la digitale, mais qu'il y a encore une action sur le rhythme qui de régulier devient intermittent.

Spéculum de la bouche.

M. Ricord fait un rapport sur un spéculum de la bouche présenté par M. Mathieu, fabricant d'instruments. La commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Accouchement prématuré artificiel.

M. Villeneuve fait un rapport sur le mémoire lu dans la dernière séance par M. Chailly. M. le rapporteur propose de déclarer que l'auteur du mémoire « a rendu un nouveau service à la science en appelant de nouveau l'attention sur une méthode importante relative à l'art des accouchements, qu'il pratique avec distinction. » (Adopté.)

Discussion sur le goître et le crétinisme.

M. Bouchardat lit une dissertation sur la question des causes du goître et du crétinisme, soulevée par M. Ferrus. Ce travail, fort étendu, se termine par les conclusions suivantes :

Il faut attribuer une action prépondérante aux eaux potables dans la question du goître et du crétinisme. Des témoignages recueillis dans toutes les contrées du monde où règnent endémiquement le goître et le crétinisme, des *expériences directes* établissent cette funeste prépondérance.

On doit avoir des doutes sur l'influence des eaux magnésiennes ; on devrait croire plutôt, dans l'état actuel de la science, accuser le sulfate de chaux.

On ignore quelle influence peut avoir l'absence de certaines substances utiles (fer, iode, brome, etc.).

Comme préservation, il sera important de distribuer par des canaux aux localités infectées des eaux reconnues salubres.

Des recherches multipliées, des analyses quantitatives seront utiles pour apprécier l'influence de toutes les substances qui peuvent ou qui doivent être contenues dans les eaux.

M. Rochoux. Messieurs, dans ses leçons à Bicêtre, M. Ferrus considérait autrefois le crétinisme comme une variété de l'idiotie. Vous me permettrez sans doute bien de soutenir devant vous une opinion qui a toujours été et n'a pas encore cessé d'être la mienne, et d'en appuyer la démonstration uniquement sur quelques-uns des faits généraux habilement réunis dans le précieux mémoire de notre collègue. Dût cette manière de procéder faire dire encore à notre éloquent secrétaire perpétuel qu'en discutant je prends les choses d'un point de vue trop élevé et me perds dans la nue, j'aime mieux encourir ce reproche que de m'enfoncer, comme il serait facile de le faire, dans d'interminables détails très bien placés dans une conférence d'internat, mais n'ayant pas le même à-propos, quand ils s'adressent à des hommes habitués à se mesurer avec les difficultés des plus hautes questions scientifiques. Cela dit, ma tâche commence.

« L'idiotie complète et le crétinisme avancé, dit M. Ferrus, offrent sans doute la même annihilation intellectuelle et morale. » Cette ressemblance admise pour les deux maladies portées à leur *summum* existe encore, soyez-en bien persuadés, Messieurs, dans les degrés moindres. Et, de même que notre savant collègue classe ses malades en crétins, semi-crétins et crétineux, il me serait aisé de trouver dans une réunion nombreuse de sujets mentalement dégradés en naissant des idiots, des semi-idiots et des idiotisants. Je pourrais, en outre, faire ressortir les ressemblances physiques extérieures signalées par lui entre les idiots et les crétins, sans avoir besoin de les comparer avec les imbéciles, qui sont des idiots accidentels. On naît idiot, on devient imbécile : *Nascuntur poëtæ*, etc. Quant aux différences qu'il fonde sur le goître habituel chez les crétins, la scrofule, le rachitisme dont beaucoup sont atteints, le tempérament lymphatique et crétineux que tous présentent, ce sont autant de complications accidentelles plus ou moins capables d'aggraver le mal auquel elles viennent s'ajouter, mais absolument étrangères à son caractère fondamental. Elles tiennent à l'influence des localités, à celle de l'air surtout, si puissant, j'en conviendrai volontiers, sur l'organisation, sans admettre pourtant, avec notre collègue, que « les plantes et les animaux ne sont que de l'air comprimé » : mon épicurisme ne va pas jusque-là.

L'anatomie pathologique vient, comme on va le voir, confirmer les données de la symptomatologie.

Depuis le jour où, donnant aux idées de Pythagore leur dernier complément, l'auteur du livre *Morbo-sacro* a proclamé que l'encéphale est la source commune de tout ce qui se rattache au sentiment de conscience; il n'est pas une seule observation bien faite qui ne soit venue confirmer cette grande vérité. Mais si le fait de la dépendance absolue où tous les phénomènes psychologiques sont de l'action de l'encéphale n'est contesté par personne, on n'en sait pas beaucoup pour cela comment cette action seule peut, sans l'intervention d'aucun principe en dehors de l'organisation, excepté les agents, produire d'aussi étonnants résultats. Il est facile de se le persuader quand on songe que la structure intime du tissu nerveux a jusqu'à présent échappé à toutes les recherches des micrographes, quand on est bien certain qu'aucun d'eux ne sait ce qu'est l'ultime filet de nerf et n'a pu en suivre le trajet à un millimètre au delà de son entrée dans le cerveau ou la moelle épinière. Serait-il possible de se faire, dans les détails du mécanisme, des idées justes des fonctions d'un organe dont on ignore si complètement la structure? La réponse est dans toutes les bouches. Aussi suis-je loin d'avoir la prétention d'éclaircir ces immenses difficultés. Je poursuivrai donc très terre à terre l'étude de mon sujet.

Laissant de côté les altérations de l'enveloppe osseuse de l'encéphale, qui me paraissent bien plus sous la dépendance de l'état pathologique de l'encéphale que capables de le produire, je dirai que chez les crétins comme chez les idiots cet état consiste presque toujours dans des vices de conformation, dans un manque de développement ordinairement exempts de toute altération appréciable de texture. Quant aux lésions qui, suivant notre collègue, se montrent fréquemment chez les idiots et presque jamais chez les crétins, telles que cavernes, cicatrices, indurations, atrophies circonscrites, etc., rien de cela n'appartient au crétinisme, car j'ai trouvé nombre de fois toutes ces altérations chez des sujets dont aucun n'avait été idiot. Le prétendu œdème du cerveau, qui, comme l'a reconnu notre collègue dans notre commun rapport, est tout simplement une infiltration considérable de la pie-mère des circonvolutions et des anfractuosités cérébrales, n'appartient pas davantage au crétinisme; il est bien plutôt lié à une affection à marche quelquefois aiguë, assez souvent curable, désignée par quelques médecins sous le nom de stupidité.

Là se seraient terminées mes remarques anatomiques, si l'exemple de M. Ferrus ne m'engageait à dire quelques mots du système de Gall. Chez les crétins, assure notre collègue, les parties antérieure et postérieure du cerveau présentent une notable déformation, jointe à une diminution de volume. Cependant, dirai-je à mon tour, chez ces malades, toutes les facultés mentales sont plus ou moins profondément atteintes dans leur ensemble. Comment faire concorder ce fait avec la localisation de Gall?

Autre objection. Certains montagnards fort intelligents ont le crâne absolument conformé comme les crétins. Que dirait le père de la phrénologie, s'il entendait pareil aveu sortir d'une bouche phrénologiste? Voilà comment tous les efforts tentés pour défendre un faux système contribuent à hâter sa ruine.

La symptomatologie et l'anatomie pathologique du crétinisme une fois bien établies, il devient facile d'apprécier les ressources de la thérapeutique à son égard.

Les succès de l'orthophrénie, dont on a fait tant de bruit il y a quelques années, sont bien plus précaires encore que ceux de l'orthopédie. En effet, il est plus aisé d'agir sur des muscles, des os, des cartilages et des tendons que sur l'encéphale. D'après cela, j'ai peine à croire que l'éducation ait pu faire d'un crétin un médecin distingué. Depuis que j'ai vu des miracles, je n'y crois guère : c'est comme pour le magnétisme que j'ai regardé de trop près.

A Bicêtre, ainsi que je l'ai déjà dit, d'après M. Lélut, on n'a jamais pu apprendre aux idiots à se laver les mains. Un autre médecin m'a raconté des faits, en tout semblables, à l'égard de ceux qu'on voulait faire bêcher la terre. Somme toute, il est bien plus simple et surtout moins coûteux de panser ces malheureux comme on fait les animaux que de vouloir leur apprendre à se panser eux-mêmes. Or les raisons d'économie ont bien leur valeur; car, en définitive, c'est sur les produits de la portion valide, active et laborieuse de la société, qui mérite bien aussi elle quelques égards, que se prélève le budget des infirmes d'intelligence. S'il y avait des exceptions à faire parmi eux, ce serait peut-être pour ces jeunes épileptiques que la violence de leurs accès jette quelquefois dans un état voisin de l'imbécillité. C'est sur eux que l'éducation peut avoir de la prise; ce sont aussi eux qui ont fourni les exemples de succès mis sur le compte des idiots par un personnage dont je n'ai pas à raconter les prouesses.

Mais si la connaissance de pareils faits ne me permet pas d'adopter toutes les idées de M. Ferrus à l'égard de l'éducation des crétins, elles ont mon entière approbation pour tout le reste. Ainsi, il faut, sans la moindre hésitation, les soumettre, comme il le propose, à toutes les dispositions législatives déjà appliquées aux idiots. Il faut surtout leur interdire le mariage, pour étouffer à son origine un mal que la nature n'éteint, par la mort de plus en plus hâtée de ceux qu'il frappe, qu'après l'avoir laissé se continuer jusque vers la cinquième génération. Il faut tuer ou laisser mourir le crétinisme à son commencement. Il n'importe pas moins d'assainir les localités où cette cruelle maladie est endémique, et d'y introduire toutes les améliorations que comportent les progrès très grands, dans ces derniers temps, de l'hygiène publique et privée.

Obligé maintenant de conclure, car toute opinion nettement arrêtée appelle sa formule sommaire, je dirai : le crétinisme, analogue, ou plutôt identique à l'idiotie par son caractère fondamental, l'abolition plus ou moins complète de l'intelligence, et par la nature des lésions anatomiques dont il dépend, ne s'y rattache pas moins par son incurabilité.

M. Caventou. Je ferai remarquer, contrairement à l'opinion si formelle soutenue par M. Bouchardat, que dans les vallées de l'Isère les habitants non goîtreux boivent précisément les mêmes eaux que ceux qui sont atteints de goître et de crétinisme. On a attribué une grande valeur à cette circonstance, que les habitants de Montmellian, qui étaient presque tous goîtreux lorsqu'ils buvaient de l'eau d'un puits situé dans le pays, avaient éprouvé une amélioration considérable depuis qu'ils prenaient leur eau potable dans une nouvelle fontaine. Or il se trouve que cette fontaine précisément contient de la magnésie en quantité notable. Il faut donc mettre la plus grande réserve avant de se prononcer sur les causes du crétinisme, qui très probablement sont multiples.

Arrêt de développement d'un testicule.

M. Gosselin met sous les yeux de l'Académie les voies spermatiques du nommé Bixenaër, condamné à mort et exécuté le 31 janvier dernier pour viol suivi d'assassinat sur une jeune fille de treize ans.

Cet individu n'avait à droite qu'un rudiment de testicule, tandis que le testicule gauche présentait un volume considérable. — La coïncidence de cette anomalie avec des viols réitérés est assez curieuse, quoiqu'elle soit parfaitement compréhensible. La pièce est surtout remarquable sous les trois points de vue suivants :

1° Le testicule proprement dit manque entièrement du côté droit; mais l'épididyme y existe. J'ai placé dans le canal déférent un tube par lequel j'ai fait pénétrer, au moyen d'un appareil à pression mercurielle, de l'essence de térébenthine colorée par du bleu de Prusse. La matière à injection a rempli la queue, le corps et la tête de l'épididyme, qui présente bien les caractères de l'état normal, mais au-dessous duquel on ne trouvait de rudiment ni de la tunique albuginée, ni même de la tunique vaginale ; il n'y avait qu'un peu de graisse.

2° Malgré l'absence complète de vaisseaux séminifères, les autres voies excrétoires sont à l'état normal. On ne voit qu'une différence à peine appréciable entre le canal déférent et le testicule de ce côté et les mêmes parties du côté opposé.

3° La vésicule séminale correspondant à l'arrêt de développement est pleine d'un liquide jaunâtre qui ne contient pas de spermatozoaires, tandis que la vésicule gauche en contient en grande quantité. Déjà, dans ses précédents travaux sur les oblitérations des voies spermatiques, M. Gosselin avait fait remarquer la présence d'un liquide assez abondant, sans spermatozoaires, dans les vésicules séminales qui correspondaient aux oblitérations. Ce nouveau fait apporte donc une preuve de plus en faveur de l'opinion que les vésicules séminales sont des organes sécréteurs distincts, opinion que J. Hunter a soutenue en l'exagérant; car il avait le tort de réserver à ces organes le rôle de réservoirs du sperme qu'ils jouent incontestablement, tout en sécrétant un liquide particulier.

Je n'ai pas de renseignements complets sur l'individu auquel ont appartenu les organes que je mets sous les yeux de l'Académie, mais tout porte à penser que l'absence du testicule est congéniale et due à un arrêt de développement. D'abord, il n'y avait au scrotum aucune cicatrice qui pût faire admettre une perte de substance consécutive à une lésion traumatique ou à une suppuration. D'un autre côté, une atrophie syphilitique eût laissé quelques traces de la tunique albuginée et n'eût sans doute pas respecté aussi complètement l'épididyme; enfin, M. Follin possède une pièce tout à fait semblable à celle-ci, et le cadavre sur lequel il l'a recueillie ne portait aucune lésion qui pût faire considérer l'absence du testicule comme accidentelle.

En résumé, cette pièce sert à prouver qu'il n'y a pas de relation absolue entre le développement du testicule et celui des voies excrétoires, et que l'absence des vaisseaux séminifères n'entraîne pas nécessairement l'absence de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale; qu'enfin l'épididyme est incapable de sécréter de véritable sperme.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 février 1851. — Présidence de M. Rayer.

Inefficacité du remède de M. Rochet-d'Héricourt (plante abyssinienne) contre la rage.

M. Ed. Sanderet, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole de médecine de Besançon, adresse la relation d'un cas d'hydrophobie rabique vainement traitée par le remède rapporté de Choa ou de Devrataber par M. Rochet-d'Héricourt. Nous reproduisons les principales circonstances de cette observation.

C. A..., âgé de neuf ans, a été mordu, il y a quarante-deux jours, par un chien qui a également maltraité plusieurs enfants du même âge. L'enfant avait été saisi au visage : la lèvre inférieure était déchirée près de la commissure droite; une seconde plaie existait dans le milieu de la joue, une troisième sur la pommette. Ces plaies ont été cautérisées dans la demi-heure qui a suivi l'accident, mais avec l'ammoniaque et par un homme qui n'est pas médecin.

Le vendredi 17 janvier 1850, l'enfant a commencé à éprouver une douleur de tête et de la langueur ; il se couche sans manger. Samedi matin, il est mieux; il se lève, joue et mange. Mais, dans l'après-midi, nouvelles plaintes ; il demande à se coucher, accuse de nouveau une douleur de tête avec tournoiement; il a un peu de fièvre, et dès le soir apparaît l'impossibilité d'avaler une gorgée de liquide sans effort et sans douleur.

Le dimanche 19, à trois heures de l'après-midi, M. Sanderet constate, à l'examen, que les cicatrices sont encore élevées et dures, mais ni rouges, ni douloureuses ; elles n'ont subi aucun changement dans les deux derniers jours.

L'enfant accuse des douleurs sous l'oreille, à l'angle des mâchoires. La langue est un peu chargée, l'arrière-gorge très légèrement colorée ; il ne s'en plaint qu'au moment de la déglutition. La bouche n'offre rien à noter. Pouls à 120, petit. Quand on s'approche de l'enfant, il éprouve un sanglot, un sursaut de respiration qu'il ne peut contenir et qui s'accompagne d'une expression d'anxiété.

On lui présente un vase contenant de l'eau sucrée froide, il dit qu'il ne peut boire ; on le presse, il saisit le vase à la hâte et en tremblant, avale rapidement quelques gouttes; mais au mouvement de déglutition il se soulève, fait effort en agitant ses bras et en se roidissant, et avale enfin, puis se rejette sur son lit avec une expression de douloureux étonnement. L'essai répété avec l'eau tiède donne le même résultat.

Cet enfant, qui est d'ailleurs très intelligent, ne paraît pas se douter de son état, n'a pas dit encore un mot de ses morsures, et semble sans inquiétude. — 0,45 centigr. de poudre de M. Rochet-d'Héricourt lui sont administrés dans du miel ; il prend le remède avec un peu de difficulté, mais entièrement. On a diminué d'un quart la dose indiquée pour un adulte.

De cinq à sept heures un peu de chaleur et d'assoupissement. A sept heures on donne le reste de la dose, 15 centigrammes.

Pas une nausée, point de vomissements, point de selles, aucun des effets annoncés.

Le lundi 20, sept heures du matin, pouls à 120. Respiration plus fréquente; même gêne dans la déglutition. Le petit malade consent à essayer de boire, se précipite sur le vase, et avale brusquement; puis il suffoque, s'agite, a les yeux hagards. Le sanglot arrive aujourd'hui spontanément. Souvent le malade est soulevé de son lit par ce singultus répété.

On renouvelle l'administration de la racine abyssinienne, à 0,60 centigrammes, dose d'adulte. A une heure le médicament n'a donné aucun résultat. Préoccupé de cette circonstance que des évacuations abondantes doivent survenir, M. Sanderet entreprend de les obtenir. A cet effet, il conseille l'ingestion de 0,10 centigrammes de tartre stibié, qui sont administrés dans du miel.

A cinq heures, point d'effets sensibles. Seulement, quelques besoins de garde-robe.

Le sanglot persiste; l'enfant accuse des besoins pressants de bâiller, qu'il ne peut satisfaire. Il est agité, se plaint du nombre de personnes qui le visitent. Pouls 124, irrégulier; respiration très fréquente et toujours suspirieuse. Il exprime l'espoir d'être bientôt guéri, se promettant alors de boire de l'eau froide à longs traits. On lui offre de le faire, il accepte; mais quand le vase est apporté il se rejette vivement sur son lit en refusant. Il cède enfin; il essaie de boire; toujours mêmes contorsions.

Le 21, sept heures du matin, il y a eu sept selles. Nuit sans sommeil, agitée. Même difficulté pour boire; sentiment de suffocation; un peu de sputation. — 15 grammes 20 centigrammes de la poudre.

Le soir de ce jour à quatre heures rien de changé.

Le mardi 22, à cinq heures du matin, l'enfant est au plus mal. On n'a pu le retenir dans son lit, d'où il veut toujours descendre; il est couché sur le dos, la face profondément altérée, les yeux cernés, injectés, d'une fixité effrayante. Une salive écumeuse sort de ses lèvres agitées par des plaintes et des paroles inintelligibles; mouvements incessants, exaltation, pouls imperceptible, respiration fréquente, intelligence perdue.

On constate pour la première fois un emphysème général sous-cutané. L'enfant meurt à dix heures du matin, soixante-deux heures après la première visite de M. Sanderet, le quatrième jour depuis les premiers symptômes.

Etiologie du mal de mer.

M. Pellarin pense que les balancements d'un navire doivent avoir pour résultat de retarder le cours du sang; que, par suite, ce liquide afflue en moins grande quantité dans le cerveau, d'où résulte une diminution de l'influx nerveux cérébral; ce serait là, suivant l'auteur, ce qui donnerait lieu au vertige, au malaise, aux nausées, à la prostration, en un mot à tout le cortége de symptômes qui constituent le mal de mer.

Statistique du choléra dans le 11e arrondissement de Paris en 1849.

M. le docteur Duchesne adresse une statistique du choléra dans le 11e arrondissement de Paris, de laquelle il résulte que dans cet arrondissement :

1° La mortalité a été moins forte dans les quartiers élevés que dans les quartiers bas et plus rapprochés de la rivière;

2° Que la mortalité est moins considérable dans les rues perpendiculaires à la Seine que dans les rues parallèles à ce fleuve;

3° Que le choléra paraît sévir plus cruellement sous l'influence des vents d'ouest;

4° Que la mortalité est moins grande dans la deuxième enfance (5 à 15 ans) et qu'elle est plus grande dans l'âge viril (30 à 45 ans).

RAPPORT

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIGITALE ET LA DIGITALINE.

Par M. le professeur Bouillaud.

L'importance de ce rapport, tant au point de vue de la pathologie que de la pratique médicale, nous engage à le reproduire textuellement. Nous supprimerons seulement les passages très rares qui ne se rapportent pas directement à l'observation clinique.

Première partie. — *Exposé succinct des principales opinions des praticiens sur les propriétés de la digitale.*

Nous déclarons d'abord que notre intention est d'insister particulièrement sur les recherches relatives à l'action par laquelle la digitale se distingue surtout de toutes les autres substances dont se compose la matière médicale; savoir, celle qu'elle exerce sur le système circulatoire. Nous ne parlerons que d'une manière tout à fait accessoire des autres propriétés moins caractéristiques de cette plante.

Comme l'ont dit MM. Quevenne et Homolle, les médecins italiens et pour la plupart les médecins français enseignent que la digitale exerce une action sédative ou contre-stimulant sur la circulation. Cette action sédative sur les organes de la circulation a pour caractère en quelque sorte *pathognomonique* un ralentissement plus ou moins considérable des battements du cœur et du pouls. Il est à regretter que les observateurs n'aient pas encore étudié avec toute la précision convenable le curieux phénomène dont il s'agit, c'est-à-dire qu'ils n'aient pas *numériquement* déterminé les divers degrés de ce ralentissement sous l'influence de doses également déterminées de digitale administrées dans des conditions parfaitement spécifiées.

Certains auteurs ont poussé l'oubli de toutes ces règles au point de ne pas compter le pouls avant l'administration de la digitale, ignorant peut-être combien, sous le rapport du nombre ainsi que sous plusieurs autres rapports, il varie selon les individus. Il s'en faut bien, par exemple, que la moyenne de 70 à 72, assez généralement adoptée pour les jeunes gens et les adultes, soit toujours exacte. Il est un très grand nombre de ces sujets chez lesquels cette moyenne n'est que de 60, de 48, de 50, et même de 40, de 44 par minute. Ajoutons que certaines affections cérébrales ralentissent, d'une manière plus ou moins marquée, les battements du cœur. En voici un exemple bien digne d'être noté. Dans le cours de cette année, le rapporteur a été consulté à deux reprises par M. de Ker, âgé de cinquante-cinq ans environ, lequel, à la suite de quelques étourdissements, a vu son pouls tomber à 32 par minute, de 68 à 72 qu'il battait à l'état normal, au mois d'août comme au mois de novembre, double époque à laquelle le rapporteur examina le malade; on comptait exactement 32 battements. La santé est d'ailleurs fort bonne.

Quoi qu'il en soit, d'après les propres recherches du rapporteur, sous l'influence des doses de digitale généralement usitées, le cœur et les artères, au bout de huit à dix jours, perdent ordinairement le quart ou le tiers du nombre normal de leurs battements. En élevant les doses et en prolongeant l'usage du médicament, on peut déterminer un ralentissement bien plus considérable. Voici quelques exemples de ce ralentissement exceptionnel :

M. le docteur Mavré a vu le pouls descendre à 37 (1); M. Sandras à 36 (2); MM. Joret, Barbier et Saunders à 30 (3); M. Andral à 29 (4); M. Hutchinson à 30 et même à 28 (5); M. Rochoux à 22 (6); M. Graffenauer à 20 (7); enfin MM. Piedagnel et Horteloup à 20 et à 17 (8).

Le rapporteur n'a jamais eu l'occasion de voir le pouls tomber au-dessous de 28 à 32 par minute.

Bien que les médecins français en général, selon la juste remarque de MM. Homolle et Quevenne, professent que la digitale ralentit le pouls, il en est cependant quelques-uns qui n'ont pas de conviction sur ce point, et qui même sont assez disposés à soutenir une doctrine contraire. Parmi ces médecins, on est surpris autant qu'affligé de rencontrer l'une des gloires de la France médicale, je veux dire l'illustre inventeur de l'*auscultation médiate.* Voici en effet ce que nous lisons à la page 735 du tome II de ce mémorable ouvrage :

« La digitale pourprée est aujourd'hui fort employée dans le traitement des maladies du cœur, d'après l'opinion généralement répandue que, outre son effet diurétique, elle exerce encore une action sédative sur le cœur. J'avoue que cette action ne m'a jamais paru bien évidente et surtout constante, même lorsque la dose était portée au point de produire des vomissements et des vertiges. J'ai remarqué seulement, avec plusieurs des praticiens qui se sont occupés des propriétés de la digitale, que, dans les premiers jours de son administration elle accélère *souvent* les battements du cœur, et que par la suite *elle semble quelquefois les ralentir.* »

Ce passage nous servira de transition naturelle pour arriver à l'opinion de ceux qui prétendent que, primitivement, la digitale accélère le pouls.

Saunders, d'Edimbourg (9), est au premier rang de ceux qui ont considéré la digitale comme *ayant pour effet primitif, immédiat, une accélération* de la circulation; et pour soutenir cette opinion, le médecin écossais se présente en quelque sorte armé d'observations dont le nombre ne s'élève pas à moins de 2,000! Certes, s'il ne fallait que compter les observations que l'on peut invoquer à l'appui d'une opinion, que pourrait-on répondre à Saunders en présence de ce chiffre imposant? Mais, comme on l'a dit, ce n'est pas tout que de compter les observations, il faut aussi les *peser*. Combien d'observations en effet n'ont pas, si l'on peut ainsi parler, le poids nécessaire pour pouvoir circuler sans obstacle dans le domaine médical! Combien d'observateurs constituent une espèce de fausse monnaie médicale qui ne devrait pas avoir cours dans la science? C'est en soumettant en quelque sorte au trébuchet de la saine clinique et de la saine philosophie médicales les observations de Saunders que l'on ne tarde pas à reconnaître combien cet auteur s'est trompé en attribuant à la digitale la propriété d'accélérer la circulation au lieu de la diminuer dans les premiers temps de l'administration de cette substance. Cette accélération serait, selon Saunders, en quelque sorte double : 1° Accélération immédiate, instantanée, disparaissant, ou du moins diminuant beaucoup et promptement dans l'espace d'un quart d'heure ou d'une demi-heure; 2° accélération plus durable, ou plutôt reste de la première, mais qui peut persister, par exemple, vingt-quatre, quarante-huit heures, ou plus longtemps.

Cette amélioration produite, Saunders admet que le pouls tombe ensuite peu à peu au-dessous de son chiffre normal. Même alors il prétend que, en administrant une nouvelle dose de digitale, on accélère momentanément le pouls en même temps qu'on en augmente la force.

Le ralentissement des contractions du cœur, non contesté par Saunders, en tant que consécutif à l'accélération dont il vient d'être question, peut être tel que le chiffre du pouls tombe à 50, 40 et même 30. Il en conclut que « la digitale détermine une altération » particulière de la contractilité du cœur et même une faiblesse » alarmante, et que ce médicament épuise l'irritabilité de l'organe » indiqué plus promptement que tout autre remède. »

Ainsi, le même médicament produit deux effets diamétralement opposés; à savoir : l'accélération et le ralentissement du pouls, augmente et diminue l'irritabilité du cœur!

Quoi qu'il en soit, au temps où Saunders écrivait, florissait précisément ce fameux système médical connu sous le nom de *brownisme*, lequel ne paraît pas avoir été sans influence sur les doctrines de notre auteur relativement à l'action de la digitale. A l'appui de cette assertion, rapportons le passage suivant de l'ouvrage de Saunders, qui, décernant à la digitale une sorte de prééminence parmi les stimulants, et considérant comme tout à fait secondaire son action ralentissante du pouls, s'exprime ainsi : « Il est aisé » d'éviter l'*asthème.* » (A ce mot, qui ne reconnaît le trop fameux système dont nous parlions plus haut!) « Il est aisé, répétons-nous, d'éviter l'asthémie, qui, selon l'opinion commune, est le résultat constant et immédiat de la digitale : car, puisque l'observation nous a démontré que les effets primitifs et seuls salutaires sont des symptômes fébriles, la seule intermission dans l'usage du remède suffit pour prévenir la débilité et maintenir un certain degré d'excitation. » (Ouv. cité, p. 40.) Pour écrire sérieusement un pareil passage et d'autres semblables, quand on déclare, comme le fait Saunders, avoir étudié l'action de la digitale sur *deux mille malades*, ne faut-il pas, en quelque sorte, placer au-devant de l'esprit d'observation l'épais bandeau de l'esprit de système? Certes, un observateur exercé, attentif et dégagé de toute prévention, n'étudiera l'action de la digitale, nous ne dirons pas sur 2,000 malades, mais sur 20 ou 30 seulement, sans reconnaître que les préparations de cette plante ne possèdent pas la propriété d'accélérer primitivement la circulation. Encore une fois, il est donc bien permis de penser que Saunders, en imitant la doctrine dont il a été question, était comme fasciné par cette *dichotomie browienne*, l'un des plus aveugles et des plus pernicieux systèmes qui aient jamais régné dans l'empire de la médecine, et dont la trop longue vogue, il faut bien l'avouer, a de quoi surprendre, pour ne pas dire scandaliser, quiconque s'est un peu familiarisé avec ces méthodes exactes d'observation et ces principes de saine philosophie scientifique qui doivent présider de nos jours à toutes les recherches médicales. Parmi les médecins qui ont attribué à la digitale la propriété d'accélérer la circulation, se trouvent encore Joery et Hutchinson (1). Le travail de cet auteur n'est connu en France que par un extrait qui en a été publié dans les *Archives de Médecine* (1re série, t. XXVI, p. 107). Il s'agit d'expériences physiologiques entreprises tant sur Joery lui-même que sur les membres d'une société d'expérimentations établie par lui en 1822 à Leipsick et composée d'adultes (hommes et femmes) et d'enfants tous en bonne santé. On regrette qu'un médecin animé d'ailleurs d'un zèle si digne d'éloges ait conclu des expériences dont il s'agit que les effets primitifs de la digitale consistaient en une excitation vive du cerveau, du canal alimentaire, et de l'appareil génito-urinaire, et que tout en admettant comme effet secondaire la diminution de l'activité des organes de la circulation, il ait ajouté que cette *action dépressive* ne pouvait être aussi salutaire qu'on le pense généralement dans les maladies du cœur.

Ce dernier praticien, médecin en chef du gouvernement de Crimée, a fait sur lui-même une partie de ses expériences, en se servant de la teinture de digitale à très haute dose. Il a pris jusqu'à 240 gouttes d'une teinture d'un tiers environ moins forte que celle de notre codex, ce qui représente dix-huit milligrammes de digitaline, c'est-à-dire, comme nous le verrons plus loin, une dose au moins triple de celle qu'on prescrit généralement chez nous, et qu'on ne dépasse pas toujours impunément. Quelques-uns seront sans doute moins effrayés de cette dose en prenant en considération la contrée dans laquelle Hutchinson expérimentait, c'est-à-dire une de ces contrées septentrionales dont les habitants ont une sensibilité assez obtuse pour que, suivant l'énergique et spirituelle expression de Montesquieu, ce ne soit qu'en *les écorchant qu'on les chatouille.*

En appliquant cette doctrine un peu gasconne peut-être, à la sensibilité des hommes du Nord pour les médicaments, on comprendrait, en effet, comment une dose de digitale capable de nous impressionner toxiquement et de nous *écorcher*, pour parler comme l'auteur de *l'esprit des lois*, n'a fait d'abord que *chatouiller* le médecin en chef du gouvernement de Crimée; mais nous verrons bientôt que cette application ne serait pas tout à fait vraie. En attendant nous devons faire connaître que le but auquel tendait notre confrère du Nord était de déterminer si l'on pouvait entretenir pendant longtemps une *excitation* de l'économie, en employant ainsi la digitale à haute dose, répétée à courts intervalles, et si l'on verrait tomber l'action du cœur et des artères au-dessous de sa force ordinaire bien que la quantité du médicament fût poussée aussi loin que possible.

Hutchinson, malgré les nausées que les 240 gouttes de teinture de digitale avaient déterminées, prit, le lendemain, 180 gouttes nouvelles du médicament; or, sous l'action de cette seconde dose, il éprouva *lui-même*, tout habitant du Nord qu'il était, des accidents toxiques, des vomissements, entre autres, et tomba si malade qu'il fut obligé de garder le lit quinze jours, et qu'il lui fallut deux mois pour rétablir sa santé. Il assure que son pouls, à 60 avant l'expérience, s'éleva dans la journée à 125 et, après 48 heures, à 150 pulsations par minute.

« Nous admettons ce chiffre 60 d'après un passage qui a un sens général; car dans ces expériences de Hutchinson (du moins d'après le résumé du *Journal des Progrès*), de même que dans beaucoup d'autres, l'état du pouls avant l'expérimentation n'est pas indiqué ou ne l'est que d'une manière générale, vague et peu concluante. Aussi croyons-nous que le peu de précautions apportées à établir ce point, qui est cependant capital, a souvent contribué à fausser les conclusions dans la question qui nous occupe. » (Note de MM. Quevenne et Homolle dans leur examen des recherches de Hutchinson.)

Le rapporteur a lu le travail du docteur Hutchinson, de Londres, tel qu'il est consigné dans le *Journal des Progrès.* Il n'y est point fait mention du pays où les expériences ont été exécutées. Ce travail, il faut bien le dire, paraît tenir beaucoup plus du *roman* que de l'histoire, et n'est pas propre à donner une haute idée du talent d'observation de l'auteur : *ægri somnia.*

Si, pour prouver ou reconnaître que la digitale jouit de la propriété d'accélérer *primitivement* la circulation, cette substance devait être administrée à la dose indiquée plus haut, il ne se trouverait pas sans doute un grand nombre de praticiens qui se décideraient à répéter, soit sur la personne de leurs malades, soit sur leur propre personne, l'expérience un peu trop héroïque tentée par Hutchinson. Au reste, une autre tentative de ce hardi expérimentateur sur lui-même nous porte à croire que, à une dose fort élevée, la digitale ne produit pas toujours cette accélération du pouls, phénomène si surprenant pour tous ceux qui sur un grand nombre de sujets ont étudié avec toute l'exactitude convenable l'action des préparations de digitale administrée à dose ordinaire. En effet, après avoir pris pendant une douzaine de jours de 36 à 120 gouttes de teinture de digitale par vingt-quatre heures (avec la précaution de diviser chaque dose en trois parties, dont la seconde était ingérée six heures après la première et la troisième six heures après la seconde), Hutchinson en ayant ensuite pris 200 gouttes en une seule fois (2), au bout de six heures son pouls ne donnait plus par minute que 28 pulsations *souples* et *irrégulières.* Une heure seulement après l'administration, le pouls offrait 65 pulsations *dures, pleines* (3). N'oublions pas de noter qu'à cette dose la digitale produisit des nausées, des vomissements, des vertiges, de la céphalalgie. Enfin, dans une troisième expérience sur lui-même, Hutchinson, pendant quinze jours, prit de 60 à 280 gouttes, et son pouls, présumé à 60 avant l'expérience, battit de 80 à 100 fois par minute jusqu'à la fin de celle-ci, laquelle, comme les deux précédentes, altéra notablement les fonctions digestives et celles des centres nerveux. Cinq jours après la cessation de la digitale, le pouls était tombé à 50-55 pulsations par minute; chiffre peu différent de celui qui existait à l'état normal, savoir, 60.

Les expériences de MM. Quevenne et Homolle ont démontré que la digitale en teinture et la digitaline à l'état de solution alcoolique ou bien à l'état de sirop n'ont pas plus d'action immédiate sur la circulation que lorsque ces substances sont administrées sous forme pilulaire. Ces expériences, répétées par M. P. Duroziers, élève externe dans le service clinique du rapporteur, ont donné le même résultat. Par conséquent, on ne pourrait expliquer l'action prétendue accélératrice de la circulation, signalée par Saunders, Hutchinson, etc., en disant qu'elle tient à ce que ces expérimentateurs se sont servi de la teinture de digitale, tandis que les auteurs ont employé des pilules de poudre de digitale, la première agissant plus rapidement que les secondes.

On devine aisément que la diversité de doctrines sur l'action de la digitale a dû *refluer* en quelque sorte sur la thérapeutique, et que la substance dont il s'agit aura par conséquent été prescrite

---

(1) *Bibliothèque de Thérapeutique*, t. III.
(2) *Bulletin de Thérapeutique*, t. V.
(3) *Traité de matière médicale*, Barbier. — *Essai sur la Digitale*, Saunders, traduit par Murat.
(4) *Archives de Médecine*, 2e série, t. IV.
(5) *Bibliothèque de Thérapeutique*, t. III, p. 67.
(6) *Dictionnaire de Médecine en XXI volumes*, art. Pouls.
(7) Mérat et Delens, *Dictionnaire de Matières médicales*, art. Digitale.
(8) *Bulletin de Thérapeutique*, t. XVIII, p. 31.
(9) *Essai sur la digitale pourprée*, traduit de l'anglais par Murat, en 1812. L'ouvrage de Saunders a été publié au commencement du même siècle.

---

(1) *Journal des progrès*, t. VI, p. 218 (1827).
(2) Cette dose représente 10 milligrammes de digitaline environ.
(3) Ce que dit ici Hutchinson de la souplesse et de l'*irrégularité* du pouls d'une part, de sa *dureté* et de sa *plénitude* d'autre part, ne doit pas être adopté sans plus ample informé.

dans des maladies diamétralement opposées sous le rapport de leur nature. C'est bien effectivement là ce qui est arrivé.

Les partisans du ralentissement, tels que les docteurs Currie, Thomas, et, plus récemment, les disciples de l'école italienne, considérant la digitale comme un antiphlogistique, un *contro-stimulant*, l'ont proposée et employée, à titre de *succédané* de la saignée, dans les maladies inflammatoires, et prétendent n'avoir eu qu'à s'en louer (1) ; tandis que d'autres assurent, au contraire, que cette pratique n'offre que des inconvénients (2).

Saunders, Joery, Hutchinson et leurs partisans, au rebours des précédents auteurs, proclament que la digitale ne doit pas être employée dans le traitement des maladies inflammatoires, et la vantent, au contraire, quand il s'agit du traitement des *maladies caractérisées par la débilité, telles que la chlorose, l'hydropisie*. Nous n'avons pas besoin de dire que nous nous servons ici du langage même des auteurs, et d'ajouter que ce langage manque de précision et pourrait même quelquefois induire en erreur sur la véritable nature des maladies qu'il désigne; tandis que Tommasini ne craint pas de soutenir que toutes les hydropisies dans lesquelles la digitale a été employée avec succès appartiennent à la classe des maladies *sthéniques* ou par *excès d'excitation*, assertion journellement réfutée par les faits cliniques les plus incontestables.

« C'est une grande erreur, dit expressément Joery, de regarder ce médicament (la digitale) comme un puissant antiphlogistique. »

Quant à Hutchinson, il se prononce ouvertement contre ceux qui, fidèles aux doctrines de Rasori, administrent la digitale à titre de contro-stimulant; il en est de même du docteur Bettole, lequel a publié un mémoire consacré spécialement à réfuter l'opinion des sectateurs de Rasori, qui ont rangé la digitale parmi les contro-stimulants (3).

Nous bornant ici au rôle d'historien, nous exposons les doctrines sans les discuter à fond, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin; d'ailleurs, la lecture des expériences de MM. Homolle et Quevenne et de celles qui nous sont propres fournira tous les éléments nécessaires pour apprécier à leur juste valeur les opinions précédemment indiquées. C'est toujours au tribunal de la saine clinique qu'il faut en appeler quand il s'agit de décider en dernier ressort sur les questions relatives à l'action des diverses substances médicamenteuses. Qu'est-ce en effet que la clinique, sinon une admirable institution au moyen de laquelle l'expérience médicale, ce juge suprême, se trouve pour ainsi dire organisée sur sa base la plus large, la plus solide et la plus authentique ?

Avant de rapporter les expériences dont il s'agit, il nous reste encore quelque chose à ajouter sur ce que les auteurs ont écrit relativement aux propriétés des diverses préparations de digitale.

Un médecin étranger, Glutterbuck, se fondant sur cette double donnée que la fièvre consiste dans une accélération du pouls et que la digitale jouit de la propriété de diminuer le nombre des pulsations artérielles, conclut que cette substance doit être considérée comme le véritable spécifique de la fièvre (c'est particulièrement de la fièvre continue que l'auteur a sans doute voulu parler). Or, jamais assertion ne fut plus gratuite à la fois et plus malheureuse. En effet, non-seulement la digitale ne guérit pas cette espèce de fièvre, mais, chose bien digne de remarque, c'est que, administrée dans la fièvre dont il s'agit, qu'elle soit primitive ou consécutive, elle perd pour ainsi dire complétement ou à peu près sa propriété singulière de ralentir le pouls.

Que si la digitale ne guérit point la fièvre continue, en est-il de même de la fièvre intermittente? Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement qu'on a posé cette question et qu'on l'a soumise à la seule épreuve décisive en pareille matière, savoir : l'expérience clinique. En effet, voici ce que nous lisons dans un ouvrage clinique publié en 1837 (4).

« Parmi les dix-huit cas de fièvre intermittente que nous avons reçus dans nos salles en 1836, il en est sept dans lesquels nous avons traité et guéri la maladie au moyen de la digitale administrée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (par la méthode endermique). Déjà nous avions obtenu le même succès chez vingt-cinq à trente malades admis dans notre service à une époque antérieure à celle dont nous rendons compte, résultat qui a été publié dans les journaux de médecine et dans plusieurs thèses de la Faculté de médecine de Paris. Nous appelons l'attention des médecins sur cette nouvelle méthode; nous n'avons rien négligé pour que les faits rapportés en sa faveur fussent aussi concluants que possible. C'est ainsi, par exemple, que nous n'avons jamais administré la digitale qu'après avoir bien constaté l'existence de la fièvre intermittente, c'est-à-dire qu'après avoir été témoin d'un ou de plusieurs accès. »

(1) Bidault de Villers, p. 18 et 20.
(2) Barbier (d'Amiens), *Traité de Mat. médicale*, t. III, p. 368.
(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. IX, p. 459.
(4) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. III, p. 236-37; par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale, etc.

Encore un mot sur la question de savoir si la digitale est le seul agent capable de ralentir l'action du centre circulatoire.

Sous le point de vue de son action *spéciale* et comme *élective* sur le cœur (sans doute par l'intermédiaire du système nerveux qui préside aux mouvements de cet organe), la digitale ne reconnaît point de véritable rivale dans le règne végétal. Mais en est-il de même du règne animal ? A la grande surprise, sans doute, de la plupart de ceux qui l'écoute, le rapporteur n'hésite point à répondre : Non ! Quelle est donc, lui demandera-t-on, cette merveilleuse substance du règne animal qui rivalise ainsi avec la digitale sous le rapport du ralentissement que l'usage de celle-ci détermine dans les battements du cœur et des artères ? Eh bien ! messieurs, c'est la bile retenue et pour ainsi dire accumulée dans le torrent sanguin de manière à produire un *ictère apyrétique* (1). En effet, depuis environ dix-huit ans que le rapporteur a fixé son attention sur ce fait clinique, qui lui parut d'abord fort singulier, savoir : une lenteur très considérable du pouls, il l'a constamment observé avec tous ceux qui ont suivi sa clinique sur plus de trois cents ictériques admis à cette clinique. C'est donc une loi démontrée par les observations les plus exactes et les plus répétées que le ralentissement du pouls dans le cas d'ictère produit par une lésion matérielle ou dynamique incapable de susciter par elle-même une réaction fébrile, ralentissement tel que de 72-60 que le pouls offrait à l'état normal chez les sujets ictériques dont il était question plus haut, il est tombé à 50, 48, 44 et souvent 40, pour remonter peu à peu à son chiffre normal après la guérison de l'ictère.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Luxations du coude.

Notre honorable confrère M. le docteur Soulé, de Bordeaux, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans un de vos derniers numéros la relation d'un cas de luxation du coude observé par MM. Piogey et Duhreuil, internes des hôpitaux.

Comme ces messieurs, je suis convaincu qu'ils ont réduit une luxation complète du cubitus en dehors et du radius en avant et en dedans, variété dont M. Nélaton a le premier fourni un exemple en même temps qu'il en a décrit le mécanisme.

Je viens vous prier de vouloir bien indiquer par la publication de la présente, à moins que vous n'aimiez mieux reproduire l'observation, que j'ai tracé l'histoire d'un fait offrant la plus grande analogie avec celui de MM. Piogey et Duhreuil dans un des derniers numéros de la *Gazette médicale* de 1849. C'était, disais-je à cette époque, le premier cas de luxation de cette espèce suivie de réduction.

On peut voir dans les symptômes que j'ai notés beaucoup de ressemblance avec l'observation du malade de l'hôpital Saint-Louis. Je crois seulement que chez le mien les désordres étaient peut-être plus étendus, les déchirures fibreuses plus considérables.

Le motif qui inspire ma réclamation n'est point de revendiquer la priorité de réduction dans un cas dont le hasard seul m'a gratifié; mais la science médicale ne vit que de rapprochements et d'analogies, et il m'a semblé utile de signaler une observation complétement oubliée. En effet, le cas de réduction qu'ont obtenue MM. Piogey et Duhreuil, le malade que j'ai traité à l'hôpital Saint-André en 1849 et une pièce anatomique dont votre journal a donné la description et le dessin viennent prêter une nouvel appui à la théorie si ingénieuse de M. Nélaton sur les luxations complètes du coude en dehors et servir à en établir l'histoire.

Agréez, etc. Eug. Soulé, d.-m.-p.,
Chirurgien adjoint et professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-André.

(1) Nous disons l'ictère apyrétique, parce que effectivement dans l'ictère fébrile (en d'autres termes celui qui dépend d'une lésion capable d'exciter une réaction fébrile plus ou moins violente) la fréquence du pouls résiste en quelque sorte à l'action signalée ci-dessus. Sous ce rapport encore, il en est de la bile accumulée dans le sang, cette sorte de digitale animale, comme de la digitale ordinaire, qui, dans le cas de fièvre continue bien caractérisée, quelle qu'en soit l'origine, ne ralentit pas sensiblement la circulation. Nous avons dans ce moment même sous les yeux (n° 1, salle Sainte-Madeleine), une femme atteinte d'une ictère très prononcée consécutive à une affection fébrile. Chez elle, depuis une quinzaine de jours le pouls n'a cessé de donner environ 120 pulsations par minute.

NOUVELLES.

Concours. — Vendredi et samedi derniers ont eu lieu deux nouvelles épreuves cliniques, qui ont été subies par MM. Chassaignac et Jarjavay.

—Dans sa séance du 12 décembre 1850, la Société de Médecine pratique a renouvelé son bureau, qui se trouve ainsi composé pour 1851 :

Président, M. Paul Dubois.
Premier vice-président, M. Lucien Boyer.
Deuxième vice-président, M. Paul Guersant.
Secrétaire annuel, M. Magne.
Secrétaire annuel adjoint, M. Bossu.
Trésorier, M. Moret.
Secrétaire général, M. Serrurier.

(C'est par suite d'une erreur que cette note n'a pas été publiée dans le mois de décembre dernier.)

— Nous recevons le programme du congrès des agriculteurs du Nord qui, cette année, s'ouvrira à Arras le 4 mai.

Les questions à traiter sont celles-ci :

Des moyens d'améliorer le service médical des campagnes dans l'intérêt des classes pauvres. — Hygiène et assainissement des villages. — Défrichement des marais et terres humides. — Drainage. — Irrigations. — Police des eaux. — Sucres (au point de vue législatif, industriel et agricole). — Vaine pâture.

— M. le docteur Clerc, ancien interne de l'hôpital du Midi, commencera, le 10 février prochain, à 11 heures du matin, à son dispensaire, rue Pavée-Saint-André-des-Arts, 13, des conférences cliniques sur les maladies vénériennes, et les continuera tous les jours à la même heure.

Un travail de statistique dont nous nous occupons en ce moment nous a fait connaître plusieurs collocations avantageuses pour de jeunes médecins. Nous nous ferons un plaisir de communiquer nos renseignements à ceux de nos confrères qui voudraient en profiter.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 16. — SAMEDI 8 FEVRIER 1851. (24e ANNEE. N° 16. — SAMEDI 8 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur quelques cas de choléra sporadique.

Un certain nombre de cas de choléra sporadique se sont manifestés à Paris depuis une quinzaine de jours. C'est là sans doute l'origine du bruit qui a couru de la réapparition de l'épidémie. Nous avons eu occasion de voir quelques-uns de ces cas de choléra, dont un exemple se trouve encore dans le service de M. le professeur Cruveilhier, et un autre dans celui de M. le professeur Maillot, au Val-de-Grâce. Ces deux malades, dont l'un, celui de M. Maillot, a été assez fortement atteint, sont aujourd'hui hors de danger, quoique celui de M. Cruveilhier ait contracté, dans sa convalescence, une pleurésie peu intense.

Deux autres cas ont été observés à l'Hôtel-Dieu; tous les deux se sont terminés par la guérison. Enfin, dans quelques cas qui ont été observés en ville, nous ne sachons pas qu'on ait constaté une seule mort. Rien n'autorise donc à considérer comme ayant un caractère épidémique ces affections cholériformes, qui rentrent complétement dans notre constitution médicale ordinaire. Leur nombre un peu anormal a pu seul inspirer quelques craintes, qui nous paraissent heureusement sans fondement. Du reste, aucun cas nouveau ne s'est manifesté, à notre connaissance, depuis huit jours.

Ascite sans lésion déterminée des solides.

Après avoir éprouvé, comme toutes les vérités nouvelles, quelque résistance pour se faire accepter, l'opinion qui rapporte les hydropisies à des lésions viscérales ou à des obstructions des vaisseaux est aujourd'hui si unanimement professée, que l'opinion qui considère encore certaines hydropisies comme soustraites à cette règle générale risque seule d'être abandonnée. On ne saurait contester cependant que cette opinion ne soit, au moins dans l'état actuel de la science, la seule qui puisse s'accorder avec certains faits cliniques. De ces faits, nous en avons rapporté quelques-uns en 1843 dans les *Archives générales de Médecine*, et nous en avons observé quelques autres depuis cette époque. Mais tous ces faits, nous devons le dire, se rapportaient à des hydropisies plus ou moins générales, à des anasarques, jamais à des hydropisies localisées. Celles-ci, et parmi elles l'ascite, semblent rentrer sans exception dans la règle que nous avons rappelée plus haut, et qui a été posée, comme tout le monde le sait, par M. le professeur Bouillaud. Le service de M. Cruveilhier renferme en ce moment un malade qui semble fournir une preuve que l'ascite elle-même peut aussi faire exception à cette règle.

Ce malade, âgé de cinquante-quatre ans, commissionnaire, entra le 23 décembre dans le service de M. le professeur Velpeau pour des contusions violentes qu'il avait reçues par le choc d'une voiture; il était alors en commission et se portait parfaitement bien; il assure qu'il n'avait alors aucun développement anormal du ventre, qu'il n'éprouvait et n'avait jamais éprouvé ni douleurs dans l'abdomen ou dans la poitrine, ni essoufflement. C'est pendant qu'on lui donnait des soins pour ses contusions que l'ascite s'est, dit-il, développée. Des émétiques et des purgatifs lui ont été administrés sans que le développement du ventre ait cessé de faire des progrès. Il est entré dans le service de médecine le 10 janvier.

Depuis ce moment, le cœur, le foie, la rate, les reins ont été explorés sans qu'on ait pu y découvrir la moindre trace de lésion; rien ne peut faire soupçonner non plus une obstruction des gros vaisseaux. Le poumon seul est le siége d'une inflammation bronchique médiocrement intense, qui, jointe à la tuméfaction abdominale, cause une assez grande oppression. Les signes de l'ascite sont d'ailleurs tellement caractéristiques que le diagnostic ne peut présenter l'ombre d'un doute. Il n'existe aucune trace d'hydropisie ou d'œdème sur d'autres parties ou sur d'autres organes.

Nous avons dit que cette ascite semblait faire exception à la loi étiologique générale des hydropisies; nous ne disons pas que cela soit certain. Il pourrait sans aucun doute exister dans la veine-porte, dans le foie lui-même, des lésions qui ne se sont encore trahies à l'extérieur par aucun symptôme appréciable. Des faits semblables existent dans la science; mais ces lésions ne semblent pas seulement improbables ici par l'absence de ces symptômes, elles le semblent encore par la rapidité avec laquelle l'hydropisie s'est développée, rapidité qui est précisément celle des anasarques idiopathiques. Ce qui ne s'accorderait pas aussi bien avec cette idée, c'est que les anasarques en question disparaissent ordinairement ou du moins diminuent considérablement en quelques semaines, tandis que l'ascite que nous observons persiste sans amélioration depuis plus d'un mois. C'est donc en définitive un de ces faits douteux, comme l'étude clinique n'en offre, hélas! que trop quand on veut s'y livrer consciencieusement et sans idées préconçues, un de ces faits, nombreux aussi, qui méritent toute l'attention du praticien.

Emploi de l'iodure ferreux dans la chlorose.

La chlorose est du petit nombre de ces maladies dont le traitement est arrivé au point que la science et la pratique n'ont pour ainsi dire plus de désirs à former. Cette assertion, toutefois, n'est vraie d'une manière générale que pour les chloroses simples; elle ne l'est pas pour les chloroses compliquées, spécialement pour celles qui sont compliquées d'hystérie, ce qui est loin d'être rare, ainsi que le savent tous les praticiens. Dans ces cas, il arrive assez fréquemment que les préparations ferrugineuses ordinaires déterminent des douleurs abdominales plus ou moins vives, accompagnées tantôt de diarrhée, tantôt, au contraire, d'une constipation opiniâtre; mais on observe plus souvent encore des symptômes gastriques et, en particulier, des vomissements. C'est dans ces cas que le thérapeutiste est heureux d'avoir à sa disposition plusieurs préparations analogues; car, par une de ces bizarreries qui ne sont que trop fréquentes en pathologie et même en physiologie, pendant qu'une préparation ou ne réussit pas ou ne peut être supportée, une autre préparation analogue réussit au contraire parfaitement et ne détermine aucun accident. C'est dans ce sens que le lactate de fer a été une heureuse innovation; c'est dans ce sens aussi que les préparations mercurielles, quelque nombreuses qu'elles soient, trouvent cependant toutes leur application. C'est ce qui paraît être vrai aussi de l'iodure ferreux. Outre les avantages précieux que ce sel possède dans le traitement des diverses formes de scrofules et dans les affections dépendantes d'un tempérament lymphatique exagéré, ainsi que dans toutes les cachexies anémiques, il paraît destiné encore à rendre des services dans le traitement de plusieurs formes de chlorose. Dans un cas que nous avons observé récemment et dans lequel les diverses préparations ferrugineuses provoquaient des vomissements, soit qu'on les associât ou non à l'opium, les dragées iodo-ferrugineuses de M. Gille ont été parfaitement supportées par la malade. Elles ont produit dès les premiers jours une amélioration sensible; malheureusement, la malade, voulant profiter de cette amélioration légère, a aussitôt demandé à quitter l'hôpital; et il est arrivé, ce qui arrive par malheur si souvent dans les hôpitaux, qu'on n'a pas pu prolonger une observation qui devait être si intéressante pour la pratique. Mais nous espérons pouvoir compléter prochainement ce que l'expérience a laissé à désirer dans ce cas, plusieurs médecins des hôpitaux expérimentant en ce moment l'iodure ferreux conservé suivant la formule que nous avons fait connaître lorsque l'Académie de Médecine a fait son rapport sur la préparation de M. Gille.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. NÉLATON.

Sur une espèce de tumeurs sanguines du bassin chez les femmes.

Dans la salle des femmes du service de M. Nélaton se trouve couchée en ce moment une malade qui nous paraît digne d'un grand intérêt pour le praticien. Il y a un mois que, dans sa thèse inaugurale, un interne distingué des hôpitaux, M. Viguès, élève de M. Nélaton, appelait l'attention sur une espèce particulière de tumeurs, fort négligées jusqu'à présent par les auteurs, et dont l'histoire importe cependant beaucoup à la pratique chirurgicale. Nous ne voulons pas aujourd'hui faire complétement cette histoire, mais seulement tracer en quelques mots la symptomatologie de ces tumeurs, et décrire le traitement que M. Nélaton leur a plusieurs fois déjà opposé avec succès.

Habituellement, mais non toujours, les tumeurs dont il s'agit sont précédées de quelques symptômes généraux.

Après quelques jours de malaise, qu'elles ne savent à quoi attribuer, après avoir eu jusqu'alors leurs règles avec assez de régularité, les malades voient survenir des troubles dans la menstruation: ou bien les règles se suppriment tout à coup, ou bien, au contraire, il survient une métrorrhagie plus ou moins abondante, qui, chez quelques-unes, a duré plusieurs semaines; chez le plus petit nombre, la quantité de fluide qui s'écoule ne dépasse pas celle du flux normal, mais l'hémorrhagie revient tous les deux ou trois jours; puis l'écoulement sanguin disparaît, et il survient alors des douleurs dans l'abdomen, et surtout dans le bas-ventre; les malades éprouvent dans cette partie la sensation d'un poids considérable et d'un corps qui tendrait à sortir par le vagin; les douleurs augmentent, et deviennent quelquefois assez vives pour forcer les malades à s'aliter; les moindres mouvements sont douloureux. Il y a le plus souvent d'autres troubles généraux qui rappellent ceux qui accompagnent les abcès pelviens. Quelques malades s'aperçoivent que leur ventre a augmenté de volume, et en portant la main vers leur région hypogastrique, elles constatent qu'il existe en ce point une tumeur dure, très douloureuse, qui n'existait pas, assurent-elles, avant l'apparition des symptômes qu'elles viennent d'éprouver. D'autres, au contraire, ignorent la présence de cette tumeur, et lorsqu'on la leur a fait constater avec la main, elles ne peuvent dire depuis combien de temps elle est survenue; elles se plaignent seulement de la sensation d'une pesanteur considérable dans le bas-ventre.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Des Prisonniers, de l'Emprisonnement et des Prisons,
Par M. G. FERRUS (1).

Voici certes un des ouvrages les plus complets et les plus remarquables qui aient paru sur la question pénitentiaire. La plupart des auteurs l'avaient envisagée à un point de vue trop spécial ou d'une manière théorique et abstraite; commençant par où ils auraient dû finir, par proposer un système, ils s'étaient persuadés que les faits viendraient d'eux-mêmes se plier à leurs conceptions plus ou moins ingénieuses. Si par hasard on tenait compte des conditions et des exigences physiques et morales de l'homme, on ne songeait pas que les individus qui devaient être soumis au régime proposé pouvaient présenter des dispositions spéciales qu'il était indispensable de connaître et avec lesquelles la théorie serait forcée de compter. Ce que des publicistes fort distingués d'ailleurs, animés des plus louables intentions, n'avaient pu faire, car il leur manquait l'expérience suffisante, expérience qui ne pouvait s'acquérir en visitant quelques prisons et en méditant tous les ouvrages, le docteur Ferrus vient de l'entreprendre et de l'exécuter avec un rare bonheur.

S'appuyant moins sur son titre d'inspecteur général des prisons que sur sa position d'ancien médecin de Bicêtre et sur une observation journalière et prolongée, il a étudié cette race particulière qui constitue en quelque sorte la Bohême moderne, race qui naît, vit et meurt dans les prisons; il a montré qu'elle était fort mal connue, et démontre une fois de plus, par une expérience faite sur une large échelle, les intimes rapports du physique et du moral.

Les prisonniers ne sont pas, comme on l'a cru longtemps, comme on le croit encore, des êtres énergiquement doués au physique et au moral; le plus souvent, au contraire, leur corps est aussi débile et malsain que leur esprit est faible, borné et ignorant. Cependant il n'y a rien d'absolu; on retrouve là, comme dans la vie libre, tous les caractères, toutes les aptitudes, tous les degrés de force et de faiblesse. Faut-il donc soumettre cette population, une quant à certains caractères généraux, mais disparate sous bien des rapports, faut-il la soumettre à un régime uniforme? Le régime cellulaire peut-il lui être appliqué avec avantage pour les intérêts réunis de la société et des prisonniers?

Telle est, en termes généraux, la question que M. Ferrus s'est posée, et qu'il a résolue par la négative après avoir examinée minutieusement toutes les faces de la question. Le système cellulaire ne doit, selon lui, être appliqué qu'aux prévenus et à la première des trois catégories de condamnés qu'il admet, aux condamnés intelligents, énergiques et pervers. A ceux-là seuls la séquestration convient; elle peut servir à les amender, et dans tous les cas elle les met dans l'impossibilité de nuire, de corrompre leurs camarades en les entraînant dans les complots qu'ils méditent et dont ils sont toujours les chefs. Quant aux deux autres catégories, les condamnés vicieux, bornés, abrutis ou passifs, et les condamnés ineptes ou incapables, ils ne sont pas assez dangereux pour qu'au point de vue de la société il soit utile de les séparer, et l'encellulement pour eux présente plus d'inconvénients que d'avantages.

L'aliénation et le suicide, ces plaies légères du corps social, ces plaies graves de la population prisonnière, sont, malgré les dénégations des partisans exclusifs du système cellulaire, bien plus communs chez les détenus séparés. En France, le régime cellulaire n'est pas encore et depuis assez longtemps établi sur une large échelle pour qu'on ait pu à cet égard faire des remarques bien concluantes. Mais voici un fait observé en Angleterre et qui nous paraît mettre cette assertion hors de doute : dans la prison de Milbaut, pendant les dix-huit mois que le système pensylvanien fut appliqué dans toute sa rigueur, quinze détenus furent atteints d'aliénation mentale. On se décida alors à réduire l'emprisonnement cellulaire pour chaque détenu à trois mois. Pendant les dix-huit mois qui suivirent cette réforme, il ne se manifesta dans la prison que cinq cas de folie.

Ces observations, qui sont contraires à l'application exclusive de l'encellulement, n'ont pas pour but cependant de défendre le régime encore existant. Il est évident pour tout le monde que ce régime appelle de profondes réformes; il a été condamné par une expérience de cinquante ans. Non-seulement il a contribué à corrompre plus qu'ils ne l'étaient déjà les hôtes qui se sont succédé dans ce carphanaüm du crime, ou du moins s'est opposé tout à fait à leur amendement; mais il a affaibli et détérioré tous les organes; il a augmenté la faiblesse des infirmes et brisé la vigueur des individus forts et bien portants.

Tout dans la prison contribue à produire ces déplorables effets;

(1) Paris, 1850, un volume in-8°.

Chez d'autres malades cependant il n'est survenu aucun trouble dans la menstruation, elles n'ont pas eu de métrorrhagie, elles sont prises, sans causes appréciables, de malaise, auquel succèdent bientôt des symptômes généraux.

L'examen direct permet de constater ce qui suit : abdomen ballonné, tendu, convexe, douloureux; décubitus dorsal, les cuisses étant fléchies sur le bassin ; le palper hypogastrique, quand la douleur ne le rend pas impossible, fait constater une tumeur située dans le petit bassin et ne dépassant pas le détroit supérieur; d'autres fois, au contraire, elle est plus volumineuse et s'élève vers l'ombilic en se portant de préférence vers la fosse iliaque droite. Cette tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures, pouvant parfaitement se délimiter dans toute sa circonférence, excepté en bas, où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne; elle présente, en général, peu de mobilité; elle est comme enclavée dans le petit bassin; les parois abdominales glissent sur elle sans y adhérer; sa consistance est assez grande; on peut quelquefois sentir de la fluctuation en cherchant à percevoir ce signe à travers les parois abdominales. La percussion donne un son mat dans toute son étendue, et autour d'elle un son tympanique dû à la présence des intestins distendus par des gaz. L'auscultation pratiquée sur la tumeur n'a jamais jusqu'à présent fait entendre aucun bruit; mais on comprend qu'il peut se présenter un cas où il en existe.

L'introduction du doigt dans le vagin fait constater au fond de ce conduit, à sa paroi postérieure, entre l'utérus et le rectum, une tumeur qui s'avance d'autant plus près de l'orifice vulvaire qu'elle est plus volumineuse; quelquefois elle n'est séparée de cet orifice que de quelques centimètres; elle est lisse, arrondie, moins consistante que celle que l'on sent à travers les parois de l'abdomen; aussi la fluctuation y est-elle plus évidente, d'un volume variable depuis celui d'un gros œuf d'oie jusqu'à celui du poing; on n'y sent aucun battement ni de mouvement d'expansion; plus le volume est considérable, plus la paroi postérieure du vagin est repoussée en avant vers l'antérieure; le calibre de ce conduit est rétréci, et quelquefois à tel point qu'on peut à peine introduire l'index entre les deux parois vaginales pour aller explorer le col de l'utérus. L'utérus n'a pas conservé sa position normale; la tumeur, en s'accroissant, l'a soulevé vers l'abdomen, de sorte que l'on peut souvent sentir le corps utérin au-dessus du pubis ; le col est appliqué derrière et parallèlement à la symphyse, et quelquefois tellement haut qu'on peut à peine l'atteindre avec le doigt, bien que la tumeur permette son introduction dans le vagin. Cette ascension de l'utérus vers l'abdomen par suite de l'accroissement de la tumeur se conçoit bien si l'on considère que le péritoine est uni au corps de l'utérus par un tissu cellulaire d'autant plus dense et résistant qu'il est plus rapproché du fond de cet organe, tandis qu'en bas et sur les côtés le tissu cellulaire est très lâche et très extensible; l'épanchement sanguin, augmentant de volume, est arrêté par les adhérences du péritoine au fond de l'utérus, et il le soulève vers l'abdomen.

Si l'on cherche à soulever la tumeur qui vient y faire saillie, lorsque cette tumeur a dépassé le détroit supérieur, le mouvement imprimé par le doigt est transmis à la main, placée sur la tumeur qui s'élève dans l'abdomen. Lorsque le col de l'utérus n'est pas trop élevé, et qu'on peut encore l'atteindre, si on lui imprime des mouvements d'élévation avec le doigt, ils seront transmis au corps de l'utérus qui dépasse le pubis ; on pourra quelquefois constater que ces mouvements sont indépendants de ceux qu'on a transmis à la tumeur; mais le plus souvent cela est très difficile, ce qui explique pourquoi ces tumeurs sanguines pourraient être prises pour des tumeurs dépendantes de l'utérus.

Quand la tumeur est très volumineuse, qu'elle s'élève dans l'abdomen vers l'ombilic, et qu'elle a entraîné l'utérus avec elle dans son mouvement d'ascension, elle n'est pas régulière à la face antérieure; elle paraît formée de deux parties, une plus petite, située immédiatement au-dessus du pubis, et formée par le corps de l'utérus; puis, plus haut, une autre qui est séparée de la première par un sillon, et qui s'élève d'autant plus dans l'abdomen que son volume est plus considérable.

On peut, en cherchant à constater la mobilité de ces tumeurs à l'aide des mouvements imprimés par le doigt, percevoir de cette manière de la fluctuation; mais ce signe est bien mieux perçu en introduisant dans le vagin l'index et le médius, en appliquant ces deux doigts sur la tumeur, et en la pressant alternativement avec chacun d'eux; il est encore un autre procédé par lequel on pourra facilement reconnaître si la tumeur est fluctuante, c'est en pratiquant simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal. Par le rectum, le doigt fait constater également une tumeur arrondie située au-dessous du vagin, entre cet organe et la paroi antérieure du rectum, qu'elle applique en arrière contre la paroi postérieure, de manière à rétrécir l'intestin. De ce côté, on peut faire remonter le doigt sur une plus grande étendue de cette tumeur, qui offre, par le toucher, les mêmes caractères que celle qui existe dans le vagin. En introduisant le pouce et l'index de la main droite, le premier dans le vagin et le second dans le rectum, on saisit la tumeur entre ces doigts; on peut mesurer son diamètre antéro-postérieur et mieux juger de son degré de consistance; mais c'est de cette manière que l'on peut percevoir le plus distinctement la fluctuation en pressant et relâchant alternativement l'un des doigts, et en renvoyant ainsi, de l'un à l'autre, le flot du liquide. Si enfin la fluctuation était encore douteuse, même après avoir employé ce procédé, on pourrait faire dans la tumeur une ponction exploratrice.

On conçoit facilement la série d'accidents que ces tumeurs pourraient produire par leur pression sur les organes voisins, si elles acquéraient un volume considérable.

Que deviendrait ces tumeurs abandonnées à elles-mêmes ? C'est ce que M. Nélaton n'a pu décider encore ; ce qu'il sera possible peut-être de découvrir par des recherches suivies ; car la nature de ces sortes de tumeurs ayant presque toujours été méconnue jusqu'à ce jour, et ces tumeurs elles-mêmes n'étant pas très rares, puisque M. Viguès a pu en recueillir cinq exemples en quelques années, il est certain qu'elles ont dû suivre assez souvent leur marche naturelle, et que dans les descriptions anatomo-pathologiques des tumeurs du bassin chez les femmes, on doit trouver des cas qui représentent la dernière période de ces tumeurs.

Quoi qu'il en soit, voyons le traitement qu'il convient, suivant M. Nélaton, de leur appliquer.

Traitement. — Le seul traitement efficace qui puisse être opposé à ces tumeurs est évidemment celui qui consiste à donner issue au liquide qui les forme. Mais par quelle voie lui livrer passage? Est-ce à travers les parois de l'abdomen? Est-ce à travers les parois vaginales? Est-ce à travers celles de l'utérus? Ce dernier moyen n'est évidemment pas proposable et n'a pu être employé que par une erreur de diagnostic qui a fait prendre une tumeur sanguine pour une tumeur dépendant de l'utérus lui-même. L'ouverture à travers les parois pourrait certainement être faite. Toutefois, comme de ce côté on ne pourrait éviter l'incision du péritoine, tandis qu'on l'évite sûrement en ouvrant la tumeur par le vagin, on comprend que c'est cette dernière voie qu'on doit choisir. Ce n'est que lorsqu'on ne pourrait pas atteindre la tumeur par le vagin qu'on devrait recourir à l'incision abdominale. Ces cas, heureusement, paraissent être fort rares, car on n'en a pas encore observé d'exemple dans les observations qu'on a recueillies depuis que l'attention est éveillée sur ce sujet.

Mais d'abord, à quelle époque convient-il d'opérer? Faut-il, avant de s'attaquer à l'état local, combattre les symptômes généraux? Lorsqu'il se sera développé des accidents inflammatoires intenses du côté de l'abdomen, que les souffrances seront très vives, lorsqu'on aura reconnu manifestement de la fluctuation dans la tumeur qui proémine dans le vagin, il faudra donner issue au liquide le plus promptement possible. On a observé, en effet, qu'à la suite de l'opération, les malades étaient immédiatement soulagées, et que les symptômes généraux s'amendaient d'une manière rapide. En attendant plus longtemps, les accidents inflammatoires pourraient devenir plus violents, et il pourrait survenir une péritonite intense qui emporterait les malades, et que souvent on ne pourrait combattre avec succès à cause de la grande faiblesse dans laquelle elles sont pour la plupart.

Dans le cas où, par la raison que nous avons indiquée ou par d'autres, on se déciderait à pratiquer la ponction abdominale, on devrait préalablement déterminer par l'application d'un caustique des adhérences entre les feuillets viscéral et pariétal du péritoine, sans quoi le kyste, après s'être vidé en partie, pourrait s'affaisser, le parallélisme ne plus exister entre l'incision abdominale et l'incision de la tumeur, et, par suite de cette disposition, se faire dans la cavité du péritoine un épanchement qui pourrait être promptement mortel.

Si l'on s'est décidé pour l'incision vaginale, on choisira, pour enfoncer l'instrument qui doit servir à faire la ponction, le point de la tumeur où la fluctuation est le plus évidente et le plus superficielle. On peut, pour pratiquer l'opération, se servir d'un bistouri ordinaire ou, comme l'a fait M. Récamier, d'un bistouri convexe, dont la lame est cachée, analogue au pharyngotome; ou mieux encore, comme le fait M. Nélaton, d'un gros trocart, puis d'un lithotome simple pour agrandir l'ouverture faite par le trocart. M. Récamier introduit l'index de la main gauche dans le vagin, l'instrument est introduit sur la pulpe du doigt; quand la lame est arrivée à la profondeur convenable, il la démasque d'une certaine longueur, jusqu'à sensation d'une résistance vaincue; il fait avec ce bistouri la ponction et l'incision en même temps. L'instrument est retiré avec les mêmes précautions que lors de son introduction; si la boutonnière qu'il a pratiquée n'est pas assez longue, on l'agrandit avec un bistouri boutonné.

Le procédé employé par M. Nélaton semble, sous plusieurs rapports, être préférable : la malade est couchée sur un lit assez élevé, dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies et maintenues par des aides ; elle est placée dans la position que l'on donne aux malades chez qui l'on pratique l'opération de la taille. On introduit dans le vagin un spéculum qui permet de découvrir la tumeur vers le fond de cet organe à sa paroi postérieure; quelquefois, lorsqu'elle est volumineuse, elle n'est distante de l'orifice vulvaire que de quelques centimètres, les rides transversales de la muqueuse sont effacées. Après avoir, avec le doigt, cherché le point où l'on sent le plus manifestement la fluctuation, on enfonce en ce point un long trocart dont la canule doit être assez large pour permettre au liquide de s'écouler; il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin. Lorsqu'on a retiré la pointe du trocart, il s'écoule par la canule une plus ou moins grande quantité de sang liquide, noir, visqueux, semblable à de la mélasse. La tumeur se vide en partie, mais l'ouverture n'est pas assez large, et le liquide est trop épais souvent pour s'écouler en totalité de cette manière; il faut alors agrandir l'ouverture. Pour cela, on retire la canule, puis on introduit, par l'ouverture faite par le trocart, un lithotome à une lame, disposé préalablement de manière à faire une incision suffisante ; ce qu'on obtient par le degré d'ouverture que l'on permet, au moyen d'une vis, à la lame du lithotome.

L'incision doit avoir le plus souvent 3 centimètres d'étendue : on la pratique dans le sens de l'axe du vagin, afin de ne pas blesser les artères utérines; il faudra avoir aussi soin de s'assurer aussi qu'il n'existe point d'artères dans le point de la paroi sur lequel doit porter l'incision. Cette incision ne doit être ni trop considérable ni trop profonde, sans cela on aura à craindre la blessure du rectum; aussi le lithotome sera-t-il préférable au bistouri; avec lui on pourra donner à l'incision la longueur que l'on jugera convenable et ne pas la dépasser, puisque, avant d'introduire l'instrument le degré d'écartement qu'on donnera à la lame correspondra à la longueur de l'incision; avec le bistouri, au contraire, on n'aura pas cette précision; un mouvement brusque de la malade pourra faire prolonger l'incision et aller blesser un organe voisin, le rectum, par exemple.

Par l'incision que l'on vient de pratiquer, le reste du sang liquide qui existait dans la tumeur s'écoule; le doigt introduit dans la poche constate l'épaisseur de ses parois et l'existence dans la cavité de caillots qui sont adhérents à ces parois; il peut alors les détacher et même les broyer; puis, à l'aide d'injections fortement poussées, on les fait sortir de la cavité de la tumeur. M. Récamier recommande de faire, pendant que le liquide sort de la tumeur, une légère compression sur l'abdomen, afin de faciliter l'écoulement de ce liquide par le vagin; puis de la continuer, lorsque l'opération est terminée, en appliquant sur l'abdomen des compresses maintenues par un bandage de corps, afin de diminuer, dit-il, les chances de l'introduction de l'air dans le foyer, ce qui expose à des accidents graves bien connus. Pour éviter encore cette introduction, M. Récamier recommande de maintenir la poche remplie d'eau; pour cela, il pousse la fin de l'injection avec peu de force et maintient le siége de la ma-

---

l'emprisonnement, l'ennui et le chagrin qu'il occasionne, la nourriture longtemps et souvent malsaine et insuffisante, la nature et l'excès du travail. Aussi rien de plus commun parmi les prisonniers que les maladies chroniques, que les scrofules et la phthisie. Sur quatre décès, souvent trois sont dus à une affection chronique.

Eh bien! il est à désirer que cet état cesse ou du moins s'améliore; la société y est plus intéressée qu'il ne le semble d'abord; car, en sortant de prison pour travailler et pour avoir des dispositions favorables au milieu social dans lequel on rentre, il faut jouir d'une bonne santé et avoir été traité équitablement par cette société. Nous savons bien que l'habile médecin qui dirige ce journal, M. H. de Castelnau, prétend, la statistique à la main, que le plus grand nombre des criminels sont incorrigibles, que ceux qui ont failli deux fois succomberont à la première tentative, succomberont toujours aux séductions du vice de la paresse et des pernicieux conseils. Cette idée, toute vraie que nous sommes disposé à la croire d'après les faits sérieux sur lesquels s'appuie son ingénieux auteur, ne s'oppose point d'ailleurs à une réforme qui mettrait plus sûrement à l'abri des rechutes les consciences encore mal assurées et les intentions fragiles.

Pour modifier ces mauvaises dispositions physiques, pour neutraliser l'effet constamment délétère des prisons, il est donc à désirer qu'on propage et multiplie les colonies agricoles pour les libérés et qu'on introduise dans les maisons centrales les travaux des champs. Ces derniers exigent moins de surveillance qu'on ne serait tenté de le croire. C'est ainsi qu'à Clairvaux on a pu faire travailler dans la forêt voisine dix-huit détenus, qui n'étaient surveillés que par un agent de la prison et deux gardes forestiers. Aucun détenu ne s'est échappé, et tous, primitivement d'une mauvaise santé, scrofuleux, scorbutiques ou convalescents, ont obtenu une guérison complète ou ont éprouvé du moins une amélioration rapide et sensible. On pourrait ainsi employer les détenus des maisons centrales à de grands travaux d'utilité publique, à la construction de routes, à l'assainissement de certains pays, au percement de tunnels. M. Chenal, ancien préfet des Hautes-Alpes, avait proposé de faire percer par les prisonniers d'Embrun la montagne de Bayard, qui donnerait alors passage à un canal d'irrigation et à une route. Et le directeur de la prison prétendait qu'il pourrait consacrer à ce travail 4 à 500 détenus sur 900, qu'il suffirait d'un piquet de 25 hommes et de 8 gardiens pour les garder, et cette mesure contribuerait à la tranquillité de la prison.

Dans tous les cas, le régime intérieur de nos prisons exige de nombreuses et de sérieuses réformes. La nourriture, dans beaucoup de ces établissements, est insuffisante et malsaine; les bâtiments sont souvent insalubres; l'eau est souvent aussi de mauvaise qualité, et d'autant plus nuisible qu'elle constitue l'unique boisson des détenus, et qu'elle sert, pour ne pas dire qu'elle s'oppose, à la cuisson des légumes; les vêtements, les soins de propreté, laissent beaucoup à désirer. Toutes ces attentions pour des misérables qui se sont couverts de crimes paraîtront, à beaucoup de gens, non-seulement superflues, mais même immorales. En réfléchissant toutefois, on verra que ces mesures tendent à un intérêt général, et que d'ailleurs la société doit moins chercher à se venger qu'à se préserver de nouveaux attentats.

Nous sommes obligé de nous arrêter dans cet aperçu beaucoup trop rapide. Ce n'est point d'ailleurs une analyse que nous avons voulu faire; elle nous aurait entraîné dans des développements que nous ne pouvions nous permettre. Nous avons cherché seulement à donner une idée d'un ouvrage que son importance place au premier rang, et que devront lire et méditer tous les hommes qui s'occupent de la question pénitentiaire. Ch. Bernard.



NOUVELLES.

Concours. — L'épreuve clinique qui a eu lieu mercredi dernier a été subie par M. Morel-Lavallée.

— A la suite d'un concours dans lequel tous les candidats ont fait preuve d'une instruction solide, M. Foucher, interne à la Charité, a été nommé aide d'anatomie.

— On écrit de Cologne (Prusse), le 1er février :

« La mort vient d'enlever le même jour, vendredi 24 janvier, deux des plus illustres célébrités médicales de l'Allemagne : M. François-Charles Naegele, professeur d'accouchement à l'Université de Heidelberg, dans le grand-duché de Bade, et M. Conrad-Martin Langenbeck, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'Université de Gœttingue, chirurgien en chef de l'armée hanovrienne. Tous deux sont morts après une courte maladie, le premier à l'âge de soixante-douze ans, l'autre à celui de soixante-quinze ans.

» M. Naegele, auteur d'un grand nombre d'importants ouvrages, était né à Dusseldorff, et avait fait toutes ses études à Strasbourg et à Paris. M. Langenbeck a doté Gœttingue de deux grands édifices qu'il fit construire à ses frais, savoir : l'hôpital de clinique chirurgicale et le nouvel amphithéâtre d'anatomie. »

lade dans une position élevée. Il faudra faire avec soin dans le foyer des injections tièdes, émollientes, qu'on répétera plusieurs fois par jour, afin de vider et de débarrasser la cavité de la tumeur du liquide et des caillots qui tendent à s'altérer si vite au contact de l'air.

La quantité de sang liquide que l'on retire par le vagin varie suivant le volume de la tumeur et le temps depuis lequel elle est formée. Quelquefois on n'a retiré que quelques cuillerées de liquide, le reste de la tumeur était formé par des caillots; d'autres fois, au contraire, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, 500 et même jusqu'à 1,000 grammes de sang liquide se sont écoulés après l'incision. Le sang que l'on a retiré de ces tumeurs était dans tous les cas le même; il était noir, d'une viscosité assez considérable, se coagulant difficilement au contact de l'air et pouvant être très bien comparé à de la mélasse.

Quelquefois, lorsque la poche est considérable, que les caillots sont très adhérants ou situés trop haut, le doigt ne réussit pas à les atteindre et à les détacher. On pourra alors faire usage d'une curette plus ou moins grosse, et, à l'aide de cet instrument, détacher des parois de la tumeur les caillots, que l'on fera sortir ensuite du kyste par des injections. Après avoir incisé et vidé la poche sanguine, il faudra toujours avoir soin d'introduire l'index dans sa cavité, afin de voir quelle est son étendue, l'épaisseur de ses parois, et de s'assurer qu'il n'existe pas à sa surface une autre tumeur, comme cela a été observé, et comme on devra le supposer lorsque, après l'opération, le volume du ventre sera resté le même, et que les symptômes généraux n'auront pas diminué d'intensité. Dans ce cas, il faudra s'assurer que la tumeur que l'on sent est bien une nouvelle tumeur sanguine, et qu'elle n'est pas formée, par exemple, par l'accumulation dans l'intestin des matières fécales, par suite de la constipation qui existe depuis longtemps. Lorsqu'on sera certain du diagnostic, il faudra agir, pour ce nouvel épanchement sanguin, comme on l'a fait pour le premier; seulement il faudra agir avec plus de prudence, à cause de la profondeur plus grande de la tumeur, et du danger, par conséquent, de blesser les organes voisins. Si les symptômes généraux conservaient leur intensité par suite de la présence de cette nouvelle tumeur, il ne faudrait pas trop tarder d'en faire l'ouverture, sans quoi cette tumeur pourrait ulcérer l'intestin, et donner par cette voie une issue au liquide qu'elle contient, ce qui pourrait amener quelquefois d'autres accidents, par suite du passage dans la poche des matières fécales.

Lorsque, quelques jours après l'opération, le liquide qui s'écoule de la tumeur aura, comme nous l'avons vu, changé de nature, qu'il sera devenu purulent, fétide, il faudra remplacer les injections émollientes par des injections faites avec un liquide désinfectant, de l'eau chlorurée, par exemple, afin de déterger ce foyer purulent. On aura soin de soutenir, en même temps les forces des malades par des préparations toniques, le vin de quinquina, etc. C'est dans ce cas aussi qu'il faudra explorer avec soin les parois de la tumeur avec une curette, afin d'en détacher les caillots adhérents profondément placés et qui commenceraient à se putréfier.

Outre ces moyens locaux, que l'on emploiera après l'opération, il faudra en même temps combattre les symptômes généraux qui pourraient persister après l'ouverture de la tumeur. S'il existait encore des symptômes de péritonite, on devra user modérément des émissions sanguines, à cause de la faiblesse extrême que présentent la plupart des malades. Il serait préférable, dans ces cas, d'employer les onctions mercurielles sur le ventre, et l'administration du calomel à l'intérieur. On entretiendra par de légers purgatifs ou des lavements la liberté du ventre. Les fonctions de l'extrémité inférieure de l'intestin ne tardent pas, du reste, à se rétablir après l'évacuation de la tumeur. Des potions opiacées, des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, seront employés tant que persisteront les douleurs. Les vomissements seront combattus par la glace, l'eau de Seltz. Puis, lorsque la fièvre aura disparu, il faudra relever les forces des malades par une nourriture tonique, qu'on augmentera graduellement, afin de réparer les pertes considérables qu'elles auront pu faire.

L'incision telle que nous venons de la décrire a été pratiquée par M. Nélaton sur la malade qui se trouve dans son service. Comme dans tous les cas où cette pratique a été suivie, une amélioration immédiate a succédé à l'opération, et après quelques accidents qui auraient pu jusqu'à un certain point faire croire à une péritonite, mais qui se sont assez promptement dissipés, la malade est aujourd'hui hors de danger et en voie de guérison.

RAPPORT

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIGITALE ET LA DIGITALINE.

Par M. le professeur BOUILLAUD.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent).

SECONDE PARTIE. — EXPOSÉ ANALYTIQUE DES EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES AUTEURS DU MÉMOIRE SUR LES PROPRIÉTÉS DE LA DIGITALINE COMPARÉES A CELLES DES AUTRES PRÉPARATIONS DE LA DIGITALE.

ARTICLE PREMIER. — *Expériences physiologiques sur l'homme et sur les chiens.*

1° L'un des auteurs a fait sur lui-même l'essai de la digitaline, en y procédant avec une exactitude vraiment exemplaire, et il l'a répété à sept reprises, laissant entre les essais ainsi renouvelés des intervalles assez longs.

Parmi les éléments ou conditions d'exactitude qu'il est bon de détailler ici, nous noterons les suivants : 1° On a fait connaître la constitution, le genre de vie, le régime de l'expérimentateur; 2° on a eu soin d'indiquer le nombre précis des pulsations des artères avant, pendant et après l'administration du médicament, et on les a comptées pendant plusieurs jours consécutifs à différentes périodes de la journée, en ayant soin de mentionner les *moyennes*, les *minima* et les *maxima*; 3° les doses journalières et la dose totale du médicament, les heures auxquelles le médicament a été pris ont également été notées avec la plus consciencieuse ponctualité; 4° outre l'action spéciale sur la circulation, on a consigné dans une colonne à part les effets sur les principales fonctions et les accidents soit des simples intolérances, soit de véritable intoxication quand ils se sont manifestés.

Ce n'est pas d'ailleurs l'exactitude de l'expérimentateur seulement que la commission doit signaler avec éloge, elle se plaît aussi et se fait même un devoir de louer le courage et la persévérance dont a fait preuve ce modèle des expérimentateurs.

De l'analyse des six premiers essais entrepris dans le cours des années 1842, 1843, 1847, 1848, 1850, il résulte que la *moyenne* de la diminution du chiffre des battements du cœur et des artères a été de 4 pulsations environ pendant, et de 5 environ après l'administration du médicament (tantôt digitale, tantôt digitaline). On trouvera ci-dessous les détails relatifs à ces essais, dans lesquels la dose totale du médicament pris a été en général assez faible.

Dans le premier essai, en 9 jours 38 granules de digitaline ont été pris (6 le dernier jour, 4 tous les autres jours).

Dans le second essai, en 8 jours, 2 grammes de poudre de digitale de qualité moyenne ont été pris (2 décigrammes par jour pendant quatre jours, 3 décigrammes par jour pendant deux jours, 4 décigrammes pendant deux jours).

Dans le troisième essai, en cinq jours, 20 granules de digitaline (4 milligrammes chaque jour).

Dans le quatrième essai, en treize jours, 36 granules (2 milligrammes les deux premiers jours, et 3 les jours suivants).

Dans le cinquième essai, en neuf jours, 2 grammes, 10 centigrammes de poudre de digitale de qualité supérieure. (2 décigrammes les trois premiers jours, 2 décigrammes par jour pendant cinq jours, 0 le dernier jour).

Dans le sixième essai, en sept jours, 34 granules de digitaline (4 par jour pendant les trois premiers jours, 5 par jour pendant les deux jours suivants, et 6 par jour pendant les deux derniers).

L'expérimentateur fait observer qu'il a pendant cet essai supporté 6 milligrammes par jour, bien qu'il ne puisse, en général, en *tolérer* que 5 milligrammes. Cette *tolérance* lui paraît tenir à ce que l'ingestion des granules a eu lieu, à *dessein*, le soir comme le matin, à un moment assez rapproché du repas pour que l'estomac ne fût pas complétement vide. Or, c'est précisément dans les cas où il a pris la digitaline, l'estomac étant tout a fait vide, qu'il n'a pu en tolérer plus de 5 milligrammes ou 5 granules par jour.

Voici quelle fut la moyenne du pouls avant, pendant et après l'administration du médicament.

1er Essai, avant 59, 21, pendant 52, 61 (différence 7, 60), après 57, 45 (différence 1, 76).

2e Essai, avant 58, pendant 54, 96 (différence 3, 04), après 52, 76 (différence 5, 28).

3e Essai, avant 64, 85, pendant 59, 25 (différence 5, 60), après 55, 52 (différence 9, 33).

4e Essai, avant 65, 85, pendant 62, 88 (différence 2, 97), après 61, 15 (différence 4, 70).

5e Essai, avant 68, 12, pendant 65, 06 (différence 3, 06), après 63, 68 (différence 4, 44).

6e Essai, avant 75, 25, pendant 72, 44 (différence 3, 21), après 71, 24 (différence 4, 01).

Mais nous devons signaler ici les accidents d'intoxication qui se manifestèrent pendant le cinquième essai sous l'influence de 2 grammes et 1 décigramme de poudre de digitale de qualité supérieure, pris en neuf jours et la diminution très notable du pouls qui survint en même temps (de 72 il tomba à 53 pendant la durée des accidents et à 55 après leur disparition. Ce qui donne les différences 19 et 17, c'est-à-dire une différence moyenne qui représente exactement le quart des pulsations normales).

Nous croyons devoir aussi rapporter avec quelques détails le septième et dernier essai, fait au mois de novembre dernier (1850), avec le sirop de digitaline dont 20 grammes contiennent 1 milligramme de cette substance.

L'expérimentateur s'est administré en huit jours 33 milligrammes en sirop (par dose journalière de 2 à 6 milligrammes).

Moyenne du pouls compté pendant six jours à diverses heures de la journée :

Avant l'expérience	67, 47
Maximum	73, »
Minimum	63, »
Moyenne du pouls pendant les 8 jours d'administration	64, 64
Moyenne pendant les dix jours :	
Après l'administration	59, 88
Minimum pendant l'administration	54, »
Maximum	74, »
Minimum après l'administration	50, »
Maximum	72, »

En comparant la moyenne du pouls normal (67, 47) au minimum de ce même pouls après l'administration (50), on trouve une différence de 17, 67, différence sensiblement égale au quart des pulsations à l'état normal, ainsi qu'il est arrivé dans le cas d'intoxication que nous avons signalé plus haut.

L'expérimentateur a éprouvé plutôt des *défaillances* que des tiraillements d'estomac, et il note que son appétit n'a pas augmenté comme il lui est souvent arrivé après l'usage des granules.

Léger trouble de la vue.

Rien d'appréciable du côté des reins.

Il fait remarquer que le pouls est revenu brusquement à l'état normal ou à peu près, sous l'influence d'une longue course faite le dixième jour après la cessation de l'administration du sirop.

La somme des chiffres de l'abaissement moyen pendant ou après l'administration du sirop, celui qui représente le maximum d'abaissement (17, 67), sont tout à fait analogues à ceux du premier essai sous l'influence des granules.

De l'ensemble des faits il résulte que l'action de la digitaline est à peu près la même, soit qu'on l'administre à l'état de sirop, c'est-à-dire dissoute par avance, ou à l'état de granules, cas où elle se dissout peu à peu et assez promptement dans le suc gastrique. S'il existe quelques différences, elles sont légères; elles ne paraîtraient pas déposer en faveur du sirop, lequel donnerait lieu à des nausées et à des phénomènes cérébraux plus marqués.

2° Passons maintenant aux expériences faites sur deux chiens avec la même exactitude que celles dont nous venons d'exposer les résultats. Le premier chien, appelé *Digitalin*, a pris d'une manière intermittente, mais à six intervalles assez rapprochés (du 10 mai au 3 septembre 1849), trois cent trente-deux granules ou milligrammes de digitaline, par dose journalière de 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 milligr.

La moyenne du pouls, avant l'expérience, était de 59, 94; cette moyenne, après les six administrations successives, était de 51, 22 : il y a donc eu une diminution de 8, 72.

Le second chien, appelé *Mars*, a pris, d'une manière intermittente aussi (du 13 juin au 8 septembre 1849), 398 granules ou milligrammes de digitaline, par dose journalière de 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 milligrammes.

La moyenne du pouls, avant l'expérience, était de 87, 30; cette moyenne après l'administration, à quatre intervalles rapprochés, était de 69, 93 : par conséquent, la diminution a été de 17, 37. Ajoutons que, pendant l'expérience, il y a eu des ralentissements momentanés s'élevant à 23 et même 31; dernière diminution à peu près double de celle indiquée tout à l'heure (17).

D'après les essais ci-dessus analysés, le *minimum* d'abaissement des pulsations ne correspond, pour ainsi dire, jamais à la période d'administration de la digitale ou de la digitaline, mais bien à celle de repos après la cessation de l'usage du médicament.

Parmi les expériences dont il s'agit, il y en a 13 où le minimum d'abaissement se trouve ainsi à la période du repos; une dans laquelle on a observé un accroissement pendant l'administration, lequel s'est accru pendant le temps du repos; une où le pouls n'a pas été compté passé le temps d'administration de la digitaline; une, enfin, dans laquelle le minimum correspond à la période d'administration de la digitaline.

Ce résultat assez curieux prouve que le médicament poursuit son action pendant quelque temps encore après qu'on en a cessé l'administration et jusqu'au moment sans doute où il n'en reste plus de trace dans le système de l'économie, soit que l'élimination s'en opère par quelqu'un des nombreux émonctoires de ce système, soit que, par une réaction encore inconnue, il se transforme en quelque composé nouveau complétement dépourvu de la propriété dont jouit la digitaline pure.

Dans le cours de leurs expériences, MM. Homolle et Quevenne ont *plusieurs fois* recherché la digitaline dans les urines (notamment chez les chiens qui en prenaient jusqu'à 10 milligrammes par jour, et chez un homme qui en deux jours en avait pris 12 milligrammes), et ils n'y en ont trouvé aucune trace.

Le moyen dont ils se sont servi pour cette expérience est tout simplement la dégustation (il suffit de placer une goutte d'urine sur la langue et de la rejeter aussitôt pour savoir à quoi s'en tenir). Selon MM. Homolle et Quevenne, le mode de recherche, lorsqu'il s'agit d'une substance remarquablement sapide comme la digitaline, et en tant que ces résultats sont négatifs, est réellement bien au-dessus des moyens chimiques qui pourraient être employés en cette circonstance pour le degré de *sensibilité* et de *certitude*.

ARTICLE SECOND. — *Expériences cliniques rapportées par MM. Homolle et Quevenne.*

« Il s'agit maintenant d'examiner, disent ces auteurs, si la pratique ultérieure est venue confirmer nos premiers résultats; or, les faits recueillis par nous-mêmes, des observations prises dans plusieurs services des hôpitaux fournissent une réponse affirmative à ce sujet.

» Quant à l'*intolérance* de la digitaline, qui n'est pour nous qu'une manifestation de son action éméto-cathartique, nous ne l'avons rencontrée que trois fois sur plus de *cent personnes* à qui nous avons administré ce médicament; et dans ces trois cas, il nous a suffi de suspendre la digitaline, ou même seulement d'en diminuer la dose, pour faire cesser aussitôt tout accident. »

Dans les trois cas dont il s'agit, il n'y eut que des nausées suivies deux fois de vomissements; ils ne déposeraient donc pas en faveur de l'action *cathartique* du médicament.

MM. Homolle et Quevenne ont consigné dans leur mémoire la *théorie* de M. Mialhe sur l'*intolérance de la digitaline*, survenue brusquement chez quelques sujets. D'après cette *théorie*, les phénomènes de l'intolérance proviendraient du *peu de solubilité de la digitaline* et de son *accumulation dans les voies digestives*. Pour apprécier la valeur de cette *théorie*, qui ne paraît aux auteurs établie sur aucun fait positif, l'un d'eux s'est soumis à une expérience de laquelle il résulte que la poudre de digitale, dans laquelle le principe amer se trouve à l'état complétement soluble, produit les vomissements et les autres symptômes d'intolérance aussi rapidement et aussi fortement que la digitaline.

« Nous croyons que ceux de nos confrères qui ont observé des accidents gastriques plus opiniâtres doivent les attribuer à cette circonstance, qu'ils ont débuté par des doses trop élevées ou bien dépassé celles consacrées par l'expérience.

» Reste l'action toxique signalée par MM. Bouchardat et Sandras, qui, ayant injecté chez des chiens la digitaline dans les veines, ont vu ces animaux succomber rapidement. Ces faits, devenus la base de craintes exagérées, ont été évidemment mal interprétés. On n'a pas tenu compte du mode d'absorption qui modifie si profondément l'action du médicament et des dangers qu'il peut entraîner par lui-même. A combien d'agents thérapeutiques, en effet, la médecine devrait renoncer, s'il fallait leur faire subir la même épreuve! Ce que nous pouvons affirmer, c'est que ces phénomènes toxiques, indépendants de l'action éméto-cathartique, ne se sont jamais présentés à notre observation. Nous ajouterons que le vomissement, lorsque la digitaline est administrée par l'estomac à doses exagérées, débarrasse l'économie de l'excès du médicament ingéré et, remplissant, pour ainsi dire, l'office de soupape de sûreté, met obstacle au développement des accidents véritablement toxiques. »

Quelque ingénieuse que soit la comparaison dont se servent MM. Homolle et Quevenne pour nous rassurer contre l'action toxique de la digitaline, elle ne constitue pas une garantie suffisante. C'est surtout en matière de médecine en général, et de thérapeutique en particulier, qu'on est en droit de dire que *comparaison n'est pas raison*. L'assertion des savants auteurs n'est pas appuyée sur un grand nombre de faits suffisamment observés.

Quant à l'efficacité comparée des préparations de digitale usitées jusqu'ici et de la digitaline, MM. Homolle et Quevenne laissent à l'expérimentation clinique le soin de prononcer en dernier ressort. Ils pensent que leurs propres observations et les travaux publiés jusqu'à ce jour portent à croire que la question sera résolue en faveur de la digitaline.

M. Hervieux, dont les recherches portent plus spécialement sur la vertu diurétique de la digitaline, mais qui d'ailleurs a dans tous les cas observé le ralentissement du pouls, conclut : « Elle peut être employée avec succès dans tous les cas où la digitale a été prescrite; elle peut, de plus, l'être avec sécurité, avantage énorme qui lui donne le pas sur celle-ci. Une des circonstances qui plaident le plus puissamment en faveur de la digitaline est la facilité du dosage; tandis que celui-ci ne peut avoir lieu pour les préparations de digitale qu'à une approximation extrêmement grossière, il se fait pour la digitaline avec une rigueur mathématique (1). »

M. Strohl, agrégé à la Faculté de Médecine de Strasbourg, a constaté également le ralentissement du pouls chez les sujets auxquels il a prescrit la digitaline (2).

(1) *Archives générales de Médecine*, t. XVII, 4e série, 1848.
(2) Sur dix-huit exemples fournis pour neuf sujets, il y en a eu trois où

Il avait d'abord paru douter de l'action diurétique de ce médicament; mais il dit que plus tard il a recueilli un cas où cette action a été des plus marquées (1).

L'expérimentateur dont nous rappelons les recherches a administré la digitaline dans divers cas de bronchite, de tubercules pulmonaires, d'affection du cœur, etc.

M. Sandras est un des praticiens qui ont administré la digitaline. Ses expériences ont été faites chez des sujets affectés d'hypertrophie du cœur, de palpitations nerveuses, chlorotiques, etc. (2). Comme M. Hervieux, il a toujours constaté le ralentissement du pouls; mais il ne se prononce pas aussi affirmativement que ce dernier sur la propriété diurétique; et quand la diurèse a eu lieu, il se demande s'il ne faut pas l'attribuer simplement « au rétablissement de l'équilibre physiologique des fonctions. »

En résumé, M. Sandras déclare n'avoir observé par l'emploi de la digitaline aucun des inconvénients reprochés à la digitale (variations d'énergie suivant la provenance, l'âge, l'année et la récolte, la dessiccation, etc.) La digitaline lui a toujours paru facile à prendre et à supporter; son effet a été parfaitement fixe et régulier, selon les doses auxquelles il la prescrivait.

Comme MM. Hervieux et Strohl, M. Sandras a prescrit la digitaline à la dose de 1 à 4 milligrammes par jour.

Les auteurs dont nous venons de signaler les recherches ont essayé de préciser le temps nécessaire pour arriver au maximum d'action après chaque dose de médicament. Selon les uns, dans la plupart des expériences, ce maximum aurait lieu quatre à six heures environ après avoir été introduit dans l'estomac.

M. Hervieux admet que ce maximum s'observe le plus ordinairement après cinq ou six heures (*Annuaire de Thérapeutique* de M. Bouchardat). Il ne se produisait, selon M. Sandras, que deux ou trois heures après l'administration.

MM. Homolle et Quevenne pensent que cette fixation n'offre qu'un intérêt de précision dans les recherches, et ajoutent que d'après leurs expériences l'action de la digitaline se manifestant à toutes les heures de la journée et presque toujours d'une manière plus marquée après l'administration, il est *rationnel* de considérer la digitaline comme produisant une modification uniforme sur l'économie, ou influençant la circulation à peu près également à toutes les heures du jour, et même au delà de la durée de l'administration (3).

Ces préliminaires posés, MM. Homolle et Quevenne rapportent les observations qui leur sont propres; elles sont au nombre de huit, dont on trouvera l'analyse annexée à ce rapport. Au reste, après avoir rapporté les huit observations ci-dessus analysées, MM. Homolle et Quevenne ajoutent que c'est « pour ne pas grossir démesurément leur mémoire qu'ils n'y ont pas consigné plusieurs observations d'épanchements pleurétiques et un de péricardite, dans lesquelles la digitaline leur a paru activer manifestement la résorption; qu'ils ont cru pouvoir aussi négliger les observations destinées uniquement à établir que la digitaline, comme la digitale, diminue le nombre des battements du cœur, les expériences citées dans le premier mémoire ne pouvant laisser de doute sur ce point. »

La commission, forte de sa propre expérience, n'avait pas, pour son propre compte, besoin d'observations plus nombreuses pour être bien convaincue qu'à la digitaline appartient, non moins qu'à la digitale elle-même, l'admirable propriété de ralentir les battements du cœur et le pouls; mais elle aurait accueilli avec un grand empressement les faits propres à démontrer, d'une manière indubitable, que la digitaline possède aussi une action, une vertu diurétique assez énergique et assez constante pour ne pouvoir être révoquée en doute par aucun des observateurs qui ont longtemps et consciencieusement étudié au lit des malades les effets réels de ce médicament. Ce n'est pas tout que de reconnaître à ce principe les propriétés de la digitale elle-même ou en nature, selon l'expression de MM. Homolle et Quevenne; il reste encore à résoudre le problème suivant, posé par ces auteurs: « La digitaline offre-t-elle une constance dans ses effets qui lui donne sur les préparations pharmaceutiques de la digitale un avantage marqué? » En d'autres termes, « la digitaline, envisagée au point de vue de l'identité, offre-t-elle plus de garanties que la meilleure des préparations de la digitale, la poudre, et doit-elle lui être préférée pour l'usage médical? »

Après avoir rappelé que, dans un précédent mémoire, ils ont exposé les moyens d'obtenir la digitaline dans un état d'identité approprié aux besoins de la thérapeutique, MM. Quevenne et Homolle établissent qu'il n'en est pas ainsi de la digitale. Pour démontrer qu'en effet les qualités de la digitale sont susceptibles des plus notables variations, ils ont soumis à toutes les épreuves requises sept échantillons pris sur les digitales que le commerce en gros fournit à l'approvisionnement de Paris et d'une grande partie de la France. Or, il résulte clairement de ces essais faits avec toute la rigueur convenable :

1° Que les poudres provenant de ces échantillons diffèrent sous le rapport de la coloration verte, du trouble que produit dans un infusé de digitale la solution de cyanure ferroso-potassique, du dépôt formé spontanément dans l'infusé aqueux de digitale, procédés généralement usités pour apprécier les diverses qualités de cette plante;

2° Que ces divers modes d'essais peuvent, à la rigueur, faire distinguer une très bonne digitale d'une très mauvaise, mais non les diverses digitales de qualité moyenne que fournit habituellement le commerce;

3° Qu'ils ne fournissent aucune donnée précise pour mesurer en quelque sorte l'étendue de la différence qui existe entre certaines digitales.

Sous le point de vue qui nous occupe, MM. Homolle et Quevenne donnent, à bon droit, la préférence à la digitaline sur la digitale. Ils ont soumis les diverses digitales à un autre ordre d'épreuves, savoir : l'action physiologique. Malheureusement leurs expériences n'ont pas été assez nombreuses pour qu'on puisse en déduire une conclusion générale. (Elles n'ont été faites que sur un seul animal, un chien, cette sorte de victime privilégiée des expériences physiologiques.)

Nous ne ferons que mentionner en passant les recherches, d'ailleurs intéressantes, que contient le travail de MM. Homolle et Quevenne relativement à l'influence du « mode de pulvérisation de la » digitale sur la qualité de la poudre de cette substance et des ex- » traits de première et dernière poudre de digitale. » Comme l'un de vous (M. Soubeiran) l'avait déjà reconnu par voie d'expérience, MM. Quevenne et Homolle ont trouvé que le poids des deux extraits était sensiblement le même. Mais en même temps l'essai de ces deux extraits leur a montré que, sous le rapport de la qualité et par suite de l'activité, il existe entre eux une différence d'environ moitié.

MM. Homolle et Quevenne terminent cet article par les remarques suivantes, qu'il n'est pas indifférent de soumettre à l'attention des praticiens : elles ont pour objet la qualité de la digitale consommée sur la prescription des médecins.

« Nous avons pu, disent-ils, lorsque nous nous sommes procurés nos échantillons de digitale, apprécier d'une manière approximative que, sur la quantité qui existait à cette époque (1847) sur la place de Paris, il y en avait un quart environ de bien desséchée, un quart de qualité moyenne et moitié qui était mal desséchée et manifestement mauvaise; il est évident que cette dernière et considérable fraction n'a pas été jetée, et, la digitale n'ayant qu'un usage exclusivement médical, force est bien d'admettre qu'elle a été finalement consommée par les malades. »

MM. Homolle et Quevenne résument ainsi leur parallèle entre la digitaline et la digitale.

Parallèle entre la digitaline et la digitale.

Digitaline.	Digitale.
I. Type inaltérable auquel on pourra toujours rapporter toutes les digitalines.	I. Impossibilité de conserver inaltéré un échantillon-type qui puisse indéfiniment servir de point de comparaison.
II. Energie constante de l'agent médicamenteux.	II. Incertitude inévitable sur la qualité et par suite sur le degré d'activité de la plante employée.
III. Appréciation possible de la qualité d'une digitaline donnée par la mesure de l'intensité de son amertume, qui doit être telle qu'il faille deux litres d'eau pour enlever l'amertume de 1 centigramme de digitaline.	III. Absence de caractère positif sur lequel on puisse compter pour apprécier la différence de qualité entre les diverses digitales.
IV. Facilité extrême d'administration à toute personne sans exception.	IV. Administration difficile chez quelques personnes, à raison de la saveur et de l'odeur (1).

(*La fin à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 janvier 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Guersant présente quelques considérations générales sur les maladies des enfants, en les comparant à celles des adultes, et attire particulièrement l'attention de la Société sur un malade qui se trouve actuellement dans son service, et qui est affecté d'un polype du sinus maxillaire. Déjà le mal a fait assez de progrès pour que le sinus ait subi des modifications importantes; ainsi il existe une tuméfaction de la face due à l'ampliation de ce sinus. Il existe, du côté de l'orbite, une saillie formée par la saillie supérieure de l'antre d'hygmore, de plus il existe du côté correspondant des fosses nasales un développement anormal qui fait croire à M. Guersant que le polype a franchi la paroi externe des fosses nasales, et qu'il a envahi celle-ci. La voûte palatine est intacte.

M. Guersant se propose de faire l'opération suivante : enlever la portion qui, suivant lui, fait saillie dans les fosses nasales, et trépaner ensuite le sinus pour pratiquer l'ablation du reste de la tumeur. M. Lenoir a eu occasion de voir le malade, et il ne pense pas que la tumeur qui apparaît dans les fosses nasales soit due à un prolongement du polype; il pense que cette saillie est formée par le refoulement de la paroi externe des fosses nasales, et tout à fait analogue à ce que l'on voit du côté de l'orbite. Pour lui, le procédé opératoire que l'on doit mettre en usage dans ce cas, c'est d'inciser les téguments de la face sur la ligne médiane, de renverser ceux-ci en dehors, d'ouvrir alors largement le sinus maxillaire, et de faire l'extraction du polype.

— M. Boinet attire un instant l'attention de la Société sur une opération de phymosis faite dans des conditions insolites. La pusillanimité du sujet, son horreur pour le chloroforme ont forcé M. Boinet à laisser subsister des adhérences qui gêneront sans doute l'accomplissement de certaines fonctions.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

EXPÉRIENCES
sur le suc pancréatique du veau,

Par M. J.-L. Lassaigne.

Depuis que j'ai démontré que le suc pancréatique extrait du chien jouissait de la propriété remarquable d'émulsionner l'huile et d'opérer sa transformation en acides gras, soit à la température ordinaire, soit à la température du corps des mammifères, on devait désirer de soumettre aux mêmes expériences le suc pancréatique obtenu sur un grand herbivore, dans le but de constater s'il agissait de la même manière.

M. Colin, chef des travaux anatomiques de l'école d'Alfort, s'en étant procuré par la méthode qui lui a été indiquée par M. Bernard, et qu'il avait déjà mise en pratique avec succès sur le chien, nous en a rémis une petite quantité que nous nous sommes empressé d'examiner.

Ce fluide, de couleur jaune-ambré, est inodore; il est transparent, limpide, et possède une saveur salée assez prononcée. Mis en contact avec le papier de tournesol rougi, il le ramène en quelques secondes à sa teinte bleue primitive. Chauffé, il devient opalin, se trouble et donne lieu à quelques flocons blancs coagulés, qui s'attachent à la paroi du vase où l'épreuve est faite.

La faible proportion qui était à notre disposition ne nous ayant pas permis de le soumettre à une analyse immédiate, nous avons cru devoir examiner, de concert avec M. Colin, l'action qu'il exerçait sur les huiles.

A cet effet, nous l'avons divisé en plusieurs portions dans des tubes de verre, et nous avons ajouté sur chaque portion une goutte d'huile d'olives pure; l'agitation à laquelle nous avons soumis ces tubes n'a point émulsionné l'huile, qui se séparait bientôt et surnageait le liquide. Cette action prolongée n'avait produit aucun effet, même après huit heures de contact à la température de + 15° centigr.; l'huile était restée neutre, et le liquide avait conservé son alcalinité première. En exposant ensuite les mêmes tubes dans un bain-marie d'eau à + 38°, et maintenant cette température pendant quatorze heures, nous n'avons observé aucun changement dans les propriétés de l'huile et dans celles du suc pancréatique soumis à cette expérimentation.

Ce résultat, opposé à celui qu'on obtient avec le suc pancréatique du chien, est-il constant pour cet herbivore? où est-ce un fait exceptionnel dû à une altération du suc pancréatique dépendante de l'opération douloureuse que l'animal a subie? Nous ne pouvons admettre cette dernière hypothèse, puisque l'animal a survécu et que sa santé ne paraît pas encore altérée. (*Journ. de chim. méd.*)

le nombre des pulsations est resté le même; un où l'on a noté une accélération persistante du pouls; quatorze où l'on a observé un ralentissement du pouls variable pour le degré, pour le moment de son apparition, pour sa durée, etc.

(1) *Gazette Médicale de Strasbourg*, août et septembre 1849.

(2) *Annuaire de Thérapeutique* de M. Bouchardat pour l'année 1850.

(3) Il n'en est pas ainsi d'autres médicaments, de l'opium, par exemple, dont l'effet est beaucoup plus prompt, mais d'une durée bien plus restreinte.

(1) Cette propositiou ne peut s'appliquer qu'à un certain nombre de préparations de la digitale.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 17. — MARDI 11 FEVRIER 1851. (24e ANNEE. N° 17. — MARDI 11 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 10 FÉVRIER 1851.

Nomination d'un membre de l'Académie des Sciences.

L'Académie des Sciences a procédé aujourd'hui à la nomination d'un membre dans la section de zoologie. Elle avait à choisir entre plusieurs hommes d'un haut mérite scientifique, parmi lesquels le choix ne pouvait qu'être bon. Nous pensons cependant qu'en se fixant sur M. Coste, la majorité des suffrages est tombée sur le plus digne.

Voici comment les voix se sont réparties dans les deux seuls scrutins qui ont eu lieu :

PREMIER TOUR.		DEUXIÈME TOUR.	
M. Ch. Bonaparte,	2	M. Coste,	27
M. Coste,	22	M. de Quatrefages,	15
M. de Quatrefages,	14	M. Bernard,	11
M. Bernard,	12		—
M. Dorbigny,	2	Nombre de votants,	53
M. Martin Saint-Ange,	1		

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. CRUVEILHIER.

De la para-hémiplégie.

Le service de M. Cruveilhier renferme en ce moment une collection de paralysies dont l'étude approfondie offrirait le plus vif intérêt. Ce professeur a appelé spécialement aujourd'hui l'attention de ses auditeurs sur un cas de para-hémiplégie dont nous allons faire connaître l'histoire.

Un homme âgé de trente-huit ans, exerçant depuis longtemps la profession de palefrenier dans une entreprise d'omnibus, ayant toujours joui d'une bonne santé, excepté pendant son séjour en Afrique, où il a eu pendant quelques mois les fièvres intermittentes, fut pris tout à coup, le 4 février 1850, d'une paralysie presque complète du bras gauche et du côté gauche de la face. Le malade, qui était alors en train de panser ses chevaux, sentit son étrille lui tomber des mains et un engourdissement s'emparer du même côté de la face. Il crut d'abord à un engourdissement passager; il se frictionna énergiquement le bras, mais en vain ; le mouvement ne revint pas. Le lendemain, la jambe gauche fut prise à son tour, mais à un degré moins prononcé que le bras. Le malade fut alors obligé de garder la chambre et de réclamer les secours d'un médecin. Le traitement qu'on lui prescrivit se composa d'un émétique, de purgatifs et de frictions sur le bras avec une pommade verte dont il ignore la composition.

Après quelques semaines, l'état du malade s'améliora sensiblement, et il put reprendre en partie ses occupations; mais il se fatiguait facilement, et il était obligé de les suspendre pendant un jour ou deux. Il se trouvait cependant de mieux en mieux; et la jambe, en particulier, était entièrement revenue à l'état normal, lorsqu'au mois de juillet il perdit tout à coup le mouvement dans les deux jambes, et éprouva en même temps un trouble considérable dans la vue. Les objets lui paraissaient doubles et enveloppés d'un brouillard épais. A partir de ce jour, il fut obligé de garder complétement le lit. La paralysie du bras et de la face éprouvèrent en même temps une légère recrudescence. Divers médicaments lui furent prescrits; des frictions furent faites sur les membres; enfin il prit beaucoup de bains sulfureux. Epuisé dans ses ressources sans avoir éprouvé d'amélioration notable, il fut obligé de se faire transporter à l'hôpital le 29 novembre dernier. Il fut admis dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

L'état du malade à cette époque était celui qui a été décrit plus haut; le mouvement était presque complétement aboli; la sensibilité y était notablement moindre que du côté opposé. Le bras gauche et la face du même côté offrent un léger degré de paralysie et un degré d'anesthésie beaucoup plus léger encore, mais néanmoins appréciable. Lorsque le malade veut se mettre debout, les jambes sont immédiatement agitées d'un tremblement violent, et il est impossible au malade de les fixer sur le sol ou dans une position quelconque au-dessus du sol; il peut à peine les soulever un peu par un mouvement qui se passe dans l'articulation de la hanche; le tremblement paraît au malade être causé surtout par une faiblesse de l'articulation du genou, d'où le tremblement lui semble partir. Il n'éprouve d'ailleurs aucune douleur soit dans les parties paralysées, soit dans la tête ou le long du rachis; les douleurs n'ont jamais existé non plus avant l'invasion de la maladie, et cet homme assure même n'avoir jamais eu de céphalalgie depuis le moment où il a été affecté de fièvre intermittente en Afrique. Enfin, il ne paraît pas non plus y avoir jamais eu de fièvre. L'appétit s'est toujours conservé non pas normal, mais assez développé. Un symptôme assez prononcé, c'est la sensation très marquée de froid aux jambes pour peu qu'elles se trouvent exposées à l'air et la difficulté de les réchauffer.

Depuis l'entrée du malade à la Charité, le traitement auquel il a été soumis a été fort énergique. Des ventouses scarifiées ont d'abord été placées le long de la colonne vertébrale et autour des genoux, où se faisaient sentir des fourmillements et d'où semblait partir le tremblement déjà noté; elles ont été renouvelées quinze fois; des vésicatoires ont été placés derrière les oreilles et sur la nuque; puis quatre cautères ont été appliqués, deux dans la région lombaire et deux sur la région cervicale, de chaque côté de la colonne vertébrale; enfin, pendant un mois et demi, le malade a pris de la strychnine, dont la dose a été portée jusqu'à 10 centigrammes en vingt-quatre heures.

Une amélioration marquée n'a pas tardé à suivre l'application de ce traitement; cette amélioration a porté à la fois sur tous les symptômes éprouvés par le malade; la paralysie des membres inférieurs a néanmoins été plus influencée proportionnellement que les autres. Aujourd'hui la vue est revenue presque à son état normal; la paralysie de la face et du bras gauche a presque entièrement disparu; le malade serre presque aussi fortement avec la main gauche qu'avec la main droite. Les membres inférieurs sont parfaitement mobiles quand le malade est dans le lit, et l'on s'apercevrait difficilement dans cette position qu'ils ne possèdent pas toute leur force de motilité; mais cela devient évident quand le malade se met debout et marche; il offre alors cette attitude et cette progression particulières aux paraplégiques. Toutefois, la marche est assez assurée, et il est rationnel, d'après les progrès obtenus depuis un mois et demi, d'espérer que le mouvement se rétablira complétement. Aucune douleur, céphalalgie ou autre, ne s'est d'ailleurs manifestée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, même pendant les jours où il a pris 10 centigrammes de strychnine.

— Les cas de paralysie où il y a à la fois hémiplégie et paraplégie ne sont pas très fréquents dans la pratique; ceux qui sont consignés dans la science ne le sont pas non plus. La coïncidence de ces deux paralysies semblerait devoir mettre sur la voie de la solution de ce problème tant étudié des rapports qui existent entre les paralysies des divers organes et le siége précis des lésions cérébrales qui les produisent. Mais jusqu'à présent le nombre des observations avec autopsie ne permet pas de dire jusqu'à quel point cette précision est fondée.

Dans un cas, dit M. Cruveilhier, où j'ai pu faire l'autopsie d'une vieille femme qui avait succombé à la suite d'une para-hémiplégie, j'ai trouvé le bulbe rachidien comprimé par une sorte de diastasis chronique de l'articulation altoïdo-axoïdienne. D'après ce fait, je serais donc porté à admettre que c'est à une lésion de cette partie des centres nerveux qu'on doit rapporter les paralysies qui affectent à la fois un côté du corps et les membres inférieurs. Ce siége expliquerait, du reste, mieux que tout autre la complication dont il s'agit, si tant est que l'on doive rapporter à une seule lésion les doubles paralysies dont il s'agit. Il pourrait parfaitement se faire, en effet, que ces paralysies fussent produites par deux lésions distinctes, dont l'une aurait son siége dans le cerveau et l'autre dans la moelle; peut-être en a-t-il été ainsi dans le petit nombre d'observations que renferment les annales de l'art. Mais ce n'est pas ce qui a eu lieu dans le cas observé à la Salpêtrière; ce n'est pas non plus, suivant toutes les probabilités, ce qui a lieu chez le malade que nous avons en ce moment sous les yeux. Pour que deux lésions distinctes fussent probables, il faudrait, ce nous semble, que les symptômes appartenant aux deux formes de paralysies se fussent montrés consécutivement; or, s'il est vrai de dire que, chez notre malade, la paraplégie a été très accessoire dans la première attaque, tandis qu'elle a prédominé au contraire dans la seconde, il est vrai aussi que ces deux paralysies se sont produites en même temps, et il est probable dès lors qu'elles reconnaissent pour origine une lésion commune et par conséquent unique; car il est bien peu probable qu'à deux reprises différentes deux lésions se soient produites précisément au même moment, dans deux points différents des centres nerveux.

Un phénomène remarquable que nous avons observé chez la malade de la Salpêtrière et que nous retrouvons chez le malade actuel, c'est le peu de caloricité qui existe dans les jambes. Serait-ce là une raison de plus de croire à la lésion du bulbe rachidien? On sait que certains auteurs ont placé dans ce point la source principale de la calorification. Nous n'émettons aucune opinion à cet égard; nous nous contentons de constater les symptômes, laissant à des observations ultérieures le soin d'en préciser la valeur.

Quant à ce qui adviendra ultérieurement chez ce malade, on sait quelle réserve les incertitudes de la science imposent au pronostic dans les cas de ce genre : il peut se faire que le malade revienne à la santé d'une manière définitive, comme il peut se faire qu'une troisième attaque, ou une quatrième, ou une cinquième le conduise au tombeau. Les tendances à

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

J'en ai encore l'âme tout émue, le cœur tout émerveillé et les yeux tous humides de larmes de bonheur; il est donc vrai! les capucins nous reviennent avec leurs mines rebondies, leur luxurieux embonpoint et leurs grivoises capucinades! Leur palais, que j'ai vu à Montparnasse, est digne de tels hôtes. Ses futurs habitants sont, dit-on, en route, au nombre de 1,200, et l'on assure même avoir rencontré dans les rues de Paris le père gardien, celui-là même qui supplée dans les circonstances difficiles les pères capucins dont l'ardeur fait défaut à la foi religieuse.

Si vous ne confessiez pas bien,
Je le dirai au père gardien.

Mon bonheur est à présent complet, et je puis sans frémir envisager les infirmités de la vieillesse et la précoce *caducité* de notre génération si profondément ravagée par les soucis, l'âpre ambition et les débauches! Ce ne sera plus maintenant en regardant la colonne de la place Vendôme que je serai fier d'être Français; je n'éprouverai ce sentiment de légitime orgueil qu'en contemplant le couvent des capucins du Montparnasse. O ma belle patrie! élève un arc de triomphe plus grandiose et plus magnifique que celui de la barrière de l'Etoile, où à la place des Masséna, des Larrey et des princes de la Moscowa, tu inscriras les noms des Montalembert, des Veuillot, et des 1,200 capucins qui doivent te donner la gloire et la félicité.

Ah çà! me dira-t-on, pourquoi cet enthousiasme presque lyrique? pourquoi ce bonheur, pourquoi cette joie au replâtrage de vieilles institutions monacales depuis longtemps tombées en désuétude? O Richelieu! ô Louis XV! ô Dubois! sortez de vos tombeaux, et prenez en mon nom la défense des capucins! Des capucins, qui vous ont permis de braver les longs ennuis de la vieillesse, et qui jusqu'aux bords de la tombe vous ont fait croire à une jeunesse éternelle, et par la continuité du plaisir n'ont laissé dans vos esprits aucune place pour les lointains souvenirs!

Fermons les portes et les fenêtres, éloignons les oreilles profanes, car nous allons soulever le voile sur les secrets les plus intimes de la science, et laissez-moi vous conter l'histoire fort peu connue de la préparation aphrodisiaque la plus énergique. Elle nous vient en droite ligne des capucins, et, comme dit Gilbert, elle est tombée de chute en chute dans le domaine d'un spéculateur.

Avant Richelieu, deux préparations de ce genre étaient seules employées par les amateurs frappés d'impuissance; l'une était due à Géléad de Salomon, médecin alchimiste, si je ne trompe, de l'école de Raimond Lulle et d'Arnaud de Villeneuve, et s'appelait l'elixir de Géléad de Salomon; l'autre, qui le croirait! sortait de l'officine des quakers de Lancastre, qui lui donnèrent leur nom et la proclamèrent comme un baume.

Ces deux préparations, dont la formule est aujourd'hui connue et que je me rappelle avoir lue dans quelque vieux formulaire, ne répondaient pas toujours au but que l'on se proposait. Richelieu les employa inutilement; persuadé que la médecine était impuissante en fait d'impuissance sénile, il songea sérieusement à mettre un terme à ses galanteries, non en se mariant, pour m'écarter de toute citation de Boileau, mais en suivant les pratiques d'une religion dans laquelle il occupait cependant une position princière. A cet effet, il s'adressa aux capucins pour avoir un directeur et son choix tomba sur le frère Antoine, dont l'histoire nous a conservé le nom et le portrait. Bien en prit à Richelieu : frère Antoine était un gaillard profondément pénétré des devoirs de son ordre et de ses nouvelles fonctions, et, en véritable capucin, il s'apitoya bientôt sur le triste sort de son pénitent.

La corporation dont il était membre possédait, à ce qu'il paraît, une formule venue d'au delà des Alpes et sortie probablement de l'officine de quelque Borgia, et dont les propriétés laissaient bien loin derrière elles l'insignifiante action de l'élixir de Géliad et du baume des quakers de Lancastre. Richelieu en fit usage sur la recommandation de son directeur, et la chronique rapporte qu'il jeta de nouveau par-dessus les murs, comme on dit, la barette de cardinal.

Louis XV, qui probablement ne lisait guère l'histoire de France que dans les mémoires secrets des Lauzun et des Richelieu, continua la tradition du vainqueur de Port-Mahon et demanda souvent des forces à la liqueur des capucins, afin de pouvoir convenablement chasser dans son Parc-aux-Cerfs.

Les capucins, en bons et véritables chrétiens, ne faisaient jouir des bénéfices de leur préparation que les rois et les princes de l'Eglise, dont les péchés capitaux étaient d'avance remis, et, sans une circonstance fortuite, il est probable que leur formule ne serait jamais arrivée jusqu'à nous.

Malgré leurs vœux de chasteté, de jeûnes, de prières et de pauvreté, les capucins ne sont pas exempts des maux de ce monde; comme le commun des martyrs, ils sont soumis aux maladies et aux infirmités dont le ciel frappe notre enveloppe charnelle, et c'est dans cette prévision sans doute qu'ils gardaient si religieusement le trésor qu'ils possédaient; mais, hélas! en pathologie tout n'est pas affaiblissement, atonie, impuissance; bien plus, Broussais a soutenu que ces divers états étaient tout simplement une utopie.

Quoi qu'il en soit, un frère capucin s'aperçut un jour qu'il possédait une pierre dans la vessie et s'adressa pour se la faire extraire au frère Côme, qui était alors à l'apogée de sa gloire. L'opération eut un plein succès; poussé par la reconnaissance, le malade, qui, grâce à ses vœux de chasteté et de pauvreté, ne possédait rien, rien que la formule de la liqueur aphrodisiaque, la commu-

la récidive qui caractérisent toutes les apoplexies sont d'autant plus à craindre ici, que, si notre diagnostic est fondé, les hémorrhagies auxquelles ce malade est exposé (celles du bulbe) sont les plus graves, avec celles de la protubérance, de toutes celles qui peuvent affecter les centres nerveux.

Le traitement énergique que nous avons mis en usage dans ce cas a produit des résultats qu'il a été facile d'apprécier; c'est celui dont nous avons eu le plus à nous louer dans les cas analogues, et celui par conséquent que nous conseillons avec le plus de confiance à nos confrères.

De l'emploi de l'eau en chirurgie,

Par M. le D[r] Amussat fils.

Quoique l'emploi de l'eau en chirurgie soit aujourd'hui assez répandu, on n'a cependant entrepris aucun travail dans le but de déterminer définitivement les cas dans lequels ce moyen doit être appliqué, ni quels sont les divers et les meilleurs modes de l'appliquer. C'est ce que vient de tenter M. Amussat fils dans un travail important, mais dont la partie clinique, c'est-à-dire celle où seront exposés les résultats thérapeutiques obtenus, est malheureusement encore inachevée. Toutefois, la partie dogmatique, où se trouve un historique intéressant et complet de la question, renferme des détails qui intéresseront vivement les praticiens sur les divers procédés mis en usage et conseillés par M. Amussat pour appliquer l'eau au traitement des affections chirurgicales. Nous reproduisons ici ce qu'il y a de plus essentiel dans l'exposé de M. Amussat.

Les cas, dit-il, dans lesquels l'eau a été employée avec avantage, et qui font le sujet des observations nombreuses que nous possédons, sont :

Les inflammations simples, les érysipèles, les brûlures, les ulcères, les plaies simples et contuses, les plaies par armes à feu, les plaies après les opérations, amputations, etc.; les hémorrhagies, les contusions, les affections des articulations, les hernies, les maladies des yeux, les maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.

Les procédés employés pour l'application de l'eau en chirurgie peuvent être réduits à trois principaux :

Le pansement à l'eau;

L'irrigation;

L'immersion.

Pour être efficace et exempt des inconvénients qu'on a reprochés avec raison aux compresses mouillées, etc., le pansement à l'eau doit remplir les conditions suivantes :

1° Laisser passer librement le pus à mesure qu'il se forme, et faire qu'il soit absorbé par l'appareil;

2° Rendre l'humectation constante;

3° Empêcher l'évaporation du liquide, afin qu'il n'y ait pas de refroidissement, ou, en d'autres termes, entretenir une température toujours égale.

Nous croyons avoir rempli ces indications par le pansement de l'eau que nous avons beaucoup expérimenté avec mon père, et qui se compose de quatre pièces de tissus différents, superposés, auxquels on pourrait donner les noms de *crible*, d'*absorbant*, d'*humectant* et d'*inévaporant*.

Crible. — Le crible est un tissu percé d'un grand nombre de trous, dans le but de laisser passer le pus à mesure qu'il se forme, et par conséquent d'isoler le plaie de la substance qui absorbe la matière purulente.

Depuis longtemps déjà on a senti la nécessité de ne pas laisser le pus séjourner à la surface des plaies, car on a l'habitude de les recouvrir d'une compresse trouée enduite de cérat. Mais les linges troués dont on se sert dans les hôpitaux et dans la pratique civile ne remplissent pas les conditions que l'on cherche à obtenir.

Mon père remplit cette indication à l'aide du tulle commun à larges mailles, qui a parfaitement rempli l'indication. C'est le tissu qu'il préfère actuellement, et qu'il a nommé *crible*.

A défaut de tulle, on pourrait cependant se servir de linges ayant des trous plus grands et plus rapprochés, ou enfin de linges quadrillés à espaces plus grands que ceux qu'on emploie journellement.

Absorbant. — L'isolement de la plaie étant obtenu, comme nous venons de l'indiquer, mon père a cherché quel serait le meilleur moyen d'absorber le pus à mesure qu'il se produit.

Après avoir essayé plusieurs tissus, il lui a semblé que le vieux linge de toile ou de coton, suffisamment usé, était celui qui réussissait le mieux. Il a fait placer un disque de grandeur suffisante, après l'avoir imbibé d'eau tiède, pardessus le crible. Cette pièce du pansement a reçu le nom d'*absorbant*.

Humectant. — L'humectation étant l'indication principale à remplir dans le pansement à l'eau, il était important de rechercher quelle était la substance qui convenait le mieux.

Après avoir essayé successivement des disques d'éponge, de molleton de laine, de *lint* (charpie anglaise), de molleton de coton, d'agaric, etc., mon père est arrivé à donner la préférence à l'amadou préparé, sans salpêtre, ni poudre à canon. Cette pièce du pansement a reçu le nom d'*humectant*.

Si on manquait d'agaric, on pourrait, surtout en hiver, remplacer cette substance par de gros linge usé, plié en plusieurs doubles, et qui servirait ainsi d'absorbant et d'humectant.

Tissu imperméable. — Une dernière condition restait à remplir, c'était de s'opposer à l'évaporation du liquide le plus complétement possible. Dans les grands centres de population, on n'a que l'embarras du choix parmi les tissus qui peuvent remplir cette indication; à la campagne, où on manque généralement des tissus de cette espèce, on pourra employer avec succès un morceau de vessie de porc malaxée dans l'huile. Il faut donner plus d'étendue au tissu imperméable qu'aux autres pièces du pansement; sans cette précaution, il se ferait sur les bords une évaporation lente qui produit une certaine fraicheur, surtout en hiver.

Les pansements des doigts, des orteils et de la verge doivent être entourés complétement avec le tissu imperméable, de manière à former un sac pour entretenir une humectation constante. On peut aussi se servir avec avantage d'un véritable sac de boyau ou de caoutchouc, avec lequel on enveloppe les objets de pansement.

L'effet émollient étant généralement celui que l'on veut produire, c'est ordinairement de l'eau douce, tiède à 18 ou ou 25 degrés que l'on emploie dans ces cas.

Quant à la durée d'application de ce pansement, elle varie selon les effets que l'on veut obtenir et selon l'état des parties. Si l'inflammation est vive, on renouvellera assez souvent ce pansement; il en sera de même si la production purulente est très abondante. Dans les cas simples, on peut se contenter de changer le pansement toutes les quatre ou six heures.

Ce mode de pansement, moins puissant que les irrigations et les immersions, a l'avantage de permettre au malade de pouvoir vaquer à ses occupations, quand il n'y a pas de contre-indication.

Lorsqu'on veut cesser le pansement à l'eau, on ne doit pas le faire brusquement, mais peu à peu, pour ne pas s'exposer au retour des accidents. On commencera donc par diminuer la quantité d'eau qui sert à entretenir l'humidité, et faire le pansement à l'eau d'une manière intermittente.

Comparé aux autres modes de pansement, le pansement à l'eau leur est infiniment supérieur, même aux cataplasmes. On voit, dans le plus grand nombre des cas, qu'il en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients, et comme il est facile de l'entretenir sans le déranger, on évite ainsi des douleurs aux malades. Je ne rejette pas cependant d'une manière absolue les cataplasmes, qui peuvent être très utiles dans beaucoup de cas si on les emploie convenablement, c'est-à-dire qu'ils doivent être très humides et fréquemment renouvelés, surtout quand il y a une suppuration plus ou moins abondante.

Irrigations.

Les appareils de MM. Josse, Breschet, Bérard, Mathias Mayor, Guyot, James Macartney et Eguisier peuvent être employés avec avantage. Voici cependant celui que nous préférons.

Dans le langage chirurgical, l'irrigation (du mot *irrigare*, arroser) est l'arrosement d'une partie de nos tissus; mais ainsi considérée, comme l'a très bien démontré M. Malgaigne, le sens de ce mot est vague, car les affusions, les injections, les douches, etc., sont de véritables arrosements et, à ce titre, pourraient s'appeler des *irrigations*. Je pense qu'il est plus convenable, en se conformant d'ailleurs à l'usage, de réserver exclusivement le mot irrigation pour désigner l'écoulement uniforme d'un liquide à la surface des tissus. C'est, du reste, le sens que M. Josse attachait au mot *arrosion*, qu'A. Bérard, Breschet et M. Cloquet ont remplacé par celui d'irrigation.

Les irrigations exigeant des appareils spéciaux, je passerai successivement en revue ceux qui ont été employés par les chirurgiens qui se sont le plus occupés de ce moyen, et j'examinerai comment on peut en improviser lorsque l'on manque des objets nécessaires à la confection des appareils ordinaires.

Appareil de M. Josse.

M. Josse décrit de la manière suivante l'appareil qu'il a employé pour faire les irrigations :

« Un vase portant près de son fond un robinet est rempli d'eau et placé sur une table étroite et élevée auprès du lit du malade, de manière qu'il soit d'un pied et demi environ au-dessus du membre blessé; une toile cirée, étendue sous celui-ci, est destinée à garantir le lit et à faciliter l'écoulement de l'eau qui est reçue dans un seau qu'on a placé près du lit à cet effet, et dans lequel on fait descendre l'extrémité de la toile cirée. »

Pour faire les irrigations, un vase d'assez grande capacité en zinc ou en faïence est placé sur un meuble élevé au voisinage du lit; un siphon élastique à robinet amène l'eau du réservoir supérieur sur les tissus. La partie que l'on soumet à l'irrigation est bien isolée à l'aide d'une gouttière ou d'une toile imperméable disposée de manière que l'eau ne mouille pas les parties voisines et s'écoule facilement dans un vase placé auprès.

Une compresse placée sur le membre sert à disséminer l'eau d'une manière uniforme. On adapte ordinairement à l'extrémité des tubes faisant l'office du siphon une bande de linge divisée en bandelettes, qui sert non-seulement à diriger le liquide, mais principalement à empêcher qu'il n'y ait action dynamique.

Une fois monté, cet appareil fonctionne seul, pourvu qu'on ait le soin de l'entretenir et de veiller à ce qu'il n'y ait pas d'intermittences dans l'écoulement du liquide. Il faut aussi apporter beaucoup de vigilance, surtout pendant la nuit, d'abord pour la propreté de l'eau et surtout pour sa température, qui doit toujours être uniforme et ne causer aucune sensation désagréable au malade.

Quand on veut soumettre une surface étendue à l'irrigation continue et la faire abondante, on doit employer de préférence un appareil versant par plusieurs orifices, à un seul canal à large ouverture. En effet, quand l'eau n'arrive que par un seul conduit, elle change de température dans son trajet sur les tissus, et la partie n'est plus soumise à une température uniforme dans toute son étendue.

Si les irrigations continues devaient être faites dans quelques cas avec de l'eau froide ou glacée, il serait convenable de commencer par de l'eau tiède, dont on abaisserait graduellement la température. Sans cette précaution, on s'exposerait non-seulement à causer au malade une sensation quelquefois très désagréable, mais encore à des accidents graves. Dans un cas de brûlure étendue, Sanson vit survenir le tétanos sous l'influence de l'emploi de l'eau très froide.

L'irrigation établie d'après le principe que nous venons d'émettre, on devra veiller attentivement à ce que la température du liquide ne change pas brusquement et surtout que son écoulement ne vienne à être interrompu, car il pourrait en résulter une réaction inflammatoire très grave. Quand on juge convenable de cesser l'emploi de l'eau, on doit la réchauffer peu à peu, et même, comme le conseille M. Cloquet, ne l'employer que quelques heures par jour avant d'en suspendre complétement l'usage.

---

niqua sans remords au frère Côme, qui était, lui aussi, dans les ordres monastiques.

Malgré cette confidence, le secret n'était point encore sorti du sanctuaire monacal, mais il avait été touché par une main trop mêlée aux choses profanes pour ne pas craindre que cette main ne s'ouvrît un jour et ne laissât échapper le précieux secret.

C'est ce qui arriva en effet.

Le frère Côme avait pour élève de prédilection un homme que la génération actuelle a parfaitement connu et dont les gens de quarante ans se rappellent encore les fêtes brillantes dans son hôtel de la rue d'Anjou-Saint-Honoré; on a déjà deviné que je veux parler du docteur Souberbielle. Vous dire comment le frère Côme lui communiqua la formule des capucins me serait impossible; mais il est probable que les relations journalières, l'amitié qui s'établit entre le maître et l'élève fournirent tout à la fois l'occasion et le prétexte de cette confidence.

Quoi qu'il en soit, le docteur Souberbielle oublia pendant fort longtemps la recette du frère Côme, et l'eût probablement oubliée toujours si la fortune n'eût cessé de lui sourire dans ses dernières années. Sa maison avait été vendue, son riche mobilier était passé à l'hôtel des commissaires-priseurs et son grand âge, en affaiblissant ses facultés comme opérateur, lui avait enlevé, autant que la découverte de la lithotritie, les moyens de subvenir aux besoins de sa vie matérielle. Son gendre, M. Couture, pharmacien, et son petit-fils par alliance, le docteur Belmas, allégèrent convenablement cet état de gêne; mais ils ne connurent jamais une dette que leur père avait contractée vis-à-vis le docteur James. Le vénérable Souberbielle redoutait tout à la fois de ne pouvoir satisfaire son créancier et d'imposer à sa famille un nouveau fardeau après sa mort; cette pensée le préoccupait sans cesse, quand un jour, en feuilletant des notes de sa jeunesse, il retrouve la formule du frère Côme. Longtemps il hésita à la publier, quand, en ayant par hasard parlé au docteur James, celui-ci lui proposa de la lui donner comme payement de sa dette; Souberbielle, heureux d'éloigner à toujours de son esprit la pensée la plus poignante de ses dernières années, accepta le marché avec reconnaissance, et dès ce moment le fameux secret des capucins a été mis à la portée de tout le monde. Hélas! tel est le sort des plus belles choses tombées entre les mains des spéculateurs! Notre siècle charlatan et agioteur ne respecte rien! *Sicut unguentum qui descendit in barbam Aaron*, comme l'onguent dont Aaron fit usage pour sa barbe, la liqueur des capucins ne devait être destinée qu'aux rois, aux papes, aux cardinaux et aux plus dignes soutiens de l'Eglise; la spéculation s'en empare et, barbare jusqu'au bout, elle lui inflige un nom profane, *Eau adonis*, et la jette en pâture dans un de ces capharnaums que le charlatanisme décore tout à la fois d'un nom médical et d'un nom charitable, la Société philantro-hygiénique; et vous ne voulez pas que je bénisse le retour des capucins! vous ne voulez pas que je chante l'hosannah à l'approche de ces saints hommes dont tous les loisirs sont consacrés au bonheur de l'humanité! Non, non; respectez mon ravissement, ma joie et mon délire! je ne rêve plus aujourd'hui que Montalembert et capucins, et, dans mon enthousiasme, j'ai pris hier M. Anatole de la Forge pour un futur habitant du palais de Montparnasse.

Je me trompais; M. Anatole de la Forge est tout simplement un publiciste, mais digne, par sa philanthropie, d'entrer dans l'ordre des capucins. Ce qui me donne cette haute opinion de lui, c'est la proposition qu'il vient de faire à l'Assemblée législative, et qui ne tend à rien moins qu'à chloroformer les condamnés à mort au moment de leur exécution. « La justice humaine, dit-il à l'appui de sa demande, ne peut-elle être satisfaite sans qu'il soit nécessaire d'ajouter encore, pour le patient, la souffrance physique à la peine capitale? Ce que la société réclame, c'est une punition, et non pas une vengeance. » Je conseille à M. de la Forge de tire les travaux et les expériences de Sœmmering, de Sue, de Legallois et de beaucoup d'autres, et il sera bientôt convaincu que la décapitation n'entraîne avec elle *aucune* souffrance physique; la mort est instantanée. Il eût mieux fait de demander à épargner aux condamnés les souffrances morales résultant de la certitude de la mort et de la vue de l'appareil du supplice; mais alors se présentent diverses questions : à quel moment faut-il chloroformer le patient? Si vous commencez trop tôt, la religion et la justice réclameront; et si vous n'opérez qu'au pied de l'échafaud, votre but est entièrement manqué. La proposition émane d'un noble cœur, mais d'un esprit peu habitué à l'étude de ces questions. Le caractère de ce feuilleton se refuse à un sujet tout à la fois si triste et si important, et je ne veux pas terminer en laissant à mes lecteurs la fâcheuse impression que fait toujours le mot même de guillotine; et, sans quitter les cartons de l'Assemblée nationale, je vous dirai que notre confrère M. Maurial-Griffoul propose de donner une autre destination aux châteaux ci-devant royaux de la France.

En sa qualité de citoyen français, M. Mauriat-Griffoul a le droit, de par la constitution, de proposer tout ce qui lui paraît utile au bonheur et à la grandeur de la nation; mais je me demande si la susdite constitution lui donne aussi le droit de se servir de la tribune nationale pour annoncer au monde entier (car on prétend que les Chinois lisent nos gazettes) qu'il est l'auteur d'une nouvelle méthode de traitement des fractures du corps et du col du fémur. Si cependant M. Griffoul pense que sa nouvelle méthode puisse concourir au bonheur de la France, et qu'en envoyant sa brochure à l'Assemblée nationale il n'a fait qu'user du droit que lui reconnaît la constitution, je n'ai plus rien à dire, ou tout au moins j'engage tous les auteurs à mettre en pratique le droit de pétition, et je vais moi-même réfléchir aux moyens de faire parvenir mon feuilleton à la Chambre, car il doit fortement contribuer à la félicité des innombrables amis des capucins.

Félix Roubaud.

La quantité d'eau qui doit passer sur une partie lésée nous paraît devoir être réglée par le degré d'inflammation, c'est-à-dire que si elle est faible une humectation continuelle suffira; si elle est très intense, au contraire, il faudra faire arriver le liquide par un courant très rapide, de manière à inonder pour ainsi dire la partie, surtout si l'on se sert d'eau à 18 ou 20°. En effet, ce liquide en contact avec les tissus, ayant une grande tendance à se mettre en équilibre de température, soustrait une certaine quantité de calorique morbide; plus il s'en développe, plus on doit en enlever, sans cependant placer la partie enflammée dans un milieu dont la température s'éloignerait trop de celle qui lui est normale.

L'irrigation doit être faite non-seulement sur la partie lésée, mais encore sur une surface assez étendue au pourtour ou au-dessus; sans cette précaution, on s'exposerait à voir survenir des accidents graves dans un point que l'on aurait jugé sain primitivement, et tandis qu'aucune inflammation ne se développerait au lieu de la lésion soumis à l'action de l'eau.

Je possède plusieurs observations qui prouvent d'une manière évidente que des blessés ont succombé à des accidents développés au-dessus du point où l'on faisait l'irrigation, et c'est là sans doute une des raisons qui ont fait dire à quelques auteurs que l'eau masquait les phénomènes inflammatoires et n'empêchait pas le développement de fusées purulentes. Je ne nie pas que cet accident ne puisse se manifester même lorsque l'irrigation est bien faite; mais je suis persuadé que, le plus souvent, elle reconnaît pour cause celle que j'ai signalée plus haut.

Le manque des objets que je viens d'indiquer forçant souvent le chirurgien à modifier l'appareil, je vais passer sommairement en revue les moyens les plus convenables pour pouvoir faire les irrigations partout.

On peut employer pour le récipient supérieur un vase quelconque, mais plus avantageusement un seau en zinc ou en bois que l'on trouve presque partout.

Pour placer ce récipient au-dessus de la partie que l'on veut soumettre à l'irrigation, on peut, si c'est un seau, l'accrocher à un clou fixé dans le mur, ou bien le placer sur une chaise que l'on a mise sur un autre meuble, une table, par exemple. Mon père s'est servi plusieurs fois d'une échelle double; sur les bâtons, on plaçait une planche et l'on y posait le vase; on pourrait aussi y mettre un fort bâton, qui servirait à soutenir un seau.

Dans les campagnes, où l'on trouve encore souvent des lits à montants verticaux, on pourrait s'en servir pour y fixer un bâton, qui ferait l'office que nous venons d'indiquer.

Deux tables ou deux tréteaux élevés placés de chaque côté du lit pourraient également servir à placer une planche transversalement, sur laquelle on poserait le récipient supérieur.

Enfin, on pourrait à la rigueur faire les irrigations avec un simple arrosoir.

Température. — Pour nous l'eau tiède est préférable dans la majorité des cas, cependant il est impossible de jeter une proscription absolue sur l'eau froide pour certains cas spéciaux.

Durée de l'emploi de l'eau. — Il est difficile de fixer la durée des irrigations, car elle doit varier suivant la température de l'eau, la nature de l'affection, le tempérament du malade, l'état aigu ou chronique de la maladie.

Ceux qui emploient l'eau froide ou glacée ont pour habitude de suspendre l'irrigation lorsque le malade accuse un sentiment de froid dans la partie soumise à son action; cependant il ne faut pas trop se hâter, car M. Josse nous apprend « que trop souvent il a eu l'occasion de constater que la phlogose peut reprendre toute son intensité, » et nous avons vérifié plusieurs fois la justesse de cette remarque. Il serait convenable alors, non pas de suspendre l'emploi de ce moyen, mais d'élever graduellement la température du liquide jusqu'à ce que le malade n'éprouve aucune sensation désagréable et de n'arriver à changer le mode de traitement que lorsque toutes chances d'inflammation seraient disparues. Quand on emploie l'eau tiède, on peut prolonger l'irrigation beaucoup plus longtemps, puisque le travail de réparation des lésions traumatiques s'opère très régulièrement sous l'influence de ce mode de traitement. Mon père les emploie ordinairement pendant quinze, vingt et vingt-cinq jours, et plus, et il leur substitue aussitôt le pansement à l'eau, qu'il renouvelle assez souvent pour entretenir une humectation et une propreté très favorables à la cicatrisation. On reprendrait, du reste, les irrigations, si l'inflammation menaçait de revenir.

Je ne puis ici indiquer tous les cas dans lesquels on peut employer les irrigations. Je dirai seulement qu'elles trouvent leur application dans les cas les plus graves de la chirurgie, dans toutes les violentes inflammations difficiles à modérer ou à éteindre par les moyens ordinaires, et aussi dans les plaies graves qui fournissent une suppuration abondante à laquelle il faut donner un écoulement facile. Dans toutes ces maladies, les irrigations ont déjà rendu de grands services en chirurgie; elles en rendront de plus grands encore quand elles seront mieux appréciées.

IMMERSIONS.

Les *immersions* ou *bains locaux*, applicables surtout aux extrémités des membres, sont appelés dans certains cas à rendre de grands services à la chirurgie, et à être d'un fréquent usage par la facilité avec laquelle on peut se procurer tout ce qui est nécessaire à leur administration. Cette méthode d'appliquer l'eau à la surface des tissus est excessivement simple pour les lésions qui siégent au membre supérieur depuis son extrémité libre jusqu'au-dessus du coude, et pour la partie correspondante du membre inférieur. Il suffit de placer auprès du blessé un vase de dimension convenable contenant de l'eau à une température douce et agréable, dans lequel il tient la partie malade complétement plongée. On devra veiller à ce que la température du liquide ne varie pas sensiblement, et à ce que l'eau soit renouvelée assez souvent pour conserver sa pureté. Pour le bras, la cuisse, le bassin, on pourra employer les appareils fort ingénieux de M. Charles Mayor fils, sans oublier toutefois que leur usage prolongé peut avoir des inconvénients par la constriction qu'ils exercent au-dessus de la partie malade. Ces appareils consistent, comme on sait, en des vases métalliques appropriés à la forme et au volume de la partie qu'ils doivent recevoir; ils sont terminés en cul-de-sac s'ils sont destinés à baigner les extrémités, et, au contraire, ouverts à leurs deux bouts s'ils doivent renfermer les autres parties des membres, et garnis de manchettes en caoutchouc ou en vessie, afin d'empêcher l'écoulement du liquide.

Du reste, si on n'avait pas de vase convenable ni tout autre moyen de faire les immersions, on pourrait, en attendant, les remplacer par les lotions, les irrigations ou le pansement à l'eau.

Autant que possible, ainsi que je viens de le dire, on doit veiller à ce que la température de l'eau soit toujours à peu près égale, et en rapport avec le degré d'inflammation et la sensation du malade. Pour renouveler l'eau à mesure qu'elle s'échauffe ou se refroidit, on pourrait, au moyen d'un thermomètre, juger du moment opportun, et, pour plus de facilité, adapter deux tubes à la baignoire, l'un pour l'entrée, l'autre pour la sortie du liquide.

Quant à la position à donner aux parties que l'on soumet aux immersions, elle doit nécessairement être très variable, suivant une foule de circonstances faciles à comprendre. Tout ce que je puis dire, c'est que l'écoulement du pus et le retour du sang veineux sont deux conditions importantes qui ne doivent jamais être perdues de vue, ce qui fait que souvent les irrigations sont bien préférables aux immersions.

Les effets avantageux des immersions prolongées d'une partie malade dans de l'eau à une douce température me paraissent être produits, comme pour les irrigations, par la soustraction du calorique morbide, et aussi sans doute par l'absorption du liquide qui pénètre les tissus. On comprend dès lors combien il est facile, avec ce moyen appliqué convenablement, d'abord, de calmer la douleur, de modérer et même d'éteindre des inflammations graves et profondes.

L'eau douce à 18 ou 20 degrés, plus ou moins, est en général préférable à l'eau froide, et c'est toujours à cette température que mon père l'emploie dans sa pratique.

Quant à la durée des immersions, elle doit varier beaucoup, suivant le degré, l'étendue, et la profondeur de l'inflammation qu'on veut combattre, et il est impossible de fixer des règles précises à cet égard; toutefois je pense qu'il faut prolonger les immersions pendant assez longtemps pour ne plus avoir à craindre le retour des accidents, et encore ne faut-il pas les cesser brusquement, mais peu à peu, pour les remplacer par le pansement à l'eau.

En comparant les trois principaux procédés qui constituent la méthode de l'emploi de l'eau en topique, on voit que le pansement à l'eau, fait convenablement et souvent renouvelée, est en général plus simple et plus facile à appliquer partout que l'immersion et l'irrigation, qu'il a de plus l'avantage d'enlever à chaque pansement le pus et la couche formée par la matière purulente et les substances contenues dans l'eau: la plaie reste donc toujours vermeille, etc.

L'irrigation est plus puissante que le pansement à l'eau, mais elle est plus difficile et même quelquefois impossible à appliquer.

L'immersion est plus puissante encore, plus prompte, et supérieure aux deux autres, *toutes les fois qu'on peut l'employer convenablement.*

RAPPORT

SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DE LA DIGITALE ET LA DIGITALINE.

Par M. le professeur BOUILLAUD.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent).

Pour décider le choix en faveur de la digitaline et faire pencher définitivement la balance de son côté, il ne fallait plus que jeter en quelque sorte dans le plateau le poids d'une longue et exacte expérience clinique. MM. Homolle et Quevenne l'ont parfaitement compris.

« Quant à la différence d'action qui peut exister, disent-ils, entre la digitale et la digitaline; et, à la préférence à accorder, sous ce rapport, à l'une ou à l'autre, c'est à l'expérience clinique à prononcer. Mais nous pouvons, dès à présent, nous étayer du témoignage de M. le professeur Bouillaud, qui a étudié l'action thérapeutique de la digitaline depuis plusieurs années, et n'hésite pas à dire, en s'appuyant sur une longue expérience, qu'elle l'emporte sur toute autre préparation de la digitale, en ce qu'elle est moins sujette à causer des vertiges, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, » etc.

Le rapporteur de votre commission, messieurs, qui se trouve ainsi mis en cause, un peu prématurément peut-être, eût préféré que les recherches qu'il a faites, et qui n'ont encore, à proprement parler, reçu aucune publicité, n'eussent pas été ainsi appelées en témoignage par anticipation. Mais enfin il se voit, par cela même, et presque forcément, obligé de vous faire connaître les résultats des recherches cliniques dont il vient d'être question, heureux d'en offrir les prémices à l'Académie.

Mais avant, rappelons les propositions fondamentales qui résument toutes les recherches de MM. Homolle et Quevenne, et sur lesquelles ils désirent surtout appeler l'attention de l'Académie.

1° La digitaline (préparée convenablement) représente toutes les propriétés thérapeutiques de la digitale.

2° La digitaline exerce une action régulatrice sur la circulation et en ralentit les mouvements. Cette action essentielle et à peu près constante n'exige que de faibles doses (ordinairement de 2 à 5 milligrammes par vingt-quatre heures chez les adultes).

3° Lorsque l'on dépasse la dose de 4 à 5 milligrammes par vingt-quatre heures, la digitaline exerce une action émito-cathartique tantôt brusque et soudaine, tantôt lente et graduée.

4° La digitaline détermine une action toxique lorsqu'elle est absorbée à haute dose. (Cette action a été produite en injectant dans les veines d'un chien 1 centigramme de cette substance). (1)

Mais lorsque l'administration a lieu par l'estomac, l'action toxique ne paraît pas aussi redoutable qu'on est généralement disposé à le croire, l'excès du médicament se trouvant expulsé de l'économie par le fait même de l'*intolérance*. (2)

5° Comparée à la poudre de digitale, considérée comme la meilleure des préparations pharmaceutiques de cette plante, la digitaline doit lui être préférée, attendu qu'elle offre une plus grande facilité d'ingestion, une action plus certaine et une tolérance plus constante.

6° MM. Homolle et Quevenne ajoutent, en note, que la digitaline produit encore deux autres ordres de phénomènes: une action diurétique et une excitation des centres nerveux; mais que cette double action étant loin d'être constante, ils ne croient pas devoir la rappeler ici.

Les expériences faites par le rapporteur tendent au moins à prouver que l'action diurétique est en effet bien loin d'être constante, puisqu'elle n'a été signalée d'une manière notable que chez un des sujets auxquels il a fait prendre la digitaline depuis quatre ou cinq ans; de sorte que, dans ce cas unique, il se pourrait que la digitaline ne fût pas la cause de l'action diurétique.

Quant à l'action excitante sur les centres nerveux, elle sollicite de nouvelles recherches. Le rapporteur a observé un délire violent, semblable à celui de la manie aiguë chez un malade qui avait pris pendant assez longtemps une dose ordinaire de digitaline, et qui avait offert de la céphalalgie quelques jours avant l'explosion de l'accident indiqué. Il n'oserait donc affirmer que, dans ce cas, c'est bien à la digitale, et à la digitaline exclusivement, qu'il faut attribuer le délire et les hallucinations dont il fut accompagné; mais il est d'autant plus disposé à le croire, qu'il se rappelle avoir observé en 1822, lorsqu'il était interne à l'hôpital Cochin, un fait semblable chez un malade auquel on avait administré pendant plusieurs jours de la teinture de digitale dont la dose fut graduellement portée à 65 gouttes.

Quoi qu'il en soit, la malade qui, à la suite de l'administration de la digitaline fut affectée d'un délire aigu, maniaque, avec hallucinations et cris, après avoir été isolée des autres malades, finit par recouvrer l'usage de ses facultés intellectuelles.

Le malade chez lequel l'administration de la teinture de digitale avait également été suivie de délire et d'hallucinations se rétablit aussi une huitaine de jours après la cessation de la teinture. Celle-ci ayant été administrée de nouveau, la raison se perdit encore et le malade succomba; mais la mort dut être rapportée moins à cet accident qu'à l'oppression très considérable qu'éprouvait le malade atteint à la fois d'une affection chronique organique de l'aorte et du cœur, et d'un épanchement dans l'une des plèvres.

Au reste, depuis Vassal, dont les recherches sur la digitale datent de 1809, jusqu'à ces derniers temps, divers auteurs ont vu des accidents cérébraux plus ou moins graves survenir à la suite de l'administration de la digitale. M. le docteur Cazenave, entre autres, en a publié un remarquable exemple dans le *Journal hebdomadaire de Médecine*, t. VII, p. 42. Il s'agissait d'une femme qui prit une potion contenant vingt grains d'extrait de digitale, lesquels, par erreur, avaient été mis à la place de vingt gouttes de teinture de digitale.

7° Enfin parmi les actions de la digitale nous signalerons les suivantes, mentionnées dans le cours du travail de MM. Homolle et Quevenne.

I. *Action sur les yeux.* — Dans le cours des manipulations chimiques, des fragments de digitaline ayant sauté dans l'œil, voici ce qui en est résulté: sensation légèrement pénible dans l'organe, et puis après quatre ou cinq heures, trouble de la vue. De telle sorte que si alors on fixe une lumière, la flamme de celle-ci paraît entourée d'une auréole offrant les couleurs d'un arc-en-ciel. Cet état se dissipe dans l'espace d'une journée, sans laisser aucune trace. Pendant sa durée la pupille est à peine dilatée, paraît moins contractile, et le cristallin semble présenter une certaine opalinité.

L'effet ci-dessus indiqué se produit encore lorsqu'on est resté longtemps dans une atmosphère chargée d'émanations pulvérulentes de digitaline.

II. *Action sur la peau dénudée de son épiderme.* — Appliquée sur le derme dénudé à la faible dose de 1 milligramme renouvelée à un intervalle de huit à dix heures, la digitaline provoque une vive inflammation, avec gonflement, rougeur et engourdissement douloureux des parties voisines. Cette action prive la digitaline de l'avantage de pouvoir être administrée par la méthode endermique, méthode si précieuse en certains cas.

TROISIÈME PARTIE. — RECHERCHES CLINIQUES FAITES PAR LE RAPPORTEUR.

Depuis quatre à cinq ans environ que, dans notre service clinique, nous avons administré la digitaline, il ne s'est pas écoulé un seul jour où nous n'ayons étudié son action chez un ou plusieurs malades atteints soit de simples névroses du centre circulatoire, soit principalement d'affections chroniques organiques plus ou moins graves du cœur et de l'aorte (ces affections sont les suivantes: 1° pour le cœur, hypertrophie de ses parois musculaires, hypertrophie des valvules de cet organe, ordinairement accompagnées de dégénérescence fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, avec insuffisance de ces soupapes vivantes, et déformation ou rétrécissement des orifices, plaques, adhérences péricardiques ou endocardiques; 2° pour l'aorte, dilatation ou anévrisme, épaississement, état cartilagineux crétacé des parois, etc.); soit enfin de fièvres intermittentes bien constatées (3).

Le nombre de ces malades s'élève à 150 ou 200 au moins de sexe et d'âge différent. Or, à l'exception de trois, chez tous nous avons constaté un ralentissement plus ou moins considérable des battements du cœur et du pouls, ralentissement qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause qu'à l'administration du médicament indiqué.

Hâtons-nous de dire que chez les trois malades réfractaires à la digitaline, c'est-à-dire ceux dont le pouls ne s'est pas notablement ralenti sous l'influence de l'administration suffisamment prolongée de la digitaline, il existait une fréquence du pouls entretenue par une phlegmasie fébrile. Dans deux de ces trois cas, cette phlegmasie avait son siége dans les enveloppes même du cœur (péricarde et endocarde), comme cela s'est rencontré chez un des malades dont MM. Homolle et Quevenne ont rapporté les observations.

(1) *Annuaire de Thérapeutique* de M. Bouchardat pour l'année 1845.

(2) Jusqu'à plus ample expérimentation nous pensons qu'il ne serait pas prudent d'adopter à la lettre cette assertion, savoir: que par le fait même de l'intolérance, l'excès de la digitaline employée serait constamment expulsé, et que par suite les phénomènes toxiques ne se reproduiraient pas.

(3) Les fièvres intermittentes ont été au nombre de six à huit.

Sans doute ce n'est pas avec trois ou quatre observations qu'on peut résoudre une grave question de thérapeutique; mais celles que nous venons de rappeler nous autorisent à considérer comme très probable au moins cette proposition : que la fréquence du pouls entretenue par un foyer phlegmatique offre à la digitaline, comme à la digitale, une résistance contre laquelle elle échoue à peu près complétement (1).

Dans plusieurs cas où l'accélération des battements du cœur (palpitations) était accompagnée de ces irrégularités et intermittences, de ce désordre, de cette *ataxie* du rhythme normal de ce *grand ressort* de la machine humaine, la digitaline, comme la digitale, ne se borne pas à calmer les palpitations, mais elle régularise aussi, tantôt complétement, tantôt incomplétement, et pour un temps plus ou moins long, les battements désordonnés du centre circulatoire, *et ramène en quelque sorte cet organe à la raison*, lequel auparavant, pour nous servir d'une expression vulgaire, *battait la campagne*..

La digitaline et la digitale sont donc à la fois un *ralentisseur* (nous demandons grâce pour ce mot nouveau) et un *régularisateur* de l'action du centre circulatoire ou du cœur. — Elles sont en même temps aussi un *débilitateur* de cette même action. En effet, dans tous les cas où les battements du cœur ont été ralentis d'une manière notable par la digitaline, ils ont en même temps perdu de leur force ou de leur intensité (il en a été de même des bruits normaux ou anormaux du cœur).

Donnons plus de précision à ce que nous venons de dire sur le ralentissement du pouls en mettant sous les yeux de l'Académie les résultats *numériques* fournis par quinze malades pris au hasard, et dont quelques-uns se trouvent encore aujourd'hui dans les salles de clinique de la Charité.

La *moyenne* du pouls avant l'administration était de 96.

La *moyenne* du ralentissement, dans ces quinze cas, a été de 41, par conséquent d'environ la moitié du nombre (96), qui représente la moyenne avant l'administration de la digitaline (2).

Dans trois cas, le chiffre du ralentissement s'est élevé à 80, 102, 106; mais il s'agissait ici de malades atteints de graves affections *chroniques organiques du cœur*, dans lesquelles le pouls battait de 140 à 170 par minute (3).

En regard des chiffres de ce *maximum* de ralentissement, plaçons maintenant ceux qui représentent le *minimum*. Ces derniers sont de 12 et 14 chez deux malades, et de 16 chez deux autres; mais chez un de ces deux derniers, le pouls ne battait que 60 avant l'administration du médicament, et chez l'autre, dont le pouls était à 82, la digitaline ne fut administrée que durant quatre jours (en tout 16 milligrammes); chez les deux autres, le pouls était à 72 pour l'un, et à 86 pour le second, qui prit la digitaline pendant sept jours seulement.

La *moyenne* du nombre des granules (chacun d'eux contient, comme on sait, un milligramme de digitaline) administrée à nos quinze malades a été de 58.

Ils ont été pris à la dose de 2, 3, 4, 5, 6 et 7 par jour (4).

La *moyenne* du nombre des jours pendant lesquels ils ont été administrés a été de 13 à 14.

Chez un sujet, nous avons donné 70 granules en dix-huit jours; chez un second, 82 en quatorze jours; chez un troisième, 98 en vingt jours; enfin, chez un quatrième, 164 en quarante jours. Aucun de ces malades n'a éprouvé d'accident notable. Aussitôt que de la céphalalgie, quelques vertiges ou quelques maux d'estomac survenaient, nous nous empressions de supprimer le médicament.

Chez les 150 à 200 malades auxquels nous avons prescrit la digitaline, nous avons eu soin de faire prendre devant nous le médicament, au moment même de notre visite. Dans les cas où la dose était prise en deux fois, celle du soir était administrée par le chef de clinique lui-même, ou par la mère de la salle chez les malades qui devaient prendre la digitaline au moment de leur repas.

C'est ici l'occasion de dire que, dans un article spécial de leur mémoire, MM. Quevenne et Homolle ont étudié l'influence des aliments sur l'action de la digitaline. Leurs expériences les ont conduits à cette conclusion, que la chair musculaire et le pain, probablement en raison du gluten qu'il contient, sont doués de la propriété d'absorber la digitaline dans une solution aqueuse de ce principe, tandis que l'albumine et le caséum ne la possèdent pas. Ils se sont assurés d'ailleurs qu'il y avait ici simple absorption et non destruction de la digitaline, car, traitée par l'alcool, la bouillie alimentaire lui cédait le principe amer dont elle était chargée. MM. Homolle et Quevenne se demandent si, en raison de ce fait, on doit administrer la digitaline lorsque l'estomac contient encore des aliments, dans le but de former entre ce principe et les matières alimentaires une combinaison nouvelle plus facilement tolérée. Ils laissent à l'expérience clinique le soin de prononcer, déclarant que jusqu'ici il leur a paru que le moment le plus favorable pour l'administration de la digitaline était de deux à trois heures après le repas, c'est-à-dire lorsque la digestion des aliments est avancée déjà, mais qu'il existe cependant une portion de ceux-ci à l'état de chyme dans l'estomac. Chez les malades auxquels le rapporteur de ce mémoire a fait prendre la digitaline au moment même du repas, il n'en est résulté aucun trouble de la digestion, ni de changement notable dans l'action du médicament.

(1) Pourrait-on dans les cas de ce genre obtenir le ralentissement du pouls, en augmentant la dose de la digitaline? C'est à des expériences convenablement constituées qu'il appartient d'éclaircr cette question.

(2) Tous les matins, à la visite, le pouls a été compté avec toutes les précautions nécessaires.

(3) Dans un cas où le pouls a été noté à 170, M. Gubler, chef de clinique, observateur très excrcé, avait, pendant deux jours consécutifs, compté 178 pulsations : de sorte que le maximum de ralentissement, représenté ici par le chiffre 106, serait réellement de 110.

(4) Nous n'avons fait prendre 7 granules par jour qu'à l'un de nos 15 malades, qui était affecté d'une fièvre intermittente quotidienne compliquée d'ictère, laquelle fut coupée en sept jours pour ne plus revenir. (Au moment de la cessation des accès, 40 granules seulement avaient été pris.)

En signalant ces faits d'une authenticité qui ne saurait être contestée, le rapporteur n'a d'autre but que d'appeler l'attention des observateurs sur une nouvelle et très curieuse propriété des diverses préparations de la digitale, et n'a pas la prétention de soutenir que cette plante pourrait être avantageusement substituée au quinquina, qu'il considère toujours, au contraire, comme le premier, ou, si l'on veut, comme le *prince* des fébrifuges; mais des recherches ultérieures démontreront peut-être que la digitale est appelée à figurer avec quelque distinction parmi les meilleurs *succédanés* de l'écorce du Pérou.

Un seul, dont nous avons parlé plus haut, a présenté de graves accidents cérébraux, qui toutefois ont complétement disparu sous l'influence du traitement qui leur a été opposé.

L'un des quinze malades qui ont fait le sujet de notre résumé statistique appartient à la catégorie des six à huit sujets atteints de fièvre intermittente bien caractérisée que nous avons traitée par la digitaline, afin de savoir si ce principe possédait bien la vertu fébrifuge que nous avions constatée antérieurement dans la poudre de digitale administrée à l'intérieur ou à l'extérieur (par la méthode endermique). Ces six à huit malades, traités ainsi en présence des personnes qui suivent la clinique, ont été tous guéris assez promptement et sans récidive. Sous ce nouveau point de vue, la digitaline pourrait donc aussi remplacer les préparations de digitale autrefois usitées.

Voici, en peu de mots, le cas dont il a été question tout à l'heure :

Roche (Louis), âgé de vingt ans, tourneur, fut admis à la Clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 25) le 27 avril 1850. Il était affecté d'une fièvre intermittente quotidienne compliquée d'ictère, avec augmentation très considérable du volume de la rate (1). L'accès se manifestait dans la soirée : celui du 27 fut très fort. La chaleur qui suivit le frisson était très prononcée; le pouls était à 116-118. Les accès furent constatés de nouveau chaque soir jusqu'au 30. Le matin à la visite l'apyréxie était complète : le pouls était à 60-62 et offrait le caractère redoublé.

Le 30, à la visite du matin, chaleur normale, pouls à 57 (5 granules de digitaline). Le soir, nouvel accès, pendant lequel le pouls est à 105.

Le 1er mai, le matin, pouls à 60 (4 granules). Le soir, accès avec pouls à 102.

Le 2, le matin, pouls à 48 (7 granules). Le soir, accès avec pouls à 102.

Les 3, 4, 5 et 6, peu de changement (6 granules chaque jour). Le 6 au soir, accès avec pouls à 102.

Les jours suivants, point d'accès (continuation de 6 granules de digitaline chaque jour jusqu'au 14 qu'elle fut supprimée).

Le pouls tomba graduellement à 36 pulsations par minute, chiffre qui persista pendant les trois jours qui suivirent la cessation de la digitaline, savoir : les 15, 16 et 17 mai.

Le 18, le pouls était à 48.
Le 19, il redescendit à 36.
Le 20, il était à 40.
Le 21, il revint encore à 36.
Les 22 et 23, il s'élève à 48.
Les 24 et 25, à 50.
Le 26, à 56-58.

L'augmentation du volume de la rate et de l'ictère avait complétement disparu. On ne gardait plus le malade que pour voir s'il ne surviendrait pas une récidive de la fièvre intermittente. Jusqu'au 18 juin que sortit le malade, sept semaines après son entrée, plus de cinq semaines après le dernier accès, la guérison ne se démentit point (2). Le pouls, compté pour la dernière fois le 8 juin, était alors à 54.

Maintenant, même en admettant que la digitale, en dépit des expériences souvent répétées du rapporteur, ne possède pas un pouvoir fébrifuge, ce qu'il y a de bien certain, c'est qu'elle jouit de la propriété de ralentir, de modérer et de régulariser les battements du cœur, et qu'elle agit ainsi non pas d'une manière secondaire, consécutive, comme l'avaient prétendu certains expérimentateurs, mais d'une manière primitive, immédiate. Une proposition non moins certaine, d'après les recherches consignées dans le mémoire de MM. Homolle et Quevenne, et d'après celles de la commission, c'est que la digitaline est le principe auquel la digitale doit la précieuse et admirable propriété que nous venons de rappeler, comme le quinquina doit à la quinine la propriété assurément non moins précieuse et non moins admirable de guérir les fièvres intermittentes.

Resterait maintenant à examiner si, comme MM. Homolle et Quevenne l'ont avancé en se fondant sur leurs propres recherches et sur celles de quelques autres expérimentateurs, la digitaline doit, dans la pratique, l'emporter sur les autres préparations de digitale dont on a fait usage jusqu'ici. L'Académie n'avait point confié à sa commission une tâche aussi délicate, aussi longue, aussi difficile à remplir.

Assurément, le travail de MM. Homolle et Quevenne, et peut-être aussi le rapport de la commission, contiennent des faits qui autorisent à considérer la digitaline comme une heureuse rivale des meilleures préparations de digitale.

Mais là doit s'arrêter et s'arrête en effet l'appréciation des commissaires. Les données nécessaires pour aller au delà, sans risque de se tromper, ne sont pas en leur possession.

(1) Le 29 avril, la percussion de la région de la rate donnait une matité de 17 centimètres de hauteur.

Le 30, la matité de la région indiquée était de 20 centimètres verticalement et transversalement.

Le 24 mai, cette matité n'était plus que de 12 centimètres verticalement et de 14 centimètres transversalement.

(2) Tous les autres cas de fièvre intermittente traités par la digitaline appartenaient au type tierce, et la maladie céda plus promptement que dans le cas ci-dessus rapporté.

NOUVEAUX FAITS
pour servir à l'histoire du suc pancréatique du chien.

Par M. J.-L. Lassaigne.

On sait, d'après les intéressantes recherches de MM. Bernard et Bareswil, que le suc pancréatique jouit de la propriété remarquable d'émulsionner les corps gras d'origine végétale et animale, et de les transformer en acides gras et en glycérine à la température de + 35 à + 38° centésimaux.

M. Bernard, en répétant dernièrement à l'école d'Alfort, de concert avec M. Colin, chef des travaux anatomiques, le procédé à l'aide duquel il en obtient sur les animaux, a bien voulu me faire remettre une portion de ce suc, qu'il avait extrait lui-même sur un chien de moyenne taille.

Les expériences auxquelles je l'ai soumis m'ont permis d'ajouter quelques faits à ceux déjà connus, et dont les principaux peuvent être résumés dans les propositions suivantes :

1° L'action du suc pancréatique sur les huiles s'exerce même à la température de + 12 à + 15° en moins de quelques heures. En effet, en mouillant en plusieurs points un papier bleu de tournesol avec l'émulsion produite par l'huile d'olive et le suc pancréatique, les parties mouillées du papier bleu rougissent peu à peu, de la circonférence au centre, au contact de l'air, et il n'est pas nécessaire de maintenir le mélange pendant douze à quatorze heures à la température du corps des mammifères, comme l'ont avancé les auteurs cités plus haut.

2° Le mélange de suc pancréatique et d'huile s'acidifie à la température ordinaire, ainsi que nous l'avons constaté après un même temps.

3° Cette acidification se produit dans l'oxygène, l'air, l'hydrogène, le gaz azote et le gaz oxyde de carbone. L'air ne semble pas participer à cette singulière réaction, qui est peut-être due à une force de la même nature que celle désignée par M. Berzélius sous le nom de force catalytique, pour expliquer certaines réactions de chimie inorganique et organique.

4° Le suc pancréatique peut conserver son alcalinité et sa propriété d'agir sur l'huile pendant plusieurs jours.

5° Dans les conditions où l'huile est modifiée par ce fluide, le sucre et la gomme n'éprouvent aucune altération, ce qui dénote l'action spéciale qu'il exerce sur les corps gras.

NOUVELLES.

Par décision ministériel du 6 janvier 1851, ont été nommés à la première classe de leur grade, les chirurgiens-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, savoir :

Ancienneté, M. Huart, chirurgien-major de 2e classe au 9e de dragons.

Choix, M. Lange de Beaujour, chirurgien-major de 2e classe au 3e d'infanterie de ligne.

Choix, M. Périer, chirurgien-major de 2e classe au 7e de cuirassiers.

— Par décision ministérielle du 6 janvier 1851, ont été nommés dans le service des hôpitaux et postes sédentaires, les officiers de santé dont les noms suivent :

Ancienneté, M. Colau, chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie.

Choix, M. Fleschut, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er de chasseurs d'Afrique.

— Par décision ministérielle du 7 janvier 1851, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les chirurgiens aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

Ancienneté, M. Michelet, chirurgien aide-major de 2e classe au 3e de hussards.

Choix, M. Dareix, chirurgien aide-major de 2e classe, au 1er de chasseurs d'Afrique.

Choix, M. Desjardins, chirurgien aide-major de 2e classe, au 30e d'infanterie de ligne.

— On écrit de Toulon, le 3 février :

« Le choléra ayant complétement disparu d'Alger, les provenances de ce port sont admissibles à la libre pratique. Il en est de même des navires venant des autres points du littoral algérien. Ainsi l'état sanitaire de la colonie est parfait en ce moment. On dit que le choléra a gagné le Maroc, mais nous n'avons à ce sujet que des renseignements vagues. »

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 18. — JEUDI 13 FEVRIER 1851. (24e ANNEE. N° 18. — JEUDI 13 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 12 FÉVRIER 1851.

Séances des Académies.

L'Académie s'est décidée enfin à faire sanctionner par une disposition réglementaire la proposition faite par plusieurs de ses membres, de compléter d'abord toutes les sections de l'Académie avant de nommer dans une section qui aurait éprouvé deux décès consécutifs, ainsi que le veut la lettre, mais non l'esprit de l'article 81 du règlement. Depuis longtemps, et le premier, nous nous étions élevé contre l'interprétation judaïque de l'article 81 (1) ; il ne nous a pas fallu moins de trois ans et l'intervention de quelques membres de l'Académie pour obtenir une modification dont le simple bon sens démontrait la nécessité. Ne nous plaignons pas trop cependant. Trois ans pour faire comprendre à toute une académie une vérité lumineuse comme le soleil, limpide comme le flint-glass, ce n'est vraiment pas trop, quand on songe qu'il y a toujours dans une académie (de médecine surtout) environ un cinquième du personnel qui entend peu, une fraction à peu près égale qui ne comprend guère, et un bon quart qui ne lit ou n'écoute rien du tout. Ne nous étonnons donc pas trop, je le répète, que, dans ces conditions, la raison ait dû militer trois ans pour avoir raison.

La modification en question n'a pas été, du reste, le seul fait intéressant de la séance. L'Académie, sous la présidence-modèle qui en dirige cette année les séances, a continué ce qu'on pourrait appeler ses succès. Une très intéressante lecture de M. Baillarger et un mémoire de M. le professeur Bouisson sur un nouveau procédé extrêmement ingénieux de suture intestinale ont captivé l'intérêt de tous les auditeurs compétents et intelligents. Nous ne dirons que peu de mots de la correspondance manuscrite, quoiqu'elle ait été assez volumineuse.

M. Deleau, par exemple, à propos de l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie faciale, s'est cru obligé de rappeler ses observations sur les altérations de la vue dans les lésions de l'oreille moyenne. Cela prouve que M. Deleau n'a pas oublié qu'à propos du pot-au-feu on peut traiter de toutes les sciences, et même de toutes les choses sur lesquelles s'exerce l'entendement humain.

M. Chrestien, notre estimable et savant confrère en journalisme, a été presque aussi bien inspiré. Pour prouver que le *rhumatisme articulaire aigu* peut se terminer par suppuration, il a envoyé une observation, recueillie par un élève de Montpellier, d'abcès phlegmoneux de la fosse temporale. Les preuves de ce genre sont excellentes, sans doute; il est fâcheux qu'elles n'aient pas cours dans le commerce scientifique tel que l'entendent les médecins qui ont pris part à la dernière discussion sur le rhumatisme articulaire aigu.

Nous ne devons pas oublier non plus de mentionner le rapport de M. Gaultier de Claubry sur un mémoire de M. Lecadre, relatif à la constitution médicale du semestre d'été 1850. Les météorologistes s'étaient plu à diviser l'année en quatre périodes : l'hiver, le printemps, l'été et l'automne. Mais il est évident que ce sont là de ces choses qu'on peut changer au moins avec autant de facilité que la position du cœur et les battements du pouls. Aussi M. Lecadre a-t-il usé de son droit et a-t-il jugé à propos de n'admettre dans l'année que deux grandes divisions, l'été et l'hiver. Aussi, de son côté, M. le rapporteur a-t-il conclu spirituellement que le mémoire de M. Lecadre « était propre à faire connaître l'instruction et le zèle de l'auteur. » Ce que l'Académie s'est empressée d'accorder.

Après ce rapport, la discussion sur le goître et le crétinisme a repris son cours; nous pourrions même dire qu'elle avait recommencé avant le rapport, puisque le bureau avait jugé à propos, *sans en avoir pris préalablement connaissance*, de donner lecture d'une lettre de M. le docteur Grange sur le sujet de la discussion. Nous applaudissons volontiers aux efforts tentés par cet honorable médecin pour éclairer une question importante d'hygiène publique; mais à quoi bon écrire une longue lettre pour répéter à l'Académie ce qu'il a écrit ailleurs, ce que, nous le disons à son honneur, tout le monde s'est empressé de lire? Est-ce pour annoncer qu'il a *une grande habitude des observations géologiques* que M. Grange a écrit à l'Académie, et pour lui exprimer son étonnement de ce que M. Niepce n'ait pas trouvé de magnésie dans les analyses qu'il a faites? Franchement ce motif n'était point suffisant. Puisque l'occasion s'en présente, nous ferons observer à M. Grange qu'il n'y a que les voleurs, les boucaniers et autres flibustiers, et à la rigueur les esprits malins qui puissent *infester* une contrée; les maladies ne peuvent que l'*infecter*.

Après M. Gaultier de Claubry, M. Baillarger a abordé la tribune avec le talent qu'on lui connaît. Il s'est borné à examiner la question sous le point de vue qui lui était le plus familier, c'est-à-dire sous le point de vue de la pathologie et de l'anatomie pathologique. Après avoir contesté, par des faits qu'on doit prendre en sérieuse considération, la parenté du goître et du crétinisme, après avoir montré au contraire, par des faits qui semblent probants, l'identité de nature du goître et de l'idiotie, il a cherché à tracer les caractères anatomo-pathologiques du crétinisme, à préciser la véritable influence de l'hérédité (dans le mariage) dans la production de cette triste dégénérescence de l'espèce, et s'est efforcé enfin de remonter des faits pathologiques aux mesures hygiéniques les plus propres à extirper de la surface du sol le crétinisme et l'idiotie. Il n'a pu approuver la proposition faite par M. Ferrus d'interdire aux crétineux le mariage, non-seulement, a-t-il dit, parce que l'application de cette mesure offrirait d'extrêmes difficultés, mais encore parce que l'hérédité dans le mariage n'entre en ce moment que pour *un quinzième* (1/25 pour le père et 1/36 pour la mère) dans la production de cette dégénérescence. Encore faut-il remarquer que très souvent l'hérédité ne vient pas directement du père ni de la mère, mais bien d'un aïeul ou même d'un degré de parenté plus éloigné. Malgré toute notre confiance en M. Baillarger, et elle est grande, nous ne nous portons pas garant de son argumentation; mais il a évidemment prouvé tout au moins ce fait, que plus on pénètre dans cette grande question du goître et du crétinisme, plus on voit le cercle s'agrandir et les diffficultés s'accroître, plus on sent la nécessité d'avoir des documents plus étendus, plus positifs, pour se prononcer en connaissance de cause.

C'est déjà un grand point que cette nécessité soit généralement sentie, et quand la discussion soulevée par M. Ferrus n'aurait pas d'autres résultats, on devrait déjà savoir beaucoup de gré à cet éminent académicien de l'avoir soulevée. Mais tout ne se bornera pas là. Déjà M. Bouchardat, dans la remarquable argumentation sur laquelle nous nous proposons de revenir, a fait voir que la magnésie ne pouvait être considérée comme la cause, non-seulement unique, mais même prédominante du crétinisme. Nous espérons que d'autres vérités ressortiront encore de l'argumentation de M. Ferrus, qui nous reste à entendre.

Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit de la communication de M. Bouisson; nous mettrons nos lecteurs à même de l'apprécier en toute connaissance de cause.

— L'étendue de ces réflexions nous empêche de nous appesantir sur la séance de l'Académie des sciences, dont le fait important d'ailleurs a été la nomination de M. Coste. Il y a cependant eu un mémoire de M. Valette qui nous a paru très digne d'attention; mais son étendue

(1) On sait que cet article est ainsi conçu : « Jusqu'à ce que l'Académie soit rentrée dans les limites fixées par l'ordonnance du 18 octobre 1829, si les trois vacances qui donnent lieu à un remplacement existent dans trois sections différentes, l'Académie décidera à laquelle de ces trois sections appartiendra le remplacement. Si, de ces vacances, deux, et à plus forte raison trois, appartiennent à la même section, c'est à cette section qu'apparttendra ce remplacement.

FEUILLETON.

RAPPORT SUR UN MÉMOIRE INTITULÉ :

RÉFLEXIONS SUR LE VIRUS,

Par M. le docteur HAMEAU, médecin à la Tête-de-Buch (Gironde).

Commissaires : MM. Fr. Dubois et Londe, rapporteur.

(Suite et fin. — *Voir* les nos des 18, 23 et 30 janvier.)

Reste donc encore la troisième hypothèse, qui consiste à reconnaître si le choléra avait la faculté de se multiplier et de passer d'un individu à un autre, comme le fait, par exemple, la variole.

Pour cela, transportons-nous en esprit aux frontières de l'Asie et de l'Europe à l'instant fatal où cet horrible fléau va les franchir pour venir nous porter la terreur et la mort. Le voilà en Europe. Nous l'avons pour ainsi dire vu passer; du moins nous voyons que, il n'y a qu'un instant, il n'avait fait aucune victime en Europe, et que maintenant il en a fait plusieurs. Nous voyons aussi qu'il occupe là un espace très circonscrit, eu égard à l'étendue qu'il avait au Bengale, dans le Mogol et en Perse.

N'importe, nous disons-nous, tout ce qu'il a pu faire jusqu'ici; c'est impossible qu'il se conserve longtemps, et nous espérons bien que le froid de notre Europe en fera bon compte.

Vaine espérance! les jours suivants nous le voyons encore s'attacher aux Russes et les suivre en Europe avec la même ténacité. Mais ne peut-ce pas être l'effet du hasard? S'il doit encore marcher, nous le verrons certainement plutôt aller, porté par les vents, sur les rivages du Pont-Euxin, de la mer Noire, du Bosphore et de la Méditerranée, que dans l'empire russe.

Cependant, cette prévision, qu'il était permis d'avoir, ne s'est pas réalisée. Le fléau a marché, mais chez les Russes seulement; il n'est point allé, selon notre attente, vers des climats plus conformes à ceux qu'il a quittés; mais, au contraire, il a suivi les Russes jusqu'au cœur de leur froid empire sans jamais les quitter.

L'auteur suit ainsi le choléra partout et arrive à cette conclusion : que ce serait le comble de l'aveuglement de douter que le choléra ne s'attache pas aux personnes, qu'il est positif que ce n'est pas toujours la même quantité de matière partie des frontières qui se répandait en Europe; mais que cette première matière s'augmentait en passant dans les individus, et qu'elle en sortait pour se répandre autour d'eux; de telle sorte qu'ils étaient tous comme autant de laboratoires où se recomposait et se perpétuait le fléau; ce qu'il n'aurait pu faire s'il n'eût été qu'une substance miasmatique.

Revenons maintenant sur la valeur des opinions de M. Hameau; et, avant tout, examinons s'il en est bien le légitime propriétaire.

Celui des auteurs modernes qui, sans contredit, a le mieux reproduit sur les virus l'état de la science, et a donné de ces agents la définition la plus nette, est M. Nacquart. Notre honorable collègue voit dans les virus des germes qui, toujours identiques, ne font que se transporter d'un individu à un autre presque sans s'altérer, et produisent des maladies essentiellement les mêmes, quels que soient les temps, les circonstances, les lieux dans lesquels on les observe. La maladie, selon M. Nacquart, tirant toujours son origine d'une autre maladie semblable déjà développée, n'est qu'une même affection sur un sujet différent. Suivant notre collègue, l'atmosphère ne sert pas de véhicule aux maladies contagieuses.

Sauf cette dernière assertion, la définition claire et précise donnée par M. Nacquart est encore aujourd'hui l'expression de la théorie des maladies contagieuses la plus généralement reçue; peut-être même jugerez-vous qu'il y a sagesse à ne pas dépasser des limites si bien tracées.

Cependant, vers l'époque à laquelle était donnée cette définition, et à la suite d'un hardi novateur, météore brillant dont la lumière s'est rapidement évanouie, mais par lequel, il faut bien l'avouer, quelques-uns d'entre nous se sont laissé éblouir, certains auteurs prétendirent que les virus ne sont que des conceptions imaginaires, et l'irritation inflammatoire, lymphatique ou nerveuse qu'ils causent devint, pour ces auteurs, le seul phénomène dont on dut s'occuper.

Si c'était là faire faire un pas à la science, vous jugerez peut-être que c'était le lui faire faire à reculons, et ce n'est pas en présence de l'auditoire devant lequel votre rapporteur a l'honneur de parler qu'il renouvellera cette question : *y a-t-il ou n'y a-t-il pas des virus*?

Nous arrivons donc directement à celle-ci : combien y en a-t-il? puis à cette troisième : comment et par quoi sont-ils formés? La réponse à la seconde question varie autant que les auteurs qui ont traité le sujet, parce qu'ils ont manqué de points de départ pour la résoudre. Quant à la réponse à la troisième (comment et par quoi les virus sont-ils formés?), elle est uniforme et peut se résumer en ces trois mots : *par un inconnu.*

C'est cet *inconnu*, ou, comme disent tous les auteurs, cet *à jamais inconnu*, à la recherche duquel s'est mis M. Hameau, avec un courage, une patience et une abnégation encore sans exemple dans les circonstances où se trouve ce médecin du désert.

Assurément, l'idée d'attribuer à la présence d'animalcules certaines maladies et même le plus grand nombre des maladies n'est pas nouvelle.

Platon, Hippocrate, Aristote, Démocrite et autres philosophes, quoique dépourvus de microscope, enseignent clairement la présence des animalcules dans le sperme de l'homme.

Chez les modernes, un secrétaire de l'Académie de Montpellier, de Plantade, reproduisit, en 1699, l'idée des anciens, et avança avoir vu des animalcules dans le sperme. Il avoua, il est vrai, plus tard, n'avoir émis cette idée que pour plaisanter; plaisanterie qui n'empêcha pas Levenhoec Hartsoëker de confirmer peu après la découverte des anciens.

De la constatation des microzoaires dans les produits organiques normaux à la constatation de ces mêmes animalcules dans les produits anormaux, il n'y avait qu'un pas, qui fut facilement franchi.

Dans un ouvrage ayant pour titre : *Système d'un médecin anglais sur la cause de toutes les espèces de maladies*, etc., imprimé à Paris en 1726, on voit représentés quatre-vingt-huit espèces d'animacules, parmi lesquels ceux de la gale et du sperme sont parfaitement semblables à ceux que l'on représente aujourd'hui. Suivant cet auteur, « il existe des cirons pour la gale et qui sont sous

nous a empêché d'en prendre une idée suffisante. Il y a eu aussi une communication importante de M. Ch. Dupin sur laquelle nous reviendrons. — H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

De l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de quelques affections pulmonaires.

(Troisième article. — *Voir* les nos des 9 et 21 janvier.)

J'ai établi précédemment, comme résultat de mes observations sur ce point, l'infériorité thérapeutique de l'huile jaune comparativement aux huiles brune et noire de foie de morue dans le traitement des phlegmasies et de la tuberculisation pulmonaires. Les recherches que je poursuis en ce moment même viennent confirmer chaque jour cette opinion.

J'ai dit aussi que toutes les fois que l'odeur et l'âcreté de ces huiles répugnent invinciblement au malade on réussit facilement à prévenir ce dégoût en administrant le médicament dans des capsules solubles, comme on le fait pour le copahu, par exemple. Ce procédé me semble bien préférable aux véhicules aromatiques ou spiritueux, qui ont le grave inconvénient de provoquer ou d'entretenir la toux.

Dans les cas d'intolérance gastrique, quelques médecins ont recours à la méthode endermique. J'ai expérimenté plusieurs fois cet expédient, et j'ai rarement eu l'occasion d'en être satisfait. D'abord, j'ai toujours remarqué que l'huile de foie de morue employée sous forme d'embrocations répand autour des malades une odeur que sa persistance et sa nature finissent par rendre insupportable.

En second lieu, l'huile administrée par la peau ne m'a pas semblé avoir le même degré d'efficacité que celle qui a été préalablement modifiée par l'acte de la digestion. C'est qu'en effet dans les cas où l'huile de foie de morue est indiquée, il y a souvent une débilité gastrique à relever, un défaut ou un vice de nutrition à corriger. Il n'est donc pas indifférent, pour le résultat, de négliger cette action locale. D'un autre côté, dans toute substance oléagineuse, la glycérine, la margarine et l'oléine étant accaparées par la bile qui les transforme en une sorte d'émulsion, les principes véritablement médicamenteux de cette substance, dégagés pour ainsi dire de leur gangue onctueuse, sont mis en liberté et passent dans l'économie par l'absorption intestinale. Qui nous dit que, sous cette forme, ces principes n'ont pas des effets plus directs, plus énergiques dans leur action locale ou générale, qu'à l'état d'huile brute, c'est-à-dire telle qu'elle est administrée par la peau?

Le prix élevé et les qualités désagréables de l'huile *pure* de foie de morue ont servi de prétexte à des substitutions dont quelques-unes sont vantées dans un langage qui me fait précisément douter de leur valeur et de leur opportunité.

Ainsi, lorsqu'on vient dire que l'iodure d'amidon, par exemple, doit prendre désormais la place de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie, est-il possible de voir dans cette assertion qui se présente sans preuves autre chose qu'une de ces formules à l'usage de la spéculation qui s'efforce de créer la vogue à son bénéfice?

Ceux-là du moins sont plus logiques et plus modestes qui nous proposent l'huile iodée ou l'iodure de fer tout simplement comme la préparation la plus convenable, la forme la meilleure sous laquelle puisse être administré l'iode dans les cas où son usage est indiqué, et notamment, suivant eux, dans les cas de tuberculisation pulmonaire.

Mais sur quoi se fonde-t-on, de part et d'autre, pour attribuer à l'iode seul les propriétés curatives de l'huile de foie de morue? Celle-ci pourtant ne contient pas de l'iode seulement; elle renferme aussi du phosphore, du brome, des matières animales, de matières bilieuses, de l'empyreume, un élément spécial encore mal défini et que l'on désigne du nom de *gaduine*. Au lieu d'expérimenter chacun de ces principes en particulier, au lieu de substituer l'hypothèse à la démonstration, on se contente de procéder par voie d'analogie ou de conjectures, au risque d'arriver à une grave erreur et par conséquent à un regrettable mécompte pour le malade trop crédule.

En effet, quelle est la valeur de l'iode ou de ses préparations dans le traitement de la phthisie? Nulle, suivant M. Louis. Voici dans quels termes s'en explique cet honorable praticien (1) : « J'ai administré ce médicament, soit en » ville, soit à l'hôpital, à plus de 60 phthisiques dont l'affec- » tion était arrivée aux degrés les plus variés, et dans *aucun* » *cas*, je le dis avec étonnement, je n'ai observé d'améliora- » tion qui pût être attribuée à ce nouvel agent. »

De mon côté, j'ai fait prendre l'iodure de fer ou l'huile iodée à 84 malades atteints de tuberculisation pulmonaire à toutes les périodes, et je suis arrivé à la même conclusion que mon illustre confrère. J'ai souvent constaté, en outre, que ces médicaments, administrés même avec circonspection, excitent la toux et une salivation désagréable, irritent les organes digestifs, et provoquent soit le vomissement, soit la diarrhée.

C'est donc, à mes yeux du moins, une prétention insoutenable que de vouloir remplacer, dans le traitement de la phthisie, l'huile de foie de morue par l'iode. Il me paraît certain, jusqu'à preuve du contraire, que cette huile doit ses propriétés, non pas à un principe, mais à l'ensemble des principes qui la constituent.

En fait de médicaments composés et d'origine animale, je préfère ceux que produit la nature à ceux que crée la synthèse chimique.

A quelle dose l'huile de foie de morue doit-elle être prescrite et sous quelles conditions doit-elle être donnée?

Il importe avant toute chose de ne point décourager le malade en renouvelant trop souvent ses répugnances : voilà pourquoi quelques médecins font prendre chaque jour toute la dose d'huile en une seule fois. C'est là sans doute une sage précaution; néanmoins il arrive fréquemment que l'estomac, surtout quand il est malade, refuse le médicament et s'en débarrasse par le vomissement ou par les selles. L'effet se trouve donc manqué. Que faire alors, sinon en venir à l'ingestion fractionnée, et cela au moyen des capsules prises par deux ou trois et de temps à autre dans le cours de la journée. De cette manière, l'huile arrive dans l'estomac par petites proportions, s'y digère sans dégoût comme sans difficulté. J'ai remarqué de pareils phénomènes d'intolérance lorsque l'huile est administrée, même à faible dose, pendant le paroxysme fébrile du soir chez les phthisiques. En conséquence, il ne faut la donner que pendant les jours ou les heures d'apyrexie.

Dans les cas de pneumonie chronique ou de phthisie avancée, 30 grammes d'huile par jour me paraissent suffisants pour un adulte; mais cette quantité peut être augmentée dans la bronchite catarrhale sans fièvre, dans la tuberculisation pulmonaire qui débute ou quand elle est à craindre, c'est-à-dire à une époque où il n'y a pas encore de lésions organiques de l'appareil digestif.

Par la nature même de sa composition, l'huile de foie de morue jouit de propriétés toniques indépendantes de son action résolutive spéciale. Quand elle opère, ses effets sur l'organisme se manifestent par une recrudescence de l'appétit, un accroissement assez rapide de l'embonpoint, le retour des forces et du coloris, qui remplace la chloro-anémie habituelle des phthisiques. Néanmoins ces divers résultats ne sont pas constants, car si ce remède améliore l'état des malades, prolonge la durée de leur existence, il ne les guérit pas infailliblement.

Une circonstance qui intervient souvent comme obstacle au succès, circonstance vulgairement inaperçue, c'est l'impureté presque habituelle de l'huile employée. En effet, les qualités de cette huile peuvent être altérées soit par la cupidité, soit par un vice quelconque de préparation : dans l'un et l'autre cas, l'efficacité du médicament est notablement amoindrie.

L'huile jaune vendue sous le nom d'huile de foie de morue de première qualité n'est, en majeure partie, que de l'huile d'olives iodée et parfumée avec de l'huile de baleine, ou bien c'est de l'huile de foie de raie, c'est-à-dire une drogue bien inférieure encore à celle dont elle emprunte le nom.

Quant aux huiles brune et noire, elles sont souvent étendues d'huile commune de poisson; dans cet état elles conservent encore assez de leurs qualités primitives pour que le malade ne se doute pas du mélange.

Ces diverses sophistications ne peuvent être constatées que par une analyse très longue, très minutieuse, en prenant pour terme de comparaison, d'ailleurs variable, chacune des espèces d'huile pure. C'est là un moyen de vérification difficile et qui n'est pas toujours à la disposition du médecin.

J'ai vainement cherché un caractère spécifique à l'aide duquel on puisse instantanément distinguer l'huile pure de celle qui a été falsifiée; je n'ai rien trouvé de satisfaisant sous ce rapport; ce n'est que par l'habitude de dégustation que l'on parvient à reconnaître et à choisir à peu près sûrement les bonnes espèces.

Puisque nous manquons d'un procédé vulgaire de contrôle, il serait à désirer que la police fît procéder de temps en temps, par voie d'analyse, à la recherche de la fraude, de manière à la surprendre et à la châtier sévèrement. La chose, assurément, en vaut la peine.

Je n'ai pas eu l'intention, par la publication de ce travail, de faire une histoire complète de l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue. La question, même sous le point de vue où je l'ai prise, comporte encore beaucoup d'autres détails d'une certaine importance. En continuant mes recherches, j'espère pouvoir combler de nombreuses lacunes et substituer la précision d'une méthode aux vagues données de l'empirisme.

(1) *Recherches sur la phthisie*, page 613.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 février 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose :

1° De plusieurs envois d'échantillons de remèdes secrets ou nouveaux, d'un échantillon de trois sources minérales nouvelles découvertes à Sail-les-Château-Morand (Loire);

2° D'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, approuvant la proposition faite par l'Académie d'ajouter à l'article 81 du règlement la disposition suivante : « A moins qu'une des » sections de l'Académie ne soit au-dessous de son effectif, auquel » cas la nomination aurait lieu de droit dans cette section. »

Ténotomie dans les fractures de la jambe.

M. H. Larrey réclame, dans une courte note, au nom de M. Meynier (d'Ornans), la priorité de la ténotomie appliquée au traitement de certaines fractures de la jambe; méthode sur laquelle M. Meynier a fait, en 1840, une publication dans la *Gazette Médicale*. MM. Laugier, Bonnet, de Lavacherie et Malgaigne ont tous reconnu, dans des publications diverses, les droits de M. Meynier à la priorité.

Renversement de l'utérus.

M. le docteur Rendu (de Compiègne) adresse une observation de renversement complet de l'utérus, réduit spontanément au bout de six mois.

Paralysie faciale.

A propos de la dernière communication de M. Landouzy, M. le docteur Deleau croit devoir rappeler à l'Académie les faits qu'il lui a fait connaître autrefois sur les effets pathologiques de quelques lésions de l'oreille moyenne sur les muscles de l'expression faciale, sur l'organe de la vue et sur l'encéphale.

Muscles inter-osseux.

M. Duchenne (de Boulogne) présente le résumé d'une série de

» l'épiderme, des animalcules chancrifiques sous le prépuce, des » gonorrhiques aux prostates, etc.

» ..... En ces lieux chaque espèce établit sa demeure, y mange, » s'y nourrit, s'y génère, s'y multiplie; il s'y fait une démangeai- » son, un ulcère, ou un abcès qui subsiste tant que, par quelque » drogue, qui soit pour de tels animaux un poison, l'on n'a pas » trouvé le moyen de les tuer (p. 28).

» Si une province, un pays ou une ville est affligé de quelque » maladie épidémique, comme petite vérole, rougeole, pourpre, » peste, flux, fièvre putride, fièvre maligne, etc., c'est que quelque » degré de chaleur convenable a fait éclore les œufs de quelques » animaux épidémiques, ou que quelque vent en a chassé dans cette » province, dans ce pays ou dans cette ville, lesquels étant configu- » rés comme des moucherons ou escarbots, volent dans l'air et » l'infectent. De sorte que lorsqu'il en entre quelqu'un dans une » personne, soit par la respiration, soit avec le manger, et qu'il » échappe aux digestifs de l'estomac pour parvenir en quelque lieu » qui lui soit agréable pour son séjour et pour sa nourriture, il y » mange, il s'y nourrit, il s'y génère et s'y multiplie tellement, que » bientôt après il se manifeste au grand préjudice de la santé et » même de la vie de cette personne. » (p. 72).

Conséquent avec les principes qu'il a établis sur la nature différente des animalcules, l'auteur anonyme indique un toxique pour chacun d'eux.

De nos jours un homme célèbre dans une carrière autre encore que celle des sciences naturelles a signalé, comme causes d'un grand nombre de maladies, le parasitisme externe ou interne d'œufs aquatiques, de vers, de larves, de mouches et chenilles, d'acares, d'insectes parfaits, enfin d'helminthes.

Avant de rechercher à quoi ont conduit ces opinions, commençons par écarter de M. Hameau tout soupçon de plagiat, à l'égard du dernier auteur que nous venons de citer.

L'ouvrage de celui-ci a été publié en 1845, et avait été précédé d'un autre plus important du même auteur, qui avait paru le 20 mai 1843.

Le travail de M. Hameau était reçu au secrétariat de l'Académie le 25 mars 1843, et avait été présenté à la Société de Médecine de Bordeaux dès 1836.

Ceci dit, voyons quelles conséquences on a tirées de cette idée, que des animalcules se rencontrent dans nos produits organiques, et même que beaucoup de maladies sont causées par des animalcules.

La conséquence tirée par l'auteur anglais est qu'un toxique spécial (et il en indique un grand nombre) doit être employé contre chaque espèce de ceux-ci.

Pour le naturaliste français, la même idée a donné lieu à de tout autres conséquences qu'il est difficile d'adopter, et qui, du reste, ne changent guère la nature des ressources que nous employons habituellement contre les maladies.

Au lieu de rechercher contre la cause du cancer un spécifique, la pratique médicale ordinaire en effet s'est bornée et se borne presque toujours encore à engourdir le malade avec l'opium, jusqu'à ce que le cancer ait achevé de dévorer sa victime au milieu de douleurs inexprimables; et le savant chimiste lui-même, qui croit le cancer produit par des animalcules, n'indique, pour anéantir cet ennemi si redoutable, guère plus que ce que prescrivent la plupart des médecins de nos jours, c'est-à-dire un moyen illusoire.

La découverte des animalcules dans des produits organiques sains ou morbides a donc été stérile; on n'a même jamais énoncé nettement dans quelles circonstances ils devaient ou ne devaient pas s'y rencontrer. Ce sont ces circonstances que M. Hameau a voulu préciser; il a voulu féconder des recherches jusqu'ici restées sans résultat, systématiser une idée, renfermer une théorie dans des limites qui la rendissent raisonnable, et, rapprochant des analogies accessibles aux esprits les plus rebelles, créer une doctrine des maladies contagieuses.

Après les citations que nous avons faites du livre du médecin anglais, il est épineux de décider si M. Hameau avait ou n'avait pas connu ce travail à peu près ignoré; mais, qu'il l'ait ou ne l'ait pas connu, il est positif qu'il a restreint à une classe de maladies la cause de laquelle le médecin anglais les faisait dériver toutes; il est positif que personne n'a soutenu avec autant de vigueur que M. Hameau la doctrine de la contagion relativement à certaines maladies, et la nécessité de faire intervenir comme moyen de propagation les ento ou ectrozoaires; que personne n'a établi mieux que M. Hameau la nécessité de la division des causes de maladies en deux grandes classes comprenant : la première, les causes qu'il appelle *ordinaires* (la transgression des lois de l'hygiène); la seconde, comprenant ce qui avant lui n'avait pas de nom, ce que nous appelions les *causes épidémiques*, les *causes inconnues*, et ce que désormais nous pourrions appeler d'un autre nom, d'un nom ayant une signification.

Dans un discours récent que nous regrettons de n'avoir pu nous procurer, on lit cette phrase : « Il ne faut pas l'oublier, en effet, » les agents de transmission d'une foule de maux ont eux-mêmes » quelque chose d'animé qui ne peut se maintenir ou persister » qu'avec la vie de l'être qui leur sert de pâture. » M. Velpeau semble déjà, comme on voit, appuyer de sa puissante autorité les opinions de M. Hameau.

Maintenant, M. Hameau a-t-il toujours fait de justes applications de sa théorie? Toutes les maladies qu'il regarde comme virulentes le sont-elles, en effet? Commençons d'abord par dire qu'il est resté dans une grande réserve à ce sujet, et jetons un coup d'œil sur quelques maladies qu'il a rangées dans la classe des virulentes.

La fièvre jaune, suivant lui, est dans ce cas. Suivant nous, c'est une maladie miasmatique : en effet, elle ne se transmet pas, elle ne voyage pas; elle prend toujours naissance dans le lieu où elle se montre, doit son origine à des causes locales mises en action par un état météorologique particulier.

Suivant Pariset lui-même, qui a toujours combattu dans le camp opposé à Chervin, « malgré la liberté des communications et avec » toutes les facilités imaginables pour pénétrer dans l'intérieur de » l'Espagne, la fièvre jaune n'a jamais dépassé une ligne qui, tirée » dans les terres et imitant les sinuosités du littoral de l'Océan et » de la Méditerranée, ne s'en éloigne pas, dans aucun de ses points, » de plus de trente-cinq lieues. »

Voici, au reste, quelques faits en opposition avec l'opinion de M. Hameau : Nos relations avec l'Amérique ont été fréquentes, multipliées et immenses dans le dix-huitième siècle; la fièvre jaune alors exerçait sur cette partie du globe les plus terribles dévastations, et cependant, malgré l'absence absolue, ou, si l'on veut,

recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles inter-osseux palmaires et dorsaux de la main, les adducteurs du pouce et du petit doigt, et sur les extenseurs des doigts.

Appareils en caoutchouc.

M. Barthélemy, de Saint-Ouen, réclame la priorité des appareils en caoutchouc, que s'attribue M. le docteur Gariel.

Croup.

M. Marchant, médecin adjoint à l'école d'Alfort, envoie, pour prendre date, quelques propositions sur la nature et le traitement du croup.

Abcès phlegmoneux profond à la région temporale.

M. Chrestien, de Montpellier, adresse une observation qui porte le titre précédent, recueillie par un élève de Montpellier, et que lui, M. Chrestien, considère comme un rhumatisme terminé par suppuration.

Vaccinations.

M. Deroy, de Beton-Baroches (arrondissement de Provins), envoie un état des vaccinations pratiquées par lui depuis quinze ans dans sept communes de son arrondissement.

Goître et crétinisme.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. le docteur Grange, dans laquelle ce médecin expose les raisons, déjà connues, qui prouvent, suivant lui, que ces deux affections sont dues à des eaux potables qui traversent des couches d'un sel magnésien, et aux légumes qui croissent dans ce sol.

Rapports. — Constitutions médicales.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Lecadre, du Havre, relatif à la constitution médicale du semestre d'été 1849, dans l'arrondissement du Havre. Le rapporteur propose de renvoyer ce mémoire à la commission des épidémies. (Adopté.)

Discussion sur le goître et le crétinisme.

M. Baillarger commence par signaler l'absence d'observations cliniques complètes et détaillées pour éclairer l'histoire pathologique du crétinisme. Il arrive ensuite à l'examen de la question suivante : Le crétinisme est-il une maladie? faut-il, au contraire, considérer les crétins comme des êtres imparfaits et les assimiler aux idiots?

Passant successivement en revue les principales différences qui ont été signalées entre l'idiotie et le crétinisme, il essaie de prouver qu'elles ont été mal appréciées ou sont insuffisantes pour séparer ces deux états dans le cadre nosologique.

La première est l'endémicité; mais l'idiotie aussi est endémique : endémique dans les mêmes localités et par suite des mêmes influences que le crétinisme. Ainsi, à Sainte-Marie-aux-Mines, sur 14,000 âmes, il y avait récemment encore 111 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines. Autrefois les crétins étaient plus nombreux et il y avait moins d'idiots. L'idiotie devient, en effet, endémique dans les lieux que le crétinisme abandonne. Elle est comme une transition pour revenir à l'état normal.

M. Baillarger examine ensuite les différences tirées du volume et de la forme de la tête, de la dégradation physique plus grande chez les crétins, enfin de l'ensemble des caractères désignés par M. Ferrus sous le nom de cachexie crétineuse.

La dégradation physique plus grande des crétins est une différence très réelle, mais qui existe surtout entre les idiots et les crétins complets. Or ces derniers sont de beaucoup les moins nombreux, et ils se trouvent à peine dans la proportion d'un cinquième. Les crétineux et les semi-crétins diffèrent beaucoup moins des imbéciles de nos asiles. Cette dégradation physique plus grande s'explique d'ailleurs, dans le crétinisme, par l'état des populations et les lois de l'hérédité. Il en est de même de la cachexie crétineuse qui est bien plus un caractère des populations que du crétinisme lui-même.

Après avoir traité les questions relatives à la présence ou à l'absence du goître, au volume et à la forme de la tête, M. Baillarger compare les lésions anatomiques trouvées dans le crétinisme et l'idiotie, et en tire cette conclusion qu'elles sont exactement les mêmes.

Quant à l'hydrocéphalie, regardée par M. Ferrus comme une lésion constante et essentielle chez les crétins, elle se trouve en effet dans un certain nombre de cas d'idiotie et de crétinisme, mais elle est loin d'être constante.

Le crétinisme dans l'état actuel de la science ne saurait donc être défini une hydrocéphalie œdémateuse chronique.

M. Baillarger examine ensuite la mesure proposée par M. Ferrus dans sa deuxième conclusion et qui consiste à faire intervenir la loi pour s'opposer aux mariages des crétins, « au moins, dit-il, de ceux d'entre eux qui ne jouissent pas de leur liberté morale. » Cette mesure ne produirait, suivant M. Baillarger, que des résultats très restreints; elle serait, en outre, d'une application extrêmement difficile. Ce ne sont pas, en effet, les crétins qui propagent le crétinisme, comme le prouvent les relevés statistiques de la commission de Piémont. Le crétinisme héréditaire est propagé :

1° Par les individus qui ont eu des crétins dans leurs ascendants;

2° Par les goîtreux;

3° Par ceux qui offrent dans leur conformation physique ou dans le développement de leur intelligence quelques nuances de crétinisme.

Or cette dernière catégorie dans certaines vallées comprend presque tous les habitants.

M. Baillarger termine par les conclusions suivantes :

1° Le crétinisme et l'idiotie sont essentiellement caractérisés par un arrêt de développement de l'intelligence.

2° Chez les crétins et chez les idiots, cet arrêt de développement doit être rapporté aux mêmes lésions anatomiques, c'est-à-dire à des anomalies et à des vices d'organisation.

3° L'hydrocéphalie se trouve accidentellement chez les idiots et chez les crétins; mais elle ne saurait, dans l'état actuel de la science, servir de base à une définition du crétinisme et en être regardée comme le caractère constant et essentiel.

4° Tout en tenant compte des différences qui existent entre les idiots et les crétins considérés d'une manière générale, on ne peut regarder ces différences que comme accessoires et insuffisantes pour séparer le crétinisme de l'idiotie.

5° L'intervention de la loi pour empêcher le mariage des crétins serait une mesure d'une application très difficile, mais surtout une mesure inefficace pour prévenir la propagation du crétinisme héréditaire.

6° Ce qu'il importerait peut-être pour obtenir ce résultat, serait :

1. De bien déterminer les conditions de santé qui, chez les parents, peuvent faire craindre le développement du crétinisme chez les enfants;

2. En l'absence de tout autre moyen plus efficace, de réclamer l'intervention active et les conseils de la médecine pour prévenir autant que possible les alliances entre les personnes qui offrent quelques-unes de ces conditions.

Suture intestinale.

M. le professeur Bouisson, de Montpellier, lit un mémoire sur une nouvelle espèce de suture intestinale. L'intérêt de ce travail et son étendue nous obligent à en renvoyer la publication à un prochain numéro.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 février 1851. — Présidence de M. Rayer.

Rapports de l'albumine avec la fibrine.

M. le docteur Corne a entrepris une série de recherches desquelles il résulte que, conformément aux faits annoncés par M. Marchal (de Calvi), la fibrine du sang diminue par l'agitation. Il n'a constaté qu'une seule exception, dans le cas suivant :

Chez un individu atteint d'albuminurie aiguë, saigné dans les premiers jours de la maladie et guéri dans l'espace de six semaines, le sang de la saignée fut reçu dans deux vases, le premier et le troisième quarts ensemble. Des deux moitiés du sang, l'une fut laissée au repos, l'autre fut agitée pendant dix minutes. Les deux moitiés ont donné également pour chiffre de la fibrine 1,8 sur 1000.

Le chiffre de la fibrine (inférieur au chiffre normal dans les deux cas) expliquerait, suivant l'auteur, la diminution de la fibrine dans l'albuminurie par la diminution de l'albumine; résultat qui viendrait à l'appui de la présomption formulée par MM. Becquerel et Rodier, et d'après laquelle la fibrine ne serait autre chose qu'une transformation de l'albumine. Cette moindre proportion de l'élément spontanément coagulable ne serait pas une preuve contre la nature supposée inflammatoire de la maladie.

Quant à l'égalité de la fibrine dans les deux moitiés de sang, elle serait, suivant M. Corne, de nature à jeter quelque jour sur le mode de transformation de la fibrine en albumine, et réciproquement. Il se demande si l'on ne pourrait pas expliquer l'exception constatée dans ce cas, en admettant que l'agitation diminuerait généralement la fibrine en faisant rentrer dans l'albumine la proportion de fibrine qui s'en serait séparée en dernier lieu et qui existe, pour ainsi dire, à l'état intermédiaire. D'après cette vue, l'albumine existerait sous trois états : 1° à l'état d'albumine proprement dite; 2° à l'état intermédiaire ou fibroïde; 3° enfin à l'état de fibrine.

De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.

M. Deleau envoie un second exemplaire de la communication qu'il a faite à l'Académie de Médecine.

Sur les effets thérapeutiques de la ventouse.

M. le docteur Gondret adresse un mémoire dont l'objet est le développement de la proposition suivante :

Le vide ou ventouse dissipe : 1° le frisson initial des fièvres intermittentes; 2° les légers frissons et la chaleur qui se remarquent dans les fièvres rémittentes; 3° le frisson et les autres phénomènes concomitants des affections que l'on rapporte à la pléthore, à l'inflammation, à l'hémorrhagie et au rhumatisme aigu.

Relation entre le pouvoir toxique et le pouvoir antiputride.

M. Ed. Robin adresse sous ce titre une note dans laquelle il annonce que la nicotine, dont le pouvoir toxique ne saurait être comparé qu'à celui de l'acide cyanhydrique, possède aussi un pouvoir antiputride qui n'est comparable qu'à celui de cet acide : dès l'instant où la vapeur que la nicotine répand aux températures ordinaires dans un vase fermé est en contact avec les matières animales, l'action de l'oxygène sur elles est complétement paralysée; elles restent indéfiniment à l'état où les a trouvées la vapeur de l'alcali, leur couleur seulement est un peu changée; elle acquiert une nuance rouge plus vive.

Cure radicale des hernies.

M. le docteur Aug. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dépose un mémoire détaillé, dont il lit le résumé, sur la cure radicale des hernies inguinales et sur un nouveau moyen de l'obtenir.

Vaccin.

M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise, adresse une note sur la gastro-entérite varioleuse (*variolæ sine variolis*) avant et depuis la découverte de la vaccine.

CALCUL VÉSICAL

extrait par l'ombilic chez un adulte, dans un cas de persistance de l'ouraque.

Il est des faits tellement extraordinaires que, même entourés de toutes les garanties qui en assurent l'authenticité, il est impossible de les accepter sans étonnement. Y a-t-il, en effet, quelque chose de plus rare chez l'adulte que la persistance de l'ouraque? Et par quel concours bizarre des circonstances s'est-il produit un calcul, chez un homme adulte, qui présentait cet étrange vice de conformation? Le fait communiqué par M. Th. Paget sort donc tout à fait de la ligne, et si nous lui donnons place ici, c'est parce que ce chirurgien a trouvé, dans ce vice de conformation, l'occasion de montrer tout le parti que peut tirer l'homme de l'art habile et expérimenté de circonstances en apparence fortuites, ou qui semblerait ajouter à la difficulté de la conduite à tenir en pareil cas.

Un homme de quarante ans vint consulter M. Paget pour une difficulté dans la micturition, dont il était affligé depuis près d'une année. Ce chirurgien reconnut, en le sondant, la présence, dans la vessie, d'un calcul urinaire. Il fit part au malade de cette circonstance, en lui faisant connaître la nécessité d'une opération. Ce fut alors que celui-ci parla de cette circonstance particulière, que toutes les fois qu'il faisait des efforts, surtout en urinant, l'urine sortait par l'ombilic. Effectivement, il existait à la place de l'ombilic une ouverture d'un pouce de diamètre, aux bords épaissis et cartilagineux, par laquelle faisait hernie une tumeur grosse comme un œuf de dinde, tapissée par la membrane mu-

---

l'extrême imperfection de nos précautions sanitaires, la France n'a jamais été le théâtre d'aucune épidémie de fièvre jaune. Des individus atteints de cette redoutable affection ont été souvent introduits dans nos ports par les bâtiments de l'Etat ou par ceux du commerce, et il n'existe pas un seul exemple de la transmission de cette fièvre de l'homme malade à l'homme sain. Ce que nous venons de dire de l'immunité où s'est toujours trouvée la France peut s'appliquer à d'autres contrées, et des centaines de bâtiments venant d'Amérique dans les ports de la Grande-Bretagne, et ayant à bord des malades atteints de fièvre jaune, n'ont jamais propagé cette maladie dans ce dernier pays. Dans l'Espagne même, où souvent la fièvre jaune a régné épidémiquement (et c'est précisément dans les années où le commerce espagnol avec le nouveau monde s'est trouvé considérablement restreint), on n'a jamais observé un seul fait bien constaté de propagation par contagion de cette maladie. A l'appui de cette assertion, nous emprunterons le passage suivant à Pariset : « M. Gonzalès me racontait, dit l'éloquent écrivain, qu'en » 1802 l'amiral Gravina fit débarquer à Cadix cinq cents malades » de la fièvre jaune qui furent portés à l'hôpital Saint-Jean-de-» Dieu, et qui furent traités sans avoir transmis leur maladie à » personne. »

La fièvre jaune n'est donc pas plus transmissible en Amérique qu'en Europe. « Cette maladie, dit Chervin, dont on prétend que » le germe peut être transporté dans le sein d'un navire à six ou » sept cents myriamètres de distance, reste également circonscrite, » en Amérique, dans les localités où elle fait son apparition, et ces » localités sont précisément les points des villes où les causes d'in-» salubrité se font particulièrement remarquer. Les malades fuient » les villes infectées, sont reçus chez leurs parents ou leurs amis » sans aucune précaution, et couchent dans le même lit sans qu'il » en résulte aucune conséquence fâcheuse. Cette limitation sponta-» née de la fièvre jaune dans les villes des Etats-Unis est un fait » immense, qui s'est reproduit un grand nombre de fois sous les » yeux de populations entières. »

Nous dirons du choléra-morbus ce que nous venons de dire de la fièvre jaune.

Parmi tous les documents que votre rapporteur a demandés aux médecins exerçant à Varsovie, un seul s'est trouvé en faveur de la contagion, celui de M. Sauvan. Ce médecin, qui n'était attaché, à cette époque au moins, ni à l'armée ni aux hôpitaux, fondait son opinion sur la circonstance suivante : « Au milieu de toutes les privations, et pendant les mois de janvier, février, mars et pendant la première moitié d'avril, l'armée polonaise n'a présenté aucun cas de choléra. Cette maladie ne s'est manifestée que dans la seconde moitié d'avril, après que l'armée eût été en contact avec le corps du général Pahlen II[e] arrivé des contrées infectées par l'épidémie. » Eh bien! messieurs, votre rapporteur annula (il le croit du moins) la valeur de ce document par plusieurs autres qui établissent :

1° Que le corps du général Pahlen II[e], qui se présenta à Iganie avec *ses lions de Varna*, ne contenait pas UN SEUL cholérique;

2° Que les quatre mille prisonniers russes faits à Iganie, conduits à Praga et observés bien strictement dans un isolement parfait pendant dix jours consécutifs, n'ont présenté AUCUN CAS de choléra;

3° Qu'il a existé plus de cholériques dans les corps qui n'ont pas été à Iganie que dans ceux qui y ont été.

« L'expérience au reste, dit l'un de vos commissaires, est venue éclairer tout le monde sur la manière dont se comporte le choléra. Dans le Nord, trois lignes de troupes n'ont point arrêté sa marche. Souvent même il a franchi de grands espaces sans toucher en aucune manière les points intermédiaires et sans avoir suivi les routes collatérales. » D'autres fois, au contraire, on l'a vu concentré sur des populations qui ne cessaient pas d'entretenir des relations avec leurs voisins : en France, par exemple, où toutes les communications de l'intérieur sont restées libres, on a vu des départements, des arrondissements, des villes, des villages même qui n'ont pas présenté un cas de choléra, bien que ces différentes localités fussent parfois encombrées par les personnes qui fuyaient les lieux dévastés par l'épidémie. Ainsi, suivant M. Montfalcon, pendant l'épidémie de Marseille en 1835, Lyon seul reçut plus de dix mille émigrants de cette ville, et Lyon ne fut point atteint du choléra. Des quartiers même de certaines villes, bien que restés en constante et continuelle communication avec les lieux circonvoisins décimés par le choléra, n'ont éprouvé aucune atteinte du mal. « A Saint-Pétersbourg, dit encore l'un de vos commissaires, l'une des îles de la Newa a joui de ce privilége; à Vienne, c'est le faubourg de Léopoldstadt. » Ainsi, la non-transmissibilité du choléra, d'aucune façon que ce soit, est pour nous un fait démontré; pour ce qui est des miasmes infectieux produits par les cholériques, il est loin d'en être de cette maladie comme de beaucoup d'autres. « La peau d'un cholérique, dit notre honorable collègue M. Bally, ne donne et ne reçoit rien. » Et nous, nous disons : La peau et la membrane pulmonaire d'un cholérique sont dans des conditions tout à fait impropres à rien transmettre; il ne s'exhale presque rien de la membrane pulmonaire, la peau donne la sensation du marbre; elle est, en un mot, dans un état tout à fait opposé à celui qu'elle présente dans les maladies transmissibles; on sait aujourd'hui que les émanations cutanées et pulmonaires d'un cholérique vicient moins l'air que ne le font celles d'un individu sain, par la raison toute simple que ces exhalations sont considérablement diminuées dans cette affection; et, si votre rapporteur osait ici répéter à des savants ce qu'il y a vingt ans il disait à un homme d'Etat contagioniste plus obstiné qu'éclairé, il avancerait que, dans un espace d'air circonscrit et insuffisant pour deux personnes, soit 24 mètres cubes, par exemple, où il serait forcé de passer quatre heures et où il aurait le choix de les passer avec un athlète vigoureux ou un cholérique, il choisirait sans hésiter pour compagnon ce dernier, bien certain d'avoir inaltérée la plus grosse part de l'air.

Si nous ne croyons pas que M. Hameau doive faire à la fièvre jaune et au choléra l'application des principes qu'il a établis, application due sans doute à l'éloignement où se trouve M. Hameau de nos discussions sur les maladies contagieuses; si nous n'admettons pas les moyens préventifs qu'il a conseillés, nous n'en sommes pas moins convaincu, et nous devons le proclamer, que la doctrine de M. Hameau, la logique vigoureuse avec laquelle il l'a présentée, les limites dans lesquelles il a su circonscrire une théorie qui se trouve neuve en l'appliquant à une classe de maladies dont elle peut seule expliquer le développement, la nature, la propagation, ouvrent à l'étiologie, à la pathogénie et à la thérapeutique des maladies contagieuses un horizon nouveau.

queuse, et qui rentrait si le malade faisait effort pour uriner. Dans les derniers instants de la micturition, il s'échappait un jet d'urine par l'ouverture. Quel fut l'étonnement de M. Paget lorsqu'en introduisant la sonde dans la vessie il vit le bec de celle-ci venir faire saillie par l'ouverture ombilicale ! Dans ces circonstances, n'y avait-il pas lieu, avant de songer à une opération sanglante, à tenter l'extraction du calcul par cette voie nouvelle ?

Ce calcul était d'ailleurs peu volumineux, et on pouvait penser que cette tentative serait peut-être suivie de succès. Effectivement, M. Paget, ayant fait coucher son malade sur le lit d'Heurteloup, la tête plus basse que le bassin, plongea son doigt dans l'ouverture, pénétra facilement dans la vessie et saisit le calcul, qu'il ramena en dehors. Ce qui facilita encore cette manœuvre, c'est que le calcul était annulaire ; de sorte que le doigt put s'en charger aisément. Le calcul était d'acide urique et formé sur un cheveu recoquillé, dont il avait conservé la forme. Il avait les dimensions d'une plume à écrire. Le malade a parfaitement guéri, mais il a conservé son infirmité.

(*London, Med. ch. trans.*, et *Bull. de Thérap.*)

SUR L'EXTRACTION

de la fécule de l'*arum maculatum* du pied de veau.

Précautions à prendre lors de cette extraction.

Par M. A. CHEVALLIER.

On sait que l'un de nos plus illustres chimistes, Braconnot (de Nancy), a publié, en 1847, un mémoire dans lequel il fait connaître un grand nombre de plantes alimentaires qui croissent spontanément dans les lieux incultes, et qui peuvent servir de nourriture à l'homme; mais, dans ce mémoire d'un haut intérêt, ce savant praticien n'a pas mentionné l'*arum maculatum*, que l'on trouve en de très grandes quantités dans nos contrées, et qui contient de la fécule amylacée, fécule que les Suédois emploient dans la fabrication du pain.

Si l'on recherche ce qui a été fait sur l'*arum*, qui croît en très grande quantité dans les bois humides de la France, on voit que la plante est caustique, vénéneuse; qu'elle contient un principe âcre, si facilement destructible par la chaleur, qu'il ne passe pas dans l'eau par la dissolution; que les feuilles sont si actives que, d'après Bulliard, il y a des exemples d'enfants qui ont succombé pour en avoir mangé, les ayant prises pour des feuilles d'oseille; que ces feuilles contusées, étant fraîches et appliquées sur la peau, agissent comme vésicant, et déterminent des ampoules; qu'elles perdent leur action vésicante par la dessiccation.

L'un de nos collègues, M. Dulong d'Astafort, qui s'est occupé de l'examen de l'*arum maculatum*, a établi qu'il était impossible d'isoler le principe actif de ce végétal; mais qu'on pouvait facilement en retirer de la fécule amylacée, qui pourrait servir pour les usages alimentaires.

Le travail de M. Dulong nous a paru d'un grand intérêt, surtout lorsqu'en feuilletant d'anciens manuscrits nous trouvâmes que l'*arum maculatum* avait été le sujet de recherches faites dans un but d'industrie. En effet, si l'on consulte les actes du parlement, on voit que, le 20 mars 1716, il y eût confirmation d'un arrêt du conseil du 20 novembre 1714, et de lettres-patentes du 20 janvier 1716, qui accordaient au sieur Vaudreuil le privilége exclusif de fabriquer de l'amidon de racine avec l'*arum*, qui est désigné par les divers noms qui suivent : l'épiteste, le choux à la serpente, l'herbe à prêtre, les pieds de veau, le taurus, le sara, l'aro, le barba arou.

Dans le privilége accordé au sieur Vaudreuil, il est dit que l'*arum* se sèche en été et n'est vert qu'en hiver ; que sa racine bien nettoyée, mise en monceaux, se conserve aisément, pourvu qu'on ait soin de la remuer de temps en temps.

Toutes les recherches que nous avons faites pour savoir si le sieur Vaudreuil avait exploité son privilége ont été inutiles; il est probable que ce privilége aura été abandonné, en raison sans doute de la difficulté de se procurer de grandes quantités de racines.

L'*arum maculatum* est employé, dans quelques localités, pour l'engraissement des porcs. M. Delvaux-Louzier a communiqué à la Société d'agriculture de Blois une note qui fait connaître ce fait. Voici cette note :

« Au printemps dernier, je fus surpris de voir sur le feu une chaudière pleine d'*arum maculatum*. Je regardais cette plante comme nuisible par son âcreté, et je témoignai à ma fermière mon étonnement, en m'informant de l'usage auquel elle destinait ce qu'elle faisait bouillir.

» Elle me dit que les porcs engraissaient tant qu'ils en mangeaient, que tout le monde leur en donnait dans le pays, et qu'on n'avait observé aucun accident. Je vis distribuer cette bouée soir et matin, à la dose d'environ 15 litres par tête ; on avait soin d'y joindre une poignée de son.

» Je pense que le principe âcre de l'arum agit comme narcotique, abaisse le principe vital et favorise l'engraissement de la même manière que la laitue.

» J'ai communiqué cette observation à la Société d'agriculture de Blois, parce que je pense que, dans le moment actuel, tout ce qui tend à utiliser une plante regardée tout au moins comme inutile est un service rendu à l'industrie agricole. »

Parmi les plantes de la même famille, il en est qui fournissent des racines qui sont très grosses, et qui fourniraient, si elles étaient naturalisées en France, de très grandes quantités de fécule. De ce nombre sont :

1° L'*arum caladium* de l'Amérique méridionale;
2° L'*arum colocassia*, qui croît dans le midi de l'Europe;
3° L'*arum caladium esculentum*, qui croît aux Canaries, à Taïti, au Brésil;
4° L'*arum macrorrhizon*, qui croît aux Moluques;
5° L'*arum caladium sagittæfolium*, qui croît aux Antilles.

L'extraction de la fécule de la racine d'*arum* doit être préparée à l'aide de machines et sans que les ouvriers aient les mains en contact avec le suc qui en exsude. En effet, ayant voulu par la râpe faire cette extraction, je fus étonné d'éprouver à la peau des picotements et de voir naître des ampoules. L'action de cette plante me fut mieux démontrée : une personne qui travaillait dans mon laboratoire, ayant achevé de râper un kilogramme de cette racine, éprouva sur les mains un érysipèle très douloureux et même de la fièvre, accidents qui cessèrent par l'application de moyens convenables. (*Journ. de chim. méd.*)

CORRESPONDANCE.

Luxations du coude.

Nous recevons de notre excellent et distingué confrère M. le docteur Chapel, de Saint-Malo, la lettre suivante, que nous nous empressons de publier.

Monsieur le Rédacteur,

La lettre que M. le docteur Soulé (de Bordeaux) vient d'adresser à la *Gazette des Hôpitaux*, et principalement l'intérêt que doivent offrir les très rares observations de luxations latérales complètes du coude en dehors m'engagent à vous prier d'insérer les réflexions suivantes, que je rendrai très courtes pour ne point abuser de votre patience ni de celle du lecteur.

J'ai publié dans la *Revue médico-chirurgicale*, numéro de janvier 1850, une observation de *luxation latérale externe complète du coude gauche*, à la suite de laquelle le savant rédacteur de ce journal ajouta la note suivante :

« L'observation qui précède présente un haut degré d'intérêt, et par la rareté de la lésion, et par le soin que l'auteur a mis à en décrire les symptômes. Plus loin il ajoute : Nous n'avons d'ailleurs rien à ajouter aux sages réflexions de M. Chapel. Ces sortes de luxations sont rares, moins rares cependant que leur absence dans les livres ne pourrait le faire croire. »

A l'époque où j'envoyai mon observation à la *Revue médico-chirurgicale*, je ne connaissais que l'observation de luxation *chronique* de M. Nélaton (1), et celle de M. le professeur Michaud, qui, s'étant laissé surprendre par une inflammation considérable péri-articulaire, ne put en obtenir la résection.

Tel était alors l'état de la science, qui offrait deux observations, l'une à l'état *aigu*, l'autre à l'état *chronique*, pour écrire l'histoire des *luxations latérales externes complètes du coude*.

La lettre de M. Soulé est venue m'apprendre qu'il avait publié une nouvelle observation de luxation du coude dans un des derniers numéros de la *Gazette Médicale* de 1849.

Enfin MM. Piogey et Dubrueil ont ajouté une observation très complète et fort intéressante à celles déjà connues qu'ils auraient pu signaler comme analogues sinon identiques à la leur, et par là auraient complété la liste des observations publiées jusqu'à ce jour.

(1) *Annales de la chirurgie française*, septembre 1843. Observation publiée par M. Debruyn.

Encore un peu de patience, et nous ne tarderons pas, je l'espère, à voir toutes ces observations comparées et habilement analysées par un professeur éminent qui a déjà doté la science d'un excellent livre sur les fractures, et qui ne manquera pas à sa mission dans celui impatiemment attendu des luxations.

Agréez, etc. CHAPEL.

Saint-Malo, 8 février 1851.

NOUVELLES.

CONCOURS. — L'épreuve clinique qui a eu lieu lundi dernier a été subie par M. Voillemier.

— Par décision ministérielle du 7 janvier 1851, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les chirurgiens aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

Ancienneté, M. Bouton, chirurgien aide-major de 2e classe, au 4e de hussards.

Choix, M. Beaucamp, chirurgien aide-major de 2e classe, au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

Choix, M. Didiot, chirurgien aide-major de 2e classe, au 3e de cuirassiers.

Ancienneté, M. Girma, chirurgien aide-major de 2e classe, au 45e d'infanterie de ligne.

Choix, M. Quesnoy, chirurgien aide-major de 2e classe aux spahis de Constantine.

Choix, M. Morgon, chirurgien aide-major de 2e classe, au 8e de hussards.

Ancienneté, M. Cauboue, chirurgien aide-major de 2e classe, aux tirailleurs indigènes de Constantine et de Bone.

Choix, M. Le Roy, chirurgien aide-major de 2e classe, au 14e

Électricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés; mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

AVIS. — Quelques personnes malintentionnées s'efforcent de faire croire que l'*ancien Bureau central* de toutes les EAUX MINÉRALES naturelles de l'Europe, fondé en 1773 par le docteur Arnaud, bientôt connu sous la raison ARNAUD et POULARD, et qui m'a été transmise par mon père M. FAVREUX-POULARD, est toujours rue J.-J. Rousseau. Rien n'est plus mensonger. — Depuis 18 ans, cette maison (UNIQUE) a été transférée rue GRENELLE-SAINT-HONORÉ, n° 37, aujourd'hui n° 30. Elle a changé de rue; elle n'est jamais sortie de la famille, et c'est la seule qui puisse se vanter d'avoir été transmise de père en fils pendant trois générations successives.

En présence d'une concurrence assez peu loyale, pour abuser d'un changement de domicile, je crois devoir rappeler au public que la maison FAVREUX-POULARD, la plus ancienne de toutes, n'est la succursale d'aucune autre, que toutes les Eaux qu'on y vend sont tirées des sources mêmes avec certificats authentiques de puisement, et qu'elles se vendent au prix du tarif. CH. FAVREUX.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 19. — SAMEDI 15 FEVRIER 1851. (24e ANNEE.) N° 19. — SAMEDI 15 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 14 FÉVRIER 1851.

Sur quelques faits d'inoculation
DE LA SYPHILIS SECONDAIRE.

Nous avions déjà commencé l'impression d'un travail *sur l'inoculation de l'ecthyma syphilitique*, par M. Vidal (de Cassis), lorsque nous avons lu dans un autre journal, rapportée en termes un peu différents, une des observations qui servent de base à ce travail. Nous avons voulu remonter à la source de cette différence, afin que rien, s'il était possible, ne demeurât obscur dans cette intéressante question, et nous avons appris des particularités qui ne sont pas sans avoir leur enseignement dans l'histoire de la science en général, et de la science syphilitique spécialement. La plus saillante de ces particularités, c'est que la narration des mêmes faits a été écrite deux fois et d'une manière assez différente par la même main. Nous allons d'abord mettre sous les yeux de nos lecteurs les deux narrations; nous essaierons ensuite d'en tirer les conséquences qui nous semblent devoir en découler naturellement.

Voici la première narration qui nous a été communiquée par M. Vidal (1) :

Au n° 30 de la onzième salle, service de M. Vidal, chez lequel je suis interne en pharmacie, est couché un malade ayant contracté, environ six semaines avant son entrée, un chancre à la partie latérale de la verge. A son arrivée, le malade ne présentait plus que la trace du chancre et une induration antérieure. Il présentait sur le corps et sur la partie thoracique des pustules d'*ecthyma*, des plaques muqueuses à l'anus, des rhagades aux doigts des pieds. Je laisse l'historique de l'affection à qui de droit, et je n'énonce que les symptômes principaux, car je n'ai à rapporter que le fait d'une expérience à laquelle je me suis librement et spontanément soumis; l'inoculation des accidents secondaires.

Avant que l'inoculation eût été proposée à l'un de nous, élèves au service de M. Vidal, elle avait été pratiquée sur le sujet lui-même à la surface interne des cuisses avec un plein succès, puis du pus de ces pustules d'inoculation de nouvelles piqûres furent faites, et des pustules en furent la conséquence.

L'expérience en était là lorsque M. Vidal nous demanda si quelqu'un de nous voulait se laisser inoculer. Je m'offris, et, le 1er novembre, du pus d'une des pustules prise dans la région pectorale gauche du sujet fut porté à la face interne de mes avant-bras. La piqûre du bras droit fut légère, celle du bras gauche plus profonde : une petite quantité de sang en sortit. La pustule à laquelle fut puisé le pus était surmontée d'une croûte grisâtre, écailleuse, d'une étendue de 8 à 9 millimètres, précédée d'un cercle inflammatoire rouge-brunâtre; sous cette croûte, séjournait un pus blanc-grisâtre très épais. L'extrémité d'une lancette bien propre en fut enduite et introduite sous l'épiderme de mes avant-bras.

Le lendemain de cette opération, c'est-à-dire le 2 novembre, un commencement d'inflammation se manifesta; le soir, je ressentis quelques douleurs sourdes et analogues à celles d'un travail de suppuration.

Le 3, une papule de 2 millimètres environ occupait le centre d'un cercle rouge. Cette papule ne se développa et ne prit une plus grande dimension que le 5 novembre. Le cercle inflammatoire suivit la progression de la papule et la débordait de quelques millimètres. Elle prit alors un caractère de convexité très remarquable, et se recouvrit d'une croûte grisâtre crevassée, et sous cette croûte séjournait un pus blanc-grisâtre d'une consistance épaisse, pourtant plus clair que celui qui avait servi à l'inoculation. Il est bon de dire que plusieurs fois le frottement du linge contre les pustules occasionna l'évacuation du pus, mais qu'il s'en reformait immédiatement.

Dans les premiers huit jours, je m'aperçus qu'une inflammation cercloïde surmontée d'une petite papule m'était poussée à la face externe et supérieure de la cuisse; elle disparut au bout de quatre ou cinq jours. Il est probable qu'à cette partie de la cuisse siégeait un bouton écorché par les vêtements, et que durant le sommeil mon avant-bras fut porté vers lui : une petite quantité de pus en aura coulé, de là une pustule.

L'inflammation cessa vers le 15, les pustules s'affaissèrent, se cicatrisèrent bientôt, leur surface devint plane et solliacée. La piqûre de la lancette a laissé un stigmate infundibuliforme d'un rouge-brunâtre et présentant des écailles blanchâtres comme lichénoïdes.

Les choses étaient en cet état, lorsque après trente-cinq jours d'infection locale, c'est-à-dire le 5 octobre, un nouveau travail s'opéra, une inflammation en fut le résultat, et consécutivement deux pustules reparurent et occupèrent successivement la place de leurs devancières sans que je ressentisse autre chose qu'une douleur très vive dans le siége de leur localité même. Le toucher pourtant, à une distance assez éloignée, me faisait éprouver un sentiment de vives douleurs. Cette fois la cicatrisation fut très lente, à cause d'une suppuration assez abondante et surtout pour celle du bras droit qui avait été labourée par l'épingle du pansement. La cicatrisation ne fut complète que vers le 20 janvier 1850.

M. Vidal, dès la *première cicatrisation*, me conseilla de faire un traitement; je ne me soumis pas à ce conseil, jugeant que l'expérience n'était pas assez concluante par la seule manifestation des phénomènes locaux, et je résolus d'attendre que l'infection générale devînt manifeste pour la combattre. Jusqu'à ce jour, 8 mars 1850, 120e jour d'inoculation, je ne me suis aperçu d'aucun symptôme d'infection générale.

Remis à M. Vidal le 28 mars 1850.

CH. BOUDEVILLE.

Voici maintenant la seconde narration communiquée à l'*Union Médicale*, à la suite d'une discussion qui a eu lieu mercredi dernier à la Société de Chirurgie. Cette narration a été adressée à M. Vidal à la date du 25 août 1850, précédée d'une lettre en date du 30 juillet de la même année. Voici la teneur de la lettre et de la seconde narration :

Monsieur,

Dans la lettre insérée le 16 juillet par l'*Union Médicale* vous avez été surpris d'y lire le passage dans lequel j'aurais la certitude que les accidents qui m'ont été inoculés, et cela de mon plein gré et dans un but uniquement scientifique, n'étaient pas des accidents secondaires.

Je me dois de vous expliquer, autant pour rendre à ce fait toute sa valeur scientifique que pour faire taire certaines suppositions qui répugnent à mon caractère, de vous expliquer, dis-je, ce qui, dans ce cas important, m'a amené à élever des doutes sur le caractère des accidents dont était atteint le malade qui a fourni le pus de l'inoculation.

Pendant trois mois, j'ai cru (bien que déjà le résultat positif obtenu sur le malade lui-même fût de nature à faire naître des doutes dans mon esprit) que les pustules qu'il portait étaient bien des manifestations d'accidents secondaires. Plus tard, en étudiant la question (j'y étais intéressé), suivant avec attention les nombreuses expériences répétées depuis par vos deux collègues MM. Puche et Ricord, et jugeant comparativement les résultats qu'ils obtenaient, négatifs toujours, avec ceux obtenus par vous sur le malade et sur moi, ma conviction a changé. J'ai douté que mon inoculation fût celle d'accidents secondaires.

Le jugement que je porte ici est le résultat d'études comparatives faites en toute liberté et sans l'influence de personne. Je puis me tromper dans mon appréciation; mais elle est mienne, et c'est en toute conscience que je vous la donne.

En communiquant mon observation à M. Ricord, en lui témoignant de mes doutes et en lui permettant de les rendre publics, il n'est pas entré dans mon esprit d'infirmer ni votre science, ni votre bonne foi. Tous les jours on diffère d'opinion sur une question aussi importante que celle-là, sans pour cela attaquer personne ni dans son honneur, ni dans sa réputation.

Agréez, etc. Ch. BOUDEVILLE.

Copie de mon observation remise le 25 août 1850 à M. Vidal.

Au n° 30 de la salle 11 est couché le nommé C..., ayant contracté, environ six semaines avant sa réception à l'hôpital du Midi, un chancre ne présentant plus que la trace d'une induration antérieure, et, comme preuve, un modus cartilagineux résistant à la pression, semi-élastique. Ce malade

(1) L'original, que nous avons lu, est écrit en entier de la main de M. Boudeville.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la doctrine des éléments, et de son application à la médecine pratique; par M. QUISSAC, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

D'abord, et avant tout, qu'entend-on par élément morbide ? Il importe de bien définir les termes de la question, sans quoi les raisonnements sur lesquels repose l'ouvrage entier dont nous voulons nous occuper resteraient lettre close pour beaucoup de nos lecteurs peu familiers avec le langage des disciples de la Faculté de Montpellier.

Pour cette Ecole, l'*affection* domine toute la pathologie ; c'est à l'*affection* qu'il faut toujours ramener les formes si diverses des maladies. Qu'est-ce que l'affection ? C'est un état morbide général avec ou sans fièvre, qui a tel ou tel caractère. Elle peut être essentielle, c'est-à-dire sans lésion locale ; elle peut coexister avec des lésions locales qu'elle a produites ; elle peut en être le symptôme. Comme exemple du premier cas, nous citerons la fièvre inflammatoire pure et simple; du second, la pneumonie, la pleurésie, le rhumatisme ; du troisième, les lésions traumatiques qui s'accompagnent de réaction fébrile. Cet état morbide général, l'*affection*, fournit les indications thérapeutiques, lesquelles lui sont toujours subordonnées, sans qu'il puisse venir à l'idée de personne de nier pour cela l'importance des lésions anatomiques ; mais l'Ecole de Montpellier enseigne que ces dernières ne donnent que des indications secondaires, et, en effet, une pleurésie, une pneumonie réclameront un traitement différent, suivant qu'elles se présenteront avec un caractère inflammatoire pur, ou malin, ou rémittent, etc.

Ceci posé, il faut bien admettre que le caractère des affections est très varié, et cependant on peut les rapporter à deux classes principales : les affections *élémentaires*, et les affections spéciales *non élémentaires*. L'affection élémentaire, ou *élément*, est un état morbide général simple avec ou sans fièvre, avec ou sans lésion locale, qui a des caractères propres, offre des indications spéciales, et peut se rencontrer dans la plupart des maladies. L'auteur en compte onze espèces, qui sont : l'élément fièvre, inflammatoire, catarrhal, bilieux, muqueux, adynamique, ataxique, malin, périodique, nerveux, fluxionnaire.

L'affection spéciale non élémentaire est celle qui n'est pas susceptible de se présenter dans la plupart des maladies, bien que d'ailleurs elle ait des caractères spéciaux et qu'elle offre des indications qui lui sont propres ; tels sont le rhumatisme, la goutte, l'érysipèle, etc. La subordination de ces affections non élémentaires aux premières est constante. Si elles existent conjointement, c'est toujours l'affection élémentaire qui fournit l'indication principale. Quelquefois il arrive que, dans une fièvre par exemple, il y a association de plusieurs affections élémentaires, et vous avez alors une fièvre à deux, à trois éléments, que l'on peut appeler *composée*.

Avant d'aller plus loin, faisons une remarque. Plus d'un de nos lecteurs, s'il est élève de l'Ecole de Paris, et s'il n'a pas cherché à agrandir par l'étude le cercle des connaissances doctrinales qu'il a puisées sur les bancs, ne sera pas allé plus loin que les premières lignes de cette analyse, soit que ce langage pathologique soit inintelligible pour lui, soit qu'il lui paraisse trop éloigné de ce que l'on est convenu d'appeler les principes de l'Ecole de Paris. Et cependant, il est à la Faculté un professeur éminent, dont l'amphithéâtre regorge d'auditeurs, et qui enseigne publiquement, qui défend dans ses écrits des idées qui offrent les plus grands rapports avec celles que nous exposons ici. Nous voulons parler de M. Gerdy, qui, dans son *Traité de pathologie générale médico-chirurgicale* publié tout récemment, établit (*Nature des maladies*, page 79) qu'une lésion phénoménale vitale précède toujours la lésion organique matérielle, à moins qu'il ne s'agisse d'une lésion mécanique ou physique, une fracture, une entorse, etc. Or, M. Gerdy est un homme trop considérable dans la science pour que l'on doive accueillir avec légèreté des idées qui se produisent ici sous le couvert de son nom. Force sera donc désormais aux élèves, à propos de ces discussions, de se replier un peu sur eux-mêmes, et d'étudier, afin de juger d'une manière tout à fait indépendante, et de se former une conviction sur ces points délicats. Ceci, pour nous justifier, s'il en était besoin, de ne point trouver absurde, comme nous l'entendons souvent dire, la façon dont Montpellier envisage les différents termes du problème qu'à chaque moment le médecin est appelé à résoudre.

Une fois ces considérations générales établies et les définitions bien précisées, M. Quissac entre dans l'étude sérieuse de son sujet et passe en revue l'un après l'autre chacun des éléments morbides dont nous avons fait plus haut l'énumération. Il donne les caractères de chacun d'eux, fait ressortir les différences que leur existence imprime à une maladie donnée, et insiste d'une manière rapide sur les modifications que, d'après telle ou telle circonstance, doit subir la thérapeutique.

Tous les cas, avons-nous déjà fait pressentir plus haut, ne sont pas simples; il est des affections à éléments combinés, ce qui constitue non pas une complication, mais une simple association. Il y a cette différence entre l'association et la complication, que cette dernière suppose l'existence de telle ou telle condition qui présente à l'affection principale, primitive le plus souvent, un obstacle à sa marche, à sa guérison. La coexistence, qui n'est pas l'association, ne ressemble encore en rien à la complication. Un sujet scrofuleux est atteint de syphilis; cette maladie suit sa marche ordinaire et guérit en temps opportun. Il n'y a là ni complication ni même association, mais tout simplement coexistence. Les associations des affections élémentaires présentent de nombreuses différences ; telle affection s'unit plus volontiers avec telle autre qu'avec une seconde ou avec une troisième. On comprend d'après cela combien il est utile de connaître ces associations possibles ou probables, en raison des indications qu'elles fournissent, et parce qu'elles donnent la clef de ces fièvres sans nombre admises par les auteurs.

L'existence des associations d'éléments implique l'idée de l'existence d'antagonismes entre plusieurs d'entre eux. La connaissance de ces antagonismes n'est pas moins précieuse, pas moins nécessaire. En veut-on un exemple? « Quand on nous parlera, dit M. Quissac, d'inflammation réclamant les saignées dans une fièvre avec élément ataxique, ou, malin, ou adynamique, nous dirons qu'on commet là une erreur capitale, parce qu'il y a antagonisme

présentait, en outre, des symptômes d'accidents syphilitiques constitutionnels : des plaques muqueuses à l'anus, des rhagades aux doigts des pieds ; les ganglions inguinaux et cervicaux engorgés, et enfin des pustules ecthymateuses sur la région thoracique, en plus grand nombre sur le côté gauche et dans les plis génito-cruraux. Ces pustules étaient larges (1 centimètre environ de périphérie), convexes, sphériques, recouvertes d'une croûte épaisse d'un gris-roussâtre, comme imbriquée et entourée d'une auréole d'un pus blanc-grisâtre plus près du centre de la pustule et devenant extérieurement d'un rouge-foncé. Par leur accroissement, les ulcérations s'étaient réunies et confondues en une seule. Sous la cavité croûteuse séjournait un pus blanc-grisâtre et assez épais.

En conséquence de ces caractères, considérés comme symptomatiques de la vérole constitutionnelle, dans le but de prouver la contagion, l'inoculabilité des accidents secondaires, l'inoculation fut faite par M. Vidal sur le malade lui-même à la face interne des cuisses ; une lancette, chargée de pus pris sur une des pustules de la région thoracique gauche, fut portée sous l'épiderme avec recommandation au malade de ne pas toucher aux piqûres. Dès cet instant, une inflammation se fit et marcha sans interruption jusqu'à la production, au bout de quatre ou cinq jours, d'une pustule en tout semblable à celle à laquelle on avait puisé le pus. Deux nouvelles piqûres furent pratiquées et le résultat fut le même.

La question de l'inoculation des accidents dits secondaires en était là, et résolue affirmativement, lorsqu'une autre question se produisit ; à savoir : si du malade à l'homme sain la réponse serait la même ?

Pour la solution de cette question, M. Vidal demanda à ses élèves si l'un d'eux voulait bien servir à la résolution du problème. Je m'offris pour cette expérience ; et, il faut bien le dire, résolu tout d'abord de la suivre jusque dans ses plus tristes conséquences, dans le but unique de la faire servir à l'élucidation de points de doctrine.

Le 1er novembre 1849, il me fut inoculé sur les avant-bras du pus d'une pustule de la région thoracique gauche, près du mamelon. Les piqûres furent légères, et je les recouvris d'une petite bandelette de sparadrap. Elles s'enflammèrent promptement, et le soir déjà un cercle inflammatoire s'était formé. Le lendemain, une petite vésicule occupait le centre du cercle rouge, contenant un liquide presque transparent ; et enfin une pustule existait le soir. La sérosité qu'elle renfermait s'était épaissie et du pus s'était formé. Alors, l'inflammation gagnant de proche en proche, et la pustule s'agrandissant, à la suppuration succéda une croûte épaisse, brunâtre ; plus mince à sa base, plus épaisse à son sommet, et formée comme de folioles imbriquées de bas en haut ; du pus blanc-grisâtre, un peu séreux, légèrement teint de rouille, séjournait sous sa convexité. Un cercle blanc-grisâtre, tendre en dedans et rouge-brun en dehors, précédait la croûte et limitait l'ulcération.

Pendant tout ce travail inflammatoire et de suppuration, je ressentis des douleurs s'étendant dans tout le bras ; un retentissement dans les ganglions axillaires eut lieu, mais ils restèrent indolents.

Plusieurs fois le frottement du linge occasionna la chute des croûtes ; de nouvelles se formaient, et enfin arriva une cicatrisation apparente.

Un traitement spécifique me fut conseillé à cette époque ; je refusai de m'y soumettre, la question ne me paraissant pas suffisamment résolue, aucune manifestation d'injection générale n'ayant paru.

Je pansai les ulcérations avec du cérat opiacé. Les choses en étaient là après trente-cinq jours d'un *statu quo* apparent, lorsque les parties s'irritèrent de nouveau ; une nouvelle éruption se fit, et cette fois je n'en eus raison que vers le 15 février 1850. Il reste une cicatrice arrondie, à fond grisâtre et présentant encore un cercle rouge-pâle, une petite cicatricule au milieu ; elle est concave et à bords relevés, un peu protubérante.

Vers le 15 mars 1850 (les ganglions axillaires avaient disparu), je m'aperçus de pustules plates lenticulées du cuir chevelu. Un ganglion cervical postérieur et inférieur s'engorgea, et enfin de l'alopécie survint.

Vers le 25 avril, je ressentis quelques difficultés dans la déglutition ; un commencement d'inflammation buccale, de la roséole parut sur le corps pendant trois ou quatre jours, et enfin des plaques muqueuses se manifestèrent et firent élection de siége sur les piliers de la voûte palatine. C'est alors seulement que je pris le traitement mercuriel. D'abord, je ne pris qu'une pilule de proto-iodure de mercure ; mais des douleurs rhumatoïdes et de la céphalée nocturne me les firent porter à deux, trois, puis à quatre. Les douleurs ayant cessé, je redescendis graduellement à une seule, que je prends encore.

Les plaques muqueuses de la bouche sont aujourd'hui cicatrisées. Il reste une teinte rouge-brique dans un cercle parfaitement arrêté, occupé autrefois par la pustule. Aucune autre manifestation ne s'est produite. Ch. BOUDEVILLE.

Ce 25 août 1850.

Nos lecteurs voient sans peine qu'il s'agit dans ces deux observations, ou plutôt dans cette observation unique deux fois racontée, de ce fait annoncé d'abord en France par M. Vidal, et confirmé depuis par M. Cazenave, l'*inoculabilité* des symptômes secondaires de la syphilis. La première narration, fournie à M. Vidal, a pour but de prouver cette *inoculabilité ;* la seconde, fournie à M. Ricord, tend à prouver le contraire. Laquelle des deux a raison ? Hélas ! si la science ne possédait que de semblables observations, on pourrait discuter longtemps avant d'arriver à une vérité positive, et si quelque chose a droit de nous étonner, c'est que, d'un côté comme de l'autre, des hommes sérieux aient pu attacher une importance quelconque à des faits médicaux importants recueillis par une personne étrangère aux études médicales, et surtout racontés dans ce langage impossible qui en mesure si exactement la valeur.

A quoi bon faire ressortir les contradictions qui existent entre les deux narrations ? A quoi bon nous appesantir sur des phrases vides de sens (1) ? A quoi bon faire remarquer que les premières convictions de M. Boudeville, qui ont duré « *pendant trois mois* » (c'est lui qui souligne), existaient cependant encore au moment où il a remis la première narration à M. Vidal, c'est-à-dire après 128 jours (qui font, suivant Mathieu Laensberg, un peu plus de trois mois) ? A quoi bon faire remarquer....., etc., etc. Nous le répétons, si les annales de l'art n'avaient pas d'autres documents, il n'y aurait qu'à jeter au feu toutes les bibliothèques, et à recommencer par les fondations l'édifice scientifique. Nous n'en sommes point là, fort heureusement, et pour le fait même observé par M. Vidal, fait qui n'a d'ailleurs ni l'importance que lui accordent ses partisans, ni celle que lui contestent ses adversaires, puisqu'il ne fait que confirmer expérimentalement une vérité depuis longtemps démontrée par l'étude clinique ; pour le fait même de M. Vidal, il y a beaucoup mieux que les preuves qu'on pourrait tirer des narrations de M. Boudeville, il y a la démonstration qui ressort du témoignage de M. Vidal lui-même, de l'observation recueillie par lui avec le concours de l'interne *en médecine* et des externes du service.

Si encore il s'agissait ici d'un de ces cas ardus où les lésions sont obscures et difficiles à voir et à constater, comme, par exemple, les chancres *larvés,* on concevrait que l'observation en apparence la plus authentique pût encore laisser des doutes. Mais non, il s'agit d'un homme qui offre tous les symptômes de la vérole constitutionnelle la moins équivoque. On prend du pus à la surface d'une des *nombreuses* pustules d'un ecthyma des mieux caractérisés, siégeant sur la poitrine, et voilà que d'un trait de plume, un observateur qui n'a rien vu et un autre qui était incapable de rien voir transforment cet ecthyma constitutionnel en un chancre primitif ! Que répondre à de tels procédés, sinon que pour se les permettre il faut compter singulièrement sur la crédulité des lecteurs, ou être entraîné par les exigences d'un système bien erroné, bien difficile à défendre ? Il n'y a donc point à en douter, M. Vidal a inoculé l'ecthyma syphilitique constitutionnel ; M. Cazenave l'a inoculé à son tour.

Mais est-ce là un grand fait ? Est-ce un fait qui puisse éclairer en quelque chose la véritable doctrine syphilitique ? Nous ne le pensons pas. Nous croyons que c'est là un fait curieux, et voilà tout.

On l'a prouvé depuis longtemps, et nous le prouverons à notre tour, quand le moment sera venu de nous occuper sérieusement de tous les faits importants ou puérils, vrais ou faux, qui ont été lancés dans le monde depuis quelque temps à propos de la syphilis ; on l'a prouvé, tous les symptômes constitutionnels qui sont accompagnés d'une sécrétion humide sont contagieux : l'inoculation de l'ecthyma ne démontre pas autre chose ; voilà notre opinion au point de vue clinique.

Quant au point de vue humanitaire, je n'hésiterai point à blâmer, chez mon cher et savant maître M. Vidal, ce que j'ai blâmé chez tout le monde, c'est-à-dire d'avoir fait des malades un sujet d'expérimentation ; et nous répéterons, sans être casuiste et sans croire déroger à notre opinion sur les franchises médicales, qu'il est dans le droit, je dirai même dans le devoir de l'administration, d'interdire ce genre d'expérimentation sur les malades dont elle a en quelque sorte la tutelle.

H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Préparation spéciale contre les infiltrations séreuses.

Les infiltrations séreuses sont non-seulement un des symptômes les plus constants, mais encore souvent, ainsi que tout le monde le sait, une des complications les plus incommodes et les plus rebelles des maladies du cœur arrivées à un certain degré. Tous les praticiens connaissent les moyens nombreux conseillés par les divers auteurs pour combattre ces infiltrations, diurétiques, diaphorétiques, purgatifs de diverse nature et d'énergie différente ; mais tous savent aussi combien ces moyens, seuls ou combinés entre eux de différentes manières, sont sujets à tromper l'attente du médecin et du malade. Rien n'est donc plus naturel, en présence de cette impuissance si fréquente, que de tenter soit des moyens nouveaux pour combattre les infiltrations, soit de tenter de nouvelles combinaisons avec les moyens déjà connus et employés. C'est ce qu'a fait M. Cruveilhier. Voici une préparation que nous lui avons vu mettre en usage avec succès chez un malade atteint d'une affection organique du cœur, et dont

(1) Comme, par exemple, la suivante :
« Ces pustules étaient larges (un centimètre environ de périphérie), » remarquez bien le mot *périphérie !* « convexes ; *sphériques,* recouvertes d'une croûte épaisse d'un gris-roussâtre, comme imbriquée et *entourée d'une auréole d'un pus blanc-grisâtre plus près du centre de la pustule, et devenant extérieurement* d'un rouge-foncé. »
Vous figurez-vous ce que c'est qu'une « pustule *recouverte* d'une croûte, *entourée* d'une auréole de pus blanc-grisâtre plus près du centre de la pustule ? »

---

entre l'élément inflammatoire et l'élément ataxique, ou malin, ou adynamique. Ces trois derniers excluent complétement l'élément inflammatoire. Il ne peut pas y avoir ; en effet ; et excès de forces ; comme dans l'élément inflammatoire, et défaut ; perversion de forces, comme dans les éléments ataxique, malin ou adynamique...... Ainsi, que nous ayons affaire à une fluxion de poitrine avec élément ataxique, adynamique ou malin, la présence seule de l'un de ces éléments nous suffit pour savoir qu'il y a dans ces cas contre-indication formelle des émissions sanguines, parce qu'il y a antagonisme entre ces éléments et l'élément inflammatoire, parce qu'il y a même antagonisme entre ces premiers éléments et toute fluxion nécessitant une perte de sang pour si légère qu'on puisse la faire. » Suit une énumération raisonnée de chacun des onze éléments morbides cités plus haut, examinés au point de vue de leurs associations et de leurs antagonismes possibles.

Que peut-on en médecine si l'on ne connaît pas les lésions locales, disent les organiciens ? Question à laquelle répond l'auteur par celle-ci : Que peut-on en médecine si l'on ne connaît pas l'affection ? et nous avons dit plus haut ce que l'on entend à Montpellier par le mot *affection.* « L'affection, ajoute-t-il, est en effet le sujet des indications majeures ; la lésion locale ne fournit que des indications secondaires ; et ces organiciens eux-mêmes, qui placent avant tout les lésions locales, qu'ils soient en face d'une lésion de ce genre, la traiteront-ils toujours de la même manière ? N'auront-ils pas égard à l'âge, au tempérament, à la constitution du sujet, etc. ? N'est-il pas bien positif qu'involontairement, instinctivement, ils tiendront compte de ces conditions diverses, et, s'il en est ainsi, n'est-ce pas là une preuve de la grande importance de l'état général ? »

En vérité, nous nous refusons à voir là que de la logomachie. Il serait aussi peu juste de dire que les organiciens ne tiennent compte que de l'état local, qu'il le serait de prétendre qu'on ne tient compte, à Montpellier, que de l'état général. Nous qui nous honorons d'être un élève de l'école dite organicienne, nous affirmons que l'on prend, à Paris, en très sérieuse considération, l'état général des malades ; et nous sommes également certain qu'à Montpellier on cherche toujours à déterminer le siége de l'altération locale, lequel a une haute valeur comme élément de diagnostic, de pronostic et de traitement. Il serait par trop aisé d'être médecin s'il était inutile de connaître le siége et la nature de la lésion locale ; et M. Quissac en convient lui-même. De tout ceci que faut-il donc conclure ? C'est que, des deux écoles, l'une met en première ligne l'état local, l'autre l'état général, mais que toutes les deux se préoccupent de ces deux états à peu près également, et finissent ; sans vouloir en convenir toujours, par arriver presque aux mêmes résultats, l'une et l'autre affectant de repousser les principes de l'école rivale, dont elle est instinctivement forcée de suivre en partie les errements au point de vue pratique. Evidemment, être exclusif dans un sens comme dans l'autre, ce serait manquer de raison et de justesse d'esprit, et nous ne sachions pas que personne ait ce travers, ou de négliger l'étude de l'état local, ou de mépriser les renseignements fournis par l'état général. Qu'importe, après tout, que l'on commence l'examen du problème par l'un ou l'autre de ses termes ? Nous croyons être impartial en disant que chacune des deux a tort de bannir de son enseignement les doctrines de l'autre. Heureusement, pensons-nous, cet état de choses cessera dans un prochain avenir, et nous en avons pour garant ce fait bien significatif ; à savoir : que les hommes qui les représentent semblent se mettre de jour en jour en plus intime communication. De là à un échange mutuel d'idées il n'y a qu'un pas. La présence à nos concours de deux hommes aussi distingués que MM. les professeurs Alquié et Bouisson, les applaudissements dont les a couverts un auditoire quelque peu prévenu d'abord, l'arrivée au professorat de M. Fuster, qui a longtemps vécu dans l'atmosphère scientifique de Paris, et qui n'est pas homme à n'en rien avoir emporté, sont, à nos yeux, une preuve certaine que le besoin se fait sentir des deux côtés d'un rapprochement dont l'époque n'est certainement pas éloignée, abstraction faite de toutes les considérations individuelles qui pourraient la retarder.

Cette digression, que nous ne regrettons pas d'avoir faite, nous a bien un peu éloigné du compte-rendu du livre de M. Quissac, lequel ne nous en saura pas mauvais gré ; elle lui montrera toute la valeur des questions qu'il a soulevées, l'importance que nous attachons aux doctrines dont il s'est fait le soutien, et qu'il développe avec tant de talent et de chaleureuse conviction. A peine nous reste-t-il assez d'espace pour dire en quelques lignes l'argument des deux dernières divisions de son ouvrage, dont la deuxième est consacrée à l'étude des fièvres en général, et la troisième aux applications de la doctrine des éléments à la médecine pratique. Dans cette dernière, l'auteur, reprenant en sous-œuvre les onze affections élémentaires, cherche à leur ramener toutes les fièvres quelles qu'elles soient, la fluxion et ses diverses espèces, les maladies nerveuses et leurs nombreuses variétés, et à donner à la médecine pratique une base aussi simple, dit-il, aussi bien définie, qu'elle est vraie et solide.

L'ouvrage de M. Quissac, élégamment et clairement écrit, d'une lecture facile, malgré l'élévation des matières qui en font le sujet, nous paraît appelé à un grand succès, non-seulement à Montpellier, où la place de l'auteur est marquée d'avance parmi les professeurs de la Faculté, mais encore à Paris, où l'on voudra prendre enfin une connaissance plus exacte et plus positive de doctrines trop ignorées encore, et dans l'étude desquelles il y a beaucoup à acquérir.

Dr A. FOUCART.

Nous avons reçu quelques réclamations à propos du feuilleton de mardi dernier. Nos lecteurs doivent être assez au courant des licences des feuilletonistes pour ne leur accorder que l'importance à laquelle ils prétendent. Il est bien entendu que ce n'est pas sérieusement que notre collaborateur a parlé de l'efficacité de l'eau Adonis, et que ce n'est pas sérieusement non plus qu'il a pu raconter, quand tout Paris sait le contraire, l'anecdote relative à Souberbielle.

Nous rappelons à nos confrères que le travail de statistique dont nous nous occupons en ce moment nous a fait connaître plusieurs collocations avantageuses pour de jeunes médecins. Nous nous ferons un plaisir de communiquer nos renseignements à ceux qui voudraient en profiter.

le tissu cellulaire, particulièrement celui des membres inférieurs, étaient le siége d'une infiltration considérable.

Macération de feuilles de digitale, 1 gram. de feuilles dans.	150 gr. d'eau.
Ether nitrique.	2 —
Sirop des cinq racines.	30 —

Le malade chez qui nous avons constaté les effets de cette préparation a commencé à en éprouver du bien dès le troisième jour, et le septième toute trace d'infiltration avait disparu; la peau des membres et du tronc est lâche, ridée comme celle de l'abdomen chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

Lorsqu'on réfléchit à la composition de la préparation dont nous venons de donner la formule, on ne voit pas qu'elle diffère notablement de celles qu'on emploie journellement; car l'éther nitrique ou sulfurique, la digitale, le sirop des cinq racines sont d'un usage vulgaire. Serait-ce à leur association que la préparation indiquée ci-dessus doit son efficacité? ou bien cette efficacité est-elle trompeuse et avons-nous eu affaire seulement à une coïncidence? Ces deux alternatives sont également possibles. On sait que les changements les plus brusques, les plus étonnants même au point de vue physiologique, s'observent quelquefois dans la marche des infiltrations : un membre œdématié à un degré considérable la veille peut être trouvé le lendemain presque à son état normal, soit que l'infiltration ait envahi une autre partie, soit qu'il y ait eu des évacuations excrétoires liquides, soit même, ce qui est plus extraordinaire, sans qu'il y ait eu déplacement de l'infiltration ou abondance anormale des excrétions.

Quoique nous ne méconnaissions pas les doutes sérieux que peuvent faire naître ces faits, nous sommes porté à attribuer au moins une certaine action à la préparation en question, d'abord parce que l'infiltration chez le malade que nous avons vu était à peu près générale, et que dans ces cas les brusques changements que nous venons de rappeler sont rares, et en second lieu parce que M. Cruveilhier nous a dit avoir constaté plusieurs fois les effets que nous avons vus chez le malade couché actuellement dans un des lits de la salle Saint-Ferdinand.

Deux cas d'oreillons, dont l'un avec coïncidence d'orchite.

C'est une des coïncidences des métastases les plus curieuses et les plus anciennement signalées que celle des oreillons et de l'orchite; mais c'est une de celles qu'on observe le plus rarement dans notre climat, à Paris en particulier. Nous en avons observé un cas dans la ville; on peut en voir un autre dans la salle des hommes de la clinique de la Faculté, où M. Gosselin supplée en ce moment le professeur absent. Dans la salle des femmes du même service se trouve aussi une femme affectée, non d'orchite, pas même d'ovarite, mais d'inflammation parotidienne. Notre intention n'est pas de nous appesantir sur ces faits, dont l'histoire générale ne laisse rien à désirer, mais seulement de les signaler et d'appeler les réflexions des praticiens sur les conditions étiologiques auxquelles ils peuvent être dus. On sait que les cas d'oreillons n'ont pas été très rares à Paris pendant l'épidémie de choléra. Or nous avons signalé dans notre dernière Revue une influence choleriforme dans la constitution médicale actuelle: Un nouveau cas de choléra était observé à l'Hôtel-Dieu pendant que nous rédigions notre dernière Revue; la semaine a été féconde en cas de cholérines légères. Est-ce à cette influence qu'il faut aussi rapporter les cas de parotides que nous avons observés? Nous nous contentons de poser la question, et d'appeler sur ce point l'attention des praticiens.

Traitement de la méningite par l'écoulement continu de sang.

Nous recevons d'un de nos confrères bien connus, M. le docteur Mérielle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, les deux observations suivantes qui, jointes à celle qui a été recueillie dans le service de M. le professeur Cruveilhier, sont de nature à encourager grandement les praticiens dans l'emploi d'une méthode thérapeutique d'ailleurs très rationnelle.

«Je viens de lire dans votre estimable journal une observation pleine d'intérêt recueillie dans le service de M. le professeur Cruveilhier : c'est celle d'une méningite guérie par l'écoulement continu du sang. Je possède aussi deux observations à peu près semblables; j'ai employé les mêmes moyens et obtenu le même résultat que le savant professeur de Paris Je prends la liberté de vous les adresser; vous jugerez, monsieur, si elles offrent assez d'intérêt pour être communiquées à vos nombreux lecteurs. J'ai pensé qu'en publiant son observation, M. Cruveilhier avait surtout pour but de vulgariser une méthode vraiment énergique et encore trop peu appréciée. Je suis heureux de m'être rencontré avec M. le professeur de Paris; sa méthode ne m'était pas alors connue, car les observations que je vous envoie ont été recueillies, il y a deux années déjà, à l'asile des aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), chez deux religieuses attachées au service des aliénés.»

Obs. I. — La sœur Sainte-S..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, mal réglée, accuse souvent des douleurs de tête. Elle est atteinte, sans cause connue, le 12 février 1849, d'érysipèle de la face. A la visite, le pouls est fort et fréquent, la peau chaude, céphalalgie, œdème des paupières. — Petite saignée du bras; lavement purgatif; cataplasmes sinapisés aux jambes; eau de groseilles; diète.

Le 13, pas d'amélioration. L'érysipèle augmente; langue sale, nausées, pouls moins fort; la céphalalgie continue. — Eau de Sedlitz; bouillon de veau; cataplasmes sinapisés; limonade.

Le 14, la malade n'a pas dormi; l'érysipèle a envahi le derme chevelu; les yeux sont tout à fait fermés; la céphalalgie persiste. — 20 sangsues derrière les oreilles; frictions mercurielles sur le front et les pommettes.

Le 15, même état; nausées, vomissements bilieux; la céphalalgie augmente et le délire survient — 20 sangsues derrière les oreilles; application de glace sur la tête.

Cette nouvelle perte de sang ne diminue pas les accidents cérébraux; le délire continue. Alors je conseille d'appliquer 2 sangsues derrière chaque oreille de la malade, de telle sorte que 2 nouvelles sangsues remplaceront immédiatement celles qui tomberont. Le sang coule abondamment.

Le 16, à la visite, le délire a cessé; la céphalalgie est beaucoup moins vive. La malade répond aux questions avec beaucoup de lucidité. — Continuation de la glace sur la tête; calomélas, 60 centigrammes; eau de cerises pour boisson.

Vers le soir le délire reparaît; la malade s'agite. — Nouvelle application continue de quatre sangsues derrière les oreilles pendant toute la nuit. La quantité de sangsues employées pendant les deux nuits a été à peu près de 160 sangsues de grosseur moyenne.

Le 17, amélioration sensible; plus de délire. — Continuation de la glace sur la tête; bain tiède à 27° prolongé; calomélas, 60 centigrammes.

A partir de ce jour, la convalescence a marché franchement; l'érysipèle a disparu, les forces sont revenues assez vite; et un mois après la malade pouvait reprendre son service.

On voit dans cette observation que la méningite a été consécutive à l'érysipèle de la face, et que les accidents cérébraux n'ont cédé qu'à l'application continue, et deux fois répétée, de sangsues derrière les oreilles.

Six mois auparavant, cette malade avait été traitée pour un érysipèle de la face par les purgatifs et les frictions avec l'onguent mercuriel. L'affection n'avait duré que quelques jours.

Obs. II. — Cette observation est celle d'une méningite franche, sans complication, qui a été traitée et guérie par la méthode précédemment indiquée.

La sœur Sainte-S..., âgée de dix-neuf ans, tempérament sanguin, mal réglée, accuse souvent des douleurs de tête. Le 28 mai 1849, fête de la Pentecôte, elle assiste aux offices. Le soir, à huit heures, elle est prise tout à coup de céphalalgie intense; elle se met au lit; le visage se colore, et bientôt après le délire éclate. Agitation.

Le 28, à dix heures du soir, à la visite du médecin, la face est colorée; les yeux, injectés, roulent dans l'orbite; la pupille est fortement dilatée; la malade n'a pas conscience de ce qui se passe auprès d'elle; elle ne reconnaît pas ses compagnes. Délire; pouls fréquent, dur, 96 pulsations; peau brûlante. — Saignée abondante du bras; le sang coule par une large ouverture; lavement purgatif; application de glace sur la tête; eau de groseilles.

Après la saignée, la malade est plus calme; le délire continue. — On applique 30 sangsues derrière les oreilles.

Le 29, à la visite, le délire a diminué; la malade a des intervalles de lucidité : elle reconnaît les personnes qui l'entourent; le pouls conserve de la fréquence, 90 pulsations. — Continuation de la glace sur la tête; bain prolongé; calomélas, 60 centigrammes; petit lait.

Vers le soir de ce même jour, retour des accidents cérébraux; la face se colore de nouveau, le délire reparaît; le pouls est à 102. — On entretient pendant toute la nuit quatre sangsues derrière les oreilles; cataplasmes sinapisés aux jambes, qui irritent beaucoup la malade. (L'emploi des sinapismes doit être surveillé avec soin, surtout chez les femmes dont la peau est blanche et fine, et chez les enfants ils sont souvent plus nuisibles qu'utiles et déterminent quelquefois des convulsions.)

Le 30, à la visite du matin, amélioration; le délire a disparu; la malade répond avec lucidité aux questions. — Bain tiède; continuation de la glace sur la tête; calomélas, 60 centigrammes; petit lait; bouillon de poulet.

Le 1er juin, l'amélioration continue. — Même prescription, excepté le calomélas.

Le 2, vers le soir, le délire reparaît.

On applique de nouveau derrière les oreilles quatre sangsues d'après la méthode indiquée; on continue pendant six heures. Depuis ce jour, le délire n'a plus reparu, mais la convalescence a marché lentement. La malade, à la suite de cette perte de sang considérable, est très affaiblie.

La malade était réglée ordinairement vers le 20 du mois; à cette époque, cette fonction physiologique ne s'accomplit pas. La malade se plaint de douleurs, de chaleur à l'estomac; elle vomit du sang deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Divers moyens sont employés pour rappeler le flux menstruel, tels que frictions sèches, ventouses, cataplasmes sinapisés aux cuisses, bains de fauteuil; on applique quatre sangsues à la vulve; on a soin de cautériser les piqûres aussitôt qu'elles sont tombées.

La malade présente les symptômes de la chloro-anémie.

Les pilules de lactate de fer, l'eau ferrugineuse de la Marquerie sont employées avec succès contre l'hématémèse, qui s'arrête. Un régime convenable et des promenades à la campagne terminent la cure. La menstruation reparaît.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. Cazenave.

Eczéma squameux du cuir chevelu. — Dysménorrhée. — Traitement par les topiques et les bains. — Guérison sous l'influence du retour de la menstruation.

(Observation recueillie par M. Chausit.)

Le 6 août 1850 est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 45, la nommée S. Rosalie, âgée de vingt-deux ans, couturière, non mariée, née à Paris. Cette jeune fille a la peau blanche et fine, les cheveux blonds, les yeux bleus, une constitution délicate, un tempérament lymphatique bien développé. C'est pour la première fois qu'elle est affectée d'une maladie de la peau. Ses parents jouissent d'une bonne santé. Elle a été réglée à l'âge de dix-huit ans, mais peu abondamment, et depuis quelques mois même la menstruation est irrégulière. Sa santé générale est assez satisfaisante; néanmoins, elle est sujette à quelques irrégularités des fonctions digestives; appétit peu prononcé, souvent même capricieux.

Il y a trois mois environ a commencé à se développer dans le cuir chevelu la maladie pour laquelle Rosalie vient réclamer des soins à l'hôpital. L'existence de cette affection lui a été révélée par la présence d'une quantité assez abondante de petites lamelles qui garnissaient le cuir chevelu. Jamais, dit-elle, il ne s'est manifesté du suintement tant soit peu appréciable; peu à peu la chevelure s'est dégarnie, principalement aux tempes. Pas de sensations d'ardeur ni de cuissons; à peine éprouve-t-elle de légères démangeaisons. Toutefois la malade raconte, mais sans précision de date, que, longtemps avant l'apparition des lamelles au milieu des cheveux, elle était affectée d'un suintement limité aux oreilles.

Le 7 août, l'éruption pour laquelle la fille S... a demandé son admission à l'hôpital siége au cuir chevelu et présente les caractères suivants : ce sont des lamelles minces, grisâtres, peu adhérentes, formant une couche légère; sur les tempes et à l'occiput, elles sont fort petites, juxtaposées, d'une couleur blanc-grisâtre, et se détachent aisément. La peau est à peine rosée, pas de suintement. Sur tous ces points les cheveux sont clair-semés. Au vertex et à la partie antérieure de la tête, les lamelles sont plus confluentes; elles sont aussi plus épaisses, d'une couleur plus brune; elles ne reposent pas exactement sur la peau, mais elles sont plus adhérentes aux cheveux, qu'elles agglutinent en petits paquets isolés ou réunis. Cette dernière disposition des lamelles suffit pour établir qu'elles résultent de la dessiccation prompte d'un liquide qui, en coulant le long des cheveux, les retient comme liés par une substance agglutinative. On comprend aussi que cette sécrétion ait passé inaperçue pour la malade, parce qu'elle aura été peu abondante et d'une durée fort courte.

C'est cette variété d'eczéma décrite par Alibert sous le nom de *teigne amiantacée*, et récemment par M. Cazenave sous celui d'*eczéma squameux* (*Traité des maladies du cuir chevelu*), variété qui se distingue par des caractères bien dessinés du pityriasis et du psoriasis avec lesquels il pourrait être confondu. Ainsi, les lamelles, même aux endroits où elles n'agglutinent pas les cheveux, sont plus larges, plus molles, moins adhérentes que celles du pityriasis; elles ne présentent pas l'aspect nacré et brillant, l'épaisseur, l'adhérence à la peau qui se rencontrent dans le psoriasis. Ajoutons enfin, pour compléter le diagnostic, qu'on retrouve encore aux oreilles et à leur pourtour un suintement assez abondant, et des lamelles minces, molles qui trahissent évidemment l'existence d'un eczéma.

La malade est soumise au traitement suivant : tisane de chicorée sauvage édulcorée avec 30 grammes de sirop de gentiane; frictions le soir, sur la tête, avec un peu de la pommade suivante :

Sulfure de chaux.	4 grammes.
Axonge.	30 —

M.

Le matin, on fait des lotions avec la solution qui suit :

Sous-borate de soude.	2 grammes.
Eau distillée.	500 —

Un bain alcalin tous les deux jours.

Le 23 septembre, les règles paraissent après quinze jours de retard. Le suintement qui existait derrière les oreilles au moment de l'admission de la malade, et qui était à peu près tari, avait reparu depuis quelques jours. Les lamelles sont moins abondantes sur les parties latérales de la tête; mais sur les autres points l'éruption n'a pas été modifiée. — Même traitement.

Le 10 octobre, le suintement est de nouveau tari. Les règles reviennent; c'était leur époque habituelle. Dès ce jour, l'amélioration devint très rapide; les lamelles tombèrent pour ne plus se reformer; le cuir chevelu était complétement nettoyé.

Le 22, il ne reste pas de traces de l'existence de l'éruption. Les cheveux sont toujours clair-semés sur les tempes. La malade est guérie, elle quitte l'hôpital.

C'est surtout au point de vue du diagnostic que l'observation précédente offre de l'intérêt. En effet, les maladies du cuir chevelu peuvent, lorsqu'elles sont arrivées à un certain état, lorsqu'elles revêtent certaines formes, présenter plusieurs points d'analogie extérieure avec des maladies d'un autre ordre et de nature opposée. Dans l'espèce, nous avons minutieusement exposé les caractères qui séparent cet eczéma squameux des autres affections avec lesquelles il pourrait être confondu; ce qui nous dispense d'insister plus longuement sur ce point, si ce n'est pour rappeler à nos lecteurs que le diagnostic des maladies du cuir chevelu offre de nombreuses difficultés; que, pour les surmonter, il est nécessaire d'étudier d'une manière complète le mode de développement de chacune de ces affections, car il n'est pas de détail, si insignifiant en apparence, qui ne présente parfois une grande valeur.

Chez cette jeune fille, l'apparition de l'eczéma, son développement, ont coïncidé avec un trouble de la menstruation; mais aussi, la dysménorrhée cessant, l'amélioration a commencé, et la guérison a été prompte. Nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer des exemples analogues pour démontrer l'étroite sympathie qui existe entre les troubles fonctionnels de l'utérus et un grand nombre de maladies de la peau.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES

sur les interosseux palmaires et dorsaux de la main, les abducteurs du pouce et du petit doigt, et sur les extenseurs des doigts.

Nous publions aujourd'hui le résumé des recherches de M. Duchenne, que le défaut d'espace nous a empêché de publier dans le dernier numéro.

Cet expérimentateur avait remarqué depuis plusieurs années que des sujets privés de tous les extenseurs des doigts et du pouce, comme on l'observe à la suite de la paralysie saturnine, possédaient encore la faculté d'étendre la deuxième et la troisième phalange des doigts, et la seconde phalange du pouce.

Cherchant la cause de ce curieux et important phénomène, le docteur Duchenne (de Boulogne) pensa que les interosseux, les abducteurs du pouce et du petit doigt et le court abducteur du pouce n'étaient peut être pas étrangers à sa production.

Telle a été l'origine des *Recherches électro-physiologiques* de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) sur les principaux muscles qui font mouvoir les doigts et le pouce de la main.

En dirigeant l'électricité d'induction sur chacun d'eux, il a pu déterminer leurs fonctions d'une manière exacte.

Voici les faits nouveaux qui résultent de ses études électro-physiologiques.

1° Lorsque l'on provoque la contraction des adducteurs ou des abducteurs situés à la main (*des interosseux*, *des abducteurs du petit doigt et du pouce*), non seulement on produit l'adduction ou l'abduction des doigts et du pouce, seule fonction attribuée à ces muscles, mais encore on observe :

1° L'extension des deux dernières phalanges des doigts et de la seconde du pouce; 2° la flexion des premières phalanges. Ces deux derniers mouvements sont simultanés et inséparables.

Quant au mouvement d'abduction des doigts, il est d'autant plus facile et plus grand que les dernières phalanges sont moins fléchies sur les métacarpiens; l'écartement des doigts est très limité et souvent impossible, lorsque les premières phalanges sont fléchies à angle droit sur leurs métacarpiens.

2° Les extenseurs des doigts sont spécialement affectés à l'extension des premières phalanges, et exercent une action secondaire sur les deux dernières, actions qui ne se manifestent que lorque le poignet est dans la flexion. Quand ce poignet est étendu sur l'avant-bras, l'extension des deux dernières phalanges ne peut se faire sans le concours des abducteurs et des adducteurs des doigts.

En conséquence, les abducteurs et adducteurs des doigts sont les extenseurs réels des deux dernières phalanges. Quant aux extenseurs, ils ne sont que les auxiliaires de ce mouvement. Si tous les muscles extenseurs, abducteurs et adducteurs, sont congénères pour l'extension des deux dernières phalanges, ils sont, au contraire, antagonistes pour les premières, les interosseux et l'adducteur du petit doigt produisant l'abaissement, tandis que leur élévation résulte de la contraction des extenseurs.

3° L'importance relative des abducteurs et adducteurs des doigts ou de leurs extenseurs ne peut être démontrée que par la comparaison des troubles apportés par la perte des uns ou des autres muscles dans l'exercice des mouvements des doigts de la main.

Voici donc ce que l'on observe dans la paralysie de ces différents muscles.

Les sujets qui ont perdu l'usage de tous les extenseurs des doigts et du pouce (extenseur commun, extenseur du petit doigt, extenseur propre de l'index, l'extenseur du pouce), n'en continuent pas moins de se servir de leur main avec assez d'habileté; ils peuvent même écrire avec facilité, grâce à l'extension des deux dernières phalanges des doigts et de la dernière phalange du pouce, extension qu'ils doivent à l'intégrité des abducteurs, commes les dernières recherches de M. Duchenne (de Boulogne) l'ont établi.

Au contraire, les doigts privés de leurs muscles abducteurs et adducteurs deviennent crochus, sans que la volonté puisse ni les étendre, ni les écarter les uns des autres, malgré la conservation des extenseurs.

En un mot, la main qui a perdu ses interosseux et ses adducteurs du pouce et du petit doigt presente la forme d'une griffe plus incommode qu'utile.

DE LA NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT DÉPURATIF

chez certains enfants porrigineux.

Par M. Duchesne-Duparc.

(Voir le numéro du 5 décembre.)

Chez beaucoup d'enfants, le porrigo n'est évidemment que la transformation d'un achore ancien et négligé, dont les caractères éruptifs se trouvent modifiés par les progrès de l'âge et les changements que ces progrès apportent dans l'organisation de la peau.

La persistance du mal dénote, en pareil cas, sa virulence et la profondeur de ses racines dans l'organisme; et, quand l'hérédité vient ajouter son stigmate à des conditions déjà si défavorables, on comprendra facilement que pour guérir il faut aider le traitement local d'une médication interne et dépuratoire.

Presque tous les jeunes sujets qui vivent sous l'influence des éruptions chroniques du cuir chevelu sont faibles, ont la fibre molle, les chairs pâles et flasques; leurs fonctions languissent, leurs digestions sont imparfaites; tout indique chez eux la nécessité de relever les forces et de rendre au principe vital sa première énergie.

Je n'hésite pas à inscrire en tête des moyens propres à conduire à ce précieux résultat les préceptes d'une sage hygiène : ainsi, le séjour à la campagne, des repas réguliers, l'usage habituel des viandes bouillies et rôties, des légumes au gras, etc. On aidera les digestions par l'exercice en plein air répété autant que le permettent l'âge et les forces du malade, par des boissons amères prises entre et pendant les repas. On fait avec le pissenlit, les racines de patience ou de bardane, la chicorée sauvage, la fumeterre, la douce-amère, la petite centaurée, la scabieuse des bois, etc., des infusions ou des décoctions que les enfants prennent sans répugnance et dont on retire d'excellents effets.

Parfois, il est utile de s'adresser à des préparations plus stimulantes, au vin de gentiane ou de quinquina donné par cuillerées une heure avant le repas : je prescris journellement comme tonique le sirop suivant :

Iodure de fer.		4 grammes.
Petite centaurée.	ââ	32 —
Fumeterre		
Douce - amère.		
pour 125 grammes de décoctum concentré, et		
Rhubarbe.		30 à 60 —

Ici l'addition de la rhubarbe a pour but d'empêcher la constipation que produit l'iodure de fer lorsqu'il n'est associé qu'à des substances toniques.

La dose de ce sirop varie depuis une cuillerée à bouche jusqu'à quatre et même six cuillerées à bouche par jour. Je le prescris de préférence aux sujets pourvus d'embonpoint, chez lesquels le système lymphatique prédomine, et surtout lorsqu'il y a complication d'engorgements glanduleux.

Il arrive souvent, à mesure que les forces se relèvent et que l'équilibre fonctionnel se rétablit, de voir les sécrétions porrigineuses diminuer graduellement, et le mal tendre de lui-même à la résolution. Dans d'autres cas, ces modifications heureuses semblent plutôt dues à la persévérance du traitement local; mais alors, pour éviter l'erreur, il ne faut pas perdre de vue que ce traitement local était resté sans influence tant qu'on avait à combattre la faiblesse et l'étiolement, et qu'il ne doit en réalité qu'aux nouvelles conditions organiques obtenues des propriétés médicatrices. Ici donc l'hygiène a été la voie la plus sûre et la plus courte pour arriver à une salutaire et complète dépuration.

Chez les porrigineux issus de parents herpétisés, chez ceux qu'une coupable incurie ou la misère a laissés depuis la naissance abandonnés à eux-mêmes ou qui n'ont été soumis qu'à des traitements incomplets et irrationnels, le seul retour des forces ne suffit pas généralement pour donner prise à l'action médicamenteuse, et ce n'est qu'en stimulant avec énergie et persévérance les principaux organes des sécrétions qu'on parvient à débarrasser l'économie des principes virulents qui la dégradent et l'oppriment. La nature n'emploie pas d'autres voies d'élimination; pour s'en convaincre, il suffit d'observer ce qui se passe au déclin d'un grand nombre de maladies aiguës et dans le cours de certaines affections chroniques dont les caractères viennent tout à coup se modifier sous l'influence de ces mouvements organiques spontanés appelés *crises* et qu'accompagnent toujours d'abondantes sécrétions.

C'est donc à provoquer et à entretenir ces dernières qu'il faut principalement s'attacher, lorsqu'on veut arriver à une dépuration salutaire et durable.

Des différents appareils de sécrétion, ceux qui se prêtent le mieux à cette surexcitation volontaire sont la peau, la muqueuse gastro-intestinale, l'appareil urinaire; d'où il suit que le médecin trouvera dans les sudorifiques, les purgatifs et les diurétiques, combinés avec logique et sagement administrés, les moyens d'arriver au but qu'il se propose d'atteindre.

Sachons bien qu'on ne doit pas s'adresser indifféremment et comme au hasard à l'une ou à l'autre de ces substances médicamenteuses. Je voudrais même qu'il me fût possible d'énumérer toutes les circonstances qui restent pour le praticien autant de motifs de préférer ou d'exclure tel ou tel agent thérapeutique; mais, outre que ce travail en serait de beaucoup trop étendu, l'utilité d'une semblable exposition pourrait être facilement contestée, en raison de la classe de lecteurs auxquels elle s'adresserait.

Voici cependant quelques considérations générales qui résument à cet égard les faits pratiques que j'ai recueillis.

Les sudorifiques (décoctum de salsepareille) me paraissent devoir être réservés pour les porrigineux chez lesquels les sécrétions du cuir chevelu sont peu abondantes, le visage pâle, la peau molle et peu sensible. Il est facile de se rendre compte des bons effets d'une excitation cutanée directe chez les malades qui se présentent avec de semblables conditions.

Les purgatifs sont préférables lorsque, le tube digestif étant sain, on veut empêcher le sang d'affluer aux régions supérieures, détourner les humeurs qu'y accumule une congestion habituelle, et faciliter l'action du traitement résolutif local.

Enfin, les diurétiques seront plus particulièrement administrés aux sujets nerveux et impressionnables, à ceux dont l'estomac et les intestins sont malades ou susceptibles de s'affecter sous l'influence de la plus légère secousse.

Mais il ne suffit pas encore d'être fixé sur la classe dans laquelle on doit prendre son médicament; le choix de ce dernier a lui-même une certaine importance. J'ai depuis longtemps reconnu que chaque substance a plus d'affinité pour tel élément que pour tel autre de la trame organique; je n'en veux pour preuve que les différences physiques des produits de sécrétion, selon qu'on purge avec l'eau de Sedlitz, l'aloès ou la scammonée, etc.

Dans tous les cas, ne perdons pas de vue le précepte déjà donné relativement aux doses médicamenteuses, qu'on n'élèvera qu'avec une extrême prudence pour éviter la fatigue des organes et pouvoir prolonger le temps nécessaire au traitement destiné à détruire un mal dont la chronicité forme l'un des principaux caractères.

Presque tous les porrigineux inscrits à ma clinique étaient malades depuis plusieurs années; la plupart avaient été affectés d'achore; quelques-uns nés de parents herpétisés, et ayant, par exception, échappé aux sécrétions achoreuses, se sont trouvés brusquement atteints de porrigo pendant leur seconde dentition. Chez un homme de trente ans, le porrigo succède à un érysipèle; rien de moins surprenant du reste; car un assez grand nombre de dermatoses chroniques ne reconnaissent d'autre point de départ qu'une affection aiguë et accidentelle de la peau; et c'est presque toujours sur la région même qui a été le siége de la dermite que se montrent les premières traces de la nouvelle altération. Je trouve enfin plusieurs familles dans lesquelles la porrigine existe chez tous les enfants. Une mère, entre autres, me consulta pour ses trois garçons, dont l'aîné a six ans à peine, et qui, malgré leur belle apparence, sont tous atteints du porrigo furfuracé; le père et la mère ont cependant toujours vécu exempts de toute affection éruptive; cependant, la mère est d'un tempérament éminemment lymphatique. On sait que tous les enfants présentent plus ou moins cette disposition de l'organisme. Les malades dont je parle n'en sont point exempts. Tous trois ont un grand appétit, et la cause principale de leur porrigo me paraît être la surabondance de leur alimentation journalière. Il me reste à demander si le porrigo peut, dans certains cas, revêtir le cachet d'une éruption critique, et servir à déplacer ou à étendre un foyer morbide ayant son siége dans un organe interne plus ou moins important? Plusieurs, parmi les anciens, n'hésitent pas à résoudre la question affirmativement. Lorry partage cette manière de voir. Porrigo des femmes en couches, celui qui survient à l'époque de la cessation des règles, ne sont-ils pas autant d'exemples confirmatifs! Faut-il également en rapprocher le travail de sécrétion qu'on observe au déclin des fièvres continues, ou bien à la période de résolution de certains engorgements organiques, chez les sujets pourvus d'une chevelure abondante, d'une grande énergie des organes sécréteurs et exhalants, qui ont ce que les anciens appelaient une *tête humide*? Je professe qu'en pareilles circonstances on se trouve souvent bien de respecter et d'abandonner à elle-même l'affection cutanée, ne serait-ce que le temps jugé nécessaire à la guérison de la maladie qui l'a précédée. Mais, hâtons-nous de le dire, l'histoire du porrigo nous offre plus rarement que celle de l'achore de pareilles exceptions.

NOUVELLES.

Concours de la Faculté. — L'épreuve qui a eu lieu mercredi dernier a été subie par M. Giraldès. Il ne reste plus qu'un candidat à passer; c'est M. Richet qui terminera aujourd'hui la première série des épreuves cliniques. La première épreuve clinique de la seconde série aura lieu lundi prochain.

— Par décret du 4 de ce mois, le président de la République a, sur la proposition du ministre des affaires étrangères, conféré la croix de chevalier de la Légion-d'Honneur à M. Bassereau, médecin à Jassy, en récompense du dévouement dont il a fait preuve dans l'invasion du choléra en 1848, dans la capitale de la Moldavie.

— Par décret du président de la République, du 3 janvier, ont été nommés aux emplois de chirurgien-major de 2e classe :

Ancienneté, M. Dupont, chirurgien aide-major de 1re classe au 6e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Astier, retraité.

Choix, M. Piétri, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er bataillon de gendarmerie mobile, en remplacement de M. Queignard, retraité.

Ancienneté, M. Delmas, chirurgien aide-major de 1re classe, attaché au secrétariat du conseil de santé des armées, en remplacement de M. Grosieux, retraité.

Choix, M. Berthemot, chirurgien aide-major de 1re classe au 2e régiment d'artillerie, en remplacement de M. Renaut, décédé.

Ancienneté, M. Pallier, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e régiment d'artillerie, en rempl. de M. Lamotte, mis en non-activité.

Choix, M. Bonduelle, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule à Paris, en remplacement de M. Marchal, nommé à la 1re classe.

— Par décision ministérielle du 7 janvier 1851, ont été nommés à la 1re classe de leur grade les chirurgiens aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

Choix, M. Vergé, chirurgien aide-major de 2e classe, aux tirailleurs indigènes d'Alger et Titteri.

Ancienneté, M. Lanel, chirurgien aide-major de 2e classe, au 24e d'infanterie légère.

Choix, M. Grônnier, chirurgien aide-major de 2e classe, au 7e de chasseurs.

Choix, M. Jeannoel, chirurgien aide-major de 2e classe, au 1er d'infanterie légère.

Ancienneté, Braunwald, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e d'infanterie légère.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 20. — MARDI 18 FEVRIER 1851. (24e ANNEE.) N° 20. — MARDI 18 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 17 FÉVRIER 1851.

Des obligations

IMPOSÉES AUX MEMBRES DES ACADÉMIES.

Nous avons promis, il y a quelques mois, de donner à des époques plus ou moins rapprochées la liste des académiciens qui auraient des rapports à faire depuis plus d'un an, et qui n'auraient point satisfait à leurs obligations. Notre travail statistique s'avance, et nous espérons pouvoir le mettre d'ici à peu de temps sous les yeux de nos lecteurs. En attendant, nous sommes heureux de voir que l'opinion que nous avons émise lorsque nous avons annoncé ce travail n'est pas isolée dans le monde, et nous pensons que nos lecteurs ne liront pas sans intérêt le passage suivant d'un discours prononcé par le président de l'Académie de médecine de Belgique, à propos de la présentation d'une liste de candidats au titre de membre correspondant de cette Académie :

Le titre de membre correspondant, a dit l'honorable M. Vleminkx, n'est pas irrévocable. S'il confère des droits, il impose des devoirs, et le non-accomplissement de ces devoirs entraîne, d'après nous, *la déchéance des droits et par conséquent la perte du titre.*

Nous savons bien que ces principes ne sont pas conformes à l'usage; mais l'*usage mérite ici le nom d'abus*, l'intérêt de la science nous a paru réclamer que l'on s'écarte enfin d'une voie qui doit aboutir fatalement à l'impuissance et à la stérilité.

S'il est d'ailleurs une compagnie savante où la nécessité du droit de révocation soit irréfragable, c'est à coup sûr la nôtre.

Nous n'avons pas, comme la plupart d'autres corps, nous ne pouvons pas avoir un nombre illimité de correspondants : notre règlement a donc dû vouloir que nos correspondants fussent des hommes sérieux, remplissant un rôle sérieux, marchant sérieusement avec nous, dans la limite de leurs moyens, vers un but commun; il a dû vouloir, en un mot, qu'ils fussent correspondants pour correspondre, non pour se pavaner d'un vain titre.

Si ce droit de révocation ne résultait pas de l'esprit de notre règlement et spécialement de la disposition limitative du chiffre des correspondants, cette limitation elle-même eût été chose absurde, car elle pouvait avoir pour résultat d'associer à nos travaux toute une classe d'hommes inutiles, tenant la place d'autres plus zélés, plus actifs, qui pendant une longue série d'années pourraient frapper vainement à notre porte tenue fortement barricadée par l'insouciance ou la paresse, et ne devant ouvrir pour eux qu'au déclin de leur carrière et lorsque l'âge et les infirmités les auraient mis hors d'état de nous apporter un concours efficace.

Or l'absurde ne se suppose pas. Les statuts et le règlement faits en vue de perpétuer l'institution n'ont pu consacrer des principes de ruine et d'extinction.

Rappelez-vous d'ailleurs, Messieurs, que vous avez si bien compris dans ce sens l'esprit de vos institutions, que vous n'avez pas hésité à prendre contre vous-mêmes des mesures de coërcition.

Vous avez voulu que les discours de réception fussent prononcés dans un délai limité.

Vous avez privé de tout droit aux jetons de présence et les membres qui ne seraient pas présents au commencement des séances, et ceux qui les quitteraient avant la fin.

Vous avez voulu que les noms de ceux qui n'assisteraient pas aux séances et aux réunions des sections fussent rendus publics.

Vous avez voulu enfin que tous les ans un membre de chaque section présentât un mémoire sur un point des sciences qui font l'objet de vos études et de vos recherches.

Et lorsque vous avez pris toutes ces précautions contre vous-mêmes, toujours en vue de répondre au but de votre institution, vous pourriez croire que vous êtes complètement désarmés contre l'insouciance ou la paresse des membres correspondants!

Non, non, Messieurs, vous ne le croirez pas; vos correspondants ne sont pas inamovibles; ils n'ont qu'un titre conditionnel; en ne remplissant pas les conditions du titre, ils vous donnent le droit de le révoquer.

Le bureau de la Compagnie a déjà fait parvenir la lettre dont la teneur suit à quinze membres correspondants régnicoles :

« En recevant le titre de membre correspondant, vous avez » contracté avec elle l'engagement honorable de lui faire part » de vos travaux, de vos observations et des nouvelles qui se » rattachent aux branches d'études dont elle s'occupe.

» Le bureau de la Compagnie me charge de vous rappeler » cet engagement, dans l'intérêt de la science et du corps qu'il » a l'honneur de représenter. »

Nous vous proposons pour le moment d'attendre l'effet de cette missive ainsi que celui de la publication du présent rapport, si vous jugez convenable de lui donner de la publicité, et d'inviter le bureau à envoyer une lettre semblable aux correspondants étrangers qui se trouveraient vis-à-vis de l'Académie dans la même position que certains régnicoles.

Votre commission vous ferait connaître, quand vous l'ordonneriez, quels en auraient été les résultats, et vous proposerait alors telle mesure que la position particulière de chaque correspondant pourrait exiger.

Rien n'empêcherait, toutefois, d'adopter une disposition qui expliquât l'esprit de vos institutions en ce qui concerne la position des membres de cette catégorie.

Cette disposition serait ainsi conçue :

Tous les deux ans au moins ils adressent à l'Académie un travail manuscrit ou imprimé sur un point des sciences qui font l'objet de ses recherches.

A défaut de satisfaire à cette obligation, ils sont censés renoncer à l'honneur d'être associés à ses travaux.

En rapportant ces paroles, la *Presse Médicale belge* les approuve hautement, en engageant l'Académie à transformer en disposition légale la proposition de M. Vleminkx. Nous nous associons pleinement aux vœux de notre honorable confrère, non-seulement en ce qui concerne l'Académie belge, mais surtout pour ce qui est relatif à l'Académie de Paris.

Lorsqu'on songe que dans la dernière épidémie M. le secrétaire perpétuel a écrit, pour avoir des renseignements, à tous les correspondants, au nombre de près de deux cents, et que TROIS, ou environ, ont répondu à l'appel, on se demande ce que la science peut avoir à gagner à une *correspondance* de cette activité.

Mais nous pensons qu'avant de prendre une mesure quelconque vis-à-vis des correspondants l'Académie fera bien de suivre l'exemple de sa sœur de Bruxelles, c'est-à-dire de réformer dans son sein un usage qui, suivant la juste expression de M. Vleminkx, peut justement passer pour un abus, et un abus grave. Il nous semblait avoir entendu dire, il y a quelques mois, que M. le secrétaire perpétuel avait eu des velléités de remettre en vigueur un vieux règlement de l'Académie de Chirurgie qui remplirait parfaitement le but dont nous parlons. Si ce bruit est fondé, que M. Dubois marche hardiment; il aura pour lui l'appui de la presse et de tous les travailleurs; et avec cet appui il faudra bien que les bornes marchent, si elles ne veulent pas être renversées. Que si le bruit en question n'a pas de raison d'être, nous prendrons volontiers l'initiative de l'idée attribuée à M. Dubois (d'Amiens), et nous tâcherons de la faire fructifier. — H. de Castelnau.

Le temps et l'espace nous manquent pour faire nos réflexions sur les doctrines, tant morales que scientifiques, qui ont été émises dans la séance de la Société de Chirurgie dont on trouvera le procès-verbal dans ce numéro. — Nous y reviendrons aussi longuement que l'exige l'importance du sujet, et nous féliciterons dès aujourd'hui M. Forget de s'être opposé à la proposition faite par l'honorable M. Lenoir, et d'avoir ainsi rappelé des devoirs qu'on regrette de voir oubliés par les hommes les plus justement considérés.

DE L'INOCULATION,

de l'ecthyma syphilitique, accident dit secondaire.

Par le Dr VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Le livre de J. Hunter sur la syphilis contient beaucoup de vérités et quelques erreurs qui, patronées par le génie, ont été introduites dans la science comme des vérités, des lois. Ceci n'étonnera personne. Pour moi, je ne trouve pas même surprenant que certains esprits n'aient été éclairés sur ces erreurs ni par le raisonnement, ni par les faits. Il est des convictions que rien n'ébranle et qu'il faut savoir respecter même en les combattant.

Une des erreurs de Hunter, c'est de professer que l'accident syphilitique primitif est seul contagieux et inoculable; les accidents qu'il appelle constitutionnels, ceux qui se produisent quand le virus a déjà agi sur les liquides, les solides de l'économie, ceux-là ne seraient ni contagieux, ni inoculables.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Du jour où l'Angleterre a voulu disputer à la France l'empire du monde, des parallèles entre les deux nations ont surgi de toutes parts, et, chose remarquable, les jugements émis de l'un et l'autre côté de la Manche se sont trouvés à peu près d'accord : le Français a été noté comme léger, aimable, s'arrêtant plus à la forme qu'au fond; tandis que l'Anglais a été classé parmi les êtres les plus graves et les plus positifs de la création. N'ayez peur que l'enfant d'Albion fasse jamais des calembours et des jeux de mots, comme l'enfant de Lutèce; s'il exerce son imagination, et cela lui arrive souvent, ses facéties ont une portée qu'il n'emprunte jamais à la forme dont il les revêt, mais qu'il tire de la pensée sur laquelle il brode : aussi est-ce de l'Angleterre que nous viennent toutes les inventions *mirobolantes*, toutes les découvertes *cocasses* qui sous le nom de puffs ou de canards font le bonheur des niais et des oisifs. La trouvaille des esgargots sympathiques faite par un cerveau français est une exception qui confirme la règle, ainsi que vous l'a depuis longtemps appris la grammaire de Lhomond.

En France, et c'est une justice à nous rendre, nous pondons peu de canards, et quand il nous arrive par hasard d'inventer un tout petit serpent de mer, les criailleries de la foule épouvantent le père nourricier et lui enlèvent pour toujours l'envie de se livrer à l'éducation de semblables volatiles. Par contre, nous applaudissons à outrance un langage exotique et nous nous pâmons d'aise devant une phrase réjouissante. Moi qui vous parle et qui ai quelque prétention à passer pour un homme sérieux, je n'ai pu l'autre jour continuer la lecture du *Bulletin de Thérapeutique* à cause d'un tout petit paragraphe d'un article d'ailleurs fort savant de M. Chailly Honoré. Cet habile accoucheur devient réellement trop Français quand il quitte le forceps pour la plume du journaliste. Il fait implicitement un aveu qui me charme et dont je profiterai; quand je voulais me procurer une violente émotion, j'avais l'habitude de me transporter dans un des théâtres du boulevard et d'écouter la victime du mélodrame pousser ce cri déchirant et traditionnel : Je suis une faible femme!! Grâce à M. Chailly, j'ai appris à me donner une émotion plus terrible encore en me plaçant tout simplement, non devant une faible femme qui se tord sous les convulsions du désespoir, mais en face d'un simple périnée disposé à se rompre pendant l'accouchement; si M. Chailly s'est *senti inondé de sueur froide* en présence d'un faible périnée, que ne me sentirai-je pas, moi qui ai la chair de poule devant une faible femme qui n'a de déchirure que dans la voix! Décidément j'ai manqué ma vocation.

Cependant un autre paragraphe du travail de M. Chailly me console de ne m'être pas fait accoucheur; car, avec ma croyance aveugle dans l'anatomie universitaire et dans l'ignorance où j'ai vécu jusqu'à présent de celle de M. Chailly, j'aurais laissé se rompre pas mal de périnées, et j'aurais eu un si grand nombre d'émotions que j'en serai peut-être mort. Mes craintes ne sont point chimériques, et je frémis d'effroi en songeant au nombre des victimes qu'ont dû faire et que font tous les jours encore les livres de MM. Cruveilhier, Sappey et autres anatomistes de la même école. Si le paragraphe de M. Chailly m'a fait perdre une illusion, il m'en a ménagé une autre sans pareille; qu'on en juge : « Les anatomistes, dit-il, nous ont habitués à regarder le périnée comme formé de plans musculaires et fibreux superposés. Etrange erreur! Pour l'accoucheur, le périnée est *une toile d'araignée* à laquelle sont attachés : d'un côté, l'avenir moral de la femme; de l'autre, l'existence morale et physique de l'accoucheur. » O Français! ferons-nous donc toujours un usage abusif de la langue et faudra-t-il désormais dire que notre vie tient, non pas à un fil, mais à une toile d'araignée!!

Les Anglais, ainsi que je le faisais remarquer tout à l'heure, sont tout aussi facétieux que nous, mais ils le sont par la pensée, à l'exclusion de la forme. Sous ce rapport, ils ne reconnaissent point d'émules et font pâlir toutes les autres nations : un jour, on annonce d'Angleterre que l'ours de la Californie a été chloroformé et que pendant son ivresse on a pratiqué sur lui l'opération de la cataracte; aujourd'hui une nouvelle plus étrange encore nous arrive de Londres, et nous nous faisons un devoir de la livrer telle qu'elle aux méditations des antiquaires et des botanistes.

« On voit maintenant, disent les feuilles anglaises, dans le jardin de M. Joseph Brown Pinchbeck, du blé magnifique provenant de grains trouvés en déroulant une momie égyptienne : on suppose que ces grains de blé avaient passé deux mille ans dans la tombe de la momie. »

Je ne suis ni gourmand ni curieux, mais je donnerais volontiers la valeur de ce feuilleton pour manger un pain viennois de cette boulangerie anglo-égyptienne; du blé qui a mis à germer deux mille ans, et, qui plus est, dans la carcasse d'une momie, doit avoir des propriétés particulières sur lesquelles je ne serais pas fâché d'être renseigné; je profiterai des trains de plaisir, qui ne peuvent manquer de s'établir entre la France et l'Angleterre à l'occasion de l'exposition universelle de Londres, pour aller voir M. Joseph Brown et lui demander des détails, que je m'empresserai de communiquer à mes lecteurs; rien ne sera plus intéressant.

Le même courrier nous a apporté une autre nouvelle non moins excentrique que la première et dont l'authenticité ne saurait être mise en doute, car les pièces sur lesquelles elle s'appuie ont été déposées à la cour du vice-chancelier. C'est un testament. Dans ce testament, fait par une veuve nommée Anna-Cordelia Horny, morte dernièrement à Blackheate (comté de Kent), âgée de quatre-vingt-deux ans, se trouve une clause comme il y en a peu ou plutôt

Déjà, de bons esprits en ont appelé à l'observation et une de ces décisions magistrales a dû être rapportée.

En effet, la contagion de l'accident constitutionnel, sous sa forme secondaire, a été prouvée par les observations de plusieurs syphiliographes, par MM. Lagneau, Cazenave, Daumès, de Castelnau, et il est peu de praticiens de la ville se trouvant en position d'observer les deux conjoints, qui ne possèdent des faits analogues à ceux publiés par les auteurs déjà cités. Mais, même pour la plupart des médecins qui admettaient la contagion, c'est-à-dire la transmissibilité par le coït; pour ceux-là même, la transmissibilité par la lancette, par l'inoculation, était encore douteuse. Ainsi l'expérimentation se trouvait donc en désaccord avec l'observation. Pour faire cesser ce désaccord, j'ai tenté quelques expériences que je vais vous soumettre, n'ayant d'autre but que de rendre parallèles deux grandes voies du progrès.

Je ne m'occuperai aujourd'hui que de l'ecthyma, accident dit secondaire de la syphilis, et je procéderai surtout par les faits. Voici, en abrégé, celui qui m'a donné l'éveil :

Obs. I. — Le nommé ....., âgé de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, eut, il y a sept ans, un chancre qui, en se cicatrisant, laissa un peu d'induration.

Deux mois après la disparution du chancre il lui vint des végétations au gland; elles furent coupées et cautérisées; aucun autre accident consécutif ne se manifesta; le malade ne fit point de traitement général. Il y a cinq ans, il contracta une blennorrhagie qui se compliqua d'orchite et ne fut complétement guérie qu'au bout de cinq mois.

Il y a environ cinq mois, nouveau chancre qui se cicatrisa rapidement sans laisser d'induration. Quatre ou cinq jours après la guérison du chancre, des bubons se montrèrent aux deux aines. Le malade entre alors à l'hôpital de Toulon; on lui administre un traitement mercuriel; mais il quitte l'hôpital au bout de douze jours et cesse le traitement. L'engorgement des aines persistait et était indolent. Vingt jours environ après sa sortie de l'hôpital, il remarqua quelques ganglions du cou qui étaient engorgés. Six semaines plus tard des pustules (ecthyma) très grosses, pleines de pus, se montrèrent sur les deux bras et sur les deux cuisses. Le malade entra alors à l'hôpital du Midi; c'était le 22 octobre 1849. Il fut mis immédiatement au traitement mercuriel. Il prenait des pilules de sublimé depuis six jours, lorsqu'on tenta l'inoculation du pus des pustules; elles étaient toutes comme de grosses pustules de varicelle. Le pus fut pris au poignet gauche à deux pustules différentes et intactes; deux piqûres furent faites à la partie interne des cuisses, une de chaque côté. Deux pustules, en tout semblables à celles qui avaient fourni le pus, se développèrent rapidement, et, quatre jours après cette inoculation, on prit du pus des pustules qu'elles avaient produites et on l'inocula à la partie interne et supérieure de chaque cuisse. Deux pustules pareilles aux autres suivireut cette seconde inoculation. Toutes ces pustules se comportèrent absolument comme celles qui étaient survenues spontanément. Le malade a pris 118 pilules. Depuis huit jours, on lui administre un gramme d'iodure de potassium. Il ne reste plus qu'une pustule sur l'annulaire de la main gauche; on trouve encore un peu d'engorgement à l'aine gauche, il demande à sortir cinquante-six jours après son entrée.

J'ajouterai que je n'ai jamais vu de pustules se développer aussi rapidement que celles de la première inoculation. On remarquera ici que le chancre de la verge, avec induration, datait de sept ans, et que les autres symptômes qui s'étaient manifestés du côté du même organe étaient depuis très longtemps disparus. Il n'existait enfin aucun accident primitif quand l'expérience fut entreprise. Ce fait ne me laissa plus aucun doute dans l'esprit sur la possibilité de l'inoculation de la pustule ecthyma.

Le lendemain j'inoculai encore à la partie supérieure des deux cuisses le pus de l'ecthyma chez un malade qui avait eu, en même temps, un prurigo et des chancres à la verge qui n'étaient pas complétement cicatrisés. L'inoculation réussit sur une cuisse et échoua sur l'autre. Pour moi, c'est là un fait probant; mais je ne veux pas m'en servir ici, parce que je désire élaguer les malades qui portaient encore des chancres quand ils ont été inoculés. Voici l'observation la plus importante; elle a été recueillie par moi, avec le concours de mes élèves en médecine MM. Lafargue et Piberet, aujourd'hui interne à l'hôpital Necker.

Obs. II. — *Ecthyma syphilitique. Inoculation du malade au malade, et du malade à l'homme sain.*

Un domestique âgé de vingt-trois ans, ayant un tempérament appelé autrefois bilioso-sanguin, est entré à l'hôpital du Midi le 28 octobre 1849, et a été couché salle 11, n° 30. Il n'a jamais été malade; il est né de parents sains. Il y a six semaines, il a eu un chancre sur le côté droit du frein, aujourd'hui cicatrisé, et dont la trace est une induration peu étendue. Huit jours après cette cicatrisation, le malade éprouva des démangeaisons à l'anus, puis apparurent des tubercules plats qui occupent actuellement encore tout le pourtour de l'anus. Entre les plis de la muqueuse sont quelques rhagades. En même temps que ces phénomènes se produisent du côté de l'anus, il apparaît sur la peau une éruption précédée de rougeurs; viennent ensuite de *petits boutons*, des papules, et 3 ou 4 jours après, ce sont des pustules. Cette éruption a été précédée par un mouvement fébrile. Les pustules ont depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de cinquante centimes Elles débutent par la tête, se répandent irrégulièrement sur le tronc et les membres, et sont surtout nombreuses sur le côté droit de la poitrine. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont engorgés. Le pourtour de l'anus est couvert de tubercules plats; il y a quelques rhagades et un suintement fétide puriforme. *Nulle disposition infundibuliforme.* Céphalalgie sus-orbitaire qui tourmente le malade; elle augmente le soir pour durer jusqu'au matin, et d'une manière intense. Douleurs assez vives dans les articulations scapulo-humérales et dans les articulations du membre inférieur. La tête est couverte de croûtes qui se détachent facilement. Nous avons déjà dit que le plus grand nombre des pustules occupe le côté droit de la poitrine; il en existe aussi au ventre. En tout, il y en a de bien caractérisées une trentaine sur le tronc; elles sont plus discrètes aux membres thoraciques et à la partie supérieure et antérieure des membres abdominaux. Les plus larges sont sur la poitrine. Toutes sont entourées d'une zone d'un rouge-cuivreux. Toutes contiennent du pus; la plupart sont surmontées d'une croûte qui varie de couleur; les unes sont noirâtres, d'autres blanchâtres, d'autres squameuses, adhérentes; d'autres enfin sont d'un jaune plus ou moins foncé. Toutes sont entourées d'un cercle dont la couleur a été déjà indiquée, et reposent sur un tissu un peu boursouflé. Il est des pustules qui ne sont surmontées que par un croûte grisâtre, et qui paraissent plus récentes; on les voit remplies d'un pus qui paraît bien lié.

Le 28 octobre 1849, on chargea une lancette avec du pus de l'une de ces dernières pustules situées au côté droit de la poitrine, et on piqua la partie inférieure et interne de chaque cuisse du malade. Le 29, apparaît une élevure sur chaque petite plaie, qui, peu à peu, revêt le caractère des pustules du tronc. On prend du pus dans ces pustules d'inoculation pour l'inoculer à la partie supérieure et interne des cuisses. Même résultat que pour les premières.

Le 1er novembre, M. Boudeville, interne en pharmacie, qui n'a jamais éprouvé le moindre accident vénérien, et dont la constitution est excellente, s'offre pour subir l'inoculation. Du pus est puisé dans une pustule de la partie latérale gauche de la poitrine du malade, pustule non ulcérée, tout à fait intacte, surmontée seulement d'une croûte grisâtre. On charge une lancette bien propre, avec laquelle on inocule la partie inférieure de la face palmaire de l'avant-bras gauche de M. Boudeville; avec du pus pris sur une autre pustule de la même région et aussi récente que la première, on inocule l'avant-bras droit (1).

Le malade, entré à l'hôpital le 21 octobre 1849, est sorti le 24 novembre de la même année; il a donc pu être observé pendant près d'un mois par les élèves du service, par ceux qui suivent ma visite, par les membres de la Société des médecins allemands, entre autres par M. Robert, de Welz.

(1) Le malade qui a fourni le pus de l'inoculation est sorti non guéri; et bien malgré moi, le 24 novembre 1849.

MM. Surmay et de Castelnau furent invités à venir constater les effets de l'inoculation, et sur ce malade, et sur M Boudeville. M. Boudeville était alors élève en pharmacie dans mon service. Je dois dire qu'il s'offrit à l'expérimentation avec un courage et une résolution qu'on ne peut puiser que dans un noble cœur. Je laisse maintenant à M. Boudeville le soin d'exposer ce qui se passa sur ses avant-bras.

« Le lendemain de cette expérimentation (l'inoculation), » c'est-à-dire le 2 novembre, un commencement d'inflamma- » tion se manifesta. Le soir, je ressentis quelques douleurs sourdes et analogues à celles d'un travail de suppuration.

» Le 3, une papule de 2 millimètres environ occupait le » centre d'un cercle rouge; cette papule ne se développa et » et ne prit une plus grande dimension que le 5 novembre. » Le cercle inflammatoire suivit la progression de la papule » et la débordait de quelques millimètres; elle prit alors un » caractère de convexité très remarquable, et se recouvrit » d'une croûte grisâtre crevassée, et sous cette croûte séjour- » nait un pus blanc-grisâtre d'une consistance épaisse, pour- » tant plus clair que celui qui avait servi à l'inoculation. Il » est bon de dire que plusieurs fois le frottement du linge » contre les pustules occasionna l'évacuation du pus, mais » qu'il se reformait immédiatement.

» Pendant toute la poussée et ces diverses évolutions, je » ressentis une douleur locale assez intense, et qui quelque- » fois s'étendait dans la région du bras. Je ne remarquai au- » cun symptôme général.

» Dans les premiers huit jours je m'aperçus qu'une in- » flammation cercloïde surmontée d'une petite papule *m'était* » *poussée*, à la face externe et supérieure de la cuisse; elle » disparut au bout de quatre ou cinq jours. Il est probable » qu'à cette partie de la cuisse il siégeait un bouton écorché » par les vêtements, et que durant le sommeil mon avant- » bras fut porté vers lui, une petite quantité de pus en aura » coulé : de là une pustule.

» L'inflammation cessa vers le 15; les pustules s'affaissè- » rent, se cicatrisèrent; bientôt leur surface devint plane et » foliacée; la piqûre de la lancette a laissé un stigmate in- » fundibuliforme d'un rouge brunâtre et présentant des écail- » les blanchâtres, comme lichénoïdes.

» Les choses en étaient en cet état, lorsqu'après trente- » cinq jours d'infection locale, c'est-à-dire le 5 décembre, » un nouveau travail s'opérât; une inflammation en fut le » résultat, et consécutivement deux pustules reparurent et » occupèrent exactement la place de leurs devancières, sans » que je ressentisse autre chose qu'une douleur très vive » dans le siége de *leur localité même* (1). Le toucher pour- » tant, à une distance assez éloignée, me faisait éprouver un » sentiment de vives douleurs. Cette fois, la cicatrisation fut » très lente, à cause d'une suppuration assez abondante, et » surtout pour celle du bras droit qui avait été labourée par » l'épingle du pansement. La cicatrisation ne fut complète » que vers le 20 janvier 1850.

» M. Vidal, *dès la première cicatrisation*, me conseilla » de faire un traitement. Je ne me soumis pas à ce conseil, » jugeant que l'expérience n'était pas assez concluante par » la seule manifestation des phénomènes locaux, et je réso- » lus d'attendre que l'infection générale devînt manifeste » pour la combattre. Jusqu'à ce jour, 8 mars 1850, cent » vingt-huit jours d'inoculation, je ne me suis aperçu d'au- » cun symptôme général.

» Remis à M. Vidal, le 28 mars 1850.

» Boudeville. »

Voici comment M. Boudeville expose les symptômes qui se sont produits sur lui et qui peuvent être considérés comme le résultat d'une infection générale. Ce qu'on va lire m'a été remis par l'interne en pharmacie le 10 août 1850.

« Je m'aperçus de pustules plates lenticulées du cuir che-

(1) Ainsi les premières pustules, celles qui suivirent immédiatement l'inoculation, durèrent environ quinze jours; et environ vingt jours après leur entière cicatrisation, survinrent spontanément des pustules beaucoup moins volumineuses que les premières, et elles durèrent, comme va le dire M. Boudeville, quarante-cinq jours. Pour ce qui est du siége des secondes pustules, je dois le préciser ici. Les premières étant au milieu de la face antérieure de l'avant-bras, les secondes prirent naissance un peu plus près du bord radial par un point de la circonférence des anciennes; elles se confondaient avec les cicatrices des premières.

---

comme il n'y en a pas : la testatrice, afin d'éviter le risque d'être enterrée vivante, ordonne à son médecin, le docteur Knigt, de lui trancher la tête dès qu'il la croira bien morte, et pour cette opération elle lui alloue la somme de 50 liv. sterl. (1,250 fr.).

Je ne sais si notre confrère d'Albion a exécuté cette clause étrange; mais ce dont je suis certain, c'est que la testatrice avait dû être tourmentée pendant toute sa vie par la terrible vérité de ces deux vers de Molière :

Qui tôt ensevelit bien souvent assassine,
Et tel est cru défunt qui n'en a que la mine.

Quand je disais tout à l'heure que l'Angleterre était sans rivale pour les idées excentriques, je n'avais pas pensé à la Bavière, qui n'a certes pas la fécondité de nos voisins d'outre-Manche, mais qui ne manque pas d'une certaine originalité quand elle veut bien s'en donner la peine. Il m'est parvenu dernièrement de ce pays un règlement de police tellement facétieux que je ne me suis senti que la force de rire, tout en plaignant les pauvres infortunés soumis à ce régime vexatoire; voici l'analyse de ce document et des quelques réflexions dont le correspondant l'accompagne :

« Tout médecin appelé chez un malade affecté de varioloïde est tenu d'en donner immédiatement avis à la police et au médecin du district. Quelles que soient la position et la condition du malade, il doit être porté à l'hôpital; s'il refuse, on place, il est bien compris à ses frais, un gardien devant la porte, et un tableau noir portant en grandes lettres blanches : *ici règne la variole*, est suspendu à la maison. La conséquence immédiate de ce règlement de police, c'est d'effrayer le public, qui dès ce moment se garde bien d'approcher de la maison ou même d'entrer dans la rue mise à l'index par l'autorité elle-même. Si le malheureux malade a un état qui dépend du public, il est très souvent ruiné; car les acheteurs se garderaient bien de chercher pendant une année et plus de la marchandise infectée. L'autre conséquence naturelle de ce règlement, c'est que le plus grand nombre des malades n'appellent pas de médecin, ou celui-ci visite le malade pendant la nuit pour éluder les rigueurs de la loi. » Et l'on appelle notre siècle un siècle de lumière, et l'Europe un pays civilisé! Étrange erreur! Comme dit M. Chailly; la science éclaire en vain le monde de son flambeau! Il est, au milieu de notre Europe, des pays qui ferment les yeux à cette lueur magique, et qui se complaisent dans les ténèbres du moyen âge, alors que l'on parquait les infortunés lépreux dans d'infectes maladreries, et qu'on les forçait à annoncer leur approche par le bruit criard d'une crecelle! Oh! détournons les yeux de ces malheureuses contrées, et revenons en France, où nous trouverons, pour nous consoler, une société moins barbare et un gouvernement plus juste.

On sait qu'un grand nombre de médecins de Paris fondèrent, en 1833, sous les auspices de M. Orfila, une société de secours mutuels dont l'existence a été bien souvent bénie par des veuves et des enfants de nos confrères malheureux. Cette association, dont le but était des plus louables, et qui, en 1849, avait déjà réalisé un capital inaliénable de plus de 72,000 fr., fournissait à la caisse de la Société 3,080 fr. de rente, et qui avait distribué à des veuves, à des filles de médecins, à des vieillards infirmes et étrangers à la Société, environ 14,000 fr. de secours temporaires; cette association, disons-nous, manquait en quelque sorte d'un caractère public et était considérée comme une association privée et particulière; à l'instar de toutes celles qui représentent la fusion de plusieurs intérêts industriels ou commerciaux. Evidemment l'association des médecins de Paris ne pouvait avoir un tel caractère; la pensée qui lui avait donné naissance était une pensée toute philanthropique et charitable, et l'association devait trouver place dans nos codes à côté des établissements d'utilité publique. Y a-t-il, en effet, quelque chose de plus éminemment utile pour notre profession, si ingrate et si lourde pour tous, que cet espoir de secours donné au praticien modeste, au savant infatigable qui, comme Chervin, ne laissent souvent pas à leur mort de quoi subvenir aux frais de leurs funérailles!! Le conseil d'État a enfin entendu les doléances de l'Association, et, dans une de ses dernières séances, il a adopté un projet de décret qui reconnaît comme établissement d'utilité publique la Société de secours mutuels fondée à Paris entre les médecins du département de la Seine.

En présence de ces heureuses dispositions, nous émettons le double vœu de voir bientôt se réaliser ce projet de décret, et la fondation dans chaque département d'une société analogue à celle de Paris et l'application à chacune d'elles du décret ci-dessus. Sans être un remède au mal qui nous ronge, ces associations seraient, je n'en doute pas, un puissant palliatif aux souffrances et aux incertitudes de notre profession. Que nos confrères de la province réfléchissent à mes conseils et au bien que fait journellement l'association de Paris, et, mus bientôt par un généreux sentiment et par une louable émulation, ils disputeront à la capitale le droit de marcher seule dans la voie de l'amélioration et du progrès.

Félix Roubaud.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

» velu, un ganglion cervical postérieur et supérieur s'engorgea, et enfin de l'alopécie. Vers le 25 avril je ressentis » quelques difficultés dans la déglutition et un commencement d'inflammation buccale; de la roséole parut sur le » corps pendant trois ou quatre jours, et enfin des plaques » muqueuses se manifestèrent et firent élection de siége sur » les piliers de la voûte palatine. C'est alors seulement que je » pris le traitement mercuriel. D'abord je ne pris qu'une pilule de proto-iodure de mercure; mais des douleurs rhumatoïdes et de la céphalée nocturne me les firent porter à » deux et trois, puis à quatre. Les douleurs ayant cessé, je » redescendis graduellement à une seule, que je preuds encore.

» Les plaques muqueuses de la bouche sont aujourd'hui » cicatrisées; il reste une teinte rouge-brique dans un cercle » parfaitement arrêté, occupé autrefois par les pustules.

» Aucune autre manifestation ne s'est produite.

» Ch. BOUDEVILLE. »

Paris, 22 août 1850.

Cette observation prouve de la manière la plus complète la possibilité de transmettre la vérole à un sujet sain par l'accident réputé secondaire, par celui qui, selon Hunter, ne serait pas transmissible. Deux parties de cette observation doivent être examinées avec soin: 1° ce qui a rapport aux pustules du malade ayant fourni le pus inoculé à M. Boudeville; 2° les pustules de M. Boudeville.

Les pustules du malade étaient tout à fait intactes, non ulcérées, et ce n'est pas à une seule que le pus a été puisé, mais à deux différentes pour les deux piqûres faites à l'élève qui s'offrit si courageusement à l'expérimentation. Ces pustules du malade étaient entourées du même cercle brun que les pustules des autres régions; enfin elles avaient les mêmes antécédents, les mêmes caractères, elles étaient nées dans les mêmes circonstances; seulement, elles paraissaient plus récentes.

D'un autre côté, on voit les pustules qui suivirent immédiatement l'inoculation de l'élève durer quinze jours; elles disparaissent ensuite *complétement*, et vingt jours après cette disparition, cette guérison complète locale, sans reliquat aucun, surviennent spontanément, en l'absence de toute cause provocatrice, d'autres pustules plus volumineuses que les premières. Celles-ci ont quarante-cinq jours de durée; elles naissent, non pas précisément sur le centre de la cicatrice des premières pustules, mais sur un point de leur circonférence. Les esprits encore sous la puissante influence de Hunter ont pu penser, sur le simple énoncé de ce fait, qu'au lieu de puiser à un accident primitif on s'était adressé à un chancre, car on a établi qu'un sujet en pleine vérole constitutionnelle peut porter un accident primitif. Mais remarquez que ce sont trois pustules intactes qui ont fourni le pus; une pour inoculer le malade, elle était à droite de la poitrine, et deux pour inoculer l'élève; elles étaient à gauche de la poitrine. De sorte qu'ici la prévention que je m'explique et que je devais nécessairement rencontrer, cette prévention serait obligée de supposer que ce malade était porteur de trois chancres à la poitrine. Or, je viens de dire que ces pustules de la poitrine avaient les mêmes antécédents, qu'elles étaient nées dans les mêmes circonstances, qu'elles avaient les caractères de celles qui étaient répandues sur le reste du corps. Il faudra donc, si on admet que ces pustules de la poitrine étaient des chancres, il faudra admettre aussi que tout le corps était couvert de chancres!

La même prévention, à laquelle même de bons esprits n'ont pu échapper, devait considérer comme accidents primitifs les phénomènes qui se sont passés sur les avant-bras de M. Boudeville. On a donc pu supposer que c'étaient des chancres, puisqu'ils étaient le résultat d'une inoculation, puisqu'ils avaient été suivis de symptômes constitutionnels. de la vérole. Mais on ne réfléchissait pas que c'était répondre par la question, et qu'on faisait ainsi la pire de toutes les réponses. Pour moi, du reste, si on arrivait à établir que M. Boudeville a porté sur ses deux avant-bras des chancres, je ne pourrais répondre qu'une chose: c'est que la pustule ecthyma, accident réputé secondaire, peut communiquer des chancres. Or, je ne sais pas ce que mes honorables adversaires feraient gagner à Hunter s'ils me forçaient à cette concession; je crois, au contraire, que si j'accordais cela, ayant préalablement prouvé que le malade qui a fourni le pus ne portait pas de chancre, je crois que cette concession mènerait plus loin qu'on ne pense ceux qui l'auraient obtenue.

Mais les caractères des pustules qui se sont développées sur les avant-bras de M. Boudeville ne justifieraient pas, je crois, cette concession. J'ai déjà dit que les premières pustules de cet élève ont disparu quinze jours après l'inoculation. Or ce n'est pas là la durée du chancre livré à lui-même; il dure un mois, un mois et demi, trois mois ou davantage. Bien plus, après cette première guérison, il y eut une seconde *poussée*, comme le dit M. Boudeville lui-même. Est-ce là la marche, sont-ce là les caractères des chancres d'inoculation de la peau, des chancres indurés, comme on l'a cru, de ceux qui sont si voisins de l'affection constitutionnelle? Notez encore que je n'ai observé chez M. Boudeville aucun engorgement ganglionaire sur aucun point des membres inoculés, et que M. Boudeville n'en note aucun dans la première histoire qu'il a faite de ce qui s'est passé chez lui après l'inoculation.

D'ailleurs, dans une circonstance aussi grave, je devais avoir recours aux lumières d'un collègue ici très compétent. Je devais, dans l'intérêt de la science et de M. Boudeville, consulter l'auteur du *Traité des syphilides*. Je conduisis donc cet élève chez M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, que je consultai sur la nature des pustules et sur le traitement que M. Boudeville devait suivre. M. Cazenave, après un examen attentif et sans aucun renseignement préalable de notre part, déclara que les pustules de l'avant-bras de M. Boudeville étaient deux ecthyma syphilitiques, que sa conviction était complète sur ce point, et il ordonna un traitement mercuriel. C'est alors que nous déclarâmes, M. Boudeville et moi, que ces pustules étaient le résultat de l'inoculation d'un pus puisé à deux pustules d'ecthyma dont était porteur un malade de l'hôpital du Midi. Ce fait conduisit M. Cazenave à expérimenter lui-même. M. Boudeville, à qui j'avais déjà conseillé en vain un traitement, refusa également le conseil de M. Cazenave, ayant résolu de suivre l'expérience jusqu'au bout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 février 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Diagnostic des fractures du péroné par la pression indirecte.

M. LARREY, empêché d'assister à la séance par le concours de la Faculté, adresse la communication suivante:

« La discussion qui vient de s'élever au sein de la Société de Chirurgie sur un moyen de diagnostic des fractures du péroné m'engage à lui soumettre un autre mode d'appréciation de ces fractures qui méritera peut-être son intérêt, et que j'ai proposé depuis longtemps.

» Les entorses, extrêmement fréquentes chez les militaires, surtout parmi les cavaliers, présentent quelquefois des complications qui ne permettent pas de reconnaître toujours de prime abord s'il existe ou non une fracture du péroné. On sait, d'ailleurs, que les signes caractéristiques si bien décrits par Dupuytren manquent dans certains cas, ou sont masqués par le gonflement. La douleur, enfin, est souvent si vive, qu'elle s'oppose à une exploration immédiate ou augmente par la moindre pression directe. Le moyen même qui a été signalé de nouveau par M. Maisonneuve et par quelques-uns de nos collègues ne permettrait point, dans tous les cas, de constater les signes certains de cette fracture, et, pour l'admettre, on ne peut donc se fonder alors que sur des présomptions ou des probabilités.

» C'est pour obvier à l'insuffisance des ressources du diagnostic que j'ai été conduit, en 1840, à imaginer le mode d'exploration que voici: Il consiste simplement à exercer une pression indirecte sur la partie supérieure du péroné, au-dessous de la tête de cet os, dans une étendue variable, et jusque vers son tiers moyen, s'il y a lieu; cette pression est faite simultanément à l'aide des deux pouces appuyés sur l'os et rapprochés l'un de l'autre par leurs extrémités, tandis que les autres doigts de chaque main saisissent et soutiennent la face interne du membre resté libre et préservé de toute pression directe, afin d'éviter les causes d'erreur.

» Le résultat de la pression indirecte doit être, on le conçoit, de faire mouvoir ou basculer la longue portion du péroné ou son fragment supérieur qui se laisse déprimer vers le tibia, si tant est que la fracture existe au-dessus ou à quelque distance de la malléole externe. De là, par conséquent, une douleur plus ou moins intense transmise au niveau présumable de la fracture, et enfin la certitude que cette fracture existe si le même signe se reproduit avec précision. Si, au contraire, la pression indirecte, même assez forte, ne détermine point de mobilité dans l'os, et surtout point de douleur vers son extrémité inférieure, il y a toute présomption de croire qu'il n'y a pas de fracture.

» Les fractures que l'on pourrait appeler intra-malléolaires et les fractures dites avec pénétration, celles, en un mot, qui ne sont point appréciables par le déplacement ou la mobilité, ne sauraient être constatées ainsi: mais elles sont rares.

» C'est donc aux fractures sus-malléolaires, si fréquentes, que peut s'appliquer la pression indirecte comme moyen de diagnostic. J'en ai fait maintes fois l'expérimentation dans les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou, ainsi qu'à l'hôpital des Cliniques, lorsque j'y suppléais, il y a une dizaine d'années, M. le professeur Cloquet, et comme l'indique d'ailleurs un compte-rendu de notre service dans la *Gazette des Hôpitaux* du 5 février 1842.

» Je ne prétends pas, toutefois, que ce mode d'exploration soit un signe pathognomonique ou infaillible de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, mais je le crois utile; et s'il est nouveau, comme je le pense, il est tellement simple aussi, que j'avais négligé jusqu'à ce jour d'en faire l'objet d'une publication spéciale. Cependant quelques-uns de nos honorables confrères en chirurgie en ont eu connaissance, et ont bien voulu lui donner leur approbation ou l'adopter dans la pratique.

» J'ai eu occasion, enfin, d'appliquer de même la pression indirecte au diagnostic des fractures de l'extrémité inférieure du radius, et il me semble que l'on pourrait encore en tirer parti dans d'autres fractures difficiles à reconnaître par la pression directe. »

Inoculation de l'ecthyma syphilitique.

M. VIDAL lit un mémoire sur l'inoculation de l'ecthyma syphilitique, accident dit secondaire.

L'auteur se propose de mettre d'accord sur ce point l'expérimentation et l'observation cliniques. Selon lui, de bons observateurs ont prouvé la contagion de l'accident secondaire, c'est-à-dire sa transmissibilité par les rapports sexuels; mais, même pour ces syphiliographes, l'inoculation de ces accidents, la transmissibilité par la lancette, n'était pas prouvée. M. Vidal a entrepris plusieurs expériences dont les résultats viennent à l'appui de sa thèse; il en cite trois. Une est relative à une inoculation d'un ecthyma sur le malade même qui le portait. Deux pustules ont été inoculées à la partie inférieure des cuisses; dans ces mêmes pustules, on a puisé pour inoculer la partie supérieure de ces membres, et cela avec le même succès. Ce malade ne portait aucun accident primitif. Le chancre que l'on pouvait accuser d'avoir produit les pustules était très éloigné de l'époque de cette manifestation du côté de la peau. Un autre malade avait des ulcérations ecthymateuses au bas de la jambe; avec du pus d'une de ces ulcérations, on a inoculé la partie supérieure de la cuisse encore avec succès.

L'inoculation la plus importante est celle qui a été faite du malade au malade, et de celui-ci à l'homme sain. Le malade avait eu un chancre induré; il avait vu se développer sur plusieurs points du corps des pustules d'ecthyma très caractérisées. Il avait d'ailleurs éprouvé tous les symptômes qui caractérisent l'infection générale; du pus appartenant aux pustules qui étaient sur la peau du thorax a d'abord été inoculé à la partie inférieure de la cuisse; des pustules résultant de cette inoculation on a extrait du pus encore inoculable avec succès à la partie supérieure du même membre. L'inoculation de l'homme malade à l'homme malade était donc réelle; mais pour certains esprits, cette expérience n'était pas complétement probante. C'est alors que M. Boudeville s'offrit pour subir l'inoculation; M. Boudeville était interne en pharmacie à l'hôpital du Midi. Il n'avait jamais eu aucune affection syphilitique. Il se dévoua avec une résolution et un courage que M. Vidal fait ressortir dans son mémoire. Deux pustules sont inoculées à la partie inférieure et antérieure de l'avant-bras de cet élève. Le succès de cette inoculation porta M. Vidal à conseiller un traitement. M. Boudeville ne voulut pas se soumettre à ce conseil, en disant qu'il avait d'avance pesé les conséquences de cette expérimentation, et qu'il la désirait complète; c'est pour cela qu'il attendait, afin de savoir s'il se déclarerait chez lui des accidents constitutionnels. Ces accidents sont survenus; en effet, il y a eu alopécie, roséole, affection de la gorge. C'est alors seulement que M. Boudeville a entrepris un traitement qui a réussi, puisque cet élève est aujourd'hui en parfaite santé.

M. Vidal termine en citant un observation de M. Cazenave, qui vient à l'appui de ce qu'il avance; il mentionne aussi des expériences de Wallon favorable à l'inoculation de l'accident secondaire, et que M. Diday a considérées comme confirmatives.

M. CULLERIER. Deux choses sont à considérer dans l'intéressante communication qui vient de nous être faite par M. Vidal: le fait de l'inoculation d'abord, et ensuite les conséquences qu'il en tire. Le fait de l'inoculation, j'avoue qu'il m'a fallu entendre la lecture de M. Vidal pour y croire. En effet, n'a-t-il pas plus que personne, dans ses conversations particulières, dans ses leçons et dans ses écrits, proclamé que l'inoculation est une pratique inutile, fausse et dangereuse; n'a-t-il pas déversé le blâme sur ceux de ses confrères qui s'y livraient? n'a-t-il pas suspecté leur moralité, et aujourd'hui M. Vidal va beaucoup plus loin dans l'expérimentation qu'ils ne l'ont jamais fait. Jusqu'à présent les inoculateurs n'avaient agi que sur le malade lui-même, persuadés qu'ils sont qu'ils n'augmentent pas ses chances d'infection, qu'ils ne lui donnent pas une maladie nouvelle; mais M. Vidal reconnaît que le symptôme qu'il a inoculé sur son malade est virulent, et il ne craint pas d'aller porter le même produit dans le bras d'un individu tout à fait sain et vierge jusqu'alors de toute affection syphilitique. Je ne veux pas reprocher à M. Vidal ce qu'il a fait; je me garderai bien d'en appeler à sa moralité, mais je veux seulement faire remarquer combien nous voilà dépassés par un juge qui a été si sévère. D'un autre côté, M. Vidal a très agréablement, très finement raillé les chirurgiens qui mettent toute leur science au bout d'une lancette. Je suis bien aise de voir que M. Vidal, qui a tant d'instruments à son service et qui s'en sert si bien, soit arrivé à ne plus tant dédaigner le nôtre. Mais j'ai hâte d'arriver aux conséquences de cette inoculation.

Je dois avouer qu'elles me paraissent beaucoup moins probantes que ne le pense M. Vidal. On connaît les nombreuses expériences qui ont été faites par M. Ricord et M. Puche avec tous les symptômes syphilitiques, et l'on sait que ces praticiens n'ont jamais réussi qu'avec le chancre. J'ai fait moi-même un nombre considérable d'inoculations, et je suis toujours arrivé au même résultat. Je ne connais dans la science que les observations de Wallace qui infirment ces expériences; mais il y a tant à désirer dans ces deux observations, il y a une marche si singulière de l'évolution de ces inoculations, tout y est tellement en dehors de ce que nous voyons journellement, qu'il nous est bien permis d'en appeler à une expérimentation plus rigoureuse. Je ne veux pas mettre en doute le talent diagnostique de M. Vidal; mais je ne puis m'empêcher de rappeler que de toutes les formes de syphilis, la forme pustuleuse est celle qui a donné lieu à plus d'erreurs, et que des auteurs spéciaux avec lesquels M. Vidal est souvent en communion d'idées, MM. Gibert et Cazenave, ont cité des cas où cette affection a pu être prise une fois pour une variole, une autre fois pour la gale, et un troisième cas dans lequel la nature syphilitique fut entièrement méconnue.

Mais je remarque que le malade de M. Vidal portait encore l'induration de son chancre primitif lorsque les pustules d'ecthyma ont paru chez lui, et que, de plus, il portait des plaques muqueuses à l'anus. Or il me semble qu'il doit toujours y avoir du doute sur la nature intime d'une suppuration quelconque d'un individu qui sera porteur d'un accident primitif, ou chez lequel l'accident primitif aura disparu depuis peu. Est-ce donc être si loin de la vérité que de supposer et de dire que chez le malade de M. Vidal les plaques muqueuses de l'anus étaient une transformation d'un chancre qui existait en même temps que le chancre induré de la verge, et que ce chancre, en se transformant et en prenant les caractères de la plaque muqueuse, a conservé pendant quelque temps sa propriété virulente, puisque le produit de ce symptôme a été transporté par les doigts du malade à la partie antérieure de la poitrine, où l'observation de M. Vidal nous apprend qu'il existait déjà des taches rouges ou des papules? et bien qu'en général les éruptions syphilitiques exanthématiques ou papuleuses soient exemptes de démangeaisons, cependant il est de ces exceptions où on la rencontre. Il pouvait en être ainsi chez ce malade, qui, en se grattant, se sera déchiré, excorié la peau avec les ongles, d'où l'inoculation médiate.

Si j'ai bien entendu la lecture de l'observation de M. Vidal, il est dit que les pustules que portait le malade étaient volumineuses, à base rouge, tuméfiées, tendant à l'envahissement des tissus. Or, c'est le caractère de l'ecthyma tardif, de celui à pustules profondes, ulcérantes, dont la cicatrice est presque toujours indélébile. Mais cet ecthyma ne se voit que dans les affections vénériennes anciennes, que lorsque d'autres symptômes ont existé et reparu à diverses reprises, et pourtant ce n'était pas là le cas actuel, puisque la maladie ne datait que de quelques semaines.

Dans l'ecthyma hâtif, au contraire, dans celui qui suit quelquefois de très près le symptôme infectant, les pustules sont beaucoup plus petites, leur base est à peine ou point enflammée; on n'y rencontre pas cette tendance à l'envahissement que j'ai dit exister dans la forme précédente. Ces pustules, que M. Cazenave nomme cuticulaires, se dessèchent vite, et lorsque les croûtes tombent, la partie sur laquelle elles s'élevaient est le plus ordinairement cicatrisée; où, si elle ne l'est pas entièrement, elle ne tarde pas à se sécher. Ce n'était évidemment pas à des pustules de cette espèce que M. Vidal avait affaire. Mais les membres de la Société qui se sont livrés à l'inoculation ou qui l'ont vu faire savent très bien que lorsqu'on laisse marcher une pustule d'inoculation virulente, ce n'est pas à la pustule lenticulaire qu'elle ressemble, mais bien qu'elle prend tous les caractères de la pustule phlyzaciée; aussi la forme de la lésion que l'on dit avoir existé sur le malade de M. Vidal me donne-t-elle la preuve de son origine, et ne me permet-elle pas de douter de sa propriété virulente. Née de la contagion d'un accident primitif, elle a été elle-même contagieuse. J'ai vu de ces pustules d'inoculation qu'on avait laissé marcher, et, comme tous les inoculateurs, je leur ai toujours trouvé les caractères de l'ecthyma profond, tardif et cachectique. Il y a plusieurs années, lorsque je pris, à l'hôpital de Lourcine, le service que quittait notre honorable collègue M. Huguier, j'eus à examiner une femme qui avait été inoculée aux deux cuisses avec le pus d'un chancre virulent. Comme il m'avait fallu du temps pour me mettre au courant des malades, cette femme ne fut examinée par moi que dix ou douze jours après l'inoculation. J'ignorais que cette opération expérimentale avait été pratiquée; aussi, lorsque la malade monta sur le lit du spéculum, je m'écriai en la découvrant: voici de belles pustules d'ecthyma, et ce fut seulement alors que l'interne du service, un peu honteux de sa négligence, me fit connaître l'origine de ces pustules.

Je me résume, et je dis que d'après la marche de l'affection que portait le malade, d'après l'existence de l'induration du chancre de

la verge, qui datait seulement de quelques semaines, et d'après l'existence actuelle des plaques muqueuses et des rhagades de l'anus, on a eu affaire à un ecthyma, c'est incontestable; mais à un ecthymr primitif en tant qu'il précède la plaie, l'ulcère qu'on appelle chancre. C'est là le phénomène qu'on verra chaque fois qu'on laissera marcher la pustule d'inoculation virulente, pourvu qu'elle ne soit pas déchirée. Le nombre des pustules qu'on invoque n'est nullement probant; car on peut toujours faire, par l'inoculation artificielle, autant de chancres que l'on voudra.

M. Vidal nous dit que les pustules développées sur l'élève en pharmacie qu'il a inoculé n'ont pas présenté l'aspect chancreux, et que, de plus, elles ne se sont pas accompagnées de l'engorgement des ganglions correspondants. J'ai vu la cicatrice de ces pustules que le jeune homme, M. Boudeville, m'a montrée il y a plusieurs mois; je déclare qu'elles m'ont tout à fait rappelé les cicatrices d'inoculation qu'on n'a pas arrêtées dès le début, ou bien encore les cicatrices des pustules de l'ecthyma tardif. Quant à l'engorgement des ganglions, j'affirme qu'il est très rare dans les inoculations à la lancette; et cette circonstance a été notée par presque tous les inoculateurs; aussi son absence dans le cas actuel ne prouve-t-elle absolument rien comme conséquence de l'inoculation qui a été faite.

Enfin, il y a dans le travail de M. Vidal une observation dont je suis, bien à regret, obligé de dire quelques mots, c'est celle d'une inoculation d'une pustule d'ecthyma faite avec succès par M. Cazenave. J'avais vu, ces jours derniers, la relation de ce fait dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis;* et en en lisant les détails, je ne m'attendais pas à être sitôt dans la nécessité de formuler l'impression qu'ils m'ont laissée; à savoir: que dans la marche de la pustule que M. Cazenave a produite, rien ne rappelle celle de la pustule régulière de l'inoculation virulente. Il y a eu, avec du pus d'une affection franchement secondaire, production d'une légère inflammation, d'une pustule à courte période qui a été bien loin de ressembler à la pustule sur laquelle elle a été prise, et qui diffère tellement de la pustule d'inoculation, que si des inoculateurs s'avisaient de présenter à leurs adversaires une pustule semblable comme preuve d'une inoculation positive, ceux-ci ne manqueraient pas de la rejeter d'une manière absolue, ce qui, il faut en convenir, serait parfaitement juste et logique.

M. Vidal. Je réponds à M. Cullerier que je n'ai jamais jeté le blâme sur les *inoculateurs* qui expérimentaient dans un intérêt scientifique. J'ai imprimé, au contraire, que le médecin seul était juge des sacrifices mutuels que devaient s'imposer l'humanité et la science en faveur du progrès; et cela, quand un critique faisait entendre que les administrateurs, qui étaient les tuteurs naturels des malades des hôpitaux, devaient surveiller ces expériences. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si les inoculateurs avaient besoin de se mettre à l'abri d'un grand nom, ils auraient celui de Hunter, qui a été très inoculateur. Au reproche d'avoir inoculé un homme plein de santé, M. Vidal répond que M. Boudeville, qui a voulu subir l'inoculation, et qui s'y est soumis d'une manière si résolue, si courageuse, que M. Boudeville n'était pas son malade, que c'était un élève tout à fait indépendant, lequel n'a pas voulu être traité quand il a eu ses premières pustules. M. Boudeville n'a accepté des médicaments que quand il a jugé l'expérience comme étant complète. D'ailleurs, ajoute M. Vidal, si je m'étais borné à inoculer du malade au malade, on aurait considéré le fait comme peu probant, et cela, on l'avait déjà dit en parlant d'une première expérience dans laquelle l'inoculation s'était bornée à l'homme malade.

Selon M. Cullerier, le malade qui avait des pustules muqueuses à l'anus aurait pu avoir dans cette région des chancres qui se seraient transformés en pustules; il aurait pu imprégner ses doigts du pus de ces chancres, se gratter à la poitrine et produire sur cette région une ulcération primitive où j'aurais puisé. De sorte que M. Cullerier, pour répondre à des faits authentiques observés au moment de leur existence, suppose: 1° des chancres; 2° une transformation de ces chancres en pustules. M. Cullerier répond donc par des hypothèses à ce qui est matériellement établi. Mais remarquez que ce sont quatre pustules intactes qui ont fourni le pus, deux pour inoculer le malade et deux pour inoculer l'élève. De sorte qu'ici on est obligé de supposer que ce malade était porteur de quatre chancres à la poitrine que le malade se serait faits en se grattant; et comme j'ai établi dans mon mémoire que ces pustules de la poitrine avaient les mêmes antécédents, qu'elles étaient nées dans les mêmes circonstances, qu'elles avaient les caractères de celles qui étaient répandues sur le reste du corps, il faudra, si on admet que ces pustules de la poitrine étaient des chancres, il faudra admettre aussi que tout le corps était couvert de chancres!!

Quant aux faits de M. Cazenave et de Wallace que M. Cullerier conteste, M. Vidal répond que M. Cazenave a déjà défendu et défendra encore le sien. Pour ceux de Walloce, M. Diday, qui s'entend en inoculation, les défend en disant que, quoique peu nombreux, ils sont *confirmatifs.*

M. Huguier remercie M. Vidal de la communication qu'il vient de faire à la Société. Pour lui, les expériences de notre collègue sont concluantes. Puis, passant à la critique que M. Cullerier a faite du travail de M. Vidal, et des circonstances spéciales dans lesquelles il s'est mis en inoculant de l'homme malade à l'homme sain, approuve M. Vidal d'avoir agi ainsi; c'est seulement dans ces conditions que peuvent devenir concluantes les inoculations que l'on pratiquera pour éclairer la transmission des accidents dits secondaires ou tertiaires. En effet, ajoute M. Huguier, si on ne prend pas des personnes vierges de tout accident syphilitique, ne pourra-t-on pas toujours objecter que l'inoculation n'a été que l'occasion des accidents qui se sont manifestés, et qui tôt ou tard eussent apparu sans l'inoculation elle-même? Or, M. Boudeville n'ayant jamais eu d'accident syphilitique, l'expérience dont il a été l'objet devient concluante.

Hunter et M. Ricord, ajoute M. Huguier, disent qu'il n'y a que le chancre qui soit inoculable parmi les accidents primitifs, et, pour M. Ricord, les tubercules muqueux sont secondaires; pour M. Huguier, cet accident peut être à la fois primitif ou secondaire. Or, s'il se transmet, et la chose pour lui n'est pas douteuse, il faut admettre qu'il est contagieux et primitif; et s'il est secondaire, au point de vue de M. Ricord, il ne doit point se transmettre par contagion. Or, il est contagieux; donc les accidents secondaires des plaques muqueuses se transmettent par contagion: d'où il faut conclure que certains accidents secondaires sont transmissibles de l'homme malade à l'homme sain.

Toutefois, ajoute M. Huguier en terminant, j'aurais voulu dans le travail de M. Vidal plus de détails. Il demande ce que sont devenues les pustules du premier malade chez lequel on a pratiqué l'inoculation: se sont-elles ulcérées? comment se sont-elles cicatrisées? Il aurait désiré que M. Boudeville entrât dans quelques détails plus circonstanciés relatifs à l'inoculation dont il a été l'objet.

M. Vidal se félicite d'être d'accord sur ce sujet avec M. Huguier; il croit que l'inoculation n'est réellement concluante que dans le cas où se trouvait M. Boudeville. En effet, des praticiens distingués à qui M. Vidal disait: J'inocule les accidents secondaires sur l'homme malade, ajoutaient: — La chose n'a rien d'étonnant, vous agissez sur des hommes infectés. Puis faisant des réserves relativement aux plaques muqueuses, M. Vidal dit: Je crois à l'inoculation plus facile du pus de l'ecthyma que de tout autre élément secondaire. Toutefois, ce n'est pas à dire que la plaque muqueuse ne soit pas contagieuse; M. Baumès, qui ne croit pas à l'inoculation des accidents secondaires, croit cependant à la contagion de la plaque muqueuse.

M. Lenoir. La question soulevée par M. Vidal est trop importante pour que la Société ne s'intéresse pas à tout ce qui sera fait dans cette voie. Il serait peut-être bon de nommer une commission pour suivre le résultat de ces expériences.

M. Forget pense qu'il y aurait de l'inconvénient à donner suite à la proposition de M. Lenoir en nommant une commission la Société de Chirurgie prendrait parti pour un mode d'investigation scientifique qui compte un grand nombre d'opposants. Or, il me semble, dit M. Forget, que la Société de Chirurgie ne peut vouloir assumer la responsabilité des expériences dont il s'agit sans qu'on se soit expliqué devant elle sur les avantages et les dangers de celles-ci; or, c'est ce qu'elle ferait si en ce moment elle se faisait représenter officiellement auprès des expérimentateurs.

Je ne veux pas entrer ici dans l'examen de l'inoculation; mais avant que vous preniez la décision qui vous est proposée, je ferai remarquer que la question des inoculations syphilitiques acquiert des proportions immenses, si bien, que je ne sais vraiment plus où elle pourra s'arrêter. Ce n'est plus seulement à un individu actuellement atteint de syphilis qu'elle a la prétention de s'adresser; ce n'est plus de cet individu à un autre individu également malade que l'on devra expérimenter; pour que les résultats de l'inoculation soient sérieux, significatifs, probants, il faut, d'après M. Huguier, qu'elle porte sur des individus purs de toute atteinte antérieure ou actuelle du vice vénérien; elle exige enfin des natures complétement *vierges.* En présence de telles exigences, je ne comprendrais pas, je le répète, que la Société encourageât les recherches des expérimentateurs en leur adjoignant des membres pris dans son sein. On dira, sans doute, que l'inoculation ne sera pratiquée que sur des individus qui s'y prêteront de bonne volonté; à cela je réponds que, lorsqu'un individu veut s'empoisonner, il est du devoir de tout homme et surtout du médecin de s'y opposer. La question soulevée ici, et philosophiquement envisagée, me paraît jugée depuis longtemps: je pourrais citer d'imposantes autorités qui se sont prononcées contre elle: frappé, pour ma part, des dangers qui s'y rattachent, je persiste à croire que ce que la Société a de mieux a faire, c'est de laisser la responsabilité de ces expériences à ceux qui les pratiquent, d'examiner les résultats qui lui seront communiqués, sans se prononcer d'une manière définitive pour ou contre le procédé d'observation dont il s'*agit.*

M. Huguier. Je ne me dissimule pas toute la gravité de ces expériences, mais il importe, au point de vue moral et médico-légal, que la gestion de la transmission par contagion des accidents secondaires soit jugée, que toutes ces expériences d'inoculation soient donc faites dans des conditions telles, qu'elles soient probantes pour tous ou qu'elles cessent.

M. Marjolin demande à M. Vidal si M. Boudeville savait les conséquences auxquelles il s'exposait en s'inoculant les accidents secondaires. Si des tentatives de ce genre sont de nouveau répétées, il importe, ajoute M. Marjolin, que ceux qui s'inoculent sachent bien à quoi ils s'exposent. Il rappelle à ce propos ce qui se passa à l'époque où Broussais faisait table rase du virus syphilitique: trois jeunes gens dont M. Marjolin père racontait l'histoire dans ses cours s'inoculèrent. Sur l'un des trois seulement l'inoculation réussit et amena tous les accidents qu'on devait attendre. Bientôt, ce jeune homme découragé se donna la mort. Il faut donc réfléchir, avant de se lancer dans une pareille voie; que ceux qui de leur propre mouvement chercheront à vider cette question apportent ici le résultat de leurs expériences, qu'ils se fassent visiter par des médecins habiles, cela est très bien; mais la Société ne peut pas prendre une part active en nommant une commission.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

La Société anatomique de Paris a tenu aujourd'hui sa séance solennelle. Après une courte et heureuse allocution du président perpétuel M. Cruveilhier, M. le docteur P. Broca a exposé dans un compte-rendu des plus intéressants la substance de tous les travaux accomplis dans l'année 1850, et a montré en quoi ces travaux ont contribué au progrès de la science. Nous publierons ce curieux travail.

Après la lecture de M. Broca, MM. Demarquay, Leudet et A. Tardieu ont prononcé les éloges funèbres de Marjolin, Leuret et H. Royer-Collard.

NOUVELLES.

Par décret du président de la République, du 3 janvier, ont été nommés aux emplois de chirurgien-major de 2e classe:

Ancienneté, M. Frey, chirurgien aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Guéret, nommé à la 1re classe.

Choix, M. Bernès, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Montmédy, détaché à l'hôpital militaire de Versailles, en remplacement de M. Courbassier, nommé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Jacques, chirurgien aide-major de 1re classe au 14e d'artillerie, en remplacement de M. Dissez, nommé à la 1re classe.

Choix, M. Bréant, chirurgien aide-major de 1re classe au 2e du génie, détaché à la division d'occupation en Italie, en remplacement de M. Jacquier, nommé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Regniard, chirurgien aide-major de 1re classe au 4e escadron du train des équipages militaires, en remplacement de M. Secourgeon, nommé à la 1re classe.

Choix, M. Thurin, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lille, en remplacement de M. Salleron, nommé à la 1re classe.

Ancienneté, M. Tesson, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e escadron du train des équipages militaires, en remplacement de M. Chaudron mis en non-activité.

Choix, M. Pasquier, chirurgien aide-major de 1re classe au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Leloire, retraité.

Ancienneté, M. Michet, chirurgien aide-major de 1re classe au 9e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Huard, nommé à la 1re classe.

Choix, M. Varlet, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Ronle, en remplacement de M. Lauge de Beaujour, promu à la 1re classe.

Ancienneté, M. Bert, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Metz, en remplacement de M. Perier, promu à la 1re classe.

— Par décret du président de la République du 6 janvier 1851, ont été nommés aux emplois de médecin principal de 2e classe, M. Colette, médecin ordinaire de 1re classe, désigné pour l'hôpital militaire de Belfort, en remplacement de M. Maillot, nommé à la 1re classe.

M. Worms, médecin ordinaire de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, en remplacement de M. Faure, nommé à la 1re classe.

Ces officiers de santé prendront rang dans leur nouveau grade à la date de la promotion des titulaires actuels.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Nº 21. — JEUDI 20 FEVRIER 1851. (24e ANNEE.) Nº 21. — JEUDI 20 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 19 FÉVRIER 1851.

Séances des Académies.

L'Académie de Médecine a continué et terminé hier la discussion ouverte sur le goître et le crétinisme, et elle a nommé une commission pour étudier les questions importantes soulevées dans cette discussion.

La partie la plus remarquable du débat s'est passée entre MM. Baillarger et Ferrus, quoique ce dernier, dans un remarquable discours que nous regrettons de ne pouvoir reproduire entièrement, ait répondu à tous les contradicteurs à la fois. Mais la question *magnésienne* se trouvait vidée et résolue négativement; la question *sulfatée* et *iodée* n'avait pas d'éléments suffisants. Il ne restait donc plus que la question pathologique-psychique qui pût fournir à la controverse. C'est sur elle que s'est concentré M. Ferrus. Il s'est efforcé de prouver, par des arguments tirés de divers ordres, que le crétinisme et l'idiotie étaient deux maladies différentes. Mais de ces arguments, ceux qui découlent de l'anatomie pathologique sont ceux sur lesquels M. Ferrus a le plus insisté. Ces arguments seraient en effet péremptoires, tels que les a présentés M. Ferrus; mais ce savant et habile académicien a-t-il vu les faits dans leur stricte réalité? Nous sommes obligé d'en douter, après avoir entendu l'argumentation brève, lucide, nerveuse de M. Baillarger. M. Baillarger a démontré que les autopsies sur lesquelles on basait à plus juste titre l'opinion qui considère le crétinisme comme une hydrocéphalie se rapportent précisément à des individus qui offraient tous les caractères extérieurs de l'idiotie et nullement ceux du crétinisme; tandis qu'au contraire dans les autopsies de cadavres appartenant à de véritables crétins, Stahl, Fodéré et la commission de Piémont n'avaient pas rencontré de sérosité ou n'en avaient trouvé qu'en quantité insignifiante. Dès lors, ou les autopsies ne prouvent rien, ou bien elles démontrent que l'idiotie et le crétinisme ne sont que des degrés ou au moins des formes d'une même maladie.

Du reste, nous l'avouons, malgré l'autorité imposante de deux hommes tels que MM. Ferrus et Baillarger, ce ne serait pas à l'anatomie pathologique (surtout considérée exclusivement) que nous demanderions la solution de la question en litige. Avec M. Bouchardat, nous aurions accordé une importance beaucoup plus grande à l'étiologie, et, s'il était démontré pour nous, que le crétinisme se développe sous l'influence de certaines causes bien déterminées, qui sont impuissantes, ou qui ne contribuent que très médiocrement à produire l'idiotie, il nous serait démontré aussi que l'idiotie et le crétinisme sont deux maladies distinctes. Jusqu'à ce jour, nous avions même pensé qu'il en était ainsi. M. Baillarger a, le premier, porté le doute dans notre esprit en affirmant que l'idiotie régnait aussi endémiquement dans les mêmes pays que le crétinisme. Si cette assertion est vraie, non pas pour quelques localités, mais pour la généralité des pays crétinifères, nous ne voyons pas ce que l'on pourra objecter de raisonnable à la doctrine de M. Baillarger; et, pour notre part, nous compterons parmi ses partisans dès le jour où cette démonstration sera faite.

Quant à la législation prophylactique, les explications données aujourd'hui par M. Ferrus lui ont fait faire un grand pas, et nous pensons que tout le monde est d'accord aujourd'hui avec l'éminent aliéniste. Dès que M. Ferrus ne demande l'interdiction du mariage qu'entre les crétins idiots, il est évident que la loi civile relative aux aliénés leur devient applicable, et que, sans clause nouvelle, cette loi peut leur être appliquée en effet, et atteindre ainsi le but que M. Ferrus se propose par la législation nouvelle.

Après le discours de M. Baillarger, et pour terminer comme il avait commencé, M. Ferrus a déclaré qu'il se croyait autorisé, jusqu'à présent, à conserver ses opinions, mais qu'il était très disposé à les modifier si la commission future venait à lui démontrer qu'il fût dans l'erreur.

L'Académie, applaudissant à cette franche et digne déclaration, allait passer paisiblement au vote des propositions de M. Ferrus, lorsque M. Malgaigne a accusé M. Ferrus d'avoir *subrepticement*, sous le patronage et avec la complicité de M. le président, introduit dans l'ordre du jour une proposition contraire à tous les usages académiques, à toutes les bienséances, et *probablement* au règlement.

A cette apostrophe, qui a trouvé pour soutien M. Moreau, M. le président a répondu qu'il n'avait été que l'organe de M. Ferrus en soumettant à l'appréciation de l'Académie une proposition qui ne lui paraissait d'ailleurs renfermer rien de bien subversif du bon sens et des convenances, puisqu'elle n'avait d'autre but que de faire adresser à MM. les ministres de l'intérieur et du commerce le bulletin *imprimé* de l'Académie.

M. Ferrus a répliqué à son tour. « C'est moi qui ai fait la proposition, a-t-il dit, et je me plais à en assumer la responsabilité; je n'ai pour habitude de procéder ni par des voies détournées, ni subrepticement; je parle en face à tout le monde, à vous comme à bien d'autres, monsieur Malgaigne; si vous voulez vous en assurer, attaquez ma proposition; je suis prêt à vous répondre. »

La légère émotion causée par cet incident une fois dissipée, l'Académie a voté la proposition de M. Ferrus, et a nommé une commission composée de MM. Ferrus, Baillarger, Rochoux, Michel Lévy, Gibert et Bouchardat, pour étudier les questions relatives au goître et au crétinisme.

— A l'Institut, on n'a traité aucun sujet qui doive être l'objet de nos réflexions. — H. de Castelnau.

DE LA SUTURE IMPLANTÉE.

Recherches expérimentales sur une nouvelle espèce de suture destinée à réunir les plaies des intestins;

Par le professeur BOUISSON, de Montpellier.

La réunion des plaies des organes cavitaires et membraneux présente un problème à la fois chirurgical et physiologique. Ces organes n'étant ainsi disposés que pour remplir une fonction vitale d'un ordre plus ou moins élevé, l'indication fondamentale consiste à réunir les plaies qui peuvent les affecter de manière que leur cavité soit conservée, et que l'exercice de la fonction qui leur est dévolue ne soit en aucune manière compromis. L'art chirurgical a dû rechercher avec un soin particulier les meilleurs moyens de remplir cette indication physiologique.

En examinant les essais déjà tentés dans ce sens, on ne tarde pas à reconnaître que les difficultés inhérentes à ce problème ont diverses sources. Elles se rapportent, non-seulement au résultat qu'il s'agit d'obtenir, mais à l'exécution pratique des procédés proposés. A côté de ces obstacles relatifs au but ou au moyen, on retrouve d'autres conditions plus ou moins défavorables.

En ce qui concerne, par exemple, les plaies des intestins, que nous avons principalement en vue dans cette communication, la difficulté d'une réunion exacte et conservatrice des fonctions de l'organe dépend des circonstances même de la lésion, de l'étendue de la plaie, de la direction, du peu d'épaisseur des bords de la division, de leur renversement en dehors, de l'hétérogénéité des membranes qui sont intéressées, de la forme et de la dépressibilité du tube digestif, des mouvements qu'il exécute; enfin, de la présence de liquides ou de gaz dans la cavité, matériaux plus ou moins irritants, et qui ne sauraient s'épancher dans le péritoine sans devenir la source d'accidents auxquels cette séreuse n'est déjà que trop exposée par le seul fait de la lésion traumatique de l'abdomen.

Il ne saurait entrer dans mon intention de rappeler ici tous les moyens proposés pour surmonter les difficultés que présente la réunion des plaies intestinales. Il en est de ce sujet comme de tous les points délicats de l'art, il a fixé l'attention d'un grand nombre de chirurgiens, et depuis le moyen âge, époque à laquelle il faut faire remonter l'origine des premiers efforts, jusqu'à nos jours, où la question a été étudiée d'une manière sagace et féconde, on a vu se multiplier le nombre des procédés opératoires. Tant de recherches n'ont pas épuisé cependant ce que peut suggérer l'examen d'une pareille matière, et il y a place encore pour des innovations heureuses et efficaces.

La plupart des sutures, ou moyens d'union, imaginées pour affronter les lèvres d'une plaie intestinale, répondent à quatre méthodes : celle qui consiste dans l'affrontement direct; celle qui a pour but d'opposer une surface séreuse à une surface muqueuse; celle dans laquelle on excise préalablement le bourrelet muqueux des bords de la plaie pour affronter des surfaces saignantes, et celle qui cherche les conditions de la réunion dans l'adossement de la tunique séreuse correspondant à chaque bord de la plaie.

Cette dernière méthode, dont M. Jobert a mis en lumière la supériorité, est la seule aussi qu'il convienne de chercher à perfectionner. Le chirurgien à qui on doit la démonstration expérimentale et pratique de sa valeur a lui-même modifié, à diverses époques et pour les cas particuliers qui lui sont échus, le procédé opératoire. D'autres procédés ont été imaginés par MM. Lambert et Denans, Gély et Amussat. Je ne me propose ni de les exposer, ni de les discuter. Mon intention est de faire connaître un mode nouveau qui me paraît se recommander par sa facile exécution et par la précision avec laquelle il assure la réunion des bords de la plaie.

Ce procédé exige seulement des épingles et un fil ciré. Les épingles, disposées parallèlement aux bords de la plaie et implantées dans leur épaisseur, fournissent un point d'appui aux fils; ceux-ci opèrent l'affrontement des bords de la plaie.

Voici d'une manière succincte la description du procédé opératoire :

Supposons qu'il s'agisse d'une plaie longitudinale de l'intestin. Celui-ci, momentanément en dehors de l'abdomen, est soigneusement lavé, détergé et disposé de manière que le chirurgien puisse agir avec facilité sur les lèvres de la plaie. Des épingles déliées, dites épingles à insectes, d'une longueur proportionnée à celle de la plaie à réunir, et préalablement munies d'un fil attaché dans leur tête afin de pouvoir les retirer au moment convenable, sont implantées dans l'épaisseur de chaque lèvre de l'intestin, parallèlement à la direction de la plaie, à 2 millimètres de celle-ci. Ces épingles traversent alternativement l'intestin de la face séreuse à la face muqueuse, et de celle-ci à la première, en ondulant, pour ainsi dire, de manière à laisser plusieurs portions libres au dehors. Ces portions d'épingles libres sur la surface séreuse doivent se correspondre exactement sur chaque bord de la plaie, et représentent autant de points d'appui pour les fils qui doivent opérer la réunion.

Ces fils sont engagés sous l'espèce de pont représenté par la partie extérieure des épingles; ainsi disposés, ils forment une espèce d'anse dont les extrémités, nouées par le chirurgien, rapprochent nécessairement les épingles, et par l'intermédiaire de celles-ci, l'étendue entière des deux bords de la plaie.

Au moment de la constriction des fils, le chirurgien favorise avec un stylet le rebroussement des bords vers la cavité muqueuse de l'intestin, en sorte que le côté séreux de ces bords est parfaitement adossé, et subit cet adossement dans une direction linéaire occasionnée par la pression et le parallélisme des épingles. On réduit l'intestin ainsi, dont la plaie, exactement fermée, ne permet aucun épanchement dans le péritoine. Les fils attachés aux épingles sont alors dirigés vers l'angle supérieur de l'ouverture abdominale, et les fils unissants, dont on a préalablement coupé un chef près du nœud, sont réunis à son angle inférieur. On termine en affrontant les bords de cette plaie par les moyens ordinaires.

Le troisième ou le quatrième jour, des adhérences se sont établies; on retire les épingles à l'aide des fils supérieurs; les autres deviennent nécessairement libres; ils sont attirés au dehors, et par cette manœuvre, aussi rapide qu'efficace, l'intestin est débarrassé de ses fils. La réunion, déjà opérée, n'a plus qu'à se consolider en l'absence de tout corps étranger.

On comprend qu'une simple modification dans le procédé permet de l'appliquer avec non moins d'exactitude aux solutions de continuité transversales. Seulement, comme il importe, dans ce cas, de ne pas rétrécir le calibre de l'intestin, des épingles courbes doivent être substituées aux épingles droites, et leur nombre doit être double. Deux de ces épingles préalablement munies d'un fil attaché sous leurs têtes sont implantées dans chaque bout, de manière à se correspondre par leur concavité et à présenter leur tête sur le côté antérieur de l'intestin, afin qu'on puisse les retirer sans efforts. Ainsi disposées, elles contribuent à maintenir dilatée la cavité intestinale qui peut être parcourue librement par les liquides, et elles se prêtent aussi facilement à la réunion que dans le premier cas. Les fils unissants, auxquels il est utile de donner une autre couleur, sont engagés sous la saillie extérieure des épingles, ramenés au dehors de la même manière et avec les mêmes précautions; l'opération s'exécute sans aucune autre modification. Vers le quatrième jour, on retire les épingles et les fils par le mode déjà indiqué; l'adhésion est obtenue (1).

Les avantages de cette nouvelle espèce de suture, qu'on pourrait nommer suture par implantation, ou simplement *suture implantée*, m'ont été démontrés par de nombreux essais sur les animaux. J'ai opéré principalement sur ceux qui se prêtent le mieux à l'expérimentation, les lapins et les chiens. Il serait sans intérêt de reproduire la narration particulière de chaque expérience. Je me bornerai à relater quatre exemples qui peuvent servir de type pour l'étude des effets de ce mode opératoire ; deux concernent les plaies longitudinales, deux les plaies transversales.

(1) Un accident arrivé au moment de mettre sous presse nous force de renvoyer au prochain numéro la publication des dessins qui devaient accompagner cet article.

1er cas. — *Plaie longitudinale de l'intestin. — Suture sur des épingles implantées. — Guérison en trois jours.* — Le 25 octobre 1850, je pris pour sujet de mes premières expériences un chien de taille moyenne, que je chloroformisai pour mieux l'immobiliser et pour lui épargner la douleur. Une incision pratiquée sur la ligne blanche donna issue à une portion d'intestin grêle, sur laquelle je pratiquai une incision longitudinale d'environ trois centimètres ; il s'échappa par la solution de continuité des gaz de matières alimentaires et un ténia dont je complétai l'extraction. L'entéroraphie fut immédiatement exécutée par le procédé précédemment décrit. L'intestin fut réduit et la plaie abdominale réunie par la suture entrecoupée. L'animal fut privé de nourriture ; le lendemain et les jours suivants, on lui donna du lait : il était abattu, mais ne paraissait pas souffrir vivement. Le troisième jour, excité sans doute par l'inflammation légère qui avait envahi la plaie, il la lécha avec obstination ; il y parvint en tiraillant les fils, il enleva lui-même les épingles. Cet accident n'empêcha pas la guérison ; car des adhérences s'étaient déjà établies ; la plaie abdominale se cicatrisa rapidement. Le chien, entièrement rétabli, mangeait comme à l'ordinaire, et je me disposais à le faire servir à une nouvelle expérience, lorsqu'il trouva moyen de s'évader.

2e cas. — *Plaie longitudinale de l'intestin. — Suture par adossement sur des épingles implantées. — Guérison prompte, vérifiée par l'examen du siége de l'opération.* — Le 27 octobre 1850, un jeune chien eut à subir une plaie en long de l'intestin grêle, qui fut réunie, aussitôt après, au moyen des épingles implantées dans ses bords et rapprochées par des fils ; la réduction de l'intestin ayant eu lieu aussitôt, et la plaie de l'abdomen étant fermée par quelques points de suture entrecoupée, l'animal fut abandonné à lui-même et soumis à un régime liquide. La guérison était complète au bout de six jours. Les épingles avaient été retirées le quatrième ; j'avais eu quelque peine à les extraire, à cause d'une hernie épiploïque qui s'était faite sous la peau au point de section de la ligne blanche. Quinze jours après l'opération, le chien fut sacrifié. Des adhérences nombreuses et solides étaient organisées au niveau de la plaie de l'intestin. La réunion était faite par la face séreuse. Dans sa cavité, quelques bourgeons charnus étaient encore interposés entre les deux lèvres de la muqueuse, qui se cicatrisaient isolément. Je conserve la pièce dans l'alcool.

3e cas. — *Plaie transversale de l'intestin. — Adossement sans invagination au moyen d'épingles courbes implantées et rapprochées par des fils. — Réunion complète.* — Le 30 octobre, je produisis chez un lapin l'issue d'une anse d'intestin grêle à travers une plaie de la paroi antérieure de l'abdomen, et je fis une section transversale presque complète de cette anse. L'entéroraphie par adossement des séreuses, au moyen d'épingles déliées, courtes et recourbées, implantées le long du bord de la plaie et rapprochées par des fils, fut aussitôt pratiquée, et l'intestin remis en place, les fils étant ramenés au dehors par les angles de la plaie abdominale. Le lapin, privé d'aliments pendant deux jours, en prit le troisième sans inconvénient. Le lendemain, les épingles furent extraites. Cinq jours après, et lorsque la cicatrice de la plaie abdominale était obtenue, l'animal fut sacrifié. L'anse intestinale qui était le siége de la lésion fut trouvée complétement libre ; la continuité de l'intestin était parfaitement rétablie ; aucun épanchement ne s'était fait dans le péritoine, et cette membrane ne présentait aucune trace d'inflammation ailleurs que dans le point où s'était établie l'adhérence réparatrice de la solution de continuité. Cette pièce est conservée dans l'alcool.

4e cas. — *Section transversale complète de l'intestin. — Réunion au moyen de la suture sur des épingles courbes implantées. — Soudure prompte des bords de la plaie.* — Le 16 novembre 1850, sur un jeune chien préalablement chloroformisé, j'attirai une anse d'intestin grêle par une plaie abdominale, et j'en fis la section complète en travers avec des ciseaux. Pendant que je disposais les moyens unissants, les bords de chaque bout intestinal se renversèrent fortement en dehors en faisant saillir la muqueuse ; en même temps, l'intestin se resserra et expulsa spontanément les matières qu'il contenait. Je ne tardai pas à placer les épingles incurvées garnies de leurs fils extracteurs. Deux épingles placées sur chaque bout traversèrent leur tissu à 2 millimètres du rebord, de manière à laisser sur chaque demi-circonférence des bouts intestinaux deux ponts métalliques et, par conséquent, de façon à pouvoir placer quatre fils ; ceux-ci furent aussitôt engagés sous les portions libres des épingles et convenablement serrés. Je mis un soin particulier à refouler avec l'olive d'un stylet les bords de la plaie vers la cavité intestinale, de manière que les surfaces séreuses seules fussent en rapport. Les fils destinés à entourer les épingles, choisies d'une couleur noire afin de pouvoir mieux les reconnaître, furent dirigés vers l'angle supérieur et les fils unissants vers l'angle inférieur de la plaie abdominale, qui fut elle-même réunie par quelques points de suture entrecoupée.

L'animal, nourri avec du lait et du bouillon, ne prenait guère que ce dernier et même en petite quantité. Le quatrième jour, en léchant sa plaie, il entraîna les fils et les épingles, que je trouvai sur sa couche. La réunion des séreuses ne s'en était pas moins faite. J'examinai l'état des parties huit jours après l'opération ; la continuité intestinale était exactement rétablie ; à l'exception d'un léger pertuis correspondant à la plaie des parois abdominales avec lesquelles l'anse intestinale avait contracté des adhérences.

Ces résultats de chirurgie expérimentale ont été confirmés par d'autres essais du même genre. Ceux à l'énoncé desquels j'ai cru devoir me borner permettent d'attendre des avantages réels du nouveau mode de suture.

La suture implantée peut se ranger à côté de celles qu'on met en pratique sous les noms de suture entrecoupée, entortillée, enchevillée, et rendre des services particuliers dans tel ou tel cas que je n'ai pas actuellement l'intention de spécifier. Appliquée à la réunion des plaies intestinales, elle me paraît présenter des avantages de plusieurs ordres. Je les considérerai sous le rapport de la simplicité de l'exécution opératoire, du mode d'action, de la facilité avec laquelle on détache de l'intestin les moyens qui servent à la suture, enfin de la sécurité du résultat.

A. Sous le rapport de l'exécution opératoire, on ne saurait méconnaître que la suture par implantation est plus facile ou plus prompte que la plupart des procédés connus, et notamment que les sutures à points séparés en surjet, à points passés et en piqué ; l'intestin se laissant traverser facilement par des épingles déliées, il ne faut que très peu d'instants pour faire sans désemparer à chaque lèvre de la plaie quelques piqûres en sens opposé, en laissant l'épingle dans le trajet qu'elle a parcouru. La seule précaution à observer consiste à disposer bien parallèlement la portion non engagée qui sert de support aux fils. Quant à ceux-ci, on les passe facilement sous le petit pont métallique, en leur frayant le passage à l'aide d'un stylet mousse et delié. La constriction, le triage des fils pour se reconnaître après la suture abdominale n'exigent aussi que très peu de temps, en sorte qu'on peut dire que l'exécution matérielle de cette suture est la plus courte et la plus facile de toutes celles qu'on a proposées pour les plaies intestinales.

B. En ce qui concerne le mode d'action, la suture implantée tend exactement au but qu'on se propose. La manière dont le rapprochement se fait avec les épingles opère un adossement nécessaire des surfaces séreuses. Lorsque les épingles sont rapprochées, si quelque portion du bourrelet muqueux fait saillie dans leur intervalle, elles fournissent un pont d'appui au stylet mousse pour le refouler en dedans et en augmentant un peu la constriction ; le renversement de l'intestin au dehors, contre lequel on a quelquefois à lutter avec peine dans les autres procédés, ne peut plus avoir lieu ; le rapprochement des surfaces séreuses qui doivent adhérer se fait dans toute l'étendue de la plaie, aussi bien dans l'intervalle des fils qu'au niveau de leur application. A ce point de vue, notre suture se rapproche de la suture enchevillée, dont elle présente les avantages. Il en résulte l'impossibilité d'un épanchement de matière dans la cavité péritonéale. Dans les plaies longitudinales, la réunion est droite et linéaire ; dans la plaie transversale, l'incurvation donnée aux épingles permet à la réunion de s'accomplir sans gêner le cours des substances qui parcourent la cavité intestinale. Aussi ne se montre-t-elle pas moins efficace que lorsqu'on emploie l'invagination, opération qui réclame la distinction, quelquefois difficile, du bout supérieur et du bout inférieur. A plus forte raison, elle permet de se passer de ces corps étrangers jugés nécessaires pour soutenir les parois de l'intestin et abandonnés ensuite dans sa cavité. Enfin, la présence des épingles est une cause suffisante d'inflammation, et cette inflammation, excitée dans une direction invariahle et dans une étendue très limitée par la pression linéaire des épingles, concentre les effets adhésifs sur les points où il est nécessaire qu'ils se produisent sans s'exposer à leur extension. Dans aucun cas, je n'ai obtenu de péritonite étendue au delà du siége de l'opération, ni de suppuratiou dans le trajet des épingles. Chez plusieurs animaux, l'anse intestinale avait contracté des adhérences avec les anses voisines ou avec les parois abdominales.

C. Envisagée sous le rapport de l'*extraction des moyens unissants,* lorsque les effets de l'opération sont obtenus, la suture sur des épingles implantées présente des avantages particuliers. A l'aide des fils extérieurs, dont une extrémité est attachée sous la tête des épingles, on enlève celles-ci promptement, et aussitôt tous les autres liens deviennent libres. Ce temps de l'opération exige que l'on tire les fils en ayant égard à la direction des épingles et par conséquent dans un sens différent, suivant qu'il s'agit de plaies longitudinales ou transversales. Les fils unissants, ayant alors perdu leurs points d'appui et ne traversant pas eux-mêmes l'épaisseur du tissu intestinal, sont retirés sans le moindre obstacle. On n'est exposé ni à tirailler les lèvres de la plaie, comme dans les sutures où le fil engagé dans l'épaisseur de l'intestin ne peut en être extrait qu'avec peine ou au prix de certains inconvénients, ni à laisser dans la plaie des fils abandonnés à l'inflammation éliminatrice, avec l'espoir plus ou moins fondé qu'après avoir coupé le tissu qu'ils embrassent ils tomberont dans la cavité intestinale. Après la suture par implantation, on peut enlever les épingles à la fin du troisième jour ou au quatrième au plus tard. Le travail phlegmasique est ainsi limité au degré plastique, et les adhérences déjà produites achèvent de s'organiser à l'abri des chances de suppuration.

D. En dernier lieu, et pour ce qui concerne la sécurité du résultat, elle peut être logiquement déduite des considérations qui précèdent. Il est évident, en effet, que les conditions les plus régulières de l'adhérence des séreuses sont remplies, puisque l'adossement se fait également dans tous les points de la longueur de la plaie, que les épingles retenues dans l'épaisseur des tissus et assujetties d'ailleurs par les fils ne peuvent ni se détacher, ni tomber dans la cavité intestinale, où leur tête les empêche de pénétrer. Les chances d'épanchement de matières sont évitées ; enfin, les fonctions de l'intestin ne sauraient être compromises, car le bourrelet intérieur produit par l'adossement fait une saillie qui, ne dépassant guère le niveau des valvules conniventes, ne peut apporter aucun obstacle réel au cours des matières. Jugée sous le rapport de ses résultats matériels, je voudrais dire pratiques, l'entéroraphie au moyen des épingles ne me paraît pas plus dangereuse que toutes les autres méthodes. Parmi les animaux, au nombre de dix, qui ont servi à mes expériences, quelques-uns sont morts, trois lapins et un chien ; mais on apprécie sans peine ce qu'il y a de complexe dans cette question, car ici les causes de la léthalité résident bien plus dans la lésion qui exige l'opération que dans l'opération elle-même. Il résulte d'ailleurs du relevé de mes expériences concernant l'application du nouveau mode de suture que les animaux atteints de plaies intestinales ont succombé malgré la suture et non par l'effet de celle-ci ; car sur aucun je n'ai rencontré ni inflammation phlegmoneuse de l'intestin, ni traces de suppuration, ni épanchement stercoral, que l'action irritante ou l'infidélité des moyens d'union auraient dû produire.

Je regrette de n'apporter dans l'appréciation du nouveau mode d'entéroraphie aucun fait relatif à des plaies du canal intestinal chez l'homme. J'aurais attendu d'en contrôler la valeur au *criterium* de la pratique chirurgicale, si des circonstances particulières ne m'avaient engagé à donner une prompte publicité à mes essais. Je n'en suis pas moins convaincu que le procédé est efficace, et tout en gardant la réserve nécessaire lorsqu'il s'agit de transporter l'application d'une idée du champ de la physiologie expérimentale dans celui de la chirurgie agissante, je ne crois pas déroger aux règles d'une saine induction en avançant qu'il est rationnel de tenter chez l'homme l'application dont je parle. C'est un fait acquis que l'expérimentation des opérations chirurgicales sur les animaux éclaire et rationalise les essais, qu'en raison de leur innocuité probable ou de leur caractère progressif, on est autorisé à tenter chez l'homme. L'institution de ce genre, de cette source de conviction, avait déjà des partisans dans le siècle dernier, et Guattani s'était proposé de fonder ce qu'il nommait la *chirurgie comparée*, pour agrandir et perfectionner la chirurgie humaine. Ce qui ne fut qu'un projet pour Guattani a pris un caractère plus sérieux dans ce siècle, où l'expérience, tout en déviant quelquefois, n'en a pas moins donné à ses services de grandes et belles proportions. Des membres de l'Académie de Médecine ont justement vanté la chirurgie expérimentale, et en ont démontré la valeur pour la solution de questions très variées. Mais pour nous borner au sujet qui nous occupe, n'est ce pas à l'aide l'expérimentation préalable sur les animaux que la méthode de M. Jobert s'est créé des droits pour entrer dans la pratique ? Tous les procédés qu'elle a fait naître n'ont-ils pas été d'abord jugés à la même épreuve ? Il me suffit donc d'avoir vérifié l'efficacité de l'application du moyen dont j'ai tracé la description pour pouvoir en proposer l'examen, et, s'il y a lieu, l'adoption. Eclairé par les faits et les considérations qui précèdent, je me crois autorisé à conclure :

1° Que l'entéroraphie par adossement des séreuses au moyen d'épingles implantées parallèlement aux lèvres de la plaie et rapprochées par des fils est un procédé d'une exécution rapide et facile ;

2° Qu'en exerçant une pression linéaire égale et non interrompue sur toute l'étendue des lèvres de la plaie, elle remplit très exactement les conditions d'adhérence ;

3° Qu'elle est applicable aux plaies longitudiuales et transversales du tube intestinal ;

4° Que, dans ce dernier cas, elle dispense de l'invagination des bouts intestinaux, et que, par l'incurvation des épingles se regardant par leur concavité, elle conserve le calibre de l'organe sans les inconvénients des cylindres, ou viroles, destinés à empêcher la diminution ;

5° Que lorsque ses effets sont produits, les éléments de l'appareil unissant peuvent être enlevés plus facilement et avec moins d'inconvénients que dans tout autre procédé ;

6° Que le but est atteint dans ce sens que la suture implantée réunit exactement et promptement la plaie, respecte non-seulement le calibre de l'organe intéressé, mais encore, en ne donnant que très peu de relief au bourrelet interne, empêche l'issue des matières intestinales, n'excite que le degré d'inflammation nécessaire à la réunion, et n'affaiblit ces avantages par aucun danger spécial.

DE LA PRÉSENCE DE PETITS GRAINS ALBUMINEUX

DANS LA MATIÈRE SÉMINALE,

considérés par M. Demeaux comme un mode particulier d'altération de cette liqueur.

Par M. Perrin, D.-M.-P.

M. Demeaux, dans le numéro du 7 octobre de la *Gazette des Hôpitaux,* a publié une note sur une altération particulière de la matière séminale, et consistant dans la présence dans cette matière de petits grumeaux albumineux d'une forme régulière.

Cette altération, selon l'auteur, serait assez fréquente, et offre cela de précieux, qu'elle peut être constatée avec la plus grande facilité à l'œil nu, et sans le secours d'aucun instrument d'optique, ni d'aucun réactif chimique.

Nous avons eu nous-même l'occasion de constater dernièrement le genre d'altération signalée par cet habile observateur. C'était chez un de nos malades, âgé de trente ans, célibataire, ayant eu à l'âge de vingt ans une première blennorrhagie, et une seconde à l'âge de vingt-huit ans, qui se compliqua d'un rhumatisme articulaire aigu avec orchite concomitante. Chez lui, les fonctions génitales ont depuis plusieurs années éprouvé un affaiblissement marqué. Leur trouble consiste dans cette série de dérangements fonctionnels de la reproduction, si bien décrits, si bien analysés par M. Lallemand, et qui accompagnent les pertes séminales diurnes involontaires. Ainsi, le premier symptôme de la maladie, celui qui persiste encore aujourd'hui, c'est une diminution notable dans l'énergie et la durée des érections. L'éjaculation, au contraire, se fait avec une promptitude désespérante, et est immédiatement suivie de flaccidité des organes. Les intromissions suivantes deviennent plus laborieuses, quelquefois impossibles à la troisième ou quatrième fois, et sans que l'érection devienne jamais aussi complète qu'au début. Chez notre malade, qui affirme n'avoir jamais fait abus ni des femmes, ni des plaisirs solitaires, les pollutions nocturnes sont aussi rares que chez l'homme le plus robuste. Quant aux pollutions diurnes, elles ne se montrent qu'à de

longs intervalles, et exclusivement à la suite des efforts de garde-robes, et *jamais* après l'émission des urines. Jusqu'à présent le reste de l'économie n'a pas été notablement influencé par ce désordre local et modéré des fonctions génératrices.

La matière séminale d'une pollution volontaire reçue dans un verre à pied préalablement rempli d'eau, s'est immédiatement précipité au fond du liquide. Par l'agitation, à l'aide d'une baguette de verre, le dépôt spermatique s'est divisé à l'infini, en imprimant au liquide une réaction chimique légèrement alcaline, et une teinte faiblement lactescente. A travers la transparence du verre et du liquide, il était facile de constater la présence de nombreux *granules spermatiques*, qui nous ont offert les caractères suivants.

La forme de ces corps, décrite par M. Demeaux, et qu'il compare à celle d'un rein humain, c'est-à-dire d'un ellipsoïde avec deux faces convexes, un bord semi-lunaire formant sur un des côtés une espèce de hile auquel adhère ordinairement un petit filament qui se confond avec le reste du liquide, ne nous a pas paru très exacte. La forme de ces granules spermatiques, sans être toujours régulière et constante, était celle d'une lentille, mais à surfaces très inégalement convexes, c'est-à-dire que l'une des faces était presque plane, tandis que l'autre offrait une concavité très marquée. Quelques-uns de ces granules étaient parfaitement cylindriques, et l'un d'eux, surtout par sa forme, son volume, le poli de ses contours, rappelait à merveille la figure faiblement réduite d'un œuf de fourmi. D'autres, qui nous offraient manifestement l'aspect reniforme signalé par M. Demeaux, nous ont semblé n'être que les grumeaux cylindriques précédents dont les extrémités étaient recourbées sur elles-mêmes et agglutinées entre elles de manière à simuler assez bien la forme d'un rein. Nous avons pu en effet, en plaçant l'un d'eux sur notre ongle, et à l'aide d'une épingle mousse, redresser ses extrémités et lui rendre sa forme cylindrique première. Il y en avait enfin d'autres à forme irrégulière, à volume très variable, et dont on peut se faire une idée suffisante en les comparant à de petits grains de riz ou de semoule.

Demi-transparents et d'une coloration d'un blanc légèrement ambré, ils deviennent opaques et d'une couleur jaune plus marquée si on les soumet à l'action de l'acide nitrique. Exposés à l'air, ils abandonnent promptement l'eau qu'ils renferment, se racornissent, et adhèrent fortement à l'objet sur lequel on les a déposés. Leur consistance est égale à celle de l'albumine cuite du blanc d'œuf, ou encore à celle des couches périphériques du cristallin.

Nous ne sommes pas parfaitement convaincu que ces granules spermatiques n'aient été déjà signalés par d'autres observateurs, et en particulier par M. Lallemand, dont M. Demeaux vante avec tant de raison le beau livre sur les pertes séminales involontaires.

Ainsi, en parlant de l'écoulement spermatique qui a lieu chez les malades au moment des garde-robes, ou quand ils viennent d'uriner, M. Lallemand s'exprime en ces termes : « ..... Lorsqu'ils ont uriné on voit rouler au fond du vase de petites granulations, de volume variable, demi-transparentes, irrégulièrement sphériques, assez semblables à des grains de semoule..... » « On ne peut confondre les granulations avec aucun sel urinaire, parce qu'elles se montrent avant le refroidissement, parce qu'elles sont molles et n'adhèrent jamais aux parois du vase. »

Voilà ce qu'on peut lire dans l'ouvrage de M. Lallemand. Il est évident que ces granules spermatiques, que ces grumeaux albumineux ont été déjà constatés; mais jamais, il est vrai, avec autant de détails que par M. Demeaux, ni dans les mêmes circonstances.

Nous bornerons notre communication à cette simple expression du fait morbide. Nous verrons avec intérêt M. Demeaux, dans les publications ultérieures qu'il a promises aux lecteurs de ce journal, agiter les importantes questions de physiologie pathologique que chacun pressent à l'occasion de faits aussi curieux que ceux qu'il nous a signalés, et qu'il ne nous a encore fait connaître qu'en partie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 février 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Corps étrangers dans la vessie.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie un mémoire imprimé depuis longtemps (1840), dans lequel se trouvent figurés des instruments qui remplissent mieux que celui de M. Courty le but auquel celui de ce chirurgien est destiné.

Tubercules.

MM. Chevallier et Lassaigne déposent une note sur la composition chimique de tubercules trouvés dans les intestins, le foie et le cœur d'un cadavre. Nous publierons cet intéressant travail.

Accouchement forcé.

M. Bernier, de Romorantin, adresse une observation d'accouchement forcé nécessité par une éclampsie.

Fièvres intermittentes.

1° M. Barby, médecin ordinaire aux ambulances de la division d'Alger, envoie un mémoire sur l'emploi d'un mélange de poivre cubèbe et d'oléo-résine de copahu, comme succédané du quinquina. Il résulterait de ce travail que le mélange en question guérit les *maladies à quinquina* 95 fois et 1/2 sur 100.

2° M. Mouchet adresse des observations desquelles il conclut que l'acide arsénieux à la dose de 1/20 à 1/2 grain ne jouit d'aucune efficacité contre les fièvres intermittentes.

Discussion sur le goître et le crétinisme.

La parole est à M. Ferrus pour répondre aux divers orateurs qui ont cherché à réfuter les idées qu'il défend dans son mémoire. Nous sommes obligés de nous borner à reproduire les passages suivants de son discours :

Dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai dit que mon intention n'avait point été de faire une monographie du crétinisme, et quant à la question des eaux, « qu'il ne fallait pas devancer les faits que je me bornais à en réclamer de nouveaux, et à demander l'examen des assertions récemment produites. »

Je n'ai, en conséquence, poursuivi qu'un but, celui d'appeler la discussion sur cet important sujet, en exposant des convictions scientifiques que pouvaient modifier les révélations et les points de vue nouveaux apportés par cette discussion même. J'ai enfin demandé que, quelles que fussent les vraies causes auxquelles est due la production du goître et du crétinisme, on adoptât une mesure dans tous les cas nécessaire, la séquestration des crétins avancés, afin de délivrer ainsi certaines populations d'un fléau hideux dans ses formes et terrible dans ses effets.

L'intervention de l'Académie me semblait d'autant plus opportune, que le gouvernement se trouvait saisi de la question. Le ministère de l'instruction publique et celui de l'intérieur s'en préoccupaient, et déjà, par suite de la publicité qui s'est attachée à nos discussions, il est venu des localités où sévit le crétinisme des demandes de séquestration en faveur des malheureux qui en sont atteints.

Comme il ne s'agit pas ici, pour aucun de nos honorables collègues ni pour moi, d'un intérêt de personnalité et de doctrine, mais d'un intérêt de vérité, que nul ne peut à bon droit prétendre avoir dit le dernier mot dans une telle question, je dois donc me féliciter que mon appel ait été entendu, et que déjà M. Bouchardat, dans une brillante argumentation, et M. Rochoux, sous une forme qui lui est propre, en aient fait le sujet d'un débat public.

Messieurs, avant d'entrer dans la discussion purement scientifique, de signaler les divergences qui séparent mes opinions de celles de M. Bouchardat, et d'essayer de prouver, ce qui peut-être sera facile, qu'il y a plus de verve incisive que de sérieuse réalité au fond des objections de M. Rochoux, je me plais à constater que mes propositions et mes conclusions n'ont été ni ébranlées, ni contredites par les argumentations de l'un et de l'autre. M. Bouchardat, en particulier, a conclu comme j'avais conclu moi-même; seulement, il a circonscrit ma pensée à un point spécial, en se bornant à demander que l'Académie, par les moyens dont elle dispose, fît étudier la constitution géologique des terrains et la nature des eaux potables dans les localités à goître et à crétinisme endémiques.

A la vérité, M. Bouchardat n'a point parlé de la séquestration des crétins. Il serait même permis de croire qu'il juge cette précaution superflue, si l'on prenait à la lettre les paroles où il dit « que les causes du crétinisme agissent progressivement, commençant par ébranler l'économie normale, spécifique qui se transmet par hérédité et se dégrade de plus en plus, jusqu'à ce que, grâce à une heureuse prévoyance de la nature, cette race déchue s'éteigne par infécondité. »

Il est clair que, s'il en était ainsi, on n'aurait qu'à laisser agir la nature et à se confier à sa prévoyance. Malheureusement, s'il était vrai que les crétins très complets soient inhabiles à se reproduire, il ne l'est pas moins que les semi-crétins et les crétineux sont fort aptes à alimenter cette hérédité funeste, et que, comme le reconnaît M. Bouchardat, en admettant une progression dans le développement de cette maladie à travers les générations, quand un crétin meurt par infécondité, il s'en forme beaucoup d'autres par propagation crétineuse.

De même, M. Bouchardat a rejeté sans raison suffisante cette influence de l'atmosphère que j'ai essayé de placer à toute la hauteur des questions d'hygiène, non sans m'exposer aux anathèmes de M. Rochoux, pour quelques expressions hardies empruntées à M. Dumas, lequel a dit dans ses belles leçons de statique, en parlant de l'influence respective que les animaux ressentent : « Que ce que les uns donnent à l'air, les autres le lui reprennent; qu'enfin, à considérer ces faits au point de vue le plus élevé de la physique du globe, on pourrait dire qu'en ce qui touche leurs éléments vraiment organiques, les plantes et les animaux dérivant ou dépendant de l'air ne sont que de l'air condensé. »

M. Bouchardat a traité de la même façon négative les questions d'insolation, de hauteur des lieux, de configuration, de direction des vallées, d'électricité et d'insalubrité de l'habitation. A l'occasion d'améliorations obtenues dans la Maurienne par le percement d'une route de premier ordre, il a fait remarquer que ces avantages s'expliquent en ce que cette route, amenant beaucoup d'habitants nouveaux, a pu changer ou modifier les conditions fondamentales de la nutrition, donner au commerce la facilité d'importer des aliments usuels, céréales, vins, animaux alimentaires, plantes et condiments renfermant des principes qui s'opposent à l'effet nuisible des eaux potables.

J'ajouterai, pour mon compte, que les avantages obtenus ont pu se rattacher concurremment à l'accélération du mouvement commercial, à l'instruction primaire et à l'extinction des préjugés régnants.

Mais peu m'importe que l'amélioration ait été obtenue par une cause ou par l'autre, qu'elle soit ou non due à un renouvellement de population et à une importation d'aliments étrangers aux localités!

Ce fait, ajouté à mille autres, établit, montre et prouve l'influence que les modifications locales et hygiéniques sont appelées à exercer directement ou indirectement sur la maladie qui nous occupe.

Rechercher la cause première, la cause prochaine, la cause essentielle des maladies, suivant l'expression même de M. Bouchardat, est sans doute une tentative fort louable. C'est le travail auquel je me suis permis, dans la question du crétinisme, de convier mes honorables confrères; mais, tout en s'y livrant, on ne doit pas oublier que presque toujours ces causes sont multiples, et qu'alors même qu'on a saisi avec une certaine précision la cause déterminante des maladies accidentelles, il reste encore à apprécier les conditions individuelles qui ont pu favoriser l'action. Il faut se souvenir que nous n'avons jamais pu découvrir la cause qui décide la formation des tubercules, du cancer, de la scrofule et du rachitisme; que c'est par de très rares exceptions qu'on a pu déterminer la cause alimentant la durée d'une affection endémique, et que, quand cette découverte heureuse s'est accomplie, c'est dans les dispositions locales, en tant surtout qu'elles pouvaient vicier l'atmosphère, qu'elle a été trouvée; qu'enfin, les maladies épidémiques puisent d'une manière constante dans les courants atmosphériques et dans certaines modifications de l'air, dont la nature est inconnue, mais dont l'action est incontestable, leur propagation rapide et leur mode de transmission.

J'ai dit dans mon mémoire que là où le goître existe il y a, sinon commencement de crétinisme, du moins tendance à cette affection. M. Bouchardat, allant plus loin dans cette corrélation dont il fait le lien de sa doctrine, montre dans le crétinisme le dernier terme de l'affection dont le goître serait souvent le premier degré.

Il faut être sincère, Messieurs, dans les discussions scientifiques, alors qu'on cherche à préciser un point indécis et à obtenir que tôt ou tard la lumière se fasse. Bien loin d'admettre plus intime la connexité du crétinisme et du goître après l'argumentation de M. Bouchardat, j'en suis au regret d'avoir exprimé l'opinion qu'il a reproduite et rendue sienne en l'exagérant. De nouveaux faits, des études nouvelles m'ont convaincu plus décidément encore que ce sont là deux formes d'affections distinctes; que le goître, fréquemment uni au crétinisme, en est pourtant complétement indépendant.

N'est-il pas vrai, comme je l'ai dit dans mon mémoire, que le goître se trouve fréquemment allié à une santé parfaite et à une intelligence supérieure?

N'y a-t-il point, par exemple, dans la Nouvelle-Grenade, qu'a citée M. Bouchardat d'après M. Boussingault, des provinces entières où le goître est très commun et le crétinisme presque ignoré?

Ce dernier fait a pour sanction le témoignage d'hommes habitant cette contrée du nouveau monde. Un savant illustre dans les Amériques du Sud, Jose-Francisco Caldas, directeur de l'Observatoire de Bogota, ami et compagnon d'études de M. de Humboldt, a fait ressortir cette particularité dans son ouvrage de l'*Influence du climat sur les êtres organisés*; réédité à Paris en 1849, dans le Samonario de la Nouvelle-Grenade, pages 150 et suivantes.

Ne sait-on pas, enfin, que tous les crétins ne sont pas goîtreux? Une dernière remarque, Messieurs.

M. Bouchardat, dont j'ai suivi l'argumentation avec intérêt, et avec lequel je suis heureux d'être plus d'une fois tombé d'accord, détruit, mais n'édifie pas. Il nous apporte la stérilité d'une négation, n'attache d'importance qu'à la seule question des eaux, tout en annulant, par son analyse même, la valeur respective des éléments chimiques qui les composent; il hasarde une sorte de croyance timide dans l'action du sulfate de chaux, et termine en quelque sorte, comme Montaigne, par un : « Que sais-je? »

Je ne suis pas, du reste, enclin à l'en blâmer, car le doute n'est fort souvent que de la sagesse; mais en matière scientifique, toutefois, le doute ne doit point aller jusqu'à un scepticisme radical, et à ce point de vue, j'en conviens, je préférerais l'opinion de M. Grange, ce dernier chimiste s'efforçant du moins de combler la lacune que sa doctrine creuse dans la science par une pensée digne d'examen, et qui a, quant à présent, le mérite de captiver l'attention.

Quant au sulfate de chaux, que M. Bouchardat serait enclin à substituer à la magnésie, je dois faire observer en passant que ce produit chimique semble plus innocent encore que les sels magnésiens, si l'on en juge du moins par l'innocuité de ses effets dans l'eau d'Arcueil, qui, d'après Thénard, en contient une notable proportion, et surtout dans l'eau des fontaines de Belleville et de Ménilmontant, qui, selon lui, fournissent à l'analyse 1,253 de ce sel par litre.

Pour agréer, en un mot, l'opinion de M. Bouchardat, il faudrait, selon l'expression de Fodéré, outrager la plus vénérable antiquité, renoncer à tout ce qu'enseigne une expérience journalière et tomber dans le néant.

Ce discours, vous ne l'avez point oublié, Messieurs, a été suivi d'une protestation contre les opinions que venait d'émettre M. Bouchardat. M. Caventou a demandé que l'Académie suspendît son jugement, et a cité, d'après M. Niepre, des faits en opposition avec ceux qui venaient de vous être présentés.

M. Guibourt en a rapporté, au contraire, qui semblent favorables aux nouvelles théories chimiques sur l'influence des eaux. Je ne saurais trop insister, pour mon compte, sur la nécessité d'étudier cette grave question. Au début de la dernière séance, vous avez entendu la lecture d'une lettre de M. Grange, qui, s'il ne saurait tomber d'accord avec nous sur la simultanéité d'action de plusieurs causes dans la production du goître et du crétinisme, n'entend pas non plus abandonner sa cause spécifique pour agréer celle de M. Bouchardat.

Il en résulte dès lors, Messieurs, que si, d'une part, les principes de la pathologie et les données en général de l'hygiène ne peuvent s'accommoder d'une opinion tirée de ce qu'on affecte d'appeler les sciences exactes et positives en opposition à celle que nous professons, de l'autre les chimistes éminents ne se réunissent dans une idée commune que pour marcher au moyen de l'analyse à la découverte du principe minéralisateur capable, suivant eux, de produire et de féconder le crétinisme.

Puisse un tel résultat venir mettre bientôt un terme à nos incertitudes! rien de précis malheureusement ne l'indique; rien dans cette discussion même ne le fait augurer. Plusieurs faits nouveaux et marquants, portés à ma connaissance depuis qu'elle est engagée, sont de nature encore à ébranler la théorie de M. Grange. Je ne citerai qu'un fait; il m'est personnel :

M. Grange, avec une obligeance à laquelle ma gratitude est acquise, a bien voulu placer sous mes yeux ses cartes géologiques. L'examen auquel il me conviait avait pour but d'établir, disait-il, une circonstance très concluante pour sa doctrine, c'est-à-dire l'entière concordance existant entre mes observations dans les Pyrénées et les notions qu'il avait recueillies, soit d'après M. Elie de Beaumont, soit par lui-même, sur la nature des terrains où mes investigations avaient porté.

Il m'a montré le sol sur lequel le village d'Andressein est assis et la vallée de la Belle-Longue (ravagés l'un et l'autre par le goître ou le crétinisme) formés de terrains dolomitiques et, suivant lui, par conséquent anagnésiens.

La ville de Castillon, où se rencontrent encore des goîtres et quelques idiots, est placée sur l'extrême limite des terres magnésiennes; enfin la vallée de Bethmall, où j'ai trouvé une si florissante population, échappait à la teinte orange qui accuse l'existence de la magnésie.

Jusque-là tout est au mieux; car d'après les indications de M. François, ingénieur des ponts-et-chaussées, cette vallée abrupte, mais si salubre, repose sur un sol graniteux des plus faciles à reconnaître. Toutefois, au centre même de cette vallée, j'ai signalé le village d'Arien, comme attaqué, sinon par le crétinisme, du moins d'une manière très notable par le goître. J'avais, du reste, pour mon compte, attribué son apparition insolite à la qualité des eaux potables, qui, avant de servir à la boisson des habitants, avaient traversé des terres cultivées.

Que conclure de ce fait? Dans ce village, élevé et salubre, habité par une population remarquablement belle, et situé à deux portées de fusil du village Dayet, qui se trouve jeté sur le même versant de la montagne, existerait-il quelques filons magnésiens?

Ces faits attendent et sollicitent de nouveaux éclaircissements.

Je me bornerai, pour le moment, à protester contre l'identité que M. Bouchardat s'est efforcé d'établir entre le goître et le crétinisme.

M. Baillarger, qui s'écarte en ceci de mon opinion, n'admet entre le crétinisme et l'idiotie que des degrés.

C'est une idée que je repousse. Les crétins et les idiots ne sau-

raient être confondus ni au point de vue symptomatique, ni au point de vue psychologique, ni au point de vue anatomique.

Sous le rapport symptomatique, car jamais l'intelligence n'a paru, chez les crétins les plus avancés, aussi radicalement absente que chez certains idiots de nos hospices. Toutes les descriptions auxquelles on peut ajouter foi, depuis Fodéré jusqu'à nos jours, prouvent, en les comparant avec impartialité, cette différence; elle est nettement établie par le docteur Guggenbühl; elle ressort avec évidence des détails fournis par la commission sarde, et s'il m'est permis de réclamer quelque confiance en mon opinion, je déclare qu'après avoir étudié avec grand soin pendant près de dix ans l'idiotie à Bicêtre, j'ai été frappé des dissemblances marquées que présentent les idiots ordinaires et les crétins.

Sous le rapport psychologique, car il n'y a pas, que je sache, d'exemple d'idiots sans langage revenant presque soudainement à l'intelligence et recouvrant une parole en quelque sorte parfaite.

Cette faculté des crétins m'a conduit à les rapprocher des stupides; elle m'eût encore porté anatomiquement à les réunir, si toute leur histoire d'ailleurs n'eût autorisé ce rapprochement. Les crétins ont, comme les stupides et la plupart des hydrocéphales, des phases d'améliorations brusques et fugitives, des rémissions inattendues.

N'est-on pas, dès lors, en droit de se demander qu'elle est, à l'exception de l'épanchement séreux, l'affection du cerveau, parmi celles rigoureusement décrites par l'anatomie pathologique, susceptible de laisser à la fonction de cet organe des intervalles lucides, tout en persévérant dans son action?

En un mot, j'ai voulu prouver que le crétinisme constituait un état pathologique parfaitement caractérisé, et j'ai considéré la question en dehors des phénomènes psychiques, non que ces phénomènes me parussent étrangers à l'état pathologique, mais comme s'y rattachant moins immédiatement que les symptômes tirés de l'état général de l'économie.

Je me suis appliqué à démontrer que la faiblesse, l'inertie, la torpeur des crétins était commune au cerveau et aux différents organes, et qu'elle dépendait pour tous de la bouffissure, de l'infiltration séreuse et de l'œdématie générale.

J'ai rappelé que l'état intellectuel des crétins témoignait d'une stupeur profonde résultant d'une compression du cerveau, et non d'une abolition complète ou partielle des facultés en rapport avec une altération organique très localisée.

Tous les observateurs qui ont pu examiner comparativement et à loisir des idiots et des crétins ont été frappés de cette différence.

Cette opinion m'a naturellement conduit à une appréciation du crétinisme qui reliât par analogie cet état à l'hydrocéphalie comme à la stupidité. Je pressentais du reste l'opposition qu'elle a rencontrée; mais c'était l'unique moyen qui me fût offert de rendre exactement ma pensée et d'appeler l'attention de l'Académie, sinon sur la cause immédiate du crétinisme, du moins sur ses phénomènes pathologiques les plus majeurs et les plus caractéristiques. C'est au même point de vue que j'ai, sous réserves, comparé le crétinisme à la stupidité et à l'hydrocéphalie.

Une quantité plus ou moins grande de sérosité accumulée dans les ventricules du cerveau ou répandue à sa surface constitue l'hydrocéphalie; mais nul n'a déclaré que cette accumulation dût être considérée toujours comme une hydropisie essentielle et n'être dans aucun cas l'effet d'une modification survenue dans la contexture de l'organe.

Cette romarque s'applique aussi directement aux crétins. On trouve sans doute pour eux, comme pour les idiots, une conformation vicieuse et même des lésions partielles du cerveau. Des faits empruntés à Roth et à Stahl l'ont établi; mais ce qui reste évident aussi, c'est ce que l'examen anatomique constate chez eux, presque toujours une quantité plus considérable de sérosité que l'état normal ne le comporte, soit que cette accumulation, pour eux comme pour les déments, certains idiots et imbéciles, suit consécutive à l'atrophie cérébrale, soit qu'elle résulte d'un état maladif particulier du cerveau dans l'enfance ou pendant la période fœtale, soit enfin qu'elle dépende exclusivement de la disposition de l'économie entière, laquelle détermine chez les crétins la bouffissure générale et l'œdème partiel.

Dans le mémoire que m'a obligeamment confié M. Andral et dont j'ai donné communication à M. Baillarger, le docteur Stahl a consigné 19 observations de crétinisme empruntées à d'autres auteurs ou qu'il a tirées de sa propre expérience.

Pour 8 de ces cas, l'autopsie n'a point été faite; parmi les 11 restants, Stahl signale en termes vagues un assez grand nombre de modifications anormales rencontrées dans la substance cérébrale: parties plus ou moins irrégulièrement développées, circonvolutions moins nombreuses et comme atrophiées, diversités dans la consistance qu'elles présentent; aucune de ces altérations ne constitue, toutefois, une véritable perte de substance, une destruction locale bien caractérisée, et elles ne se rattachent point l'une à l'autre par un lien d'uniformité. Il n'y a de constant que les anomalles dans la forme générale et que l'accumulation séreuse.

De ces deux dernières conditions, l'une est plus importante que l'autre, mais toutes deux se remarquent identiquement dans les différents cas d'hydrocéphalie.

Stahl remarque à l'égard de ses 11 autopsies qu'il a reconnu huit fois l'existence d'épanchements ventriculaires ou qui entouraient le cerveau. Le même fait s'est produit après l'autopsie incomplète d'un cas qu'il suppose hydrocéphalique. En une autre circonstance, il y avait épanchement sanguin autour du cerveau. Reste donc la onzième observation, qu'il ne serait que trop facile d'expliquer si le docteur Stahl, malgré son expérience éprouvée, avait pu commettre l'erreur que lui impute M. Baillarger, et s'il avait confondu les idiots et les crétins. Mais l'auteur auquel Stahl a emprunté cette observation ne peut-il avoir négligé de signaler l'existence d'une quantité anormale de sérosité attribuant, comme M. Baillarger, trop peu d'importance à cette condition anatomique?

Stahl termine au reste par ces mots: « Des *exsudations hydropiques* dans la voûte crânienne, se trouvant presque constamment unies aux anomalies que nous venons d'énumérer, elles *entourent tout le sensorium et remplissent les ventricules.* J'ai vu même les plexus choroïdes occupés par de grandes et nombreuses hydatides. Parmi les conséquences des *épanchements hydropiques*, on trouve assez souvent des ramollissements de parties qui sont baignées. »

Ailleurs Stahl affirme que beaucoup d'enfants meurent d'épanchements hydropiques dans le cerveau.

M. Baillarger, je l'avoue, me semble avoir fait trop bon marché d'autorités pareilles à celles que j'ai citées. Pour moi, on trouvera juste que je les apprécie, d'autant plus qu'elles sont en rapport direct avec mes observations personnelles. L'expérience éclairée par la discussion prononcera.

Quant à la difficulté d'appliquer ma proposition touchant l'opposition au mariage des crétins, cette difficulté ne serait pas plus grande pour les crétins que pour les aliénés ordinaires. Or l'article du Code est loin d'être toujours sans application et surtout sans utilité.

J'ai reconnu, avant M. Baillarger, que les crétins ne se continuent pas nécessairement par procréation, et qu'il est de nombreuses exceptions à cette filiation générative. Toujours est-il qu'on diminuerait par cette opposition le nombre des procréations crétineuses, ce qui constituerait déjà un avantage important.

M. Rochoux. Quand une opinion est fondée, il suffit d'un seul fait bien avéré pour la mettre hors de toute contestation; c'est ce qu'il me sera facile de faire relativement à l'identité qui, suivant moi, existe entre l'idiotie et le crétinisme, par le simple rappel de la ressemblance que présente l'anatomie pathologique de l'une et de l'autre affection.

J'ai emprunté au mémoire de M. Ferrus, qui lui-même l'a pris au docteur Stahl, tout ce que j'ai dit de l'anatomie pathologique des crétins. J'ai pris à M. Lehut ce que j'ai dit de l'encéphale des idiots. Eh bien! les lésions décrites par ces deux auteurs sont absolument les mêmes. Cependant, M. Ferrus cherche à établir une grande différence entre ces lésions, en assurant que chez les idiots on observe très souvent des lésions qui se trouvent rarement chez les crétins, telles que cicatrices, cavernes, indurations locales, atrophies circonscrites, etc. Or, j'ai rencontré nombre de fois, et décrit avec toute l'attention dont je suis capable, toutes ces lésions, et je n'ai jamais ouvert un seul cadavre d'idiot. Elles ne sauraient donc servir à distinguer l'anatomie pathologique de l'idiotie de celle du crétinisme. Par conséquent, l'identité anatomique des lésions dans les deux maladies est très nulle, et il me suffit d'ajouter que de ce fait établi découle la démonstration de l'opinion que j'ai soutenue par rapport au crétinisme et à l'idiotie.

M. Bouchardat. Quand j'ai dit que le goître et le crétinisme avaient des liens de parenté, que le premier est une tendance au second, c'est uniquement, bien entendu, du goître *endémique* que j'ai voulu parler. Je n'ajouterai rien à ce que j'ai dit de l'influence des eaux; c'est là un fait qu'il est on ne peut plus facile de vérifier; que la commission qui sera nommée le vérifie et, sur ce point au moins, nous saurons à quoi nous en tenir.

M. Delafonn. Il s'est agi dans la discussion du goître des animaux. Je ne sache pas que cette maladie ait jamais été décrite à l'état endémique en dehors de l'homme. Trois vétérinaires distingués en ont rapporté chacun un cas, chez le cheval, chez le bœuf et chez le chien.

M. Rainard, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, est le seul qui ait donné une description de goître, jusqu'à un certain point, endémique chez le chien.

« Le goître de l'espèce du chien, dit-il (compte-rendu des travaux de l'Ecole de Lyon pour 1835), est une maladie familière à cette espèce; elle affecte plus particulièrement les chiens d'arrêt et les carlins. A l'exception de *quelques-uns de ces animaux à tête grosse, à cou court, au corps et aux pattes peu développés, qui sont dans un état de stupidité comparable sous plusieurs points à l'idiotisme* et qui apportent cette maladie en naissant, les autres chiens ne la contractent qu'après le sevrage. Elle s'accroît avec l'âge, de telle sorte que, vers la vieillesse, elle devient un obstacle à la respiration et abrège la durée de la vie.

» Le traitement extérieur, tel qu'on le pratique pour l'homme, réussit fréquemment dans l'âge moyen de la vie. Il est fort peu avantageux pour les animaux âgés. Quant aux jeunes, depuis le sevrage jusqu'à deux ou trois mois, nous avons fait la remarque qu'il est suivi de la mort peu de jours après, même dès le *lendemain* de la disparition du goître. Les recherches cadavériques les plus minutieuses ne m'ont fait découvrir jusqu'à ce jour aucune lésion à laquelle on puisse attribuer la mort. »

Après la lecture de cette note, M. Delafond entre dans quelques détails sur les influences des eaux et des plantes contenant certains sels en trop grande proportion sur la santé des animaux, et, voyant que les eaux très sulfatées produisent de tout autres affections que le goître chez les animaux, il pense qu'on ne peut accueillir l'hypothèse de M. Bouchardat sur l'influence de ces eaux dans le goître chez l'homme. Il en est d'ailleurs de même des eaux et des plantes magnésiennes.

— Après le discours de M. Baillarger, que le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro, M. le président se dispose à mettre aux voix la nomination d'une commission et le renvoi aux ministres de l'intérieur et du commerce des documents produits dans la discussion, lorsqu'il est violemment apostrophé par M. Malgaigne et accusé, ainsi que M. Ferrus, d'avoir voulu faire accepter subrepticement à l'Académie une proposition contraire à tous les usages et probablement au règlement.

M. le président répond d'une manière très modérée à cette attaque; M. Ferrus y répond d'une manière un peu plus vive, et l'Académie adopte les deux propositions à l'unanimité, moins la voix de M. Malgaigne et celles de MM. Rostan et Moreau.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 février 1851. — Présidence de M. Rayer.

Nouveau genre de monstres doubles parasitaires de la famille des polygnathiens.

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire lit un mémoire sur un nouveau genre de monstres doubles parasitaires de la famille des polygnathiens, dont il propose de former un septième genre sous le nom de *desmiognathe* (Δέσμιος, attaché, retenu par un lien, et Γνάθος, mâchoire). Il s'agit d'une tête surnuméraire et très imparfaite qui est unie au sujet principal par des attaches musculaires cutanées, et non osseuses; mais ces attaches sont converties en un long pédicule ou cordon, à l'extrémité duquel la tête surnuméraire est suspendue et comme flottante. De plus, ce pédicule s'insère, non sous la tête, mais sous le col ou même sous la partie antérieure du sujet principal.

Par une de ces rencontres singulières dont il y a tant d'exemples en thératologie, cette monstruosité, qui paraît n'avoir pas encore été rencontrée, s'est produite presque simultanément il y a quelques mois sur deux points de la France. Un veau *desmiognathe* est né dans les derniers jours de mars 1850, près de Vannes; un autre sujet, c'était encore un veau, dans les premiers jours de septembre, à Neuville (Loiret). Tous deux se trouvaient bientôt après réunis à la ménagerie du Muséum. L'un d'eux, trop tôt séparé de sa mère, a bientôt succombé; mais l'autre, celui de Vannes, est encore vivant. Ces deux desmiognathes se ressemblent par les conditions générales et essentielles de la monstruosité; mais ils présentent des différences secondaires nombreuses qui sont énumérées avec détails dans le mémoire de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Monstre double monomphalien dans l'espèce ovine.

M. Eudes Deslongchamps présente une note relative à une monstruosité double observée sur deux agneaux, et qu'il décrit en ces termes: Les deux agneaux, situés parallèlement et regardant du même côté, sont soudés par leurs côtés correspondants, depuis la base du col jusqu'au bassin inclusivement; les deux têtes sont libres, égales et bien conformées. Il n'y a que deux membres pour le train de devant, un pour chaque frère, le droit pour le frère de droite, et réciproquement. Mais il y a quatre membres égaux et bien conformés pour le train de derrière; il y a aussi deux queues. Les colonnes vertébrales des deux frères sont situées parallèlement. Dans leur moitié antérieure, ces troncs sont soudés par leurs côtés, tandis qu'ils sont réunis par leurs faces abdominales dans leur moitié postérieure.

Il est résulté de ce singulier mode de coalescence que les quatre membres postérieurs ont pu se développer, puisque leurs points d'insertion au bassin étaient libres; mais il en a été autrement pour les membres antérieurs; deux seulement (un pour chaque frère) ont pu se développer, les deux autres ayant été rendus impossibles par la confluence des régions où ils eussent dû s'attacher.

Marche du choléra dans la Nouvelle-Grenade.

M. Lévi, dans une lettre adressée à M. Boussingault, donne des renseignements sur la marche géographique du choléra dans la Nouvelle-Grenade.

NOUVELLES.

Concours de la Faculté. — La seconde épreuve clinique a commencé lundi. Le sort a, pour la seconde fois, appelé M. le professeur Bouisson à passer le premier.

— Le concours ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la place de chef des travaux anatomiques vient de se terminer. M. A. Courty, professeur agrégé de cette Faculté, a été nommé à l'unanimité des suffrages.

— La chaire de botanique, à laquelle nous avons enfin obtenu de voir joindre l'enseignement de l'histoire naturelle médicale, va être mise au concours, dans notre Faculté de Médecine, le 1er avril prochain. Les docteurs en médecine qui voudront se présenter à ce concours doivent se faire inscrire avant le 1er mars.

— Nous avons reçu de M. Boudeville une lettre que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 22. — SAMEDI 22 FEVRIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 22. — SAMEDI 22 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Des granulations utérines.

Parmi les instruments utiles que la chirurgie française a ressuscités des anciens, le *speculum uteri* doit être mentionné avec éloge, à cause du grand nombre d'affections qu'il nous a permis d'étudier. Les maladies de l'utérus sont nombreuses, et celles du col en particulier présentent un intérêt spécial. Quelquefois on rencontre sur cet organe des taches d'un jaune-blanchâtre, grandes comme une lentille, saillantes, inégales, et renfermant une matière tantôt caséeuse et tantôt purulente. D'autres fois ce sont des taches rouges sans saillie, disséminées à la surface du museau de tanche; enfin dans quelques cas on observe sur l'orifice utérin ou dans son pourtour de petites végétations molles d'un rouge-vif semblables à des pépins de poire pédiculés. Elles échappent au toucher par leur mollesse; le spéculum seul fait constater leur présence. Toutes ces affections sont bien distinctes de celles que nous allons étudier, et qui, connue sous le nom de *métrite granuleuse, affection granuleuse de l'utérus,* porte aussi celui de *granulations utérines*, nom qui, lui-même, n'est pas bien choisi.

Voici un fait observé à la clinique, qui nous servira de point de départ pour nos considérations générales.

Le 9 novembre 1850 est entrée au n° 29 *bis* de la salle Saint-Bernard une femme de vingt-neuf ans, chaussonnière de son état, qui présentait une affection utérine. Aucune cause n'expliquait la maladie, dont le début datait déjà de cinq ans et demi. Une leucorrhée assez abondante et des douleurs au bas-ventre furent les premiers symptômes observés; on avait appliqué un pessaire; mais cet appareil, étant creux au centre, n'agissait pas sur la partie où la maladie débute constamment, c'est-à-dire sur l'orifice utérin lui-même. Cette malade avait eu déjà plusieurs enfants, et on sait que la grossesse semble disposer aux granulations utérines.

Elle était accouchée pour la troisième fois depuis quatre mois seulement lors de son entrée, et se plaignait de douleurs lombaires assez vives. La leucorrhée était devenue plus abondante, et depuis trois semaines il se faisait par le vagin un écoulement de sang continu, mais peu considérable. La malade éprouvait en outre de la pesanteur au fondement et des tiraillements de la face quand elle était debout, et présentait quelques indices d'appauvrissement du sang. Son caractère, disait-elle, était devenu très irascible.

Le toucher fit constater que l'orifice utérin, un peu entr'ouvert, n'était pas lisse comme à l'état normal; il offrait la sensation que donne la pression sur du velours d'Ulrech, c'est-à-dire qu'il était inégal et dépressible, sensation rendue en disant qu'il était *tomenteux*. Cette sensation ne se percevait que dans un espace de deux lignes à peu près; mais l'examen au spéculum permit de constater que la maladie était plus étendue: on apercevait une tache rouge-vif, limitée, saillante, inégale, de neuf lignes de diamètre à peu près; tandis que le reste du col présentait la couleur blanc-rosé normale. Nous avons fait à cette malade huit ou dix cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent; déjà la tache rouge a perdu de sa couleur, et les bords tendent à revenir à la coloration blanc-rosé du reste du museau de tanche.

Les causes qui produisent l'état tomenteux caractéristique des granulations utérines, cette coloration rouge de la muqueuse qui revêt l'orifice utérin sont obscures. Quelques-uns, ressuscitant les théories d'irritation répétée, ont voulu que les excès de coït, la masturbation, la présence d'un pessaire, d'autres une imagination lascive, fussent la cause de cette affection; mais les conditions diverses des sujets chez lesquels ces granulations se sont présentées ont fait voir l'inanité de cette hypothèse.

L'inclinaison de l'utérus peut-elle exercer quelque influence par la pression du museau de tanche contre les parois vaginales? S'il en était ainsi, une des lèvres serait plus colorée que l'autre, et il est d'observation que la rougeur est ordinairement circulaire. On avait pensé que la diathèse herpétique pouvait être pour quelque chose dans la production de la maladie qui nous occupe. Mais il est constant que les affections herpétiques des organes génitaux de la femme commencent par la vulve, pour se propager ensuite au vagin et envahir même le museau de tanche. Le plus souvent on observe une leucorrhée au début, et plus tard une rougeur intense de la vulve diminuant vers le vagin, ou également pourpre sur toutes les parties.

Ainsi, l'affection herpétique s'étend de la vulve à l'intérieur; les granulations ne s'étendent même pas à tout le museau de tanche, elles sont limitées à l'orifice utérin et à son pourtour. On rencontre bien quelquefois sur le col de l'utérus des taches rouges disséminées ayant le diamètre d'une lentille, ou des saillies rougeâtres formées par des follicules développés; mais il est facile de les distinguer de l'affection qui nous occupe.

La syphilis peut-elle produire les granulations? On sait que l'ulcération et la perte de substance sont caractéristiques de cette affection, et nous avons dit qu'aucun de ces phénomènes n'existait ici. Les causes ordinaires des inflammations ne les produisent pas non plus; leurs causes sont donc obscures.

Examinées au spéculum, les granulations utérines se présentent sous la forme d'une tache rouge légèrement inégale à sa surface, mamelonnée, offrant l'aspect de grains de millet juxtaposés, circulaire ou en croissant incomplet. Elles n'affectent quelquefois qu'une seule lèvre du museau de tanche, surtout au début; cependant, le plus souvent, les deux lèvres sont malades. Dans quelques cas de déformation de l'orifice utérin, quand le diamètre antéro-postérieur de cet orifice est plus grand que le diamètre bilatéral, la tache peut présenter l'aspect de deux arcs de cercle placés bout à bout. Les bords sont le plus souvent bien tranchés; quelquefois cependant ils offrent de légères inégalités. L'étendue varie suivant l'ancienneté de la maladie; son diamètre est de cinq à dix lignes, mais jamais la surface entière du museau de tanche n'est envahie.

On rencontre très souvent entre les lèvres de l'orifice utérin un liquide visqueux, diaphane ou à peine opalin, ne présentant pas les caractères du pus; ce qui détruit encore la théorie de ceux qui voient une ulcération dans la maladie qui nous occupe; car s'il n'y a pas de pus, il n'y a pas d'ulcération. L'écoulement de ce liquide visqueux est ordinairement assez prononcé pour que, lorsque les femmes ne se garnissent pas, elles éprouvent un sentiment de froid le long de la cuisse, quelquefois il peut faire sur la chemise des taches blanchâtres de la grandeur de l'ongle, ou même arriver jusqu'à terre. Ce liquide se détache difficilement, même en frottant avec un bourdonnet de charpie ou de coton.

Le toucher ou le coït peuvent rendre la plaque granuleuse, saignante, de même que si le spéculum ou le nitrate d'argent viennent frotter trop fort contre la surface grenue, elle laisse échapper quelques gouttes de sang: il y a donc dans ces tissus une prédisposition spéciale à laisser échapper ce liquide.

Les sensations des femmes atteintes de granulations sont très obscures; elles éprouvent à l'hypogastre de la gêne plutôt que de la douleur, et un agacement général plus insupportable que des souffrances aiguës. Il existe cependant souvent des douleurs lombaires assez fortes. On saura qu'elles tiennent à une affection utérine si la malade n'éprouve pas, comme dans le lumbago, de la difficulté à se baisser et à se relever, et si les souffrances sont plus aiguës au moment des règles ou après une station debout prolongée. Ces douleurs lombaires s'étendent souvent jusques dans le sacrum, surtout dans les cas de déplacement de l'utérus, quelquefois enfin elles peuvent aller jusque dans les régions inguinales, les fesses ou la partie supérieure des cuisses. Ces douleurs augmentent par la marche ou la station debout.

Les granulations utérines sont généralement accompagnées de troubles menstruels caractérisées surtout par l'augmentation de la quantité du sang qui souvent sort en caillots, phénomène qui, avec l'existence de la leucorrhée, est presque caractéristique de la maladie. Dans l'intervalle des règles on observe quelquefois un peu d'écoulement sanguin.

Le coït est assez souvent peu douloureux, et cependant quelques femmes ont des appréhensions avant de s'y livrer. Quelques-unes sont inaptes à concevoir, et on comprend qu'il puisse en être ainsi, puisque l'orifice utérin est bouché par des mucosités visqueuses.

Outre les symptômes locaux que nous venons de mentionner, les granulations utérines occasionnent des perturbations dans le système nerveux ou les fonctions des viscères. Ainsi les fonctions digestives présentent les troubles qui accompagnent ordinairement la grossesse: tiraillements d'estomac, digestions laborieuses. L'ingestion des aliments n'augmente ni ne diminue la douleur épigastrique, qui n'augmente pas non plus à la pression; peu ou point, de vomissements. Il n'est pas rare de voir des femmes maigrir, marcher avec difficulté et douleur, manquer d'appétit, avoir des digestions moins faciles, et, s'il survient quelque hémorrhagie considérable, présenter des signes d'anémie ou de chlorose. Les

FEUILLETON.

Compte-Rendu

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR 1850.

Nous commençons aujourd'hui la publication du remarquable compte-rendu de M. Broca, en regrettant que son étendue nous oblige de nous borner à la partie exclusivement scientifique.

Après une brillante introduction, M. Broca, arrivant aux faits nouveaux ou curieux qui se sont produits au sein de la Société, s'exprime ainsi:

Anatomie et physiologie.

Les communications relatives à l'anatomie normale et à la physiologie n'ont pas été nombreuses cette année.

Je vous signalerai d'abord un fait négatif. Les faits négatifs ont aussi leur utilité. Malgré l'opinion de la plupart des auteurs, quelques anatomistes admettent des follicules dans la muqueuse de la vessie. Huschke, entre autres, affirme que ces follicules, très difficiles à voir à l'état normal, deviennent apparents dans certaines conditions pathologiques. Une pièce de M. Barth a pu faire croire un instant à l'existence de ces follicules. Un grand nombre de petites saillies arrondies et blanchâtres soulevaient la muqueuse vésicale et ressemblaient d'une manière frappante aux follicules clos de l'intestin (*Bulletin* de 1850, page 48). L'un de nous examina cette pièce avec M. Robin. Par une coïncidence singulière, une seconde pièce entièrement semblable à la première fut remise dans la même semaine à ces deux observateurs, et il fut aisé de voir, sous le microscope, que ces saillies étaient indépendantes de tout appareil glanduleux. Elles étaient dues à des accumulations de globules de graisse, et les parois de ces petites collections étaient entièrement privées du pavé épithélial qui tapisse la surface interne des follicules. Il est probable que ce sont des faits de ce genre qui ont fait admettre des glandes dans la vessie; et ces observations nous permettent de nier, jusqu'à nouvel ordre, l'existence de ces glandes.

Les ganglions lymphatiques de l'avant-bras ont échappé à la plupart des anatomistes. Quelques auteurs en ont parlé en passant comme d'une rareté, et se sont abstenus de toute description. M. Jules Dubois, en pratiquant sur le cadavre la ligature de l'artère cubitale, a eu la bonne fortune de rencontrer, le long de cette artère, un ganglion qu'une tuméfaction pathologique avait mis en évidence. Aussitôt, sur les indications de M. Valette, qui avait vu plusieurs fois des ganglions invisibles rendus apparents par l'inflammation, notre collègue entreprit l'étude de ce membre malade. A l'aide d'une dissection habile, il découvrit successivement cinq ganglions le long des trois principales artères de l'avant-bras; il suivit la plupart des vaisseaux lymphatiques qui les reliaient entre eux. Au-dessous de l'épitrochlée, il trouva un grand nombre de ganglions, les uns sous-cutanés, les autres sous-aponévrotiques. Chose importante; car on n'avait parlé jusqu'ici que des ganglions superficiels; et cette nouvelle donnée anatomique est propre à influer sur le diagnostic des tumeurs sus-épitrochléennes. M. Jules Dubois nous a donné une description rigoureuse de tous ces ganglions; il nous a indiqué leur volume, leur nombre, leur siége et leurs connexions. Ce fait sera certainement utilisé plus tard. Si, au lieu d'indiquer vaguement l'existence fortuite des ganglions de l'avant-bras, les auteurs qui les ont rencontrés en avaient donné une description satisfaisante, nous saurions peut-être aujourd'hui s'ils n'existent que par anomalie, ou s'ils font partie de l'organisation normale.

A l'occasion d'un môle hydatique présentée par M. Pierre (p. 9), M. Lebert nous a exposé la structure des villosités du chorion. Ces villosités n'existent pas seulement à la surface du chorion, comme on le dit généralement. On en trouve dans toute l'épaisseur du placenta; elles sont creusées d'une petite cavité que tapisse une couche d'épithélium pavimenteux, et que remplit un liquide transparent. La connaissance de cette structure normale a permis à M. Lebert d'adopter l'opinion de M. Cayla sur la formation des kystes placentaires, qui seraient dus simplement à la dilatation des cavités normales des villosités. Cette communication a donné lieu à une intéressante discussion sur la nature des môles hydatiques, et notre honorable président n'a pas cru devoir accepter l'explication adressée par M. Lebert.

Vous avez pu voir sur plusieurs pièces fraîches un faisceau musculaire non encore décrit, qui vient s'ajouter à la structure déjà si compliquée de la langue (mois de décembre). Ce faisceau large et mince se trouve sous la muqueuse de la base de la langue, entre le bord inférieur de l'amygdale et le bord externe du muscle lingual supérieur. L'auteur de la communication vous a proposé de donner à ce faisceau musculaire le nom d'*amygdaloglosse*. Il suffit de quelques coups de ciseaux pour le mettre en évidence, et pour se convaincre qu'il est également distinct du muscle glosso-staphylin et du muscle pharyngo-staphylin. Il se distingue aussi par la direction de ses fibres du faisceau lingual du constricteur supérieur.

Le volume de la rate pendant la digestion stomacale a donné lieu à des opinions contradictoires. Haller pensait que ce volume diminue, tandis que les modernes admettent qu'il s'accroît. L'autopsie d'un individu mort d'indigestion nous a montré que sa rate était flétrie et décolorée. Une faible injection d'eau dans l'artère splénique a aussitôt doublé le volume de cet organe. Ce fait semble donc venir à l'appui de l'opinion de Haller. A lui seul il n'a pas une valeur bien grande; mais il était bon de le consigner dans la science en attendant d'autres faits analogues (Nov.)

Anomalies et monstruosités.

Je ne vous signalerai pas les nombreuses anomalies qui ont été mises sous vos yeux, quoique plusieurs d'entre elles offrent un certain intérêt chirurgical; mais il en est deux que je ne dois pas passer sous silence, parce qu'elles se rattachent à une question plus élevée.

Lorsque les travaux de Harvey, de Malpighi, de Wolf et surtout de Needham eurent renversé la doctrine antique de la préexistence des germes, un vaste champ s'ouvrit à l'imagination des embryologistes; chacun s'efforça de découvrir les lois de la formation des organes, et la théorie des évolutions organiques parut. Il s'agissait de savoir quel était l'appareil primitif et régulateur autour duquel, par l'action duquel se développaient les autres parties du corps.

impressions physiques et morales sont vivement senties par ces malades, et le système nerveux est dans un état d'impressionnabilité dont le résultat est un caractère très irascible.

John Lacaze, élève des hôpitaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE L'INOCULATION

de l'ecthyma syphilitique, accident dit secondaire.

Par le Dr Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 18 février.)

Obs. III. — *Ulcérations ecthymateuses de la jambe droite. Inoculation* (1).

Salle 11, n° 26; entré le 30 octobre. Tempérament sanguin; constitution très robuste; embonpoint considérable. Vingt-quatre ans.

Ce malade eut des chancres il y a quinze mois. Traité par M. Vidal à la consultation de l'hôpital dès le début de son affection, il ne prit que vingt pilules mercurielles. Un autre médecin cautérisa les chancres. Il n'a pas eu d'engorgement ganglionaire plus prononcé que ce qu'on trouve aujourd'hui. Il ressentit des maux de gorge dans les premières semaines de son affection chancreuse; mais il y était sujet déjà auparavant. Pas de douleurs rhumatoïdes; pas de céphalée, pas d'alopécie. A gauche, on trouve un ganglion inguinal superficiel un peu développé, indolent. Le malade affirme qu'il l'a toujours trouvé ainsi. Derrière le sterno-mastoïdien droit, on rencontre un ganglion très développé qu'il portait également avant sa maladie vénérienne. On trouve les traces des chancres de chaque côté du frein: ce sont des cicatrices déprimées, sans induration. Blennorrhagie actuelle dont le début remonte à trois mois. Au devant de la malléole droite interne, cicatrice brunâtre résultant, au dire du malade, d'une ulcération produite par ses bottes, il y a trois mois. Remarquons qu'il portait ces bottes depuis très longtemps, et que jamais il n'en avait éprouvé la moindre gêne. Cette ulcération avait les mêmes caractères que celle qu'on trouve plus haut sur la jambe. Cette ulcération se cicatrise spontanément au bout de quinze jours. Sur le tiers moyen de la jambe droite en avant et sur la face externe existent cinq ulcérations couvertes de croûtes noires, épaisses, remontant aussi à trois mois. Ces ulcérations sont arrondies; une d'elles est allongée dans le sens vertical; elles sont profondes; les bords sont saillants, taillés à pic; un pus sanieux en recouvre le fond; une aréole d'un rouge foncé les entoure dans une étendue de 1 centimètre. On sent à peine de l'induration à leur base. Deux de ces ulcérations sont survenues après la chute d'une pièce de bois qui a déterminé une solution de continuité. Les autres ont débuté spontément par de petits boutons blancs. On trouve éparses sur la jambe quatre ou cinq petites pustules tout à fait semblables à des pustules d'acné. Les ulcérations dont nous venons de parler ont un demi-centimètre de diamètre.

Le 1er novembre 1850, inoculation sur la face antérieure de la cuisse droite de pus pris dans l'une des ulcérations que nous venons de décrire, une de celles qui ont succédé à des contusions. La piqûre fut pratiquée au moyen d'une lancette qui avait été soigneusement nettoyée avant de servir à l'inoculation qui fait le sujet de cette observation. Le point inoculé fut recouvert d'un verre de montre. — Eau iodée, 50 gram.; calomel et jalap, 1 gramme; pansement des ulcérations avec des bandelettes de Vigo.

Le 2, le point sur lequel l'inoculation a été pratiquée est recouvert, sur une surface d'un demi-centimètre de largeur, d'un liquide séro-purulent. Ce liquide enlevé par l'application légère d'un linge fin sans aucun frottement, on trouve au-dessous l'épiderme enlevé. Le toucher des parties environnantes fait reconnaître un engorgement dans une étendue de 1 centimètre; pas de douleurs.

Le 3, une petite pustule, grosse comme la tête d'une épingle, existe à 7 millimètres environ au-dessus du point piqué: elle est traversée par un poil. Une autre petite pustule se voit, un peu plus large, à 1 millimètre en dehors de la plaie d'inoculation. Sur le point inoculé lui-même, en tendant légèrement la peau, on trouve une fissure ressemblant à une ulcération allongée; en dedans de cette fissure, dans l'étendue de 2 millimètres, existe une surface jaunâtre qui parait due à un pus desséché. Les parties environnantes sont rouges, sans tuméfaction, couvertes d'un peu de matière purulente desséchée comme d'une couche de vernis; pas de douleurs.

Le 4, rougeur dans une étendue de 2 centimètres de diamètre. Un peu d'engorgement sous cette rougeur. Au centre, ulcération de 2 millimètres de diamètre recouverte d'une croûte. Pas de douleurs. Depuis vingt-quatre heures, la région inoculée n'a pas été recouverte par le verre de montre, qui n'est plus réappliqué.

Le 5, l'ulcération parait presque complètement cicatrisée; la rougeur diminue, l'engorgement a presque entièrement disparu.

Le 6, croûte légère, grisâtre sur le point inoculé. La rougeur et l'engorgement sont les mêmes.

Le 7, l'ulcération donne un peu de sérosité; elle n'a pas augmenté d'étendue.

Le 8, croûte jaune, déprimée au centre en godet de 3 à 4 millimètres de diamètre; léger engorgement sous la croûte; la rougeur est la même.

Le 9, ulcération profonde au centre, superficielle sur les bords, de 7 millimètres de diamètre; peu d'engorgement, pas plus de rougeur.

Le 11, croûte de près de 1 centimètre de diamètre, bombée au centre, brune, aréole rouge. Dans une étendue de 1 centimètre, au pourtour de la croûte, pas d'engorgement notable. Les ulcérations de la jambe marchent vers la cicatrisation; le fond est élevé, les bords sont affaissés, des granulations de bon aspect les recouvrent.

Le 12, croûte de même aspect, saillante; pas d'engorgement des tissus sous-jacents. La rougeur est la même, démangeaison; pas de douleurs.

Le 13, la croûte enlevée parait mince sur les bords. Dans son centre on trouve un épaississement qui s'enfonce dans le centre de l'ulcération sous-jacente. Celle-ci, superficielle sur ses bords, présente dans son centre une dépression profonde de 2 millimètres; la surface de l'ulcération est rosée, fournit peu de suppuration; pas de retentissement ganglionaire.

Le 14, la croûte s'est formée de nouveau, et présente les mêmes caractères que précédemment, pas plus de rougeur, pas plus d'engorgement. Le malade sort dans la journée comme rebelle.

Le 22, le malade se présente chez moi; l'ulcération persiste et est recouverte d'une croûte grise, épaisse, bombée au centre de 1 centimètre et demi diamètre de largeur; desquamation de l'épiderme au pourtour dans une étendue de 2 centimètres; léger engorgement; pas de retentissement ganglionaire, pas de douleurs; la pression sur la croûte en fait suinter une gouttelette de pus.

Ici finit l'observation de M. Duméuil.

Cet élève ordonna l'application d'un cataplasme sur la pustule. Selon le malade, la croûte tomba le lendemain, et laissa une ulcération superficielle qui se cicatrisa cinq jours après.

Aujourd'hui, 4 décembre 1850, le malade se présente chez moi. Je constate des cicatrices déprimées au bas de la jambe droite, là où les ulcérations ont existé; elles sont entourées d'une auréole d'un rouge-brun cuivreux. A la cuisse, la trace de la pustule d'inoculation a les mêmes caractères; elle est un peu plus grande qu'une pièce de dix sous. La peau autour d'elle est très brune.

Cette observation nous montre une pustule d'inoculation qui semble avorter le sixième jour, et qui renaît ensuite pour prendre un plus grand développement. Si on avait abandonné le malade dans les premières périodes de l'inoculation, on aurait pu croire à l'insuccès de celle-ci.

M. Cazenave, qui avait connaissance du fait de M. Boudeville, puisqu'il avait été consulté pour cet élève, a expérimenté sur une malade ayant une syphilide tuberculeuse; il poussa chez elle un ecthyma à la cuisse, dont le pus fut inoculé avec succès aux deux avant-bras de cette malade. M. Cazenave rapporte l'observation, avec les détails les plus circonstanciés, dans les *Annales des Maladies de la peau et de la syphilis*.

Le médecin de Saint-Louis dit très positivement que la malade se trouvait dans les conditions *rigoureusement exigées* pour donner toute valeur au résultat de cette expérimentation. Cette malade n'avait, au moment de l'inoculation, aucun accident primitif; elle fut examinée au spéculum, *à plusieurs reprises et complètement*, avant l'expérience; elle le fut encore au moment où on allait l'inoculer. Les phases de l'inoculation furent suivies très ponctuellement par plusieurs personnes.

On objectera peut-être, ajoute M. Cazenave, qu'on s'est trompé, et qu'on a pris un chancre pour un ecthyma. Le médecin de Saint-Louis dit alors: *Ce sont de ces arguments auxquels on ne répond pas.*

Enfin, l'article finit par ces mots: « Je livre ce fait tel qu'il est, en m'étonnant que les cas de ce genre puissent donner matière à contestation, car ils doivent être faciles à multiplier. Pour mon compte, je ne l'ai tenté qu'une fois, et j'ai réussi. » (*Loc. cit.*)

De tous ces faits, il résulte que l'ecthyma syphilitique peut être expérimentalement transmis du malade au malade et de celui-ci à l'homme sain. Remarquez bien que je n'ai voulu traiter ici que de l'inoculation de l'ecthyma. De sorte que les inoculations des autres accidents consécutifs qui auraient échoué ne prouveraient absolument rien contre moi. En général, on a beaucoup inoculé l'accident primitif et, relativement, peu l'accident secondaire. Celui de cet ordre qui a fourni aux plus nombreuses expériences, c'est la pustule muqueuse. Or il n'est pas question ici de cette inoculation; je le répète, il ne s'agit que de l'ecthyma. Depuis que l'éveil a été donné sur la transmissibilité de cet accident, plus d'une expérience confirmative pourrait encore être ajoutée à celles que je viens de faire connaître, mais elles ne me sont pas encore parvenues; il y en a même qui ne me parviendront jamais. Peu importe, la vérité percera toujours.

D'ailleurs, ces faits d'expérimentation concordent avec les observations de Wallace, qui, d'après l'expression même de M. Diday, *sont peu nombreuses, il est vrai*; mais, *comme faits positifs, elles n'ont pas besoin de l'être davantage* (1). Ces faits d'expérimentation concordent surtout avec les faits cliniques observés d'une manière complète et indépendante.

En lisant avec attention le livre de Hunter, il n'est pas impossible d'y trouver des faits qui ne concordent pas complètement avec son expression doctrinale. Ainsi, je livre à la réflexion des hommes qui examinent avec calme et indépendance la question que j'ai agitée; je laisse à leur réflexion le fait expérimental tel qu'il est rapporté dans le *Traité des maladies vénériennes*.

« Pour constater si les ulcères secondaires de cette femme » étaient contagieux, c'est-à-dire si le pus provenant de ces » ulcères pouvait produire les effets spécifiques du pus vénérien, je lui inoculai du pus recueilli sur un de ses propres » ulcères et du pus provenant d'un bubon développé chez un » autre malade qui n'avait point encore fait usage du mercure. Cette expérience fut faite le 18 septembre 1782. Le » 19, la piqûre dans laquelle on avait inoculé du pus prove-

(1) Cette observation a été recueillie, pendant mon absence de Paris, par M. Duménil, interne des hôpitaux.

(1) *Gazette Médicale*, 6 octobre 1849.

Les uns donnèrent ce premier rôle au cœur, qu'ils appelèrent le *primum faciens*; les autres arrivèrent à penser que l'appareil nerveux, qui est le premier distinct, préside au développement de tout l'organisme. Le professeur Alexandrini, de Bologne, un peu moins exclusif, admettait encore que les muscles ne peuvent se former que par l'intervention de l'appareil nerveux; et il en avait conclu que l'absence des nerfs d'une région entraîne l'absence des muscles, sans s'opposer au développement de la peau et du squelette.

Enfin, je n'ai pas besoin de vous rappeler que M. Serres professe une doctrine entièrement opposée; au lieu de commencer par le centre, les formations embryonnaires débuteraient, au contraire, par les extrémités et par les parties latérales. A la théorie du développement centrifuge ce professeur a substitué celle du développement centripète.

Les deux anomalies qui ont été mises sous vos yeux, et qui m'ont conduit à cette digression, renversent à la fois l'une et l'autre théorie; elles viennent à l'appui des observations microscopiques qui nous apprennent que chaque tissu, chaque appareil, chaque organe se développe sur place, d'une manière isolée et indépendante.

Sur l'une des pièces dont je vous parle, l'un des tendons de l'avant-bras passait à travers une boutonnière du nerf médian. Pour qu'une semblable erreur d'organisation ait été possible, il faut incontestablement que le muscle se soit développé avant le nerf ou en même temps que lui: il ne s'est donc pas formé sous l'influence du système nerveux: voilà pour la première théorie.

La seconde pièce est relative à une absence congéniale du testicule gauche; malgré cette absence de la partie la plus excentrique de l'appareil séminal, le reste de cet appareil était très bien développé. En poussant dans le conduit déférent une injection rétrograde très pénétrante, M. Follin a prouvé que l'épididyme était parfaitement normal, que le testicule seul manquait. Et voilà pour la théorie du développement centripète.

Le sujet sur lequel cette dernière anomalie a été trouvée était parvenu à l'âge moyen de la vie. Ses deux vésicules séminales avaient atteint leur volume normal, quoique celle du côté gauche ne servit absolument à rien. Je signale ce fait à l'attention des ultra-naturistes.

Après les anomalies viennent les vices de conformation et les monstruosités proprement dites.

M. Foucher nous a montré un sujet adulte qui présentait un bizarre vice de conformation. L'un des membres thoraciques de cet homme offrait un volume inégalement exagéré; le développement de l'épaule était considérable; mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'étaient les proportions énormes du médius et de l'index qui contrastaient singulièrement avec les dimensions à peu près normales des autres doigts. Les traités de tératologie ne font mention d'aucun fait du même genre.

Trois monstruosités nous ont été présentées par M. Houel. Toutes trois sont assez importantes pour vous être mentionnées: deux d'entre elles, en effet, sont jusqu'ici sans analogues dans la science; et la troisième, semblable, sous certains rapports, à quelques faits déjà connus, s'en distingue par plusieurs particularités dignes du plus haut intérêt.

Le premier de ces monstres est un fœtus d'environ six mois, sur lequel la peau est tellement en excès qu'elle forme partout, au tronc, aux membres, à la tête et surtout au cou, de larges plis qui sont pour ainsi dire flottants. Cette monstruosité par excès de tégument n'a pas encore été décrite.

Le second monstre de M. Houel est beaucoup plus important; l'intérêt de cette observation ne vient pas seulement de ce qu'elle porte sur une monstruosité jusqu'ici inconnue, il vient encore, il vient surtout de ce que ce nouveau monstre comble une lacune qui existait dans la série tératologique.

C'est qu'en effet, Messieurs, la nature est régulière jusque dans ses aberrations. Ces variations capricieuses, ces dégradations de l'organisation normale sont soumises aux mêmes lois, se prêtent aux mêmes généralisations, rentrent dans les mêmes classifications que les créations les plus typiques. Longtemps condamnée à n'être qu'un recueil d'anecdotes plus ou moins authentiques, l'histoire des monstruosités est devenue une véritable science, grâce au puissant génie de Geoffroy Saint-Hilaire. Ce qu'il y a peut-être de plus merveilleux dans cette nouvelle science, c'est la distribution sériaire de tant d'êtres imparfaits, qui présentent toutes les transitions depuis l'organisation la plus complète jusqu'à ces informes masses parasites, vestiges d'embryons avortés, productions singulières longtemps méconnues et désignées sous le nom insignifiant de môles.

Mais il manquait un échelon dans la série tératologique. Entre les monstres privés de bras et de tête, qui sont le type des acéphaliens et qui portent le nom de *peracéphales*, et les monstres moins dégradés, encore munis de tête et de bras et désignés sous le nom de *paracéphales*, il y avait une lacune que les faits connus ne comblaient qu'imparfaitement.

Il y avait bien un genre de monstres caractérisé par une tête encore volumineuse et l'absence des membres thoraciques: c'étaient les *omacéphales*.

Il y avait bien un second genre caractérisé par la présence des membres thoraciques et l'absence presque complète de tête; c'étaient les *hémiacéphales*.

Mais il manquait évidemment un troisième genre; il fallait un monstre intermédiaire sur lequel on pût suivre à la fois la dégradation des membres thoraciques, comme dans les omacéphales, et la dégradation de la tête, comme dans les hémiacéphales; en d'autres termes, il était nécessaire qu'on trouvât un hémiacéphale sans bras. Cet indispensable anneau de la chaîne tératologique nous a été présenté par M. Houel (numéro d'octobre).

Et n'allez pas croire, Messieurs, que ceci soit un raisonnement fait après coup; il y a quinze ans déjà que le fils du grand Geoffroy Saint-Hilaire, dans son *Traité de tératologie*, a indiqué cette lacune et a prédit qu'un nouveau monstre viendrait la combler.

En dehors de l'intérêt qui résulte de sa nouveauté, le fœtus monstrueux de M. Houel offre donc au point de vue scientifique une importance considérable. Il répond au vœu de la tératologie, il réalise une prédiction de la science.

Certes, il est beau de remonter vers les époques passées, de découvrir des espèces détruites, de reconstruire avec quelques débris fossiles des organisations qui ont disparu et de repeupler par la pensée le globe terrestre des êtres qui le couvraient il y a des milliers de siècles!

Il est beau encore de soumettre au calcul la progression des astres et, pour expliquer quelques irrégularités dans la marche d'un

„ nant de la malade elle-même était devenue douloureuse „ trois heures après l'inoculation, et elle s'enflamma un peu „ le jour suivant. L'autre ne s'était pas enflammée du tout.

„ Le 20 septembre, les deux piqûres avaient suppuré, et „ offraient l'aspect extérieur d'une pustule variolique ; elles „ s'étendirent considérablement et s'accompagnèrent d'une „ vive inflammation. (1) »

Mais, pour Hunter, comme les pustules n'ont pas guéri par le même moyen, et qu'elles ne se sont pas terminées à la même époque, l'accident consécutif n'a pas été inoculé avec succès, comme si la thérapeutique, comme si la durée d'une maladie étaient toujours des éléments certains de diagnostic. C'est que Hunter était enclavé dans sa loi ; c'est qu'il avait une conviction inébranlable.

Pour nous, ce fait ne doit pas être perdu, car nous savons que l'accident consécutif, sous la même forme, peut guérir par des moyens différents et à des époques différentes. Ne voit-on pas sur le même sujet des ecthyma qui durent plus longtemps que d'autres, des pustules qui, d'abord identiques, prennent des aspects différents, tiennent une marche différente ? Est-ce qu'elles cessent pour cela d'être de même nature ?

Mais ici j'allais soulever des questions qui ont déjà été touchées à la Société de Chirurgie, et que je me propose de traiter plus au long quand je compléterai le travail que je n'ai fait qu'ébaucher ici. D'ailleurs, d'autres expériences seront tentées. Déjà, à Prague, des résultats semblables aux miens ont été obtenus. Je mettrai à profit tous les faits.

(1) Hunter, *Maladies vénériennes*, page 524.

FIÈVRE QUARTE.

Saignée du bras. Sulfate de quinine. Guérison. — Récidive. Quinquina en poudre et arsenic. Guérison. — Récidive. Extrait mou d'urine. Guérison définitive.

Par M. H. Delpierre, de Campagnes-lès-Hesdin (Pas-de-Calais).

Lorsqu'au mois de juillet 1850 la presse médicale a fait connaître un nouveau sel, l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, auquel son inventeur, M. Baud, avait reconnu par intuition des propriétés fébrifuges, ce fut pour moi moins une découverte que l'élaboration, l'heureuse application de l'idée que nos pères en médecine s'étaient formée sur les vertues médicamenteuses de l'urine de l'homme, qu'ils employaient dans une foule de maladies tant internes qu'externes, et entre autres dans « les obstructions de la rate, à l'in„ térieur, à la dose de 5 à 6 onces ; et dans la fièvre, en ap„ plication sur les poignets. » (*Dict. botanique et pharm.* Paris, 1778.)

Mais je m'abstiens aujourd'hui de toute réflexion ; je veux seulement livrer le fait à la publicité, et je les laisse à mes confrères. Ultérieurement peut-être aurai-je occasion de parler de l'emploi de l'urée comme fébrifuge ; et, disons-le tout de suite, l'urée ne jouirait-il pas seul, dans le nouveau sel, de cette vertu.

Obs. — Faquet, de la commune de Maroube, âgé de quarante-cinq ans environ, a une fièvre quarte depuis huit mois, pour laquelle le médecin de son village l'a saigné trois fois et lui a administré le sulfate de quinine. Guérison ; puis récidive au bout de quelque temps. Nouvelles doses de quinine ; suspension des accès. Reapparition de la fièvre après quinze jours ou trois semaines. Au mois de juin il vint me trouver, huit mois après le début de la fièvre. Les accès reviennent régulièrement tous les trois jours, vers quatre heures de l'après-dîner. — 60 gram. corticis peruvianæ pulv., cinq parties n° 16 à prendre, 3 paquets la veille de la pyrexie. 0,20 gr. acide arsénieux, 1 gr. extrait gommeux opiacé, 5 pilules, n° 60, à prendre de 1 à 3 progressivement par jour ; lavements d'absinthe ; infusion très forte de café noir. Quinze jours de ce traitement firent disparaître tous les phénomènes fébriles, mais six semaines après environ nouvelle récidive. C'est alors, au 14 août, que je me décidai à employer l'extrait d'urine, ce que je voulais faire depuis longtemps. Ce jour-là, Faquet prit à trois quarts d'heure d'intervalle 5 pilules d'extrait mou d'urine.

Le 15, jour de l'accès, au moment où celui-ci commence, 10 pilules. La fièvre est plus violente que les fois précédentes, mais sa durée semble être un peu plus courte. Rien de bien remarquable.

Les 16 et 17, jours apyrétiques, administration de 5 pilules à l'heure à laquelle la fièvre paraît.

Le 18, 15 pilules au début de l'accès ; la fièvre est venue une demi-heure plus tôt ; elle a été moins violente et a duré moins longtemps. Sommeil profond, grand mal de tête au réveil. Lever à sept heures et demie du soir.

Le 19, 5 pilules, ainsi que le 20.

Le 21, jour de fièvre, 20 pilules. L'accès a encore été plus court (trois heures) et moins violent. Céphalalgie intense après.

Le 23, 5 pilules.

Le 24, jour pyrétique, 25 pilules. Le malade n'a éprouvé aucun frisson et n'a pas sué à l'heure accoutumée, mais un peu dans la nuit ; très grand mal de tête, qui a persisté jusqu'au moment du lever.

Le 26, 5 pilules.

Le 27, jour pyrétique, l'accès a entièrement manqué, sauf une céphalalgie bien supportable et de courte durée, puisque le malade a pu ne pas se coucher comme d'habitude et aller se promener. Faquet n'avait pris que 8 pilules, n'en ayant pas davantage.

Les 28 et 29, trois verres d'eau ferrée par jour.

Le 30, le malade emporte 96 pilules, qu'il devra prendre en quatre fois le jour de la fièvre à l'heure présumée de son début. Aujourd'hui, il s'administrera 30 pilules.

Les 2 et 5 septembre, 24 pilules, et le 8 18 pilules. La fièvre a continué à diminuer après ces nouvelles doses du fébrifuge ; elle s'est trouvée réduite à un mal de tête pendant trois ou quatre accès, puis tout phénomène a entièrement disparu.

Aujourd'hui, 11 février 1851, la santé de Faquet n'a cessé d'être bonne.

L'eau ferrée n'a été donnée que deux fois ; les lavements d'absinthe et le café, tout le temps du traitement.

Mode de préparation de l'extrait d'urine. — Je pris de l'urine de sang, que je fis évaporiser à l'air libre, d'abord sans la faire bouillir, puis en élevant la chaleur jusqu'à l'ébullition ; je retirai le poêlon du feu au moment où il s'échappait de fortes vapeurs ammoniacales et que ce qui restait de liquide se présentait sous forme de mousses épaisses. L'extrait était mou. On peut en obtenir un sec très dur et à cassure vitreuse. — 30 grammes d'extrait mou servaient à faire 96 pilules.

EMPLOI DE L'AIMANT

pour découvrir la présence des aiguilles enfoncées dans les parties superficielles du corps.

Les aiguilles sont peut-être les corps étrangers qu'on a le plus de peine à retrouver quand elles ont pénétré dans nos tissus. D'une part, ces corps peuvent éprouver des migrations qui les amènent bien loin du point où ils ont été primitivement introduits ; de l'autre, il arrive quelquefois que la douleur et les autres accidents qu'ils déterminent s'affaiblissent au point que le malade se persuade que l'aiguille est sortie à son insu, et c'est seulement lorsque les accidents reparaissent qu'il se trouve ramené au sentiment de la réalité. Lorsque les aiguilles font saillie dans un endroit quelconque du corps, rien n'est plus facile que de les extraire, soit en leur faisant traverser la peau, soit en faisant une petite incision à ce niveau ; mais, lorsqu'on n'a pour se guider que les douleurs éprouvées par le malade et les renseignements donnés par celui-ci relativement à l'introduction de l'aiguille à une époque plus ou moins éloignée, on conçoit que le chirurgien hésite à faire des incisions pour aller à la recherche d'un corps étranger dont la présence peut être regardée jusqu'à un certain point comme problématique. Il n'y a donc qu'à attendre dans cette dernière circonstance, et, comme cette attente est pleine de douleurs pour le malade, nous comprenons très bien que l'on ait cherché des moyens pour reconnaître la présence de ces corps étrangers dans nos tissus. Suivant M. Aveling, chirurgien à Aberdeen, toutes les fois qu'une aiguille est située près de la surface de la peau, il suffirait de promener au-dessus de la partie malade, et à une petite distance, une aiguille aimantée suspendue par son centre à l'aide d'un fil de soie et d'un peu de cire à cacheter, de manière qu'elle soit parfaitement en équilibre. (Si la partie malade est couverte de poils, il faut avoir la précaution de la raser.) Lorsque l'indicateur magnétique arrive sur l'endroit qui correspond à l'aiguille, il s'attache à la peau et indique par conséquent le point où il faut chercher le corps étranger. Pour préparer cette aiguille aimantée, rien n'est plus simple : on promène un aimant à sa surface une cinquantaine de fois. Dans deux cas, dans lesquels ce mode d'exploration a été mis en usage, l'aiguille a été découverte et retrouvée au point indiqué ; l'une de ces aiguilles était engagée dans les tissus depuis trois mois. Nous ne nous faisons pas illusion sur la valeur de cette méthode exploratrice ; elle n'est applicable et ne réussira que lorsque l'aiguille est placée très superficiellement et à portée, le plus souvent, d'être découverte ; néanmoins, elle est si simple et a si peu d'inconvénients que nous engageons nos confrères à vérifier si elle a toute la valeur que lui attribue son auteur.

(*The Lancet* et *Bullet. de Thérap.*)

CORRESPONDANCE.

Nous demandons pardon à nos lecteurs de pousser l'impartialité jusqu'à mettre sous leurs yeux la lettre suivante. Ils nous sauront gré du moins de ne la faire suivre d'aucun commentaire, tant qu'elle n'aura pas d'autre éditeur responsable que M. Boudeville.

Nous espérons que M. Vidal suivra notre exemple, et qu'il aura la générosité de garder le silence sur cette lettre.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez déjà bien voulu ouvrir les colonnes de votre journal à la publication de deux documents que je vous ai adressés, et vous venez, toujours dans le même but, de les ouvrir à la première narration de l'expérience à laquelle je me suis soumis. Je vous prie de vouloir bien encore en accorder une aux observations que nécessitent la lettre de M. Vidal et les réflexions insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*.

J'ai dit, dans ma première narration, *que je laissais à qui de droit de faire l'historique de l'affection du malade.* On a compris déjà que je ne voulais pas me substituer aux élèves en médecine, pas plus qu'à M. Vidal, auquel je laissais toute la latitude de son observation. Mais plus tard, m'étant éclairé par l'examen comparatif d'expériences analogues, un peu moins naïf en présence de la syphilis, j'ai modifié ma seconde observation d'après les faits que j'avais observés, et entièrement contraires aux résultats obtenus par M. Vidal.

Plus tard, ayant de nouveau à rendre compte de mes accidents, j'ai cru que je devais les faire précéder de l'exposé de ceux du malade, et je déclare que ces caractères sont ceux que j'en pris moi-même sur lui à l'époque où il n'avait pas encore quitté l'hôpital. *Quant à l'observateur qui n'a pas vu*, c'est qu'il m'a été impossible de le lui montrer, malgré toutes mes recherches pour le découvrir.

Mais je passe les autres passages ; car j'ai hâte d'arriver aux principaux, soulignés, je ne sais dans quel but, ou plutôt je crains trop de le deviner : dans le but d'insinuer que ma seconde narration, *moins naïve* que la première, n'est pas entièrement de moi : ignorant ou déloyal, telles sont les deux conséquences qui en découlent. C'est grave cela, monsieur le rédacteur, et quand on a des

---

planète lointaine, de deviner l'existence d'une autre planète plus lointaine encore !

Il semblait que l'audace scientifique ne pouvait aller plus loin. Eh bien ! la tératologie a dépassé les merveilles de l'astronomie et de la paléontologie.

Cuvier, pour revenir aux périodes antédiluviennes, avait du moins le témoignage actuel des ossements fossiles et la facilité de les comparer aux squelettes des animaux de notre époque.

Bouvard, pour annoncer l'existence d'une planète invisible, avait du moins devant les yeux le spectacle des perturbations d'Uranus, perturbations calculables et dues manifestement à quelque attraction inconnue. Le problème une fois posé, il ne s'agissait plus que de le résoudre par des calculs gigantesques.

Mais ici rien de matériel, rien de sensible ! Pour toute base, une abstraction ; pour toute donnée, une loi ; la loi des dégradations sériaires. Qui posera désormais des limites au génie de l'homme ? Qui osera nier la puissance du raisonnement ? Qui pourra réduire les sciences naturelles au cercle étroit de l'observation exclusive ?

Quoique le troisième monstre présenté par M. Houel ne soit pas comme les précédents tout à fait sans analogue dans la science, il est loin de leur être inférieur en importance et en enseignement.

C'est un fœtus à terme dont la moitié sus-diaphragmatique est bien conformée ; tandis que, au contraire, tous les appareils, tous les organes de la moitié inférieure sont profondément altérés dans leur forme, leur situation, leurs rapports. Avant la dissection, on constate, entre autres choses, une éventration complète, un cloaque et une verge placés au-dessus du pubis, un spina-bifida volumineux ; enfin, et c'est là le fait le plus singulier, une inversion telle des membres inférieurs que les fesses et les talons regardent en avant et que les gros orteils sont situés en dehors.

Au premier abord, les faits de ce genre paraissent défier l'analyse ; ils sont tellement complexes, tellement irréguliers qu'ils semblent braver les lois de la tératologie et qu'on est tenté de les prendre, avec les anciens, pour des jeux de la nature.

Et cependant, Messieurs, une dissection délicate et un peu de réflexion ont permis de tout ramener à une cause première des plus simples et des mieux connues. Toutes ces monstruosités, toutes ces bizarreries ont été la conséquence d'un simple spina-bifida. Je ne vous exposerai pas les détails anatomiques, ni les raisonnements qui ont légitimé cette interprétation ; afin de ne pas abuser de vos instants, je suis obligé de vous renvoyer au *Bulletin* du mois de juin (p. 184). Je me contenterai de vous résumer l'enchaînement et pour ainsi dire le mécanisme de cette accumulation d'anomalies.

Il y a d'abord eu formation d'un spina-bifida latéral qui a été la cause ou l'effet, cela importe peu pour le moment, de l'arrêt de développement des lames vertébrales lombaires. La poche du spina-bifida est descendue derrière le sacrum et s'est placée entre les deux os iliaques.

Privé d'une partie de ses moyens d'union avec la colonne lombaire et refoulé en avant par la tumeur précédente, le sacrum a pris une direction horizontale, et cela a entraîné deux ordres de conséquences.

En premier lieu, la cavité pelvienne s'est trouvée complétement effacée ; la formation du rectum et des autres viscères pelviens est devenue impossible ; le cloisonnement normal n'a pu s'opérer entre les organes digestifs et les organes urinaires, et telle est la cause du cloaque suspubien.

En second lieu, le sacrum, dans le mouvement d'élévation qui l'a rendu horizontal, a décrit un arc de cercle de 90°. Les os iliaques, entraînés dans ce mouvement, ont déterminé dans les membres inférieurs une déviation en dehors d'un quart de cercle, ce qui a déjà dirigé les talons en dedans et la pointe des pieds en dehors. Mais, une fois commencée, la torsion ne pouvait s'arrêter là. Par suite de ce premier changement de rapports, tous les muscles pelvi-fémoraux étaient devenus rotateurs en dehors. Restée sans antagonisme, la rotation en dehors s'est effectuée jusqu'à ses dernières limites ; elle est devenue permanente, et ce déplacement nouveau, ajouté au déplacement primitif, a achevé de retourner complétement les membres inférieurs, dont la face postérieure s'est ainsi dirigée en avant.

Enfin, pour rendre l'illusion plus complète, les branches ischio-pubiennes, par suite de la déviation des os iliaques, formaient en avant deux saillies arrondies qui, placées à la racine des membres pelviens, sur le prolongement de leurs faces postérieures, ressemblaient entièrement à des fesses.

On a donc pu croire d'abord à une inversion de tout le train inférieur ; mais cette inversion n'est qu'apparente. La dissection et l'analyse montrent que cette monstruosité ne constitue pas une espèce nouvelle et qu'elle rentre dans les types déjà décrits.

Il découle de ce fait un enseignement important. Les monstruosités les plus compliquées peuvent souvent se ramener à un fait initial extrêmement simple. Que l'on compare le nombre des anomalies multiples au nombre total des cas de tératologie, et l'on verra que, si beaucoup d'écarts d'organisation s'accumulent souvent chez certains monstres, cette coïncidence est trop fréquente pour être attribuée au simple hasard. Supposer qu'un malheureux être ait été condamné dès son origine à une aussi triste destinée, ce serait douter des lois de la nature, ce serait calomnier l'organisation. Les choses ne se passent point ainsi : une maladie, un vice quelconque de l'embryon produit d'abord une première conséquence, un arrêt de développement, par exemple, ou une déviation. A son tour, cette altération primitive entrave la formation des appareils environnants. Cette remarque a déjà été faite pour les monstruosités de la face ; elle est juste pour toutes les régions du corps. Voici, par exemple, un spina-bifida, lésion très commune et le plus souvent isolée, qui ici, à cause de son siége particulier derrière le sacrum, a refoulé cet os en avant et a entraîné dans la moitié inférieure du corps des désordres aussi nombreux qu'inattendus.

Il serait vivement à désirer, Messieurs, que les tératologistes voulussent se donner la peine d'examiner toujours rigoureusement les détails de l'organisation des monstres comme M. Houel nous en a donné l'exemple. Alors peut-être pourrait-on ramener à des types communs certaines monstruosités qui diffèrent les unes des autres par leurs apparences extérieures. Alors aussi la tératologie, science déjà bien belle, quoique encore bien récente, pourrait faire de nouveaux pas vers ce but que poursuit incessamment l'intelligence humaine : la simplification.

(*La suite à un prochain numéro.*)

soupçons, on les produit et on ne les glissc pas par insinuations. De simples et franches explications vont suffire, je crois, pour les détruire.

Dans ma première narration, en quelque sorte écrite sous l'inspiration de M. Vidal, je ne donne que les caractères de la pustule, remarquez-le bien, *de la pustule*, qui a fourni le pus de mon inolation; et dans ma seconde narration, alors que je m'étais éclairé, je donne la symptomatologie complète, et je décris d'une manière plus scientifique les pustules du malade, et j'ajoute qu'elles étaient à *marche croissante;* mais n'avais-je pas fait en quelque sorte pressentir qu'elles suivaient cetle marche, en les disant entourées d'un cercle *rouge inflammatoire*?

« *On a appris des particularités qui ne sont pas sans intérêt.* Eh bien! je vais en apprendre qui n'en manquent pas, » et je prierai les personnes qui les liront d'en tirer profit pour leur propre édification. Et d'abord je regrette de n'avoir pas avec M. Vidal la triste confraternité de la vérole; car à l'époque où il m'inoculait des accidents *soi-disant secondaires*, il devait, lorsque mes pustules auraient acquis le caractère spécifique des accidents syphilitiques, se les inoculer; il y a renoncé, et je l'en félicite.

Je poursuis, et j'arrive aux deux observations capitales par lesquellcs M. Vidal termine sa lettre. Il fait d'abord observer que je ne mentionne pas des ulcérations sur la poitrine du malade; mais, monsieur le rédacteur, je lis dans ma première narration que le pus a été pris sur une des pustules de la région pectorale gauche, et si peu fort que je sois en anatomie, il me semblait avoir suffisamment désigné la poitrine.

La seconde observation, je la reconnais capitale. Il s'agit de l'engorgement des ganglions des aisselles, et c'est un oubli que je me pardonne d'autant moins, qu'il a été constaté par M. Ricord en présence de nombreux élèves, et par mes collègues de l'hôpital tant en médecine qu'en pharmacie, enfin par moi. M. Vidal, qui relève cet oubli, ne s'est jamais préoccupé que des pustules de mes bras et de la fausse pustule de la partie supérieure et externe de la cuisse. Je déclare enfin que M. Vidal, dans sa pratique à l'hôpital, n'apprend pas aux élèves à en tenir compte : ce qui veut dire suffisamment qu'il n'y attache aucune importance.

Pourquoi l'observation de M. Vidal?

Il ressort évidemmeut de la lettre de M. Vidal et des réflexions de M. de Castelnau que la première observation, *qui seule leur suffit*, a été fournie par un homme étranger à l'étude de la syphilis. Comment donc expliquer qu'un homme de la portée scientifique de M. Vidal, se serve d'unc arme aussi défectueuse, aussi peu sûre pour défendre sa doctrine?

A-t-on récusé ma compétence quand il s'est agi de m'inoculer la vérole?

A-t-on mis en avant mon titre d'interne en pharmacie? Nullement. Aucune objection ne m'a été faite; et voilà que, depuis, instruit par l'étude clinique, par de nombreuses expériences entreprises *publiquement* par M. Puche, et surtout par M. Ricord, qui prenait le soin de m'appeler chaque fois pour voir, pour suivre le résultat de ses recherches comparatives, je suis arrivé à dissiper mon ignorance, qui vous sert aujourd'hui d'argument; à apprendre que dans un grand nombre de cas l'inoculation seule peut nous enseigner à distinguer l'*ecthyma primitif* de l'*ecthyma secondaire.* C'est à ce moment, dis-je, que vous récusez ma compétence, parce qu'à la place d'une observation insuffisante je vous en donne une plus scientifique qui se trouve en désaccord avec votre doctrine.

Oui, monsieur le rédacteur, je déclare qu'il n'y a de valable pour éclairer la religion de vos lecteurs que ma dernière observation, pour les raisons que je viens d'énoncer.

Une dernière réflexion. Il sera toujours regrettable, monsieur le rédacteur, que le fait grave qui préoccupe en ce moment le monde médical ne puisse servir à la science. En effet, il me sera bien permis de le dire, puisque j'ai offert ma santé pour éclairer un point de doctrine, pourquoi cette inoculation n'a-t-elle pas été entourée de la publicité qu'elle réclamait, que la religion de M. Vidal réclamait sans nul doute? Pourquoi le diagnostic n'a-t-il pas été rigoureusement déterminé, fixé préalablement à l'inoculation? Ma santé, offerte courageusement et *sans contrainte* pour terrain de vérification, valait bien la peine que ce diaguostic fût parfaitement posé, et confirmé par l'examen d'hommes compétents!

La satisfaction d'avoir servi à éclairer la science sur un fait aussi grave, m'aurait largement dédommagé des préoccupations que pouvait faire naître la bonne fortune de l'inoculation des accidents secondaires.

En terminant, monsieur le rédacteur, permettez-moi de vons remercier de l'accueil bienveillant que vous avez fait à mes premières communications, et de vous en demander autant pour cette dernière.

Recevez, etc. Ch. BOUDEVILLE.

Luxations latérales de l avant-bras.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi, à l'occasion de deux lettres que vous avez dernièremcnt insérées dans votre journal, et qui appartiennent, l'une, à M. Soulé (de Bordeaux), l'autre, à M. Chapel, de Saint-Malo, de rétablir l'ordre chronologique des faits connus aujourd'hui de luxation complète latérale externe des deux os de l'avant-bras, et parmi lesquels figure en dernier lieu celui publié par MM. Piogey et Dubreuil, internes des hôpitaux.

Dans son *Traité de Pathologie externe*, t. II, p. 391, M. Nélaton a, le premier, rapporté la description d'une luxation complète en dehors des os de l'avant-bras, et datant de vingt ans.

Après lui, je crois, M. Dubruyn a relaté dans les *Annales de Chirurgie*, t. IX, 1843, l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui se luxa, à la suite d'une chute, l'avant-bras gauche complétement en dehors, et dont la luxation ne put être réduite, malgré l'habileté de M. le professeur Michaux.

Plus tard, dans le numéro d'avril 1849 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Robert, de l'hôpital Beaujon, a publié, avec un dessin parlant, un second fait semblable à celui de M. Nélaton, de luxation ancienne et complète du coude en dehors, datant de l'enfance d'un vieillard âgé de soixante-dix ans.

Chez ces trois malades la luxation n'avait pu être réduite, et avait laissé à sa suite une déformation considérable du coude.

Ce fut à l'occasion des faits de MM. Nélaton et Robert, je n'avais pas connaissance de celui qui appartient à M. Dehruyn, que, le 26 avril 1849, je rapportais dans la *Gazette des Hôpitaux* la description succincte d'une luxation récente recueillie par moi en 1845 sur un paysan âgé de trente-cinq ans, et suivie *cette fois* d'une réduction facile et complète.

D'où il résulte que les faits publiés depuis et successivement par M. Soulé, de Bordeaux (*Gazette Médicale*, derniers numéros de 1849); par M. Chapel, de Saint-Malo (*Revüe médico-chirurg.*, janvier 1850); par MM. Piogey et Duhreuil (*Reve médico-chirurg.*, janvier 1851), ne peuvent servir à établir en leur faveur aucune espèce de priorité dans une question où d'autres, avant ces honorables confrères, avaient déjà apporté quelques matériaux.

Agréez, etc. PERRIN, D.-M.-P.

Pontvallain (Sarthe), 15 février 1851.

Suture intestinale.

Nous publions aujourd'hui les figures qui devaient accompagner le mémoire de M. Bouisson et qu'un accident nous a empêché de faire paraître dans notre dernier numéro.

Fig. 1. *Fig.* 2.

Fig. 1. — *Plaie longitudinale de l'intestin.* — Des épingles sont implantées dans l'épaisseur des bords de la plaie de manière à fournir nn point d'appui aux fils; ceux-ci sont engagés sous la saillie des épingles et disposés pour la constriction.

Fig. 2. — Les épingles sont rapprochées; les bords de la plaie sont renversés en dedans et adossés par la face séreuse. Un chef des fils unissants est coupé près du nœud; les autres bouts sont ramenés en bas pour être placés à l'angle inférieur de la plaie abdominale, tandis que les fils disposés pour extraire les épingles sont dirigés vers l'angle supérieur.

Fig. 3. *Fig.* 4.

Fig. 3. — *Plaie transversale de l'intestin.* — Deux épingles incurvées et opposées par leur concavité sont implantées dans chaque bord de la plaie, la tête dirigée en avant et supportant un fil destiné à opérer leur extraction. Les fils unissants sont engagés dans le relief des épingles.

Fig. 4. — Les bords de la plaie sont rapprochés et se correspondent par leur face séreuse. Le chef non coupé de chaque fil unissant est dirigé vers la partie inférieure; les fils attachés sous la tête des épingles sont dirigés de manière à faciliter leur extraction.

Le vénérable docteur Viguerie oncle, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, ayant donné sa démission, il doit être procédé à son remplacement par voie de double présentation. L'une de ces deux présentations doit avoir lieu dans l'Ecole même où vaque la chaire, et l'autre dans la Faculté dans le ressort de laquelle se trouve l'Ecole préparatoire.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leur collection de 1850 pour la faire relier, peuvent la faire reprendre à notre bureau.
Le prix de l'année 1850, reliée, est de 20 fr.

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

AVIS. — Quelques personnes malintentionnées s'efforçent de faire croire que l'*ancien Bureau central* de toutes les EAUX MINÉRALES naturelles de l'Europe, fondé en 1773 par le docteur Arnaud, bientôt connu sous la raison ARNAUD et POULARD, et qui m'a été transmise par mon père M. Favreux-Poulard, est toujours rue J.-J. Rousseau. Rien n'est plus mensonger. — Depuis 18 ans, cette maison (UNIQUE) a été transférée rue GRENELLE-SAINT-HONORÉ, n° 37, aujourd'hui n° 30. Elle a changé de rue; elle n'est jamais sortie de la famille, et c'est la seule qui puisse se vanter d'avoir été transmise de père en fils pendant trois générations successives.

En présence d'une concurrence assez peu loyale, pour abuser d'un changement de domicile, je crois devoir rappeler au public que la maison FAVREUX-POULARD, la plus ancienne de toutes, n'est la succursale d'aucune autre, que toutes les Eaux qu'on y vend sont tirées des sources mêmes avec certificats authentiques de puisement, et qu'elles se vendent au prix du tarif. CH. FAVREUX.

LE SEURD.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 23. — MARDI 25 FEVRIER 1851. (24e ANNÉE.) N° 23. — MARDI 25 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. P. GUERSANT.

Quelques considérations sur le strabisme des enfants.

Le strabisme, on le sait, est une déviation de l'œil; il est congénial ou consécutif à la naissance. Ses causes, souvent ignorées, sont très obscures. Les seules qu'on pourrait assigner sous toute réserve au congénial sont : la réponse de la mère, qui, interrogée, répond avoir regardé un strabique pendant sa grossesse. Une autre cause permettrait de croire qu'un strabique peut avoir un enfant qui offre un strabisme congénial. Il est plus facile d'en assigner à un strabisme consécutif à la naissance. On sait qu'un enfant étant couché dans telle ou telle position se tourne de manière à voir le jour; il peut devenir strabique par imitation. Les convulsions, la fièvre cérébrale, on le sait, peuvent l'amener. Il est alors quelquefois passager. Il faut aussi remarquer, entre autres causes, les lésions de l'œil. Ainsi, un enfant qui a reçu une contusion violente à l'œil peut devenir strabique, quelquefois aussi une tache développée sur la cornée peut amener une rétraction du muscle.

Parmi les cas de strabisme qu'on observe ordinairement, deux sont communs, le convergent ou interne et le divergent. L'ascendant et le descendant sont plus rares. Un cas curieux de ce dernier s'est présenté, il y a un an, dans le service de M. Guersant, chez un enfant dont le frère éprouvait la même infirmité. Cet enfant renversait la tête en arrière pour voir; il ne pouvait lever la paupière supérieure, ni le globe de l'œil.

Il est avéré que le strabisme est presque toujours dû à une rétraction des muscles de l'œil; aussi, employant rarement la médication qui a été vantée, M. Guersant pratique-t-il presque toujours l'opération, les toniques et les moyens qui forcent l'œil à se diriger convenablement n'étant employés par lui que lorsque le strabisme est dû à une affection cérébrale: on sait qu'alors il a une tendance à disparaître à l'âge de dix à douze ans. Cependant il ne faut pas négliger les lunettes concaves et autres moyens qu'on a préconisés; ils peuvent être d'une grande utilité pour les enfants qui louchent par imitation.

Quant à l'opération tour à tour vantée et abandonnée, M. Guersant la pratique toujours. Sur plus de soixante opérés, les résultats obtenus ont été très heureux; cependant chez les enfants qui louchent à la suite de convulsions ou par imitation, l'opération n'est pas toujours nécessaire, le strabisme tendant à disparaître de lui-même. Lorsqu'un strabique présente une tache à la cornée, il faut d'abord guérir la tache, puis opérer si l'œil ne se redresse pas. Dans tous les autres cas l'opération est nécessaire, même chez les jeunes sujets dont l'infirmité va en augmentant. Lorsque les causes ne sont pas bien connues, il faut attendre quelque temps et ne pas reculer devant l'opération, l'enfant aurait-il dix à douze ans, s'il louche toujours davantage et s'il ne voit pas. Les strabiques n'y voient presque toujours que de l'œil sain; il est rare que huit jours après l'opération ils ne lisent pas des deux yeux.

M. Guersant a présenté ces observations à l'occasion d'un enfant âgé de dix ans qui, revenu à l'âge de dix-huit mois de nourrice, où il avait été élevé avec une petite fille qui louchait, a vu depuis son œil dévier toujours davantage, au point de ne pouvoir s'en servir, même pour lire, tandis qu'il lit très bien de l'autre.

Quant au procédé opératoire, celui de Dieffenbach est préféré (1) : M. Guersant opère par la méthode non sous-cutanée, qui est plus facile, ne tient pas longtemps l'enfant sous l'instrument et permet à la petite piqûre de se cicatriser sans laisser de traces. Le malade étant assis, l'opérateur arme le doigt annulaire d'une éponge munie d'un fil à cet effet; un aide soulève la paupière supérieure avec un élévateur; la paupière inférieure est abaissée de la même manière. Le chirurgien alors saisit la conjonctive avec deux érignes de manière à faire un pli, qu'il doit exciser : le pli coupé avec des ciseaux, le muscle est mis à nu, saisi par un crochet mousse et coupé le plus près possible de son insertion.

L'opération n'est pas suivie d'accidents; pas d'inflammation interne; un peu d'inflammation traumatique, d'épanchement, qui cèdent toujours aux bains de pieds répétés et aux applications d'eau froide sur l'œil. Les accidents consécutifs, les récidives, le strabisme du côté opposé ne se sont vus dans ce service que quatre ou cinq fois sur plus de 60 opérés. Il est douteux que chez les sujets âgés les résultats soient aussi heureux; car chez eux le muscle antagoniste, parvenu à sa grosseur ordinaire, a perdu de sa rétraction.

Aug. GUILLABERT.

(1) *Voir* le procédé de M. Velpeau, *Gazette des Hôpitaux* du mois de février 1844.

HOPITAL MILITAIRE D'ARRAS. — M. MIENNÉE.

Corps étranger arrêté dans l'œsophage. Mort. Autopsie.

Le nommé Renauld, âgé de vingt-cinq ans, soldat au 17e de ligne, avala le 1er mars 1843, en mangeant la soupe, un corps étranger qu'il dit être un os. Aucun symptôme grave ne se déclara; la déglutition n'était pas empêchée; seulement une douleur profonde se manifestait dans le trajet de l'œsophage lors du passage du bol alimentaire. Il resta ainsi jusqu'au 5 du même mois, époque à laquelle aucune amélioration n'était survenue dans son état; il entra à l'hôpital militaire d'Arras dans le service de M. Miennée.

Le 6, aucun changement n'eut lieu. Des lavements et des boissons mucilagineuses furent prescrits, mais sans aucun résultat. Le malade accusait un sentiment de gêne siégeant à la partie supérieure du sternum et s'irradiant jusqu'à la région dorsale correspondante; mais ce phénomène fut attribué à l'éraillement que le corps étranger avait dû produire sur la muqueuse œsophagienne; du reste, le mal ne paraissait pas faire de progrès, la déglutition n'était pas interrompue, le malade se levait, marchait, causait avec ses camarades.

Le 7, rien de particulier; la position de Renauld est la même.

Le 8, la potion suivante lui fut administrée :

Olei palmæ christi.	} āā	30 grammes.
Sirup. citri limoni.		
Aq. cum.		120 —

F. S. A.

Les selles furent abondantes, mais ne présentèrent rien de particulier. Le matin du même jour le malade, étant assis près du poêle, rendit par la bouche environ 20 grammes d'un sang rouge et spumeux. Transporté dans son lit, il reprit promptement l'usage de ses sens, se plaignit encore d'une douleur ayant son siége à la région dorsale, et annonça que sa mort était prochaine, qu'*il n'en reviendrait pas*. Quelques heures succédèrent à cette crise. Dans l'après-dîner, le vomissement recommença. Cette fois, il fut plus violent; 350 grammes environ d'un sang noir et paraissant avoir subi l'action de l'estomac furent rendus par la bouche. En même temps, eurent lieu des selles composées de caillots d'un sang noir et comme putréfié. Cet état dura environ une heure. On fit de vains efforts pour arrêter l'hémorrhagie. La mort vint dans la soirée du même jour terminer cette scène.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, qui eut lieu le 10 mars, on trouva l'estomac considérablement distendu et contenant environ 2 kilogrammes de sang. Les intestins eux-mêmes en étaient remplis dans toute leur étendue. Vainement on examina avec la plus grande attention la face interne de ces derniers, espérant y rencontrer le corps étranger. Rien que des caillots de sang se présentèrent à notre observation; enfin l'œsophage fut soumis à l'investigation, et voici ce qu'il présenta : vers son tiers supérieur et au-devant de la troisième vertèbre dorsale on trouva un os plat, ayant la forme d'un rectangle, dont un des angles, celui situé à gauche, était plus prononcé et plus aigu que les autres. Les dimensions de cet os étaient : diamètre transversal supérieur, 3 centimètres; diamètre transversal inférieur, 2 centimètres 5 millimètres; diamètre vertical, 2 centimètres; diamètre antéro-postérieur, 5 millimètres. L'os étant placé transversalement, l'angle le plus aigu tourné du côté gauche avait déchiré l'œsophage dans l'étendue d'un centimètre de plus, le même angle avait pénétré jusqu'à l'aorte, qui présentait une lésion de 8 mill., ayant son siége un peu plus haut que la crosse, à 2 centimètres environ du tronc de l'artère sous-clavière gauche, dans le voisinage des artères bronchiques. L'os présentait des dentelures dans toute sa circonférence. Il paraissait être le fragment d'un os long.

H. DELPIERRE, de Campagnes-lès-Hesdin.

RECHERCHES DU PLOMB

dans le cerveau et le foie d'un individu mort d'encéphalopathie saturnine,

Par MM. BOUVIER et A. CHATIN.

Désireux de fixer notre opinion sur un point de science

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La charlatanerie, l'annonce et la réclame sont aussi vieilles que notre art, et chacune d'elles n'a fait que changer de forme avec les progrès de la civilisation. Hippocrate se plaint des charlatans de son temps, et les accuse « de faire la médecine sans raison, sans expérience et sans probité. » Galien les démasque en ces termes : « Ces gens se vantent d'être de certaines sectes; il n'y a rien de difficile qu'ils n'entreprennent hardiment : grands menteurs, jusqu'à faire des écrits pleins d'impostures sur des matières qu'ils n'entendent pas. » Enfin, saint Jérôme emploie des couleurs si vraies pour peindre les charlatans, que je ne puis résister au plaisir de citer ce passage :

« Comment, dit-il, ce médecin prétendu pourra-t-il savoir ce qu'il n'a appris d'aucun maître? Les charpentiers, les tisserands, les foulons, les serruriers, les maçons et tant d'autres artisans ne peuvent exercer leur métier s'ils ne font leur apprentissage, et cependant il sera permis dans la médecine, où il n'y va pas moins que de la vie, de ne rien savoir? Les uns consultent les malades mêmes pour en apprendre la médecine, quoique ces malades n'y entendent rien; les autres s'informent des femmes comment il s'y faut prendre pour traiter les hommes; les autres apprennent des infidèles les remèdes dont ils abusent dans les maladies des fidèles; les autres feuillettent des livres de recettes, dont ils font servir les remèdes à tous les âges, à tous les temps et à tous les sexes. Ainsi un aveugle en conduit un autre. Combien de maladies entretenues et prolongées par ces remèdes ou changées en pires! Combien de poisons donnés en parfums! Combien de remèdes de prix employés sans nécessité, et seulement pour rendre la cure prétendue plus précieuse en des occasions où un peu de patience et de régime auraient été suffisants! car, après tout, il se trouve que, bien loin de ressusciter les morts, comme on l'avait promis, on a fait mourir des vivants. De plus, il n'y a ni barbon, ni vieille bavarde qui ne déshonore la médecine jusqu'à l'enseigner sans l'avoir apprise, imposant au peuple par un air grave et par des paroles pesées et étudiées. » (*Epist.* 113, *ad Paulinum.*)

Comme on le voit, le charlatanisme est aussi vieux que le monde et tout aussi impérissable que lui; il n'y a de véritablement moderne que le nom, et il ne faudrait cependant pas croire qu'il date d'hier.

Ambroise Calepino ou d'Acalepio, qui écrivait en 1502, veut que les charlatans aient été ainsi appelés de l'italien *Ceretani*, peuplade originaire d'une ville d'Italie nommée Cereto, située entre Spolette et Nursie (1). Cette opinion, que Léandre Albert (*In Italiâ illustratâ*) a adoptée en la modifiant seulement sous le rapport de l'origine des habitants de Cereto, a été réfutée pleinement dans un ouvrage intitulé : *Discours sur l'origine, mœurs, fraudes et impostures des charlatans, avec leurs découvertes*, dédié à Tabarin et à Descombes; par J. B. M. O. D. R., à Paris, chez Denis Langlois, 1622. Ménage, dans ses *Origines de la langue italienne*, donne au mot charlatan une origine plus ingénieuse et plus vraie; il vient, dit-il, de *ciarlare*, dérivé du latin *circulare*, qui signifie non-seulement tourner à l'entour, mais encore la même chose que *decipere*, tromper, fourber.

Quelle que soit l'étymologie que l'on adopte pour le mot charlatan, il est certain que la chose remonte à la plus haute antiquité, et l'auteur du discours dédié à Tabarin accuse le diable en personne d'être le promoteur du charlatanisme, opinion que partage le médecin David Sturnius, qui dit : *Primus cacodæmon medicamenta præparavit protoplastis.*

De nos jours, grâce au Code pénal qui atteint tout individu se donnant un titre qu'il n'a pas, le charlatanisme, dans la plus complète acception du mot, ne peut plus s'étaler en public; il ne reçoit asile que chez les rebouteurs et les sorciers, qui, eux, ne recourent pas à la publicité de la presse, et ne font que du charlatanisme oral.

Forcés de se tenir dans certaines limites, les faiseurs d'annonces et de réclames se livrent à des tours de force et à des excentricités d'esprit incroyables. Il serait curieux de les suivre au milieu de tous ces méandres apologétiques, où chaque coup d'encensoir remplit l'atmosphère de nuages d'encens. La femme, surtout, est passée maître en ces sortes de matière, et dans l'enthousiasme de son annonce elle trouve le moyen d'éluder la loi.

Je n'en veux citer qu'un exemple, que je trouve dans un journal d'hier :

« On nous prévient, dit le journal en question, que nous avons commis une erreur en annonçant, d'après les journaux anglais, que Mme Lachapelle, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris*, allait se fixer à Londres.

» Mme Lachapelle se propose seulement d'y effectuer un voyage; mais ce voyage, qui est sollicité par sa clientèle anglaise, n'a pas encore eu lieu et ne serait, dans tous les cas, que momentané. Mme Lachapelle ne quittera pas le pays où elle a conquis une grande position médicale et où elle est indispensable à sa nombreuse clientèle.

» Nous apprécierons bientôt l'ensemble des travaux qui recommandent le *célèbre professeur de la Faculté de Médecine* à l'attention et à la reconnaissance des praticiens et des familles. » (Extrait de l'*Assemblée Nationale*.)

La forme de cet article n'échappera à personne. Si la justice se permettait de poursuivre Mme Lachapelle et de lui demander à quel registre de l'instruction publique elle émarge chaque mois, la sage-femme, en femme sage, renverrait la citation au journaliste qui, lui, à coup sûr, en rirait fort dans sa barbe.

Malheureusement, pour notre plaisir, tout le monde n'a pas l'esprit de Mme Lachapelle, et les débutants dans la carrière sont surtout d'une modestie et d'une timidité rares en pareil sujet; les premiers pas que l'on fait dans cette voie sont chancelants, comme si l'on marchait sur des épines ou des charbons ardents. Cette hésitation est un dernier hommage rendu à l'opinion publique; on va même plus loin, on recule devant la nécessité de livrer son nom à la publicité, et l'on se cache sous une initiale, ainsi qu'on peut le voir par cet exemple : « On cite M. le docteur C., rue des Filles-Saint-Thomas, 11, comme obtenant des succès complets contre les

(1) *Dictionnaire des langues latine et italienne*, etc. 1502, in folio. Ouvrage revu et amélioré depuis par Passerat et Chiflet, qui l'ont porté à 2 vol. in-folio. L'édition la plus complète est celle de Bâle, 1637, in folio en 11 langues.

médicale encore contraversé, nous nous sommes proposé de rechercher le plomb d'intoxication dans le cerveau d'un homme qui venait de succomber comme foudroyé par une encéphalopathie saturnine aiguë, le surlendemain même du jour où il avait quitté les ateliers meurtriers d'une fabrique de céruse. Toutefois, et comme pour nous faire la main à une analyse qui ne laissait pas que d'être délicate en raison de la très minime proportion du plomb que le cerveau pouvait contenir, nous fîmes une première opération sur le foie.

Foie. — 300 grammes ont été coupés en très petits morceaux et mis à bouillir pendant deux heures avec 2,000 grammes d'eau acidulée par un dixième de vinaigre pyroligneux. Le soluté ayant été évaporé et carbonisé à l'aide d'un peu d'acide nitrique, le charbon a été traité par l'eau distillée bouillante aiguisée d'un vingtième d'acide nitrique. Après avoir chassé l'excès d'acide de la solution nitrique par concentration, nous l'avons soumise à un courant d'hydrogène sulfuré, qui a déterminé un précipité noir abondant. Repris par l'acide nitrique bouillant, ce précipité a enfin fourni une solution plombique à peu près pure, laquelle, privée de l'excès d'acide et réduite à 10 grammes, a offert les réactions suivantes :

Par l'hydrogène sulfuré, précipité noir;
Par le sulfate de soude, précipité blanc;
Par le cyanure ferroso-potassique, précipité blanc;
Par l'iodure de potassium, précipité jaune.

Cerveau. — La moitié de la masse encéphalique a été soumise au traitement qui précède; seulement le soluté à mettre en contact avec les réactifs a été réduit à 1 gramme, en raison de la très petite quantité de plomb signalée dans le cours de l'opération par le gaz hydrogène sulfuré.

Voici les réactions :

Hydrogène sulfuré, précipité brun-noir;
Sulfate de soude, précipité blanc, léger après quelques instants;
Cyanure féroso-potassique, précipité blanc, léger après quelques instants;
Iodure de potassium, dépôt jaune très léger après plusieurs heures.

Il résulte de ces essais que le cerveau et surtout le foie contenaient du plomb; et si l'on considère que l'iodure de plomb est soluble à froid dans 1,000 à 1,200 portions d'eau, on peut admettre approximativement que les 300 grammes de foie contenaient un demi-centigramme (0,005), et le cerveau un demi-milligramme (0,0005) de cet iodure. Les équivalents chimiques du plomb (1294,5) et de l'iode (1579) montrent, d'ailleurs, que le métal toxique entre sensiblement pour moitié dans le poids de l'iodure.

Le procédé que nous avons suivi n'étant autre que celui recommandé par M. Orfila pour retrouver le plomb d'intoxication, à l'exclusion du plomb dit normal, ces recherches prouvent que l'on peut retirer du cerveau des cérusiers qui succombent brusquement à l'encéphalopathie saturnine une trace appréciable de l'agent qui a causé leur mort.

(*Journ. de Chim. méd.*)

DE LA GASTRO-ENTÉRITE VARIOLEUSE

(Variolæ sine variolis)

avant et depuis la découverte de la vaccine.

La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine. L'exception est devenue règle, et la règle, exception.

Le comité central de vaccine séant à Paris et composé de douze sommités médicales de l'époque s'exprimait en ces termes le 20 ventôse an XI (1803) :

« Les vaccinés n'auraient ainsi *que* la petite vérole sans boutons. » Or c'est ce précieux avantage pressenti par le grand Boërhaave » que l'on cherche depuis cent ans et plus. ». (*Rapport officiel*, page 239.)

L'attente du comité n'a pas été trompée, et Jenner a résolu le problème posé par Boërhaave. A quel prix? M. Hector Carnot s'est chargé de l'apprendre à la France.

Ses recherches longues et scrupuleuses, résumées par lui-même dans une lettre insérée le 9 novembre dans la *Gazette médicale de Paris*, prouvent qu'entre 1802 et 1844, en moins d'un demi-siècle, la mortalité de la jeunesse de vingt à trente ans a *doublé!* Elles prouvent que les maladies du poumon n'ont pas eu de part sensible à cet accroissement, tandis que les affections *gastro-intestinales* détruisent aujourd'hui, à elles seules, autant de jeunes gens de cet âge que toutes les maladies réunies en enlevaient autrefois, c'est-à-dire 1 0/0 annuellement!.....

Ce sont là des faits malheureusement incontestables et aujourd'hui incontestés. Il résulte de leur ensemble cette conclusion forcée, que les affections gastro-intestinales se sont prodigieusement multipliées, *ou* qu'elles sont devenues infiniment plus meurtrières depuis que la variole a cessé ses ravages.

J'ai demandé le secret de cette transformation à l'un des oracles reconnus de la médecine classique, à Stoll. Voici, en résumé, la réponse que j'ai reçue de lui :

« L'agent varioleux produit l'inflammation de l'estomac et celle » des intestins (290, 301). Il se combine très facilement avec les » causes morbides populaires, et cette union seule le rend dange- » reux (524). La fièvre qui se manifeste six à sept jours après » l'absorption du virus constitue seule la variole, à tel point qu'elle » garantit de son retour, soit qu'il y ait, soit qu'il n'y ait pas d'é- » ruption (519, 522, 523). Elle est très difficile à distinguer de » toute autre fièvre aiguë (521). Cependant elle donne à l'haleine » une odeur toute particulière, *fœtor oris specificus* (520). La dis- » tinction est importante à faire pour le traitement à suivre (525). » Plus la peau est souple, plus le sujet est jeune, plus la variole » sort aisément, moins aussi elle offre de dangers » (515).

Broussais a dit : « C'est par une gastro-entérite aiguë que débute » la variole. » (Prop. CXLII). Ce n'est là, comme on le voit, que la traduction libre de Stoll, que la répétition, en d'autres termes, de ses principes, professés par Corvisart en 1797 au Collége de France. Je crois donc être en droit, sans être accusé d'être un novateur irréfléchi, de regarder cet aphorisme comme acquis à la science, surtout en lui donnant cette forme moins absolue. « Le premier » effet de l'agent varioleux est, en général, de produire, principa- » lement chez les adultes, une affection gastro-intestinale *sui ge- » neris.* » (*V.* Prop. IV.) L'âge différent des sujets suffit pour expliquer les causes de cette restriction. Les adultes absorbent plus facilement les *contages* par les muqueuses que par la peau, et Ozanam, laborieux historien des affections de cette nature, à plusieurs reprises, renouvelle cette observation physiologique.

Cela posé, je soumets au jugement impartial de l'opinion médicale les douze propositions suivantes :

PROPOSITIONS.

I. La variole isolée est constamment bénigne. L'inoculation le prouve (1).

II. La malignité de la variole résulte de la combinaison de l'agent varioleux avec une cause morbide, intercurrente, particulièrement avec le typhus, la plus commune des endémies. (Ozanam, t. Ier, p. 78.)

III. Cette combinaison a lieu à une époque quelconque de la maladie. Le danger est d'autant plus grand qu'elle est plus ancienne. De là les varioles bénignes, discrètes, semi-confluentes, confluentes, malignes, ichoreuses, etc. (Stoll.) (2).

IV. Le premier effet de l'agent varioleux est de produire en général, et particulièrement chez les adultes, une affection gastro-intestinale *sui generis* (Stoll, Broussais, etc.) (3).

V. Cette gastro-entérite varioleuse est caractérisée six à sept jours après l'absorption du virus par une fièvre aiguë, qui, avec ou sans éruption, constitue positivement la variole et préserve de son retour (Stoll) (4).

VI. Cette fièvre, lorsqu'elle n'est point accompagnée d'une éruption, ne se distingue que par des nuances très délicates d'autres gastro-entérites aiguës, avec lesquelles il est facile et dangereux de

(1) « Si de mes inoculés j'avais vu mourir un seul, disait Tronchin à qui voulait l'entendre, je n'eusse inoculé de ma vie. » (*Médecine domestique*, 1789.)

(2) « La petite vérole la plus discrète à son origine devient subitement mortelle au moment où le médecin s'y attend le moins. » (*Médecine domestique*, 1789.)

(3) « La fièvre qui précède de quelques jours la variole est toujours due à la gastro-entérite. » (Boisseau, *Pyrétologie*, p. 609.)

(4) « L'irritation de la peau déplace celle des muqueuses.... Dans certains cas, l'inflammation est tellement violente que l'éruption est entièrement empêchée.... Alors la fièvre persiste et la gastro-entérite continue ses progrès. » (Bégin, *Physiologie pathologique*, p. 245.)

la confondre. Le traitement utile dans quelques-unes de ces inflammations peut être meurtrier dans la première (Stoll, Le Pileur) (1).

VII. Plus la variole arrive dans un âge avancé, plus elle offre de dangers, soit qu'elle présente ou non une éruption cutanée. (Sydenham, Boërhaave, etc.)

VIII. La vaccine empêche généralement l'explosion de la variole dans l'enfance, mais ne détruit pas le germe inconnu de ce contage qui se développe ensuite dans l'âge adulte. L'expérience le démontre.

IX. La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine. L'exception est devenue règle, et la règle exception. Par exemple :

1° La variole naturelle attaque les enfants, et rarement les adultes. Le contraire a lieu pour les vaccinés.

2° La variole naturelle est généralement externe; rarement interne. Le contraire a lieu pour les vaccinés (2).

3° La variole interne naturelle est généralement bénigne. Le contraire a lieu pour les vaccinés.

Ce sont là des faits incontestables pour l'observateur impartial.

X. La variole interne des vaccinés présente la même série de degrés divers que la variole externe naturelle, et pour les mêmes causes. Elle peut être bénigne, discrète, semi-confluente, confluente, maligne, etc. On lui a donné les noms d'entérite, d'entérite aiguë, de dothinentérite, d'entérite typhoïde, etc., selon les systèmes éphémères de l'école moderne.

XI. La variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont très probablement qu'une seule et même maladie, externe ou interne, produite par la combinaison du typhus et de la variole. (Fodéré, Serres.) (3)

XII. L'inoculation du virus varioleux dans l'enfance préserve le sujet inoculé de complications souvent mortelles dues à la combinaison de la variole avec les causes morbides intercurrentes.

Tel est le commentaire de cette phrase qui en 1848, à son apparition, souleva l'incrédulité des académies, et dont tout le monde a pu reconnaître depuis la rigoureuse exactitude :

« La mort, sous des noms inconnus au dix-huitième siècle, prélève aujourd'hui sur la jeunesse le tribut que la petite vérole imposait autrefois à l'enfance. » (Hector Carnot, *Essai de mortalité comparée*.)

La statistique a rempli son devoir jusqu'au bout. C'est maintenant à la médecine à ne pas négliger le sien. *Salus populi suprima lex.*

A. Bayard, D.-M.

Cirey, 20 février 1851.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 février 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° La Société reçoit un numéro du *Journal de Médecine et de Chirurgie* de M. Lucas Championnière, 22e année, 2e série;

2° Une note sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans le département du Puy-de-Dôme en 1849, par MM. Nivet et Guillon.

— M. Ricord prend la parole à propos du procès-verbal et s'exprime ainsi :

Dans la question intéressante qui a été soulevée ici par notre

(1) « Le temps de Broussais ne venait pas avec lui, mais Broussais venait avec son temps. Il réformait la médecine obstinée à prescrire des traitements utiles quinze ou vingt ans plus tôt et devenus alors meurtriers. « (Le Pileur, *Patria : Géographie médicale*, p. 1412.)

(2) « Quelquefois les malades ont la fièvre et les symptômes varioleux, mais il ne se fait point d'éruption. Cependant la maladie doit être jugée comme une véritable variole. Cela est si vrai que, si l'on inocule le sujet plusieurs fois et avec du pus frais, on ne peut réussir à lui communiquer la petite vérole. Boërhaave a vu très souvent cette maladie et l'a nommée *variolæ sine variolis.* La pratique de l'inoculation nous en a fourni quelques exemples chez les adultes, qui, après trois jours de fièvre, ont eu une transpiration abondante, d'une odeur vireuse. L'haleine exhalait aussi l'odeur propre à la petite vérole, et toute la maladie se bornait aux piqûres. » (*Traité de l'inoculation*, an X, approuvé par l'Ecole de médecine, p. 294 et suivantes. Dezoteux et Valentin.)

(3) « Il est des épidémies de petite vérole bénigne pour tous les sujets indifféremment et des épidémies également malignes pour tous. Dans ce dernier cas, la petite vérole se rapporte au typhus contagieux. » (Fodéré, *Médecine légale*, 1813, t. V, p. 458.)

« Dans l'examen de ces deux maladies (variole confluente et fièvre typhoïde), on trouve, abstraction faite de l'éruption propre à chacune d'elles, une similitude parfaite dans la fièvre secondaire qui les constitue. » (Docteur Serres, Premier mémoire, 55, 17, 1847.)

affections de la peau. » (Extrait de la *Presse.*) Puis, comme la pente est rapide, l'annonce se développe bientôt, et quelques jours après la première on rencontre celle-ci :

« M. le docteur C..., rue des Filles-Saint-Thomas, 11, continue ses brillants succès contre les affections de la peau, dartres et autres. Pour lui, ces maladies n'ont plus rien d'inquiétant. » (Extrait de la *Presse.*)

Dans quelque temps, soyez-en sûr, notre confrère, plus aguerri, se présentera visière levée dans le champ clos de la publicité.

Mais les facéties modèles, types du genre, sont essentiellement celles des dentistes. Depuis l'arrêt de la cour de cassation du 23 février 1827, qui dispense cet art de l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat, tous les mécaniciens sans travail et tous les ouvriers horlogers sans ressources se sont faits arracheurs de molaires et fournisseurs de mâchoires. Le dentiste est de tous les charlatans le plus frénétique d'annonces; j'en ai connu un qui, pendant deux mois, s'est condamné au régime du pain de munition, du fromage de Gruyère et de l'eau de Seine, afin de subvenir aux frais de cinq lignes à la quatrième page d'un journal. Le dentiste n'a pas seulement la sobriété du chameau, il est généralement doué d'un excellent caractère; il ne s'irrite jamais des injures qu'on peut lui dire, et il pousse la philosophie jusqu'à regarder ces injures comme une bonne fortune et l'article comme une annonce; je n'ai jamais rencontré qu'une exception à cette règle; mais, circonstance atténuante, cet atrabilaire dentiste était docteur en médecine.

L'annonce revêt toutes les formes et se glisse partout : tantôt c'est une longue *tartine* avec un titre pompeux et une enveloppe scientifique; tantôt elle prend pour véhicule le compte-rendu d'une académie et quelquefois même elle vient en consultation au chevet d'un malade. Les colonnes de ce feuilleton ne suffiraient pas à contenir le vingtième de celles que l'on voit éclore chaque jour.

Il en est cependant qui empruntent un tel air de franchise et d'honnêteté, qu'on se prend à douter de leur caractère, et l'on se trouve quelquefois très embarrassé de les classer. Ainsi, avant que le premier-Paris de l'*Union Médicale* de samedi ne nous l'annonçât, nous connaissions la nouvelle découverte de M. Desterne; la *Presse*, le *Pays*, les *Débats*, etc., contenaient, bien avant l'*Union Médicale*, le petit article que voici :

« Un jeune docteur de la Faculté de Médecine de Paris, ex-interne des hôpitaux, vient de faire une découverte que nous croyons utile de communiquer à nos lecteurs. De toutes les douleurs, les douleurs névralgiques sont les plus rebelles à l'art du médecin. M. Desterne, très vivement préoccupé de l'insuffisance de la science dans ces affections si communes et si terribles, s'est livré à de consciencieuses recherches sur l'action physiologique du système nerveux.

» Prenant pour point de départ de ses recherches les résultats si remarquables de la guérison des névralgies sciatiques par la cautérisation de l'hélix, il est parvenu à guérir instantanément, et sans altérer aucun organe, toutes les névralgies de la tête, les accès de migraine, les maux de dents résultant même d'une carie très avancée. Ce qui rend cette découverte vraiment merveilleuse, c'est à la fois l'instantanéité de la guérison et sa parfaite réussite dans plus de deux cents cas qui se sont présentés, depuis le 22 décembre 1850, date des premières expériences. M. Desterne doit présenter un mémoire à l'Académie de Médecine sur cette importante découverte. La présentation de ce mémoire est seulement retardée par l'espoir qu'a son auteur de prévenir, par le même moyen, les attaques d'hystérie, d'épilepsie, et son désir de faire un travail plus complet. »

L'ex-puritanisme de M. Desterne ne me permet pas de croire qu'il a contribué à la confection de cette réclame; j'aime mieux penser que notre jeune confrère a de nombreux amis dans le journalisme, lesquels, séduits et enthousiasmés par sa découverte, ont regardé comme un devoir d'annoncer à leurs lecteurs qu'ils peuvent dès à présent se passer la fantaisie des névralgies et des dents cariées. On ne raisonne pas avec sa conscience, et les journalistes *politiques*, ma foi, ont de la conscience comme le commun des martyrs.

Les facéties, drôleries et espiègleries de l'esprit ne se trouvent pas toutes dans les colonnes des journaux; on en découvre quelquefois sur les murs de la Faculté. N'allez pas croire que je veuille parler de ces affreux petits morceaux de papier de forme et de couleurs si variées, que l'on appelle affiche; non, la jeunesse de nos écoles ne cultive pas encore la branche industrielle de la civilisation moderne; quand elle veut communiquer une idée aux passants, elle n'y va pas par quatre chemins, comme on dit; et, prenant un morceau de charbon, elle la griffonne sans plus de souci sur le mur le plus blanc qu'elle trouve sous sa main. Ces inscriptions sont presque toujours très éphémères, et ne durent souvent pas ce que durent les roses; heureux le passant qui les peut lire et recueillir.

J'ai eu un de ces bonheurs.

Le concours, plutôt que le hasard, me conduisit dernièrement à la Faculté de médecine; et comme je me livrais à toutes les réflexions que peut susciter la joute à laquelle je venais assister, mes yeux se portèrent négligemment sur une des colonnes de la cour et y aperçurent des caractères à demi effacés. La curiosité prit en moi la place de la méditation, et je m'évertuai à pénétrer le sens des hiéroglyphes que j'avais sous les yeux. Enfin, après beaucoup d'efforts, de peine et de persévérance, je déchiffrai le couplet suivant, orné du préambule sacramentel :

Air connu : *Larifla fla fla.*

Le professeur Andral
A lui seul n'est pas mal;
Mais avec Gavarret,
C'est un homme complet.
Larifla fla fla, larifla.

O carnaval et vin de Champagne! voilà bien de vos coups!

Félix Roubaud.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leur collection de 1850 pour la faire relier, peuvent la faire reprendre à notre bureau. Le prix de l'année 1850, reliée, est de 20 fr.

collègue M. Vidal relativement à l'inoculation des accidents secondaires, mon nom et les doctrines que je professe ayant été mis en cause, je viens, après avoir entendu la lecture du compte-rendu de votre dernière séance, vous demander la permission de continuer la discussion.

Je vous dirai d'abord que je donne mon assentiment plein et entier à l'argumentation de M. Cullerier, avec lequel je suis en communion d'idées et de doctrine; ce qu'il a dit dans votre dernière séance je l'accepte comme si je l'avais dit moi-même.

Les inoculateurs, et je ne sais plus aujourd'hui où en est la limite, doivent se féliciter de leur récente conquête, de leurs nouvelles recrues. Les réfractaires, enfin ramenés, ont tiré la *lancette de l'étui* pour replacer « la science à la pointe de cet instrument. » Nous acceptons le combat; car ils viennent, loyalement et publiquement, rétracter par leurs paroles, leurs écrits et leurs actes ce qui avait été dit contre les premiers inoculateurs et les inoculations. Il y a même plus, les lois de l'évolution syphilitique et la nomenclature ont été franchement acceptées, ainsi qu'on peut le voir dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. M. Vidal nous a surtout distancé, nous qui, par des motifs que nous avons autre part formulés, n'avions jamais osé pratiquer d'inoculations que sur l'individu déjà malade. M. Vidal a inoculé un individu sain (M. Boudeville, interne en pharmacie à l'hôpital du Midi) avec un plein succès que je puis vous certifier; car j'ai eu ensuite à soigner le malade, qui a passé par la série régulière des accidents primitifs, successifs et secondaires.

M. Vidal a la bonté de me rappeler un fait qui se trouve dans mon *Traité sur l'inoculation*. C'est vrai, un de mes élèves s'est inoculé; mais avec du pus qui d'abord avait échoué sur le malade; autrement, comme dans le cas de M. Vidal, s'il avait réussi sur le malade lui-même, mon élève se serait bien gardé de s'inoculer; car il aurait été sûr de réussir. Ce qui ne réussit pas sur le malade ne réussit pas plus sur l'homme sain, et *vice versâ*.

C'est en qualité de médecin de M. Boudeville et avec sa permission que déjà j'avais pu commenter son observation. C'est d'après cette observation surtout qu'il m'était permis de dire, avec M. Vidal lui-même, que l'expérimentation ne doit pas être isolée de l'observation, autrement elle devient incertaine et dangereuse.

Je ne veux pas recommencer ici l'histoire de l'inoculation; je veux rester autant que possible dans la question agitée au sein de la Société de Chirurgie. Cependant, permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler quelques grands préceptes, préliminaires indispensables avant d'entrer plus avant dans la discussion.

Une première contagion, autrement dit une première inoculation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une quatrième et ainsi de-suite, quel que soit l'intervalle, le temps qui les sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'application directe du pus virulent dans les conditions voulues. Le *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique enfin n'empêchent pas une nouvelle contagion ou de nouvelles inoculations.

Cela posé, et c'est incontestable, d'observation journalière, qu'on peut répéter à volonté, de manière à me permettre de jeter le gant à tout contradicteur, je dois combattre une grave erreur qui a cours dans quelques ouvrages, dans ceux de M. Cazenave, entre autres, et que notre honorable collègue M. Huguier a soutenue ici; à savoir, qu'il suffisait de faire une piqûre, une égratignure, une solution de continuité quelconque à un vénérien pour que ces blessures devinssent aussitôt des ulcérations vénériennes. C'est une erreur que je demande à notre ami et collègue M. Huguier la permission de combattre avec énergie, non-seulement au point de vue de l'inoculation syphilitique, mais au point de vue plus général de la chirurgie et des opérations. Non; et je l'ai déjà dit ailleurs, non, le vénérien n'est pas une *outre* virulente qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus qui doit ensuite spécifiquement corroder, *ulcérer chancreusement* l'ouverture qui lui a livré passage. On peut opérer, et nous opérons tous les jours, des individus affectés des différents symptômes de la syphilis, et nos opérations marchent comme dans les cas ordinaires, pourvu que les plaies ne soient pas souillées après coup par du pus primitif, c'est-à-dire du pus virulent. Il y a peu de jours encore, on pouvait voir dans mon service de l'hôpital du Midi un malade auquel j'avais pratiqué la circoncision pendant qu'il portait encore une induration d'un chancre récemment cicatrisé, et qu'il était affecté d'accidents secondaires précoces des mieux caractérisés. Vous savez tous, Messieurs, et parmi vous j'ai le bonheur et l'honneur de retrouver de mes anciens élèves qui ont été témoins oculaires des faits; vous savez tous les nombreuses inoculations comparatives que j'ai pratiquées sur le même malade et en même temps. Ainsi, tandis que nous inoculions du pus de chancre à une cuisse, nous faisions une piqûre simple à l'autre. Chez des individus porteurs à la fois de chancres et de blennorrhagie, tandis que le pus du chancre était inoculé d'un côté, le muco-pus de la blennorrbagie l'était de l'autre. Pour les malades affectés d'accidents constitutionnels seuls, ou coexistant avec des accidents primitifs, j'ai suivi le même procédé, et toujours j'ai obtenu le même résultat. Le pus du chancre à la période spécifique a pu *seul être inoculé*.

Si, comme l'ont prétendu quelques syphiliographes, toute piqûre devait devenir fatalement spécifique, si elle devait produire un accident vénérien sur des individus déjà infectés, au lieu d'avoir constamment échoué dans nos inoculations d'accidents secondaires sur les malades eux-mêmes, nous aurions dû toujours réussir, ou au moins cela aurait pu nous arriver quelquefois, et nos adversaires surtout devraient avoir de nombreux exemples à nous citer; mais vous savez qu'il n'en est pas ainsi, et vous connaissez le nombre des faits que nous avons à combattre.

Arrivons donc à la question :

Wallace, M. Vidal et M. Cazenave, ont inoculé des accidents secondaires. Pour donner aux expériences de ces savants toute la valeur nécessaire, on a cherché à établir, à reconnaître leur autorité scientifique. Sans Wallace, M. Vidal invoque le témoignage de M. Diday, autrefois notre disciple, M. Diday semble croire à ces expériences, et cela leur donne une grande valeur aux yeux de M. Vidal; mais M. Diday croit aussi qu'en inoculant du sang d'un syphilitique tertiaire à une personne non encore infectée, on peut la mettre à l'abri de la syphilis constitutionnelle!

Or M. Vidal croit-il alors M. Diday? Vous savez tous que non; M. Vidal vous a dit ce qu'il pensait de M. Diday et de sa doctrine dans les lettres qu'il a écrites. On s'est aussi appuyé sur l'autorité de M. Baumès, qui a dit qu'*il pensait* qu'on pourrait inoculer les accidents secondaires et qui n'a pas pu les inoculer, lui qui a tant fait d'expériences confirmatives des miennes.

Je n'insisterai pas davantage sur l'importance qu'on doit attacher aux autorités qu'on invoque dans une page, dans un alinéa, dans un mot qui est favorable aux idées qu'on veut soutenir et qu'on abandonne bien vite dans des chapitres entiers qui sont contraires.

Retournons à Wallace. Je ne veux pas faire de nouveau le commentaire de ces deux expériences, je l'ai déjà fait dans les lettres que je publie sur la syphilis. En dehors des inexactitudes, du défaut de description et d'appréciation de l'état antérieur des sujets inoculés, je ne veux que vous rappeler ce fait qui a dû frapper tous ceux qui ont fait des inoculations, c'est-à-dire le temps qui a distancé la cause des effets : chez un malade, le premier résultat local de l'inoculation a lieu au bout de vingt-huit jours; chez l'autre, après un mois! Avec ce que vous savez aujourd'hui sur l'inoculation de la variole et du vaccin, que répondriez-vous à celui qui, pour renverser vos doctrines, vous dirait que ce n'est qu'après vingt-huit jours ou un mois qu'on voit se développer la pustule variolique ou la pustule vaccinale? Vous lui diriez poliment : Vous vous êtes trompé, ou on vous a trompé; et s'il persistait dans ses assertions, vous demanderiez, pour être convaincus, autre chose que deux faits encadrés comme ceux de Wallace.

Mais notre collègue M. Vidal a inoculé du pus d'un ecthyma sur le malade lui-même, puis du malade à un élève *sain* de l'hôpital du Midi, et il a réussi d'abord sur le malade, puis sur l'élève. Cette inoculation a été considérée par M. Vidal comme étant la preuve de la possibilité de l'inoculation des accidents secondaires, à cause de la forme de l'accident auquel il avait emprunté le pus inoculable, de son siége à la poitrine, et des autres conditions dans lesquelles se trouvait le malade évidemment affecté de syphilis constitutionnelle récente, suite d'un chancre induré cicatrisé depuis peu de temps. Mais le malade était entré à l'hôpital affecté en même temps des symptômes secondaires précoces et dans l'ordre de filiation et d'évolution régulières, et de l'*ecthyma intercallé*, dont la description donnée par M. Vidal lui-même ne constitue plus un symptôme de cette période. On n'a pas vu *naître* l'ecthyma, son mode de développement et son mécanisme de production, et on a conclu d'emblée qu'il était secondaire, par les seules raisons que j'ai tout à l'heure rappelées. Eh bien! par les règles que je vous ai indiquées en commençant, moi, je suis resté convaincu que l'ecthyma qui avait fourni le pus inoculable était lui-même un ecthyma primitif contracté par le malade postérieurement à son chancre induré, ainsi qu'on peut en voir tous les jours de nombreux exemples à l'hôpital du Midi. Le signe pathognomonique de cet ecthyma s'est trouvé justement dans le résultat positif de l'inoculation.

Le malade avait en même temps des symptômes secondaires bien caractérisés, bien incontestablement dépendants du chancre induré dont il était encore porteur; pourquoi n'a-t-on pas inoculé le produit de leur sécrétion? Non, c'est au seul accident qui dans ce cas particulier ne pouvait plus être rattaché à la période à laquelle la syphilis constitutionnelle était arrivée, c'est à l'accident insolite qu'on s'adresse; et alors qu'il témoigne encore de son étrangeté par les résultats qu'il donne, on conclut contradictoirement qu'il est identique à ceux qui sont absolument différents et qui existent en même temps sur le malade!

M. Vidal, dans son cas particulier et par la symptomatologie qu'il vient de nous donner ici, n'a pas établi d'abord le diagnostic différentiel entre l'ecthyma primitif et l'ecthyma secondaire; donc c'est d'autorité et sans signes pathognomoniques qu'il a décidé qu'il avait affaire à un ecthyma secondaire. On a cherché à trouver dans les résultats de l'inoculation des différences entre ce qu'avait produit l'inoculation de M. Vidal et ce qu'on peut produire tous les jours avec le pus du chancre. Eh bien! des différences, il n'y en a pas. Ici nous retrouvons l'identité complète la plus absolue : le malade lui-même a pu être inoculé, et l'inoculation a aussi réussi sur l'homme sain! C'est ce que fait le pus du chancre. Sur l'élève inoculé, qui a été immédiatement soumis à mon observation, l'inoculation a suivi la marche la plus régulière; rien n'a manqué : pustules, ulcérations régulières dont la base s'est indurée dans le temps voulu; engorgements indolents des ganglions axillaires; et, au *terme légal*, aucun traitement n'ayant été fait, les accidents secondaires, dans leur ordre de filiation rigoureuse, sont apparus. C'est un cas type. C'est l'inoculation telle que nous la pratiquons avec le pus *primitif*. Donc ce cas rentre dans la règle générale; il obéit, non pas aux lois que nous avons faites, mais à celles que la pathogénie syphilitique nous a imposées, dont nous avons cherché jusqu'ici à comprendre l'esprit et la lettre, lois aux auxquelles nous obéirons, que nous promulguerons jusqu'à ce qu'une révision plus sévère soit faite, et que d'autres lois votées à plus de *deux voix* soient venues les abroger.

M. Gibert, qu'on a cité avec raison, n'admet pas le début pustuleux du chancre, partant l'ecthyma primitif; mais M. Gibert admet la pustule d'inoculation, comme si la nature n'avait pas des instruments à son service caché aussi acérés que nos lancettes et comme si elle n'était pas plus ingénieuse que l'art à s'en servir!

M. Cazenave à son tour, qui cependant a tant et si bien étudié les maladies de la peau, n'admet pas d'ecthyma primitif; vous savez tous ce qu'il a fait dans ses écrits pour tâcher de prouver que l'ecthyma était toujours un accident constitutionnel, et vous savez que, malgré tout son talent, il n'a pu atteindre son but, et que, grâce à ses descriptions sincères, vous parvenez à reconnaître le chancre, l'ecthyma primitif des lèvres et celui des doigts que lui seul méconnaît en les décrivant si bien.

Pour M. Cazenave donc, il n'est pas étonnant qu'il croie à l'inoculation possible des accidents secondaires quand il aura inoculé du pus d'ecthyma. Il n'y aurait par conséquent rien à lui répondre, ou à répondre à ceux qui invoquent son autorité. Mais n'imitons point ici M. Cazenave; toute question honnête demande une réponse polie. Le cas de M. Cazenave n'a que deux côtés, et les deux côtés sont douteux. Lisez l'observation publiée dans le numéro de janvier de ses *Annales;* c'est encore un cas de syphilis bien régulière, bien typée, à phases *méthodiques* bien décrites, bien reconnues surtout bien *dénommées*. Un traitement spécifique est administré avec succès, et conduit à la guérison. La malade est alors prise de dérangements du côté des voies digestives, qui forcent à suspendre le traitement. Dix jours plus tard arrivent tout à coup, à la face interne d'*une cuisse*, de la rougeur, des *démangeaisons vives*, de la douleur et, le surlendemain, apparaît une pustule d'ecthyma qui, au bout de trois jours, a acquis le volume d'une noisette. Il y a là des douleurs *très vives*, on met des cataplasmes qui déchirent la pustule; et le 15, on trouve une ulcération profonde intéressant toute l'épaisseur du derme, de trois centimètres environ de diamètre, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, ayant une aréole cuivrée, sans induration à sa base. Le 17, l'ulcère s'est agrandi, les bords semblent se renverser, le fond est détergé de la sécrétion grisâtre; il est baigné par un liquide séro-purulent peu abondant.

C'est alors que M. Cazenave, frappé sans doute de la bizarrerie de ce nouvel accident, si singulièrement arrivé, si bien isolé dans son siége très remarquable, avec sa symptomatologie si peu en harmonie avec les descriptions que M. Cazenave donne autre part d'ecthymas constitutionnels, et qui au contraire ressemble si bien à certaines inoculations à marche aiguë dont nous avons donné des exemples dans l'iconographie; c'est alors, dis-je, que M. Cazenave songe à l'inoculation. Une piqûre est faite à la face palmaire de chaque avant-bras.

L'ulcère de la cuisse continue à s'agrandir. Ses bords *se renversent*, son fond paraît plus élevé. Les piqûres des avant-bras sont accompagnées de *démangeaisons*; elles produisent, dit-on, des pustules bien formées. Mais suivez la description. Il n'est point question de cette ulcération térébrante, si *caractéristique* dans les inoculations artificielles. Il n'est pas même question d'ulcération! On parle ensuite de cicatrices évidentes, comme celle qui arrive sur des surfaces réséquées sans doute, comme on en voit dans les fausses inoculations.

Au bout de sept jours, sans rien faire, tout est fini d'un côté, et au bout de dix c'est fini de l'autre; quelques jours plus tard, parce qu'on n'a pas fait tomber la croûte plutôt; mais l'ulcère de la cuisse qui devait être de même nature, bien qu'ayant commencé plus tôt, a-t-il guéri aussitôt, quoique traité, tandis qu'on ne faisait rien aux piqûres des avant-bras? Non. Commencé le 10 août, il n'est guéri que beaucoup plus tard. Cinq semaines après, le 16 septembre, il n'était pas encore cicatrisé. Qu'a été cette ulcération de la cuisse qui ressemble tant à l'ecthyma primitif, qui, comme tous les accidents de sa nature, est si fallacieux dans ses modes de propagation?

Je vous l'aurais peut-être dit d'une manière plus sûre si j'avais moi-même pratiqué l'inoculation; mais c'est M. Cazenave qui a opéré, et vous venez de voir ce qui lui est arrivé. C'est qu'il a pris de fausses pustules, telles que nous les avons tous décrites, demandez plutôt à MM. Puche et Cullerier, pour de vraies pustules. Je n'en fais pas un crime à M. Cazenave; en continuant ses expériences, il apprendra à les connaître.

Concluons donc que pour la syphilis comme pour le vaccin, comme pour la variole, il y a de fausses pustules, dont M. Cazenave vient de nous donner un fort bel exemple; qu'il y a aussi ecthyma et ecthyma : les uns primitifs, suite directe de la contagion ou de l'inoculation artificielle; les autres, conséquence de la syphilis constitutionnelle. Ils peuvent, les uns et les autres, siéger partout; être unique, ou nombreux; isolés, ou groupés; plus ou moins superficiels, ou profonds; simplement ulcérés, ou bien ulcérant progressifs; à base indurée ou non, à forme ronde, à bords taillés à pic et plus ou moins renversés, à fond grisâtre, plus ou moins adhérents, à sécrétion séro-sanieuse, séro-purulente, purulente; à aréole rouge, plus ou moins vive, plus ou moins sombre, plus ou moins cuivrée; à marche plus ou moins aiguë, à durée plus ou moins longue, et laissant enfin des cicatrices qui peuvent encore se ressembler.

Mais si ces deux ecthymas, différents au point de départ, peuvent plus tard se confondre pour des yeux inattentifs ou mal disposés, on peut parvenir à trouver les différences. Les principales sont, pour l'ecthyma primitif dans certains siéges : le retentissement possible sur les ganglions lymphatiques voisins, comme dans le cas de M. Boudeville, ce que ne fait jamais l'ecthyma constitutionnel, et enfin la possibilité de fournir du *pus inoculable*, qu'on aura encore à chercher dans l'ecthyma secondaire.

Du reste, Messieurs, une nouvelle voie est ouverte à l'expérimentation, qui n'engage la responsabilité de personne et qui ne peut laisser à personne de regrets.

S'il est vrai qu'on puisse inoculer des accidents syphilitiques primitifs de l'homme aux brutes, et qu'il fût vrai que les accidents secondaires fussent inoculables sur l'homme, on serait en droit d'espérer qu'on pourrait aussi inoculer les accidents secondaires aux animaux qui voudraient bien le permettre. Attendons.

M. Vidal. Ma réponse sera courte; car M. Ricord, pour ce qui me concerne, ayant répété (comme il l'avoue) les arguments produits dans la précédente séance par M. Cullerier, je ne pourrais que répéter ce que j'ai déjà répondu, et je ne dois pas faire subir cet ennui à la Société.

M. Ricord a insisté sur les dangers que j'avais fait courir à un homme sain en l'inoculant; il a blâmé cette conduite. Mais je trouve dans le livre de M. Ricord, page 490, une observation où il est dit que l'ecthyma a été inoculé sur l'homme malade et sur l'*homme sain*.

Voici textuellement le passage : « On inocule le même pus par deux piqûres sur le bras gauche d'un *individu sain.* » (*Traité des Maladies vénériennes.*)

M. Ricord répond qu'il ne savait pas que cette observation pût se trouver dans son livre, ou qu'il l'avait oublié. Selon lui, ce serait un de ses élèves qui aurait expérimenté. Il dit aussi qu'ayant d'abord inoculé sans succès le malade, il pouvait inoculer l'homme sain, puisqu'il savait que le résultat serait nul. M. Ricord a d'abord déclaré qu'il adoptait toutes les observations de son livre. L'inoculation a été faite dans son service. Il y a beaucoup de réponses à faire à cela. Je ne ferai qu'une réflexion; la voici :

M. Ricord aurait donc fait volontairement une expérience qu'il savait d'avance inutile. Mais laissons de côté les questions de conduite, qui ici pourraient obscurcir les questions de science. On m'objecte M. Boudeville, qui a dit et qui imprimera que j'ai puisé dans une ulcération quand je l'ai inoculé. Eh bien! voici un passage même de l'observation de M. Boudeville qui détruit cette objection. « La *pustule* à laquelle fut prise le pus était surmontée d'une croûte grisâtre, écailleuse, d'une étendue de 8 à 9 millimètres et précédée d'un cercle inflammatoire *rouge-brunâtre;* sous cette croûte *séjournait* un pus blanc-grisâtre et très épais (1). »

Vous le voyez, Messieurs, d'après M. Boudeville, qu'on m'oppose ici à tort, le pus a été puisé dans une pustule et non dans une ulcération. J'ajoute que cette pustule était comme celle du reste du corps, qu'elle était née dans les mêmes circonstances; seulement, elle paraissait plus récente.

M. Ricord répond à M. Vidal qu'il aurait voulu avant toute tentative d'inoculation un diagnostic précis de l'ecthyma auquel on a puisé le pus. Il serait heureux de voir M. Vidal faire le diagnostic de l'ecthyma primitif de l'ecthyma ancien.

M. Vidal est arrivé au diagnostic par l'évolution même de la maladie. Le malade avait un chancre induré datant de six semaines; il avait une manifestation bien franche des accidents secondaires. Le corps du malade était couvert d'un certain nombre de pustules d'ecthyma n'étant point ulcérées et ayant à la base une teinte cuivrée caractéristique de l'accident secondaire. Or, à moins d'admettre que le corps de ce malade présentait un certain nombre de chancres résultat d'inoculations artificielles, on ne peut pas nier que nous avions réellement affaire à des ecthyma secondaires; d'ailleurs, les accidents présentés par M. Boudeville lui-même ne témoignent-ils pas en faveur de l'accident secondaire? D'abord, ce jeune homme a des pustules qui s'affaissent promptement, c'est-à-dire en vingt jours, et peu de jours après de nouvelles pustules apparaissent.

M. Ricord. Je trouve précisément dans l'évolution des accidents présentés par M. Boudeville la confirmation de mes idées. Chez ce jeune homme, les accidents ont marché absolument de la même manière que les accidents primitifs que l'on inocule. Puis, compa-

(1) M. Vidal montre l'original de l'observation de M. Boudeville. Nous savons qu'il le met à la disposition de ceux qui voudraient le consulter.

rant l'évolution des couches d'inoculation à ce qui s'est produit chez M. Boudeville, il conclut à l'identité des mêmes accidents, c'est-à-dire à l'inoculation d'accidents primitifs.

M. HUGUIER fait observer que le malade sur lequel il a été pris du pus d'ecthyma pour inoculer M. Boudeville était à la fois porteur d'accidents primitifs inoculables et d'accidents secondaires; or cela est en opposition avec les doctrines professées par M. Ricord.

M. RICORD. A cela, je réponds que les inoculations que s'est faites le malade avaient été abandonnées à elles-mêmes et qu'elles étaient restées stationnaires, comme cela résulte des expériences de M. Puche, qui les abandonne toutes; mais ce qui pour moi est convainçant, c'est que jamais ni M. Puche, ni M. Cullerier, ni moi n'avons pu inoculer aucun accident secondaire dûment constaté. Les accidents secondaires ne produisent jamais aucun engorgement ganglionaire par eux-mêmes, à moins qu'ils ne se joignent à quelques accidents concomitants, comme une ulcération, une plaie quelconque. Chez M. Boudeville, les accidents constitutionnels ont présenté en tout point la marche que suivent les accidents primitifs qu'on inocule. Pour toutes ces raisons, je crois chez M. Boudeville à l'inoculation non d'un accident secondaire, mais bien primitif.

M. HUGUIER n'admet pas l'opinion de M. Ricord relativement à l'absence d'engorgement ganglionaire consécutif à l'accident secondaire : il a constaté souvent que l'accident secondaire, dit plaque muqueuse de l'anus, des organes génitaux externes, était souvent accompagné d'engorgement ganglionaire qu'un examen attentif faisait découvrir.

M. RICORD a constaté souvent, comme M. Huguier, la présence d'engorgements ganglionaires inguinaux se liant à la présence de plaques muqueuses des organes génitaux externes ou de l'anus; mais ce qu'un examen attentif lui a toujours fait découvrir, c'est que quelques-unes de ces plaques tenaient à la transformation de quelques chancres, et que c'étaient ces derniers, et non la plaque muqueuse, qui avaient amené l'engorgement.

M. FORGET, après avoir entendu l'exposé de principes fait par M. Ricord et sa réponse à M. Vidal, regrette qu'un fait reste inexpliqué, celui de l'origine d'un ecthyma virulent primitif sur un individu qui, au dire de l'observation, ne portait depuis plus de six semaines aucune manifestation syphilitique capable de fournir un pus inoculable. Il y a ici un inconnu qu'il serait important d'éclairer : entre les affirmations contraires de deux syphiliographes on ne peut plus autorisés en un pareil sujet, quelle conclusion pouvons-nous tirer, nous qui n'avons dans cette discussion d'autre intérêt que celui de la science et de la vérité? Il faut de toute nécessité qu'il y ait un malentendu entre les deux habiles opposants, ou que d'un côté ou d'autre il se soit glissé une erreur capable d'expliquer cette contradiction.

Au point où ce débat est arrivé, tout le monde a intérêt à voir la question résolue; chacun sent le besoin d'une conclusion. Or celle-ci, on ne l'aura que par la publication du fait en discussion : M. Vidal a l'observation rédigée par M. Boudeville, et il nous en a donné une lecture qui, à mon avis, n'a pas permis de bien l'apprécier; de son côté, M. Ricord en possède une autre rédaction; eh bien! que nos collègues veuillent livrer cette observation à la publicité; peut-être qu'en lisant les deux textes, en les rapprochant, en les comparant, on pourra dégager l'inconnu dont je parlais en commençant; c'est là, suivant moi, la manière la plus utile de terminer ce débat.

— La continuation de la discussion est remise à la prochaine séance.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 18 FÉVRIER 1851.

M. BAILLARGER. Je commencerai par répondre quelques mots à ce que vient de dire M. Bouchardat, que le crétinisme et l'idiotie diffèrent surtout entre eux par la nature des causes. Cette différence n'existe pas dans tous les cas. L'idiotie, en effet, est quelquefois endémique dans les mêmes localités et par suite des mêmes influences que le crétinisme ; c'est ce qui a lieu à Sainte-Marie-aux-Mines, où un recensement récent a fait trouver, sur une population de 11,000 âmes, 111 idiots ou idiotes et 60 crétins ou crétines.

Quant aux rapports du goître et du crétinisme, c'est évidemment là le point le plus difficile, mais aussi le plus curieux de la question qui se débat devant l'Académie. En attendant de nouvelles recherches, je crois cependant devoir faire remarquer que tous les auteurs sont d'accord sur ce fait que les goîtreux engendrent des crétins, et Fodéré était si convaincu à cet égard, qu'il proposait d'interdire le mariage à tous les individus qui portaient un goître volumineux.

Je crois important de compléter un des faits signalés par M. Ferrus touchant l'établissement de l'Abenberg : Ce n'est pas seulement un journal vaudois qui a prétendu que les enfants guéris à l'établissement n'étaient autres que des scrofuleux; ce journal s'est borné à reproduire le résultat d'une enquête officielle *ordonnée par le gouvernement*, ce qui ajoute, ce me semble, beaucoup d'importance au fait lui-même.

J'arrive à l'opinion nouvelle que M. Ferrus a émise sur la nature du crétinisme, qu'il définit *une hydrocephalie œdémateuse chronique*. Cette opinion repose sur deux arguments principaux : 1° qu'il y a pendant la vie, chez les crétins, un état de stupeur qu'il faut rattacher à la compression du cerveau ; 2° que l'hydrocéphalie s'est constamment rencontrée dans toutes les autopsies faites avec soin.

Quant aux symptômes de compression, à la stupeur, il ne peut évidemment s'agir ici que des crétins au dernier degré, qui sont de beaucoup les moins nombreux et ne figurent au plus que pour un cinquième ; pour les autres, la visite que M. Ferrus a faite à l'hospice de Sion prouve que les crétins sont au moins aussi animés que les imbéciles de nos asiles.

Je ne puis, pour ce qui est de l'anatomie pathologique, que rappeler les résultats obtenus jusqu'à présent par les observateurs qui méritent le plus de confiance. Sur cinq autopsies publiées par la commission de Piémont, l'existence de la sérosité n'est mentionnée que dans un cas ; pour vingt autres observations examinées par le rapporteur de la même commission, il n'y a qu'un cinquième des cas où des suffusions séreuses plus ou moins abondantes soient indiquées. Fodéré surtout, si intéressé dans cette question, n'a pas trouvé l'hydrocéphalie dans deux autopsies qu'il a faites, et cependant quelle lésion plus facile à constater que les épanchements considérables dans les ventricules latéraux! Quant au travail de M. Sthall, il ne peut guère, comme je l'ai dit, servir à éclairer la question, puisque les idiots et les crétins y sont partout confondus. Dans les observations 17 et 18, qui méritent le plus de fixer l'attention, puisque les autopsies ont été faites par M. Sthall lui-même et qu'il s'agit de véritables crétins, l'hydrocéphalie n'existait pas. Je ne puis donc que maintenir mes conclusions sur l'identité de lésions dans l'idiotie et le crétinisme.

DU TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES

par l'administration d'une seule dose de sulfate de quinine.

La plupart des praticiens suivent encore dans le traitement des fièvres intermittentes l'ancienne méthode, qui consiste à donner le sulfate de quinine à la dose de 10 à 20 centigrammes répétée plusieurs fois dans l'intervalle des accès, et continuer cette médication pendant plusieurs jours, alors même que tous les accidents ont cessé.

Suivant M. Pfeufer, la dose de sulfate de quinine que l'on dépense ainsi pour amener la guérison est beaucoup trop considérable. 50 centigrammes du sel quinique, administrés en une fois quelque temps avant l'accès, ont réussi à l'auteur dans les trente-quatre cas qu'il a ainsi traités. Une circonstance remarquable, c'est que, dans les deux tiers de ces cas, il y eut encore un accès, ordinairement moins fort que les précédents ; mais la fièvre cessa ensuite tout à fait, sans qu'on eût jamais besoin de revenir au spécifique. Aujourd'hui que le sulfate de quinine est d'un prix très élevé, on comprend l'importance d'un pareil résultat, surtout pour la médecine des pauvres. Il ne s'agit que de prouver qu'il est vrai.

(*Gazette Médicale*, décembre 1850.)

NOUVELLES.

CONCOURS. — Les trois dernières épreuves qui ont eu lieu (mercredi, vendredi et aujourd'hui), ont été subies par MM. Chassaignac, Gosselin et A. Sanson.

— Plusieurs journaux annoncent aujourd'hui que les étudiants se sont réunis hier au nombre de 1,000 à 1,200 à la place de l'Ecole-de-médecine pour se rendre de là à la colonne de la Bastille. Sans vouloir apprécier en rien l'intention qui a pu dicter cette nouvelle, nous devons dire, dans l'intérêt de la vérité, et pour renseigner exactement ceux de nos abonnés de province qui ont des enfants à Paris, que le nombre des étudiants partis de la place de l'Ecole a une heure, et non à midi, était de 23.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — Sont nommés chirurgiens-majors de 1re classe :

M. Huard, chirurgien-major de 2e classe au 9e dragons.
M. Lange de Beaujour, chirurgien major au 3e de ligne.
M. Périer, chirurgien-major au 7e cuirassiers.
M. Colau, chirurgien aide-major de 1re classe aux ambulances de l'Algérie, est nommé aux hôpitaux de la division de Constantine.
M. Fleschhut, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er chasseurs d'Afrique, est nommé à l'hôpital du Roule à Paris.

Sont nommés chirurgiens aide-majors de 1re classe :

M. Michelet, chirurgien aide-major de 2e classe au 3e hussards.
M. Bouton, chirurgien aide-major au 4e hussards.
M. Girma, chirurgien aide-major au 48e de ligne.
M. Cauboue, chirurgien aide-major aux tir. ind. de Constantine.
M. Lanel, chirurgien aide-major au 24e léger.
M. Braunwald, chirurgien aide-major au 5e léger.
M. Dareix, chirurgien aide-major au 1er chasseurs d'Afrique.
M. Desjardins, chirurgien aide-major au 3e de ligne.
M. Beaucamp, chirurgien aide-major au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.
M. Didiot, chirurgien aide-major au 3e cuirassiers.
M. Quesnoy, chirurgien aide-major au régiment de spahis de Constantine.
M. Morgon, chirurgien aide-major au 8e huitième hussards.
M. Le Roy, chirurgien aide-major au 14e léger.
M. Vergé, chirurgien aide-major aux tirailleurs indigènes d'Alger.
M. Gronnier, chirurgien aide-major au 7e chasseurs.
M. Jeannoël, chirurgien aide major au 1er léger.
M. Blot, chirurgien-major de 2e classe au 40e de ligne, est désigné pour passer au 9e léger.
M. Caumont, chirurgien aide-major de 2e classe au 24e léger, est désigné pour passer au 7e lanciers.
M. Thinus, chirurgien aide-major de 1re classe au 5e dragons, est désigné pour passer au 12e dragons.
M. Biston, chirurgien aide-major de 2e classe, est désigné pour passer au 5e dragons.
M. Miramond, chirurgien aide-major de 2e classe au 9e de ligne, est désigné pour passer au 40e de ligne.

Sont désignés pour l'hôpital du Val-de-Grâce :

M. Herbecq, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Roule.
M. Thomas, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Montmédy, détaché au Roule à Paris.
M. Liébaut, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles.
M. Toussaint, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, détaché au Roule à Paris.
M. Girard (V.-M.), chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.
M. Robelin, chirurgien sous-aide, détaché aux Invalides.
M. Cousturier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou.
M. Gallery, chirurgien sous-aide à l'hôpital de La Rochelle.

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

LE SOUBD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 24. — JEUDI 27 FEVRIER 1851. (24e ANNEE.) N° 24. — JEUDI 27 FEVRIER 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 26 FÉVRIER 1851.

Séances des Académies.

Un rapport officiel de M. Poiseuille sur les chapeaux hygiéniques, une lecture de M. Cazeaux sur la circulation des fœtus acéphales, et un rapport de M. Larrey sur un cas fort remarquable de mutilation de la face par arme à feu, observé par M. Hutin, tel est le butin de la séance d'hier. Le rapport consciencieux et très bien fait de M. Larrey a donné lieu à quelques remarques intéressantes de M. Robert sur la différence des résultats qu'on observe à la suite des grandes mutilations accidentelles de la face, et des mêmes mutilations produites par l'art chirurgical. Les premières étant toujours suivies d'accidents moins graves que les secondes, M. Robert se demande si cette circonstance ne tiendrait pas à ce que celles-là sont habituellement laissées avec leurs bords écartés et pansés simplement, tandis que celles-ci sont réunies, recouvertes de sutures, de bandelettes, etc. M. Larrey pense que la différence des résultats ne tient pas à la différence des pansements, mais à la différence des conditions où se trouvent les deux sortes de plaies; celles qui sont produites par les armes à feu étant contuses, à bords insensibles, etc.; il croit que dans ces dernières plaies la réunion immédiate des lèvres, loin de nuire, est au contraire avantageuse.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante.

— L'Académie des Sciences, dont la séance a eu lieu hier, à cause de l'anniversaire de la République, n'a reçu qu'une seule communication médicale, sur un sujet un peu rebattu dans ces derniers temps.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Foie contenant une grande quantité d'air observé chez un variolé qui ne présentait en rien les caractères de la putréfaction. — Fait remarquable de percussion propre à induire en erreur.

(Observation recueillie par M. HUTIN, élève du service.)

Un homme, âgé de vingt et un ans, entra dans le service de M. Piorry, il y a quelques jours, au moment où il était atteint d'une variole confluente parvenue au quatrième jour. Nous ne parlerons pas des détails de cette observation, attendu que la plupart d'entre eux n'ont aucun rapport avec la lésion dont il va être parlé. Ce qu'il est important de noter, c'est que le corps et la face de ce malheureux étaient couverts d'innombrables pustules varioliques contenant chacune une énorme quantité de pus. La masse de ce liquide et l'étendue de ces pustules étaient telles qu'il semblait qu'un vésicatoire avait été placé sur presque toute l'étendue du derme. L'odeur qui en résultait était horriblement fétide : il y avait eu quelques points où des taches violettes avaient apparu au milieu des boutons varioliques. Le larynx avait donné lieu à peu de symptômes; toutefois, dans les derniers temps, on avait observé de l'enrouement. Il était impossible d'ouvrir toutes ces pustules; on chercha seulement à en opérer le dessèchement par l'exposition à l'air. Une entérorrhée abondante survint et ne tarda point à être suivie d'entérorrhagie. Bientôt les phénomènes de la pneumonémie hypostatique (congestion sanguine des parties déclives du poumon), ainsi que ceux de l'hypoxémie (médiocre asphyxie) par écume bronchique, se déclarèrent et la mort survint.

On trouva sur ce cadavre, dans la partie inférieure du tube digestif que tout le colon présentait, des ulcérations n'intéressant que la membrane muqueuse. Elles étaient peu congestionnées et présentaient un mélange de sang et de mucosités à leur surface.

Le poumon présentait en arrière un peu de matité, de dureté, et des bronches contenant une écume abondante. Mais ce qu'il y a de très remarquable, c'est que M. Charcot remarqua que le foie résonnait à la percussion comme s'il se fût agi du poumon; cet organe n'était en rien putréfié, et le corps ne l'était pas davantage. On ne voyait pas distinctement les granulations qui, d'ordinaire, se rencontrent dans le foie. En voici un fragment que nous vous présentons : voyez qu'il crépite comme s'il s'agissait d'un poumon; nous le plongeons dans l'eau, et il surnage; vous en voyez sortir des bulles d'air quand on le comprime, et alors le foie plonge au fond du liquide. Sauf cet état anatomique, l'organe ne présente pas d'autre altération.

La veine-cave inférieure contenait de l'air; malheureusement on ne constata point s'il en était ainsi pour la veine-porte. Nulle part on ne rencontra d'emphysème, si ce n'est autour des reins et du pancréas, où des gaz se trouvaient visiblement contenus.

Il nous paraît que la source de ces gaz dans le foie n'était autre que le colon. Par les innombrables ulcérations qui s'y trouvaient et dans lesquelles quelques vaisseaux avaient été ouverts, comme les hémorrhagies le font croire, des gaz ont pénétré dans les ramuscules de la veine-porte, et sont parvenus en abondance dans le foie.

Nous ne connaissons aucun exemple d'une semblable lésion anatomique. Certes, si l'on eût percuté ce foie pendant la vie, on n'aurait pas manqué de le prendre pour le poumon; car après la mort, placé sur une table et coupé par tranches, un examen superficiel aurait pu le faire confondre avec cet organe.

A ces réflexions du savant professeur, nous croyons devoir ajouter les suivantes :

On pourrait, pour interpréter ce fait remarquable, invoquer la présence d'un ferment qui aurait donné lieu à un dédoublement du glucose naturellement renfermé dans le foie. Il en serait résulté, comme chacun le sait, du C^4, H^6, O^2, et du CO^2. Celui-ci, se dégageant dans les vaisseaux, les aurait distendus outre mesure. L'analyse chimique a prouvé en outre que tout le suc contenu dans le foie avait disparu complétement. Malheureusement le malade était resté quatre ou cinq jours à une diète absolue d'aliments féculents ou sucrés, de sorte qu'il est impossible d'en rien déduire en faveur de l'opinion précédemment émise.

Il eût été curieux d'étudier au microscope quels étaient les éléments de ces organes qui se trouvaient distendus par ces fluides; cela eût pu peut-être nous éclairer sur la source de ces gaz. Je portai dans ce but la pièce anatomique à M. Charles Robin, agrégé de la Faculté; mais elle était déjà trop altérée pour que l'on songeât à la soumettre à ce genre de recherche.

J'avais l'intention de m'enquérir de la nature de ces gaz : la crainte de voir ceux qui peut-être s'étaient formés pendant la putréfaction venir compliquer les résultats m'a empêché de me livrer à ce travail.

Des luxations latérales du coude;

Par M. TRIQUET, interne de l'hôpital Saint-Louis.

La luxation latérale incomplète du coude ne fixa que bien tard l'attention des chirurgiens.

Soit que les faits manquassent à leur observation, ou que la difficulté du diagnostic ne permît pas de les séparer bien nettement des lésions si variées de la région du coude, il faut arriver jusqu'au dix-huitième siècle pour trouver quelque chose à ce sujet. Aussi voyons-nous les luxations latérales à peine indiquées dans l'ouvrage de J.-L. Petit, tandis que la luxation en arrière s'y trouve fort bien décrite.

Cependant, Petit raconte en quelques mots deux observations de luxation latérale incomplète, l'une en dehors, l'autre en dedans.

D'après cet auteur, les os de l'avant-bras se seraient déplacés directement dans le sens du diamètre transversal.

Boyer s'est borné à commenter ce que Petit avait dit sous forme d'aphorisme. Mais comme celui-ci n'avait donné aucuns détails, celui-là voulut décrire les luxations latérales sans autre guide que la théorie : aussi la plupart des caractères qu'il leur assigne sont-ils insuffisants ou erronés.

Du reste, il est facile de voir que Boyer n'avait jamais observé cette variété de luxation.

A. Cooper donne en quelques mots l'observation d'une luxation latérale incomplète, et il paraît insinuer « que les » luxations latérales ne sont qu'une simple variété de la » luxation en arrière. »

C'est préjuger la question sans chercher à la résoudre.

On ne trouve guère plus de détails dans une observation publiée dans la Clinique de Dupuytren.

Dans ce cas, l'étiologie, le mécanisme s'appliquent surtout au déplacement en arrière, regardé comme primitif dans

FEUILLETON.

Compte-Rendu

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR 1850.

(Suite. — *Voir* le numéro du 22 février.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Mais j'ai hâte d'arriver à l'anatomie pathologique proprement dite; et c'est ici surtout qu'il m'est difficile de faire un choix entre les innombrables faits qui nous ont été soumis. Parmi ces faits, je ne vous signalerai que ceux qui me paraîtront les plus intéressants et les plus neufs. Mais c'est là une appréciation toute personnelle, pour laquelle j'ai besoin de votre indulgence.

Maladies du cœur et des vaisseaux.

On sait aujourd'hui que presque tous les exemples de gangrène du cœur que les auteurs ont relatés se rapportent à de simples ramollissements. Les cas de gangrène véritable du cœur sont donc extrêmement rares, mais il est rare surtout de trouver une explication satisfaisante de cette gangrène. Sur un cœur que notre honorable président a mis sous nos yeux, la mortification était limitée à la base du ventricule droit, et avait pour cause évidente l'oblitération, dans une grande étendue, de l'artère coronaire postérieure du cœur. Ce fait est entièrement neuf. Ainsi que M. Mailliot nous l'a fait observer, les auteurs n'ont mentionné jusqu'ici qu'une seule conséquence des lésions de la circulation cardiaque, je veux parler de l'angine de poitrine.

Beaucoup de lésions des orifices du cœur nous ont été présentées; il me suffira de vous en indiquer deux.

Vous n'avez pas oublié le cas d'anévrisme de la valvule mitrale qui nous a été présenté par M. Hérard. M. Cruveilhier a saisi cette occasion pour nous donner quelques notions sur cette lésion aussi rare que singulière qui mériterait mieux le nom de hernie que celui d'anévrisme.

Sur une pièce de M. Carrère, nous avons observé une rupture centrale de l'une des valvules aortiques. Cette valvule et ses voisines étaient du reste très épaissies, et l'orifice se trouvait manifestement rétréci. La mort était survenue assez brusquement dans un accès de suffocation, et on a pu se demander si cette mort n'avait pas été le résultat instantané de la rupture de la valvule.

Ceci me conduit à vous parler de trois cas de ruptures d'artères qui se sont produites dans des points très différents, et par des mécanismes plus différents encore.

Le premier de ces faits nous a été montré par M. Dionis : à la suite d'une tumeur blanche du genou, un abcès se forma dans le creux du jarret. L'artère poplitée, qui baignait dans le pus, se ramollit et s'ulcéra de dehors en dedans. Une hémorrhagie abondante entraîna une mort presque instantanée.

Dans le cas de M. Destouches, ce fut l'aorte qui se rompit dans sa portion péricardique; ici encore la mort fut immédiate, mais la destruction des parois aortiques reconnaissait une cause extraordinaire: une tumeur cancéreuse, développée sous le péricarde, avait envahi de dehors en dedans les tuniques artérielles, et, pour se frayer un passage jusque dans la cavité péricardique, le sang avait dû se creuser une voie à travers la substance du cancer. Le rapporteur de la commission chargée d'examiner cette pièce de M. Destouches a réussi à rassembler 29 cas de ruptures de l'aorte, et il est résulté de ce travail, qu'un pareil mécanisme n'avait pas encore été signalé.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'une rupture de l'artère coronaire stomachique. Des hématémèses abondantes se produisirent à quatre jours de distance, et la deuxième emporta le malade. M. Boullay, auteur de l'observation, attribua cette rupture à une altération préalable des tuniques artérielles; cette altération existait en effet, mais il résulte d'un rapport de M. Leudet qu'un ulcère déjà ancien de l'estomac avait préalablement mis à nu les parois altérées de l'artère coronaire stomachique.

Nos bulletins renferment cette année une assez belle collection d'anévrismes de l'aorte. Dans un cas de M. Notta, la crosse aortique était le siége de plusieurs anévrismes. L'un d'eux avait d'arrière en ayant perforé le sternum, et, contrairement à ce qui a ordinairement lieu en pareil cas, une membrane accidentelle tapissait les bords de la perforation; de telle sorte, que les cellules osseuses ne baignaient pas dans le sang de l'anévrisme.

Avant d'abandonner les lésions de l'appareil circulatoire, je vous rappellerai une phlébite du tronc brachio-céphalique, qui a été trouvée sur un phthisique mort à la Charité, dans le service de notre honorable président. Vous n'ignorez pas que les phlébites spontanées se présentent assez souvent chez les phthisiques; mais ici, la cause de l'inflammation veineuse était toute locale. Le sommet du poumon droit, farci de tubercules, embrassait étroitement la moitié inférieure de la veine brachio-céphalique. Le tissu cellulaire environnant, épaissi, lardacé, friable, était manifestement le siége d'une inflammation chronique, et cette inflammation s'était propagée de dehors en dedans aux parois de la veine.

Maladies des os et des articulations.

Parmi les fractures de toute sorte qui ont été mises sous nos yeux, je vous signalerai d'abord deux fractures incomplètes de l'os iliaque, qui appartiennent à MM. Parmentier et Weiss. J'insisterai davantage sur une fracture de l'extrémité supérieure du radius, qui nous a été présentée par M. Verneuil. Cette lésion avait été la conséquence d'une chute sur le poignet. Une fracture de l'extrémité inférieure du radius n'avait pas amorti le choc, et la tête du radius, heurtée par le condyle huméral, avait volé en éclats. On a décrit jusqu'ici des fractures produites sur tous les points du membre thoracique dans les chutes sur le poignet; seule, la tête du radius avait paru jusqu'ici échapper à cette cause de fractures. L'observation de M. Verneuil vient compléter la série.

Nous avons vu deux cas de disjonction des sutures crâniennes nous les devons à MM. Foucher et Leudet. Sur ces deux pièces, conformément à l'opinion de M. Denonvilliers, il y avait en même temps de véritables fractures.

Je ne mentionnerais pas la fracture du pariétal avec enfoncement des fragments, que M. Legendre nous a montrée, si cette lésion, pendant la vie, n'avait été accompagnée d'un phénomène aussi exceptionnel qu'important. Une plaie existait au niveau de la frac-

ce cas, et Dupuytren semblerait ici adopter pleinement les idées du chirurgien anglais.

En 1838, M. Malgaigne, dans son *Anatomie chirurgicale*, exposa une nouvelle théorie de cette luxation, mais sans l'appuyer d'observations.

Les choses en étaient là quand, en 1843, M. Debruyn fit paraître une bonne monographie des luxations du coude.

Ce travail renferme trois observations de luxation latérale, dont un seul cas de luxation incomplète.

Un peu plus tard, M. Poumet plaçait au Musée Dupuytren une pièce d'anatomie pathologique représentant une luxation incomplète en dehors.

M. Huguier, dans sa thèse inaugurale, avait cité un cas de luxation latérale complète du coude; mais je ne dois point m'en occuper ici.

Des circonstances favorables nous ont permis d'observer, depuis 1843, quatre exemples de luxation latérale et incomplète du coude; mais les détails de ces observations n'étant pas complétement d'accord avec ce que l'on trouve çà et là dans les livres, nous avons cru qu'il ne serait pas sans intérêt de faire quelques recherches et quelques expériences sur le mécanisme fort curieux de ces déplacements. Tel est l'objet de ce mémoire.

Dans la première partie, nous avons rangé les trois faits qui ont éveillé notre attention. Deux seulement me sont propres.

J'ai pu examiner le troisième dans le service de M. Denonvillers, avec M. Verneuil, mon collègue et ami; et c'est à son obligeance que je dois l'observation.

Dans la deuxième partie se trouvent en parallèle :

1° Les faits;

2° Les théories des auteurs;

3° Et les expériences que nous avons tentées dans l'espoir d'élucider, s'il est possible, quelques points de la question.

Obs. I. — *Luxation du coude latérale interne et incomplète.*

Le 10 mai 1848 est entrée à la clinique chirurgicale de la Charité, Guyot (Alexandrine), jardinière, âgée de vingt-deux ans.

Elle vient d'être renversée sur le pavé par une voiture lancée avec vitesse.

Quand elle se releva, son bras droit était fort douloureux, complétement privé de mouvements. Quelques minutes après cet accident elle était admise dans les salles de M. le professeur Velpeau.

On constate tout d'abord que sa main droite, le vêtement qui recouvre l'avant-bras droit à sa partie supérieure sont souillés de boue; rien de semblable du côté opposé.

Cet examen confirme les détails que nous donne la malade sur les circonstances de sa chute.

D'après ce qu'elle raconte, elle serait tombée sur la main et l'avant-bras droit étendus. La roue de la voiture aurait passé obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant sur l'extrémité supérieure du coude, immédiatement au-dessous de l'articulation.

Du reste, on peut déjà voir un commencement d'ecchymoses à cet endroit, ainsi qu'au niveau de l'épitrochlée; car cette éminence paraît avoir aussi touché le pavé.

La main et l'avant-bras droits sont demi-fléchis, dans une pronation exagérée, et forment avec l'humérus un angle obtus, dont le sommet répond à l'épitrochlée.

Outre son mouvement de flexion, l'avant-bras, ou pour mieux dire le cubitus, semble avoir éprouvé un mouvement de torsion qui l'a incliné vers le bord interne de l'humérus.

L'avant-bras malade, mesuré comparativement, est un peu raccourci (2 à 3 lignes).

Quelques légers mouvements de flexion et d'extension sont encore possibles, mais très douloureux; plus de supination.

Le pli du coude droit est le siége d'une déformation remarquable.

Le gonflement, à peine marqué, permet d'apprécier assez exactement ce qu'on y trouve :

1° Son diamètre transversal, comparé à celui du côté gauche, est augmenté de 5 à 6 millimètres;

2° En dedans, sur le même plan que l'épitrochlée et sous les muscles de cette région, on trouve une première saillie, dure, anguleuse;

3° En promenant le doigt, à partir de ce point, sur le bord interne de l'avant-bras, on peut s'assurer que cette saillie se continue avec le cubitus;

4° Au-dessus de l'épitrochlée une deuxième saillie anormale qui semble confondue avec le bord interne de l'humérus, sur lequel elle repose.

Elle est rugueuse, et semble être la continuation de l'épitrochlée, seulement un peu plus renflée.

Lorsqu'on essaie de la déplacer avec les doigts, elle reste immobile; mais si l'on vient à imprimer quelques mouvements au décubitus, ces mouvements sont transmis aux deux saillies anormales que je viens de décrire.

Ces deux éminences osseuses appartiennent donc à l'extrémité supérieure du cubitus.

5° En dehors, l'épicondyle soulève la peau, et au-dessous se dessine parfaitement la petite tête humérale qui n'est plus emboîtée par la capsule du radius;

6° En avant, au milieu du pli du bras et profondément située sous les muscles ronds pronateurs, fléchisseurs sublimes, on sent une tête arrondie, qui est probablement celle du radius;

7° L'artère humérale est déviée en dehors vers l'épicondyle. Le pouls radial est parfaitement conservé; quant aux muscles biceps, brachial, antérieur, ils ne forment aucun relief;

8° En arrière on cherche vainement l'olécrane à sa place ordinaire; on ne trouve plus que la cavité du même nom, dans laquelle le doigt s'enfonce en déprimant la peau;

9° Pendant les divers mouvements nécessaires à cette exploration, on ne peut percevoir aucune espèce de crépitation.

Quelle était donc la nature de cette singulière lésion? Evidemment on ne pouvait songer qu'à une fracture de l'extrémité articulaire inférieure de l'humérus, ou à une luxation du coude.

Tous les signes se trouvaient réunis en faveur de la luxation. Mais quelle était cette luxation?

1° La luxation en arrière devait être éliminée.

2° Celle en avant, sans fracture, méritait attention. Cependant, dans cette luxation, l'olécrane ne peut occuper que l'un ou l'autre des rapports suivants : ou son extrémité postérieure repose en avant sur la trochlée, ou bien elle a glissé au-devant de cette poulie; et alors, dans le premier cas, il y a nécessairement allongement considérable du membre (3 à 4 centimètres); dans le second, raccourcissement variable, et, de plus, le diamètre antéro-postérieur du pli du coude offre au moins une étendue deux à trois fois plus grande qu'à l'état normal.

Or, ici pas d'allongement; raccourcissement à peine sensible; rien de changé dans le diamètre antéro-postérieur, tandis que le transversal offre seul une augmentation de quelques millimètres.

De plus, en se rappelant les résultats fournis par un examen attentif, il devenait presque certain que la grande cavité sigmoïde du cubitus, ayant abandonné sa poulie, embrassait maintenant l'épitrochlée, tandis que l'extrémité antérieure et externe de l'apophyse coronoïde reposait sur la portion interne de la trochlée humérale.

De sorte que, tout en admettant (comme probable) le déplacement primitif en avant, il était évident qu'il était devenu latéral consécutivement.

Le pronostic était grave, car il était impossible de concevoir un pareil déplacement sans la rupture complète des ligaments de l'articulation.

Quant à la réduction, voici comment y procéda M. Velpeau deux heures après l'accident, et en présence de M. H. Larrey et d'un nombreux auditoire.

La malade fut d'abord soumise à l'inhalation du chloroforme. Quelques secondes suffirent pour amener une insensibilité complète. Alors un aide fit la contre-extension sur le bras (à sa partie supérieure); un second aide fit directement l'extension en saisissant l'avant-bras immédiatement au-dessus du carpe. Les tractions graduées furent faites d'abord dans le sens du déplacement (flexion et pronation), puis peu à peu ramenées à l'extension et la supination. Alors le chirurgien, placé en dehors, saisit d'une main l'extrémité supérieure de l'avant-bras, de l'autre l'extrémité inférieure du bras, et les porta avec force, la première en dehors, la seconde en dedans. Un craquement particulier se fit entendre : les surfaces articulaires avaient repris leurs rapports naturels.

Des compresses imbibées de liqueurs résolutives, un bandage roulé et une écharpe pour maintenir l'avant-bras immobile et fléchi, tels furent les moyens mis en usage pour maintenir une réduction si heureusement opérée.

Aucun accident ne vint entraver la guérison, et huit jours après la malade demanda à sortir.

Tous les mouvements étaient revenus, moins l'extension, qu'on ne pouvait encore obtenir complétement.

Obs. II. — En novembre 1844, lorsque j'étais interne à l'hôpital de Tours, on amena à la consultation un enfant de sept ans, qui présentait une déformation tout à fait semblable à celle que je viens de rapporter. Cette luxation remontait à quinze jours.

Le père nous apprit que son enfant était tombé *sur l'avant-bras et la main* du côté droit.

Un officier de santé appelé sur-le-champ avait cru trouver les signes d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, et avait appliqué l'appareil ordinaire des fractures du bras.

Quinze jours après, quand on enleva l'appareil, la déformation n'avait point disparu, et les mouvements complétement impossibles.

C'est alors que le père, effrayé, amena son enfant à l'hôpital, et l'on put constater les signes suivants, que je retrouve textuellement dans mes notes :

Le membre est demi-fléchi en pronation; la longueur de l'avant-bras est la même que du côté sain.

Les diamètres transversal et antéro-postérieur du pli du coude sont augmentés de quelques lignes.

En dedans, saillie du cubitus sur le même plan que l'épitrochlée.

En dehors, l'épicondyle soulève la peau.

En arrière, la cavité olécranienne est vide.

En avant, on sent la cupule du radius vers le milieu du pli du bras, à peu près au niveau de la trochlée.

A ces caractères, le chirurgien reconnaît une luxation latérale interne incomplète.

On parvint à la réduire assez heureusement après plusieurs tentatives; mais les mouvements ne revinrent jamais qu'incomplétement.

Obs. III. — Le 4 août 1847, on amena dans le service de M. Denonvilliers un malade âgé de quatorze ans, d'une bonne constitution.

Il raconte qu'en jouant avec ses camarades sur un tas de planches il est tombé sur le poignet.

Une vive douleur, immédiatement ressentie au coude, rend presque impossibles les mouvements de cette articulation.

Quatre heures après l'accident, on pouvait constater les phénomènes suivants :

Tuméfaction commençante du coude droit, mais sans ecchymose; augmentation du diamètre transversal de la jointure; à la partie interne, saillie peu considérable de l'épitrochlée et du bord interne de la trochlée humérale en dessous; l'échancrure qui sépare ces deux éminences est peu profonde; quoi qu'il en soit, leur ensemble forme une proéminence anormale qui frappe au premier abord.

---

ture, et pendant les huit heures qui s'écoulèrent depuis l'accident jusqu'à la mort du malade, on vit le liquide céphalo-rachidien sourdre goutte à goutte du fond de la plaie. Une pointe osseuse avait perforé la dure-mère et les deux feuillets de l'arachnoïde, et ce fait, non encore observé, vient merveilleusement à l'appui de l'opinion de M. Robert sur l'un des symptômes les plus importants des fractures transversales du rocher.

Vous avez vu cette année, pour la seconde fois, une altération assez singulière des cartilages diarthrodiaux. Une couche blanche, mince, opaque, inorganique, constituée par des sels calcaires, recouvrait les surfaces cartilagineuses d'un grand nombre d'articulations appartenant au même individu. Ces pièces étaient tout à fait semblables à plusieurs autres qui vous ont été montrées l'année dernière par le même présentateur. Les auteurs n'ont jusqu'ici mentionné rien d'analogue.

Trois perforations étendues du crâne ont été mises sous nos yeux. La première, présentée par M. Bedel, avait été la conséquence d'un cancer du pariétal; la seconde, due à M. Dufour, paraissait produite par la syphilis; mais la plus curieuse, sans contredit, est celle qui nous a été montrée par M. Lebert.

Une innombrable quantité de kystes sébacés s'étaient développés dans l'épaisseur du cuir chevelu; leur ensemble avait constitué une tumeur volumineuse et irrégulière. Le centre de cette tumeur avait fini par s'ulcérer, et on avait pu croire à l'existence d'une affection cancéreuse; plus tard on s'aperçut que la voûte du crâne était détruite au niveau de l'ulcère, et ce phénomène était propre à confirmer le diagnostic. Mais à l'autopsie on n'a rencontré nulle part, ni à l'œil nu ni au microscope, la moindre trace de l'élément cancéreux. Autour de la partie ulcérée on a trouvé un grand nombre de tumeurs circonscrites, arrondies, constituées par des kystes sébacés, et beaucoup de ces kystes, comprimant la table externe des os, avaient fini par se creuser dans l'épaisseur de la voûte du crâne des cupules plus ou moins profondes. Ce dernier phénomène a déjà été observé, mais on n'avait pas encore vu de simples follicules sébacés finir, en se développant, par détruire la voûte crânienne.

[illegible]e conduit à une intéressante communication de M. Barth.

Notre honorable collègue ayant eu l'occasion d'extirper plusieurs kystes du cuir chevelu, a imaginé un ingénieux procédé de synthèse pour les plaies qui résultent de ces opérations. Au lieu de raser la partie comme on le fait généralement, M. Barth se contente d'énncléer linéairement les cheveux; une incision simple permet d'améliorer le kyste folliculaire, après quoi l'opérateur sépare en trois ou quatre faisceaux les cheveux qui s'implantent sur les lèvres de la plaie. Ces cordons naturels sont alors entre-croisés d'un côté à l'autre, et, en les tirant en sens opposé on obtient une réunion aussi exacte que possible. Je n'ai pas besoin, Messieurs, de vous faire remarquer combien ce moyen si simple et si commode l'emporte sur les agglutinatifs et sur les sutures; n'exerçant aucune irritation sur les tissus, il diminue les chances de l'érysipèle, complication si grave des plaies du cuir chevelu. Trois fois de suite, M. Barth a dû à ce procédé une agglutination qui a été complète le troisième jour, et nous devons lui savoir gré d'avoir introduit cette heureuse innovation dans la médecine opératoire.

Hernies.

Une communication de M. Cruveilhier nous a appris que les hernies étranglées compliquées de gangrène peuvent guérir spontanément sans anus artificiel et même sans ouverture de la peau. Un vieillard portait une hernie inguinale constituée par le colon; cette hernie s'étrangla; l'anse herniée, longue de plus de six centimètres, fut gangrenée et détachée par un travail éliminateur; elle s'engagea dans le bout inférieur et fut rendue avec les garde-robes. Les vomissements cessèrent; le cours des matières fécales se rétablit, mais le malade succomba au bout d'un mois. Le sac de la hernie, séparé par des adhérences de la cavité péritonéale, faisait désormais partie du conduit intestinal. Les deux bouts de l'intestin venaient isolément s'y ouvrir, et les matières apportées par le bout supérieur tombaient dans le sac, d'où elles passaient lentement dans le bout inférieur. Ce mécanisme de guérison, déjà connu pour les invaginations intestinales, n'avait pas encore été décrit pour les hernies étranglées.

Maladies des reins.

Sept exemples de néphrite albumineuse ont passé sous nos yeux, et nous avons pu nous convaincre qu'il existe bien des lacunes dans l'histoire de cette affection des reins. Il serait possible que, sous un seul nom, on eût décrit plusieurs maladies différentes, et la division de la néphrite en plusieurs degrés ne rend pas un compte satisfaisant des nombreuses formes que l'on observe. Quelque exploré qu'il ait été dans ces dernières années, ce champ de recherches est digne par conséquent de toute l'attention des observateurs. Il est nécessaire que les anatomistes dirigent sur ce point tous leurs moyens d'investigation. L'inspection microscopique, les injections pénétrantes sont appelées à rendre de grands services dans cette étude. Nous avons fait cette année un premier pas dans cette voie.

Le passage de la période d'hyperhémie à la période de décoloration a été mis en évidence par des injections fines pratiquées sur deux reins. Sur le premier, le liquide coloré a complétement distendu les étoiles veineuses de Verheyeen. Sur le second, ce liquide, poussé successivement par les artères et par les veines, a parfaitement pénétré dans les capillaires les plus ténus de l'intérieur du rein; mais une barrière infranchissable l'a empêché de remplir les étoiles veineuses superficielles. Ces étoiles, pleines de sang fluide, étaient cependant encore très apparentes, et il était clair que le sang y était emprisonné entre deux oblitérations.

Je regrette de passer sous silence plusieurs autres affections des reins qui nous ont été présentées et qui pour la plupart sont dignes d'intérêt. Je ne vous parlerai que d'une pièce de M. Hérard, parce que cette lésion avait pendant la vie donné lieu à un phénomène remarquable.

Tintement métallique. — Le rein, distendu outre mesure, était changé en une énorme poche multiloculaire, dont les parois amincies ne présentaient plus la moindre trace de la substance rénale. A l'intérieur de cette poche, on trouvait une grande quantité de liquide surmontée d'une couche de gaz. Pendant la vie, la simple auscultation ne révélait aucun bruit dans cette tumeur; mais une percussion brusque exercée pendant l'auscultation donnait lieu aussitôt au tintement métallique. Après la mort, la tumeur fut disséquée et placée sur une table, et il fut facile d'y reproduire le même phénomène. L'ouverture de la poche permit de comprendre la production de ce bruit; cette poche se composait de 4 loges

A la partie antérieure et externe, on sent une tumeur dure qui se meut avec le radius et qu'on reconnaît aisément pour la cupule qui termine cet os supérieurement. En arrière, se trouve l'olécrane; son sommet remonte au-dessus du niveau de l'épitrochlée, et la distance qui sépare ces deux apophyses est considérablement augmentée; le bec de l'olécrane repose, en dehors, au-dessus de l'épicondyle, qu'elle masque entièrement; on suit sous la peau le bord postérieur du cubitus, qui occupe presque la place normale du radius.

Le gonflement a déjà fait du progrès dans cette région.

L'avant-bras est au quart fléchi; il a éprouvé en totalité et autour de son axe longitudinal un mouvement de rotation en dedans, par lequel la face palmaire de la main regarde en dehors et en arrière.

Les os, du reste, paraissent intacts dans leur continuité. On ne sent aucune crépitation; les mouvements communiqués sont douloureux, mais assez faciles. La pronation et la supination conservées font supposer l'intégrité de l'articulation radio-cubitale supérieure.

Le tendon du triceps ne fait pas de saillie.

L'aspect général du coude, la position respective de l'olécrane et des apophyses inférieures de l'humérus, la rotation en dedans indiquent un déplacement considérable des deux os de l'avant-bras en dehors.

La grande cavité sigmoïde du cubitus embrasse encore dans sa concavité la partie externe ou petit condyle huméral.

Il y a donc luxation incomplète en dehors.

Malgré l'application de compresses imbibées d'eau blanche, la tuméfaction augmenta de plus en plus, et le lendemain matin l'aspect caractéristique de la lésion avait disparu; saillies, dépressions, tout était confondu.

La réduction fut assez facile; les manœuvres consistèrent en une extension, pendant laquelle le chirurgien, saisissant l'avant-bras par sa face antérieure, lui imprima un mouvement de rotation en dehors et le poussa ensuite vers le côté interne : le choc se fit entendre.

La difformité ne disparut pas entièrement. Cependant, le rétablissement des mouvements nous fit regarder la réduction comme opérée.

Un bandage roulé, des compresses résolutives achevèrent la guérison.

Le quinzième jour, le malade sortait : les mouvements de l'article étaient parfaitement conservés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Epilepsie guérie par l'amputation d'un membre.

Par M. Ed. Cazenave, médecin à Pau (Basses-Pyrénées).

Une lésion des plus imprévues, une gangrène spontanée survenue chez un épileptique de 28 ans, m'a forcé de pratiquer l'amputation du membre inférieur, et le malade a guéri et de l'opération et de l'épilepsie. Ce fait n'est pas le premier qui soit enregistré dans la science; nous en connaissons deux autres publiés par M. Aubanel. Deux malades épileptiques, l'un depuis quinze ans, l'autre depuis trente-cinq, tombent dans le feu pendant une attaque, et une brûlure profonde est le résultat de cet accident; chez le premier, elle occupe toute l'étendue du membre supérieur gauche; chez le second, elle a la main droite pour siége. On fait d'une part l'amputation du poignet, et de l'autre l'amputation du bras. Les deux opérations réussissent, et ces deux malades, épileptiques depuis quinze et trente-cinq ans, sont complétement débarrassés de leurs attaques convulsives. D'autres observations de ce genre ont encore été publiées, mais elles n'offrent pas toutes les garanties désirables.

Ces faits sont indépendants de ceux bien plus nombreux et très authentiques, dans lesquels, un *aura* précédant l'attaque convulsive, l'amputation a été pratiquée pour arrêter cet *aura epilectica*, et a réussi à guérir l'épilepsie.

Le fait que nous rapportons est bien plus simple. Une épilepsie dans le cours de laquelle on a été obligé de faire l'ablation d'un membre a été guérie par le seul fait de cette opération.

Obs. — *Epilepsie et gangrène de la jambe simultanément guéries par l'amputation du membre.*

Lespine (Germain), âgé de vingt-huit ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, entra à l'asile des aliénés de Pau le 26 novembre 1849. Ce jeune homme était épileptique depuis six mois : une vive frayeur avait provoqué cette névrose.

Vers les premiers jours de mars 1850, ses accès prirent un tel caractère de fréquence et d'intensité qu'il tomba dans un état de stupeur profonde qui dura près de quinze jours. Lorsqu'il sortit de cet anéantissement, Lespine se plaignit d'un froid insupportable qu'il ressentait dans toute l'étendue de la jambe gauche. L'examen de cette partie me révéla, sur la région dorsale des orteils, une plaque d'un rouge-brun. Je fus frappé de l'abaissement de température que présentait le membre affecté relativement à l'autre. — Décoction de quinquina à l'intérieur; frictions avec liniment stimulant; régime analeptique.

Le lendemain, cette plaque avait changé de coloration tout en gagnant en étendue. Elle était violacée. Désireux de connaître l'état du pouls, ce ne fut pas sans étonnement que je constatai une absence complète de pulsations de la radiale gauche. J'engageai deux de mes collègues à s'assurer par eux-mêmes de cet étrange phénomène. Nous remontâmes en suivant le trajet de l'artère jusqu'au pli du bras, le silence artériel se prolongeait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du coude. Convaincus de l'oblitération de l'artère radiale, nous explorâmes *sans plus de succès* le trajet de la fémorale du même côté. Ni le doigt, ni le stéthoscope ne nous révélèrent dans le pli de l'aine ni dans l'étendue de la cuisse la moindre pulsation. Le système cardiaco-vasculaire, exploré dans tout le reste de son ensemble, ne nous offrit pas d'autre anomalie. En présence de ces faits, je diagnostiquai une gangrène du pied par oblitération de l'artère du membre.

Le 18 mars, cette plaque est livide. Une auréole rosée a envahi la partie supérieure du pied, dépasse l'articulation tibio-tarsienne. Même sensation de froid, à laquelle viennent se joindre des douleurs très aiguës dans toute l'étendue du pied et de la jambe, spécialement vers le mollet. — Cataplasmes émollients laudanisés sur le pied et la jambe; 1 pilule d'extrait gommeux d'opium.

Le 22, les orteils et la région plantaire sont complétement noirs, racornis, insensibles, momifiés. Une plaque noirâtre s'étend jusqu'au niveau des malléoles. Malgré l'intensité de ces désordres, l'état général est bon, le pouls normal; la gangrène semble vouloir se limiter au pied. — Cataplasmes avec poudre de quinquina et de charbon; 1 pilule d'extrait gommeux d'opium.

Le 27, notre espoir est déçu : le mal a envahi la jambe. Une large plaque rouge-brun entoure son tiers inférieur et atteint un niveau plus élevé en avant et en dehors. Les tissus s'empâtent, l'épiderme se ramollit.

Le 29, la gangrène, qui jusqu'alors avait mortifié les tissus par voie *dessiccative*, prend la forme *humide*. Les parties molles s'infiltrent d'une sérosité roussâtre. Une odeur caractéristique, infecte, due sans doute à la formation de gaz au sein des tissus sphacélés, s'exhale du membre.

Le 5 avril, la tête est brûlante, congestionnée; le pouls fort, fréquent; la langue sèche; quelques frissons vers le soir. Dans la nuit, un violent accès d'épilepsie éclate.

Le 6, prostration profonde. Le pouls, quoique fréquent, est faible. Une plaque brune, indice certain de la part que les tissus sous-jacents viennent de prendre à cette scène de désorganisation, gagne le tiers supérieur de la jambe; ses deux tiers inférieurs tombent en putrilage; des hémorrhagies passives veineuses d'un sang noir et coagulé se manifestent; odeur insupportable. — Lotions chlorurées; pansements avec des plumasseaux imbibés de vin aromatique; préparation de quinquina à l'intérieur.

Le 16, le malade est plongé dans un abattement profond. Le pouls est fréquent, filiforme; l'haleine devient fétide; des frissons se manifestent dans la journée. Les excrétions répandent une odeur épouvantable. Le malade réclame à grands cris l'amputation.

En présence de tout ce cortége de symptômes, avant-coureur certain d'une résorption purulente imminente, désespérant de voir le mal se limiter, j'accède au vœu du malade. Le lendemain, 17 avril, je pratiquai l'amputation de la cuisse au lieu d'élection par la méthode ovalaire; une seule artère donna, et fut liée, l'artère fémorale profonde. Je réunis par trois points de suture. Le travail cicatriciel fut long. Le peu de vitalité des tissus nous explique la lenteur du travail adhésif. Ce ne fut que deux mois après l'opération que la cicatrisation fut consolidée.

Six mois se sont écoulés. Le malade jouit d'une excellente santé. Il ne s'est plus manifesté d'attaque d'épilepsie. Le pouls radial a reparu, mais il est d'une petitesse extrême; le doigt qui l'explore a la sensation d'une colonne sanguine excessivement ténue qui traverserait un canal rétréci. L'artère fémorale est dans un silence complet.

Si l'on se rappelle les circonstances dans lesquelles se sont manifestés les premiers symptômes de gangrène, on sera naturellement porté à attribuer la cause de cette affection aux secousses profondes et réitérées dont l'innervation a été durant quinze jours le théâtre. Quand on réfléchit à l'intime solidarité qui enchaîne l'un à l'autre le système nerveux et circulatoire, comment admettre que le liquide sanguin soit resté étranger aux désordres qui ont si profondément ébranlé tout l'organisme? Un accès d'épilepsie éclate; le sang, tout à coup suspendu dans sa marche, ne tarde pas à être modifié dans sa composition; il perd sa fluidité, des caillots fibrineux ou albumineux se forment dans un ou plusieurs points du cercle circulatoire, et viennent intercepter dans ces points le cours du liquide sanguin; le canal artériel se rétrécit et s'oblitère; la partie de l'organisme correspondante (privé d'éléments nutritifs) se trouve aussi condamné à mourir.

Tels sont les phénomènes pathologiques qui ont dû déterminer chez Lespine l'oblitération de l'artère radiale et fémorale, et favoriser ainsi la manifestation de la gangrène; et si la même cause n'a pas entraîné dans les deux membres la même lésion, cette différence tient tout simplement à ce que dans le membre inférieur l'artère s'est trouvée oblitérée à la naissance du tronc principal, tandis que dans le membre supérieur cette oblitération n'existait que dans une de ses branches.

La disparition des accès épileptiques succédant à l'amputation du membre ne constitue point pour nous une simple coïncidence, comme on serait peut-être porté à le croire. Une première secousse imprimée à tout l'organisme a donné naissance à l'épilepsie; une deuxième a détruit l'effet de la première. L'amputation a donc été dans ce cas un véritable agent de substitution ou plutôt de perturbation.

ECTROPION PARALYTIQUE;

Nouvelle méthode de traitement,

Par M. John A. France.

Dans les paralysies qui portent sur le facial, la paupière supérieure, privée du soutien que lui offre la contraction de l'orbiculaire, tombe par son poids. De là résultent, outre une difformité pénible, le larmoiement, puis, si cet état se prolonge, la conjonctivite, et bientôt l'inflammation de la cornée.

Lorsque cette paralysie a résisté à tous les topiques, il ne reste qu'à avoir recours à une opération. Voici celle que

---

secondaires, dont l'une correspondait au bassinet; les trois autres, correspondant aux trois principaux groupes de calices, étaient séparées entre elles par des cloisons membraneuses et ne communiquaient les unes avec les autres que par l'intermédiaire de la première. Quant au mécanisme du tintement métallique, il pouvait être attribué, comme dans l'explication de Laënnec, à la simple agitation d'un liquide au-dessous d'une couche d'air; mais il paraissait plus simple d'admettre avec Dance qu'une bulle de gaz, chassée d'une des loges secondaires, passait sous la couche de liquide et venait crever dans une loge voisine.

Quoi qu'il en soit, une autre présentation de M. Hérard nous a prouvé que le tintement métallique ne se produit pas toujours par le même mécanisme. Une vaste caverne pulmonaire, pleine de gaz et de liquide, avait donné lieu, pendant la vie, à un tintement métallique qui se produisait à la fois dans l'inspiration et dans l'expiration. Cette caverne communiquait avec la bronche par une ouverture nette, arrondie, libre de tout appendice membraneux. Il était clair ici que les explications précédentes étaient inapplicables, et que le bruit morbide était dû, comme l'a dit M. de Castelnau, au simple retentissement d'un râle muqueux dans une caverne spacieuse.

Il résulte de ce qui précède que le tintement métallique n'est pas toujours dû à la même cause, et qu'aucune explication n'est applicable à tous les cas.

PRODUCTIONS ACCIDENTELLES.

Les productions accidentelles ont donné lieu, cette année, à une multitude de présentations qui ont contribué à éclaircir plusieurs points d'anatomie pathologique.

Tumeurs adipeuses.

Je vous mentionne seulement pour mémoire deux tumeurs adipeuses, remarquables surtout par leur siége. L'une d'elles, qui avait acquis un volume énorme, s'était développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque interne. L'autre avait un siége plus singulier encore : elle occupait la place de l'os maxillaire supérieur, dont le sinus avait complétement disparu; il ne paraissait pas cependant que la tumeur eût pris son point de départ dans ce sinus, car M. Viard, en nous la présentant, nous montra dans son épaisseur quelques lamelles osseuses entre-croisées.

Hypertrophies mammaires.

Cette année, les tumeurs de la mamelle tiennent une large place dans nos Bulletins. Nous y trouvons, en particulier, une monographie complète de M. Lebert sur ce qu'il nomme l'hypertrophie partielle de la glande mammaire. Déjà entrevue par plusieurs auteurs, distinguée par eux des tumeurs cancéreuses, et désignée sous divers noms, cette affection a été surtout étudiée par M. Lebert. Depuis huit ans déjà notre collègue en avait reconnu la structure histologique; mais ayant depuis lors fait marcher de front, suivant son habitude, les observations cliniques et les recherches anatomiques, ce laborieux investigateur a pu cette année nous donner l'histoire théorique et pratique de ces tumeurs intéressantes.

Je ne puis vous donner ici une analyse complète de sa monographie. Vous savez que par leur bénignité, par leur siége tout local, et par leurs causes locales aussi, ces tumeurs se distinguent définitivement des cancers de la mamelle. Vous savez aussi que, sous le microscope, elles ne laissent voir que deux éléments combinés à diverses proportions, éléments qui se retrouvent dans l'organisation normale de la glande : les culs-de-sac glandulaires et les conduits excréteurs d'une part, et, d'autre part, le tissu cellulaire ou fibreux interposé entre ces culs-de-sac.

Par suite d'un travail morbide ou d'un trouble de nutrition, ces deux éléments peuvent subir un développement anormal.

Quelquefois l'hypertrophie porte en même temps, et d'une manière égale, sur le tissu glandulaire et sur le tissu cellulaire; alors la structure de la glande ne paraît pas notablement altérée; l'organe conserve son aspect normal, sa flexibilité et même ses fonctions; il est devenu plus gros, et voilà tout. On dirait d'une glande mammaire vue à la loupe. C'est une *hypertrophie simple*, et tel est le nom sous lequel Fingerhuth a décrit cette affection; mais M. Lebert préfère lui donner le nom d'*hypertrophie générale*, par opposition au nom d'*hypertrophie partielle* qu'il réserve pour le développement isolé de l'un des deux éléments de la glande. D'après ces dénominations, il est clair que l'hypertrophie générale peut n'atteindre qu'une partie limitée de la mamelle, et que l'hypertrophie partielle, au contraire, peut porter sur la totalité de l'organe. Je ne saurais trop insister sur cette distinction fondamentale, qui est propre à éviter les confusions et les contestations.

Lorsque l'hypertrophie porte principalement sur l'élément fibreux, elle donne lieu à une tumeur dure, blanche, qui, par sa consistance et par sa couleur, rappelle les tumeurs fibreuses. C'est là ce que notre honorable président, dans une mémorable discussion de l'Académie, désigna sous le nom de corps fibreux de la mamelle. Une étude approfondie l'avait conduit à les différencier des squirrhes du sein, et vous n'avez pas oublié les orageux débats auxquels cette assertion donna lieu. Le microscope en a complétement vérifié l'exactitude; mais en montrant dans toute l'étendue de ces tumeurs des culs-de-sac glandulaires, il n'a plus permis de les désigner sous le nom pur et simple de corps fibreux. M. Lebert les nomme hypertrophie partielle de la mamelle avec prédominance de l'élément fibreux. Cette distinction n'est pas oiseuse néanmoins, car il résulte d'un petit nombre de pièces que de véritables corps fibreux peuvent se développer dans la mamelle; la tumeur alors ne ressemble pas du tout à celles dont je viens de vous parler. On en trouve un magnifique exemple dans le Musée Dupuytren, sur une pièce donnée, je crois, par Chaussier, et désignée sous le nom singulier de tumeur fibro-squirrheuse de la mamelle.

La seconde forme décrite par M. Lebert est celle dans laquelle l'hypertrophie porte principalement sur l'élément glandulaire proprement dit. Il en résulte des tumeurs molles, friables, blanches, confondues jusqu'ici avec les encéphaloïdes; et la détermination de leur nature est l'un des points les plus intéressants du travail de M. Lebert.

Enfin, on conçoit que, dans ce développement irrégulier des éléments de la glande, quelques conduits excréteurs puissent être comprimés. Alors le produit de la sécrétion s'accumule au-dessus de l'obstacle, et donne lieu à des kystes multiloculaires. La plupart des kystes de la mamelle sont dus à ce mécanisme.

(*La suite à un prochain*

M. France conseille, et qu'il a pratiquée deux fois avec succès.

Le malade étant assis, le chirurgien, placé en face de lui, traverse d'avant en arrière son bord ciliaire, et juste à un dixième de pouce du côté temporal du point où une perpendiculaire abaissée le long de la cornée (le malade étant supposé regarder devant lui) rencontrerait la paupière si elle était ramenée à sa situation normale. On enlève ensuite le bord de la paupière depuis le lieu piqué jusqu'à son angle externe.

La même opération est alors répétée sur la paupière supérieure, en ayant soin de comprendre dans l'excision la muqueuse, la peau; les orifices des glandes de Meibomius, les cils et leurs follicules. On passe ensuite entre les bords des deux paupières une suture continue avec un fil fin; quelques bandelettes sont ajoutées dans un sens vertical pour s'opposer à un excès de tension. Enfin on place sur la plaie un linge imbibé d'une solution saturnine froide.

En deux mots, l'opération de M. France consiste à rafraîchir successivement le bord libre des deux paupières dans un sixième environ de leur étendue, à partir de la commissure externe, puis à les réunir définitivement l'une à l'autre par la suture.

Le but principal de ce procédé n'est point de relever mécaniquement la paupière inférieure en diminuant la largeur de la fente interpalpébrale. Il vise à faire participer la paupière inférieure aux mouvements de la supérieure, à remplacer la contractilité perdue de la première par celle que son releveur spécial donne à la seconde. C'est assez dire que si ce dernier muscle était aussi paralysé, l'opération dont nous parlons serait pratiquée en pure perte; que par conséquent, avant de l'entreprendre, il importe de s'assurer si la troisième paire n'est pas paralysée en même temps que la septième.

Dans ce cas, le releveur de la paupière supérieure ne vient pas seulement en aide à l'inférieure par les mouvements évidents d'élévation que tout le monde connaît; il y contribue aussi en vertu de ce mouvement, bien décrit par Ch. Bell, qui résulte de ce que le releveur, en se contractant, presse sur le globe oculaire, le pousse en avant, et, par son intermédiaire, abaisse un peu la paupière inférieure. C'est grâce à ce mécanisme que, dans l'état normal, quand le releveur se contracte, il écarte à la fois les deux paupières l'une de l'autre, tirant la supérieure en haut, et poussant légèrement l'inférieure en bas.

Le judicieux traducteur de cette note, M. Dechambre, l'accompagne des réflexions suivantes:

Malgré le résultat satisfaisant que M. France dit avoir obtenu sur ces deux malades, nous devons rappeler que cette opération laisse à sa suite un symblépharon partiel, difformité des plus fâcheuses et qui devient alors un état définitif. Aussi, malgré la convenance théoriquement parfaite du procédé, ne devra-t-il jamais être employé qu'après avoir vu échouer tous les moyens propres à rendre à la paupière inférieure sa contractilité, et notamment l'électricité appliquée selon l'ingénieuse et efficace méthode de M. Duchenne.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 février 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Mortalité.

M. le préfet de police envoie la liste des décès dans la ville de Paris pendant le mois de janvier dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Goître et crétinisme.

M. Bonjean, de Chambéry, envoie la composition de trois sources de la Savoie qui passent pour donner le goître.

— M. Grangé croit devoir adresser quelques renseignements sur l'asile d'Abenberg.

— M. Aguilhon, de Riom, adresse des observations qui corroborent l'opinion de M. Niepce sur la non-influence des eaux magnésiennes dans la production du goître et du crétinisme.

Épistaxis.

M. Bonjean, déjà nommé, adresse une note sur l'emploi avantageux des injections d'ergotine dans les hémorrhagies nasales. Il emploie la formule suivante:

Ergotine pure. . . . . 1 gramme.
Eau. . . . . 30 —
Dissolvez.

On injecte au moyen d'une petite seringue en verre cette dissolution dans la narine par laquelle s'écoule le sang, et l'on y introduit ensuite un petit tampon de charpie imbibée du même liquide.

Enfin, on en donne à boire à la dose de 15 grammes par vingt-quatre heures (50 centigr. d'ergotine pure).

Cathétérisme.

M. Delfrayssé envoie de nouvelles réflexions sur les avantages de l'instrument proposé par lui pour éviter les fausses routes dans la pratique du cathétérisme.

Paquet cacheté.

M. Favrot adresse un paquet cacheté. (Adopté.)

Choléra.

M. Hameau adresse une instruction pour se préserver du choléra.

Trachéotomie.

M. Maslieurat-Lagemard envoie une observation de trachéotomie pratiquée sans canule, d'après le procédé qu'il a décrit en 1841. (Les deux bords de la plaie étant tenus écartés par deux crochets noués derrière le cou, ou attachés au bonnet du malade.)

Chapeaux à courant d'air.

M. Poiseuille fait un rapport officiel sur des chapeaux à courant d'air. Il propose de répondre à M. le ministre que ces chapeaux peuvent avoir des avantages l'été et des inconvénients l'hiver. (Adopté.)

Circulation chez les fœtus acéphales.

M. Cazeaux lit un mémoire sur le mécanisme de la circulation chez les fœtus acéphales.

Plaies de la face.

M. H. Larrey fait un rapport sur un cas excessivement grave et très curieux de plaie de la face. Nous reviendrons sur ce fait.

M. Robert. Je ne saurais rien ajouter aux judicieuses réflexions de M. Larrey sur le travail de M. Hutin. Je regrette seulement que notre honorable collègue ait craint de donner trop d'extension à son rapport en nous faisant connaître les effets des mutilations à divers degrés produites par les armes à feu sur la mâchoire inférieure. La science gagnerait beaucoup à cette étude, que l'expérience de M. Larrey n'aurait pas manqué d'enrichir de documents curieux. Dans le cas cité par M. Hutin, l'on voit, en effet, un projectile qui emporte la presque totalité de la mâchoire inférieure, avec les parties molles qui la recouvrent, sans que le blessé ait éprouvé d'accident très grave, et surtout sans qu'ultérieurement les fonctions du larynx et du pharynx aient été altérées. Or je suis frappé de ces résultats d'une vaste plaie faite par un hasard aveugle, comparés à ceux des amputations réglées pratiquées sur la mâchoire inférieure, quand elles sont considérables, et qu'on est obligé de sacrifier avec l'os les parties molles qui le recouvrent. Tous les chirurgiens savent que ces cas sont très graves. On a beau disséquer au loin les téguments de la face ou du cou pour amener ceux-ci au contact et combler la perte de substance, les efforts que l'on fait pour rapprocher les chairs, bien que très modérés, compriment de chaque côté les moignons de l'os maxillaire, rétrécissent l'espace destiné à loger la base de la langue, refoulent celle-ci en arrière et compriment plus ou moins gravement le larynx et le pharynx. Tantôt ce résultat a lieu immédiatement et par le seul fait du pansement qui succède à l'opération, comme je l'ai une fois observé; tantôt il survient plus tard et par l'effet de la rétraction lente des tissus, comme M. Bégin l'a depuis longtemps signalé. Un malade opéré par moi, il y a quelques années, à l'hôpital Beaujon, ne pouvait plus avaler vers le onzième jour, et m'obligea de recourir à la sonde œsophagienne. Il succomba plus tard à la gêne croissante de la respiration et de la déglutition.

En présence de ces résultats, je me suis demandé si, dans les plaies par armes à feu, et en particulier dans le cas remarquable rapporté par M. Hutin, où toutes les parties molles avaient été emportées par un boulet, l'impossibilité où l'on s'est trouvé de faire aucun pansement capable de diminuer la perte de substance n'a pas eu quelque part dans le peu de gravité des accidents primitifs et l'absence des troubles consécutifs de la respiration et de la déglutition.

Je pense donc qu'il y a lieu de rechercher si, quand on pratique l'ablation d'une portion considérable du corps de l'os maxillaire inférieur et qu'on est obligé d'enlever les chairs qui le recouvrent, il ne vaut pas mieux abandonner la plaie à elle-même plutôt que de tenter le rapprochement de ses bords au prix de dissections prolongées sur le cou ou sur les parties latérales de la face.

Je le répète, pour moi, cette question de médecine opératoire paraît devoir être examinée de nouveau.

M. Larrey. Je remercie d'abord M. Robert des regrets qu'il a bien voulu exprimer touchant la partie de mon rapport que j'ai cru devoir supprimer pour ne pas abuser des moments de l'Académie. Quant à la différence des résultats sur lesquels a insisté M. Robert, et qui est en effet si curieuse, je ne pense pas qu'on doive l'attribuer à la différence des pansements, mais bien à la différence des conditions dans lesquelles se trouvent les plaies par armes à feu et celles qui sont faites par l'art chirurgical; je crois, au contraire, que si, dans le cas de M. Hutin, on avait procédé immédiatement à un pansement régulier, on aurait obtenu un résultat encore plus avantageux que celui qui a été observé, et je pense qu'on doit procéder à ce pansement toutes les fois qu'on le peut.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour discuter le rapport de M. Danyau sur les titres des candidats à la place de membre correspondant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 février 1851. — Présidence de M. Rayer.

Traitement des érections génitales morbides chez l'homme.

M. le docteur Pistach, sous-aide-major à l'hôpital militaire de Perpignan, envoie un travail sur les érections génitales morbides chez l'homme et sur leur traitement par la compression du prépuce. L'auteur étudie successivement les érections syphilitiques, l'érection essentielle (priapisme et satyriasis), l'érection sympathique (calculs vésicaux, strangurie, cystite, hémorrhoïdes, inflammation du col vésical), l'érection synergique (action des cantharides, oxyures dans le rectum). Voici les conclusions dans lesquelles il résume son travail.

1° Pour prévenir les érections nocturnes, liez modérément le prépuce en avant du gland, lorsque le malade se couche.

2° Pour combattre l'érection pendant son évolution, maintenez avec les doigts, pendant une minute, le prépuce amené en avant du gland.

3° Ces moyens, héroïques dans la sypbilis, peuvent être employés dans le priapisme et le satyriasis; dans toutes les affections, enfin, où l'érection se produit.

4° Ces modes de traitement sont faciles dans l'application, nullement dispendieux, et applicables toujours, pourvu que le malade ne soit pas circoncis.

NOUVELLES.

Concours de la Faculté. — La seconde épreuve de clinique a été subie aujourd'hui par M. Robert; il a eu pour sujet de sa leçon deux malades affectés, l'un d'un hygroma, l'autre d'un paraphimosis.

— M. le docteur Gagnière a terminé une longue carrière de bienfaisance dans la petite ville de Saint-Vallier (Isère), en léguant à cette commune une somme de 150,000 francs pour diverses œuvres de charité, entre autres, pour la reconstruction d'un hôpital.

— La Faculté de médecine de Strasbourg vient d'être dotée d'une innovation importante qu'il serait à désirer de voir introduire dans la Faculté de médecine de Montpellier.

Ses galeries de dissection sont tous les soirs éclairées au gaz. La *Gazette médicale de Strasbourg* annonce que l'épreuve qui a été faite a parfaitement réussi. Les dissections à la lumière du gaz sont commodes et faciles, même pour les préparations les plus délicates. Les étudiants utilisent ainsi leurs loisirs des soirées, tout en se fortifiant ainsi dans l'étude de l'anatomie pratique, et sans négliger en aucune façon d'assister aux cliniques, aux cours et aux examens qui ont lieu dans le courant de la journée.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Spire, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, désigné pour passer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est détaché aux Invalidess

M. Ancelin, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille, désigné pour passer à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est détaché aux Invalides.

M. Bresse, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Rennes, est détaché à celui de Marseille.

M. Rol, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, est détaché à l'hôpital de Nancy.

M. Laques, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, est détaché à l'hôpital de Toulouse.

M. Gasté, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Nancy, est détaché à l'hôpital de Strasbourg.

M. Morel, chirurgien-major de 2e classe en Algérie, a été désigné pour passer au 38e de ligne.

M. Plaisant, chirurgien-major au 38e de ligne, a été désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

Le Sogad.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1851. (24e ANNÉE.) N° 25. — SAMEDI 1er MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 28 FÉVRIER 1851.

Projet de loi sur les hôpitaux et hospices.

L'ordre du jour de l'Assemblée nationale appelait hier la deuxième délibération sur le projet de loi relatif aux hôpitaux et hospices. L'un de nos honorables confrères qui siégent à l'Assemblée nationale, M. Maigne, après avoir tracé un tableau fort triste de l'état de notre population des campagnes, s'est efforcé de démontrer que le nouveau projet de loi ne pouvait répondre aux besoins des malades de ces campagnes, puisque, bien loin qu'il y ait un hôpital par commune, les deux tiers des cantons et vingt-trois chefs-lieux d'arrondissement en sont dépourvus. Pour obvier autant que possible aux inconvénients du nouveau projet, M. Maigne a proposé de fonder des hôpitaux dans les campagnes; voici les arguments qu'il a fait valoir en faveur de sa proposition :

La création d'hôpitaux dans les campagnes est-elle possible? Ne peuvent-ils pas être remplacés par deux moyens mieux appropriés? Voilà ce qu'il faut examiner pour résoudre le problème de l'assistance publique aux malades indigents des campagnes.

La création d'hôpitaux cantonaux est progressivement et successivement possible, si, réformant quelques abus, on veut reporter sur les hôpitaux cantonaux les dépenses occasionnées par ces abus. Pourquoi les ministres des finances qui se sont succédé depuis mai 1849 n'ont-ils pas mis à exécution les art. 22 et 23 de la loi du 18 mai, qui leur prescrivaient de faire un tableau de tous les fonctionnaires de l'Etat? On pourrait en retrancher tous les emplois inutiles et les sinécures. Ne pourrait-on pas encore déverser sur les hôpitaux les primes données pour des courses inutiles, que blâment eux-mêmes les éleveurs, et qui ne servent, comme l'a si bien dit notre savant collègue Richard, qu'à former des sauterelles d'hippodrome? Enfin, l'énorme disproportion qu'il y a entre le travail et le salaire de la plupart des Français avec ceux attribués aux fonctionnaires de l'Etat m'a conduit à redemander une diminution sur les gros traitements, afin d'en appliquer le montant à la fondation des hôpitaux cantonaux.

Nous payons, d'ailleurs, depuis longtemps d'assez larges encouragements aux beaux-arts, nous avons fourni aux privilégiés assez de billets gratuits pour les théâtres, nous avons assez payé de budgets à la ménagerie du Jardin-des-Plantes pour que l'on daigne enfin créer des établissements utiles aux cultivateurs.

En sus des fonds alloués par l'Etat pour les hôpitaux cantonaux, ces établissements seraient soutenus et développés par les dons et legs qui leur arriveraient très certainement.

La création des hôpitaux cantonaux produirait d'heureux effets. Au point de vue de la science, de l'hygiène, l'humanité y gagnerait, car les hôpitaux des villes seraient moins encombrés, et dès lors plus sains. Au milieu des campagnes, ceux des cantons n'auraient pas à craindre l'air vicié par l'encombrement, par les émanations des égouts, des usines et manufactures des villes.

Un des grands avantages de cette fondation serait d'arracher au charlatanisme éhonté les populations des campagnes. C'est une des plaies les plus vives que l'insouciance des parquets semble entretenir. En effet, mendiants, colporteurs, commères, sœurs, curés, rebouteurs, sont autant de médecins, arrivant auprès des malades avec des avis divers, d'autant plus hardis et plus inspirés, qu'ils sont plus ignorants. Dès que le campagnard indigent saurait qu'il peut trouver au canton un asile, des soins, des consultations et des remèdes gratis, il ne s'adresserait plus aux médicastres qui l'exploitent avec tant de friponnerie.

La création des hôpitaux cantonaux pourrait prévenir une foule d'accouchements malheureux, soit pour la mère, soit pour l'enfant, et rendus tels souvent par la misère qui chasse trop tôt les femmes de leur lit, ou par l'ignorance d'imprudentes matrones qui ne peuvent se douter ni de ce qu'elles cherchent à faire, ni du mal qu'elles font. L'on diminuerait probablement encore le nombre des infanticides en ouvrant un refuge à des infortunées que flétrit l'opinion publique, tandis que souvent leurs séducteurs, cent fois plus coupables, semblent s'enorgueillir du nombre de leurs victimes. Ne serait-il pas temps de tendre une main de secours à celles que la honte, la misère ou de mauvais conseils entraînent vers le crime?

En outre, par la création des hôpitaux cantonaux, on contribuerait à retenir le cultivateur aux campagnes, loin des villes d'où vous voulez l'écarter, en lui prouvant que vous vous occupez d'améliorer son sort dans son canton et de lui procurer les soins qu'exige la maladie.

Enfin, tout en réparant l'un des nombreux oublis dont souffrent les campagnes, vous auriez bien mérité de l'humanité et de votre époque en fondant ces utiles établissements.

A la suite de cet exposé des motifs, M. Maigne a présenté un contre-projet dont voici les dispositions essentielles :

« A partir de 1852, il sera créé successivement un hôpital cantonal dans chaque chef-lieu de canton dépourvu d'un pareil établissement.

» Ces hôpitaux seront destinés à recevoir les malades indigents du canton et les voyageurs indigents atteints subitement de maladies dans le canton.

» A partir de 1852, une somme de dix millions sera affectée annuellement à la fondation des hôpitaux cantonaux là où il n'en existe pas, au développement de ceux existants, proportionnellement aux besoins des cantons ou des hôpitaux.

» Cette somme sera prélevée, en 1852, sur les traitements actuellement payés par l'Etat et s'élevant à quatre mille francs et au-dessus, au moyen d'une retenue graduée progressivement de la manière suivante.

» Retenue sur les traitements :

De 4,000 fr. et au-dessus		1/10e
De 5,000 fr.	—	1/9e
De 6,000 fr.	—	1/8e
De 7,000 fr.	—	1/7e
De 8,000 fr.	—	1/6e
De 9,000 fr.	—	1/5e
De 10,000 fr. jusqu'à 15,000 fr.		1/4e
De 16,000 fr. à 25,000 fr.		1/3e
De 26,000 fr. et au-dessus		1/2e

» Les années suivantes, ces traitements resteront tels que la précédente retenue les aura fixés, et la somme totale des retenues figurera au budget pour être affectée aux hôpitaux cantonaux. »

Les sentiments qui ont inspiré M. Maigne seront sans doute partagés par tous les hommes qui s'occupent d'institutions sociales, sans distinction de partis; il est donc inutile de dire que, pour notre part, nous sommes heureux de nous associer à ces sentiments. Mais s'ensuit-il de ce que les intentions de M. Maigne soient bonnes qu'elles soient réalisables? *A priori*, on ne peut l'espérer, et M. Maigne n'a rien fait pour dissiper nos craintes. Il les a confirmées, au contraire; car, exiger, pour mettre un projet de loi d'assistance à exécution, la suppression d'une grande partie de l'armée et la réduction des traitements, c'est avouer que le projet qu'on propose est impossible, non-seulement dans notre organisation actuelle, mais dans toute organisation politique, quelle qu'elle soit. Il n'y a donc rien d'étonnant que le projet de notre honorable confrère n'ait pas trouvé d'appui dans l'Assemblée. Toutefois, comme il peut y avoir quelque chose d'applicable dans son projet, nous ne saurions trop engager M. Maigne à en étudier les détails à un point de vue plus pratique; il pourrait, par cette étude, obtenir quelques modifications avantageuses au projet de M. de Melun, si celui-ci doit définitivement être adopté. Toutefois, nous espérons encore le contraire. Dans la séance d'hier, l'Assemblée a renvoyé la seconde délibération jusqu'au moment où le rapport sur le projet de loi de M. Dufaure sera présenté. On doit croire que la lecture de ce projet, qui se présente déjà avec la sanction du conseil d'Etat, fera comprendre l'assistance hospitalière sous un point de vue bien différent de celui qui domine dans le projet de M. de Melun, et que l'Assemblée, mieux instruite sur ces matières, comprendra toute l'inefficacité, tous les dangers de ce dernier projet. — H. de Castelnau.

FEUILLETON.

Compte-Rendu

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR 1850.

(Suite. — *Voir* les nos des 22 et 27 février.)

Hypertrophies mammaires. (Suite.)

Quatre pièces qui nous ont été présentées nous ont permis d'étudier les différentes formes de l'affection décrite par M. Lebert.

Sur la pièce de M. Hip. Larrey, nous avons vu l'hypertrophie partielle avec prédominance de l'élément fibreux. L'élément glandulaire prédominait, au contraire, sur les pièces de MM. Duhamel et Denucé. Enfin, nous avons observé les kystes multiloculaires sur une pièce de M. Baumgarten.

Puisque nous en sommes sur les hypertrophies, je saisirai cette occasion de vous rappeler un cas d'hypertrophie du pylore qui donna lieu pendant la vie à tous les signes d'un cancer de l'estomac. Vous avez pu vous assurer par l'examen de la pièce que l'élément cancéreux n'entrait pour rien dans cette lésion.

Tumeurs fibro-plastiques.

Les productions accidentelles fibro-plastiques forment une classe intéressante découverte par notre habile collègue M. Lebert. Constituées par un élément qu'on retrouve normalement dans l'utérus de la femme, dans le ganglion cervical supérieur de l'espèce humaine, et dans le corps thyroïde de certains poissons, les tumeurs fibro-plastiques sont homœomorphes et, comme telles, entièrement locales. Six exemples vous ont été soumis cette année et je crois pouvoir y joindre une tumeur du duodénum et une tumeur de la pie-mère présentées l'une et l'autre par M. Barth.

Les tumeurs fibro-plastiques ne présentent pas toujours le même aspect. Les variations de leurs apparences extérieures correspondent à de légères différences de structures histologiques.

On trouve en effet dans le tissu fibro-plastique plusieurs éléments qui correspondent aux diverses phases de son évolution. On y voit d'abord de petits globules ronds de dimensions très uniformes; à côtés d'eux, des cellules plus ou moins allongées; et enfin, comme troisième degré, des corps minces, très longs, terminés en pointes effilées; ce sont les corps *fusiformes* ou *fibroïdes*.

Lorsque les corps fibroïdes sont en majorité, le tissu accidentel se rapproche jusqu'à un certain point des tumeurs fibreuses, avec lesquelles on peut être quelquefois tenté de le confondre. Cette confusion entre deux tumeurs locales et homœomorphes n'aurait pas de conséquences graves.

Mais lorsque les globules ou cellules fibro-plastiques prédominent, la tumeur, molle et friable, ressemble beaucoup à un encéphaloïde, et il importe beaucoup de savoir l'en distinguer.

Le microscope établit la distinction d'une manière irrécusable; mais on peut arriver au même résultat par une simple inspection faite à l'œil nu. Les tumeurs encéphaloïdes, en effet, donnent toujours par la pression et par le grattage un véritable suc lactescent qui se mêle à l'eau en toutes proportions. Au contraire, les mêmes procédés ne permettent de retirer des tumeurs fibro-plastiques qu'une matière plus ou moins pulpeuse non miscible à l'eau. Ce n'est pas un suc véritable, c'est un pseudo-suc formé par un amas de petits fragments de la tumeur. Pour le distinguer du suc cancéreux, il suffit de le mêler à quelques gouttes d'eau. On voit alors les petits fragments qui le constituent se désagréger et devenir flottants sans subir la moindre dissolution.

Pour aller à la recherche d'un caractère distinctif aussi subtil, il fallait être prévenu de la différence qui existait entre les deux ordres de tumeurs. Cette première donnée nous a été fournie par l'examen microscopique; mais, après nous avoir rendu de si grands services dans cette étude, le microscope a cessé de nous être indispensable; il nous a appris à nous servir de l'œil nu.

Sur une tumeur ganglionaire du médiastin postérieur et sur la tumeur déjà citée du duodénum, nous avons vu le tissu fibro-plastique avec prédominance des éléments fibroïdes. Six autres tumeurs nous ont présenté le même tissu avec prédominance des globules ou des cellules fibro-plastiques.

Parmi ces six dernières tumeurs, il n'en est aucune qui n'eût passé pour cancéreuse il y a quelques années; il n'en est aucune peut-être qui ne fût encore confondue avec le cancer par les hommes qui négligent les recherches histologiques.

C'est ainsi que la tumeur de la cuisse que nous a présentée M. Parmentier a été déclarée encéphaloïde par un chirurgien distingué, professeur de cette école.

C'est ainsi que les tumeurs du testicule, dont M. Jarjavay nous a montré un exemple, ont reçu depuis longtemps et portent encore un nom qui fait suspecter leur nature, le nom de fongus du testicule. Lawrence avait déjà reconnu, il est vrai, la bénignité de cette espèce de tumeur; mais les recherches de M. Jarjavay nous ont appris que le fongus du testicule devait désormais rentrer dans la classe des productions fibro-plastiques.

Enfin les quatre tumeurs de la pie-mère qui ont passé sous nos yeux étaient également de nature fibro-plastique. Cela porte à douter de la fréquence du véritable cancer de la pie-mère. Du reste, ces tumeurs ne sont guère moins graves que des cancers; elles ne peuvent se développer qu'en comprimant l'encéphale. L'une de celles que nous avons vues, encore réduite au volume d'une amende, ne déprimait que faiblement le pédoucule cérébelleux; mais les trois autres, présentées par MM. Barth, Dutard et Lebert, s'étaient creusé des excavations profondes en refoulant la substance encéphalique, et avaient donné lieu à des accidents cérébraux mortels.

Tubercules.

Les productions tuberculeuses ont été l'objet de plusieurs présentations intéressantes. On nous a montré deux exemples remarquables de tubercules du cerveau et du cervelet. Nous avons vu des granulations tuberculeuses miliaires développées dans les séreuses et jusque dans l'épaisseur des fausses membranes; enfin, sur deux pièces successives, nous avons acquis la certitude que les granulations demi-transparentes peuvent se former dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique, circonstance assez exceptionnelle que plusieurs auteurs ont cru pouvoir nier.

Les bulletins des années précédentes renferment déjà quelques cas de coïncidence des tubercules avec le cancer. Depuis que le pro-

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Bouchut.

Leçon sur la phlegmasia alba dolens.

On donne le nom de *phlegmasia alba dolens,* de *leucophlegmasie* ou d'*œdème douloureux*, à une affection du système veineux caractérisée par la coagulation du sang dans l'intérieur des veines.

Cette affection locale est toujours en rapport avec un état général de l'organisme, comme l'état puerpéral, la période avancée des cachexies et des maladies chroniques, la convalescence des fièvres graves, etc. Aussi nous garderons-nous de faire comme la plupart des pathologistes, qui appellent cette maladie œdème, enflure des femmes en couches; car, bien que cette affection soit plus fréquente, et de beaucoup, chez les femmes qui sont sous l'influence de l'état puerpéral, nous ne pouvons admettre l'opinion des anciens, et même de quelques auteurs contemporains, qui considèrent cette affection comme exclusivement spéciale aux femmes nouvellement accouchées. C'est une erreur bien pardonnable sans doute à Mauriceau, qui en a laissé la plus ancienne description, à Puzos et à Levret, accoucheurs, qui en ont parlé les premiers. Mais dans l'état actuel de la science, après les recherches consciencieuses et couronnées de succès auxquelles se sont livrés plusieurs médecins anatomo-pathologistes, nous sommes obligé d'étendre notre cadre et de comprendre aussi sous le nom de *phlegmatia alba dolens* l'enflure, l'œdème blanc qui surviennent encore assez souvent à la dernière période des cachexies tuberculeuse et cancéreuse, et pendant la convalescence de longues maladies, comme la fièvre typhoïde, etc. Cette nouvelle manière d'envisager la question sera, nous l'espérons, justifiée par l'anatomie pathologique.

On avait d'abord regardé cet œdème comme essentiel; d'autres l'avaient confondu avec le rhumatisme, le phlegmon, l'anasarque. Puzos et Levret l'attribuent à un dépôt laiteux, d'où leur opinion si fortement enracinée, et qu'ils accréditèrent, que c'était une maladie spéciale aux femmes en couches. Puzos fait même à ce sujet une description pittoresque du mode d'action « de lait répandu devenant la cause d'accidents formidables dont la marche est insidieuse. » White, ayant trouvé les lymphatiques de la cuisse et de la concavité du sacrum engorgés, ne manque pas de dire que la *phlegmasia alba dolens* n'est autre chose qu'une affection des vaisseaux lymphatiques. Cette opinion fit fortune, et un grand nombre d'auteurs, Good, Wyer, Hull, Gardieu, Deumann, etc., etc., n'hésitèrent pas à se faire l'écho de ce qu'ils n'avaient pas vu, et confirmèrent ainsi l'erreur de White. Aujourd'hui, l'anatomie pathologique a fait justice de toutes ces hypothèses plus ou moins erronées; les travaux de Davis, Robert Lee, MM. Bouillaud, Velpeau, Rostan, ne laissent plus aucun doute à cet égard; en resterait-il, qu'ils seraient complétement levés par les belles recherches de M. Bouchut, qui a pu rassembler quarante-six faits, et établir d'une manière irréfutable que l'altération anatomique constante de la *phlegmasia alba dolens* est la coagulation du sang veineux dans les veines centrales des membres.

Causes. — La cause la plus fréquente est sans contredit l'état général qui suit l'accouchement; mais il faut faire entrer en ligne de compte, pour un certain nombre de cas plus grand qu'on ne l'admet généralement, l'état général, des cachexies, soit tuberculeuse, soit cancéreuse, des maladies chroniques et des convalescences après de longues fièvres, en particulier la fièvre typhoïde.

Il y a un fait constant qui caractérise cet état général, c'est l'augmentation absolue du chiffre de la fibrine dans les premiers temps de l'accouchement (Andral); c'est la même augmentation dans la cachexie tuberculeuse et cancéreuse (Stannius).

Pour nous, c'est l'augmentation, soit absolue, soit relative, par rapport aux autres éléments constitutifs du sang, du chiffre de la fibrine.

Quelques auteurs, White, entre autres, ont attribué la *phlegmasia alba dolens* à la compression des vaisseaux lymphatiques dans l'accouchement; d'autres, à la compression des veines hypogastriques. Gardien la rapporte aux parturitions difficiles; d'autres ont été jusqu'à vouloir expliquer la plus grande fréquence de cette maladie à gauche par la fréquence de la position occipito-cotyloïdienne gauche. Toutes ces hypothèses, bien gratuites d'ailleurs, ne s'appliqueraient qu'à la *phlegmasia alba dolens* des femmes en couches, et ne donneraient en aucune façon la clef de l'étiologie pour celle qui survient à la suite des maladies chroniques; car là, pas de cause mécanique palpable. Nous ne pouvons donc considérer l'influence des pressions exercée par l'utérus, par la tête de l'enfant ou par des manœuvres obstétricales, comme une *cause directe* de la maladie qui nous occupe. Nous les rangerons au nombre des *causes occasionnelles* qui ne peuvent agir qu'en vertu d'une prédisposition du sujet. Il en est absolument de même à l'égard du froid, de l'humidité, des écarts du régime, circonstances auxquelles on a attribué trop de valeur, et dont on doit tenir peu de compte aujourd'hui.

Anatomie pathologique. — Neumann a constaté une fois l'inflammation de l'aponévrose *fascia lata;* d'autres, Albert, Dugès, Siebold, n'ont pas craint de localiser la lésion dans les nerfs cruraux, probablement à cause de la douleur vive, brusque, que ressent le malade au moment de l'invasion de la maladie. Mais il est évident pour nous que ces auteurs n'ont considéré que l'affection consécutive, sans se douter de celle qui l'avait précédée, et ont pris tout bonnement l'effet pour la cause. M. Velpeau a remarqué une fois la suppuration de la symphyse pubienne; mais ce n'est là qu'une coïncidence évidemment, et nous ne voyons pas du tout la nécessité d'une *phlegmatia alba dolens* pour expliquer cette lésion produite par les manœuvres de l'accouchement, ou sous l'influence de la fièvre puerpérale, au même titre que les épanchements purulents des autres articulations.

Fraser, Lobstein, Allonneau ont constaté la rougeur et le gonflement des vaisseaux lymphatiques et des ganglions correspondants. Mais cette lésion est loin d'être constante (cinq ou six faits au plus). Dans tous les cas, elle ne serait que symptomatique de celle qui est survenue dans les veines. En effet, un caillot s'est formé dans ces veines; est-il étonnant qu'il agisse comme corps étranger? L'inflammation des vaisseaux lymphatiques n'est donc pas une lésion primitive, mais le résultat de la coagulation du sang veineux, qui, à la longue, irrite les parois veineuses, et amène consécutivement la participation des lymphatiques.

Il y a une lésion constante qui ne manque jamais, c'est l'altération des veines. Cette opinion, professée par MM. Velpeau, Bouillaud, Davis, Robert, Lee, etc., est irrécusable, car elle résulte d'une sage appréciation des faits et des notions fournies par l'anatomie pathologique; elle renverse d'un seul coup la foule des hypothèses émises sur la nature de la maladie qui nous occupe, et de plus elle nous éclaire sur le siége anatomique précis, encore ignoré de beaucoup de médecins.

Quelle est cette lésion? C'est la coagulation du sang veineux par l'excès de fibrine du sang. Sur quarante-six faits rassemblés par M. Bouchut, quarante-cinq fois l'altération fut constatée sur les membres inférieurs; une seule fois sur le membre supérieur et le côté droit de la tête.

Si l'on examine les veines malades, on les trouve fortement distendues et remplies par du sang coagulé; elles forment des cordons durs, noueux, avec des renflements volumineux aux principaux confluents des veines et au niveau des valvules. Quelquefois on trouve d'espace en espace des interruptions et une petite étendue du vaisseau resté perméable; mais ce fait est rare. Au début, et M. Bouchut a pu le constater sur des femmes mortes au commencement de la *phlegmasia alba dolens,* les parois veineuses sont saines; elles ne présentent ni rougeur, ni ramollissement, au point que, quand la veine a été débarrassée du sang coagulé et lavée; il est impossible de la distinguer de la veine du membre correspondant non affecté. Il y a un peu d'adhérence de la tunique externe au tissu cellulaire environnant, qui est épaissi. Cette transformation, qui n'est qu'un phénomène secondaire, n'existe pas toujours, et a été prise à tort, par quelques observateurs, pour l'épaississement de la membrane externe elle-même.

Les caillots se rencontrent dans les veines centrales des membres, les veines crurales, poplitées, tibiales profondes, et jusque dans l'iliaque primitive. Ces caillots sont d'abord noirs et mous, formant une masse homogène; on dirait de la matière à injection. La densité de ces caillots est ordinairement la même dans tous les endroits, quelquefois moindre au centre qu'à la circonférence. Ils présentent souvent un autre aspect, et offrent une disposition régulière de couches *concentriques* les unes aux autres ou *pelotonnées* dans une enveloppe commune; ils n'ont alors qu'une adhérence faible, se détachent facilement de la membrane interne de la veine, qui reste saine, blanche, comme nous l'avons dit tout à l'heure.

A une époque plus éloignée, ces caillots perdent une partie de leur volume et de leur coloration; ils sont plus denses, plus adhérents aux parois veineuses, et offrent çà et là des taches grises produites par la disparition de la matière colorante; leur centre se ramollit et se convertit en une bouillie grisâtre précipitant au fond de l'eau, et présentant tous les caractères de la fibrine ramollie et décolorée. Des changements nouveaux ne cessent de s'accomplir dans ces masses de fibrine déposée. La décoloration des caillots et l'augmentation de leur densité s'accroissent continuellement; leurs adhérences, molles au début, deviennent de jour en jour plus résistantes et finissent par s'organiser. Des vaisseaux capillaires se forment de toutes pièces, et établissent la communication de ce caillot avec la circulation générale; de sorte que, si l'on veut le séparer de la paroi veineuse interne, il faut rompre une multitude de petits filaments rougeâtres qui laissent sur cette membrane un piqueté rouge fort abondant. Ces capillaires, très faciles à voir quelquefois, finissent par s'oblitérer, et forment au caillot des brides semblables à celles que l'on remarque dans la plèvre et le péritoine. C'est alors que les parois veineuses semblent enflammées au bout de six semaines, deux mois; mais c'est pour nous un travail de réparation consécutive plus que d'inflammation : car comment expliquer une phlébite, si terrible toutes les fois qu'elle se produit dans d'autres circonstances, et toujours si bénigne dans la *phlegmasia alba dolens?*

En même temps, il y a œdème du tissu cellulaire qui est infiltré de liquide gélatiforme s'échappant par les incisions; nous n'avons point trouvé de lymphe plastique, ni rien qui différât de l'infiltration séreuse ordinaire.

Un point important à noter, et que l'anatomie pathologique nous fait connaître, c'est le mécanisme du rétablissement de la circulation par les veines collatérales. Ces phénomènes sont très variables suivant le siége anatomique de l'oblitération. Si la *phlegmasia* occupe les deux membres inférieurs, l'oblitération s'élève presque toujours jusqu'à la veine-cave, et le retour du sang s'effectue à l'aide des veines superficielles des membres. Ces vaisseaux se dilatent, se dégorgent dans les veines superficielles du ventre, du thorax et, par leur communication avec les intercostales, vont se jeter dans la veine azygos. Mais si les veines superficielles sont elles-mêmes envahies, alors ce sont les capillaires qui fonctionnent et se dessinent à la surface de la peau, qui perd alors sa blancheur, devient livide, cyanosée, presque noire; de sorte que le mot *alba* n'est plus alors applicable à la *phlegmasia* dont nous nous occupons. Chez le malade déjà cité, qui avait une *phlegmasia alba dolens* du bras et du côté droits de la tête, il existait une oblitération du tronc innominé et des veines profondes du cou et du bras; la circulation collatérale avait lieu par les veines superficielles du tronc qui se dessinaient sur le sein droit, et le sang refluait vers la veine jugulaire gauche.

Symptômes. — En général, l'invasion de la maladie est

---

fesseur Rokitanski a posé entre ces deux produits hétéromorphes une loi formelle d'antagonisme, des exceptions nombreuses ont permis de mettre en doute la réalité de cette assertion. Deux nouveaux exemples de coïncidence vous ont été présentés cette année, et l'un d'eux a fourni à M. Lebert l'occasion de nous raconter l'origine plaisante de cette pauvre loi d'antagonisme.

Cancers.

Ceci me conduit naturellement aux affections cancéreuses. Nous avons vu des cancers dans presque tous les organes. Je me garderai bien de vous les énumérer; je ne vous parlerai que des pièces qui ont jeté quelque jour sur certaines questions nouvelles ou peu connues.

Je vous ai déjà dit que, dans un cas de M. Destouches, un cancer avait désorganisé les parois de l'aorte, et qu'une rupture de ce vaisseau en avait été la conséquence mortelle. Cette destruction des parois artérielles par les progrès du cancer, est un fait bien connu déjà, puisque telle est la cause de ces hémorrhagies si fréquentes à la surface des ulcères cancéreux. Mais, au lieu de s'écouler à l'extérieur, le sang ainsi épanché peut rester dans l'épaisseur même de la tumeur, et donner lieu à une espèce d'anévrisme faux primitif. Si plusieurs vaisseaux subissent cette altération, il peut se faire qu'une grande partie de la masse cancéreuse soit occupée par de petits foyers irréguliers, pleins de sang, susceptibles de présenter des battements isochrones à ceux du pouls. Alors la tumeur encéphaloïde ressemble tellement à certaines tumeurs érectiles, que bien des auteurs ont décrit ces deux affections sous le nom unique de fongus hématode, ou de fongus médullaire. Une pièce de M. Leudet nous a fourni l'occasion de suivre toutes les transitions depuis l'encéphaloïde simple jusqu'à l'encéphaloïde hématode. Sur la même pièce nous avons pu reconnaître entre le cancer hématode et les tumeurs érectiles une différence fondamentale; la substance qui séparait les foyers sanguins était molle, friable, réductible en suc, au lieu de présenter la résistance d'une trame cellulo-fibreuse, comme cela a lieu dans les tumeurs sanguines ordinaires.

Le cancer détruit les parois veineuses aussi bien et mieux que les parois artérielles; mais la force d'expansion du sang veineux étant inférieure à celle du sang artériel, les phénomènes qui sont la conséquence de cette destruction sont précisément inverses des précédents. Au lieu de se dissocier pour laisser extravaser le sang, les éléments de la tumeur font invasion dans le cylindre veineux. Ce mécanisme vous a été montré sur une pièce relative à un cancer de l'utérus. La substance encéphaloïde, après avoir défoncé la veine utérine gauche, avait envoyé dans cette veine un prolongement cylindrique qui remontait jusqu'à la veine hypogastrique; le cours du sang continuait dans cette dernière veine, et plusieurs fragments de matière encéphaloïde, détachés par le courant sanguin, existaient dans la veine iliaque primitive correspondante et dans la veine-cave inférieure. Telle est l'origine de ces prétendus cancers du sang que les auteurs ont décrits. Qu'on lise leurs observations, et l'on verra que toujours, comme dans le cas actuel, il y a un cancer encéphaloïde primitif dans un point quelconque de l'économie, et que les masses cancéreuses intra-veineuses sont placées le long de l'arbre veineux entre la tumeur primitive et le cœur.

Une communication de M. Cruveilhier a soulevé une discussion sur la gangrène du cancer. Cette gangrène, accident assez rare, du reste, se produit dans les tumeurs cancéreuses par les mêmes mécanismes que partout ailleurs. Dans le squirrhe, elle revêt la forme sèche, et est causée par la compression que la tumeur exerce sur ses propres artères, à la faveur de dispositions anatomiques particulières; dans l'encéphaloïde, elle se présente sous la forme humide, et paraît due à la destruction successive de la plupart des veines qui rapportent le sang de la tumeur.

Cancers du périoste.

Quatre pièces de cancer du périoste vous ont fourni l'occasion de résoudre une question intéressante.

M. Nélaton a décrit avec soin, dans sa *Pathologie chirurgicale*, la lésion singulière qui accompagne les cancers du périoste. La surface de l'os donne alors implantation à une multitude d'aiguilles osseuses longues et grêles, parallèles entre elles et perpendiculaires à cette surface; ces aiguilles, plus ou moins serrées les unes contre les autres, pénètrent dans la substance de la masse cancéreuse proprement dite.

La science en était là, lorsqu'une ostéite syphilitique du crâne, présentée par M. Deville, ramena l'attention de la Société sur un os iliaque que M. Houel avait mis sous nos yeux quelques mois auparavant. Ce dernier os, trouvé dans un cimetière de village, provenait, selon toutes probabilités, du corps d'un vieillard mort dix années auparavant. Tout ce qu'on a pu savoir sur le compte de ce vieillard, c'est qu'il boitait depuis longtemps et qu'il portait au niveau du bassin une tumeur volumineuse. L'os iliaque de cet homme, déposé dans le Musée Dupuytren sous le n° 450 (A), offre un volume considérable et un poids spécifique bien supérieur à celui d'un os iliaque normal. Sa surface est recouverte, dans toute son étendue, d'innombrables aiguilles parallèles entre elles, perpendiculairement implantées sur les lames compactes, et tellement pressées les unes contre les autres, qu'elles rappellent d'une manière frappante l'aspect de certains madrépores. Avec cela la substance propre de l'os est hypertrophiée; son épaisseur, sa densité sont fortement augmentées; et il est clair que cette dernière lésion est le résultat d'une ostéite condensante.

M. Houel, en présentant sa pièce, avait pensé qu'un cancer général du périoste était la cause de ces désordres; il était singulier, cependant, qu'une affection cancéreuse aussi étendue et en contact aussi immédiat avec le tissu osseux n'eût pas détruit ce tissu, et y eût déterminé au contraire un travail d'hypertrophie.

Aussi, lorsqu'il trouva, dans les pavillons de Clamart, un crâne atteint d'ostéite syphilitique et couvert d'aiguilles osseuses, M. Deville crut-il pouvoir rapprocher ce cas du précédent, et les considérer tous deux comme la conséquence de l'ostéite. Une discussion s'engagea sur ce point. M. Houel fit observer que les aiguilles osseuses du crâne syphilitique étaient entre-croisées et couchées à la surface de l'os au lieu de lui être perpendiculaires, comme cela avait lieu sur l'os iliaque. Mais, en l'absence de renseignements précis sur ce dernier os, la question resta douteuse pour beaucoup d'entre nous.

Par bonheur, quatre pièces fraîches, qui nous ont été présentées plus tard, nous ont fourni des données plus certaines pour la solution de cette question en litige. Toutes les quatre étaient relatives à des cancers du périoste du tibia ou du fémur. Sur deux d'entre

subite; elle se fait dans le courant de l'état puerpéral pour les femmes en couches, et ordinairement au bout d'une quinzaine de jours. Il peut y avoir eu, avant, une métrite, une péritonite ou d'autres accidents puerpéraux ; quelquefois il n'y a rien de tout cela ; mais, le plus souvent, le phlegmon débute avec des accidents concomitants. Chez les cancéreux et les tuberculeux, la *phlegmasia* se déclare quand la cachexie est arrivée au point de débiliter profondément la constitution du malade.

Presque toujours donc l'invasion de cette maladie est brusque, subite ; le malade ressent une douleur violente, terrible, au mollet ou à la cuisse, tantôt de bas en haut, tantôt dans un sens opposé. Cette douleur est exaspérée par la pression des membres, et surtout par la pression opérée sur le trajet des vaisseaux. C'est ce qui explique la sensibilité si exquise du mollet, qui, reposant sur le lit, transmet la pression aux vaisseaux profonds.

Peu de temps après l'apparition de la douleur survient un gonflement considérable du membre qui constitue une sorte d'œdème. Ces deux symptômes sont intimement liés l'un à l'autre et se développent à quelques heures de distance. Le gonflement se manifeste au même endroit que la douleur et s'étend comme elle. Le membre devient dur, rénitent ; l'impression du doigt n'y reste pas longtemps ; l'œdème est compacte; on dirait un œdème fibrineux plutôt que séreux. La peau est ordinairement blanche, mais présente parfois quelques marbrures produites par les veines de deuxième ordre au moyen desquelles va s'établir la circulation collatérale ; enfin, si le doigt du médecin suit le trajet des vaisseaux, il rencontre des cordons durs, noueux, douloureux, et qui ne sont autre chose que les veines oblitérées. En ce moment, si on interroge le pouls, on le trouve un peu exagéré, symptomatique d'un léger mouvement fébrile ; du reste, point d'autres phénomènes généraux; circonstance qui devient un caractère distinctif entre la *phlegmasia* et la phlébite, qui détermine toujours les troubles les plus graves.

Ces symptômes se montrent presque toujours sur le membre inférieur, un seul ou les deux à la fois, ou l'un après l'autre. La douleur initiale, si vive et si ordinaire, est surtout caractéristique. On a aussi constaté cette affection une fois sur le membre supérieur, une fois à la tête. L'artère ophthalmique fut oblitérée et la cécité s'ensuivit ; dans un autre cas, ce fut l'artère pulmonaire, et il y eut hémoptysie et apoplexie pulmonaire. Chez un autre malade, dont l'histoire est rapportée dans le mémoire de M. Bouchut, la veine-porte s'oblitéra et amena une hémorrhagie intestinale.

Quelquefois la peau, au lieu d'être blanche, est, comme nous l'avons déjà dit, cyanosée par l'injection des capillaires qui participent à la circulation collatérale. Enfin, sur trois ou quatre malades, on n'a pu constater qu'une douleur très obtuse.

Marche. — La marche de la *phlegmasia alba dolens* est lente. La douleur reste ordinairement très vive pendant deux à trois jours au point de faire crier les malades. L'œdème accompagne cette douleur. Au quatrième jour, la souffrance diminue, puis l'œdème, et ces symptômes disparaissent insensiblement en quinze jours, trois semaines ou un mois. Le gonflement des membres s'affaisse aussi peu à peu ; le caillot se résorbe et la veine reprend sa perméalibité, sinon les veines collatérales y suppléent; puis les choses rentrent dans l'ordre normal et la guérison est complète. Nous supposons qu'il n'y a pas de complications pour que les choses marchent ainsi ; car s'il se déclare une péritonite, une métrite, une pleurésie, etc., il est évident que la mort est possible, mais par le fait de ces maladies et non par celui de la *phlegmasia alba dolens*. De même dans les cas de cachexies cancéreuse et tuberculeuse, c'est aux profonds désordres causés par ces affections que le malade succombe et non à la maladie secondaire, qui n'a été ici qu'accessoire.

Terminaisons. — La *phlegmasia alba dolens* se termine donc toujours par résolution quand elle est exempte de complications inflammatoires sur d'autres organes ; Macneveu l'a observée quatre fois chez la même femme dans quatre couches successives. Jamais il n'y a de suppuration autour des veines, jamais il n'y a de résorption purulente, ni d'abcès métastatiques : autre caractère qui la distingue de la phlébite, qui est *toujours mortelle*, tandis que la *phlegmasia alba dolens* guérit toujours.

Traitement. — Après ce que nous avons dit de la nature, de la marche et du mode de terminaison de la *phlegmasia alba dolens*, on comprendra facilement quel doit en être le traitement.

Le efforts de la médication doivent être dirigés d'abord contre la douleur, souvent fort intense, qui tourmente les malades. On réussit à la modérer en enveloppant les membres dans de la flanelle imbibée d'une décoction émolliente de sureau et de narcotiques ; on peut encore avoir recours à quelques embrocations narcotiques et même administrer les opiacés à l'intérieur.

Nous proscrirons les saignées, les sangsues, les vésicatoires et tous les moyens énergiques conseillés par Puzos et Gardien, qui ne peuvent trouver ici leur emploi à moins de conditions spéciales ; en effet, dans la *phlegmasia alba dolens* il n'y a pas d'inflammation ; l'opportunité des émissions sanguines serait donc au moins contestable.

Une des précautions les plus importantes à prendre, c'est de placer le membre dans la position la plus favorable à la circulation du sang, qu'on aide encore par des applications chaudes, soit des fomentations émollientes chaudes ou plus sûrement des bains chauds. Le sachets de sable chaud trouveraient leur utilité dans cette circonstance. Tous ces moyens sont bons pour favoriser la circulation capillaire, qui supplée à la circulation profonde interrompue.

On peut aussi établir une dérivation salutaire sur le tube intestinal, et administrer des boissons délayantes ou diurétiques, de doux laxatifs, la pulpe de tamarin, par exemple.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. Malgaigne.

Tumeur du méat urinaire chez une femme, donnant lieu à des symptômes d'une maladie de l'utérus. — Excision. — Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. le docteur Castex, ancien interne des hôpitaux.)

Rosalie Turette, âgée de quarante-huit ans, culottière, entra à l'hôpital Saint-Louis le 22 janvier 1846. Douée d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, elle n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de quarante-trois ans, où les règles se supprimèrent. Depuis cette époque étaient survenus des pesanteurs de tête, des vertiges revenant par intervalles, sans relation d'ailleurs avec son affection actuelle.

Un an après la cessation des règles, c'est-à-dire il y a quatre ans, des douleurs se firent sentir pour la première fois aux environs de la vulve, près du méat urinaire; la malade y éprouvait une sensation de piqûre ou de cuisson très pénible, qui s'exaspérait par la marche, mais surtout par l'émission des urines. Alors les douleurs étaient si fortes, que la malade restait parfois des journées entières sans oser uriner; elles diminuaient quand elle était couchée. En même temps, elle ressentait des tiraillements douloureux aux reins, à l'hypogastre et dans les cuisses.

Peu à peu les besoins d'uriner devinrent plus fréquents; l'urine sortait quelquefois toute seule sans que la malade pût la retenir : ce liquide était habituellement rouge et épais. Enfin la malade, ayant porté la main au siége du mal, rencontra, en avant de l'entrée du vagin, une tumeur d'un petit volume, très douloureuse au toucher, qui d'ailleurs ne versait jamais de sang. Elle la garda pendant deux ans sans y opposer autre chose que des bains de siége et des lotions d'eau de guimauve, ce qui la soulageait un peu. Enfin, lassée de souffrir, elle alla à la consultation de Lisfranc, à la Pitié. Lisfranc appliqua le spéculum et, négligeant la petite tumeur que la malade lui montrait, lui fit pratiquer sur-le-champ une saignée de 8 onces, puis lui remit sa prescription banale: Trois bains par semaine; tisane de saponaire ; pilules de ciguë; frictions sur les aines avec une pommade jaune (d'iodure de plomb, probablement).

Tous les quinze ou vingt jours elle retournait à la consultation, où chaque fois une saignée de 4, 8, 12 onces était pratiquée. Trente saignées furent ainsi pratiquées dans l'espace de dix-huit mois; après quoi, suivant son récit, Lisfranc la déclara guérie.

Cependant la tumeur n'avait point disparu, et les douleurs qui l'accompagnait persistaient aussi. Une attaque d'apoplexie, suivie de paralysie, en détourna pendant plusieurs mois son attention ; mais lorsqu'elle fut un peu rétablie, elle alla voir un médecin qui cautérisa la tumeur, mais avec des douleurs telles qu'elle ne voulut plus recommencer. On lui conseilla alors d'en faire faire l'extirpation, et, après de longues indécisions, elle se décida à entrer à Saint-Louis.

Le 24 au matin, l'examen des parties génitales fait constater, à l'entrée du méat urinaire et à la partie inférieure de ce méat, une petite excroissance charnue, molle, du volume d'un gros pois, tranchant sur les parties voisines par sa coloration d'un rouge vif, et adhérant fortement à la muqueuse; toutes les autres parties des organes génitaux, à l'état sain. Ce petit polype est excisé avec des ciseaux courbes ; il s'écoule une quantité assez notable de sang, mais cet écoulement cesse au bout d'une demi-heure.

Dès le lendemain même, la malade se trouva tout à fait soulagée ; et le 29 elle sortit complétement guérie. Les urines s'écoulaient sans aucune douleur; leur émission était moins fréquente, la malade les retenait aisément ; leur couleur même avait changé, et, de troubles et rougeâtres, elles étaient devenues tout à fait claires.

Les tiraillements dans les reins, les cuisses et l'hypogastre avaient disparu. (*Revue médico-chirurgicale.*)

EXTIRPATION D'UN KYSTE VOLUMINEUX DE L'OVAIRE

par une petite incision combinée avec la ponction du kyste;

Par M. Knorre (de Hambourg).

Nous avons publié il y a plusieurs mois une observation fort curieuse d'extirpation de l'ovaire pratiquée par un chirurgien américain. Ce même chirurgien vient d'en publier un second cas dans le recueil où nous avions puisé le premier. Mais il a en même temps accompagné cette seconde observation d'un résumé sur toutes les opérations du même genre pratiquées jusqu'au moment de sa publication. En attendant que nous puissions faire connaître ce travail intéressant, nous croyons devoir publier le fait suivant, dans lequel l'opération a été pratiquée par un procédé opposé à celui qui a été adopté par le chirurgien américain.

A travers tous les essais tentés dans ces dernières années, notamment en Angleterre et en Amérique, pour l'extirpation des kystes de l'ovaire, il y avait lieu de s'étonner qu'on n'eût pas songé à combiner l'extraction par une ponction simple, proposée par Monteggia, avec la petite incision mise en usage par Eilran pour la simple évacuation du liquide. M. Malgaigne avait indiqué cette combinaison dès 1834, dans son *Manuel de Médecine opératoire;* elle a enfin été mise à exécution par M. Knorre, avec un succès qui paraît bien complet, malgré la sobriété des détails qui suivent l'opération. Le fait mérite donc d'être rapporté.

Obs. — Une fille de vingt-quatre ans, d'une petite stature, d'une constitution scrofuleuse, avait remarqué, deux ans et demi avant son entrée à l'hôpital, un gonflement dans la région hypogastrique droite, qui peu à peu envahit tout l'abdomen et acquit un volume très considérable.

La circonférence du ventre au niveau de l'ombilic comprenait 37 pouces ; les téguments étaient très amincis. La tumeur, sensible immédiatement au-dessous des téguments, réguliè-

---

elles, le produit hétéromorphe entourait complétement le cylindre osseux dans une étendue considérable ; sur les deux autres, le mal, moins largement disséminé, ne recouvrait que la moitié ou le tiers de la circonférence des os.

Dans tous les cas, des aiguilles osseuses, longues, minces, très semblables pour leur direction et pour leur implantation à celles qu'on trouve sur l'os iliaque de M. Houel, pénétraient dans la substance du cancer; dans tous les cas, une hypertrophie manifeste avait envahi la couche compacte de l'os subjacent; seulement, cette hypertrophie n'était pas uniforme, comme sur la pièce de M. Houel. Dans le cas de M. Leudet, la tumeur cancéreuse avait profondément érodé le condyle externe du fémur ; mais dans le fond de cette érosion et autour d'elle, le tissu osseux, même le tissu spongieux, était tellement condensé qu'il ressemblait à de l'ivoire. Dans le cas de M. Denucé l'érosion, plus profonde encore, pénétrait jusqu'au canal médullaire du tubia, et la substance encéphaloïde se prolongeait dans ce canal jusqu'à plus de 5 centimètres; mais autour de cette perforation le tissu osseux était encore épaissi et condensé. Enfin, sur la pièce de M. Mesnet, le tissu compacte du corps du fémur, enveloppé de toutes parts par le cancer, avait néanmoins conservé sa couleur, son aspect normal; loin d'être amincie, la paroi du canal médullaire possédait, au contraire, une épaisseur exagérée.

Toutes les difficultés relatives à la pièce de M. Houel se trouvaient par conséquent résolues; et, lorsque M. le professeur Bérard fit présenter à la Société anatomique un omoplate qui lui avait été envoyé de la province par M. Paradis, nous pûmes nous former sur ce dernier os une opinion moins controversable que la première fois.

Cet omoplate, aujourd'hui déposé dans le Musée sous le numéro 458 (A), est tout à fait semblable à l'os iliaque de M. Houel. Même pesanteur spécifique, même condensation du tissu osseux primitif, mêmes stalactites filiformes, parallèles entre elles, perpendiculaires sur l'os, étroitement serrées et simulant la disposition des madrépores. Cet os provient d'un individu mort, il y a dix-huit ans, dans un hôpital de province; on n'a que des renseignements fort incomplets sur son origine; mais, en établissant la comparaison entre cette lésion et celles que nous avons observées sur des pièces fraîches, on arrive à la rapporter à un cancer général du périoste de l'omoplate.

La science ne possédait sur cette forme de cancer du périoste que le passage déjà cité de M. Nélaton. C'est ce qui donne une grande valeur aux pièces qui ont passé sous nos yeux et aux discussions qu'elles ont soulevées.

Arthrite chronique sèche.

Quelque intéressants, Messieurs, que soient les faits qui précèdent, je ne crains pas de le dire, ils sont beaucoup moins importants que ceux dont je vais maintenant vous entretenir.

Notre *Bulletin* renferme cette année l'histoire anatomique complète d'une lésion articulaire qui a été désignée, en attendant mieux, sous le nom d'arthrite chronique sèche. Afin de bien préciser ce que la Société anatomique a le droit de réclamer dans cette histoire, vous me permettrez de vous rappeler les principales phases de cette affection complexe, et de comparer ce que nous en connaissons aujourd'hui aux données incertaines qui existaient dans la science avant les travaux de M. Deville.

L'arthrite chronique sèche se montre de préférence après l'âge de quarante ans, mais il n'est pas rare de la rencontrer avant cette époque de la vie. Fréquemment, elle envahit à la fois ou successivement plusieurs articulations du même individu. Elle paraît alors dépendre d'une disposition générale, et M. Deville est porté à croire que le rhumatisme articulaire chronique en est la cause la plus habituelle.

En général indolente ou accompagnée à peine de quelques douleurs vagues et profondes, elle présente toujours une marche extrêmement lente. Elle ne produit le plus souvent ni gonflement, ni déformation; un peu de gêne dans les mouvements, voilà tout ce qui en résulte dans les cas ordinaires, et dès lors on conçoit qu'une affection aussi silencieuse reste presque toujours ignorée pendant la vie.

Cependant, les choses ne se passent pas constamment avec une aussi grande simplicité; les désordres articulaires peuvent être portés plus loin. Parfois la gêne des mouvements devient excessive ou même la roideur va jusqu'à l'ankylose complète; d'autres fois, les surfaces diarthrodiales déformées finissent par s'abandonner. Souvent enfin, et c'est peut être là l'accident le plus intéressant de cette maladie, on observe tous les signes qui annoncent l'existence de corps étrangers dans les articulations.

En présence d'une symptomatologie tantôt complétement nulle et tantôt très variée; en présence d'accidents parfois si légers et parfois si graves, il était bien difficile de ne pas tomber dans la confusion. On devait s'attendre à voir l'arthrite sèche entièrement négligée comme maladie et décrite seulement dans chacun de ses symptômes; c'est ce qui est arrivé. Les accidents qu'elle produit à ses diverses périodes ont été étudiés séparément; les uns ont été mis sur le compte de la goutte ou du rhûmatisme; les autres ont été décrits avec les ankyloses ou avec les luxations spontanées; quelques autres, enfin, plus singulières et plus disparates, ont été considérées comme des maladies particulières et ont reçu le nom d'usure ou ulcération des cartilages, de corps étrangers des articulations, d'éburnation des surfaces articulaires, etc.

L'anatomie pathologique était le seul fil capable de nous conduire hors de ce dédale; l'observation persévérante et raisonnée des lésions cadavériques pouvait seule trouver une liaison entre tant d'accidents divers. C'est M. Deville qui s'est chargé de cette tâche.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Errata du dernier Feuilleton. — Colonne 5, ligne 5 : *au lieu de* énucléer, *lisez* écarter ; même colonne, ligne 6 : *au lieu de* améliorer, *lisez* énucléer.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

rement arrondie, remplissait la cavité ventrale depuis le bord des fausses côtes jusqu'à la symphyse des pubis, et était légèrement mobile des deux côtés. La percussion donnait un son mat, excepté dans la région épigastrique à gauche et dans la région lombaire des deux côtés, où l'on obtenait un son tympanique, preuve que les intestins avaient été refoulés dans ces points. La fluctuation était sensible; le choc du liquide éprouvé par le doigt indiquait que le liquide était renfermé dans une seule cavité, sans divisions ni loges. Le museau de tanche et le col de l'utérus furent trouvés à l'état normal. La matrice, examinée par le rectum, ne présenta aucun changement de conformation; elle était élevée, sans déviation; une pression exercée par le ventre sur la tumeur ne modifiait en rien sa position; il n'y avait donc aucune connexion entre l'une et l'autre. Pour rechercher si la tumeur avait contracté des adhérences avec les parois de l'abdomen, on examina la position de l'ombilic, la malade étant placée sur le côté; il parut alors sensiblement dévié de la ligne médiane, bien qu'il restât le point le plus saillant; cette déviation ne pouvait être que le résultat d'adhérences.

Il y avait donc un kyste de l'ovaire droit, uniloculaire, renfermant du liquide et adhérant à la paroi abdominale antérieure. Du reste, la constitution générale était bonne, toutes les fonctions régulières, le ventre seul était devenu paresseux.

Le 22 mars 1849, une incision fut pratiquée dans l'étendue de 2 pouces sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Après avoir divisé plusieurs adhérences qui proéminaient dans la plaie, on aperçut la surface blanche et luisante du kyste. Aussi loin que le doigt put pénétrer, en partant de la plaie, on divisa un grand nombre d'adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale, les unes en forme de ligaments, les autres plus volumineuses. Aucune hémorrhagie n'arrêta le cours de l'opération. Alors, à travers la paroi antérieure du kyste mise à nu, on passa un fil bien solide pour la fixer, puis on enfonça un trocart. Aussitôt il s'échappa, à larges flots et sans interruption, 8 livres d'un liquide glaireux, jaunâtre, auquel une quantité de petits cristaux de cholestérine donnait un aspect scintillant. Aussitôt que le sac fut vidé, ses parois purent être amenées sans difficulté au dehors, et lorsque les adhérences membraneuses qui la retenaient à sa base eurent encore été séparées, on reconnut un pédicule très court, qui n'était peut-être dû qu'aux tractions exercées sur la tumeur.

Dans le pédicule et à la base du kyste rampaient un grand nombre de veines très développées et gorgées de sang, ainsi que la trompe de Fallope, très hypertrophiée; les franges développées à son extrémité libre permirent de constater son existence d'une manière certaine. En repoussant par la pression les parois de l'abdomen contre la colonne vertébrale, on obtint un espace suffisant pour conduire un fil double par le milieu du pédicule, qui fut lié en deux moitiés.

Après que le kyste eut été séparé au-devant des fils, on réunit la plaie extérieure, qui s'était raccourcie jusqu'à 1 pouce et demi, par deux points de suture, et la réunion fut encore consolidée par de larges bandelettes agglutinatives qui faisaient le tour du corps. La circonférence du ventre n'était plus que de 26 pouces.

Le kyste était constitué par une membrane également épaisse, très ferme, d'une demi-ligne d'épaisseur. On ne trouva aucune trace de l'ovaire; la surface externe de la tumeur, excepté dans les points où avaient existé des adhérences, présentait partout un aspect brillant, d'une texture fibreuse, d'apparence feutrée. La surface interne offrit la même conformation; elle était seulement plus lisse, comme revêtue d'une membrane plus fine.

Immédiatement après l'opération, la malade fut placée dans une température de 20 degrés, afin de provoquer une transpiration aussi prompte que possible. Quelques heures après elle accusa des douleurs dans le ventre, du malaise; le pouls devint petit, déprimé. (Saignée, frictions avec onguent napolitain; calomel.) Bientôt la transpiration se déclara, et tous les accidents disparurent, à tel point que tout le traitement consista dès lors à surveiller la plaie extérieure.

Le sixième jour on leva le premier appareil; la plaie extérieure était réunie par première intention jusque dans l'angle inférieur, par lequel on avait laissé passer à l'extérieur les ligatures qui entouraient le pédicule. Au dix-neuvième et au vingtième jour, les deux fils se détachèrent; la cicatrisation était complète le vingt deuxième jour.

Un mois après l'opération la malade se leva, et au bout de cinq semaines elle put aller librement dans la maison. La première fois, les règles reparurent après huit jours de retard; depuis lors elles sont revenues aussi régulières, aussi abondantes qu'avant l'opération.

Les téguments de l'abdomen n'ont pas encore recouvré leur contractilité normale tout entière, sept mois après l'opération; l'état général est, du reste, parfaitement satisfaisant.

Nouveau mode de traitement de la myopie.

Par M. TURNBULL, de Londres.

Il y a quelques mois que j'ai observé que les personnes qui ont la vue courte ferment partiellement les paupières lorsqu'elles regardent des objets placés à distance, et cela dans le but de vaincre la difficulté qu'elles éprouvent à bien distinguer ces objets. Cet acte est instinctif; c'est un effort naturel pour ajuster l'œil à plus grande sphère de vision. Il est bien connu que la myopie ne dépend pas seulement de la grande convexité de la cornée, mais aussi de celle du cristallin. Mon attention s'est portée sur l'iris, que j'ai trouvé généralement très dilaté chez les myopes. Il m'a paru que la contraction de l'iris avait pour effet apparent d'aplatir la convexité de la cornée; ce qui fait que les rayons lumineux ne peuvent pénétrer que selon une ligne droite. Cet effet est évident. Le champ visuel se trouve ainsi nécessairement augmenté, et il embrasse des objets éloignés. Il m'a semblé que si l'on réussissait à trouver un agent capable de contracter l'iris, il pourrait être ainsi remédié à une cause de la myopie.

Je suis heureux de pouvoir annoncer que le résultat de mes essais a été aussi satisfaisant que possible. Chez le premier myope que j'ai ainsi traité, j'ai eu recours à l'extrait de la gingembre, avec lequel j'ai fait pratiquer une friction de cinq à dix minutes sur tout le front, afin d'agir sur la cinquième paire de nerfs; j'ai ensuite employé une teinture concentrée de gingembre (une partie de gingembre sur deux parties d'esprit-de-vin, décoloré par le charbon animal).

Le succès de cette application fut remarquable. Dans beaucoup de cas, elle a eu pour effet de doubler le champ visuel. Chez plusieurs myopes, j'ai rencontré l'iris peu dilaté, mais torpide; j'ai alors fait usage de la teinture concentrée de poivre, préparée comme celle de gingembre, et je l'ai employée jusqu'à ce que l'iris eût acquis une plus grande force de contraction et de dilatation. Ce mode de traitement a été suivi du succès le plus signalé, et des personnes dont la myopie était extrême ont bientôt pu mettre de côté les verres concaves qu'elles portaient.

Le meilleur moyen que je puisse indiquer pour constater l'amélioration de la portée visuelle pendant ce traitement ne consiste pas à prendre un livre que l'on place d'abord près des yeux et que l'on en éloigne ensuite, cette sphère de vision est trop limitée; il vaut mieux appeler l'attention sur un objet éloigné, tel que le bouton d'une serrure, et faire reculer successivement de manière à rendre l'objet de plus en plus lointain: le myope découvre bientôt le progrès qu'il fait en mieux.

J'espère qu'une découverte aussi importante sera accueillie avec faveur par les médecins; ils peuvent être assurés du succès du traitement que je leur recommande, s'il est appliqué avec discernement et avec soin.

Il est possible que les avantages retirés de l'emploi de la teinture dont il a été parlé plus haut doivent être attribués à l'alcaloïde (piperine) qui y est tenu en solution.

(*Annales d'Oculistique.*)

DE LA LUPULINE

considérée comme anaphrodisiaque.

« Il y a déjà plus de deux ans, dit le docteur Page, que j'ai introduit dans l'hôpital de Philadelphie la lupuline comme remède propre à combattre les érections nocturnes dans les diverses formes de maladies vénériennes aiguës; depuis, je l'ai employée assez souvent pour être autorisé aujourd'hui à la présenter aux médecins comme un excellent médicament, très efficace et complétement exempt des inconvénients attribués aux préparations de camphre, d'opium, de douce-amère, de stramonium, etc.

» Un des accidents les plus douloureux est l'érection dans la chaudepisse dite cordée; l'administration de la lupuline, le soir, est un véritable remède préventif de cet état. Dans la gonorrhée aiguë, non-seulement elle empêche les érections nocturnes, mais elle semble encore exercer une action adoucissante sur l'urètre enflammé, et faciliter l'effet des remèdes que l'on emploie pour guérir la maladie.

» Par l'administration de la lupuline seule, on a obtenu un soulagement de la douleur incommode du périnée dans la gonorrhée chronique, et pendant le traitement des rétrécissements à l'aide d'introduction de bougies, il arrive souvent que, lorsqu'il y a des chancres à la verge, la marche de la guérison est interrompue, les efforts de la nature et du médecin sont réduits à néant, par l'apparition des érections qui distendent les parties et déchirent les bords des cicatrices encore faibles et imparfaites. J'ai obtenu alors les effets désirés de la lupuline. J'ai administré encore ce médicament dans les pertes séminales nocturnes, et bien qu'il ne possède pas de vertus curatives dans cette fâcheuse affection, il en prévient cependant les accès pendant le temps où le malade est soumis à son influence, et donne au médecin toute la latitude nécessaire pour mettre en usage le traitement qu'il croit utile d'adopter, en rompant l'habitude maladive et en empêchant les érections, lorsque l'on veut appliquer des topiques sur l'urètre. »

D'autres médecins ont confirmé les opinions qui viennent d'être rapportées, et le Dr Hartshorne cite un exemple dans lequel l'appétit vénérien fut complétement détruit dans un cas d'onanisme par l'administration de plusieurs doses, de deux grains chaque (10 centigrammes) de lupuline par jour.

La dose ordinaire est de cinq à dix grains (25 à 50 centigrammes) en poudre ou en pilules, prises vers le soir, et répétées s'il est nécessaire. Ce médicament ne produit ni mal de tête, ni constipation, ni aucune autre conséquence désagréable. (*Philadelphia médical Exam.*, vol. V.)

Revaccinations dans l'armée prussienne en 1848.

La revaccination fut faite sur 28,859 individus. Les cicatrices d'une vaccination antérieure étaient distinctes sur 22,386, peu visibles sur 4,211, et inappréciables sur 2,262.

On obtint les résultats suivants :

Pustules régulières dans. . . .	16,882 cas.
Pustules irrégulières dans. . . .	4,404
Vaccination sans effet dans. . . .	7,753

Recommencée sur ces derniers individus, la vaccination réussit dans 1,579 cas. Ainsi sur 100 revaccinations on obtint un résultat efficace chez 64 personnes, proportion correspondant à celle obtenue en 1847.

Parmi les revaccinés avec succès, tant en 1848 que pendant l'année précédente, on observa 6 cas de varicelle, 1 cas de varioloïde, et aucun exemple de variole. Dans toute l'armée, il y eut en 1848 13 cas de varicelle, 8 de varioloïde, 1 de variole, en tout 22. — 6 des individus atteints étaient des recrues et n'avaient pas encore été revaccinés; 9 avaient été revaccinés sans résultat, et 7, déjà mentionnés, l'avaient été avec succès. Il n'y eut qu'un seul mort, et c'était un soldat qui avait été revacciné trois fois sans effet.

(*Medicinische Zeintung.*)

NOUVELLES.

— On écrit de Munich (Bavière) le 21 février :

« La Bavière vient de perdre une de ses grandes célébrités médicales, M. le docteur Henri de Breslau, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Munich, et depuis 1834 premier médecin de S. M. le roi Louis Ier.

» M. de Breslau était né à Anspach en 1784, et, après avoir fait ses études aux Universités de Halle et de Tubingue, il entra au service de France. En 1809 et en 1810, il fut successivement médecin en chef de l'hôpital militaire français d'Augsbourg et de celui de Middlebourg dans l'île de Walcheren en Hollande. En 1811, l'empereur Napoléon, sur la proposition de Larrey, nomma M. de Breslau second médecin de son état-major général. M. de Breslau a fait la campagne de Russie et a suivi l'armée française jusque sous les murs de Moscou. Dans la retraite, avant d'atteindre Wilna et par un froid de 30 degrés Réaumur, il se trouva abandonné dans un champ durant une nuit entière, pendant laquelle il fut dépouillé par les Cosaques, qui lui enlevèrent jusqu'à sa chemise. Transporté dans un état pitoyable à l'hôpital de Wilna, il eut le courage de s'amputer lui-même tous les dix doigts des pieds, qui étaient gangrenés par suite de l'action du froid. Dans cet établissement, M. de Breslau survécut deux fois à tous les malades qui se trouvaient dans la même salle que lui, et deux fois il tomba dans une telle léthargie qu'il fut regardé comme mort et sur le point d'être enterré.

» A peine guéri, et quoique ne pouvant marcher qu'à l'aide de béquilles, M. de Breslau, par ordre de l'empereur Napoléon, alla se charger de la direction du grand hôpital français à Kœnigsberg. Plus tard, il fit encore la campagne qui suivit le retour de l'île d'Elbe. Il se trouva aussi sur le champ de bataille de Waterloo, où il fut fait prisonnier, mais aussitôt après remis en liberté par le feld-maréchal bavarois de Wrede, qui reconnut en lui un compatriote.

» Depuis cette époque, la vie de M. de Breslau a été entièrement consacrée aux travaux scientifiques.

» Dans le convoi de M. de Breslau, qui a eu lieu avant-hier, se trouvaient tous les professeurs et les étudiants de l'Université de Munich, les autorités ecclésiastiques, civiles et militaires, et un grand nombre d'autres personnes distinguées de cette capitale. Le docteur Graf a prononcé sur la tombe de M. de Breslau un discours dans lequel il a retracé d'une manière simple et touchante les mérites du défunt comme savant, comme praticien et comme philanthrope. »

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 26. — MARDI 4 MARS 1851. (24e ANNÉE.) N° 26. — MARDI 4 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Granulations utérines.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 22 février.)

Marche. — La lenteur de la marche des granulations utérines rend difficile à apprécier le temps qu'elles mettent à envahir la partie du museau de tanche qu'elles doivent occuper; nous disons la partie, car il est bon de rappeler que le col n'est jamais malade en totalité. Cette marche ne présente pas d'oscillations, de sorte qu'après avoir grandi, la tache rouge caractéristique puisse diminuer pour s'agrandir de nouveau; elle prend une certaine extension progressivement, s'arrête à sa limite extrême et ne disparaît ensuite que sous l'influence d'un traitement approprié. Les progrès de cette affection n'ont pas pu être étudiés autrement que par la comparaison de faits distincts bien observés. Il est d'observation que la maladie débute toujours par l'orifice utérin, que jamais le pourtour du col n'est envahi avant le centre, et que la tache est toujours plus ou moins circulaire et jamais par plaques disséminées. L'orifice utérin est donc toujours affecté; aussi arrive-t-il quelquefois que, bien que le spéculum ne fasse rien voir d'anormal, si on entr'ouvre le col, on aperçoit entre ses lèvres la rougeur caractéristique des granulations; dans quelques cas, il n'y a qu'un liséré d'un quart à une demi-ligne de largeur, pouvant plus tard, en s'agrandissant, acquérir l'étendue ordinaire de cette affection.

La durée des granulations utérines est illimitée; elles ne guérissent que sous l'influence d'un traitement convenable. Il peut y avoir des variétés dans la marche, en ce sens que le mal peut rester stationnaire ou progresser; mais il ne rétrograde jamais de lui-même, seulement on peut observer des degrés dans la rougeur.

Diagnostic. — Le diagnostic est assez facile lorsqu'on peut s'aider du spéculum pour l'établir. Avec le toucher seul, il faut avoir de l'habitude pour reconnaître l'état tomenteux du col. Un certain nombre de femmes n'accusent aucune douleur; la leucorrhée dont elles sont affectées leur paraît habituelle, les douleurs de reins qu'elles éprouvent sont attribuées par elles à des couches antérieures, et ce n'est alors que l'examen direct qui peut éclairer le diagnostic. Chez les jeunes filles de dix-sept à vingt ans ou même plus jeunes, chez lesquelles on rencontre quelquefois la maladie qui nous occupe, la leucorrhée ou les hémorrhagies sont les premiers symptômes observés; et comme l'examen au spéculum ou même le toucher sont douloureux, outre qu'ils répugnent à la pudeur des malades, on comprend qu'on ne doive les pratiquer qu'à la dernière extrémité, dans les cas, par exemple, où des pertes abondantes et réitérées auraient détérioré la constitution, et alors même faudrait-il essayer des bains froids et des injections astringentes avant d'en venir au moyen que nous allons tout à l'heure dire être le seul infaillible, la cautérisation.

Chez quelques femmes, les symptômes généraux ont une importance très grande, qui, du reste, ne se rencontrent jamais à un moindre degré dans les plaques jaunes du col, ou les taches rouges disséminées et sans saillie, ou enfin l'hypertrophie des follicules muqueux de l'organe (1), la perte de substance et la sécrétion de pus caractérisant l'ulcération, l'absence de ces deux phénomènes, et, au contraire, la saillie inégale des granulations, ne permet pas de confondre ces deux maladies.

Il arrive quelquefois que la rougeur est limitée aux parties profondes de l'orifice utérin, et alors le spéculum lui-même ne peut pas, à cette période de la maladie, la faire apercevoir; mais si les symptômes généraux existent, s'il y a des hémorrhagies, sans que l'existence d'une tumeur fibreuse ou cancéreuse de l'utérus soit constatée; s'il y a l'écoulement visqueux, opalin, que nous avons mentionné à la symptomatologie, on a bien des raisons pour soupçonner l'existence des granulations dans les parties de l'orifice inaccessibles à nos moyens d'investigation.

Nous avons observé ces jours derniers une femme de trente ans, qui éprouvait depuis quatre mois des hémorrhagies considérables avec caillots et sans cause appréciable. L'examen au spéculum ne révéla aucune lésion sur le col; au toucher il était ferme, mais sans dégénérescence fibreuse ou cancéreuse. En ouvrant fortement le spéculum à quatre valves, l'orifice utérin, s'étant un peu dilaté, a permis de voir sur la lèvre postérieure un liséré rouge qui, probablement, se prolongeait sur la muqueuse utérine. Nous avons cautérisé fortement l'intérieur de l'orifice, et nous avons même laissé le crayon fondre dedans, afin que le liquide ainsi chargé de nitrate d'argent pût fuser sur toute l'étendue de la muqueuse malade.

Pronostic. — Le pronostic des granulations utérines n'a rien de sérieux, et les femmes qui ne se traitent pas ne meurent pas pour cela. Celles qui ont des hémorrhagies fréquentes, dont le sang des règles renferme des caillots, peuvent éprouver des pertes si abondantes que l'adynamie peut en être la conséquence. L'état tomenteux du col est-il prédisposant aux affections cancéreuses de cet organes? Sur plusieurs centaines de femmes que M. Chomel a traitées de cette affection, il n'en a rencontré qu'une seule qui présentât un peu de dureté dans le museau de tanche, et encore la malade ayant été perdue de vue par lui; il ne peut pas affirmer qu'il y ait eu cancer; c'est assez dire que non-seulement les granulations ne prédisposent pas au cancer, mais bien plutôt qu'elles semblent constituer une espèce d'immunité.

Y a-t-il des récidives? Quand la maladie a été détruite complétement elle ne se reproduit pas. Les exceptions que l'on rencontre ont probablement pour point de départ une lésion interne qu'on n'avait pas aperçue ni traitée complétement.

Traitement. — Le traitement a été très varié; on a préconisé les antiphlogistiques, les cataplasmes, l'abstinence du coït, le repos au lit, etc., etc.; mais, vu l'insuffisance de ces moyens, on n'emploie guère aujourd'hui que la cautérisation, qui détruit les parties malades. On a successivement proposé, pour la pratiquer, le nitrate acide de mercure, le fer rouge, le nitrate d'argent. Le dernier agent est celui que nous préférons, soit sous forme liquide, soit sous forme solide.

Le nitrate acide de mercure, porté sur la partie malade à l'aide d'un pinceau, peut n'être pas bien préparé et n'avoir pas une action constante; de plus, mais par exception il est vrai, il occasionne des salivations assez abondantes. Pour cautériser l'orifice utérin à l'intérieur, le pinceau est difficile à introduire, tandis que le crayon de nitrate d'argent pénètre facilement.

La cautérisation avec le fer rouge a des avantages; elle est plus énergique et agit plus vite; mais elle doit être pratiquée par des mains habiles. Pour cautériser l'orifice lui-même, le fer rouge agira très vivement; seulement, les tissus ne résistant pas sous l'action du cautère, on pourra l'enfoncer trop profondément et produire dans certains cas même des perforations de l'utérus. Dans quelques circonstances, à la suite de ce mode de cautérisation, on a observé des accidents inflammatoires graves, qu'on n'a pas signalés en employant le nitrate d'argent. De plus, lorsque le crayon se présente à l'orifice, s'il rencontre de la résistance il ne pénètre pas, mais on peut, en allant de proche en proche, l'introduire sans effort. On a dit que le nitrate d'argent pouvait se laisser dans le col; mais d'abord, alors même que le mercure laissé se dissoudrait dans l'utérus, il ne pourrait pas produire d'accidents graves. D'ailleurs, il est toujours facile avec de longues pinces de le retirer. On a reproché au nitrate d'argent d'occasionner un écoulement de sang; mais cet écoulement, qui n'est pas constant, est insignifiant lorsqu'il existe.

La cautérisation au nitrate d'argent est donc le mode de traitement préférable; elle doit être faite à l'extérieur avec un crayon plat, et un crayon pointu pour l'orifice. Ce dernier doit être introduit en tournant; car on rencontre quelquefois des adhérences incomplètes des lèvres du col, et alors, en présentant le crayon aux divers points de l'orifice, on finit par en rencontrer un où il peut pénétrer facilement. La cautérisation est généralement peu douloureuse.

Le jour de la cautérisation on doit conseiller aux malades un demi-repos. Un repos trop absolu dans le cours de la maladie serait un danger, par les troubles qu'il pourrait amener dans la santé générale d'une personne d'ailleurs bien portante, surtout dans les fonctions digestives et l'innervation. On reste ordinairement quatre ou cinq jours sans pratiquer une nouvelle cautérisation; mais une semaine est la distance la plus convenable, parce que les escarrhes produites par la précédente ont eu le temps de se détacher.

Les premières cautérisations ne produisent pas le plus souvent de changement appréciable; ce n'est guère qu'après la dixième ou douzième qu'on peut constater quelques modifications, et on comprend qu'il doive en être ainsi, parce qu'au commencement du traitement la couche tomenteuse persiste, et qu'il faut répéter assez souvent l'opération pour la détruire complétement. Plus tard, on voit la tache se rétrécir, et tout le col finir par reprendre sa couleur normale. La plaque rouge disparaît presque partout à la fois, en laissant le museau de tanche très lisse. Ici on a cautérisé avec le nitrate acide de mercure. Comme la cautérisation se fait difficilement d'une manière uniforme, il peut rester quelques inégalités.

Comme moyens accessoires de traitement, nous mentionnerons les injections émollientes ou astringentes, qui, si elles ne sont pas indispensables, sont indiquées dans quelques cas de leucorrhée. L'infusion de tannin, de roses de Provins, la solution d'alun ou de borax, la décoction de guimauve, pourront servir à cet usage. Un demi-repos doit, comme nous l'avons dit, être observé; mais la continence, qui d'ail-

(1) Toutes affections qui ont des caractères bien tranchés.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

S'il me fallait donner une larme à chaque illusion que je perds, mes glandes lacrymales n'y suffiraient pas, et mes cils seraient usés depuis longtemps par l'action corrosive du foulard et des pleurs; heureusement, pour mon physique et pour mon moral, je me suis fait une philosophie à toute épreuve, et je suis presque parvenu à me rendre aussi peu impressionnable que l'homme juste d'Horace. Cette espèce d'insensibilité, que je me suis donnée avec des efforts inouïs, m'est chose précieuse par le temps qui court, et m'assure quelque repos au milieu de notre génération si tourmentée par tant de passions de toutes sortes. Qui le croirait? Dans les huit jours qui viennent de s'écouler, mon âme a été frappée de deux coups bien terribles, et à chacun d'eux une douce illusion s'est envolée! Quel cœur eût résisté à cette double atteinte s'il n'eût été couvert par la triple cuirasse dont parle le poète; tout a été froissé en moi, dans ces huit jours : esprit, cœur et âme ont été mis tour à tour à une rude épreuve. Oh! laissez-moi épancher dans votre sein, ami lecteur, les tristes pensées qui m'agitent, et répandre loin de moi l'amertume que m'ont laissé les deux illusions perdues.

Je suivrai un ordre méthodique, pour que, si vous avez une larme à votre disposition, vous la puissiez réserver au chapitre qui affecte le plus votre sensibilité.

Certes, notre époque, il faut l'avouer à notre grande honte, est peu fertile en découvertes médicales; et si nous en exceptons les idées de quelques syphiliographes dont je pourrais bien, un de ces jours, vous raconter les prouesses, l'histoire de notre temps peut se résumer, en fait d'inventions réellement utiles, à cette exclamation si connue : rien! rien! rien!

Cependant nous nous honorions à bon droit d'une découverte importante, d'une seule, il est vrai, mais qui, dans son isolement, en valait bien quatre, et près de laquelle toutes les autres n'étaient que de la Saint-Jean. Est-il besoin de nommer l'éther et le chloroforme?

On se rappelle le hourah unanime que poussèrent à cette occasion tous les praticiens, moins un, les malades et les blessés en spectative, c'est-à-dire l'humanité tout entière. Après l'étonnement et l'admiration dont, au premier coup, jeunes et vieux furent saisis, on éprouva le besoin de rendre des actions de grâces à une créature humaine; car la reconnaissance réelle et vivement sentie n'aime pas à s'égarer dans le royaume des fées et des êtres imaginaires.

Deux Américains, MM. Jackson et Morton, se présentèrent pour recueillir les bénéfices de la gratitude publique, laquelle, après de longs débats de priorité dont le souvenir est encore présent à notre mémoire, ne sut, en définitive, sur lequel des deux se fixer. Deux camps se formèrent : dans l'un, le nom de M. Jackson était inscrit sur toutes les bannières. Dans l'autre, le nom de M. Morton était mêlé à toutes les prières; la lutte, loin de s'affaiblir avec le temps, se fortifiait au contraire par la durée des hostilités, et l'on rapporte même qu'un combat sanglant a été livré pour cette cause dans l'état de Massachussetts.

Dans nos pays d'Europe, où l'imagination ne subit pas l'influence d'un soleil tropical, on s'était contenté d'un compromis entre les deux compétiteurs, mais on avait été inébranlable pour réserver à notre époque la découverte des opérations chirurgicales sans douleur.

Comme tout le monde, j'aimais à me bercer dans cette douce satisfaction de notre amour-propre, et je redoutais moins la mort depuis que je pouvais me présenter le front haut devant les Harvey, les Jenner, les Lavoisier, les Laennec et tous ces génies dont les découvertes illustrèrent leur époque.

Hélas! tout est détruit! Notre génération est, comme avant 1846, plus pauvre que Job. La couronne qu'elle s'était tressée avec tant de soin est effeuillée et flétrie; rien ne reste de notre auréole, et nous ne sommes plus que les plagiaires de Papin. Pleurez, M. Flourens! pleurez, MM. Roux et Velpeau! Brûlez vos anciens dythirambes et entonnez des lamentations pires que celles de Jérémie. Et vous, ô Jackson et Morton! étouffez dans un embrassement plein de sanglots vos ressentiments respectifs, car votre querelle n'a plus aucune raison d'être; c'est l'Allemagne qui vous met d'accord en vous dévoilant un mystère jusqu'alors inconnu. Ecoutez et frémissez d'horreur :

« On vient de découvrir près de Marbourg, petite ville de la Hesse-Electorale, un manuscrit très précieux de Denis Papin, l'illustre Français qui constata le premier l'emploi qu'on pouvait faire de la vapeur comme force motrice, et qui trouva ainsi le principe de la machine à vapeur. Ce manuscrit est intitulé : *Traité des Opérations sans douleur.* L'auteur y examine les différents moyens qu'on pourrait employer pour endormir la sensibilité des malades et leur éviter la douleur des opérations. Ce travail, que Papin composa à l'époque où il était professeur à l'université de Marbourg, et dans lequel son génie entrevoyait déjà la découverte réalisée de nos jours du chloroforme et de l'éther sulfurique, n'eut alors aucun succès. Ses collègues, auxquels il communiqua ses idées, ne les approuvèrent pas et l'engagèrent à ne point publier son ouvrage.

Papin, qui comprenait la vérité des idées qu'il émettait, éprouva un profond découragement, et cette circonstance lui fit abandonner l'exercice de la médecine, qu'il avait pratiquée jusqu'à ce moment avec un grand avantage. Le manuscrit de Papin est de 1681. En quittant l'Allemagne pour revenir en France, il le donna à un vieux médecin, le docteur Bœrner, son ami, qui seul lui avait offert des encouragements. Il appartenait, en dernier lieu, au pasteur Lahn, instituteur aux environs de Marbourg, qui est mort au mois de janvier dernier. Il vient d'être acquis par le grand-duc de Hesse

leurs chez quelques femmes mariées pourrait avoir des inconvénients, n'est pas absolument nécessaire. Cependant l'abus du coït pourrait être nuisible.

On a vu quelques leucorrhées qui avaient résisté aux moyens ordinaires céder au traitement de la blennorrhagie, le cubèbe et le copahu. S'il y a déplacement de l'utérus, la première indication est de le combattre.

Quel est le siége des granulations utérines? quelle est leur nature?

Les vaisseaux capillaires du col utérin sont probablement le siége de cette maladie, qui paraît consister dans leur développement anormal, développement qu'il ne faut pas confondre avec l'hypertrophie des follicules muqueux du col, qui, du reste, étant disséminés, ne forment pas comme lui une tache uniforme. On est d'autant plus porté à penser que les capillaires sont malades, que la tache est, comme nous l'avons dit, facilement saignante, lorsque le spéculum vient frotter dessus et même au toucher, et qu'elle est accompagnée d'hémorrhagies liquides ou avec caillots.

Quelle est la nature de cette affection? Ce n'est pas une ulcération; car au lieu de la perte de substance particulière à cette lésion, il y a au contraire saillie. Par exception, on y rencontre un liquide puriforme, et alors même il peut être dû à une leucorrhée vaginale de même nature. Dans les granulations il suinte le plus ordinairement de l'orifice un liquide visqueux et transparent, ou à peine opalin. Ce n'est pas une phlegmasie simple; elle ne présente pas les trois périodes ordinaires à ce genre d'affection : l'augment, l'état et le déclin. Toute phlegmasie cesse après avoir parcouru ses périodes. L'affection tomenteuse se développe, persiste, et ne guérit que sous l'influence de la cautérisation.

On doit admettre en pathologie générale que si les organes sont soumis à une influence pathologique commune, il y a aussi des maladies qui sont propres à chacun d'eux, et ici l'affection qui nous occupe est particulière à l'utérus, et consiste, comme nous l'avons dit, dans un développement anormal des capillaires du col. Le peu de gravité du pronostic explique pourquoi l'autopsie n'a pas permis à M. Chomel, qui le désire depuis longtemps, de vérifier par des injections de ces capillaires la vérité de cette opinion sur le siége et la nature de ces granulations de l'utérus.

John LACAZE,
Elève des hôpitaux.

MATIÈRE MÉDICALE.

Histoire naturelle du gambier.

Nous avons fait connaître il y a quelque temps les faits publiés par la *Gazette Médicale de Montpellier* relativement au traitement des fièvres intermittentes par le gambier. Voici maintenant les renseignements que le même journal publie sur ce végétal, et qu'il emprunte à une relation d'un voyage en Chine par M. Itier.

Le gambier, connu aussi sous le nom de terre du Japon et de *catechu* (mot à mot jus d'arbre, du malais *kate*, arbre, et *ichu*, jus), n'a que son mode de préparation de commun avec le cachou de l'Inde et de la Chine, le suc de kina et d'autres substances encore dont quelques auteurs l'ont rapproché fort à tort. C'est un extrait aqueux des branches terminales et de la feuille du *nauclea gambir* de Hunter, ou *uncaria gambir* appartenant à la famille des rubiacées. Cet arbuste, dont la hauteur varie entre 2 et 3 mètres, a la feuille ovale, allongée, terminée en pointe, épaisse, unie en dessus, et à nervures très apparentes en dessous d'un vert foncé. Quand on la mâche, elle a une saveur astringente amère qui laisse ensuite dans la bouche un arrière-goût douçâtre. Ses fleurs sont agglomérées, globuliformes, composées d'un grand nombre de petites fleurs groupées, et dont les corolles, mouchetées à la base, sont fendues à leur bord supérieur, et de couleur jaune-verdâtre. Cette fleur ne possède que cinq étamines fort courtes; son pistil est plus long que la corolle; elle n'a pas d'odeur; la graine est abondante, de forme oblongue, comprimée, très petite.

Le gambier est cultivé en grand dans les îles de Pinauy, de Singapore, de Deutauy, de Sumatra, etc.; les terrains en pente lui conviennent surtout, et il s'accommode d'un sol médiocre; c'est du moins dans des terres de basse qualité ferro-argilo-siliceuses que j'ai eu occasion d'étudier sa culture dans l'île de Singapore.

Cet arbuste vient soit de graine, soit de bouture; mais on donne la préférence au semis en pépinière qu'on transplante au bout de trois mois; les jeunes pousses sont placées à 2 mètres les unes des autres. Ce n'est que vers le quatorzième mois que se fait la première coupe des petites branches et des feuilles destinées à être mises en décoction; la seconde coupe suit, à huit mois de distance, la première; puis on continue les autres de trois mois en trois mois, pendant les vingt années que dure une plantation.

Aperçu de la dépense pour la culture de 5 hectares de terre en gambier.

Défrichement de 5 hectares de terres vierges par les ouvriers chinois ou malais. . . .	2,160 fr.
Solde de 6 ouvriers chinois pour l'exploitation.	1,200
Rente de la concession du sol.	41
Appareils, ustensiles divers et chauffage	120
Constructions et hangar d'exploitation.	300
Frais imprévus.	200
	4,021 fr.
La seconde année, l'exploitation ne coûtera plus que. . . .	2,472
Total des avances au moment du rendement.	6,493 fr.

Les six ouvriers sont aussitôt après la plantation employés à peu près constamment à recueillir la feuille et à préparer le gambier, dont le produit sera par mois, en moyenne, d'environ 900 kilogrammes, qui, à raison de 29 francs les 100 kilogrammes, prix que je l'ai payé sur le marché de Singapore, donnera 261 francs par mois, soit 3,132 fr. par année.

Voici d'ailleurs en quoi consiste la préparation du gambier telle que je l'ai vu pratiquer dans les environs de Singapore :

On place les feuilles et les branches terminales de l'arbuste avec de l'eau dans une vaste chaudière en tôle peu profonde, mais dont les bords ont été exhaussés au moyen d'une claie cylindrique en osier, de la forme d'un gros gabion, soigneusement garnie intérieurement et extérieurement d'argile grasse; un couvercle circulaire, également en osier et garni de terre grasse, recouvre et ferme hermétiquement ce cylindre; le tout est monté sur un fourneau; on porte l'eau à l'ébullition, qu'on entretient pendant six heures; la feuille, qui ne plonge pas dans l'eau, est soumise à la vapeur d'eau, dont la température atteint 101 à 102°. La décoction faite dans ces conditions, la feuille est retirée de l'appareil au moyen d'une claie jouant le rôle d'écumoire; on la place dans une espèce d'auge de bois incliné, où elle subit un lavage aqueux qui entraîne toute la matière soluble encore adhérente aux feuilles; on réunit cette eau de lavage au produit de la décoction, et on rapproche le tout à une chaleur ménagée pour épaissir l'extrait, qu'on verse ensuite dans un moule en bois, où l'on agite rapidement avec la main un morceau de bois particulier désigné par les ouvriers sous le nom de *pouna*; qui a la propriété de faire prendre l'extrait en masse. Quand il est refroidi, on démonte le moule, et l'on divise l'extrait au moyen d'une ficelle, d'abord en plaques, puis en petits cubes d'un pouce environ de côté; ces petits pains sont ensuite mis à sécher sur une claie.

Il existe diverses qualités d'extrait de gambier : la première, la plus estimée, présente une pâte de couleur blanc-jaunâtre, friable, tachant les doigts, d'un aspect terreux, qui lui a valu son nom de *terre du Japon*; sa saveur est quelque peu amère, avec l'arrière-goût sucré de réglisse; elle existe dans le commerce sous forme de petits palets cylindriques de 3 centimètres environ de diamètre sur 1 centimètre de hauteur, conservant l'empreinte de la toile sur laquelle ils ont séché; leur dessiccation ayant été complète, ils ne sont jamais collés ensemble comme dans les qualités inférieures. Ce gambier vient de Siak, ville malaise située à l'embouchure de la petite rivière du même nom, qui se jette sur la côte nord-ouest de Sumatra, au sud de Padang et de Malacca, il y est apporté de l'intérieur par les Klings, tribu malaise de l'intérieur de l'île. Cette espèce de gambier, unie à un fragment de noix d'aréca et à un peu de chaux vive, le tout plié dans une feuille de bétel, forme un masticatoire d'un usage fort répandu dans la Malaisie, le Cambodje, la Cochinchine et le midi de la Chine. Il agit comme tonique sur les gencives, excite une salivation abondante d'aspect sanguinolent et rend les dents noires comme de l'ébène, ce qui est d'ailleurs une grande beauté chez la plupart des peuplades de la Malaisie.

La seconde qualité est produite aux environs de Rhio, établissement hollandais dans l'île de Bentany; il est en tablettes ou parallélipipèdes rectangles, ou d'un demi-centimètre de hauteur sur 3 centimètres de côté. Sa couleur est d'un blanc-verdâtre et jaunâtre; sa cassure est terreuse; il est friable. Sa saveur se rapproche de celle de la première qualité.

La troisième qualité, qui est celle qu'on fabrique le plus communément à Singapore, est en rectangles de 3 à 4 centimètres de hauteur sur 1 à 2 centimètres de côté. Sa couleur est le jaune-brunâtre passant quelquefois au brun-rougeâtre; il se ramollit quelquefois de manière que les cubes se collent entre eux par l'effet de la viscosité d'une matière d'aspect résineux qui se forme, paraît-il, quand la cuite n'est pas bien ménagée au feu : sa saveur est astringente et sucrée.

Le gambier est employé en Chine pour le tannage des peaux et dans la teinture de la soie et du coton en brun et en jaune-fauve.

Les médecins chinois et indiens s'en servent avec succès dans les *fièvres intermittentes*, les *diarrhées*, les *dysenteries*, les *écoulements*, les *affections catarrhales*.

NOTE SUR LA PRÉPARATION D'UN SIROP
à base d'iodure d'amidon soluble,

Par J.-L. LASSAIGNE.

Consulté par divers praticiens sur les moyens de préparer un *sirop d'iodure d'amidon soluble*, j'ai dû mettre en pratique, dans les recherches que j'ai entreprises à cet égard, les principes que j'avais reconnus dans l'étude faite par moi en 1833 de la combinaison de l'iode avec l'amidon. (Voyez *Journal de Chimie médicale*, t. IX, p. 648.)

Le procédé auquel je me suis arrêté consiste à composer en proportions déterminées un *solutum d'iodure d'amidon*, et à y faire dissoudre à froid deux parties de sucre blanc en poudre. Le sirop préparé par cette méthode simple est parfaitement transparent, *d'une belle couleur bleu-foncé, sans aucune nuance violette*; il ne donne lieu à aucun dépôt, par sa reposition, en le conservant à l'abri de la lumière et dans un endroit frais.

Sa formule est la suivante :

Fécule pure de pomme de terre. . . .	0gr.,01
Iode cristallisé.	0, 01
Eau distillée.	25, 00
Sucre en poudre.	50, 00

On place dans un petit ballon de verre la fécule et l'eau distillée, et on porte à l'ébullition qu'on maintient pendant deux à trois minutes. Après ce laps de temps, on retire le vase du feu et on filtre le solutum d'amidon à travers un filtre de papier Joseph préalablement humecté, afin de séparer l'enveloppe tégumentaire des granules d'amidon.

Le solutum aqueux d'amidon étant refroidi, on pulvérise l'iode dans un petit mortier d'agate, et on opère la dissolu-

pour sa bibliothèque particulière, déjà très riche en manuscrits précieux.

Pauvre génération que nous sommes! le ciel nous a-t-il condamnés à fournir la preuve de la maxime de Salomon : *Nil novum sub sole*; et faudra-t-il que chacune de nos découvertes soit immédiatement suivie d'un amer désenchantement! Une larme, s'il vous plaît, pour MM. Jackson et Morton, et, ce devoir accompli, laissez-moi vous conter ma seconde désillusion.

Tâchons de ne pas rire et de garder notre plus grand sérieux. Connaissez-vous un journal appelé *le Médecin de la Maison*? — Oui! — Non! peu importe; cette feuille consacrée à la propagation des principes de l'*hygiène*, *de la médecine et de la pharmacie usuelles*, recommanda un jour à ses abonnés un procédé opératoire qui nous parut fort compliqué et peu en harmonie avec les principes de la chirurgie usuelle. Je l'avertis charitablement de la fausse route où il s'engageait, et je crus, en le citant, lui rendre un véritable service, car rien n'est aussi préjudiciable à un journal que de s'englober dans une *conspiration de silence*. *Le Médecin de la Maison*, au lieu de me tenir compte de mes bonnes intentions, se montra aussi irascible qu'un médecin d'hôpital, et me jeta à la tête un de ces lourds pavés qui font plus de mal à la main qui le lance qu'au front qui le reçoit. Jusqu'à hier je ne m'étais pas aperçu de ma blessure, et c'est à ma passion de bouquiner que je dois la découverte des deux numéros de la feuille en question.

Grâce à l'insensibilité que je me suis faite, j'ai supporté l'égratignure du pavé avec toute l'indifférence d'un chloroformé, et je n'aurais pas répondu à une réclame et à des insinuations qui me sont entièrement étrangères, si, au milieu de tout ce verbiage sans nom, ne se trouvait une question anatomico-grammaticale.

Le Médecin de la Maison, avec cette modestie qui caractérise les bienfaiteurs de l'humanité, se compare d'abord aux Richerand, aux Chaussier et autres professeurs de la Faculté de Paris; il se trouve probablement supérieur à Tissot, qu'il dédaigne de citer, parce que Tissot ne fut professeur que du collége de Lausanne. Mais enfin passons, respectons sa petite vanité, et abordons enfin la question anatomico-grammaticale.

Le Médecin de la Maison m'accuse de ne pas avoir lu, il ne dira pas la grammaire française, mais les livres d'anatomie, parce que je me permets de donner au mot alvéole le sexe féminin. Comprenez-vous un journaliste médical qui ne connaît ni son Bichat, ni son Cruveilhier, ni les livres classiques! Ah! brisons notre plume, et portons-en les tronçons au grand anatomiste du *Médecin de la Maison*.

Pourtant un scrupule m'arrête, et permets-moi, ô grand anatomiste, de lire au moins pour la première fois nos maîtres à nous tous!..... O ciel! ô bonheur! Bichat ne partage pas l'avis de mon pédagogue, et je lis à la partie du *système osseux* de son *Anatomie générale* : « Lorsqu'il est arrivé au fond de l'alvéole, *celle-ci* est trop *étroite* pour contenir la dent », etc. (pag. 282, édit. de l'*Encyclopédie des Sciences médicales*, tom. III). M. Cruveilhier partage l'opinion de Bichat (voir *Anat. descript.*, t. I, p. 168), et M. Raige-Delorme ne donne pas tout à fait tort à ses deux devanciers. En bonne logique, d'après le *Médecin de la Maison*, Bichat, Cruveilhier et Raige-Delorme n'ont jamais lu un ouvrage d'anatomie, pas même ceux qui portent leurs noms.

Après tout, le *Médecin de la Maison* a probablement étudié l'anatomie descriptive et comparée dans le *Dictionnaire de l'Académie française*, et charmé sans doute de la description scientifique de l'écrevisse, il aura pris ce dictionnaire pour modèle, pour guide et pour professeur d'anatomie.

Ce dictionnaire, en effet, porte que le mot alvéole est masculin; mais M. Bescherelle, qui, lui, se contente d'étudier la langue française, sans avoir la prétention de pénétrer les arcanes du monde scientifique, pense que le mot alvéole doit être du genre féminin.

Mon embarras était grand : j'avais pour moi Bichat, Cruveilhier, Raige-Delorme et Bescherelle; mais je comptais pour antagonistes l'Académie française, et surtout le *Médecin de la Maison*. Que faire? Sans ce maudit *Médecin de la Maison*, qui connaît ses anatomistes sur le bout des doigts, je me serais peut-être consolé de mon ignorance, car, en définitive, j'étais en bonne compagnie; mais l'opinion anatomique du *Médecin de la Maison* me tourmentait sans cesse et, depuis hier, ne me laissait pas un instant de repos.

Je voulus à tout prix sortir de mon incertitude, et je m'adressai, plein d'un trouble facile à comprendre, au *comité grammatical de la langue française*, siégeant à Paris. Le comité pesa longuement la question, et, après plusieurs heures de controverses, me fit parvenir, par l'intermédiaire de son secrétaire, M. Damas Hinard, le résultat de ses délibérations. L'Académie française, me disait M. Damas Hinard, est une vieille radoteuse dont il faut se garder de prendre les décisions au pied de la lettre; le comité, en présence des autorités que vous faites valoir, se rangerait à l'opinion des Bichat et des Cruveilhier, s'il n'y avait pour contre-balancer l'avis de ces anatomistes la manière de voir du *Médecin de la Maison*. Le jugement de ce dernier est d'un trop grand poids pour que le comité se permette de le casser; en conséquence, afin de ne blesser aucun sentiment et de n'écorcher aucune oreille, le comité décide que le mot alvéole n'appartient à aucun genre et qu'il faut inventer pour lui le genre hermaphrodite.

Que va dire de cet arrêt *le Médecin de la Maison*? Du caractère dont il a fait preuve, il englobera le comité grammatical dans l'anathème d'ignorance qu'il a lancé contre Bichat, et m'enlèvera ce dernier reste d'illusion que je nourrissais pour le génie et pour mes maîtres. Oh! pourquoi suis-je allé dans cette galère!!!

Félix ROUBAUD.

tion dans la plus petite quantité d'alcool possible, en versant ce liquide goutte à goutte. Ce solutum alcoolique est alors mélangé par trituration au solutum aqueux d'amidon, qui est transformé sur-le-champ en iodure bleu entièrement soluble. On place ensuite dans un flacon bouché à l'émeri le sucre en poudre et le solutum d'iodure d'amidon, et on agite par intervalles jusqu'à dissolution complète du sucre. Après avoir laissé reposer du soir au matin, on décante le liquide sirupeux, qu'on doit conserver à l'abri de la lumière.

D'après la formule consignée ci-dessus, la proportion d'iode, dans une cuillerée à café de ce sirop, serait à très peu près de 1 milligr., ou plus exactement de 0,0009.

La préparation de ce sirop d'iodure d'amidon peut encore être faite en triturant à sec, dans un mortier d'agate ou de biscuit de porcelaine, la fécule pour la désagréger, et traitant à froid par la quantité d'eau distillée indiquée la fécule désagrégée, pour obtenir le solutum aqueux d'amidon, qu'on filtre ensuite afin d'opérer la séparation de téguments.

Sur une limonade au tartrate de soude.

Par M. Desvignes.

Ces jours derniers, j'ai eu l'honneur d'adresser à M. le rédacteur du *Journal de chimie médicale* la formule d'une nouvelle limonade purgative qui, dans bien des cas, devra être préférée au citrate de magnésie, surtout à cause de son prix de revient, qui est près de deux tiers inférieur à celui du citrate.

N'ayant pas vu paraître cette formule dans le journal, je suppose que ma lettre n'était point parvenue à son adresse. Je l'adresse donc de nouveau. Voici cette formule :

Bicarbonate de soude. . . . } Acide tartrique cristallisé. . }	àâ 35 grammes.
Eau de fontaine.	450 —
Sirop de sucre.	50 —
Teinture de zeste de citron. .	20 gouttes.

F. S. A. une solution.

Quelques minutes suffisent pour opérer la transformation du bicarbonate de soude en tartrate sodique.

L'opération est terminée lorsque le mélange, ne laissant plus dégager d'acide carbonique, est devenu clair et limpide. On ajoute alors le sirop de sucre et la teinture aromatique; l'on obtient ainsi une limonade très purgative ayant une saveur des plus agréables.

Si l'on désire avoir cette purgation gazeuse, on prélève 4 à 5 grammes de bicarbonate de soude, que l'on ajoute à la limonade au moment de boucher la bouteille.

En suivant les proportions que j'indique, la solution représente 50 grammes de tartrate de soude. Cette dose étant destinée aux personnes d'une forte constitution, pourra être modifiée suivant le tempérament du malade.

Veuillez, monsieur le rédacteur, donner à cette formule la publicité que vous jugerez nécessaire.

J'ai fait connaître cette formule à plusieurs médecins, qui prescrivent maintenant la limonade tartro-sodique de préférence à la limonade citro-magnésienne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 février 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Pravaz fait hommage à la Société :

1° De son *Essai sur l'emploi de l'air comprimé;*

2° De son *Traité théorique et pratique des luxations congénitales du fémur.*

La Société reçoit :

Un mémoire de M. Defer, de Metz, sur la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale. (M. Bonnet, rapporteur.)

Un mémoire sur les pansements inamovibles ; par M. Burggraeve, de Gand. (M. Larrey, rapporteur.)

M. Le Roy-d'Etiolles fils adresse sa thèse ayant pour titre : *De la paraplégie produite par les désordres des organes génito-urinaires.* (M. Demarquay, rapporteur.)

Suite de la discussion sur l'inoculation des accidents dits secondaires.

M. Huguier, en prenant la parole, proteste contre toute mauvaise interprétation que l'on pourrait donner à ce qu'il va dire.

Et tout d'abord M. Huguier, revenant sur les plaques muqueuses, admet qu'elles peuvent produire l'engorgement consécutif des ganglions ; puis, passant au fait de M. Vidal, il l'analyse de la manière suivante : il eût voulu savoir par qui l'observation a été prise; il signale dans l'observation des lacunes graves. Ainsi, il n'est pas fait mention de la constitution, du tempérament du malade porteur de l'ecthyma. On sait que des individus scrofuleux peuvent porter de ces ecthyma semblables aux ecthyma syphilitiques. On aurait dû également signaler les maladies cutanées antécédentes, on ne dit pas combien de jours après son entrée à l'hôpital l'observation est prise; et, chose plus importante encore, on ne dit pas depuis combien de temps les chancres étaient cicatrisés; il était également important de savoir si les accidents secondaires se sont développés sous les yeux de M. Vidal. Le malade, pendant le temps qu'il a été chez M. Vidal, n'a-t-il pas eu de permission de sortir? on sait que souvent des malades contractent de la sorte de nouveaux accidents.

M. Vidal dit, dans son observation, que du pus a été pris le jour même de l'entrée du malade pour pratiquer l'inoculation sur le malade lui-même. Mais il fallait attendre, observer la marche des pustules auxquelles on devait puiser. Trois jours après on inocule M. Boudeville; puis le malade sort de l'hôpital, et on ne dit pas dans quel état étaient les pustules.

M. Huguier aurait voulu plus de détails dans l'étude des phénomènes qui se sont produits chez M. Boudeville. Ensuite, est-il bien vrai que M. Boudeville n'ait jamais eu d'accidents syphilitiques? sait-on s'il ne s'est pas exposé à contracter la vérole depuis le moment où l'inoculation a été pratiquée jusqu'au moment où les phénomènes dits secondaires ont apparu? Toutes ces raisons n'infirment pas, il est vrai, le fait de M. Vidal, elles laissent un certain doute dans l'esprit. Néanmoins, le fait capital reste; M. Vidal a donné la vérole à M. Boudeville, et cela en puisant à des accidents qui ne sont plus à la période d'inoculation. Il est vrai que MM. Cullerier et Ricord supposent que les pustules auxquelles le pus a été pris étaient des pustules d'inoculation que le malade se serait faites en grattant; mais ce n'est là qu'une supposition; et le fait de M. Boudeville, s'il n'est pas concluant, péremptoire, est au moins probant, et il doit nous faire supposer la possibilité de l'inoculation des symptômes secondaires.

M. Ricord m'a fait dire qu'un malade affecté de syphilis est une espèce d'outre dont la moindre piqûre fait apparaître des phénomènes de syphilis; telle n'est pas ma pensée. Ce que j'ai voulu dire est ceci : il peut arriver qu'un malade affecté de syphilis sans manifestation extérieure voie apparaître ces manifestations à propos de blessures, comme cela est arrivé à un malade que j'avais opéré d'une hernie étranglée, et dont la plaie prit la forme d'un ulcère syphilitique qui céda à un traitement convenable. Il peut encore arriver qu'un malade sous le coup de syphilis voie des accidents apparaître à propos d'un coup de fouet donné à l'organisme. Ainsi, j'ai vu, sur une jeune fille, des phénomènes syphilitiques apparaître du côté de l'iris et de la peau, après s'être exposée à un courant d'air qui développa une ophthalmie.

M. Ricord. Pour reprendre la discussion, parlons d'abord de M. Boudeville, que M. Vidal et moi nous devons défendre ici.

M. Huguier se demande si M. Boudeville n'avait pas déjà eu, antérieurement à l'expérimentation, des conditions de syphilis qu'il aurait cachées? Indépendamment de la confiance qu'on peut avoir dans un homme qui se dévoue comme l'a fait M. Boudeville, les lois de la syphilis constitutionnelle sont là pour prouver que c'était sa première et sa seule infection.

M. Boudeville a, dit-on, donné deux observations différentes; cela est vrai, et cela devait être. M. Huguier demande par qui a été recueillie l'observation sur laquelle M. Vidal s'appuie, et M. Vidal reconnaît cette première observation comme étant de lui.

Cette première observation, très incomplète, comme le fait observer M. Huguier, est signée par M. Boudeville, a été en quelque sorte écrite sous la dictée ou sous l'inspiration immédiate de M. Vidal. C'est le *diagnostic* de M. Vidal *au moment de l'expérimentation* que M. Boudeville a transcrit, en faisant observer, toutefois, qu'il laissait « à qui de droit la suite de l'histoire du malade. » Il ne pouvait pas en être autrement. Il était impossible, en effet, qu'on laissât à M. Boudeville, élève en pharmacie très inexpérimenté alors, le soin de la description exacte de la maladie qu'il ne connaissait pas encore, et la responsabilité d'un diagnostic dans une circonstance aussi grave.

Mais lorsque M. Boudeville est venu réclamer mes soins, l'historique de ses antécédents me paraissant incomplet, j'ai dû lui demander la fin de l'observation du malade, une description plus précise des pustules auxquelles on avait emprunté le pus qui avait servi à l'inoculer, la marche de ces pustules et leur terminaison ; ce qu'on n'avait pas fait jusque-là. Or M. Boudeville, instruit plus tard à l'école de l'expérience personnelle et de l'expérimentation, put juger comparativement, d'après les malades vus dans mon service et les nombreuses inoculations faites immédiatement sous ses yeux avec le *pus de toutes les variétés de l'ecthyma secondaire*, pas si rare que quelques personnes le pensent, et après avoir suivi dans le même moment les recherches semblables répétées par M. Puch, a donné sa seconde observation, la seule dont il puisse réellement assumer la responsabilité. Mais là n'est pas la question; et peu m'importe laquelle des deux observations on veuille conserver, que ce soit la première insuffisante, ou la seconde plus complète. Si je n'ai pas vu l'accident auquel on a emprunté le pus inoculable, l'ecthyma ulcéreux ou ulcérant, j'ai vu le sujet inoculé. Or, chez M. Boudeville, l'inoculation, comme je vous l'ai dit dans ma précédente argumentation, a présenté la plus grande régularité; c'est un cas type d'inoculation d'accident primitif : pustule caractéristique, ulcération classique, chancre huntérien complet.

Je vous ai dit que M. Boudeville avait été soumis de bonne heure à mon observation, que j'avais pu suivre la marche de tous ses accidents, et que j'avais constaté chez lui l'ordre de filiation le plus parfait dans l'évolution syphilitique. Et d'abord, après l'induration de la base du chancre d'inoculation aux avant-bras, j'ai trouvé l'engorgement symptomatique et caractéristique des ganglions axillaires; engorgement si important dans ce cas particulier, et que j'ai fait constater par M. Boudeville lui-même, par tous ses collègues de l'hôpital, et que M. Vidal avait négligé de chercher. J'ai insisté sur la présence de l'engorgement des ganglions axillaires qui a régulièrement lieu à la suite des accidents primitifs, parce que M. Vidal a cru, non-seulement avoir inoculé du pus provenant d'un accident secondaire, mais il a aussi pensé qu'il avait donné naissance, par son inoculation, à un accident secondaire d'emblée : l'ecthyma secondaire reproduisant l'ecthyma secondaire ! Après cela, Messieurs, vous vous rappelez que les accidents constitutionnels sont arrivés chez M. Boudeville dans un temps voulu, comme après tout accident primitif qui infecte, comme cela arrive après le chancre induré. Donc, d'après tout ce que nous savons des lois de l'inoculation jusqu'à nos jours, les inoculations de M. Boudeville se sont conduites comme si elles avaient été faites avec du pus de chancre à la période de progrès spécifique ; d'où je me crois encore le droit de conclure que le malade auquel on avait emprunté le pus devait être porteur d'accidents primitifs inoculables.

Mais on me demande d'où pouvait venir à ce malade les accidents qu'il avait déjà à son entrée à l'hôpital. D'où? Je ne suis pas forcé de le dire pour prouver qu'ils n'étaient pas de la même nature que les autres accidents dont il était en même temps affecté; car nous ne savons pas toujours, dans les cas les plus vulgaires, comment la maladie a été communiquée. Cependant, je pourrais bien vous indiquer, comme nous l'avons déjà fait, M. Cullerier et moi, des sources que vous ne pourriez pas absolument contester. Les pustules ecthymateuses suspectes sont-elles apparues avant ou après la cicatrisation du chancre? Qu'étaient la rhagade de l'anus et la suppuration de cette région ? Vous n'en dites rien, vous ne le savez pas. Mais était-il même besoin que ce malade se fût inoculé d'autres accidents avec le pus de ceux qu'il avait déjà ? Non, sans doute, et tout autre contact avait pu donner lieu aux accidents nouveaux.

Vous dites que nous sommes obligés de recourir à des suppositions, à des conditions exceptionnelles pour combattre votre assertion! Mais ne supposez-vous pas vous-mêmes que vous avez affaire à des accidents secondaires, par des raisons bien moins valables? et votre cas n'est-il pas pour vous aussi une exception, puisque vous convenez que tous les ecthyma ne s'inoculent pas? Vous ne pouvez donc pas exiger que les cas exceptionnels soient expliqués en tous points comme les cas ordinaires.

Je demande, en effet, à M. Vidal si tous les ecthyma s'inoculent; il me répond non, mais qu'ils peuvent être inoculés dans des circonstances particulières. Je demande alors quelles sont ces circonstances, et on ne peut les indiquer autrement que par l'inoculation ! C'est donc l'inoculation qui fait la seule différence de ces ecthyma ? Eh bien ! moi je dis : Tous les chancres s'inoculent; c'est, jusqu'à présent, le seul accident que les *inoculateurs* ont trouvé inoculable, et le chancre peut être ecthymateux, ou l'ecthyma chancreux! Or le seul accident que vous avez pu inoculer parmi les accidents réputés secondaires, c'est précisément l'ecthyma, le seul aussi qu'on puisse réellement confondre avec le chancre et que vous avez tout récemment de confondre encore, puisque vous avez considéré les pustules d'inoculation de M. Boudeville comme étant également des ecthyma secondaires; et vous voulez, quand j'ai pu vérifier ce dernier diagnostic, que j'accepte le premier ! Cela n'est pas possible. Jusqu'à ce qu'on ait déterminé d'une manière rigoureuse et incontestable les conditions de l'ecthyma secondaire qui doit s'inoculer, l'inoculation restera pour moi le signe différentiel, pathognomonique de l'accident primitif. Il entendu qu'il ne faudra pas s'en laisser imposer par de fausses pustules, que M. Vidal est obligé d'admettre, comme Hunter, comme tout le monde. Quant aux autres inoculations pratiquées par M. Vidal, je suis étonné, vu leur nombre, qu'il ne les ait pas mieux précisées, lorsqu'elles auraient pu servir à éclairer un point de doctrine auquel il attache avec raison tant d'importance!

Mais je dois répondre à M. Huguier sur la question du bubon, que je considère comme étant toujours une émanation directe de l'accident primitif. Non, nous ne pouvons plus aujourd'hui rester dans le cercle tracé par M. Lagnaux d'après les anciens errements, et nous devons maintenant distinguer le bubon symptomatique, souvent unique, qui suit le chancre non induré et qui suppure spécifiquement, de l'adénopathie multiple, indolente et non suppurative, compagne obligée et caractéristique du chancre induré; il y a entre ces deux formes toute la distance qui sépare l'accident qui reste local de celui qui infecte l'économie. On ne peut plus confondre, en 1851, ces adénopathies directes liées anatomiquement à l'accident primitif, avec l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs que détermine la syphilis constitutionnelle.

M. Huguier prétend avoir trouvé le développement des ganglions inguinaux à la suite de papules, de pustules, de plaques muqueuses des régions ano-génitales. Eh bien! lorsque M. Huguier a rencontré ces ganglions engorgés, c'est qu'à coup sûr un chancre avait précédé. La preuve, c'est que si un chancre se montre aux organes génitaux et que, comme accidents secondaires, il donne lieu à des plaques muqueuses des lèvres, de la langue, de la cavité buccale, tandis que l'engorgement ganglionaire a lieu dans les régions inguinales, on ne voit pas de développement des ganglions sous-maxillaires ; que si, au contraire, l'accident primitif (le chancre) débute du côté de la bouche, chose assez commune, et que consécutivement des papules muqueuses se montrent à l'anus ou aux organes génitaux, ce seront les ganglions sous-maxillaires qui seront engorgés, et on ne trouvera rien dans les régions inguino-crurales. Mais notre collègue M. Huguier croit aux papules muqueuses primitives ; il m'accuse même d'avoir douté de leur nature dans l'ouvrage que j'ai publié en 1838. Non, pas plus en 1838 qu'en 1851 je n'ai cru aux papules muqueuses primitives. Mais alors, au début de mes recherches, je n'avais pas encore aperçu une des origines possibles de cet accident; le mystère de sa production, sujet de tant de controverses, ne m'était pas connu. Symptôme bizarre, réputé primitif ou secondaire, selon le bon plaisir des observateurs, il ne me paraissait pas devoir être l'un ou l'autre par l'effet d'un caprice, du hasard ; il devait y avoir une loi : il fallait la chercher. Ce papillon insaisissable, passez-moi la métaphore, devait avoir une chenille, et cette chenille, je l'ai trouvée dans le chancre induré se métamorphosant en papules muqueuses, passant *in situ* de l'état d'accident primitif inoculable à l'état d'accident secondaire qui ne l'est plus, tout en conservant encore pendant le cours de cette seconde période quelques-uns des attributs de la première, et, entre autres, les pléiades ganglionaires qui ont pu tromper M. Huguier.

M. Vidal, qui avait cédé plusieurs fois son tour de parole, déclare d'abord qu'il ne prononcera pas de discours, parce qu'il ne sait pas les faire. Il n'a pas eu la prétention de convaincre M. Ricord; ce serait un triomphe, dit M. Vidal, et je ne pouvais viser à un pareil résultat. J'ai dit en commençant mon travail qu'il est des convictions que rien ne pouvait ébranler. Je devais donc m'adresser à d'autres esprits, et j'ai procédé par les faits. Une de mes observations a surtout été discutée; elle n'a pas complètement satisfait M. Huguier. Je ne donne pas mon observation comme un modèle, comme une observation tout à fait classique. Mais elle est suffisante pour prouver que le malade auquel j'ai emprunté le pus d'inoculation n'avait que des accidents consécutifs; c'étaient des pustules nombreuses, et celles de la poitrine, auxquelles j'ai puisé, étaient semblables aux pustules répandues sur le reste du corps.

J'ai donc tracé un tableau qui montre la vérité et auquel il manque peut-être quelques accessoires qu'un artiste plus habile eût mieux exécutés, mais sans plus de profit pour la science. Pourquoi M. Huguier demande-t-il le nom de celui qui a recueilli l'observation, puisqu'il est écrit en toutes lettres? Quant au tempérament du malade, je l'ai indiqué. Pour les maladies antécédentes, j'ai dit que le sujet n'avait jamais été malade. Le chancre induré était complètement cicatrisé. Le malade n'était jamais sorti en permission : on ne peut donc pas supposer qu'il soit allé gagner un chancre en ville.

M. Ricord base toute son argumentation sur la loi qui veut que *l'accident primitif* seul soit inoculable. Selon lui, l'ecthyma peut être primitif et secondaire, et rien dans la symptomatologie ne peut établir la différence de ces deux pustules. Il n'y a que l'inoculation et son résultat est le *seul signe pathognomonique*. De sorte qu'ici, comme je l'ai déjà dit, M. Ricord ne répond par la question. En effet, la question qui est aujourd'hui posée, agitée est précisément celle de savoir s'il est réellement vrai que l'accident primitif soit le seul inoculable. Cette question devait nécessairement naître des faits qui prouvent que les accidents consécutifs peuvent être transmis par le coït ou par d'autres rapports intimes. Or cette transmissibilité a été constatée par de bons observateurs, et j'y crois, car je l'ai constatée. Pour moi, ce sont les antécédents du malade, surtout son chancre induré complètement cicatrisé; ce sont les symptômes d'infection générale qu'il a offerts; ce sont les caractères des pustules avec leur *auréole rouge-brun cuivreux;* c'est la ressemblance des pustules qui ont fourni le pus d'inoculation avec celles qui étaient répandues sur le reste du corps; c'est, enfin, la réunion des symptômes offerts par le malade qui m'a conduit à établir que j'avais inoculé un accident secondaire. La clinique a précédé l'expérimentation et celle-ci est venue confirmer la clinique.

M. Ricord a observé M. Boudeville après son inoculation et n'a pas observé le malade. Il accepte mon observation, et ne s'occupe que d'interpréter les faits qu'il a constatés sur l'élève en pharmacie. En cela, il suit une marche logique et loyale. Mais on verra que le point de vue est toujours le même et que c'est toujours de par la

loi de l'inoculabilité seule des accidents primitifs que M. Ricord se prononce contre moi, et qu'il est obligé de dire que je n'ai pas inoculé un accident consécutif. Mais, encore un coup, cette loi est une question et c'est précisément celle que je pose.

Remarquez que je traite *seulement* de l'inoculabilité de l'ecthyma dans mon travail. Je limite donc la question. Je ne puis donc accepter comme faits négatifs ceux qui résultent des inoculations des autres accidents consécutifs. Or l'ecthyma est assez rare, et je crois que, relativement aux autres accidents, il a été peu inoculé. Pour moi, j'ai rencontré une série telle qu'il m'a été possible de réussir onze piqûres sur douze.

En effet, sur le malade, sur le sujet de ma première observation, il a été pratiqué quatre piqûres aux cuisses, et elles ont donné lieu à quatre pustules. Sur le malade qui a fourni le pus pour inoculer l'élève en pharmacie, il en a été de même. Sur un autre malade, deux piqûres n'ont fourni qu'une pustule. Mais, quoique ce fait soit concluant pour moi, je l'ai élagué, parce qu'il y avait avec l'ecthyma un chancre à la verge qui n'était pas cicatrisé. Enfin viennent les deux piqûres faites aux avant-bras de M. Boudeville ; elles ont eu pour résultat deux pustules, que je considère toujours comme provenant d'un pus puisé à un accident secondaire.

Puisqu'il est encore question de M. Boudeville, je dois déclarer qu'il n'avait eu aucune maladie vénérienne quand il a été inoculé, et ici je me joins à M. Ricord, et je répète d'ailleurs ce que j'ai déjà dit : « Quand un homme a fait preuve d'un tel dévouement, il doit être cru sur parole. »

Pour terminer, je dois vous prouver que Hunter, en dehors de sa doctrine, est peut-être moins opposé à ma thèse qu'on ne pense. Ainsi, vous lirez dans son livre le fait suivant, qui me paraît très remarquable et de nature à faire réfléchir :

« Pour constater si les ulcères secondaires de cette femme étaient » contagieux, c'est-à-dire si le pus provenant de ces ulcères pou- » vait produire les effets spécifiques du pus vénérien, je lui inocu- » lai du pus recueilli sur un de ses propres ulcères et du pus pro- » venant d'un bubon développé chez un autre malade qui n'avait » point encore fait usage de mercure. Cette expérience fut faite le » 18 septembre 1782.

» Le 19, la piqûre dans laquelle on avait inoculé du pus prove- » nant de la malade elle-même était devenue douloureuse trois » heures après l'inoculation et elle s'enflamma un peu le jour sui- » vant. L'autre ne s'était pas enflammée du tout.

» Le 20 septembre, les deux piqûres avaient suppuré et offraient » l'aspect extérieur d'une pustule variolique ; elles s'étendirent con- » sidérablement et s'accompagnèrent d'une vive inflammation. »

Mais pour Hunter, comme les pustules n'ont pas guéri par le même moyen et qu'elles ne se sont pas terminées à la même époque, l'accident consécutif n'a pas été inoculé avec succès! comme si la thérapeutique, comme si la durée d'une maladie étaient toujours des éléments certains de diagnostic! C'est que Hunter était enclavé dans sa loi; c'est qu'il avait une conviction inébranlable absolument comme M. Ricord, car je crois que mon collègue est de la famille des Hunter.

— M. Pravaz, de Lyon, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant, lit un mémoire sur l'emploi de l'air comprimé comme moyen de corriger les déviations de la poitrine tenant à la pleurésie. Des plâtres représentant des difformités corrigées sont mis sous les yeux de la Société à l'appui des idées émises dans le travail de M. Pravaz.

Une commission, composée de MM. Debout, Demarquay et Lenoir, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 février 1851. — Présidence de M. Trousseau.

Nature du rhumatisme articulaire.

M. Bourdon donne lecture d'un mémoire sur les accidents cérébraux qui peuvent se développer dans le rhumatisme fébrile.

M. le président propose d'ouvrir la discussion sur la nature du rhumatisme, à propos d'un rapport de M. Valleix sur ce sujet.

M. Valleix. Je rappellerai qu'il existe sur la nature du rhumatisme trois opinions bien établies dans la science. L'une de ces opinions considère le rhumatisme comme une inflammation pure, franche et presque type; une seconde opinion, tout en admettant la nature inflammatoire du rhumatisme, lui reconnaît cependant une influence particulière, spéciale, spécifique, si l'on veut; enfin, une troisième ne considère le rhumatisme que comme une simple fluxion. La première de ces opinions est à peu près généralement réprouvée; la seconde peut se défendre, parce qu'elle est véritablement plus commode à soutenir; la troisième enfin, celle qui fait présumer qu'il n'y a dans le rhumatisme qu'un mouvement fluxionnaire, est pour moi celle vers laquelle j'incline, et dont les observations viennent démontrer le plus évidemment l'existence. Si, en effet, on peut prouver que, dans un seul de ces faits, il n'y a pas eu de suppuration, il est certain qu'on ne saurait admettre un principe inflammatoire bien certain.

M. Aran demande à M. Valleix ce que, en définitive, il entend alors par fluxion.

M. Valleix. Je répondrai à cette question lorsqu'on m'aura dit aussi ce que c'est que l'inflammation. Il est très certain que nous ne le savons pas. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que c'est la présence du pus qui établit la différence entre la fluxion et l'inflammation. Il n'y a de différence dans leur nature que celle qui existe entre leurs manifestations.

M. Aran. La discussion alors ne peut nous éclairer en aucune façon. Nous savons qu'au sein de l'Académie une pareille discussion s'est établie sans qu'il soit résulté autre chose que chacun des membres s'est retiré en conservant l'opinion qui lui était propre. Il est possible de vérifier la différence établie par M. Valleix; mais au début de la maladie, cela n'est pas possible. Je dirai, du reste, que les cas de rhumatisme s'étant terminés par la suppuration ne sont pas rares dans la science; que, dans le service de M. Chomel, j'ai trouvé des globules de pus dans une péricardite rhumatismale.

M. Valleix. Je ne réfuterai pas la première objection soulevée par M. Aran, objection qu'on ne peut soutenir; et quant à la seconde, je suis très étonné qu'on soit obligé de se servir du microscope pour constater le pus de l'inflammation rhumatismale.

M. Aran. La quantité de pus ne signifie rien; qu'on en trouve un seul globule, cela est suffisant. On sait maintenant que toutes les inflammations se manifestent avec des caractères qui leur sont propres. L'érysipèle est une inflammation se terminant souvent par la suppuration.

M. Valleix. On trouve souvent du pus chez les phthisiques, et il n'y a pas toujours de phénomènes inflammatoires.

M. Béhier. Il est très positif que nous ne saurons rien de la nature du rhumatisme; mais je ferai observer à M. Valleix qu'il ne suffit pas de trouver du pus pour être certain qu'il existe ou qu'il a existé de l'inflammation. La production de la lymphe plastique suffit pour faire admettre la présence de l'inflammation. Ce phlegmon est un phénomène inflammatoire bien certain, bien positif, et pourtant le phlegmon ne se termine pas toujours par la suppuration. Chaque tissu offre donc des conditions différentes dans sa manière d'être, dans ses manifestations morbides.

M. Valleix. La manière dont se guérit le rhumatisme vient me faire douter de sa nature inflammatoire. Comment se fait-il que le chloroforme, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, etc., fassent justice de cette inflammation? Irez-vous employer ces moyens, ces agents, dans d'autres inflammations? Dans les rhumatismes mono-articulaires, ces moyens, on le sait, sont sans aucune espèce d'influence.

M. Béhier. La méthode substitutive n'est pas contre-indiquée dans un certain nombre d'inflammations. Ne faisons pas ici de broussaisisme. Pour mon compte, je pense que la question de l'emploi des toniques dans la phlegmasie est entièrement à faire et qu'elle peut être le sujet de recherches des plus intéressantes. Je m'inscris en faux contre cet aphorisme qui prétend que le traitement démontre la nature de la maladie.

M. Marotte rapporte une observation succincte de rhumatisme articulaire avec complications de pleurésie, de péritonite, et dans laquelle il a rencontré du pus en grande quantité.

M. Valleix dit qu'il ne peut rien répondre avant d'avoir lu attentivement cette observation dans ses plus grands détails pour être certain qu'il y avait dans ce cas un véritable rhumatisme.

M. Hardy. La rareté de la suppuration dépend de la nature des tissus qui s'enflamment : la suppuration se produit avec une grande facilité dans la péritonite; on n'en rencontre jamais dans la tunique vaginale enflammée. L'inflammation rhumatismale produit une petite quantité de pus; l'arthrite traumatique, surtout s'il y a communication à l'intérieur, en produit davantage. Le rhumatisme offre trop tous les caractères communs aux inflammations pour que sa nature inflammatoire puisse être un instant douteuse. On ne meurt du rhumatisme que par les complications qu'il détermine, complications qui amènent une révulsion qui peut empêcher les accidents locaux d'aller jusqu'aux dernières limites de l'inflammation, jusqu'à la production du pus.

M. N. Guillot. Il me semble qu'on ne peut pas nier la fièvre rhumatismale, l'inflammation du rhumatisme, qui est maintenant admise dans la science. On n'a pu faire, il est vrai, qu'un petit nombre d'ouvertures; mais, dans quelques cas, on a trouvé des quantités de pus très notables. Chez les enfants, ces collections de pus sont considérables et font saillie à l'intérieur. L'âge, du reste, doit avoir une grande influence sur la détermination et la manière d'être de certaines affections, car les pneumonies chez les enfants se terminent presque toujours sans suppuration.

M. Valleix. Ces faits ne sont pas des rhumatismes, on me permettra du moins d'en douter; et, en effet, l'inflammation n'a dans ces cas le caractère nullement rhumatismal, car les phénomènes inflammatoires y sont fixes et n'offrent pas ce caractère de mobilité qui caractérise le rhumatisme.

M. Devergie. Je ferai observer que certains tissus peuvent s'enflammer sans laisser de traces de suppuration. L'érythème ne se termine que très rarement par suppuration. *L'eczema rubrum*, qui présente à un degré considérable tous les phénomènes de l'inflammation, le lichen, le psoriasis, le pythiriasis, etc., laissent après eux quelquefois de la sérosité, mais jamais de pus.

— La discussion sera continuée à la prochaine séance.

Service de santé de la marine et des colonies.

L'administration de la marine vient de prendre la décision suivante :

Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des officiers de santé détachés temporairement des ports.

Lorsqu'une vacance est produite dans le cadre des officiers de santé des colonies, il y est pourvu soit par l'envoi, sur sa demande, d'un officier de santé de la métropole, soit par les concours qui sont ouverts dans les ports aux époques déterminées par l'article 15 du règlement du 23 juillet 1836.

Dans les cas d'insuffisance de ces deux modes de recrutement pour assurer le service pharmaceutique aux colonies, les pharmaciens des ports sont désignés d'office par les présidents des conseils de santé, et selon un tour de rôle, afin d'être dirigés sur les colonies pour remplir les emplois vacants dans leur grade.

Pour arriver à combler les vides qui existent en ce moment dans le grade d'aide-major, le ministre a décidé, le 13 février dernier, que les chirurgiens sous-aides, docteurs en médecine ou maîtres en pharmacie, seraient soumis à deux examens qui auront lieu le 1er mai prochain et dans le courant du mois d'août suivant, et qui auront pour but de constater l'aptitude de ces officiers de santé aux emplois de chirurgien ou de pharmacien aide-major.

Au premier de ces examens, c'est-à-dire le 1er mai prochain, seront convoqués, savoir :

Pour le grade de chirurgien aide-major.

1° Les sous-aides docteurs appelés en 1849 des hôpitaux militaires d'instruction à ceux de Paris, et qui sans le décret du 23 avril dernier, qui a supprimé ces hôpitaux et l'hôpital de perfectionnement, devaient prendre part, à la fin de l'année scolaire 1849-1850, au concours pour le grade de chirurgien aide-major;

2° Les sous-aides docteurs qui, pendant l'année scolaire 1849-1850, étaient attachés aux hôpitaux militaires d'instruction, et qui, si les choses étaient restées dans le même état, appartiendraient en ce moment aux hôpitaux de Paris, et devraient au mois d'août prochain passer l'examen d'admissibilité.

(Dans le cas où ces deux catégories ne présenteraient point un chiffre suffisant pour les besoins présumés du service, ce chiffre serait complété au moyen d'un certain nombre de docteurs pris par ancienneté de grade parmi ceux qui, en 1849 et 1850, n'appartenaient pas aux hôpitaux de Paris ou à ceux d'instruction.

Pour le grade de pharmacien aide-major.

Les onze chirurgiens sous-aides qui, jusqu'à ce jour, ont justifié du diplôme de maître en pharmacie et ceux qui produiront ce diplôme avant l'ouverture des examens.

Au second des examens dont il s'agit, c'est-à-dire dans le courant du mois d'août prochain, seraient admis pour constater leur aptitude au grade de chirurgien aide-major :

1° Les sous-aides des hôpitaux de Paris et des hôpitaux d'instruction de 1849-1850, qui se seraient fait recevoir docteurs depuis l'époque du premier examen jusqu'à l'ouverture du second;

2° Les stagiaires actuels de l'Ecole d'application de la médecine militaire, qui justifieront de leur réception au doctorat avant l'époque à laquelle aura lieu ce deuxième examen;

3° Tous les autres chirurgiens sous-aides munis du diplôme de docteur.

Nos lecteurs liront aujourd'hui, au compte-rendu de la Société de Chirurgie, la fin de la discussion qui a eu lieu dans cette société touchant la syphilis. Fidèle à notre ligne d'impartialité, nous publierons dans notre prochain numéro les réflexions de M. Cazenave sur les questions agitées dans cette discussion; et ce ne sera qu'après avoir mis sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès que nous présenterons nous-même nos réflexions.

NOUVELLES.

— L'hôpital du Nord, bâti sur les terrains Saint-Lazare, approche rapidement du terme de sa construction. Il doit être prêt pour l'installation des malades au mois d'avril 1852, époque à laquelle finit le bail que l'administration des hôpitaux a fait au prix de 36,000 fr. par an avec madame Ledru-Rollin pour les bâtiments de l'Hôtel-Dieu annexe. Le nouvel hôpital sera un des monuments les plus grandioses qui aient été ouverts aux misères humaines. Les frais de sa construction seuls monteront à près de huit millions, et l'on estime que la fondation de chaque lit aura coûté 15,500 fr.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. De Redenat, chirurgien aide-major commissionné au 8e lanciers, a été promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Benoist, chirurgien sous-aide au Gros-Caillou, a été désigné pour le Val-de-Grâce.

M. Cuignet, chirurgien sous-aide à Versailles, a été désigné pour le Val-de-Grâce.

— La Société médicale de San Francisco (Californie) a fixé ainsi qu'il suit le tarif des honoraires médicaux :

Une simple visite, 80 fr.; une consultation, 500 fr.; un accouchement, 750 fr.; une autopsie, de 1,000 à 2,500 fr.; une amputation, 1,500 fr., etc.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 5 MARS 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a presque entièrement consacré son mardi gras à faire un académicien ; elle pouvait plus mal passer son temps, surtout lorsque cet académicien est M. Cazeaux. La nomination de M. Cazeaux n'a d'ailleurs point souffert de difficultés, ainsi que chacun avait pu le prévoir. On a dû s'étonner seulement du petit nombre de voix obtenues par M. Depaul ; mais l'explication de ce fait nous a paru assez naturelle. Il est probable que, pour ne pas laisser permettre la moindre hésitation dans le résultat du scrutin, les voix qui lui étaient sympathiques se sont portées d'emblée sur M. Cazeaux. Nous pensons donc que la nomination de M. Depaul à la prochaine vacance n'en sera que plus certaine. Tout le monde, sans doute, se plaît à reconnaître le mérite des compétiteurs de M. Depaul ; mais il n'est personne aussi qui ne soit convaincu de la supériorité des titres qui désignent M. Depaul aux suffrages de l'Académie.

L'élection terminée, M. Garnier, médecin à l'hôpital militaire de Versailles, a lu un second mémoire sur l'identité de la fièvre jaune et des ictères graves sporadiques qu'il a observés en Italie, et même une fois à Versailles. Les nombreux détails symptomatiques et anatomo-pathologiques dans lesquels est entré M. Garnier semblent tous en faveur de son opinion ; cependant, comme ces détails, en ce qui concerne les ictères graves, sont encore loin d'avoir cours dans la science, les observations de M. Garnier doivent seulement appeler les recherches attentives des médecins. H. de Castelnau.

INFIRMERIE DE L'HOTEL DES INVALIDES.

Ablation complète du menton par un boulet ;

Par M. HUTIN, chirurgien en chef.

Nous avons promis de revenir sur le fait si remarquable qui a donné lieu à l'intéressante discussion de la dernière séance de l'Académie de Médecine ; nous publions aujourd'hui ce fait *in extenso*. Nos lecteurs n'oublieront pas de rapprocher les remarques importantes dont il a été l'objet de la part de MM. Larrey et Robert.

Frenais (Jean-Baptiste) entra au service militaire en 1805, dans le 7e régiment de chasseurs à cheval. Bien constitué et plein de l'ardeur martiale que les événements du temps inspiraient à cette armée qui sut faire tant et de si grandes choses, il s'était déjà trouvé à plusieurs combats sans avoir reçu aucune blessure, lorsque, le 16 mai 1811, il fut atteint par un biscaïen à la bataille d'Albuféra, en Espagne. Le projectile frappa la partie antérieure et latérale de la face, de gauche à droite, en brisant le menton. La peau, le tissu cellulaire, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, le squelette, furent violemment arrachés, broyés et emportés. L'os maxillaire inférieur disparut presque en entier ; il ne resta de lui que les condyles, les apophyses coronoïdes, les échancrures sigmoïdes et environ un centimètre et demi de la portion des branches qui les supportent. La paroi inférieure de la bouche fut également arrachée. Les muscles génio-glosses, génio-hyoïdiens, mylo-hyoïdiens et, en un mot, toutes les parties constitutives de ces régions sus-hyoïdiennes si bien décrites par MM. Velpeau, Jules Cloquet et Malgaigne, disparurent pour ne plus former qu'une vaste plaie, bornée en bas par l'os hyoïde ; sur les côtés, par les régions parotidiennes ; en haut, par la voûte palatine et la langue, l'arcade dentaire supérieure et la portion des joues située au-dessus des conduits de Sténon, restés intacts. La langue et ses muscles, pour ainsi dire inextricables avant que M. Gerdy les démêlât, la langue avait été respectée dans sa plus grande étendue ; mais ses attaches inférieures, fortement lacérées, avaient disparu dans toute leur moitié antérieure.

Frenais, évanoui, tomba sur le coup, livré à une abondante hémorrhagie. Ses camarades serrèrent les rangs et l'abandonnèrent comme mort sur le terrain.

Le lendemain, tandis qu'on s'occupait de donner aux malheureuses victimes de la lutte une sépulture que l'humanité, l'honneur militaire et l'hygiène réclamaient à un égal titre, on s'aperçut qu'il respirait encore ; on se hâta de lui prodiguer des secours qui, pour être tardifs, n'en furent pas moins couronnés de succès. Bientôt il recouvra connaissance, et il fut transporté dans une ambulance voisine. Là, on ne vit rien à lier, rien à retrancher, rien à rapprocher dans cette solution de continuité ; l'on se contenta d'appliquer des pansements simples et de les renouveler au fur et à mesure que le besoin s'en fit sentir ou que les circonstances permirent de le faire.

Depuis près de sept semaines il était en traitement, lorsque le blessé accusa une vive douleur à 3 centimètres environ au-dessus du tiers interne de la clavicule droite. Il se forma sur ce point un abcès dont l'ouverture amena l'expulsion d'une esquille poussée par le biscaïen, et qui s'était frayée un passage à travers les parties molles. Un mois plus tard Frenais sortit des hôpitaux. Au commencement de l'année 1812, il fut admis à l'hôtel des Invalides.

A cette époque, la France avait bien des courages à récompenser. Dans les plus modestes rangs de l'armée, le manque d'instruction première empêcha plus d'une fois de conférer des grades que l'on eût donnés de grand cœur sans cet obstacle. Mais le génie de l'empereur savait parer à tout, et le décret par lequel il ouvrit à notre blessé l'asile des braves l'y plaça avec le titre de lieutenant honoraire, auquel se rattachaient certaines prérogatives qui amélioraient la modeste retraite des simples soldats.

Lors de son admission, Frenais cachait sa mutilation dans une énorme cravate ; il ne vivait que de liquides ou d'un brouet clair péniblement dirigé vers l'œsophage. Sa parole était inintelligible. Quand il parvenait à se faire comprendre, c'était plutôt par des gestes que par des mots. Il devenait légèrement sourd. Sa respiration était gênée. Sujet à une toux assez fréquente, il n'était pas le maître de retenir ou de pousser au dehors les mucosités bronchiques arrivées au delà du voile du palais. Il perdait la plus grande partie de sa salive ; ses digestions se faisaient mal ; il maigrissait chaque jour davantage.

Pour remédier à tous ces inconvénients, et pour cacher son infirmité, on lui fit porter un menton d'argent, muni d'une plaque dorée qui, en se prolongeant à peu près horizontalement en arrière, soutint la langue jusque-là pendante et souvent desséchée. A l'aide de ce moyen de prothèse, les sons purent être nettement, sinon parfaitement articulés ; la respiration fut plus facile et mieux réglée ; la toux disparut, et lorsqu'elle revenait parfois, les matières à expectorer pouvaient être plus aisément expulsées ; l'ouïe redevint ce qu'elle était jadis ; la salive cessa de se perdre en aussi grande abondance ; le malade put se nourrir d'aliments plus substantiels, tels que soupes épaisses, panades, viandes hachées, mie de pain..., etc. Le bol alimentaire put être mieux saisi et mieux dirigé ; la déglutition fut plus facile, et l'embonpoint reparut. La mastication seule manquait pour toujours à ce malheureux.

Avec le temps, la langue se rétracta vers l'os hyoïde ; sa pointe, épaissie et arrondie, s'abaissa, en décrivant une courbe légère à convexité antérieure. Elle diminua ainsi du tiers environ de sa longueur ; mais ce qu'elle perdit dans ce sens, elle le gagna en épaisseur. Si cette circonstance amena un peu plus de gêne dans la parole et dans la préhension des aliments, elle n'en causa presque aucune dans la déglutition. Toutefois, ce militaire était obligé de tenir plus longtemps dans ce qu'il faut bien appeler sa bouche les aliments moins imprégnés de liquides qu'il voulait avaler.

Sur toute la périphérie de la plaie, la peau avait rejoint la membrane muqueuse et s'était cicatrisée avec elle. Les cicatrices et leurs environs n'étaient ni brunâtres, ni d'un blanc mat, comme le sont beaucoup de tissus réparateurs analogues ; elles étaient d'un rouge assez animé. Fortement froncés vers leurs angles, les sillons que formaient leurs plis étaient habituellement humides ; mais ils ne contenaient guère de matière sébacée. On pouvait toucher avec une certaine rudesse toute la surface de ces bords arrondis sans causer aucune douleur, bien qu'ils fussent sensibles. Du côté gauche de la face, la rétraction des parties molles avait été assez forte pour découvrir et laisser à nu toute l'arcade dentaire. Du côté droit, les dents étaient tombées avec l'âge ; et la peau de la joue moins largement mutilée s'était cicatrisée non-seulement avec celle du cou, en arrière, mais aussi avec la partie la plus reculée de la face inférieure de la langue, en avant du voile du palais. La langue, abandonnée à elle-même, se relevait très difficilement. Si on la soulevait à l'aide d'un instrument, on remarquait ces adhérences intimes avec les parties voisines, excepté tout à fait à sa pointe. Les glandes sublinguales, atrophiées, indurées, d'un rouge brun, s'étaient accolées à sa face inférieure. Un tissu fibreux, serré et peu sensible la retenait abaissée, et malgré les efforts du blessé elle cédait fort peu aux mouvements.

Frenais ne quittait guère son appareil prothétique que pendant le temps nécessaire à son nettoiement, c'est-à-dire quelques minutes chaque jour. L'expérience lui avait fait reconnaître la nécessité de le conserver même pendant la nuit ; car lorsqu'il s'en séparait la salive se perdait, la bouche se desséchait, et le sommeil, saccadé et interrompu, n'était jamais de longue durée. Mais quand il l'enlevait, c'était quelque chose de hideux à voir que cette moitié de figure, dont la partie absente était remplacée par un vide considérable, d'un rouge vif et tranchant, et par ce rudiment de langue pendante et rétractée. L'arrière-bouche se desséchait alors ; et lorsque le malade cherchait à avaler sa salive, il faisait d'abord entendre un sifflement, une sorte de râle par aspiration, qui avait quelque chose de pénible pour les assistants. Si l'examen continuait, on voyait un frémissement dans les fibres charnues du voile du palais, et alors commençait un

FEUILLETON.

Compte-Rendu

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR 1850.

(Suite. — *Voir* les nos des 22, 27 février et 1er mars.)

Au mois de novembre 1847, l'un de nous trouva dans les pavillons de l'École pratique une altération du coude dont la nature lui parut difficile à déterminer. Des productions osseuses considérables, développées dans l'épaisseur des ligaments, rendaient l'articulation à peu près immobile, et l'une d'elles, placée en dehors et en arrière, avait repoussé en avant la tête du radius. La pièce fut présentée à la Société (*Bulletin*, t. XXII, p. 272) ; M. Pigné ne vit dans cette lésion qu'une luxation déjà ancienne du radius, mais M. Deville la mit déjà sur le compte de l'arthrite sèche, se basant sur ses recherches commencées, et se réservant de légitimer plus tard une assertion aussi inattendue.

Il ne tarda pas à tenir sa promesse ; au mois de mai 1848, une articulation scapulo-humérale qui était le siége de lésions complexes fut mises sous les yeux de la Société ; l'ossification partielle de la capsule, celle du ligament acromio-coracoïdien, l'existence de surfaces osseuses qui prenaient une part anormale à l'articulation, l'altération des cartilages, etc., tant de désordres réunis rendaient fort difficile l'appréciation exacte de ce fait. Seul de tous les membres présents, M. Deville émit une opinion sur la nature de la lésion. Il la considéra comme la conséquence d'une arthrite chronique sèche ; et cette fois il nous exposa en quelques mots l'histoire à peu près complète de cette affection (*Bulletin*, t. XXIII, p. 141). J'insiste sur cette date de mai 1848 ; car depuis cette époque, et depuis cette époque seulement, plusieurs publications ont traité de l'arthrite sèche. A la faveur d'un léger changement de nom, on a pu avoir l'air de dire des choses neuves, lorsqu'on ne faisait que copier nos bulletins ; mais nous, messieurs, qui avons vu l'arthrite sèche naître, pour ainsi dire, et croître sous nos yeux, nous ne pouvions nous laisser prendre à de pareilles manœuvres. Nous l'avons reconnue malgré ses travestissements, parfois même malgré ses mutilations. Et j'ai cru pouvoir en passant vous signaler ces petites tentatives qui n'ont pas même le mérite d'avoir réussi.

Loin d'imiter cet exemple, plusieurs d'entre nous ont présenté cette année des pièces venant à l'appui des idées de M. Deville ; et l'histoire de l'arthrite sèche qui n'existait encore dans nos bulletins, c'est-à-dire dans la science, qu'à l'état d'assertion pure et simple, se trouve aujourd'hui à peu près complétement achevée et basée sur des faits nombreux et authentiques.

Sur les vingt-trois pièces qui ont été mises sous vos yeux, vous avez pu suivre toutes les phases de cette bizarre maladie, qui porte à la fois son action sur les synoviales, les muscles, les ligaments, les cartilages et le système osseux. (Voy. *Bulletin* de 1850, pages 44, 68, 88, 91, 239, 297.)

Le mal débute toujours par la membrane synoviale ; celle-ci devient par places, surtout autour des bords des cartitages, le siége d'une circulation plus active ; ses vaisseaux dilatés, gorgés de sang, lui donnent une teinte inégale, rose en quelques points, d'un rouge vif en quelques autres. Un fait intéressant que j'ai remarqué bien des fois à la loupe et sous le microscope à dissection, c'est que les vaisseaux capillaires de cette membrane ne sont pas seulement élargis, ils sont encore allongés ; de telle sorte que leur partie moyenne, devenue exubérante, se reploie, se tortille sur elle-même, et décrit une anse flexueuse qui forme une petite saillie à la surface de la synoviale. Le développement d'un grand nombre de ces saillies dans un petit espace donne lieu à des fongosités d'un rouge éclatant qu'on trouve le plus souvent sur les bords des cartilages. Quelquefois même ces fongosités, devenues plus saillantes, se couchent pour ainsi dire sur les surfaces diarthrodiales, qu'elles peuvent recouvrir jusqu'à 3 ou 4 millimètres de leurs bords.

Plus tard la synoviale devient inégale et irrégulière ; on y voit naître des brides saillantes qui se comportent jusqu'à un certain point comme les colonnes charnues des ventricules du cœur. Les unes, en effet, forment un simple relief allongé ; les autres, implantées par leurs deux bouts sur la synoviale, flottent par leur partie moyenne dans la cavité articulaire ; d'autres, enfin, et ce sont les plus nombreuses, ne sont implantées que par une de leurs extrémités et sont libres dans le reste de leur étendue. La largeur de ces dernières ne dépasse guère 2 millimètres, leur longueur peut aller jusqu'à 1 et demi, 2 et même 3 centimètres ; leur bout flottant est aplati et se termine par un bord déchiqueté et comme frangé ; en général, plus vasculaire que le reste de la bride.

Ces brides sont disposées d'une façon très irrégulière ; elles s'implantent le plus souvent sur cette partie de la synoviale, qui se réfléchit sur les os. Toutes sont flexibles, et ne se composent que de tissu cellulaire plus ou moins dense et de quelques vaisseaux. Leur couleur varie suivant l'époque où on les examine ; elles sont d'abord d'un rouge vif, et il suffit d'un faible grossissement pour y apercevoir des lacis nombreux des vaisseaux capillaires. Plus tard, la vascularité diminue, la bride pâlit et prend, dans la plus grande partie de sa longueur, l'apparence du tissu fibreux. Quelques capillaires

état d'angoisses auquel la réapplication du menton factice ou d'une fronde mettait promptement un terme.

Avant sa blessure, cet homme avait l'habitude de fumer beaucoup. Depuis cet instant, une de ses plus dures privations fut de ne pouvoir se livrer à cette distraction. Malgré une aussi longue abstinence forcée, qui aurait dû lui faire oublier jusqu'au goût du tabac, il aimait à en sentir l'âcre parfum. Parfois, disait-il, il se surprenait suivant avec bonheur les fumeurs à la piste, pour aspirer du moins quelques-uns de ces légers nuages qu'il ne pouvait plus faire tournoyer lui-même.

Comme tout le monde, il éprouvait le besoin de bâiller. Alors sa face s'animait, ses yeux s'humectaient, sa langue s'abaissait à sa base, et le phénomène s'accomplissait à peu près comme chez les personnes qui veulent dissimuler le bâillement.

Son odorat n'avait rien perdu de sa sensibilité; il distinguait parfaitement toutes les senteurs émanées dans son voisinage.

Quant au sens du goût, il n'en était plus de même. Frenais se montrait assez indifférent à l'espèce d'aliments qu'on lui présentait; il fallait qu'ils eussent une saveur prononcée pour qu'il y attachât quelque importance. Parfaitement sobre, il aimait cependant à faire usage de vin à ses repas, et il reconnaissait facilement le bon et le mauvais. Il buvait à l'aide d'un biberon à long tube, qu'il portait habituellement avec lui. — Du reste, c'était un homme très doux de caractère, aux formes amènes, et d'une régularité de conduite irréprochable.

Plusieurs fois il tomba malade. Ses viscères abdominaux furent le siége de quelques affections légères et éloignées; mais ce furent le plus ordinairement ses organes thoraciques qui pâtirent. Dans le courant d'un hiver, il était rare qu'il ne fût pas atteint de quelque bronchite plus ou moins longue et d'une recrudescence de troubles dans la circulation qui l'inquiétaient assez peu, et avec lesquels il vivait depuis longtemps.

Le 5 février 1850, il entra pour la dernière fois à l'infirmerie, où il succomba aux suites d'une péricardite le 4 juin suivant. J'étais alors absent de Paris, et je ne pus faire aucune des recherches microscopiques auxquelles j'aurais désiré me livrer pour examiner les changements de rapports survenus dans la cicatrice. A l'autopsie, dont les détails m'ont été fournis par mon excellent confrère le médecin ordinaire de l'hôtel, les lésions suivantes furent constatées sur le péricarde. Je laisse parler le praticien distingué qui prodigua pendant quatre mois ses soins au malade:

« Le feuillet pariétal du péricarde est d'un rouge vineux » uniforme, et conserve son poli. Le feuillet cardiaque est » recouvert en totalité par une fausse membrane d'un milli» mètre environ d'épaisseur, non adhérente, dont la face car» diaque est lisse et grisâtre. Sa face pariétale, de couleur » rouge-foncé, présente l'aspect réticulé du second estomac » des ruminants. Cette membrane, consistante, se laisse dé» chirer en lanières à bords sans inégalités. La fausse mem» brane enlevée, le feuillet cardiaque apparaît rouge et lisse. » — Le volume absolu du cœur me paraît normal; son tissu » est un peu ramolli, jaunâtre, et comme graisseux entre les » doigts qui le compriment. Le ventricule droit est un peu » dilaté, et ses parois sont amincies, surtout à la pointe du » cœur. Point de dilatation, ni de rétrécissement aux orifices » auriculo-ventriculaires aortique et pulmonaire; les valvules » sont saines. »

En récapitulant les détails de cette observation, nous y trouvons plusieurs points qui intéressent la science et l'art.

Frappé par le biscaïen, Frenais tombe évanoui, et, dans la chaleur de l'action, ses voisins le regardent comme mort. La violence du coup était évidemment assez grande pour l'étourdir, et la secousse imprimée au cerveau fut la cause de la syncope; car celle-ci fut immédiate, et précéda en quelque sorte l'hémorrhagie.

Dans cette grave blessure, les deux artères faciales eurent non-seulement leurs branches sub-mentales, sous-maxillaires, massétérines, coronaires..., etc., divisées; mais leurs troncs eux-mêmes furent arrachés, ainsi que les dentaires inférieures et plusieurs autres branches des maxillaires internes et des linguales. Il n'y a rien d'étonnant donc à voir survenir une abondante hémorrhagie.

L'effet primitif de celle-ci fut de contribuer encore à la perte de connaissance et à la mort apparente; mais au point de vue de la thérapeutique, cette complication ne portait-elle pas sa compensation, et n'est-ce pas cette énorme saignée qui sauva le malade? La commotion, l'attrition des tissus, l'inflammation prochaine, auraient nécessité cette déplétion sanguine; le remède au mal fut donc appliqué par le mal lui-même.

Peu à peu le sang cessa de couler; il fut inutile de recourir à aucune ligature. C'est parce que les vaisseaux ouverts par déchirement ne tardèrent pas à se rétracter; leurs bouches béantes se froncèrent par ce mécanisme merveilleux qui obture tous les jours celles des vaisseaux du cordon ombilical dans la parturition des animaux, et qu'on retrouve avec une heureuse fréquence sur les champs de bataille. Cette circonstance vient ainsi en aide aux théories du laborieux M. Amussat et d'autres sur la possibilité, dans certains cas, de remplacer la ligature par la torsion, le mâchement..., etc., des artères.

La mutilation de Frenais était bien assez considérable déjà; et l'on doit applaudir à la prudence des chirurgiens qui, ne songeant pas à faire plus que le projectile avait fait, laissèrent en place les extrémités articulaires des branches maxillaires. On évita ainsi de renouveler l'hémorrhagie; on ne soumit pas le blessé à de nouvelles souffrances; on respecta des filets nerveux ou vasculaires et des attaches musculaires qu'il eût fallu couper dans le voisinage de l'articulation temporo-maxillaire. Il n'est pas jusqu'aux tronçons de muscles, divisés et laissés en place, qui n'eussent leur degré d'utilité, en donnant aux joues des coussinets capables, même après leur conversion en tissu fibro-graisseux, d'être encore de favorables protecteurs.

Mais on aurait dû, à l'aide de tenailles incisives, régulariser les extrémités brisées de l'os, dont quelques pointes ont tourmenté le malade longtemps encore après la cicatrisation, jusqu'à ce que l'absorption les eût émoussées.

Il est ensuite une opération qu'on sait (peut-être a-t-on le droit d'en être surpris) ne point avoir été du moins tentée: je veux parler de la réunion par première ou par seconde intention des bords latéraux de cette large plaie. Les téguments du cou et ceux des joues ont une grande souplesse; ils se seraient rapprochés sans trop de difficultés, eût-on dû même les disséquer légèrement. Si le malade avait alors été mis en position, la tête inclinée sur le thorax, et si des points de suture avaient été pratiqués de manière à rattacher la peau des joues à celle du cou, l'on aurait, je crois, diminué considérablement l'étendue de ce hiatus et réduit de beaucoup ses proportions; tandis que ses bords se sont cicatrisés isolément, la peau allant au-devant de la muqueuse en formant une vaste perte de substance à bords renversés. La rétraction du tissu inodulaire n'eût jamais produit une aussi grande difformité.

C'est une des belles conquêtes de l'art que la prothèse chirurgicale, même bornée au sujet qui nous occupe. On voit de quelle utilité fut pour notre malade l'usage d'un menton d'argent; car, sans parler du service qu'on lui rendit en cachant sa hideuse mutilation, il bénéficia sous tous les rapports. C'est à l'aide de sa plaque, en effet, qu'il lui fut possible de mieux appliquer la langue contre le palais, et celle-ci recouvra en grande partie ses mouvements essentiels à la phonation et à la déglutition.

La parole y gagna d'abord; mais on conçoit que la prononciation ne pouvait être parfaite; car, bien que la langue en devînt plus libre pour modifier les sons, il manquait une lèvre inférieure intelligente et flexible pour les moduler.

Par la position de cet organe, soutenu sur un plancher artificiel, l'invalide put graduer l'entrée de l'air dans les voies aériennes; en modérant ainsi la colonne du fluide aspiré, il parvint à se soustraire aux bronchites fréquentes et au commencement de surdité auxquelles il était en proie. Par là aussi il fut plus maître de ses aliments, et, en raison d'une déglutition plus facile, ses fonctions digestives s'exécutèrent de manière à lui rendre de l'embonpoint.

D'un autre côté, la salive, devenue plus rare par l'atrophie des glandes sublinguales et l'entière disparition de la glande sous-maxillaire gauche, fut conservée. J'ai dit qu'un séjour plus long des aliments moins mous dans la bouche était devenu nécessaire; c'était la conséquence de cette rareté du liquide salivaire. Frenais était obligé pour pouvoir avaler d'attendre qu'il en fût arrivé une assez grande quantité par les conduits de Stenon et par le canal de Warthon droit resté seul intact.

Si le sens du goût ne revint pas complétement, si la saveur des objets ne fut plus perçue avec la même finesse, peut-être faut-il en rapporter la cause à la privation d'une partie de la salive, à la facilité moindre qu'avait la langue de promener les aliments dans la bouche, et aussi à cette probabilité que la sensibilité de cet organe devait être émoussée par ses adhérences, son épaississement, sa direction anormale et sa rétraction vers sa base.

La rétraction dont je parle était en partie le résultat de l'absence du frein et des muscles géniens, qui n'empêchaient plus leurs antagonistes d'agir en toute liberté; mais elle tenait évidemment à une autre cause encore, à l'action contractile du tissu inodulaire, qui l'appelait sans cesse en arrière et en bas. Or la cicatrice était large et étendue, d'où il suit que les mouvements en avant et en haut pouvaient à peine se faire en l'absence de la plaque. C'est contre une telle puissance que celle-ci avait surtout à lutter.

Une dernière circonstance, enfin, me paraît digne de remarque dans l'histoire de Frenais. Pendant *trente-huit ans* qu'il porta son appareil prothétique, jamais il n'y eut aux cicatrices ni au pourtour de sa blessure aucune lésion accidentelle. On sait avec quelle facilité le tissu cicatriciel mince et fin s'ulcère et se rompt; il était ici continuellement tiraillé par les mouvements de la langue, et cependant il n'a jamais cédé. Son contact si longtemps prolongé avec une lame d'argent semblerait aussi avoir dû causer son induration et peut-être même une dégénérescence; rien de tout cela n'est arrivé; au jour de la mort, les tissus étaient aussi sains que possible. Cette immunité était due sans doute à la parfaite confection de l'appareil; mais probablement aussi au régime constant et à la bonne constitution de ce malheureux, qui avait éprouvé tant de souffrances, tant de privations et à qui la nature voulut du moins épargner d'autres maux qu'il était assurément permis de craindre.

Disons en terminant que cet invalide est celui dont le savant et modeste Ribes a parlé dans son article MACHOIRE du grand *Dictionnaire des Sciences médicales,* sous le nom de *Frenais,* et dont la difformité a été fort inexactement rendue par le dessinateur alors chargé de la reproduire.

CAUTÉRISATION PAR LE CAUTÈRE ACTUEL,

porté dans l'intérieur de la cavité de la matrice,

d'un corps fibreux qui donnait lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Destruction du tissu morbide. Guérison;

Par M. Dieulafoy, chirurgien en chef de l'hôpital de Toulouse.

Depuis plusieurs années, j'ai traité plusieurs fois avec succès, par le cautère actuel, des affections du col de la matrice, et sur ce point de la thérapeutique chirurgicale les résultats de ma pratique sont conformes à ceux qui ont été obtenus par les chirurgiens qui ont préconisé l'emploi de ce puissant agent thérapeutique. Mais, dans le fait exceptionnel suivant, j'ai été amené, par l'imminence du danger et par la nécessité d'agir avec promptitude et efficacité, à porter le cautère actuel sur une tumeur développée dans la cavité de l'utérus. Le résultat inespéré que j'ai obtenu par ce traitement énergique, l'innocuité persistante de l'emploi du cautère actuel, enfin la guérison confirmée depuis trois ans d'une affection qui semblait être au-dessus des ressources de l'art me paraissent justifier ma conduite et donner quelque valeur à ce fait, qui, quoique isolé, ne doit pas être perdu pour la science.

Le 15 janvier 1848, je fus appelé chez Mme de Laruelle, logée quai de Brienne, n° 4. Cette dame, âgée de quarante-cinq ans, native de Bourbon, d'une haute stature, bien constituée, avait été réglée à douze ans. Les menstrues, très abondantes, n'avaient jamais éprouvé ni retard, ni suppression. Mariée trois fois, elle avait eu deux enfants.

La malade me raconta que le 10 janvier elle avait éprouvé une hémorrhagie abondante avec caillot. La perte de sang se renouvela le 12, le 14; et le 15 au matin je trouvai la malade pâle, décolorée, sans force. Je constatai un bruit de souffle dans les carotides. J'évaluai à un kilogramme le sang perdu dans la matinée. La malade se refusant à toute exploration, je prescrivis le repos dans la position horizontale, une potion avec de l'ergotine, des pilules de Vallet, un

---

longitudinaux parcourent encore sa partie centrale, et viennent former sur son extrémité libre des anses, des pelotonnements, des tire-bouchons, qui constituent sur cette extrémité un petit liséré rouge. Plus tard, enfin, ce liséré disparaît à son tour et la bride devient blanche dans toute son étendue. On peut souvent sur la même pièce observer tous les degrés intermédiaires entre la bride la plus vasculaire et celle qui ne renferme plus de vaisseaux.

Nous ne savons guère jusqu'ici comment naissent ces brides frangées. Sont-elles de formation entièrement nouvelle et dues à l'organisation des produits inflammatoires? ou faut-il n'y voir que de simples protrusions de la synoviale, que l'exagération des petites saillies vasculaires qui constituent les fongosités? C'est une question qui ne me paraît pas encore suffisamment résolue. Quelques observations récentes me font cependant pencher vers cette seconde opinion.

A une époque plus avancée des modifications plus profondes se manifestent dans la synoviale et dans la couche de tissu cellulaire qui double cette membrane. Les produits de l'inflammation chronique y subissent l'organisation du tissu cartilagineux et du tissu osseux. Il en résulte de petites masses dures, dont le volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une amande et même au delà. Ces masses peuvent rester contenues dans l'épaisseur de la synoviale; mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire. Presque toujours elles s'isolent graduellement de cette membrane; quelquefois elles se dirigent vers l'extérieur de l'articulation, toujours reliées à la synoviale par un même pédicule; mais le plus souvent, refoulées vers l'intérieur par la pression des muscles environnants, elles font dans la cavité articulaire une saillie toujours croissante; bientôt elles n'y sont suspendues que par un pédicule étroit. Enfin ce pédicule, tiraillé dans un mouvement, finit souvent par se rompre, et telle est l'incontestable origine de presque tous les corps étrangers flottant dans les articulations.

Vous avez pu suivre cette évolution des corps étrangers sur un grand nombre de pièces. Plusieurs fois vous avez vu ces productions accidentelles dans l'épaisseur de la synoviale. Sur deux articulations scapulo-humérales, sur deux articulations du coude, elles faisaient en dedans une saillie considérable et étaient suspendues comme des grains de raisin dans la cavité articulaire. Trois fois enfin les corps étrangers étaient complétement libres, et à côté d'eux, comme pour éviter toute contestation sur leur origine, on en voyait d'autres qui adhéraient encore à la synoviale. La plus remarquable de ces observations est sans contredit celle de M. Vauthier; une vingtaine de corps osseux ou ostéo-cartilagineux, de volume et de forme divers, existaient, soit dans l'épaisseur de la capsule scapulo-humérale, soit dans la cavité articulaire, et parmi ces derniers les uns étaient déjà libres, tandis que les autres étaient encore pédiculés.

Les corps étrangers des articulations ne se forment pas toujours dans la synoviale ou au-dessous d'elle. Quelquefois ils prennent naissance dans les brides intra-articulaires précédemment décrites. Une fois, entre autres, j'ai trouvé un noyau osseux gros comme une aveline dans l'épaisseur d'une bride fibreuse longue de 4 centimètres, libre par sa partie moyenne, et implantée par ses deux bouts sur la synoviale de l'épaule. Il est clair que, par la rupture successive de ses deux pédicules, ce corps étranger aurait pu devenir flottant dans l'articulation.

Pendant que ces curieux phénomènes se succèdent dans la synoviale, la surface de cette membrane n'est le siége d'aucune sécrétion anormale, d'aucune exagération de la sécrétion physiologique. Il est rare de trouver dans l'articulation un peu de liquide roussâtre ou de synovie ordinaire; les surfaces sont au contraire moins humides qu'à l'état normal, et c'est de là qu'est venu le nom d'*arthrite chronique sèche.*

Disons cependant qu'à une période plus avancée la cavité articulaire se remplit quelquefois de liquide; toujours alors l'hydarthrose est produite par un corps étranger flottant dans l'articulation; et ce phénomène secondaire, tout à fait accidentel, ne peut être considéré que comme une complication qui ne change en rien l'essence de la maladie.

Mais les lésions de l'arthrite sèche ne portent pas seulement sur la synoviale; les os et les cartilages subissent de bonne heure des altérations remarquables.

La substance des extrémités osseuses se raréfie; cette raréfaction, qui s'accompagne d'une diminution notable de consistance, se fait quelquefois dans le centre de l'épiphyse, et alors l'os conserve à peu près sa forme normale; mais souvent elle a lieu dans des points superficiels, surtout dans les parties recouvertes de cartilages, et alors les surfaces articulaires s'affaissent et se déforment singulièrement. Une tête fémorale, qui vous a été présentée, était réduite à la moitié de son volume normal; elle avait la forme d'une pyramide triangulaire; et on aurait pu croire qu'une violence extérieure avait emporté plusieurs segments de cet os, si quelques restes du cartilage diarthrodial, qu'on retrouvait dans les parties les plus affaissées, n'étaient venus prouver que la déformation était le résultat d'un travail de résorption intérieure. — Sur la pièce de M. Vauthier, la tête humérale était réduite à moins du tiers de son volume; sa surface irrégulière, à angles émoussés, se prêtait assez

air frais, du bouillon mêlé à du vin. Je recommandai en outre des linges trempés dans l'eau froide sur le ventre et les cuisses si l'hémorrhagie se renouvelait.

Trois jours après, nouvelle hémorrhagie. Le tannin et l'alun furent ajoutés à la prescription. Huit jours s'écoulèrent sans nouvelle perte de sang. La malade commençait à se lever et à prendre des aliments solides, lorsque, le 27 janvier au matin Mme de Laruelle éprouva une hémorrhagie si abondante que sa vie fut en danger. Mandé auprès d'elle, je plaçai dans le vagin un fort tampon d'amadou soutenn par de la charpie et un bandage en T. La malade fut tenue au repos; je continuai les analeptiques, les astringents et le fer.

Le 3 février, je changeai le tampon, qui fut renouvelé le 6 et le 10 février. La malade reprenait des forces; tout nous donnait l'espoir d'avoir arrêté la perte, lorsque le 14 une nouvelle hémorrhagie eut lieu malgré le tampon, qui s'était dérangé dans des mouvements que la malade avait été forcée de faire.

L'hémorrhagie arrêtée, je pus explorer la matrice avec le spéculum. Je trouvai le col peu développé, le corps de l'organe très gros. Le col présentait une ouverture de 1 centimètre de diamètre, ouverture qui laissait voir un corps étranger dans la cavité de l'utérus. Avec une sonde, je pus reconnaître que ce corps étranger était une tumeur fibreuse occupant la cavité utérine très développée. J'essayai de déplacer cette tumeur fibreuse et très vasculaire, qui était adhérente, et peut-être même enchatonnée dans le tissu utérin, où elle avait pris naissance. Après avoir fait plusieurs injections à l'eau froide, je plaçai un tampon au moyen du spéculum, tampon qui devait prévenir le retour de l'hémorrhagie pendant quelque temps, et me permettre de réfléchir aux moyens à employer pour sauver la malade, dont l'existence était compromise par des hémorrhagies dont la cause était une tumeur adhérente dans la cavité de la matrice, et ne présentant pas de pédicule. Que fallait-il faire? Le danger était pressant.

Ne connaissant aucun cas analogue, je pensai que le fer rouge, porté sur la tumeur, pourrait arrêter l'hémorrhagie :

1° En cautérisant les vaisseaux d'où s'échappait le sang;

2° En déterminant une inflammation et détruisant la tumeur.

3° J'avais l'espoir, par ce moyen, de remédier à l'hémorrhagie en détruisant les tissus morbides qui la produisait. La malade ayant accepté ce moyen, je procédai immédiatement à cette opération.

N'ayant pas à ma disposition un spéculum d'ivoire assez grand pour découvrir le col de l'utérus, je plaçai un grand spéculum à développement; j'introduisis dans le spéculum un rouleau de carton mouillé qui servit très bien de corps isolant. Cela fait, j'introduisis par l'ouverture du col de la matrice et j'appliquai sur la tumeur utérine un fer rougi à blanc. Ce cautère, dont l'extrémité était fusiforme, avait un peu plus de 1 centimètre de diamètre; l'ouverture du col de la matrice ne me permit pas d'en employer de plus forts. Trois fois le fer rougi fut porté dans l'intérieur de la matrice, pénétrant dans la tumeur. Des injections d'eau froide furent faites après chaque cautérisation pour soustraire le calorique. La malade accusa peu de douleur. Avant de retirer le spéculum, j'eus le soin de tamponner le vagin. La malade dut garder le repos absolu. Nulle douleur ne se montra dans l'abdomen. Par précaution, j'avais fait prendre du sirop de pavot, du bouillon froid; de l'eau ferrée coupée avec du vin fut donnée pour soutenir les forces de la malade.

Du côté de la matrice il y eut un suintement fétide qui me força à sortir le tampon. Au bout de quaranie-huit heures, pas d'hémorrhagie; le tampon fut remis, et j'eus le soin de faire pratiquer dans le vagin tous les matins une injection d'eau chlorurée sans déranger le tampon. Six jours après, le tampon sortit par un effort et avec lui du sang rouge, que j'attribuai à la chute de l'eschare.

Nouvelle cautérisation au fer rouge. Le col de la matrice s'est dilaté. Cette dilatation nous permet :

1° D'employer un fer d'un plus grand diamètre;

2° De nous assurer de l'immobilité de cette tumeur, qui nous parut adhérente presque par toute sa circonférence.

Après la cautérisation, nous tamponâmes non-seulement le vagin, mais encore l'intérieur de la cavité faite à la tumeur par le fer rouge.

Des hourdonuets furent introduits dans le vide fait par le cautère. Nulle réaction; pas de douleur.

Le lendemain et jours suivants, suintements fétides. — Injections chlorurées.

La santé de la malade nous permit de soutenir ses forces par une alimentation plus substantielle. Du vin, du fer, et une infusion de quina. Repos absolu.

Six jours après cette seconde cautérisation, un peu de sang vermeil apparaît à la vulve. En attendant mon arrivée on plaça plusieurs bourdonnets sur le tampon, qui arrêtèrent l'hémorrhagie. A mon arrivée. j'ôte les tampons, et par des injections je rétablis les restes de l'eschare produite par la dernière cautérisation.

Le col de la matrice est très dilaté, et présente 3 centimètres de diamètre. Le doigt introduit, je suis une cavité rugueuse dont les parois sont dures. Aucun mouvement ne peut être imprimé à cette tumeur, que des mouvements de totalité de l'organe.

Je procédai à une nouvelle cautérisation avec les mêmes précautions. Enfin, pour ne point entrer dans des répétitions inutiles, je dirai que la première application du caustique a été faite le 15 février, et la dernière le 8 mars. Dans cet intervalle j'ai fait dix séances, et souvent dans chaque séance j'employai deux et trois cautères. Après chaque cautérisation j'avais le soin de faire de grandes injections d'eau froide, puis je plaçai le tampon, non-seulement dans le vagin, mais encore dans l'intérieur de la matrice. Après la troisième cautérisation, le col de la matrice, d'abord très resserré, offrit 3 centimètres de diamètre; ce qui permit d'employer des cautères d'un plus fort volume. Toujours après la cautérisation il y a eu suintement du liquide coloré et fétide. Le lendemain des cautérisations on faisait des injections d'eau chlorurée, et on remplaçait les tampons mis la veille.

Après les dernières séances, la cavité que j'avais faite par le fer rouge était si grande, que le tampon qui sortait de l'intérieur de la matrice et qui s'était moulé dans cette cavité était de la dimension d'un gros œuf de poule. Il est inutile de parler de la prudence apportée dans les dernières applications du fer rouge. Plus la cavité était grande et plus j'agissai avec précaution, explorant préalablement avec le doigt la cavité pour reconnaître les parties dures contre lesquelles je devais agir. Enfin je crus devoir cesser l'emploi du fer rouge; et, pour activer la chute par supination d'une couche mince qui entretenait l'hémorrhagie lorsque le tampon interne était enlevé, je mis sur quelques bourdonnets de charpie du caustique de Vienne en poudre, que j'introduisis dans l'intérieur de l'organe. Je les promenai sur la surface interne, et je les laissai dans l'intérieur, après les avoir soutenus par d'autres bourdonnets.

Dès ce moment la suppuration s'empara du reste de la tumeur. Tous les jours le tampon était sorti, des injections faites, et le tampon replacé. La cavité de la matrice diminua de jour en jour.

Le traitement interne et une bonne alimentation étaient continués en même temps.

Au 20 avril, Mme de Laruelle était entièrement rétablie.

Les docteurs Lafforgue et Fontan ont été témoins de la cautérisation, et ont vu la malade pendant son traitement et longtemps après sa guérison.

Aujourd'hui, trois ans après, Mme de Laruelle jouit d'une parfaite santé. Au spéculum on trouve la matrice revenue sur elle-même, et ne portant aucune trace des nombreuses cautérisations qu'elle a subies. Lorsqu'une tumeur fibreuse contenue dans la matrice est la cause d'hémorrhagies graves, ne serait-on pas autorisé à dilater le col et à faire des applications de fer rougi? Le succès obtenu chez Mme de Laruelle m'autorise à conseiller ce traitement.

RÉFLEXIONS

sur l'observation d'ecthyma inoculé par M. Vidal.

Par M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Voici les réflexions que M. Cazenave a publiées sur le fait d'inoculation de M. Vidal et que nous avons promis de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

Le fait que met en lumière le travail de M. Vidal est à nos yeux considérable à plus d'un titre. Sans doute, il démontre une vérité que depuis longtemps l'observation avait rendue incontestable pour nous et pour beaucoup d'autres, savoir : la propriété contagieuse, l'inoculabilité de la syphilis, même à l'état dit secondaire; mais il la démontre expérimentalement, mathématiquement et à l'aide du même procédé avec lequel on s'était flatté de prouver le contraire. Aussi, en l'accueillant comme un document précieux, dont à la rigueur nous n'avions pas besoin, nous nous empressons de l'enregistrer comme un argument sans réplique à opposer à plus d'une proposition erronée.

Nous comprenons que, lorsque l'on est arrivé à une conviction bien arrêtée et qu'on se trouve devant un fait qui la détruit de fond en comble, la première impression puisse être un sentiment de défiance; on ne peut pas y croire, parce qu'à son point de vue cela ne peut pas être; et alors à côté, en dehors du fait lui-même, on aime mieux créer toutes les suppositions, imaginer toutes les hypothèses plutôt que de l'admettre, si complet qu'il soit. C'est sans donte ce qui s'est passé à propos de l'observation de M. Vidal.

On a d'abord reproché à notre honorable collègue d'avoir pratiqué cette expérience sur un homme sain, lui qui avait tant blâmé l'inoculation expérimentale. Nous n'avons rien à dire sur ce point, si ce n'est que nous, qui probablement ne la pratiquerons ni ne la conseillerons jamais, nous ne nous reconnaissons pas le droit de fixer pour un autre les limites auxquelles sa conscience lui dit de s'arrêter devant l'offre d'un pareil dévouement pour la science. Mais ce droit que nous ne voudrions pas prendre, il nous semble qu'il appartient bien moins encore à ceux qui proclament l'innocuité de cette expérimentation.

Dans tous les cas, ces appréciations ne font rien au fait lui-même. Est-il infirmé davantage par le singulier argument qu'on a opposé à M. Vidal en rappelant qu'un très grand nombre d'inoculations ont été pratiquées à l'hôpital du Midi et de Lourcine avec tous les symptômes syphilitiques et n'ont jamais réussi qu'avec le chancre? Qu'importe, s'il est constant, qu'un petit nombre, si petit qu'il soit, aient été faites avec succès avec les symptômes dits secondaires! Et, d'ailleurs, on n'a pas fait attention que cette argumentation n'est point applicable au fait principal de M. Vidal, à l'inoculation du malade à l'homme sain.

M. Cullerier, comme on l'a vu dans le compte-rendu de la Société de Chirurgie, a pensé que M. Vidal lui-même pouvait s'être trompé à propos de l'ecthyma syphilitique, dont le diagnostic a été plus d'une fois difficile, qu'on aurait confondu avec la gale, etc. (M. Cullerier a soulevé une difficulté nouvelle, c'est celle du diagnostic de l'ecthyma avec le chancre.) Ici notre honorable collègue, faisant une distinction entre ce qu'il appelle l'ecthyma *tardif* et l'ecthyma *hâtif,* n'accorde qu'au premier seulement les caractères de la pustule phlyzaciée; le second ne présentant, au contraire, que ceux de la lenticulaire.

Or, comme les pustules d'inoculation du malade de M. Vidal présentaient les caractères de l'ecthyma *tardif,* et que cependant c'était un ecthyma *hâtif,* il en résulte pour lui que ce n'était point un ecthyma, au moins comme l'entend M. Vidal; ou plutôt que c'était incontestablement un ecthyma *primitif* autant que précédant la plaie, l'ulcère qu'on appelle chancre. En d'autres termes plus clairs, on peut, suivant M. Cullerier, *supposer* et *dire* que chez le malade de M. Vidal les plaques muqueuses étant la transformation du chancre, et ce chancre en se transformant ayant conservé sa propriété virulente, le malade en se grattant se sera déchiré, excorié la peau avec ses ongles : d'où inoculation!

Je ne reproduirai pas ici la réponse péremptoire de M. Vidal qu'on a pu lire plus haut; mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que l'argumentation de M. Cullerier repose sur une erreur; la pustule lenticulaire n'a jamais été un ecthyma; et celui-ci, *tardif* ou *hâtif, primitif* ou *secondaire*, a toujours pour caractère pathognomonique une pustule *phlyzaciée*.

Le fait de M. Vidal, dépouillé des subtilités de l'argumentation, peut se résumer ainsi : les deux termes de son expérience ont été un ecthyma; c'est accepté par tous; mais les uns *supposent* que cet ecthyma n'est autre que la pustule d'inoculation, ce qu'ils appellent aujourd'hui *ecthyma primitif,* c'est-à-dire, si j'ai bien compris, le précurseur, la première période du chancre. Ils le *supposent* sans établir le fait de l'inoculation pour le premier, sans qu'il y ait eu de

---

bien à l'hypothèse d'une fracture par éclatement; et l'existence simultanée de plusieurs corps osseux libres dans l'articulation fit croire à plusieurs personnes que ces corps étrangers étaient des fragments détachés de l'humérus. Cette opinion fut partagée par l'un des chirurgiens qui se sont le plus occupés des affections osseuses et articulaires, par M. Nélaton. Mais nous remarquâmes que la somme des fragments libres l'emportait de beaucoup sur le volume de la plus grosse tête humérale; nous trouvâmes, de plus, plusieurs fragments qui adhéraient encore à la synoviale, et nous ne pûmes conserver le moindre doute sur l'existence d'une arthrite chronique sèche comme cause de cette lésion bizarre. Si j'ai insisté sur ces détails, Messieurs, c'est parce qu'ils me paraissent de nature à renverser l'hypothèse de Haller et de Monro, qui considéraient les corps étrangers comme des éclats produits par des fractures; je suis convaincu que la plupart des faits invoqués par ces auteurs et par leurs adhérents sont de la même nature que le fait de M. Vauthier, qu'ils sont par conséquent relatifs à l'arthrite chronique sèche.

Quelque profonde que soit cette altération du tissu osseux, elle reste limitée à l'épiphyse : caractère important qui différencie cette affection de l'ostéite des tumeurs blanches ordinaires.

La déformation des extrémités osseuses est quelquefois telle que les os s'abandonnent, et qu'il se produit de véritables luxations spontanées. C'est à la hanche surtout que cet accident trouve des conditions propres à le favoriser. L'affaissement de la tête fémorale suffirait déjà à lui seul pour permettre le déboîtement; mais l'affaissement des bords de la cavité cotyloïde rend ce déboîtement bien plus facile encore. Dès lors la luxation se produit, et peut même aller fort loin; mais cette luxation survient peu à peu, sans douleur, sans suppuration et, pour ainsi dire, sans inflammation. Dans un cas de ce genre qui nous a été cité, il y avait un raccourcissement de 6 centimètres. Les mouvements de la cuisse, parfaitement indolents, produisaient au niveau de la hanche des craquements osseux manifestes. On trouvait la tête fémorale dans la fosse iliaque externe; en tirant sur le membre, on sentait que cette tête descendait peu à peu pour rentrer brusquement dans le cotyle. La mensuration montrait alors que le raccourcissement avait disparu; mais il suffisait que la malade se levât pour que la luxation se reproduisît. Vous voyez que tous ces caractères permettent de différencier la luxation spontanée produite par l'arthrite chronique sèche de celle qui est la conséquence de la coxalgie, et que, cette fois encore, l'anatomie pathologique a jeté la plus vive lumière sur la symptomatologie.

Il est bien difficile, Messieurs, que les couches sous-cartilagineuses des os soient longtemps malades sans que la nutrition des cartilages soit compromise. On doit s'attendre par conséquent à trouver dans l'arthrite chronique sèche une lésion des cartilages.

Mais j'ai parlé de nutrition des cartilages, et ceci demande quelques mots d'explication. Le temps n'est pas loin où les cartilages diarthrodiaux étaient considérés comme des enduits inertes, produits de sécrétion analogues aux ongles ou à l'épiderme. Ces couches d'apparence amorphe, sans fibres et surtout sans vaisseaux, paraissaient entièrement privées de vie; on disait qu'elles étaient inorganiques, et que, incapables d'être réellement malades, elles étaient seulement susceptibles de subir des altérations mécaniques par la pression ou par le frottement.

Cette opinion, émise et défendue avec beaucoup de talent par le savant professeur qui préside nos séances, fut acceptée pendant longtemps sans contestation. M. Gruveilhier démontra, en effet, d'une manière définitive que les prétendues inflammations et ulcérations primitives des cartilages, sur lesquelles Brodie avait tant insisté, étaient toujours la conséquence d'une altération préalable des os, et que les couches diarthrodiales, entièrement privées de vaisseaux, ne pouvaient ni s'enflammer, ni s'ulcérer.

Les progrès tout récents de l'anatomie générale n'ont pas ébranlé cette dernière conclusion; mais les études histologiques, en démontrant que les cartilages d'encroûtement possèdent une organisation véritable, n'ont plus permis de les considérer comme des couches inorganiques.

En effet, Messieurs, il faut bien se garder de confondre la vitalité avec la vascularité : la vascularité n'est pas le *sine quâ non* de la vie; c'est un artifice qu'emploie la nature pour distribuer le liquide nourricier aux tissus complexes des organisations supérieures; mais beaucoup d'êtres complets, et tous les embryons dans leurs phases initiales, vivent très bien sans circulation, et plusieurs tissus simples, tels que l'ivoire des dents, la cornée, la pulpe du cristallin, qui sont certainement vivants et susceptibles d'être malades, ne possèdent aucune trace de vaisseaux. La nutrition ne s'opère jamais qu'à distance, par imbibition, puisque le système vasculaire est clos de toutes parts; seulement cette nutrition est plus ou moins active; elle est proportionnelle à la richesse de la circulation. Les sucs qui servent à la nutrition des cartilages sont fournis par les vaisseaux de l'os subjacent, et voilà pourquoi, sans être peut-être susceptibles d'être primitivement malades, les cartilages peuvent du moins éprouver des troubles secondaires de nutrition dans un grand nombre d'affections des os.

(*La fin à un prochain numéro.*)

chancre après le second. D'un autre côté, M. Vidal, qui, lui, a expérimenté, *affirme* que c'était une pustule d'ecthyma constitutionnel. Or, entre des médecins également honorables, également compétents, dont les uns *supposent* sans avoir vu et dont l'autre l'*affirme* après avoir expérimenté, après avoir suivi, constaté les résultats de l'expérience, on ne peut éprouver aucune hésitation pour savoir de quel côté est, comme on l'a dit, la vérité *vraie*.

Il est vrai que, depuis, M. Boudeville a publié une seconde relation du même fait, qui diffère sur plusieurs points importants de la première qu'il avait écrite aussi lui-même. Nous laissons au lecteur le soin d'apprécier ces différences; mais nous ne pouvons nous empêcher de manifester ici notre étonnement en voyant l'importance extrême que, pour infirmer le fait, l'on a attachée à ces deux récits contradictoires. Assurément si M. Vidal eût été simple historien, si, se contentant d'une observation à lui rapportée par M. Boudeville, il était venu la faire connaître à la Société de Chirurgie en l'accompagnant de réflexions personnelles, je comprendrais toute la valeur qu'on pourrait trouver contre lui dans la différence de ces deux narrations; mais M. Vidal est l'acteur principal, c'est lui qui a expérimenté, qui a tout fait, tout vu, tout suivi, lui avec ses élèves; cette observation que, pour de bonnes raisons, sans doute, il a laissé tracer par la main même de M. Boudeville, il pouvait la rédiger lui-même ou la faire rédiger par son interne, et c'est absolument comme s'il l'avait fait quand il est venu la rapporter sous son couvert à ses honorables collègues. Or, je le demande, qui peut départager aujourd'hui ces deux récits différents? Qui, si ce n'est M. Vidal lui-même?

Disons-le donc hautement, quand un chef de service, un homme aussi compétent que M. Vidal, vient livrer à la science un fait aussi grave sous la garantie de son autorité personnelle, sans compter les témoignages nombreux dont il s'est entouré, sans doute il peut se tromper, ce qui arrive tous les jours aux plus habiles; mais, pour le prouver, il faut d'autres arguments que des réminiscences, des suppositions ou des hypothèses.

Pour nous, c'est un fait complet et désormais acquis à la science. Comme je le disais en commençant, il a une grande importance à plus d'un titre.

En entendant parler d'ecthyma primitif, j'ai cru un instant que la question allait être placée sur son véritable terrain; mais j'oubliais que les honorables médecins dont je ne partage pas les doctrines, et qui repoussent le fait de M. Vidal, ne reconnaissent de symptôme primitif que le chancre. A ce compte, alors même que l'on accorderait que le pus inoculé a été puisé à un chancre, la seconde partie de l'observation n'en aurait pas moins une valeur tout aussi embarrassante; car, dans ce cas, le chancre aurait inoculé la syphilis sous forme d'ecthyma et sans la moindre apparence chancreuse. C'est qu'à force de vouloir réduire la syphilis aux proportions restreintes d'une doctrine étroite, on s'est enfermé volontairement dans un cercle vicieux qui ne peut aller qu'en se resserrant davantage. Forme, ordre d'apparition des symptômes, ne sont, nous l'avons dit il y a longtemps, que choses secondaires. La syphilis est une, quels que soient les caractères qu'elle revête; mais elle peut exister à deux états bien différents; à l'état aigu et à l'état chronique. C'est dans l'étude sérieuse de ces deux états, en dehors de l'expression symptomatique, qu'il faut aller chercher la clef de ces faits en apparence contradictoires; c'est là seulement qu'on trouvera la solution de ces questions si difficiles qu'il faut élargir au lieu de les rapetisser, si l'on veut arriver à la vérité. Acceptons donc les faits quand ils sont authentiques; ce sont autant d'enseignements qui se rient de l'argumentation théorique, et qui plus tard, en dépit des systèmes, jetteront une féconde lumière sur ce chaos devant lequel tant d'efforts sont restés impuissants.

Le fait de M. Vidal se présente avec ces caractères. Nous aurons sans doute plus d'une occasion d'y revenir, car chacun de ces détails a une importance que le temps nous permettra d'apprécier. Pour le moment, en le prenant dans son expression la plus simple, il démontre la contagion de l'ecthyma syphilitique et son inoculabilité sous la même forme: il démontre que l'inoculation expérimentale, en rapport avec ce que l'observation nous apprend de l'inoculation naturelle, ne peut à aucun titre servir de base à une doctrine sur la syphilis, puisque, comme moyen, ses résultats varient en vertu de lois qui nous sont encore inconnues, et que par conséquent il y a plus que de la témérité à prétendre rien formuler dans un cadre fragile; il démontre enfin que l'autocratie du chancre n'est qu'un brillant rêve.

DE L'ALCOOL
considéré sous le rapport toxicologique.

Par M. B. Morin, professeur de chimie à l'Ecole de Médecine de Rouen.

La constatation de l'alcool dans un cas d'empoisonnement est un des problèmes les plus difficiles de la chimie légale, à cause de la propriété très diffusible de ce liquide.

Appelé plusieurs fois pour en déterminer l'existence dans des cas de mort par suite d'ivresse, nous n'avons pu y parvenir; mais il faut dire que nos expériences n'ont été faites que longtemps après la mort. La dernière circonstance dans laquelle nous avons opéré est la suivante:

Le nommé G..., après avoir passé quelques heures dans une maison de tolérance, y but une certaine quantité d'eau-de-vie, qui produisit une grande exaltation d'idées et sans doute de l'ivresse. Bientôt il fallut régler le compte de dépenses diverses, et de son refus résulta une rixe violente...

Le lendemain, le cadavre de ce malheureux fut trouvé dans la Seine; le docteur Béchet, chargé de l'autopsie, fut frappé de l'odeur éthérée qui se dégagea du cadavre. L'estomac nous fut remis avec le liquide qu'il contenait. Notre premier soin fut de déposer ce liquide dans un flacon parfaitement bouché, afin de s'opposer à la volatilisation du liquide, dont l'odeur accusait la présence de l'éther.

Le liquide contenu dans l'organe avait, indépendamment de l'odeur que nous venons de signaler, une réaction acide très prononcée. Cette dernière propriété ne nous offrait rien de surprenant, car nous avons constaté plusieurs fois l'existence de l'acide acétique dans quelques cas de mort par suite d'ivresse.

On sait d'ailleurs que cet acide se produit en grande quantité dans les mauvaises digestions. L'acidité remarquable du liquide de l'estomac nous prescrivit le mode d'opérer que nous allons exposer et qui était commandé par la crainte de transformer l'alcool en éther par le concours de l'acide.

En conséquence, nous avons saturé le liquide par du bicarbonate de soude jusqu'à cessation d'effervescence; la préférence accordée à ce sel pour la saturation de l'acide au lieu du carbonate de soude ordinaire est fondée sur la propriété qu'il possède de n'avoir qu'une faible action sur les matières organiques. Ensuite nous avons procédé à la distillation en observant les précautions qu'exige l'obtention de liquides aussi fugaces que l'alcool et l'éther. Lorsqu'on eut obtenu la moitié du liquide contenu dans la cornue, on démonta l'appareil, et on trouva dans le récipient un liquide aqueux, légèrement opalin, d'une odeur éthérée très sensible et d'une saveur qui rappelait aussi celle de ce liquide.

Le produit de la distillation, introduit dans un flacon à l'émeri, fut additionné de carbonate de potasse pur jusqu'à ce qu'il refusât d'en dissoudre, et, en abandonnant le mélange à lui-même, on vit apparaître une faible couche d'un liquide qui possédait l'odeur déjà constatée et la propriété de s'enflammer, à la façon de l'alcool, par l'approche d'une bougie.

La présence de l'alcool et de l'éther étant constatée, il était important, sous le rapport de la science, de savoir si la victime n'avait point ingéré d'éther. L'instruction judiciaire a établi que cet homme jouissait d'une santé parfaite et n'avait été soumis à aucune médication depuis longtemps. Or, l'éther s'était formé dans l'estomac; mais comment expliquer sa production? S'est-il développé, sous l'influence de la vie, une élévation de température qui ait pu favoriser l'éthérification de l'alcool par le contact de l'acide acétique ou des autres acides contenus dans cet organe? Cette supposition ne peut être accueillie. N'est-il pas plus probable que la diastase animale admise par M. Mialhe dans la salive, sécrétée plus abondamment par le passage de l'alcool dans la bouche, se trouvant mêlée avec ce liquide, a, par une sorte de puissance catalytique, donné naissance à de l'éther?

Cette hypothèse serait admissible en présence de plusieurs résultats curieux obtenus récemment; à savoir: que l'amidon désagrégé, maintenu dans la bouche pendant une minute environ, sa trouve transformé en glucose.

Cette action de la salive sur les matières amylacées rend raison de l'existence du sucre dans le sang et dans le foie, où on l'a récemment découvert.

Les résultats de ce travail démontrent qu'il ne faut pas négliger, en pareille circonstance, de lier avec soin l'estomac et de le conserver dans un bocal parfaitement bouché.

Si jusqu'ici il a été impossible de constater la preuve de l'alcool dans un cas de mort par suite d'ivresse, cela est dû à ce que les chimistes ignorent la formation de l'éther en pareille circonstance, et à la négligence des précautions à prendre pour la conservation de liquides aussi volatils que ceux que nous avons constatés.

Note de M. Chevallier. — Nous avons démontré la présence de l'alcool dans les matières extraites de l'estomac d'un homme ivre qui avait été écrasé par une voiture, il n'y avait pas eu production d'éther.

(*Journal de Chimie médicale.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mars 1851. — Présidence de M. Orfila.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

1° Rapport sur les eaux minérales d'Allevard (Isère) par M. Niépse, médecin de l'établissement.

2° Rapport sur les malades militaires traités aux eaux de Vichy pendant l'année 1850, par M. Barthez.

3° Rapport sur les malades traités aux eaux minérales de Guagno, (Corse), par M. le docteur Testière, médecin de ces eaux.

Vaccine.

4° Rapport sur la vaccine dans le département du Nord, par M. le docteur Thouvenin.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

Statistique du choléra dans la commune de Chauny (Aisne), par M. Honoré Fabre.

Corps fibreux de la matrice.

M. Dieulafoy, membre correspondant de l'Académie à Toulouse, envoie une observation de corps fibreux de la matrice. (Voir clinique de l'hôpital de Toulouse.)

Superfétation ombilicale.

M. le docteur Sulikouski, médecin à Jallancourt (Meurthe), adresse sous ce titre l'observation détaillée et très intéressante d'une jeune fille de quatorze ans qui, à l'âge de dix ans, a rendu, par une ouverture spontanée de l'ombilic, un fluide analogue aux eaux de l'amnios. A l'âge de quatorze ans, le ventre de cette jeune fille étant devenu très gros, une rupture spontanée se fit, et M. Sulikouski put extraire de la cavité abdominale un fœtus mal conformé, adhérant aux épiploons. La jeune fille s'est rétablie de cette grave opération.

Nomination.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre dans la section d'accouchements.

A un premier tour de scrutin, les suffrages se répartissent de la manière suivante:

MM. Cazeaux	38	voix.
Chailly	26	
Depaul	7	
Devilliers	9	
Jacquemier	6	

Nombre de votants: 86.

Au second tour de scrutin, il y a 89 votants, dont les voix se divisent ainsi:

MM. Cazeaux	57	voix.
Chailly	29	
Depaul	2	
Devilliers	1	

M. Cazeaux, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du pouvoir exécutif.

Fièvre jaune et ictère.

M. Garnier, médecin à l'hôpital militaire de Versailles, lit un mémoire sur l'identité de la fièvre jaune et des ictères graves d'Europe. Voici les conclusions qui terminent ce travail:

1° Si on compare l'étiologe tracée dans mes deux mémoires, à laquelle je rattache l'origine des ictères graves observés parmi les soldats de l'armée d'Italie en 1849 et dont un cas a été observé à l'hôpital militaire de Versailles le 19 juillet 1850, avec celle que les auteurs ont décrite comme pouvant produire le typhus ictérode, il est évident qu'il y a déjà ici une ressemblance parfaite.

2° En rapprochant la symptomatologie telle que je l'ai mentionnée en traçant l'historique de ces ictères remarquables de la description des symptômes propres au typhus d'Occident telle que les auteurs l'ont faite, on ne peut nier qu'il n'y ait une parfaite identité entre ces deux affections morbides.

3° La marche, la durée de la maladie, les phénomènes sur lesquels un pronostic toujours grave peut être fondé lorsqu'on observe la fièvre jaune correspondent également à ce que j'ai écrit sur ces divers points.

4° L'anatomie pathologique confirme plus que toute autre partie de l'histoire de ces ictères graves que ceux-ci ne sont et ne peuvent être que la fièvre jaune spontanée et sporadique.

5° Les phénomènes morbides observés et les lésions anatomiques sont si palpables et créent un diagnostic différentiel si précis qu'il est impossible de confondre cette maladie avec toute autre, et prouvent clairement qu'elle n'est que le typhus d'Occident.

6° On doit admettre désormais dans la pratique médicale en France, surtout en Algérie et à Rome, l'existence d'une fièvre jaune *spontanée* et *sporadique*.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1851. (24e ANNÉE.) N° 28. — SAMEDI 8 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 7 MARS 1851.

De la validité des cessions de clientèle

ÉT DES ENGAGEMENTS QUI EN RÉSULTENT.

L'engagement pris par un médecin de présenter, moyennant un prix déterminé, un de ses confrères à sa clientèle, et de le faire agréer par elle en son lieu et place est-il valable?

L'engagement pris par le même médecin, aux mêmes conditions, de ne pas exercer son état dans un certain rayon, est-il également valable?

Nos lecteurs se rappellent sans doute qu'à propos de semblables questions résolues négativement, nous engagions, il y a un an environ, ceux de nos confrères qui cèderaient leur clientèle à n'accepter d'engagements que de la part d'hommes dont la bonne foi fût prouvée, puisque, contrairement à toutes les notions du juste et de l'injuste, une cour venait de décider que les engagements pris dans de telles circonstances n'avaient rien d'obligatoire. Ces questions, tant controversées, viennent d'éprouver une nouvelle péripétie à propos d'une affaire que le *Droit* expose en ces termes :

La question de savoir si un médecin peut céder sa clientèle, moyennant un certain prix, est une des plus délicates et des plus controversées. Déjà, dans un article de médecine légale, signé par M. le docteur Flandin, le *Droit*, dans son numéro du 9 avril 1846, a traité cette question, qui intéresse fort le corps médical.

Depuis, la jurisprudence a eu plusieurs fois à se prononcer sur elle, et l'a presque toujours fait d'une manière contradictoire : c'est ainsi qu'à très peu de jours de distance le tribunal de Versailles décidait, en 1846, dans le sens de l'affirmative, tandis que le tribunal de la Seine adoptait la négative.

Cependant un arrêt de la Cour de Paris du 19 avril 1850, infirmatif d'un jugement de Fontainebleau, semble avoir fixé la jurisprudence dans le premier sens, et l'arrêt que nous rapportons aujourd'hui n'est qu'une consécration nouvelle de cette opinion.

Voici dans quelles circonstances ce dernier arrêt, qui est également infirmatif en cette partie, a été rendu :

M. Demommerot, médecin à Couilly, près de Meaux, s'était engagé, moyennant une somme de 7,000 fr., à présenter M. Dumont, son confrère, à sa clientèle, et à se le substituer auprès d'elle. Par le même traité, il s'était interdit la faculté d'exercer sa profession dans un certain rayon.

Le traité, ainsi accepté de part et d'autre, reçut son exécution : M. Demommerot présenta M. Dumont à sa clientèle, et M. Dumont fit un premier payement sur la somme de 7,000 fr. qu'il s'était engagé à payer.

Depuis plus d'une année les choses étaient en cet état, lorsque M. Dumont refusa de payer ce qu'il restait devoir, prétendant que l'engagement qu'il avait pris était nul. Une instance eut lieu alors entre les parties, et le 27 août 1849, le tribunal de Meaux, appelé à statuer sur la contestation, rendit le jugement suivant :

« Attendu que la clientèle de médecin proprement dite ne peut pas faire l'objet d'un traité, puisque cette clientèle ne repose uniquement que sur la confiance qu'inspirent aux familles le savoir et l'expérience du médecin, et qu'il ne peut pas dépendre de la volonté du médecin cédant d'assurer à celui avec lequel il traite telle ou telle cure, que par conséquent la vente d'une clientèle médicale ne peut entrer dans le commerce;

» Mais attendu qu'aucune disposition de la loi ne s'oppose à ce qu'un médecin prenne vis à-vis d'un autre l'engagement de s'abstenir d'exercer son état dans une circonscription déterminée;

» Qu'une pareille convention constitue l'obligation de ne pas faire, laquelle de sa nature est licite, conformément à l'art. 1126 du Code civil;

» Attendu que les conventions verbales intervenues entre le sieur Demommerot et le sieur Dumont renferment les deux stipulations particulières ci-dessus; qu'il suit des motifs ci-dessus développés que l'une, celle relative à la clientèle, est nulle, et que l'autre est valable;

» En conséquence, le Tribunal déboute Demommerot en partie de sa demande, et condamne les deux parties chacune à moitié des dépens. »

M. Demommerot a appelé de ce jugement et en a demandé l'infirmation partielle devant la Cour d'appel de Paris.

Me PLOCQUE, pour l'appelant, a soutenu la validité du traité pour le tout.

Me JOSSEAU a, au contraire, conclu à la confirmation du jugement; mais la Cour, sur les conclusions de M. l'avocat général METZINGER, considérant que la cession verbalement faite à Dumont par Demommerot n'a été, suivant la commune intention des parties contractantes, qu'une promesse de ce dernier à Dumont de le recommander à ses clients et de se le substituer auprès d'eux dans l'exercice de son art, au moins autant que cela dépendait de sa volonté; que cette promesse, ainsi que l'engagement de s'interdire l'exercice de la médecine dans un certain rayon, n'ont eu pour objet qu'une obligation, soit de faire, soit de ne pas faire, a infirmé; et toutefois, considérant que le vendeur a quitté la commune peu de temps après le traité, et qu'il n'a pu donner à Dumont qu'un appui temporaire, a réduit à 6,000 fr. la somme due par Dumont à Demommerot, et condamné Dumont en tous les dépens.

Ce jugement, rendu pour la seconde fois d'une manière conforme par la Cour de Paris, contribuera, nous l'espérons, à fixer enfin la jurisprudence sur une question qui se présente si souvent entre médecins, et nous ne pouvons que regretter de voir de tels jugements rendus nécessaires. Toutefois, comme les arrêts d'une Cour d'appel ne sont que des antécédents, et qu'ils ne peuvent faire loi vis-à-vis des autres cours, nous renouvellerons à nos confrères le conseil, que nous leur avons déjà donné, de n'accepter des engagements pour concession de clientèle que de la part de confrères dont la bonne foi sera à l'abri de tout soupçon. H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la constitution médicale régnante.

Les épidémiographes de profession trouvent facilement dans tous les temps une constitution médicale régnante dont ils tracent sans difficulté la physionomie caractéristique. Mais, il faut le dire, pour se retrouver dans ces tableaux un peu de fantaisie, il faut une perspicacité qui n'a point le vulgaire des praticiens, et, pour cette raison, les tableaux en question n'ont guère d'autres avantages que de faire ressortir la finesse d'esprit, la délicatesse des sens de l'artiste. Cela explique pourquoi nous parlons si rarement de la constitution médicale du ciel sous lequel nous écrivons : c'est que nous ne voyons cette constitution que lorsqu'elle frappe tout le monde. Telle est celle qui règne en ce moment à Paris. Il suffit d'assister à une assemblée quelconque pour se convaincre immédiatement qu'une cause morbifique générale y fait sentir son influence.

Cette influence, quand elle agit à un degré modéré, détermine pour premiers symptômes une angine et un coryza accompagnés de phénomènes généraux plus ou moins prononcés, suivant l'intensité de ces deux phlegmasies elles-mêmes, mais en général très modérés. Lorsqu'ils prennent un certain développement, c'est qu'il se joint à l'angine et au coryza une inflammation plus ou moins étendue de l'arbre aérien, inflammation que nous n'avons pas vue revêtir toutefois la forme grave de bronchite capillaire, comme on le voit assez fréquemment dans certaines épidémies analogues à celle que nous subissons. Il se joint aussi à l'angine et au coryza, dans les cas où les phénomènes fébriles acquièrent un certain développement, de la diarrhée avec ou sans coliques. Dans un certain nombre de cas, ce dernier symptôme est le premier qui se manifeste; quelquefois aussi il est le seul qui trahisse localement l'influence morbide subie par le malade. Les nausées sont assez rares, les vomissements plus rares encore; nous les avons vus cependant acquérir une intensité assez grande pour donner à la maladie un caractère cholériforme; dans ces cas, il y avait un sentiment de froid prononcé et quelquefois même un véritable refroidissement physique de la peau; enfin, dans les cas où ces symptômes ont eu le plus d'intensité, une coloration bleuâtre du tégument a accompagné ce refroidissement.

Ces symptômes seraient-ils de nature à faire admettre un certain degré de parenté entre l'influence épidémique actuelle et l'influence cholérique? Nous n'oserions nous prononcer à cet égard, quoique nous ne soyons pas éloigné de croire à une solution affirmative de cette question. Depuis notre dernière Revue, en effet, plusieurs nouveaux cas de choléra véritable nous ont été signalés, dont un, dans le service de M. le professeur Rostan, s'est terminé par la mort. La présence de parotides, affection ordinairement si rare à Paris, chez un certain nombre de personnes qui subissent l'influence morbide, nous paraît favorable à l'opinion vers laquelle nous penchons.

Quoi qu'il en soit, on voit que l'épidémie actuelle se trahit d'abord et principalement par une phlogose des voies aériennes, ensuite et le plus souvent accessoirement par une phlogose gastro-intestinale. Nous avons affaire, en un mot, à la maladie qu'on a désignée sous le nom de *grippe*, et qu'on désignait il y a un demi-siècle sous le nom peut-être préférable de fièvre muqueuse. Seulement, cette fièvre est assez peu intense pour ne se terminer que très rarement d'une manière fatale, et pour n'avoir pas augmenté d'une manière sensible la mortalité des hôpitaux ni de la ville.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de chimie, par M. le professeur ORFILA.

(8e édition. — 2 vol. in-8°.)

M. Orfila a été longtemps un de ces hommes dont il était aussi difficile de faire l'éloge que la critique. L'éminente position qu'il s'était faite par sa haute intelligence, son activité incessante et son travail était le prétexte invoqué tout à la fois pour et contre lui par ses amis et par ses ennemis. Les premiers soutenaient, et non sans raison quelquefois, que c'était à l'homme politique que s'adressaient en réalité les critiques souvent virulentes, toujours passionnées de tel ou tel chimiste d'une opinion contraire, sous le couvert d'une objection présentée au savant ou au médecin légiste. Les autres ne voulaient pas admettre qu'un éloge désintéressé pût être adressé à un homme, quel que fût son mérite d'ailleurs, par cela seul qu'il était, en même temps que professeur, doyen d'une Faculté, et l'un des membres les plus influents du conseil supérieur de l'instruction publique.

Sous ce rapport, à notre avis, M. Orfila n'a peut-être pas eu autant à se plaindre qu'on pourrait le croire des temps révolutionnaires et de la brutale destitution dont il a été si iniquement frappé. On sait de quelles marques universelles de sympathie, de quels regrets unanimes les élèves l'ont accompagné dans sa retraite; jamais, nous l'affirmons, de plus enthousiastes acclamations n'avaient salué le doyen à l'apogée de sa puissance et de son crédit que M. Orfila redevenu, le lendemain de sa catastrophe, simple professeur de cette faculté dont il restera l'une des gloires. A peine quelques haines invétérées, dont il nous serait pénible de rechercher les motifs, ont-elles persisté, si rares que l'on a pu les compter, et cette honorable chute n'a servi qu'à mettre plus en relief l'envie et la jalousie impuissance de ceux qui l'avaient renversé. Nous ne rappellerons pas, ces événements sont d'hier, les éclatantes réparations qui sont venues lui apporter, si tant est qu'il en eût besoin, des consolations de toutes sortes; et il y a quelques semaines encore, l'Académie de Médecine n'a-t-elle pas mis le comble à ces témoignages de haute estime en le choisissant pour son président annuel?

Grâce à ces événements, M. Orfila a eu le rare bonheur, sans perdre même momentanément de son autorité morale, de voir commencer pour lui le jugement de la postérité, c'est-à-dire l'appréciation impartiale de ses actes administratifs comme chef de la première faculté de France, de ses travaux et de ses laborieuses découvertes comme chimiste et comme médecin légiste, en dehors de toute considération étrangère à la science. Nous devons dire aussi qu'après quelques semaines forcément consacrées aux soins d'une défense personnelle couronnée par le succès, le savant professeur reprenait, dans le silence du cabinet et du laboratoire, ses importantes recherches scientifiques à regret un instant interrompues, et continuait avec amour cette noble tâche de l'enseignement qu'il s'est imposée depuis plus de trente ans et à laquelle il n'a jamais failli.

Le résultat de ces deux années de travail, c'est la publication d'une huitième et toute nouvelle édition de son *Traité de Chimie* appliquée à la médecine, suivant à bien peu de distance celle de sa *Médecine légale* terminée en 1848. Nous avions besoin de rappeler ces faits pour justifier ce qui nous reste à dire de M. Orfila, dont, nous devons le déclarer, nous n'avons osé écrire l'éloge sans restriction que depuis qu'il n'est plus au pouvoir.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de M. Orfila comme médecin légiste et comme toxicologiste. Nous avons, à l'occasion du *Traité de Médecine légale*, consigné dans ce journal il y a deux ans ce que nous pensions de ses travaux. Comme professeur de chimie à la Faculté, ses mérites ne sont pas moindres.

S'il n'est pas un de ces hommes qui comptent parmi leurs titres l'addition au catalogue, déjà si chargé de la nomenclature chimique, de quelques centaines de ces formules plus ou moins compliquées dont il ne nous appartient pas, à nous profane, de contester l'utilité, on ne refusera pas à M. Orfila de posséder au plus haut degré le rare talent d'assimilation intellectuelle et d'exposition sans lequel il n'est pas de professeur complet. Grâce à cette merveilleuse lucidité qui forme un des traits saillants de son caractère, on sait comme il fait passer aisément dans l'esprit de ses auditeurs les connaissances les plus péniblement acquises, comme il leur fait sans peine toucher du doigt les difficultés les plus ardues de la science. Qui de nous ne se rappelle ces brillantes et cependant élémentaires leçons au sortir desquelles nous nous trouvions tout surpris d'avoir, sans le moindre effort, appris et retenu tant de choses!

Cette clarté, cette méthode qui ont fait à si juste titre la réputation du cours de chimie de la Faculté, et qui attirent à son amphithéâtre bon nombre d'auditeurs en dehors des élèves en médecine, M. Orfila les a transportées dans ses ouvrages, dont la lecture est aussi facile et aussi attrayante que sa parole est agréable à entendre. Il a pu avec bonheur, et sans cesser d'être complet, condenser

On comprend, d'après cela, que la thérapeutique de cette affection soit très peu active. Tous les praticiens que nous avons interrogés se bornent à prescrire quelques calmants, dont l'énergie est proportionnée à l'intensité des symptômes; rarement la saignée paraît nécessaire; la plupart des malades même ne sont point astreints au repos et peuvent sans inconvénients vaquer à leurs affaires. Une diète légère, une tisane émolliente, l'abstention de vin pur, de liqueurs et de café, quelques lavements amidonnés dans le cas de diarrhée, et surtout une température modérément chaude et uniforme, favorisent la solution de la maladie, qui se juge habituellement du quinzième au vingtième jour.

Du traitement des ecchymoses par les cataplasmes.

M. Velpeau a fait sur un des malades de son service une expérience thérapeutique dont l'importance n'est pas considérable, mais dont les résultats, qu'on peut encore parfaitement apprécier aujourd'hui, méritent cependant d'être signalés. Tout le monde sait que depuis des siècles les ecchymoses sont traitées par les chirurgiens à l'aide d'applications froides et résolutives. Un chirurgien, ayant expérimenté d'autres traitements, est arrivé à ce résultat que les cataplasmes émollients produisaient une résolution plus prompte de l'ecchymose que la médication traditionnelle. La question thérapeutique des ecchymoses, si simple qu'elle soit, soulève des questions dont la solution n'est pas beaucoup plus facile que celles d'une thérapeutique plus compliquée : ici, comme dans toutes les autres questions relatives à l'efficacité des agents médicamenteux, il y a à distinguer ce qui appartient à la marche naturelle de la maladie de ce qui est l'effet du traitement employé, et l'on n'ignore point que c'est précisément dans cette distinction que résident les grandes difficultés en matière de thérapeutique. Les conditions qui président à la formation et à la disparition étant nombreuses et diverses, il peut très bien arriver que chez un individu l'ecchymose disparaisse plus tôt que chez un autre sans qu'il en résulte que le traitement employé chez le premier soit préférable à celui qu'on a mis en usage chez le second; il peut en être de même de deux ecchymoses siégeant sur le même individu; enfin, il peut en être de même encore de deux portions de la même ecchymose, car dans une même ecchymose tous les points n'éprouvent pas une amélioration uniforme, et, entre autres conditions qui favorisent la résolution, se trouve la pesanteur; en sorte que la partie inférieure des ecchymoses se résout, en général, moins promptement que la partie supérieure.

M. Velpeau, ne méconnaissant aucune de ces difficultés de l'observation, a donc choisi pour faire l'expérience en question une large ecchymose qu'il a divisée, par une bandelette de diachylum, en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure; sur la première, il a appliqué le traitement généralement usité; sur la seconde, des cataplasmes émollients. Or on peut voir aujourd'hui que sur la partie supérieure de l'ecchymose la résolution est à peu près complète, tandis qu'elle est beaucoup moins avancée sur la partie inférieure. Si l'on pouvait tirer de cette seule expérience des conclusions définitives, il en résulterait, comme on le voit, que, si les cataplasmes n'ont pas une infériorité marquée sur les applications résolutives, il s'en faut au moins qu'ils aient une supériorité quelconque. Mais, quoique cette conclusion nous paraisse très probable, nous ne la considérons pas néanmoins comme tout à fait certaine. Outre l'influence légère de la pesanteur, qui a pu agir ici sur la partie inférieure de l'ecchymose, les cataplasmes peuvent avoir eu à lutter contre l'influence plus puissante qui résulte de la différence de l'altération qu'ont éprouvée les divers points de la partie ecchymosée; il est très facile de comprendre que la partie inférieure ait été plus fortement contuse que la supérieure, et tout le monde sera frappé des causes d'erreur qu'une telle condition peut apporter dans l'expérimentation. Comme l'expérience tentée par M. Velpeau est de celles auxquelles on peut se livrer sans inconvénient aucun pour les malades, il sera donc utile qu'il la répète deux ou trois fois encore dans des conditions semblables, et alors les résultats obtenus pourront être acceptés comme définitifs et servir de régulateur à la pratique.

Hypertrophie légère avec névralgie de la mamelle gauche chez un jeune homme de dix-neuf ans.

Au n° 22 de la salle des hommes de l'hôpital des Cliniques est couché en ce moment un jeune homme de dix-neuf ans, qui se plaint de souffrir dans la région mammaire gauche depuis trois ans. Les douleurs sont comparées par le malade à des picotements, à des élancements, quelquefois à des pressions violentes; elles sont rémittentes, reviennent à diverses reprises pendant le jour, lorsque le membre supérieur fatigue; mais elles ont plus de tendance à se reproduire pendant la nuit. Ce jeune homme assure que depuis quelques semaines en particulier il est éveillé à diverses reprises pendant la nuit par le retour des douleurs.

La mamelle gauche présente une augmentation notable de volume; elle est dure, comme lobulée, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression. Celle du côté droit n'offre rien de semblable.

La forme et l'aspect de la tumeur ont fait penser à M. Gosselin qu'il s'agissait d'une hypertrophie légère de la mamelle, comme on en observe assez souvent des exemples chez les jeunes garçons à l'époque de la puberté. Mais les douleurs sont ici plus vives, plus persistantes et plus rebelles qu'elles ne le sont habituellement dans les cas de ce genre. Leur intermittence et les caractères de la tumeur ont fait penser qu'il s'agissait ou d'une légère inflammation concomitante, ou d'une névralgie, et l'ensemble de la maladie est plutôt favorable à l'idée d'une névralgie accompagnant l'hypertrophie mammaire.

La douleur a résisté à divers moyens émollients et narcotiques dont l'usage avait été conseillé en ville; elle est assez gênante pour que le malade demande qu'on enlève la tumeur. Avant de se décider à cette opération, dont les suites seraient sans doute simples, M. Gosselin a prescrit du sulfate de quinine mélangé avec l'extrait gommeux d'opium. Jusqu'ici l'amélioration n'a pas été très sensible.

M. Gosselin a recherché si quelque vice de conformation des organes génitaux accompagnait, ainsi qu'on l'observe quelquefois, cette hypertrophie de la mamelle; mais il n'a rien trouvé de semblable. Les testicules et la verge ont un développement convenable; la voix n'offre rien de particulier. On remarque seulement que cet individu n'a pas de barbe, que le système pileux est généralement peu développé chez lui, et qu'il est d'un tempérament lymphatique. Peut-être, avant d'avoir recours à l'ablation, pourrait-on essayer les applications anesthésiques locales dont on a tant vanté l'efficacité dans les névralgies.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Indications et contre-indications d'opérer dans l'hydrocéphalie chronique.

Nous observons en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine deux cas fort remarquables d'hydrocéphalie chronique. L'hydrocéphalie n'est pas une maladie assez fréquente pour qu'il soit donné souvent au même observateur d'en étudier simultanément plusieurs cas dans le même hôpital.

L'un des petits malades est âgé de vingt-trois mois, l'autre de quatorze mois seulement. Nous ne voulons pas donner aujourd'hui ces deux observations, qui sont recueillies avec soin et qui seront publiées dans leurs détails; notre intention est seulement de considérer ces deux enfants sous le rapport du traitement opératoire.

Tous deux sont en quelque sorte des types, l'un de contre-indication, l'autre d'indication d'opérer. C'est là, en effet, le point de pratique qu'il importe le plus d'éclaircir, attendu qu'il existe à cet égard, parmi les chirurgiens, des dissidences propres à laisser dans une grande perplexité le praticien qui a un cas de ce genre à traiter.

Il n'est pas dit que, même après qu'on aurait discuté la question avec beaucoup de soin, on pourrait mettre un terme à la perplexité du thérapeutiste; car elle est peut-être dans la nature même des choses; mais enfin, si la solution est difficile à trouver, ce n'est pas en se croisant les bras qu'on pourra la découvrir.

Quelles sont donc les bases présumables d'une solution ? Voici celles qui nous serviraient de point de départ.

1° *Quelle est la durée moyenne de la vie chez les enfants atteints d'hydrocéphalie chronique?*

Voilà ce qu'il importerait au plus haut point d'établir; car c'est la base capitale de l'indication ou de la contre-indication d'opérer. C'est la condition *sine qua non* d'une bonne appréciation en cette matière. Et, chose étrange, c'est la considération qui a été la plus négligée. M. Chassaignac l'a fait ressortir dans son travail sur les tumeurs de la voûte du crâne. Il a rappelé des exemples de sujets qui ont atteint toutes les périodes de la vie, même le vieillesse, avec une hydrocéphalie bien constatée. Tous ces individus, de 12, 15, 20, 30, 40, 50 ans et plus, que leur serait-il arrivé si on eût recouru à la ponction avec ce laisser-aller et cette confiance que montrent quelques auteurs d'observations fort contestables ! N'est-il pas infiniment probable que les deux tiers ou les trois quarts de ces sujets auraient succombé de très bonne heure? Et pour ne parler que des deux enfants que nous avons sous les yeux, l'un a déjà vécu vingt-trois mois, l'autre quatorze. Y a-t-il un chirurgien qui les eût conduits jusque-là en leur pratiquant la ponction dans les premiers temps de la maladie, qui, chez ces deux enfants, a commencé vers la sixième semaine après la naissance?

On voit donc qu'un élément indispensable pour apprécier sainement la question opératoire, c'est la connaissance de la durée moyenne d'existence dévolue aux enfants atteints d'hydrocéphalie.

C'est là l'objet d'un travail fort intéressant, et qui consisterait à rapprocher le plus grand nombre possible d'observations recueillies chez des sujets non soumis à la ponction.

Jusqu'à présent, et en prenant la science au point où elle en est, voici quelques autres considérations qui se rattachent aux indications opératoires.

L'une des premières données à établir quand on pose la question opératoire est celle-ci : L'hydrocéphalie chez le malade à traiter est-elle en progrès appréciable? est-elle en état stationnaire? est-elle en marche décroissante? Opérer lorsque la maladie est en voie de décroissance spontanée, ce serait tout bonnement absurde. Opérer quand le mal est stationnaire, c'est un peu moins déraisonnable; mais, suivant nous, on doit s'abstenir. D'abord parce qu'en amenant une perturbation quelconque dans l'assiette actuelle de la maladie qui n'empire pas, on s'expose à donner une impulsion nouvelle à la sécrétion morbide; ensuite parce qu'on se prive du bénéfice possible d'une guérison spontanée qui avait chance de se produire par le fait de la suspension actuelle des progrès du mal.

Une condition indispensable à nos yeux pour opérer, et ce n'est pas la seule, c'est donc que le mal soit en état actuel de progrès.

C'est précisément ce qui existe chez l'enfant de quatorze mois, dont la tête a pris des proportions tellement considérables, qu'elle offre une circonférence horizontale de 84 centimètres au niveau de la partie la plus saillante des bosses pariétales.

Une autre source d'indication se puise dans la considération de l'état général des fonctions. Quand il existe une altération fonctionnelle grave, comme une paralysie, soit hémiplégique, soit paraplégique, il y a contre-indication, parce que la lésion fonctionnelle suppose que l'hydropisie encéphalique est liée à un vice de conformation congénital ou à une maladie acquise des centres nerveux assez grave pour ne laisser aucun espoir d'une guérison profitable.

Ce n'est là le cas ni de l'un ni de l'autre de nos deux petits malades. Tous deux voient, entendent, parlent, n'ont de paralysie nulle part. C'est même un fait des plus dignes d'étonnement et de méditation pour le physiologiste et pour le médecin que de voir un contact aussi bien supporté entre les organes si délicats de l'encéphale et la masse de liquide que suppose une hydropisie aussi considérable que celle de nos deux petits malades. L'enfant de quatorze mois porte 84 centimètres de circonférence, celui de vingt-trois mois n'en porte que 60; mais enfin ce sont deux têtes énormes; l'une, même, est tout à fait monstrueuse.

Il y a une autre source d'indications, c'est le degré de tolérance qui existe dans la manière dont l'économie et l'état fonctionnel supportent l'existence d'une tumeur aussi volumineuse que le sont les hydrocéphalies auxquelles nous avons affaire.

Chez l'enfant de vingt-trois mois, ce que nous appelons

---

en deux forts volumes tout ce qui se rencontrait de plus important dans les énormes traités des Berzélius, des Liébig, des Thénard. Il a dû, il est vrai, beaucoup élaguer, et se borner à faire un choix logique et raisonné des faits et des théories entassés dans ces immenses monographies. Mais n'oublions pas que si nombre de ces détails sont utiles à ceux qui veulent faire de la chimie pure une étude spéciale et exclusive, il en est qui sont loin d'être indispensables ou utiles au même degré aux hommes qui se destinent à l'étude de la médecine, et qui veulent puiser dans cette science ce qui est principalement applicable à l'art de guérir.

Nous insistons sur cette remarque, parce qu'il est des critiques peu bienveillants qui ont prétendu établir un parallèle entre le cours de chimie de l'Ecole de Médecine et ceux de la Faculté des Sciences, du Collége de France, du Muséum. Il est évident que chaque professeur doit diriger son enseignement dans un sens particulier, qu'un cours de chimie appliquée aux arts manufacturiers ou à la teinture serait aussi déplacé dans nos amphithéâtres que le serait, au Conservatoire des Arts et Métiers ou aux Gobelins, une série de conférences où le professeur exposerait les propriétés thérapeutiques de telle ou telle combinaison chimique.

Sous ce rapport, nous nous permettrons d'exprimer un regret au savant professeur, c'est de voir qu'il ait cette fois modifié le titre de son livre, auquel nous eussions voulu conserver le titre ancien, *Eléments de chimie médicale*. Pouvait-on se dispenser de cette qualification pour un ouvrage qui, destiné aux élèves en médecine, devait renfermer et renferme en effet, après la description de chaque corps simple ou composé, l'exposé de ses propriétés et de son action sur l'économie animale saine ou malade? Le Traité de M. Orfila n'est pas utile seulement aux médecins, mais il comprend, de plus que ceux auxquels nous venons de faire allusion, des applications fréquentes, continuelles à l'art de guérir; et, que l'omission vienne de l'auteur ou de l'éditeur, nous ne saurions l'approuver.

Il est des sciences, et la chimie est de ce nombre, dont les progrès, les nouvelles acquisitions sont si rapides qu'il est presque impossible, à moins de travaux non interrompus, de rester au niveau des découvertes les plus récentes. Pour celui qui serait resté huit ou dix ans complétement étranger à ce mouvement, la langue et les théories en seraient devenues presque inintelligibles, ou du moins le fil des idées serait difficile à renouer. Sept années seulement séparent la septième édition de celle que nous avons aujourd'hui sous les yeux, et les différences qui existent entre elles sont presque aussi grandes que celles qui distinguent l'édition de 1817, la première, de celle de 1844. C'est assez dire que l'on se tromperait fort si l'on croyait ne voir ici qu'une réimpression avec de légères modifications dans la forme. Sous beaucoup de rapports, le plan de l'ouvrage a dû être remanié; l'ordre de certaines descriptions a dû être interverti; tel corps connu, il n'y a pas longtemps encore, comme un métal, l'arsenic; tel autre décrit dans la chimie organique, le cyanogène, sont rangés aujourd'hui parmi les métalloïdes ou corps simples non métalliques. L'ammoniaque n'est plus un simple azoture d'hydrogène, mais un oxyde métallique, etc., etc. Des chapitres entiers ont donc été refaits, des développements nouveaux ajoutés, qui font de l'édition de 1851 un ouvrage complétement neuf.

Nous avons dit plus haut que la destination du livre avait porté l'auteur, et avec raison, à insister sur les applications des sciences chimiques à la médecine, à la pharmacie, à la thérapeutique. Nous n'avons pas prétendu dire par là que toutes les autres applications aient été négligées. S'il n'entre pas dans de très grands développements relativement à l'industrie et aux arts, M. Orfila ne les néglige pas tout à fait et ne les passe pas absolument sous silence. Nous n'aurions besoin, pour le prouver, que de citer les articles : Fabrication du verre et des poteries; Daguerréotype; Dorure et argenture par les différents procédés électriques récemment découverts; Galvanoplastie, etc.

Terminons ici ce compte-rendu. L'analyse du livre de M. Orfila n'est plus à faire; huit éditions ont prouvé mieux que tout ce que nous pourrions dire qu'à l'époque où chacune d'elles a paru l'auteur avait compris les exigences et les besoins du moment, auxquels il avait satisfait aussi parfaitement que possible. Dans cette circonstance, pas plus que dans les précédentes, il n'est resté au-dessous de ce que l'on attendait de lui, et si ses nouveaux travaux n'ajoutent rien à sa gloire, c'est qu'il est des réputations si hautes qu'on ne saurait les grandir davantage.

Dr A. Foucart.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient le compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-poste joints à la lettre de demande.

dans ce cas la *tolérance* est parfaite. Le corps de l'enfant se développe parfaitement; il n'y a aucune trace de dépérissement ni de souffrance; la dentition se fait bien, toutes les fonctions sont régulières, et, à part la nécessité d'une personne entièrement occupée à porter le poids considérable de la tête qui, sans une surveillance continuelle et si elle venait à glisser, à échapper, briserait sans aucun doute la région cervicale du jeune sujet, la vie est parfaitement compatible avec cet état. Le volume ne paraît pas s'accroître sensiblement. L'enfant a heureusement pour lui une mère pleine de dévouement et de sollicitude.

Opérer cet enfant nous paraîtrait une faute tout à fait grave, et nous nous bornons à enduire toute la surface de la tête avec de la teinture d'iode affaiblie, en insistant sur la région de la fontanelle antéro-supérieure, qui, pour M. Chassaignac, est le lieu d'élection des absorptions médicamenteuses que l'on veut déterminer à la surface de la tête, cela à cause de l'abondance du réseau lymphatique dans ce point.

Chez l'enfant de quatorze mois, au contraire, le dépérissement devient chaque jour plus marqué à mesure que la tête prend un volume de plus en plus considérable. Il y a un commencement de contracture qui n'offre pas une grande rigidité, mais qui est permanente aux avant-bras et aux jambes. Des eschares, dues à la pression qui résulte du poids considérable de la tête, se sont produites en arrière sur la région occipitale sur laquelle repose la masse crânienne. Ces eschares envahissent les parties voisines.

Il est évident que cet état va devenir incompatible avec la conservation de la vie. Il y a indication urgente d'opérer. Nous ferons connaître les résultats.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

Luxation de plusieurs os et du carpe.

Par M. le professeur Alquié.

Frémiat (Armand), âgé de vingt-quatre ans, journalier, né à Lisieux (Calvados), est entré à l'hôpital Saint-Eloi, salle Saint-Eloi, n° 31, le 17 décembre 1850.

Cet homme n'a eu, jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, aucune maladie importante. Il y a deux ans environ, se trouvant à Paris, il laissa engager sa main droite dans le volant d'une machine, au moment où celle-ci était en mouvement. Il en résulta un désordre considérable: l'indicateur, le médius et l'auriculaire furent surtout compromis: la main devint douloureuse et se tuméfia; le gonflement s'étendait au delà du poignet; le jeu de cette articulation était très pénible; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés. C'étaient surtout les altérations traumatiques des doigts qui attiraient toute l'attention du malade; la suppuration abondante qui s'y était manifestée avait fait craindre au chirurgien de ne pouvoir conserver le médius. Le malade fut traité pendant quatre mois à l'hôpital de la Pitié. Lorsqu'il en sortit, il remarqua que le poignet droit avait augmenté de volume; mais il prétend qu'il n'existait aucune gêne notable dans les mouvements de l'articulation: il se servait du membre de ce côté pour tous les rudes travaux auxquels sa profession l'exposait. Ce n'est que depuis le 7 décembre 1850 qu'il lui est impossible de se servir de sa main droite. Il se trouvait ce jour-là dans les environs de Béziers, lorsque, faisant rouler une barrique sur deux planches inclinées et étroites, la barrique, se portant entre les deux planches non suffisamment rapprochées, le fit reculer de crainte et tomber dans un fossé peu profond. Cette chute eut lieu sur le côté droit: le malade ne se souvient pas dans quelle position était alors sa main droite. Il ressentit aussitôt au poignet un engourdissement qui se changea trois heures après en une douleur lancinante. Celle-ci dura dans toute son intensité jusqu'au cinquième jour; elle était accompagnée d'un engorgement considérable. Pour tout traitement, il fit usage de cataplasmes émollients. Au sixième jour il quitta Béziers pour se rendre à Montpellier, quoique éprouvant encore une douleur assez prononcée dans les mouvements de l'articulation. C'est le dixième jour de sa maladie qu'il est entré à l'hôpital Saint-Eloi.

Alors nous pensâmes, au premier abord, qu'il s'agissait d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. La forme de la main, une sorte de déplacement dans une pièce presque transversale, le frottement rude entre les surfaces osseuses, la fréquence d'une telle blessure comparée à la rareté de celle dont nous eûmes à reconnaître l'existence chez cet homme, étaient bien propres à nous donner d'abord cette pensée. Toutefois, nous ne tardâmes pas à revenir de cette erreur, en examinant de plus près les parties lésées. En effet, le jeu de la main sur l'avant-bras était assez libre; les deux apophyses styloïdes de cette partie du membre supérieur sont reconnues aisément dans leur position normale; il n'en est pas de même des os du carpe. Le poignet présente, à l'état ordinaire, le style radial très marqué et dépassant sensiblement le scaphoïde, dont l'enfoncement laisse entre le radius et le trapèze une dépression notable. Chez notre malade, au contraire, le style du radius est en quelque sorte effacé sous la saillie d'un os plus étendu en travers que verticalement, à bords arrondis, ayant 2 centimètres de longueur, 1 de hauteur, immédiatement situé au-dessous du radius, offrant une surface inférieure excavée, enfin donnant tous les caractères du scaphoïde suivi du semi-lunaire. Au-dessous de cet os très saillant se trouve une dépression de 1 centimètre de profondeur, donnant d'abord à penser qu'il s'agissait d'une luxation du premier métacarpien; mais le pouce, quoique gêné dans les mouvements imprimés par les muscles, peut être porté dans tous les sens ordinaires, et quand on le met dans l'abduction, on voit, comme à l'état normal, la saillie de l'extrémité supérieure du premier métacarpien à la face antérieure de l'éminence thénar.

Là aussi on constate l'articulation de ce dernier os avec une autre pièce courte, que l'on reconnaît pour le trapèze à cause de sa forme, de ses rapports et de sa jonction avec le métacarpien du pouce, sur lequel ce dernier peut être mu suivant les mouvements normaux. En outre, cette adjonction du trapèze en dedans et en avant du scaphoïde donne à cette partie de l'éminence thénar 1 centimètre et demi de plus de largeur. D'après cette exploration, le trapèze et son métacarpien sont passés en dedans du scaphoïde et en avant du carpe; le scaphoïde et le semi-lunaire sont portés en dehors de leur position ordinaire; la tête du grand os est un peu saillante en arrière, et la main est comme un peu tordue sur l'avant-bras. Ces déplacements multiples donnent au carpe un volume exagéré, gênent beaucoup les mouvements du pouce et même du poignet. Du reste, un peu de sang était infiltré autour de ces parties au moment de l'entrée du malade dans notre service; mais la quantité n'en devait pas être considérable, puisque les os n'en étaient pas masqués notablement et que les téguments n'ont point présenté de teinte noire ni jaune. Du reste, s'il existait une petite plaie à cette main, elle se trouvait sur l'articulation palmi-phalangéale de l'index et nullement sur le poignet.

En présence d'un cas aussi insolite, nous avions à nous demander quels étaient les désordres offerts par la main de cet homme et depuis quand ces lésions existaient. Si nous en croyons le malade, le déplacement apparent du pouce datait de sa chute récente, c'est-à-dire de six jours environ. Nous ne pûmes partager cet avis. D'abord, le peu de gonflement des parties molles, le peu d'infiltration sanguine, la petite plaie de la main, nous annonçaient que la chute à laquelle cet homme attribuait son infirmité avait été trop légère pour la produire. L'examen des os du carpe nous montrait des désordres qu'une action vulnérante très puissante pouvait seule avoir produits. La chute dont nous parlait cet homme aurait bien plutôt entraîné une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou du corps des os de l'avant-bras qu'un déplacement multiple des os du carpe. Une infiltration sanguine considérable et prolongée aurait été l'un des effets nécessaires. Il fallait, enfin, que la violence ne fût pas une chute qui aurait déterminé les brisures dont nous parlons, mais bien une violence puissante sur la main qui agit en tordant les différentes parties de la main. Nous trouvions cette force traumatique dans l'accident éprouvé par le malade deux ans auparavant. Par la roue d'une machine, les doigts sont pris et écrasés, le carpe est tordu, et les désordres sont tels que l'inflammation provoque l'engorgement des ganglions de l'aisselle avec une suppuration qui fait songer à l'amputation de plusieurs doigts, et laisse, après quatre mois de traitement, le poignet difforme. En imprimant des pressions aux os déplacés, on sentait d'ailleurs des surfaces rugueuses en contact, ce qui annonçait une altération ancienne et considérable de ces parties.

Comment de tels déplacements s'étaient-ils produits? Les expériences sur le cadavre et les analogies cliniques sont les moyens d'éclaircir ce point obscur d'étiologie d'une luxation de cette espèce. Ce n'est pas une chute qui a déterminé cet accident, car les os de l'avant-bras auraient bien plutôt cédé que les jointures du carpe. Il faut une action violente qui soit appliquée directement sur la main et principalement sur le carpe. Il faut que cette puissance traumatique, agissant sur les pièces externes du carpe, les torde fortement en avant et en dedans. Il faut même qu'une autre puissance placée sur les doigts entraîne ces extrémités en un sens opposé à celui vers lesquels les premiers os carpiens sont entraînés. Ces conditions traumatiques nous paraissent se rencontrer dans les roues à rayons ou à volants et engrenées dans une machine à laquelle la main de notre malade a été soumise. Pendant cette violence, les ligaments postérieurs et externes du poignet ont été déchirés de manière à permettre au scaphoïde et au semi-lunaire de se déplacer en dehors du radius; les liens du trapèze avec le scaphoïde, le trapézoïde et le deuxième palmaire ont été aussi rompus, et tout l'appareil osseux du pouce a été poussé en avant du carpe. Par la torsion violente à laquelle nous rapportons les déplacements dont il s'agit, l'on comprend aisément les cicatrices et les difformités des doigts que nous présente la main si lésée de cet homme, ainsi que la gravité des désordres traumatiques, la violence de l'inflammation, la longueur du traitement et la déformation du carpe.

Afin de nous éclairer sur un sujet aussi délicat, nous avons vainement fouillé dans les ouvrages les plus estimés sur les luxations et dans les journaux les plus répandus; on n'y trouve que des renseignements vagues, écourtés, et qui montrent que l'auteur a écrit d'après ses inspirations et non d'après l'observation clinique. Traçant peu de mots sur les luxations des os du carpe, J.-L. Petit écrit, à l'égard de la luxation de la seconde rangée: « Mais elles sont les plus rares et les plus difficiles de toutes les luxations du poignet, parce que les ligaments de cette seconde articulation sont très forts et très serrés... Les signes de la luxation de la seconde rangée des os du poignet sont les mêmes que ceux qui font distinguer les luxations des os de la première rangée à leur articulation avec le rayon... S'il y a dans leurs signes quelques différences, elles sont si légères et si faciles à entrevoir que nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet. » (*Trait. mal. os*, t. Ier, p. 197, 202. 1775.) — Quand on sait maintenant que les prétendues luxations du poignet sont des fractures de l'extrémité inférieure du radius, on conçoit quelle confiance il faut accorder à la description des luxations des os de la deuxième rangée du carpe, que l'on rapproche des déplacements supposés des premières pièces de la main sur l'avant-bras. Duverney n'écrivit pas davantage d'après l'observation clinique; quand il dit: « Le pied se luxe difficilement par les côtés, principalement en dehors, à cause des chevilles; il n'en est pas de même du poignet... La raison en est évidente. » (*Trait. mal. os*, 1751, t. II, p. 32, 191.) — Ce que l'auteur expose longuement touchant les prétendues luxations du poignet montre qu'il avait imité ses prédécesseurs en écrivant ce que l'inspection du *squelette* et ses inductions lui suggéraient. Du reste, il ne parle point en particulier des déplacements des pièces osseuses du carpe. On doit tenir un semblable langage à l'égard de Manne, qui l'avoue en quelque sorte lui-même en ces termes: « La luxation de la seconde rangée des os du carpe me paraît fort difficile; cependant, si elle avait lieu, on procéderait à sa réduction comme à celle de la première rangée. » (*Trait. élém. mal. os*, 1789, p. 322.) — Il est inutile de citer à cet égard les paroles de Boyer, Delpech, Chélius; on y trouve ou l'absence de descriptions à ce sujet, ou des notions non vérifiées au lit du malade. L'un des hommes qui ont le plus éclairé de nos jours la connaissance clinique des luxations, A. Cooper, parle du déplacement des os du carpe, et des cas où le désordre des parties molles environnantes était tel que la luxation devenait une circonstance accessoire de ces blessures par arrachement ou écrasement. Ce silence de la science à ce sujet, la rareté d'une pareille luxation étaient bien propres à nous rendre le diagnostic d'abord laborieux et incertain, et à nous engager à publier le fait qui s'est offert dans notre Hôtel-Dieu.

En supposant que les désordres traumatiques fussent arrivés depuis peu, il nous semble, d'après nos essais sur le cadavre, que la réduction serait opérée à la faveur du procédé suivant. Un aide saisit l'avant-bras du malade et fait la contre-extension; le chirurgien embrasse le carpe de sa main gauche, de manière à placer son doigt médius contre le trapèze qu'il repousse vers l'articulation abandonnée; en même temps, le praticien tire de sa main droite sur le métacarpien du pouce malade, de manière à seconder l'impulsion imprimée au trapèze. Cet os étant rentré dans ses rapports normaux, on devrait placer et maintenir la main dans l'abduction, afin de refouler la première rangée des os du carpe dans l'excavation palmaire des os de l'avant-bras, pendant tout le temps nécessaire à la consolidation des adhérences nouvelles des ligaments déchirés. Une semblable manœuvre a été plusieurs fois tentée chez notre malade, mais sans succès; et cela devait être, car il ne s'agit pas ici de luxations récentes, mais de déplacements déjà fort anciens, puisque deux ans se sont déjà écoulés depuis l'accident qui les a produits. Si le scaphoïde jouit d'une mobilité anormale par rapport au radius et au trapézoïde, il n'en est pas de même du trapèze qui a contracté de très solides adhérences dans le point anormal où il a été poussé. Les essais que nous avons tentés à cet égard nous ont montré combien d'efforts et de violences il faudrait pour rompre les nouveaux liens dont le trapèze est environné; aussi n'avons-nous pas poussé les manœuvres à ce point. Du reste, les mouvements sont assez libres, surtout à la faveur d'une sorte de bracelet de peau que le malade nous a demandé pour assujettir les os trop mobiles du carpe et donner plus de fixité à l'articulation du poignet.

Un modèle en plâtre de cette luxation a été déposé au conservatoire de la Faculté.

TROIS NOUVELLES OBSERVATIONS D'ANUS ARTIFICIEL

pratiqué avec succès dans le cas d'obstacle au cours des matières, situé sur le trajet de l'S iliaque du colon et du rectum.

C'est une question fort grave que celle soulevée il y a quelques années par M. Amussat, à savoir: s'il convient, dans le cas d'obstacle invincible au cours des matières, situé dans la dernière partie du trajet du gros intestin, de pratiquer l'opération de l'anus artificiel. Ce qui nous paraît avoir été mis hors de doute par les faits rapportés par M. Amussat et par ceux des chirurgiens qui l'ont suivi dans cette voie, c'est que des malades aux portes du tombeau ont été en quelque sorte rappelés à la vie et à une existence tolérable; mais, d'un autre côté, il n'en est pas moins vrai que ces malades ont fini par succomber plus ou moins longtemps après l'opération, soit aux progrès même de la maladie pour laquelle l'opération avait été pratiquée, soit à quelque affection intercurrente et, dans d'autres cas, à un état morbide quelconque développé vers l'abdomen et dans la production duquel l'opération pouvait être supposée avoir joué un certain rôle. Toujours est-il que c'est seulement par des faits nouveaux, bien recueillis et suivis jusqu'à leur terminaison, que l'on pourra apprécier cette opération dans ses conséquences immédiates et surtout dans ses conséquences éloignées. A ce titre, nous croyons devoir exposer en quelques mots les trois faits nouveaux qui ont été communiqués l'année dernière à la Société médico-chirurgicale de Londres.

Le premier de ces faits, celui rapporté par M. Field, est relatif à un homme de trente-trois ans, d'une bonne santé habituelle, qui, depuis une année, éprouvait des douleurs dans le ventre et de la difficulté à aller à la garde-robe. Depuis trois mois surtout, tous les symptômes s'étaient aggravés; de temps en temps il avait des vomissements; les purgatifs seuls lui rendaient la liberté du ventre, en provoquant l'évacuation de matières liquides en grande abondance; mais avant d'avoir agi, ils augmentaient toujours l'état de souffrance du malade.

Depuis neuf jours, le malade ne rendait que des quantités extrêmement petites de matières stercorales, et encore avec force purgatifs, lorsqu'il fit appeler M. Field. Depuis quatre jours surtout il n'avait véritablement pas été à la garde-robe; par suite, le ventre était distendu, ballonné; il y avait de la douleur sur le trajet du colon, qui se dessinait à travers l'abdomen. De plus, à courts intervalles, il y avait de violents paroxysmes de douleurs, avec un ténesme violent qui durait pendant une minute, et le malade vomissait tout ce qu'il prenait. M. Field eut recours au traitement recommandé généralement contre la constipation: purgatifs unis aux opiacés, lavements purgatifs énergiques, émissions sanguines, introduction d'un long tube dans le colon, à l'aide duquel on portait dans celui-ci, à une assez grande hauteur, une grande

quantité d'eau tiède; enfin des douches froides. Tout fut inutile : les accidents allèrent en augmentant d'intensité; les vomissements devinrent stercoraux, la faiblesse faisait incessamment des progrès. Enfin, le quinzième jour après la suspension complète des garde-robes, M. Field se décida à pratiquer l'opération de l'anus artificiel, ce qu'il fit en suivant le procédé opératoire de M. Amussat.

Cette opération ne présenta d'autres difficultés que la présence d'une masse graisseuse entourée d'une membrane mince, que l'on prit quelques instants pour l'intestin, tandis que celui-ci était placé plus profondément, à 4 pouces de profondeur environ. L'ouverture de l'intestin donna issue à une énorme quantité de matières fécales liquides; et à partir de ce moment, le malade fut tellement soulagé que l'on put concevoir les plus grandes espérances.

Après avoir présenté quelques accidents sans importance, tenant à l'inflammation des bords de la plaie et à la protrusion de la muqueuse intestinale, le malade se trouvait assez bien au vingtième jour pour pouvoir rester levé et faire quelques pas dans sa chambre. A cette époque, il y avait trois ou quatre évacuations par l'ouverture dans les vingt-quatre heures, dont il était averti par une légère sensation de douleur. Dans l'intervalle, l'ouverture était fermée par le bourrelet saillant de la muqueuse; celle-ci finit par se réduire aux dimensions d'une ouverture qui eût pu loger une plume d'oie. En même temps les forces revenaient, et quelques mois après l'opération le malade pouvait reprendre, dans une fonderie de fer, les fonctions de forgeron. Il les continua pendant dix-huit mois, sans autre accident qu'un peu de constipation de temps en temps, produite probablement par la tendance de l'ouverture à se contracter, et peut-être aussi parce que les matières étaient devenues trop consistantes. Quoi qu'il en soit, il suffit de glisser une canule par l'ouverture dans l'intestin et de faire une injection d'eau tiède pour voir disparaître les accidents. Cependant il recommença à souffrir d'une affection ancienne du foie ; la douleur s'étendit à tout l'abdomen, et il se fit un épanchement dans la cavité péritonéale; il finit par succomber aux suites de cette dernière affection un an et neuf mois après l'opération. L'autopsie montra l'existence d'une péritonite chronique avec cirrhose du foie et un rétrécissement de 4 pouces de long dans l'S du côlon, dont la lumière était oblitérée par un bouchon d'apparence fibrineuse.

Dans le second cas, celui de M. Clarkson, les choses se passèrent d'une manière à peu près semblable, quant aux suites de l'opération. C'était une jeune femme de vingt et un ans, qui fut prise, sans antécédents aucuns, d'impossibilité absolue d'aller à la garde-robe; elle était constipée depuis cinq jours lorsqu'elle vint consulter M. Clarkson, qui lui prescrivit des purgatifs qui ne furent suivis d'aucun résultat. Du 19 au 26 juillet, notre confrère fit emploi de tous les traitements; mais, voyant les accidents s'aggraver au point de laisser peu d'espoir, voyant surtout que la canule d'exploration ne pouvait pénétrer au delà de six pouces, il pratiqua l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire, comme cela avait été fait chez le malade précédent. Soulagement immédiat et considérable, aucun accident. En trois semaines la malade pouvait se lever pour prendre de l'exercice, et toutes ses fonctions se faisaient si bien qu'elle prit même un certain embonpoint. Pendant dix mois, elle alla bien, n'étant pas plus incommodée que le malade précédent de son anus contre nature, qu'elle tenait fermé avec une pelote, laquelle elle enlevait lorsqu'elle était avertie par une petite douleur du bassin de rendre les matières. A cette époque de sérieux accidents commencèrent à se montrer par suite du retrait de l'ouverture, retrait tel qu'il fallut en venir à la dilatation. Mais celle-ci n'eut pas grand succès; car à partir de ce moment jusqu'à la mort, qui eut lieu quatorze mois après l'opération, les garde-robes ne furent jamais faciles, et la malade fut tourmentée pendant un mois et demi avant sa mort par des douleurs de ventre et des nausées incessantes. L'autopsie montra l'existence d'une péritonite tuberculeuse et un rétrécissement situé à six pouces de l'anus produit par un anneau cartilagineux épais, qui entourait l'intestin dans ce point et l'oblitérait complétement.

Enfin, dans le troisième cas, chez un homme de cinquante ans, le rétrécissement occupait le rectum; il avait été traité par la dilatation et le débridement multiple sans succès. M. Wilson Croker Pennell pratiqua l'opération de l'anus artificiel dans le but surtout d'éviter le mélange des matières fécales avec l'urine, qui avait lieu par suite d'une ulcération de la cloison recto-vésicale. Le malade s'était bien rétabli à la suite de l'opération; mais la gravité de la maladie à laquelle il était en proie ne laissait guère de doutes sur le résultat définitif.

(*London med. chir. Trans.*, et *Bull. de Thérap.*)

Note sur le sumbul.

Au moment où l'on commence à s'occuper de cette nouvelle substance, et où nous faisons connaître quelques faits recueillis par nos voisins d'outre-Manche, qui paraissent mettre hors de doute ses éminentes propriétés toniques et antispasmodiques, nous croyons qu'il ne sera pas sans intérêt pour nos lecteurs de leur exposer brièvement le peu que l'on sait sur son origine et ses caractères physiques et chimiques, ainsi que sur les préparations pharmacologiques dont elle peut faire la base.

A quelle famille appartient le sumbul? quelle est sa patrie? Voici deux questions auxquelles il est encore bien difficile de répondre. William Jones, qui a cherché à les résoudre pendant son séjour dans l'Inde, et qui avait pris des informations auprès de personnes qui pouvaient être bien renseignées, dans un pays où le sumbul est employé à la fois comme parfum et comme médicament, affirme que le sumbul, qui porte également le nom de jatamansi, ne croît dans aucune des possessions anglaises, mais qu'il est apporté du Boutan et des montagnes du Népaul. Suivant lui, c'est une espèce de valériane. Mais M. Granville, qui partage l'opinion de M. William Jones relativement à la patrie du sumbul (et, en cela, il s'éloigne de l'opinion de plusieurs botanistes, qui le considèrent comme originaire de la Bucharie), pense que cette plante appartient à la famille des ombellifères, et que c'est probablement une plante aquatique, ou au moins une plante qui croît dans un sol humide ou sur les bords des rivières.

Le sumbul, tel qu'il se présente dans le commerce, et tel qu'il est apporté à Saint-Pétersbourg, d'où l'ont extrait tous ceux qui ont fait des recherches sur cette substance en Angleterre, n'est pas, comme on l'avait dit d'abord, un mélange de racines et de feuilles, mais bien une racine épaisse, homogène, de 2, 3 et même 4 pouces de diamètre, coupée en morceaux de 1 pouce à 1 pouce et demi de long. L'épiderme de cette racine est d'une couleur un peu foncée, il est très-mince et crevassé. La substance intérieure est composée de fibres grossières et irrégulières, que l'on peut détacher facilement les unes des autres du moment que l'on a enlevé l'épiderme, et qui lui donnent un aspect poreux.

Deux caractères principaux et très remarquables attirent l'attention lorsqu'on examine cette racine : son odeur, qui se rapproche, à s'y méprendre, de celle du musc; et l'arome puissant qu'elle développe dans la bouche quand elle est soumise à la mastication. L'odeur musquée est si prononcée, que quelques personnes avaient pensé que cette odeur était peut-être communiquée par le contact avec du musc; mais ce qui prouve que cette supposition est mal fondée, c'est que le sumbul conserve son odeur quelque vieux qu'il soit, et que lorsque les couches les plus extérieures l'ont perdue, on la retrouve parfaitement caractérisée dans les parties centrales; enfin, on peut extraire ce principe odorant par les manipulations chimiques. Le goût que donne cette racine n'est pas moins caractéristique : c'est d'abord une impression douceâtre; mais bientôt elle est remplacée par une impression balsamique sur la langue, suivie d'un goût amer qui n'a rien de désagréable. A mesure que la mastication s'opère, un arome très-intense se développe dans la bouche et dans la gorge, occasionnant une sensation de chaleur dans la bouche et donnant à la respiration une odeur aromatique particulière. Dans cette saveur il y a quelque chose qui rappelle celle de la racine d'angélique, substance qui, sous le rapport des propriétés physiques, mais non sous celui des propriétés chimiques et médicinales, présente d'assez grands rapports avec le sumbul.

Le sumbul a déjà fait l'objet d'analyses chimiques et pharmacologiques intéressantes dues à Reinsch, à Schnitzlein, à Frichinger, à Kaltofer. Qu'il nous suffise de dire que les auteurs ont reconnu principalement dans cette substance la présence de deux principes aromatiques (résines), l'un soluble dans l'éther, et l'autre soluble dans l'alcool, et d'une matière amère soluble dans l'eau.

M. Granville, qui est arrivé aux mêmes résultats que ces auteurs, en conclut que l'on peut employer en médecine soit la racine en nature, en poudre, en infusion, en décoction, ou même en la faisant mastiquer; soit, au contraire, l'un de ces trois principes que nous venons de signaler, les teintures alcooliques, les teintures éthérées et l'extrait aqueux amer. M. Granville propose même de préparer une teinture composée avec deux parties de teinture alcoolique et une partie de teinture éthérée. Jusqu'ici la teinture alcoolique paraît avoir été principalement mise en usage à la dose de 10 à 45 gouttes par jour, données en trois fois dans un véhicule approprié.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

SUR LA COLORATION DE LA RACINE D'IRIS par le sulfate de fer.

La lettre suivante a été adressée à M. Chevallier :

Monsieur,

Je crois avoir entendu professer, dans l'une de vos leçons à l'Ecole de pharmacie, que le meilleur moyen de reconnaître si des pois d'iris étaient réellement en iris consistait à traiter ces pois par une dissolution de sulfate de zinc, qui doit fournir une coloration rose si les pois sont en iris vrai.

Ayant eu l'occasion de répéter, il y a quelques jours, cette expérience, il m'a été facile de constater que la coloration obtenue par la dissolution de sulfate de zinc ne devait pas être attribuée au sulfate de zinc lui-même, mais bien au sulfate de fer que le sulfate de zinc du commerce contient presque toujours.

En effet, si l'on expérimente avec du sulfate de zinc chimiquement pur, on n'obtient aucune coloration, quoique les pois soient en iris parfaitement pur; au contraire, si l'on ajoute une parcelle très minime de sulfate de fer, la coloration rose se manifeste à l'instant même.

Agréez, etc. E. POULLENC.

(*Journal de Chimie médicale.*)

NOUVELLES.

M. Andral, ancien médecin en chef des armées, a été nommé officier de la Légion-d'Honneur, et M. Belloc, chirurgien-major au 57e régiment de ligne, chevalier du même ordre.

— On nous écrit de Liége, 4 mars :

« Le choléra a reparu dans notre ville. Un cas parfaitement caractérisé vient d'être observé sur un homme, qui a succombé malgré les soins éclairés des docteurs Dewildt et Guède. »

— Un de nos médecins aliénistes les plus recommandables, M. le docteur Chambeyron, médecin de l'asile des aliénés du Loiret, vient d'être enlevé à la science après une longue carrière honorablement remplie. Elève distingué d'Esquirol, M. Chambeyron avait été envoyé par son maître à l'asile de Rennes, qu'il réorganisa d'une manière complète, et où il mit en pratique les belles traditions de Pinel sur le régime hygiénique et moral des aliénés. A ses connaissances comme aliéniste, M. Chambeyron joignait une instruction solide sur la clinique médicale ordinaire, instruction qu'il avait puisée aux savantes leçons faites avec tant d'éclat par M. Rostan à l'hospice de la Salpêtrière. Depuis 1846, M. Chambeyron avait été désigné comme médecin en chef de l'asile d'Orléans; et là, comme à Rennes, il donna l'exemple de son dévouement pour les aliénés, auxquels il consacrait exclusivement son temps. M. Chambeyron n'était pas moins recommandable par son caractère d'homme privé que par son esprit scientifique; et, sous ce rapport encore, la profession a certainement perdu en lui un de ses plus dignes représentants.

— On lit dans le *Courrier de la Martinique :*

« Nous avons la douloureuse mission d'annoncer la mort de M. Leconte, chirurgien de la marine de première classe, chevalier de la Légion-d'Honneur, chargé provisoirement du service de santé à Cayenne.

» Ce courageux médecin, qui tout récemment était parti de Fort-de-France à bord du *Voyageur* pour aller, avec un dévouement au-dessus de tout éloge, porter les secours de son art aux malheureux habitants de Cayenne, a succombé aux premières atteintes du fléau.

» M. Mittre, médecin en chef; M. Leconte, son successeur, et M. Roumy, chirurgien du *Tartare*, ont également succombé.

» On compte que le vingtième de la population blanche a déjà succombé sous le coup de la maladie, qui paraît être la fièvre jaune, bien qu'elle présente les symptômes de la fièvre typhoïde lorsqu'elle attaque les créoles.

» *P.-S.* — Voici le chiffre des morts dans la ville de Cayenne : novembre 1850, 24; décembre, 87; janvier 1851 : du 1er au 15, 68; du 15 au 25, 40. — Total, 249. »

Les directeurs du Creusot viennent de faire prendre pour les ouvriers de leurs usines un certain nombre d'exemplaires des *Conseils aux Ouvriers*, ouvrage publié par M. *Barrau*, à la librairie de MM. L. Hachette et Cie.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution; mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 29. — MARDI 11 MARS 1851. (24e ANNÉE.) N° 29. — MARDI 11 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Du typhus.

Définition. — Peu de maladies ont reçu une variété de noms aussi complète que l'affection qui va nous occuper. Connue depuis longtemps, mais se présentant sous mille formes diverses, chaque observateur a voulu lui imposer le nom rappelant le symptôme qui avait le plus frappé son attention. Ainsi, l'on voit la même affection décrite par les auteurs sous les noms de fièvre maligne, putride, bilieuse (P. Forestus); maligne et mésentérique (Chirac et Baglivi); lente, nerveuse (Huxbam); adynamique, ataxo-adynamique (Pinel). Le typhus qui survint à Gœttingue pendant le siège de cette ville, en 1760, est décrit par Rœderer et Vagler, sous le nom d'épidémie muqueuse. Enfin, dans des temps plus récents, on a adopté la dénomination de fièvre typhoïde, à cause de la stupeur, dont on a fait la caractéristique de la maladie.

Chez les anciens, nous trouvons un mot constamment employé : c'est *typhus*. Galien, dans son traité de *Locis affectis*, avait noté cette fièvre, dont la stupeur est le caractère dominant. Hippocrate lui-même, dans son livre *De morbis et affectionibus*, mentionne cette fièvre où la stupeur et l'étonnement sont empreints sur tout l'extérieur du malade, mais en particulier sur la face : le malade est comme muet, ses réponses sont tardives; il y a prostration des forces intellectuelles et de relation. Enfin, cette affection revêt un caractère tel, que celui qui l'observe pour la première fois en est frappé et ne l'oublie jamais.

Pour nous, nous adopterons la dénomination des anciens, *typhus*, c'est-à-dire fièvre continue, dont la stupeur est le phénomène le plus remarquable. Cependant, nous sommes loin de regarder cette définition comme parfaitement exacte, car il y a stupeur dans la phthisie aiguë, dans la pneumonie double étendue, dans quelques formes rares de cérébrite, dans la résorption purulente, la fièvre puerpérale, etc. Ce mot typhus n'est donc pas suffisant pour donner le caractère pathognomonique de la maladie qui va nous occuper.

Il y a un autre caractère constant, et que l'on a toujours observé depuis que les descriptions en ont été faites avec soin, depuis Spigel surtout (qui a remarqué le premier les lésions intestinales); je veux parler de l'éruption pétéchiale. Ainsi, pour nous, il y a typhus toutes les fois qu'il y a fièvre continue, stupeur et éruption pétéchiale. Ces pétéchies sont de petites papules à peine saillantes, purpurines, ressemblant assez aux taches de morsures récentes de puce. Nous verrons plus loin à quoi nous devons les attribuer.

A part quelques exceptions faciles à reconnaître, toutes les maladies typhodes, sous quelque nom qu'elles aient été décrites, présentent ces caractères pathognomoniques : fièvre continue, avec stupeur et pétéchies. Aussi regardons-nous comme arbitraire la division que Pinel et quelques auteurs en ont faite en *nerveuse* et *pétéchiale ;* cette distinction n'est pas admissible. La manifestation de cette éruption, quand elle se fait à une période constante, affectant une marche toujours régulière, n'est pas un épiphénomène, mais bien un phénomène inséparable de la maladie à laquelle elle s'adjoint.

Ces typhodes se présentent à l'observation du médecin sous diverses formes; c'est là le point important à faire ressortir dans la description de ces maladies.

Symptômes des fièvres typhodes. — Toutes ces fièvres, sans exception, manifestent leurs phénomènes dans trois périodes successives dont les symptômes sont différents.

Première période. — Le premier symptôme, celui qui ne manque jamais, c'est une fièvre continue, plus ou moins intense, mais le plus souvent fort intense, et caractérisée par la fréquence du pouls, la chaleur, la sécheresse, l'injection de la peau. Cette injection peut quelquefois égaler celle qu'on remarque dans la scarlatine. Le malade éprouve une sensation de courbature, d'abattement, de fatigue dans tous les membres; il se couche dans la supination; ses réponses sont lentes, expriment l'étonnement; les membranes muqueuses buccale et gengivale sont injectées, quelquefois piquetées de points blancs et comme couvertes d'une exsudation couenneuse. La langue est large, blanche, amère, pâteuse; ses bords sont saillants; elle est tremblante si le malade veut la sortir de la bouche. La pression sur l'abdomen fait éprouver au patient une sensation de douleur obtuse du côté droit, vers la fosse iliaque. La pression sur les aines permet au médecin de sentir les ganglions inguinaux. Dans quelques cas graves, on peut toucher ainsi les ganglions maxillaires et même les ganglions cervicaux, qui sont engorgés comme dans la syphilis.

Cependant l'état fébrile continue, s'exaspère le soir, et ne laisse pas de repos au malade. Il y a de la céphalalgie, accompagnée quelquefois de sifflement dans les oreilles. Les selles sont liquides, l'excrétion des urines très lente; dans les cas graves, elles peuvent s'accumuler dans la vessie. Ces urines sont brûlantes, limpides et rougeâtres.

Cet état fébrile se prolonge ordinairement sept jours; au moins cinq, au plus un septenaire et demi. La fièvre va toujours en s'accroissant; la prostration, la stupeur, la trémulation deviennent plus marquées; enfin, dans les deux premiers ou le troisième jour du second septenaire, apparaissent les pétéchies. A tous ces symptômes, ajoutons qu'il y a, comme épiphénomènes, dyspepsie saburrale, anorexie, nausées, vomissements après quelques ingestions de boissons; sensation d'ardeur à la région épigastrique, un léger soulèvement de cette région et des hypocondres, qui sont sensibles à la pression. Dans les articulations, les douleurs peuvent s'élever jusqu'à celles qu'on observe dans le rhumatisme. En même temps il y a une céphalalgie intense à la région sourcilière, quelquefois à la région temporale.

Quant à la première période, la maladie présente les symptômes que nous venons d'énumérer; les auteurs lui donnent le nom de *fièvre bilieuse grave*. Mais n'est-il pas évident que c'est le typhus empruntant à l'altération de sécrétion du tube digestif et de ses annexes les phénomènes de dyspepsie saburrale grave, qu'on observe également dans les fièvres exanthématiques ?

Dans une autre forme; la bouche est pâteuse, la salive épaisse; la langue amère, d'un blanc grisâtre, sèche au milieu, brune sur les bords. Si le malade veut ouvrir la bouche, il en sort une matière visqueuse, filante. La peau n'est pas aussi sèche que dans la forme précédemment décrite; elle est pâle, blafarde. Il y a quelques sueurs erratiques et passagères, des urines abondantes et aqueuses, une toux qui ne fatigue pas le malade, une prostration complète des forces, des vomissements de matières muqueuses, et souvent des évacuations alvines séreuses. Telle est la forme décrite par les auteurs sous le nom de *fièvre muqueuse grave* (première période). Elle ne présente pas le caractère d'intensité de la fièvre bilieuse, et s'en distingue par l'altération des organes chargés de sécréter les liquides blancs. En considérant les accidents qui peuvent se montrer à un degré plus ou moins élevé du côté de l'abdomen et changer ainsi l'aspect de la maladie, vous aurez les diverses formes de fièvre typhoïde muqueuse décrites par les auteurs.

Quelquefois, enfin, vous aurez des accidents nerveux, comme un délire violent, une agitation continue, des mouvements spasmodiques et convulsifs des bras et des jambes; vous pourrez même, dans quelques circonstances, observer des accidents paralytiques sur un membre tandis que les autres seront agités (fièvre ataxique de Selle?), et voir, en outre, l'abattement des forces (fièvre ataxo-adynamique de Pinel). Ce sont les accidents nerveux avec leurs diverses formes qui se sont joints aux accidents ordinaires du typhus et en ont changé la physionomie, considération qui a fait regarder par certains auteurs ces fièvres comme nerveuses dès leur début. Toutes ces formes de la fièvre continue, si diverses qu'elles puissent être pendant la première période, n'empêchent pas les symptômes primitifs et pour ainsi dire pathognomoniques de continuer leur marche, et la maladie entre dans sa seconde phase.

Deuxième période. — La deuxième période s'annonce par la formation des pétéchies. Les accidents de la première période persistent, mais ont moins de violence, excepté pourtant les accidents d'ataxie, d'adynamie, de stupeur et de trémulation qui augmentent; la peau elle-même ne remplit plus ses fonctions; le pigmentum n'est plus sécrété, comme le prouve la saleté de la surface cutanée; les évacuations deviennent plus abondantes; le ventre est tendu, rénitent, douloureux à la pression, surtout vers les fosses iliaques; du côté droit, la main perçoit un peu de gargouillement dû à l'agitation simultanée des matières liquides et gazeuses du cœcum. Les urines sont souvent retenues et distendent la vessie.

C'est dans cette période, qui dure environ un septenaire pour les cas graves ordinaires, que les accidents adynamiques arrivent à leur summum. Le malade ne boit que lentement et avec la plus grande difficulté; si on lui parle, ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on obtient une réponse; il est tourmenté d'une soif vive. Le soir, exaspération des symptômes et subdélirium pendant la nuit. C'est communément à cette époque qu'on voit se former des excorations aux parties sur lesquelles le malade s'appuie; ainsi, au coccyx, aux saillies du sacrum, aux crêtes iliaques, aux grands trochanters, etc. La peau s'injecte d'abord; un peu de phlogose se manifeste, puis succède une légère excoriation. Souvent le mal en reste là; mais, dans les cas graves, il se forme une eschare d'autant plus profonde que la période d'ataxie et d'adynamie dure longtemps.

L'éruption pétéchiale se fait à l'épigastre, sur les côtés de l'abdomen, du cou et de la poitrine; on en voit quelquefois à la région lombaire et dorsale, et même dans toutes les parties du corps. Tantôt elles sont extrêmement nombreuses, tantôt trois ou quatre seulement se montrent entre la cicatrice

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

A l'époque heureuse des Mathieu Laensberg, des Nostradamus et des Pierre Larrivée, les calendriers et les almanachs dédaignaient autant la philosophie que la politique, et n'abordaient guère qu'une science, l'astronomie, de laquelle, il est vrai, ils tiraient toutes sortes de prédictions. Les variations atmosphériques et les phénomènes météorologiques étaient les pierres d'achoppement de ces publications, et les almanachs les plus estimés étaient précisément ceux qui offraient la collection la plus vaste de ces variations et de ces phénomènes. On rapporte qu'un apprenti, chargé de collationner cet important travail, s'aperçut un jour d'un vide dans les prédictions, et que, n'osant suppléer par lui-même à la science du maître, il s'adressa à ce dernier, et lui dit : — Maître, il n'y a rien pour le 20 décembre. — Mettez-y un coup de tonnerre, répondit le patron sans se déconcerter. — Et un coup de tonnerre fut annoncé pour le 20 décembre.

Je suis à peu près dans les mêmes conditions que l'apprenti de Pierre Larrivée; je crie à la Chronique : Chronique, mon amie, je n'ai rien pour le feuilleton. — Mettez-y la grippe et le choléra, me répond la Chronique, l'un et l'autre valent bien un coup de tonnerre.

Ma foi! la Chronique n'a pas tout à fait tort, et sans scrupule aucun je me hâterais de suivre son conseil, s'il n'était malséant de sourire et de dilater largement ses poumons devant des nez bouchés et des arrière-gorges à peu près closes; mais, tout bien réfléchi, une fois n'est pas coutume, comme dit le proverbe, et avec la permission de notre rédacteur de la Revue hebdomadaire, je vous parlerai gravement thérapeutique et médecine cl

Notre confrère vous a entretenu samedi de la grippe, c'était son droit; j'irai même plus loin, c'était son devoir. Je ne conteste pas la vérité de son diagnostic, je respecte avec la même franchise son pronostic; mais je m'inscris en faux contre le traitement qu'il préconise. J'avoue, il est vrai, que ce traitement est rationnel; mais le raisonnement, je le demande, réussit-il toujours en médecine? Expérience passe science, dit la sagesse des nations, et pour mon compte je me renferme exclusivement dans les préceptes de cette vieille sagesse. Je n'abuserai ni de votre temps, ni de votre patience à vous raconter l'histoire des grandes découvertes thérapeutiques. Vous savez mieux que moi combien le hasard y joue le principal rôle. Je ne veux aujourd'hui que vous entretenir d'une médication consacrée par une longue expérience, et qu'un de nos confrères emploie, dit-il, avec les plus grands succès.

Qu'une fois dans sa vie le feuilleton soit utile à l'art et à l'humanité!!

Cette médication ne porte pas une date bien moderne; mais ce défaut sera sans doute une vertu aux yeux de beaucoup de gens, qui, en face des hommes et des choses de notre époque, répètent avec les bouquinistes :

Rien n'est beau que le *vieux*, le *vieux* seul est aimable.

Les amateurs du vieux seront servis à souhait, car la médication que j'ai à vous proposer remonte aux Libyens, et est rapportée par Hérodote, ce bisaïeul de tous les historiens.

Le récit d'Hérodote me donne le droit de penser que les Libyens professaient à l'endroit du coryza une répugnance au moins égale à celle des chiens enragés vis-à-vis de l'eau, et qu'il n'était aucun moyen trop violent qu'ils n'employassent pour le prévenir. Cette première réflexion me rappelle une observation que j'ai bien souvent faite et que je vous demande la permission de vous communiquer, afin de retenir le feuilleton dans la voie tout humanitaire où il est aujourd'hui entré.

Praticiens du Nord, combien, bon an, mal an, vous rapportent les rhumes du cerveau? Toute modestie ou toute vanité à part, répondez; Pas grand'chose, n'est-ce pas? Et cependant vos blanchisseurs bénissent votre ciel brumeux et votre sol humide, qui donnent dans un hiver au moins deux pituites aux nez les plus aguerris! Et vous, praticiens du Midi, ouvrez-nous vos livres; quelles belles recettes vous procurent les coryzas! Et cependant votre beau soleil, votre tiède température sont peu favorables au développement de cette affection!

D'où vient cette différence dans les comptes de nos confrères du Nord et du Midi? C'est ici que commence mon observation : Le coryza est une véritable maladie pour le Méridional, tandis qu'il ne constitue chez l'homme du Nord qu'une simple indisposition. Vous dire comment il se peut faire qu'une même affection produise, toutes choses égales d'ailleurs, des résultats si opposés, m'est impossible; je constate un fait : l'homme du Midi atteint d'un coryza est incapable de tout travail intellectuel ou manuel, il se couche, se laisse abattre et réclame les soins de la médecine; l'homme du Nord, au contraire, continue à vaquer à ses affaires, accepte, sans trop y faire attention, l'horrible destinée de nasiller et de se moucher souvent, et n'a certes pas la pensée de recourir à notre science.

Cette observation a servi à me conduire dans maintes circonstances; je la livre à mes confrères comme très utile à connaître, et si elle ne leur arrive pas sous le cachet de quelque académie, c'est que le feuilleton est modeste de sa nature et qu'il fait le bien pour le bien, comme d'autres font de l'art pour l'art.

Je reviens à Hérodote, dont le récit doit compléter mon rôle humanitaire; je cite : « Quand les enfants des Libyens nomades, dit l'historien grec, ont atteint l'âge de quatre ans, on leur brûle les veines du haut de la tête, ou celles des tempes, avec de la laine qui n'a point été dégraissée. Je ne puis assurer que tous ces peuples nomades suivent cet usage; mais il est pratiqué par plusieurs.

ombilicale et l'appendice xypboïde. Ainsi, nous en avons vu sur la face, le cou, les jambes, et jusque sur les doigts, tandis que dans d'autres circonstances nous avons eu de la peine à en trouver deux ou trois. Le fait des pétéchies très abondantes est assez rare. Ces pétéchies sont de petites papules purpurines, faisant à peine une légère saillie à la peau, d'un diamètre d'environ deux millimètres; l'éruption est complète en vingt-quatre heures. Elles ne sont ni rénitentes, ni dures; et disparaissent sous la pression du doigt; elles sont nécessairement produites par une matière colorante, mobile, ayant son siége dans les vaisseaux capillaires; elles ne peuvent pas être le résultat de la diffusion de la partie colorante du sang dans le tissu cellulaire, car alors elles ne disparaîtraient pas sous la pression. Elles ont de trois à cinq jours de durée à l'état stationnaire; puis elles jaunissent un peu, se dépriment par leurs bords, et s'effacent complétement. L'éruption pétéchiale est donc de sept à neuf jours; quand elle persiste plus longtemps, c'est que les pétéchies apparaissent les unes après les autres. C'est dans ce cas que la deuxième période peut se prolonger pendant deux et même trois septenaires.

Nous n'avons pas encore parlé de l'épistaxis, parce qu'il se montre surtout à la deuxième période au moment de l'éruption pétéchiale. Souvent alors la membrane nasale et buccale, et même gengivale, laisse suinter un peu de sang; qui s'épaissit, se dessèche, invisque les dents, et donne cette teinte noirâtre aux saburres qui sont entre les dents, à la base des gencives et sur la langue.

Les évacuations alvines sont ordinairement plus fréquentes à cette période qu'à la première; si elles deviennent plus abondantes, il y a ordinairement sécheresse de la langue, rénitence du ventre, douleurs tormineuses, obtuses aux hypocondres, si l'on fixe l'attention du malade sur ce point.

Quant à la deuxième période, la maladie a revêtu le caractère bilieux; il y a toujours sur la langue des matières visqueuses, noirâtres, et ordinairement des nausées et vomissements de matières bilieuses; il y a de la douleur à la région épigastrique et vers l'appendice xyphoïde.

Si les accidents nerveux se sont montrés à la première période, ils ne tardent pas à perdre de leur intensité. Ainsi les rêvasseries succèdent au délire; les mouvements involontaires sont moins violents et moins fréquents.

Dès que le typhus existe, il y a un symptôme constant, mais que nous avons négligé à dessein, parce que c'est à cette période qu'il est le plus marqué : c'est la modification qui se produit dans la contractilité musculaire. Si l'on pince une masse musculaire, le biceps, par exemple, on sent se produire un nœud saillant, et si l'on comprime la peau de la poitrine, on aura encore la sensation d'un nœud dû à la contraction ou rétractilité spasmodique des fibres musculaires. Dans la deuxième période des typhus graves, cette rétractilité s'étend à tout le corps et donne lieu à la *trémulation générale*; les tendons sont tiraillés constamment et frémissent sous le doigt, surtout au poignet, phénomène qui vous frappe dès que vous voulez vous assurer de l'état du pouls. Ce phénomène est si saillant, qu'il devient constant pour les formes ataxique et adynamique des auteurs.

A mesure que la maladie avance, surtout si elle est grave, la prostration devient encore plus grande, le pouls plus fréquent, les mouvements du cœur moins forts et l'adynamie plus prononcée. Il y a aussi alors un épiphénomène si fréquent qu'il devient presque un symptôme : c'est la toux accompagnée de râles sibilants, surtout en arrière, et allant en augmentant à mesure qu'on s'approche de la période de l'éruption pétéchiale. A cette époque, avec la sibilance, il y a de la matité à la base de la poitrine en arrière, plus fréquemment du côté droit; dans les cas graves, des deux côtés. La respiration devient crépitante et même un peu soufflante. Ce sont les symptômes de la pneumonie hypostatique. Chez quelques malades qui toussent beaucoup, des crachats jaunâtres sont rendus, mais en petite quantité; chez la plupart, la toux n'est pas assez profonde, ou bien les muscles de la gorge ne peuvent remplir assez bien leurs fonctions pour donner lieu à une expectoration en rapport avec l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Troisième période ou période de terminaison. — Les symptômes sont variables, comme le mode de terminaison de la maladie. Si le malade doit survivre, il se manifeste alors des phénomènes qui annoncent un changement dans l'organisme. Le pouls se relève en perdant de sa fréquence, la stupeur diminue, la peau est moins sale; elle devient un peu luisante et moins sèche. Le patient sort de son état de prostration; il semble revivre; les mouvements qu'il exécute sont plus faciles, les pétéchies sont effacées; il y a un peu de sueurs, surtout au déclin de la nuit; il se montre alors des sudamina, qui consistent dans le soulèvement dans un point très limité du feuillet le plus externe de la peau par la matière de la transpiration cutanée, car ce feuillet ne peut plus être traversé, à cause des changements qu'il a subis pendant la maladie. L'apparition de ces sudamina est une preuve de la décroissance du typhus; la langue se nettoie; les dents ne sont plus invisquées; le malade commence à percevoir la saveur des boissons; il éprouve une préférence marquée pour les aliments de goût élevé et surtout pour les boissons spiritueuses. Les urines deviennent abondantes et sédimenteuses; les évacuations sont jaunâtres, semi-liquides; semi-molles, avec des matières stercorales qui commencent à présenter une forme solide. La courbature disparaît; enfin, le calme et le repos reviennent sensiblement. Quand les phénomènes d'amélioration ont ainsi parcouru leur période, le malade entre en convalescence.

Malheureusement cette terminaison n'est pas toujours celle du typhus; les malades meurent souvent le deuxième ou le troisième jour du second septenaire par l'intensité toujours croissante des accidents morbides. Il y a recrudescence de tous les symptômes des deux périodes précédentes; l'état comateux est persistant; le ventre est gonflé par des gaz; il y a vomissements de boissons et de matières muqueuses, rétention d'urine, formation d'eschares larges et profondes; enfin, le pouls fléchit et augmente de fréquence; les battements du cœur sont à peine perçus à travers les parois de la poitrine, et les malades finissent bientôt par succomber complétement épuisés.

La mort peut aussi être la conséquence d'accidents accessoires. Ainsi, l'inflammation des poumons est-elle trop étendue, on voit survenir la cyanose, la diminution de la respiration, etc., etc.

Un grand nombre de malades succombent à l'olyémie qui succède aux hémorrhagies des fosses nasales ou du tube digestif; souvent, à l'autopsie, on retrouve des caillots qui s'étaient enkystés dans ces cavités.

La mort peut encore être causée par la perforation du tube digestif; le ventre alors se distend; le malade ressent une douleur brusque excessivement vive dans un point de l'abdomen; il survient des nausées, puis une péritonite promptement mortelle.

Quelquefois la perforation a lieu derrière le rectum; les matières tombent dans le tissu cellulaire et donnent lieu à un abcès iliaque; dans ce cas, la perforation peut ne pas amener la mort.

Dans quelques circonstances, le malade meurt par l'invagination intestinale; les matières ne peuvent plus passer; le ventre gonfle; il y a des coliques intenses, puis les accidents péritonéaux.

Enfin, le malade peut succomber à une péritonite produite par une perforation intestinale consécutive. Ainsi, l'entrée en convalescence date déjà de huit ou dix jours, lorsque arrive la chute d'une eschare, une perforation intestinale consécutive et la mort.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

M. Eug. Soulé.

Coup de feu à l'avant-bras droit. Désarticulation du coude. Guérison.

Quoique proposée depuis longtemps, et pratiquée plusieurs fois par Dupuytren, la désarticulation huméro-cubitale est une de celles que l'on a le plus attaquées. Les objections qu'on lui a opposées ne sont, en résumé, que l'hyperbole des inconvénients que l'on a signalés dans les amputations dans les articles en général. La valeur de cette opération ne peut être jugée que par des faits; et comme elle a été et est surtout maintenant rarement pratiquée, j'ai cru devoir porter à la connaissance de mes confrères le fait suivant, pour lequel je l'ai mise en usage l'an dernier à l'hôpital Saint-André.

Le nommé Tilsit, âgé de seize ans, de Lesparre (Gironde), fut transporté à la salle 11 dans la matinée du 18 mai 1850. Ce jeune homme avait reçu, la veille, la charge d'un fusil dans l'avant-bras droit en voulant le débourrer.

La gravité du cas ayant réclamé ma présence immédiate, je me rendis de suite auprès du malade, et constatai les lésions suivantes : une très vaste plaie, présentant tous les caractères des blessures par arme à feu; siégeait à la partie interne de l'avant-bras droit, et s'étendait depuis le poignet jusqu'au tiers supérieur de l'avant-bras environ; muscles profondément désorganisés; tendons à découvert. Dans presque toute cette étendue, le cubitus était perceptible, et on y remarquait une fracture comminutive qui complétait les conditions fâcheuses qui me déterminèrent à agir. Malgré l'étendue et la situation de cette solution de continuité, il n'y avait cependant pas d'hémorrhagie, ce qui, dans ce genre de lésions et dans ce cas en particulier, n'infirmait point, pour moi, une lésion artérielle.

Un pareil traumatisme me parut nécessiter l'ablation immédiate. La nature, et surtout l'étendue de la plaie, les désordres et les dénudations osseuses, l'altération profonde des muscles et la mise à nu des tendons devaient, et ce fut l'opinion de tous ceux qui observèrent le malade, rendre la conservation peu probable. La question gisait donc toute dans le lieu où devait être pratiquée l'amputation. Quoique très étendue, la lésion paraissait franchement limitée en haut, et il me sembla qu'il y avait assez de parties saines pour effectuer la section dans l'avant-bras et conserver au malade un petit crochet si important, surtout avec l'habitude qu'ne tardent pas à acquérir les sujets amputés de la sorte. Les désordres remontant moins haut en avant qu'en arrière, l'amputation à lambeau antérieur permettait seule de conserver assez de téguments pour recouvrir les os.

Ce point une fois établi, je procédai à l'opération à trois heures de l'après-midi, avec l'assistance de M. le docteur Dupuy, chef interne; et de MM. les internes de la maison. Pendant la manœuvre, je fus obligé de modifier ma conduite, et voici le motif : en taillant le lambeau, je remarquai que la lésion s'étendait plus haut que ne devaient le faire supposer les caractères que j'ai exposés; à la section des muscles, des gaz et une sérosité sanguinolente me découvrirent un trajet tracé par le projectile et se continuant jusqu'à la partie antérieure de l'articulation, qui n'était cependant point ouverte, mais avait dû en être profondément ébranlée. Je me décidai, en conséquence, à désarticuler le coude, ce qui ne nécessita que quelques coups de couteau à la base du lambeau, et ne prolongea que fort peu l'opération. Le seul temps de la ligature offrit de sérieuses difficultés, l'artère s'étant fortement rétractée; la réunion fut des plus faciles, j'avais même des téguments en excès, comme on le comprend aisément.

Le 19, lendemain de l'opération, la fièvre traumatique est déclarée; il y a eu peu de douleurs; le malade a sommeillé avec calme presque toute la nuit. Abondante exsudation sanguine.

Le 20, je me décide, contrairement à mes habitudes et en vue du gonflement que je redoute, à effectuer le premier pansement. Je me borne à couper quelques bandelettes.

Le 22, la suppuration s'établit et des bourgeons charnus de bonne nature apparaissent çà et là. L'état général est des meilleurs.

Les jours suivants n'ont pas besoin d'être notés séparément : la plaie a régulièrement marché vers la cicatrisation. Seulement, à une époque où la guérison approchait avec rapidité, une constitution érysipélateuse, à laquelle plusieurs malades de cette salle avaient déjà payé leur tribut, vint y apporter un obstacle. Plusieurs abcès se montrèrent successivement et furent ponctionnés. Cet épiphénomène, conséquence d'une angiolencite érysipélateuse, a retenu le malade à l'hôpital jusqu'au 18 juillet, et encore au moment de sa

---

Ils prétendent que cette opération les empêche d'être, par la suite, incommodés de la pituite, et qu'elle leur procure une santé parfaite. En effet, entre tous ces peuples que nous connaissons, il n'y en a point qui soient plus sains que les Libyens; mais je n'oserais assurer qu'ils en soient redevables à cette opération. Si leurs enfants ont des spasmes pendant qu'on les brûle, ils les arrosent avec l'urine de bouc; c'est un remède spécifique. » (Liv. IV, chap. 187, trad. Larcher.)

Ce n'est certes pas un peuple du Nord qui eût inventé le moxa pour prévenir les rhumes de cerveau! Les hommes du Midi sont aujourd'hui comme les Libyens d'autrefois; ils ne reculent devant aucun moyen pour se préserver du coryza. En effet, j'ai reçu de Marseille une lettre confidentielle d'un de mes anciens camarades d'école, m'annonçant que, forcé par les exigences de ses clients à faire une étude approfondie de la pituite, il était parvenu à enrayer complétement la maladie en acupuncturant la veine préparale. C'est chinois! et l'on pourrait se rencontrer de plus loin avec Hérodote et les Libyens. Pour que l'opération réussisse, il est nécessaire que les aiguilles restent en place au moins vingt-quatre heures, ce qui doit vivement contrarier les amateurs du casque à mèche et des oreillers moelleux. Qu'importe! pour éviter le coryza, les Marseillais n'ont pas moins de force de caractère que les marquis de l'ancien régime, qui consentaient à passer la nuit sur une chaise pour ne pas déranger les marteaux de leur perruque. Mon correspondant m'engage à faire mon profit de sa confidence; malheureusement on n'a pas toujours à sa disposition un nez marseillais pris de coryza. Je ne doute pas un seul instant de la bonté de la médication nouvelle, qui n'est pourtant qu'une variante, sauf les urines de bouc, de celle des Libyens; et j'invite mes confrères du Nord et du Midi à abandonner au plus vite la thérapeutique rationnelle de mon confrère en journalisme, et de ne plus traiter les rhumes de cerveau que d'après la méthode libyenne ou marseillaise.

Frappé de l'espèce de relation qui semble exister entre la grippe et le choléra, puisque ce dernier s'est toujours produit après une épidémie de la première affection, mon correspondant m'annonce une prochaine communication touchant les recherches qu'il est en train de faire sur la thérapeutique du terrible fléau. Par ma foi! me suis-je dit en lisant ce paragraphe de la lettre, si jamais le ciel m'accorde la vertu de faire des économies sur mes feuilletons, j'irai les manger sur la Cannebière où fleurissent, à ce qu'il paraît, les génies thérapeutes.

Cependant, en ce qui concerne le choléra, je crains bien que de longtemps encore nous n'en soyons réduits à la prescription de Bruzen de la Martinière, qui semble avoir fait à l'occasion même du fléau la petite épigramme suivante :

Voulez-vous guérir promptement
De je ne sais quel mal qui, je ne sais comment,
Vous ôte votre bonne mine?
Prenez-moi sans retardement,
Je ne sais pas combien, ni de quelle racine,
Joignez-y je ne sais quelle herbe également,
Mettez je ne sais où le tout bien chaudement;
Vous guérirez je ne sais quand.
Maint grand docteur en médecine
Ne vous dirait pas autrement.

Malheureusement l'ignorance populaire ne montre pas cette résignation philosophique en face de l'impuissance de la science, et dans sa brutalité veut découvrir une cause là où ont échoué les investigations les plus minutieuses et les expériences les plus attentives. On se rappelle les accusations absurdes que le peuple porta tour à tour sur l'administration et sur les médecins eux-mêmes; bientôt, devant le dévouement des uns et des autres, ces accusations disparurent, mais tombèrent alors sur les malfaiteurs de profession ou sur des hommes soupçonnés de sorcellerie. Il est encore plus d'un village en France où ces inepties sont acceptées comme articles de foi.

Ces erreurs populaires se sont produites partout où le choléra a sévi et des actes de sauvagerie ont été exercés contre des personnes complétement inoffensives. Le *Courrier des Etats-Unis* nous apporte aujourd'hui le récit d'un de ces actes de brutalité où l'odieux et l'absurde atteignent des limites que dans nos pays civilisés on n'eût pas même soupçonnées. Je laisse au journal américain toute la responsabilité de sa narration.

« L'épidémie, dit-il, a fait éclater sur certains points l'ignorance et les préjugés qui règnent encore dans une partie de la population mexicaine. Dans le petit village de Soteapa, par exemple, la population s'est imaginée que le fléau n'était qu'une vengeance de quelques sorciers, et les fortes têtes de l'endroit prirent la détermination de se défaire une bonne fois de ces magiciens qui avaient fait un pacte avec le diable. Deux vieux Indiens étaient considérés comme sorciers dans le village; on les emprisonna. Les habitants tinrent de nouveau conseil, et il fut décidé que deux crapauds seraient frits dans l'huile, puis qu'avec la même huile bouillante des lavements seraient donnés aux deux sorciers. Déjà l'on faisait les préparatifs du supplice quand une pluie torrentielle dissipa l'assemblée qui devait assister à l'exorcisme; les sorciers furent laissés attachés aux poteaux du supplice; où l'on espérait bien venir les retrouver; mais une âme charitable, les détachant à la nuit, leur donna la liberté, et leur procura, en les faisant fuir, les moyens de se soustraire au sacrifice humain dont ils auraient été les victimes. »

Pour concevoir la pensée de faire frire des crapauds et de donner des lavements bouillants avec cette huile, il faut avoir fait soi-même un pacte avec le démon et posséder une imagination diabolique!

Félix Roubaud.

sortie s'aboutaient deux trajets fistuleux fournissant une certaine quantité de pus. L'éloignement de l'hôpital a eu l'influence que j'espérais, et quinze jours après la guérison était complète, ainsi que me le marquait une lettre de mon très honorable confrère M. Piffon, de Lesparre, aux soins éclairés duquel j'avais confié mon jeune opéré.

J'ai dit en commençant cette communication que les objections faites à la désarticulation du coude n'étaient que l'exagération de celles que l'on a formulées contre les amputations dans la contiguïté en général. Cependant, nonobstant ses détracteurs, cette opération n'en compte pas moins parmi ceux qui l'ont préconisée des autorités qui m'ont décidé à la tenter. M. Velpeau est un de ceux qui ont le plus cherché à la retirer de l'oubli, et j'avoue que, pour mon compte, je ne vois pas en quoi elle est si défectueuse qu'on a bien voulu le dire et si inférieure à l'amputation du bras. Je ne vois rien de si irrégulier dans la conformation de la tête de l'humérus, qui me semble au contraire, ses saillies venant à s'émousser et son volume diminuant, devoir servir de point d'appui à une bonne cicatrice. Ce creux olécranien, pour l'obturation duquel quelques chirurgiens conseillent de conserver l'olécrane, doit rapidement se combler par le gonflement d'abord et par les bourgeons charnus ensuite; c'est ce que j'ai pu vérifier sur mon malade. Il n'est pas, je pense, à l'époque où nous vivons, de chirurgiens qui invoquent la dénudation et l'inflammation des cartilages et des extrémités osseuses; l'expérience et la physiologie ont prononcé à cet égard.

De sorte qu'à mon avis la désarticulation du coude est une opération qu'on ne fait peut-être pas assez souvent, préoccupé qu'on est par des circonstances qui dans d'autres cas sont plus à redouter. L'amputation du bras dans l'article n'est-elle pas une opération très dangereuse en théorie? Et cependant il n'est pas de chirurgien qui ne la pratique dans des circonstances données; la surface qui résulte de l'ablation du poignet est-elle donc si régulière? N'y a-t-il pas des éminences plus aiguës que dans l'extrémité inférieure de l'humérus? C'est cependant là une opération usuelle et qu'on n'attaque plus. De nos jours, MM. Baudens, Roux et Blandin ont cherché à faire adopter la désarticulation du pied avec ou sans conservation des malléoles, et à l'appui de son opinion chacun de ces chirurgiens a apporté des faits tendant à démontrer que là encore il y avait eu beaucoup d'exagération.

Je crois qu'une des choses qui doivent préoccuper l'opérateur dans l'amputation du coude, c'est de conserver assez de téguments pour recouvrir complétement la tête humérale; il y a en effet dans cette région une tendance à la rétraction dont les opérations cadavériques ne donnent qu'une idée incomplète. Le moyen le plus sûr d'y parvenir, c'est le lambeau antérieur de Dupuytren, en ayant soin de le tailler suffisamment étendu et de ne pas faire remonter trop haut sa base, ainsi que la section inférieure. On obtient ainsi en arrière une petite manchette demi-circulaire qui prévient la dénudation et exempte l'opérateur de couder outre mesure le lambeau afin d'obtenir la réunion.

NOTE SUR LE SIROP D'IODURE DE DEXTRINE

et les sirops d'iodure d'amidon soluble.

Monsieur le Rédacteur,

En lisant le dernier numéro de votre journal, j'ai vu avec plaisir que vous vous occupiez des préparations d'iode et d'amidon qui depuis quelque temps ont appelé l'attention des pharmaciens et des thérapeutistes. Je vous serai très reconnaissant si vous voulez bien communiquer à vos lecteurs la note que je vous envoie.

Après avoir examiné avec soin les différents procédés qui ont été donnés pour obtenir *soluble* l'iodure d'amidon découvert par M. le professeur Gaultier de Claubry, je suis resté convaincu qu'il faut, pour obtenir ce résultat, que l'amidou soit préalablement rendu soluble par un procédé quelconque, soit par la désagrégation du granule d'amidon par la trituration, soit par une légère torréfaction, soit enfin par le traitement au contact de l'eau et d'un acide faible (acide sulfurique ou chlorhydrique affaibli).

Tous ces procédés, qui nous donnent à des titres différents de la dextrine plus ou moins parfaite, m'ont conduit à me servir directement de ce corps (la dextrine) pour l'obtention d'un iodure soluble qui répondît complétement aux besoins de la médecine. Je suis arrivé à préparer un sirop que nous nommerons, non pas *sirop d'iodure d'amidon*, mais plus exactement sirop d'*iodure de dextrine*. Ce sirop, dont je vous donne plus loin la formule, et qui peut être très facilement exécutée dans toutes les officines, possède toutes les propriétés attribuées à l'*iodure d'amidon*. Il est complétement soluble quand il a été obtenu dans les conditions que j'indique. Sa couleur est celle d'un beau bleu-violet; sa saveur est agréable. Lorsqu'on le laisse en dissolution dans l'eau distillée exposé à la lumière, on voit la teinte bleu-violet qui lui est naturelle devenir d'un bleu parfait. Si cette dissolution est exposée en même temps au contact de l'air et de la lumière, la coloration diminue à vue d'œil et se perd complétement au bout de très peu de temps, et l'eau devient parfaitement incolore. L'iodure s'est alors complétement décomposé et l'iode de l'iodure s'est transformé en acide iodhydrique. La saveur de liqueur est entièrement nulle. Si l'on vient à mélanger du sirop d'iodure de dextrine avec une substance organique et aromatique, telle que l'eau de fleurs d'oranger ou l'eau de laurier-cerise, la teinte du sirop disparaît instantanément. Ce fait prouve l'extrême facilité avec laquelle se décompose l'iodure de dextrine au contact des matières organiques.

Voici maintenant la formule de ce sirop:

Sirop d'iodure de dextrine.

Dextrine	12,50 gr.
Eau distillée	15 —
Sirop de sucre incolore (fait à l'eau distillée)	100 —
Teinture d'iode du *Codex*	6 —

Délayez la dextrine dans le sirop; ajoutez l'eau distillée; portez le tout à l'ébullition en agitant constamment avec une spatule de verre; passez alors à travers une étamine de laine; mettez le sirop dans un flacon à large ouverture, et ajoutez la teinture d'iode. Agitez vivement et abandonnez le sirop à lui-même et découvert. La chaleur du sirop suffit pour volatiser la plus grande partie de l'alcool; l'iode se combine instantanément avec la dextrine, et le sirop prend la teinte bleu-violacé que je vous ai signalée. Cette préparation, qui est fort simple, donne un produit qui, comme vous le voyez, contient 15 centigr. pour 30 grammes, ou 1/2 0/0 d'iode. Il peut être pris sans aucun inconvénient, ainsi que le prouve déjà l'expérience de plusieurs praticiens, à la dose de 45 grammes par jour en y arrivant graduellement.

Je recherche en ce moment si l'iodure de dextrine peut être isolé et conservé à l'état sec comme l'iodure d'amidon. Dans une note subséquente, j'aurai l'honneur de vous faire connaître le résultat de mes recherches.

Veuillez agréer, etc. GILLE.

Sur un nouveau mode d'administration du soufre;

Par le docteur J. HANNON.

Le soufre est l'un des médicaments le plus souvent employés, mais on est loin d'avoir tiré tout le parti qu'on est en droit d'attendre de lui. Cela tient à la forme sous laquelle on l'a jusqu'à ce jour administré aux malades.

Le soufre jaune et solide a seul été prescrit, et malheureusement c'est sous cette forme qu'il est le moins actif.

Il existe un autre état du soufre sous lequel ce corps, tout en restant soufre, jouit de propriétés bien plus énergiques. C'est le soufre à l'état brun et visqueux.

Sous cette forme le soufre a toute l'activité des sulfures alcalins sans en avoir les inconvénients. L'odeur répugnante de ces sulfures, leur causticité seront toujours des motifs qui s'opposeront à ce que la majorité des malades consentent à se soumettre à leur action. Leur rapide oxydation est une difficulté de plus qui s'oppose à leur prescription.

Le soufre brun et visqueux est un stimulant plus énergique et plus prompt que le soufre jaune et solide; ce dernier reste-t-il sans effet, le premier réussit. Il excite rapidement tous les organes, et surtout la peau, les poumons, et l'appareil circulatoire.

Le soufre jaune réussit rarement contre la goutte, le rhumatisme chronique, les dartres rebelles, les toux chroniques et les engorgements scrofuleux, le soufre brun réussit toujours. Il se transforme bien plus rapidement en sulfide hydrique; aussi les gaz intestinaux, l'urine, l'haleine, la sueur et les autres sécrétions acquièrent-elles promptement cette odeur caractéristique qui s'exhale à la longue chez les malades soumis à l'emploi du soufre jaune. De là résulte qu'une quantité bien moins grande de soufre brun suffit dans les affections contre lesquelles on préconise ce médicament.

Le soufre à l'état sous lequel nous le recommandons peut être obtenu de diverses manières.

Si l'on fait un mélange de deux parties de nitrate de potasse et de deux parties de chlorure de sodium, et que l'on y ajoute une partie de sulfure de cuivre, obtenu directement ou par précipitation, il se formera du soufre visqueux en ajoutant au mélange de l'acide sulfurique jusqu'à ce qu'il ne se produise plus d'effervescence.

Le soufre visqueux vient surnager à la surface du liquide, sous forme de globules plus ou moins gros.

De l'eau régale se forme pendant cette réaction; celle-ci réagit sur le sulfure de cuivre, le transforme en chlorure et met le soufre en liberté. Si l'on ajoute un excès d'acide sulfurique il se forme de l'acide chlorhydrique et du sulfate de cuivre. Cela ne nuit point à l'opération; du reste, on obtient dans tous les cas la même quantité de soufre visqueux.

En traitant directement le sulfure de cuivre par l'eau régale, on obtient également du soufre visqueux. Il convient d'ajouter de l'eau régale jusqu'à ce que tout le cuivre soit dissous et transformé en chlorure.

Ce soufre visqueux, lavé et recueilli sur un filtre, est plus actif que le soufre obtenu par le procédé suivant.

Le soufre entre en fusion à 108 degrés; il est alors d'un jaune clair et transparent; il reste jaune jusqu'à 140 degrés; s'il se refroidit, il redevient ce qu'il était avant d'avoir été fondu; mais si le soufre fondu est chauffé davantage, à 160 degrés, il devient brun et visqueux; à 250 degrés, il est noir et perd sa fluidité. Dans cet état, si on le place sous l'eau, il reste pendant longtemps à l'état pâteux, et conserve sa couleur foncée, surtout lorsqu'il est resté exposé pendant une demi-heure à la même température.

Le soufre jaune et solide et le soufre brun et visqueux sont deux états allotropiques d'un même corps; ils ont sous ces deux états, tout en ayant la même composition chimique, des propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques différentes.

Le soufre brun et visqueux possède une capacité calorifique plus grande que celle du soufre ordinaire. Lorsqu'on le porte à la température de l'eau bouillante, il revient beaucoup plus rapidement à son état normal que lorsqu'on l'abandonne à lui-même à la température ordinaire et dégage une certaine quantité de chaleur en changeant de capacité calorifique. Ainsi en portant du soufre brun et visqueux dans une étuve maintenue à 98 degrés, un thermomètre, dont le réservoir est enveloppé par le soufre monte bientôt jusqu'à 110 degrés. Le thermomètre indique ce degré pendant deux ou trois minutes et redescend ensuite à 96 degrés.

Une expérience bien simple peut rendre évident ce changement de capacité calorifique. Si dans de l'eau à 98 degrés on plonge du soufre brun et visqueux, la chaleur latente qu'abandonne le soufre devient bientôt assez grande pour faire entrer l'eau en pleine ébullition.

La densité du soufre brun est de 1,99; celle du soufre jaune est de 2,05.

Le soufre brun et visqueux prend toutes les formes, il ressemble à de la gutta-percha ramollie par de l'eau bouillante. Rien de plus facile par conséquent que de le façonner comme on le veut, et d'en faire des pilules.

Le soufre brun s'administre à l'intérieur à des doses variées, suivant l'effet que l'on veut en obtenir. A l'extérieur il peut, comme le soufre jaune, être employé sous forme de pommades, d'onguents, etc., dans le traitement de la gale et des dartres.

Comme purgatif, il ne doit jamais être employé; le soufre jaune est infiniment préférable sous ce rapport, parce que ce dernier est moins attaquable dans le tube digestif et moins excitant.

La véritable indication de l'emploi du soufre brun est de l'administrer comme stimulant.

Il convient alors de le prescrire en pilules de deux grains. Trois ou quatre de ces pilules produisent un effet égal à vingt grains de soufre jaune.

Le soufre mou, précipité en faisant réagir l'eau régale sur le sulfure de cuivre, est plus actif encore. Deux pilules de deux grains suffisent.

Une condition essentielle pour que l'action du soufre brun soit efficace est que sa préparation soit récente. En effet, au bout d'un certain temps le soufre brun redevient dur, cassant, jaune, et sa densité s'élève à 2,05: sous cette forme le médicament agit comme le soufre ordinaire.

Il en est de même lorsqu'on veut l'administrer à l'extérieur.

DOSE ET MODE D'ADMINISTRATION.

1° *A l'intérieur.*

On peut à l'intérieur administrer soit le soufre brun précipité, soit le soufre brun obtenu par fusion.

Il convient dans le premier cas de mêler le soufre brun au baume de tolu, lequel jouit de la propriété de conserver pendant assez longtemps le soufre à l'état particulier sous lequel nous le recommandons.

Dans le second cas, il suffit tout simplement de faire les pilules d'après le procédé ordinaire employé par les pharmaciens pour diviser les masses pilulaires. Comme diaphorétique, le soufre brun précipité se prescrit à la dose de cinq à vingt grains; le soufre brun obtenu par fusion à la dose de vingt à cinquante grains.

Pilules par le soufre brun précipité.

Soufre brun précipité	2 gros.
Baume de tolu	q. s.
Pour faire s. a. pil.	4 gr.

Chaque pilule contient trois grains et demi de soufre. La dose en est de deux à quatre par jour dans l'eczéma chronique, les affections squameuses, les affections psoriques et dans les bronchites chroniques.

Pilules par le soufre brun obtenu par fusion.

Soufre brun obtenu par fusion.	2 gros.
Div. s. a. en pil. de.	4 gr.

La dose en est de six à dix par jour dans les cas précités.

Ces deux préparations peuvent remplacer tous les autres modes d'administration du soufre à l'intérieur.

2° *A l'extérieur.*

Le soufre brun précipité doit être préféré au soufre brun en fusion lorsqu'il s'agit de l'administrer en onguent ou en pommade.

Il a une action très vive sur la peau, beaucoup plus vive que celle du soufre jaune.

Cérat au soufre brun précipité.

Soufre brun précipité.	gros s.
Cérat simple.	2 gros.
Baume de tolu.	1 scrupule.

M.

Pour frictions contre les dartres.

Pommade au soufre brun précipité.

Soufre brun précipité.	2 gros.
Baume de tolu.	gros s.
Axonge.	7 gros.

M.

Onguent au soufre brun précipité.

Soufre brun précipité.	1 gros.
Baume de tolu.	1 scrupule.
Axonge.	4 gros.

M.

Ces pommades agissent plus promptement et plus sûrement que toutes les autres pommades soufrées indiquées jusqu'à ce jour, comme il est facile de s'en convaincre par des expériences comparées.

Quant à la raison pour laquelle le soufre brun et visqueux exerce une action plus grande sur l'organisme que le soufre ordinaire, il est facile de l'expliquer: de deux corps, le plus actif est celui qui présente le moins de cohésion. Or, le soufre brun présentant moins de cohésion que le soufre jaune, le premier est nécessairement plus actif que le second.

(*Presse médicale belge.*)

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE,

Suite de contravention aux lois sur la pharmacie.

La triste affaire dont nous allons rapporter les principales circonstances, et qui vient de se dénouer devant la 7e chambre (police correctionnelle), est une nouvelle preuve des graves inconvénients qu'il y a pour les pharmaciens à s'écarter de la voie sévère qui leur est tracée par les lois et règlements.

Voici ce que nous lisons dans *le Droit:*

La demoiselle Fanny Ogle, d'origine anglaise, résidant à Paris avec sa sœur et son beau-frère, rue Verte, 7, rendait le dernier soupir, le 17 octobre 1850, en présence de deux médecins qui, appelés en toute hâte, lui avaient vainement prodigué les secours de leur art.

La mort de la demoiselle Ogle était le résultat d'un empoisonnement volontaire, déterminé par l'absorption à très forte dose d'une préparation pharmaceutique anglaise dont l'opium est la base, connue sous le nom de *Battley's sedative solution.*

L'instruction a révélé les causes de ce suicide, dont elle fait peser la responsabilité sur les hommes qui ont imprudemment fourni le poison à la victime.

La demoiselle Ogle était depuis longtemps affectée d'une maladie histérique, et sous l'influence cruelle de ce mal elle fatigua de ses obsessions le docteur anglais Shrimpton, médecin de sa famille, jusqu'à la fin de l'année 1847. C'était un homme d'une moralité éprouvée, incapable de faillir aux devoirs les plus délicats de sa profession, et qui ne voyait dans le malheur de la demoiselle Ogle qu'un titre de plus à sa pitié et à son respect.

Les constatations matérielles qui ont suivi la mort de la demoiselle Ogle ont prouvé à quel point ce malheur avait été respecté par le sieur Shrimpton. Ce dernier redoutait les visites de la demoiselle Ogle, et refusa de la visiter lui-même dans l'appartement de son beau-frère, où elle se trouvait seule depuis son retour de Dieppe. Ce fut là le sujet des reproches que la demoiselle Ogle adressa au docteur Shrimpton, dans une visite qu'elle lui fit le 16 octobre, vers deux heures de l'après-midi; elle le pressa de venir le soir, et, sur son refus motivé par les convenances d'une situation délicate, elle avala, en présence même du docteur, le contenu d'une fiole étiquetée: *Battleys sedative solution*, *pharmacie de Pommier, rue du Faubourg Saint-Honoré*, 127.

Ce liquide, la demoiselle Ogle l'avait obtenu le jour même de la complaisance du sieur Brown, élève en pharmacie, employé chez le sieur Pommier, en alléguant une très forte douleur de dents, et en promettant de n'employer ce médicament qu'avec une extrême circonspection.

Le sieur Brown lui avait livré le quart environ de la quantité qu'elle demandait. c'est-à-dire 6 grammes au lieu de 30.

En sortant de chez le docteur Shrimpton, la demoiselle Ogle, dominée par la pensée du suicide, se présenta dans la pharmacie du sieur Paris, place Vendôme, 26, et obtint encore de la confiance du sieur Wallhe, employé dans cette pharmacie, un flacon contenant 10 grammes de solution Battley, dans la préparation de laquelle l'opium entrait pour 40 centigrammes; il crut mettre suffisamment à couvert sa responsabilité en écrivant sur l'étiquette du flacon le mot *poison*. La demoiselle Ogle rentra ensuite chez elle, se coucha, et vers neuf heures du soir, redoublant de précaution pour mourir, elle pria par lettre le sieur Walbe de lui envoyer un second flacon de potion Battley. Un flacon contenant 25 grammes fut remis par le sieur Wallhe au concierge Caillet, porteur de cette lettre.

La demoiselle Ogle expira le lendemain.

Dans ces circonstances, les sieurs Brown et Walbe paraissaient devant le tribunal comme prévenus du délit d'homicide involontaire et de contravention aux lois sur la pharmacie.

Le tribunal a condamné Walhe à 400 fr. d'amende, Brown à 50 fr., et solidairement avec les sieurs Pommier et Paris aux frais.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 février 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit :

1° Un compte-rendu de la Société médicale du 1er arrondissement;

2° M. Gosselin fait remettre à chacun des membres une feuille de son mémoire sur la rupture du poumon, où se trouve corrigée l'erreur relative à M. Lafargue, de Bordeaux;

3° Une lettre de M. Auzias-Turenne dont voici le contenu :

Monsieur le Président,

J'ai lu dans le compte-rendu de la séance du 12 février de la Société de Chirurgie les phrases suivantes de M. Ricord :

« Une première contagion, autrement dit, une première inoculation, n'en empêche pas une seconde, une troisième, une quatrième, et ainsi de suite, quel que soit l'intervalle de temps qui la sépare, sans autres limites que celles qui échappent à l'application directe du pus virulent, dans les conditions voulues. Le *syphilisme*, la *syphilisation*, l'infection constitutionnelle, la diathèse syphilitique enfin, n'empêchent pas de nouvelles contagions ou de nouvelles inoculations. »

Puisque M. Ricord se porte au-devant de la discussion, en jetant loyalement le gant à tout contradicteur, je vous demande la permission de ne pas laisser cette provocation sans réplique. Je défie donc M. Ricord de produire l'observation d'une personne ayant eu, en l'absence d'un traitement, une série de chancres dont l'activité n'ait pas été plus ou moins régulièrement croissante.

On ne peut raisonnablement infirmer la loi de *syphilisation* que par l'observation ou par des expériences, en place desquelles je ne trouve qu'une affirmation dans la bouche de M. Ricord. Or, « une affirmation, » dit Bacon, « doit s'appuyer sur un phénomène ou dériver d'une loi générale. » Où est le phénomène, c'est-à-dire un fait? Où est la loi dont M. Ricord s'est constitué un dogme? J'attends; car, jusqu'ici, je n'ai vu qu'une assertion sans preuve.

J'ai l'honneur, etc. Auzias-Turenne.

26 février.

—M. Richard (Adolphe) lit une note sur l'hydrocèle du cou; une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay et Libert, est chargée de faire un rapport.

Présentation.

M. Lenoir présente une jeune fille de 26 ans, d'une bonne constitution, ayant fait il y a un an une chute dans un escalier. La partie postérieure de la tête vint frapper contre une marche, et depuis ce temps la malade éprouva constamment de la céphalalgie d'abord générale, puis bornée seulement au côté gauche du crâne; il y a six mois, l'œil gauche devint plus saillant, et cependant la malade ne ressentait aucune douleur; actuellement l'œil est tout à fait chassé hors de l'orbite et sur toute la partie supérieure apparaît une tumeur fusant en dehors dans la fosse temporale. Cette tumeur est molle, semi-fluctuante, irréductible, donnant lieu à des sensations de pulsations artérielles. La compression exercée sur la carotide fait fait cesser les battements et la tumeur s'affaisse manifestement. L'œil, quoique chassé au dehors, n'a perdu aucune de ses fonctions, la malade voit mieux du côté malade que du côté sain. M. Lenoir se propose de lier la carotide primitive du côté malade. D'ailleurs nous aurons à revenir sur ce fait.

— M. Maisonneuve rappelle à la Société que déjà il attiré son attention sur une double ablation du maxillaire supérieur. Cette malade qui avait été soumise à des émanations phosphorées a parfaitement guérie.

Une jeune femme, d'une bonne constitution et d'une bonne santé apparente, avait été opérée en province sans succès d'une tumeur comme polypeuse développée dans les fosses nasales. L'année dernière à l'Hôtel-Dieu, M. Cusco pratiqua l'ablation d'une portion du maxillaire gauche. Mais le mal revint et de plus envahit le côté droit. M. Maisonneuve, voyant la marche envahissante du mal et comptant sur la preuve d'une altération non cancéreuse, proposa à la malade de la débarrasser par une double ablation des maxillaires.

Voici comment il procéda à l'opération. Une incision faite sur la ligne médiane divisa la peau du nez et la lèvre supérieure, une autre incision perpendiculaire à celle-là venait tomber sur la partie interne du grand angle de l'œil, deux lambeaux furent détachés et renversés sur la tempe, de telle façon que toute la face était à découvert. Avec une scie à chaîne on scia les apophyses montantes du maxillaire, après avoir détruit l'os unguis. On scia les maxillaires, qui furent détachés des palatins, et ces os furent enlevés; les deux lambeaux de peau ramenés sur la ligne médiane furent réunis par des points de suture. Depuis cette opération aucun accident grave n'est survenu. La malade est bien et tout fait espérer une guérison. Dans la première opération de double ablation, M. Maisonneuve avait été obligé de refaire une paupière inférieure, cette circonstance amena une suppuration abondante, l'œil en contact duquel s'était trouvée cette paupière se perdit. Dans le cas actuel, aucun accident de ce genre n'est survenu.

M. Guersant approuve les remarques présentées par M. Maisonneuve sur l'innoncuité en quelque sorte des opérations graves pratiquées sur la face. Il a vu souvent chez les enfants des opérations de ce genre n'entraîner aucun accident. Dernièrement, ayant enlevé une tumeur fibro-plastique développée dans le sinus maxillaire et les fosses nasales, il fut forcé de procéder à cette opération en incisant la ligne médiane et en détruisant la paroi du sinus maxillaire après l'avoir dénudée des portions molles. Le polype fût enlevé avec facilité, et aucun accident ne vint arrêter la guérison du malade.

M. Gosselin a vu le malade opéré par M. Cusco, et enfin par M. Maisonneuve. Lorsque le malade arriva à Paris, le côté gauche de la face était surtout pris; il fut d'avis, à cette époque, de faire l'opération. Il crut à une tumeur périostale fibro-plastique; et, si ses souvenirs sont exacts, le microscope s'était prononcé dans ce sens. Cependant il y avait déjà du côté droit un point qui dut faire croire que le mal n'était point seulement à gauche.

M. Forget ne croit pas que l'on puisse élever le moindre doute sur l'origine de ces tumeurs fibreuses occupant les cavités de la face. Pour lui, ayant eu récemment occasion d'étudier cette origine sur un malade opéré par M. Huguier d'une tumeur siégeant dans les fosses nasales, il est évident qu'elle a pour point départ le périoste et non le tissu osseux lui-même. Plusieurs des membres de la Société se rappellent le malade auquel je fais allusion, dit M. Forget. Ils se rappellent sans doute l'aspect monstrueux de sa face, dont les os avaient été écartés de la ligne médiane, comme si un coin volumineux y avait été enfoncé. L'examen cadavérique permit de bien constater l'intégrité des divers os en contact avec la production morbide qui les avait amincis, refoulés et usés en quelques endroits. C'est ainsi qu'on ne retrouvait plus que quelques lamelles des cornets, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Je n'entrerai pas dans tous les détails de ce fait intéressant, que j'ai décrit et discuté dans une des revues cliniques que je publie dans l'*Union Médicale*. Je me bornerai à dire que, d'accord avec plusieurs autres observations que j'ai puisées dans différents auteurs, il prouve que ces productions fibreuses, ou fibro-plastiques, se bornent rarement aux cavités où on va les attaquer, et que de celles-ci elles se prolongent souvent jusqu'à la base du crâne, et même dans l'intérieur de ce dernier. Ainsi, sur le malade dont je parle, la portion gauche de la lame criblée de l'ethmoïde et les parties contiguës du sphénoïde et du coronal étaient perforées; la dure-mère, seule en regard de la perforation, qui avait la largeur d'une pièce de deux francs, protégeait la substance cérébrale, et était en rapport direct avec un prolongement arrondi de la tumeur fibreuse. Il existait dans la fosse zygomato-maxillaire droite un appendice fibreux du volume d'un petit œuf adhérant intimement aux os. Cet appendice envoyait un embranchement jusqu'à l'apophyse basilaire et à la face inférieure de la grande aile du sphénoïde; les cavités sphénoïdales étaient remplies par le tissu morbide qui, en les dilatant, avait fini par soulever la selle turcique, dont l'excavation n'existait plus.

Il résultait de cette disposition que le kiasma des nerfs optiques était soulevé et comprimé entre la tumeur et la face inférieure du cerveau. Enfin, il existait encore dans la fosse latérale et moyenne droite du crâne une tumeur arrondie, mamelonnée, grosse comme une petite orange, et correspondant à une perforation de la grande aile du sphénoïde et de la portion écailleuse du temporal; cette tumeur offrait les connexions les plus intimes avec le périoste interne.

En rappelant ces faits d'anatomie pathologique, je me suis proposé, continue M. Forget, d'en déduire une indication pour la médecine opératoire dans le cas où le chirurgien jugerait à propos d'attaquer de semblables tumeurs, connaissant leurs connexions et rapports probables avec les os du crâne; il devra éviter tout tiraillement capable d'agir sur ceux-ci et d'y produire des fractures dont l'issue ne tarderait pas à être funeste : on peut donc généraliser pour cette sorte de tumeurs siégeant dans la cavité de la face la méthode d'excision; comme adjuvant, on pourra aussi recourir à la cautérisation et à la ligature. Mais on doit proscrire d'une manière absolue toute tentative d'arrachement.

M. Lebert dit qu'il examinera la pièce de l'opération de M. Maisonneuve. Si ses souvenirs ne le trompent pas, le maxillaire supérieur enlevé, il y a six mois, par M. Cusco n'était pas cancéreux; il y avait là une affection du périoste, qui était transformé en une altération fibro-plastique avec production osseuse accidentelle abondante ressemblant aux ostéophytes. (Note ajoutée quelques jours plus tard : L'examen ultérieur du maxillaire enlevé par M. Maisonneuve démontre une structure semblable, une affection essentielle de l'os avec production exubérante de tissu osseux accidentel sous forme d'aiguilles et de stalactites, et formation de tissu fibreux et fibro-plastique dans l'intervalle des projections ossiformes anormales.)

La tumeur présentée par M. Guersant était également une transformation charnue et fibro-plastique du périoste d'une portion du maxillaire.

En général, les affections du périoste et surtout les produits accidentels dont cette membrane peut devenir le siége et le point de départ doivent être soumis à de nouvelles études. Trop souvent confondues avec le cancer, ailleurs fréquent dans les os et le périoste, ces tumeurs montrent en réalité des altérations très variées, et dont la détermination exacte et rigoureuse ne manquera pas d'influer d'une manière heureuse sur la pratique et sur l'étendue surtout que l'on pourra donner à un certain nombre d'opérations à faire sur les divers points du système osseux.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 30. — JEUDI 13 MARS 1851 (24e ANNÉE.) N° 30. — JEUDI 13 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 12 MARS 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, après avoir temporisé un peu trop longtemps, paraît pressée maintenant de s'infiltrer du sang nouveau; une nouvelle vacance a été déclarée hier, huit jours après une nomination et précisément dans la même section où la nomination avait été faite dans la séance précédente. C'est peut-être courir un peu vite après avoir marché trop lentement; peut-être aussi aurait-il mieux valu ne pas faire deux élections coup sur coup dans la même section sans y être absolument forcé. Or la section de chimie et de physique médicales étant incomplète tout comme celle d'accouchements, peut-être aurait-il été convenable d'éviter ces nominations précipitées, par lesquelles on semble faire des académiciens par fournées. Puisque la décision est prise, il faut bien l'exécuter; mais nous croyons que l'Académie fera bien à l'avenir de prendre en considération les réflexions qui précèdent.

Après le dépouillement de la correspondance et la lecture de quelques rapports de M. Bouchardat sur des remèdes secrets, l'Académie a écouté avec un vif intérêt la lecture d'un mémoire de M. Robert sur les varices anévrismales du cuir chevelu. Ce mémoire, d'une étendue considérable, a occupé à peu près toute la séance, et a été l'objet de remarques pratiques importantes de la part de MM. J. Cloquet, Bérard et Velpeau; tout en nous associant aux éloges qui ont été donnés à l'important travail de M. Robert, éloges dont nos lecteurs pourront bientôt apprécier l'opportunité par la lecture de ce travail, nous croyons cependant devoir nous ranger à l'opinion des trois savants professeurs touchant les indications de la ligature, et nous pensons que cette ligature dans l'anévrisme cyrsoïde du cuir chevelu, comme dans l'anévrisme artérioso-veineux des membres dont M. Velpeau l'a rapproché avec raison; nous pensons, disons-nous, que la ligature doit être réservée pour les cas où des accidents immédiats ou très prochains menacent la vie des malades.

La séance a été close par un rapport de M. Ségalas sur une question de priorité élevée entre MM. Duverger et Courty, à propos d'un instrument propre à extraire de la vessie certains corps étrangers. M. Larrey a fait, sur l'opportunité de ce rapport, une question qu'il a eu le tort de ne pas résoudre d'une manière catégorique dans le sens qu'il a laissé entrevoir assez clairement. Il aurait, avec un peu plus de fermeté, empêché l'Académie de s'engager dans une voie où il ne peut y avoir que des épines à recueillir.

— Pour la seconde fois depuis quinze jours l'Académie des sciences a été privée de communications médicales. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Anévrisme faux primitif de l'artère radiale. Guérison par l'emploi d'un mélange réfrigérant fait avec du chlorure de sodium et de la glace pilée.

Le 30 janvier 1851, le nommé Perrond (Lucien), conducteur de diligence, âgé de trente ans, entra à la Charité pour une blessure à l'avant-bras droit, et fut couché au n° 17 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme, d'une constitution athlétique, raconte que le 16 janvier dernier, il reçut dans une rixe un coup de couteau à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras droit; il croit se rappeler que l'instrument a été dirigé obliquement de dedans en dehors et de haut en bas. Une hémorrhagie assez abondante eut lieu au moment de l'accident. Il ne se rappelle pas si le jet de sang était saccadé, comme celui qui s'échappe d'une artère ouverte. Un médecin fut appelé. Il pratiqua au niveau de la plaie la compression au moyen de compresses graduées. Le tout fut recouvert d'un bandage circulaire remontant au-dessus de l'articulation huméro-cubitale. Trois jours après l'accident, ce premier pansement fut enlevé; on trouva la plaie des téguments fermée; mais, au niveau de la cicatrice, on pouvait sentir une tumeur assez volumineuse; une vaste ecchymose s'étendait à tout l'avant-bras et remontait même jusqu'à l'aisselle. Le bandage compressif fut de nouveau replacé et maintenu jusqu'au neuvième jour, époque à laquelle l'appareil fut enlevé pour la deuxième fois.

On trouva la tumeur mieux circonscrite, présentant des battements isochrones à ceux du pouls. L'ecchymose avait déjà en partie disparu.

C'est alors que le malade entra à l'hôpital de la Charité, où nous le vîmes pour la première fois le 31 janvier.

Voici ce que nous avons pu observer à l'examen du malade :

Sur le trajet de l'artère radiale du côté droit, un peu en dedans de la ligne que suit ce vaisseau quand il a une direction normale, on aperçoit une tumeur du volume d'un petit œuf de poule; elle est placée à égale distance de l'articulation du poignet et de celle du coude, à peu près au niveau du point où le bord interne du muscle long supinateur vient recouvrir l'artère radiale chez les sujets vigoureusement musclés.

Cette tumeur, quoique bien circonscrite, ne peut pas bien être limitée. Vers ses attaches profondes, elle paraît se prolonger jusque dans la gaîne de l'artère radiale. Sur le sommet de cette tumeur, qui ne présente du reste aucun changement de couleur à la peau, existe une petite cicatrice de 7 à 8 millimètres d'étendue, obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, cicatrice que le malade affirme être la suite du coup de couteau qu'il a reçu.

La main placée sur la tumeur est soulevée par des battements isochrones à ceux du pouls, et en même temps perçoit des mouvements d'expansion en tout semblables à ceux que l'on rencontre dans les tumeurs anévrismales.

La compression exercée sur l'artère radiale, au-dessous de la tumeur, fait augmenter les battements; pratiquée au-dessus, elle les fait cesser complétement.

L'auscultation médiate et immédiate fait entendre un bruit de souffle correspondant à la systole du cœur. La compression pratiquée sur l'artère radiale au-dessus de la tumeur fait disparaître ce bruit de souffle.

En présence de symptômes aussi positifs, M. Velpeau n'hésita pas à diagnostiquer un anévrisme de l'artère radiale produit par l'instrument tranchant, qui avait pénétré dans l'avant-bras.

Le malade fut mis à trois portions et laissé sans traitement, pour voir ce que deviendrait la tumeur, jusqu'au 8 février.

Le 9 à la visite, M. Velpeau, qui nous avait annoncé qu'il guérirait cet anévrisme sans opération sanglante, appliqua sur l'artère humérale le tourniquet de J.-L. Petit et comprima l'artère sur la face interne de l'humérus au niveau de l'attache inférieure du coraco-brachial. Il plaça en même temps sur la tumeur anévrismale un mélange réfrigérant fait avec du sel gris ordinaire et de la glace pilée, dans la proportion d'un tiers de sel pour deux de glace, et le maintint appliqué sur la tumeur pendant sept ou huit minutes. Le tourniquet fut laissé en place toute la journée, avec recommandation d'être relâché le soir si le bras devenait par trop gonflé.

Le soir, à notre visite, ayant trouvé le bras gonflé outre mesure, d'une couleur violacée très foncée, et une phlyctène assez volumineuse s'étant formée dans toute la partie qui avait été en contact avec le mélange réfrigérant, nous desserrâmes le tourniquet, qui fut enlevé le 10 au matin.

A partir de ce moment, il fut impossible de retrouver dans la tumeur les battements avec expansion que la veille encore il était très facile d'y constater.

Tout bruit de souffle avait disparu. Le pouls radial, cherché au-dessous de la tumeur, semblait au premier abord ne pas exister; cependant, en palpant avec attention, on sentait sous le doigt qui comprimait l'artère un léger frémissement.

Dans les jours suivants, le pouls continua à reprendre peu à peu de la force, la tumeur diminua assez rapidement de volume, et le 27 février, jour de la sortie du malade de l'hôpital, tout semblait annoncer une guérison complète.

Depuis cette époque, nous avons revu plusieurs fois le malade. La tumeur a continué à diminuer de volume; elle a pris une dureté cartilagineuse; elle n'est pas plus grosse aujourd'hui qu'une noisette. L'avant-bras a recouvré toutes ses

FEUILLETON.

Compte-Rendu

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS POUR 1850.

(Suite et fin. — *Voir* les nos des 22, 27 février, 1er et 6 mars.)

L'altération des cartilages se montre parfois d'assez bonne heure dans l'arthrite chronique sèche; quelquefois cependant elle ne devient manifeste que lorsque les lésions de l'os et de la synoviale sont déjà très avancées.

Cette altération débute presque constamment de la manière suivante : De petits sillons très rapprochés les uns des autres se montrent à la surface libre des cartilages; ces sillons affectent des directions très variables dans les articulations énarthrodiales; mais dans les ginglymes ils sont le plus souvent parallèles à la direction des mouvements. C'est là ce qui a fait croire que cette altération était la conséquence d'une usure purement mécanique. Il me paraît certain, en effet, que le frottement est pour quelque chose dans sa production; mais il est certain aussi qu'une lésion préalable du cartilage est indispensable, car on ne voit pas pourquoi certains cartilages s'useraient tandis que certains autres, exposés à des frottements plus violents et plus répétés, conservent cependant leur intégrité. Du reste, il est facile de démontrer directement l'existence de cette lésion préalable; si on fait une coupe perpendiculaire à la surface de l'os, on reconnaît qu'au niveau de ces sillons superficiels la substance du cartilage est devenue plus opaque et que son épaisseur est notablement augmentée; sur une rotule qui a été soumise à votre examen, cette épaisseur était presque double de l'épaisseur normale. L'examen microscopique vient encore à l'appui de cette opinion. Dans un travail remarquable qui nous a été adressé par un de nos membres honoraires, le professeur Redfern, d'Edimbourg, nous avons lu la description des lésions de structure qui précèdent et accompagnent cette altération des couches cartilagineuses, description dont j'ai plusieurs fois vérifié l'exactitude. On voit alors, entre autres choses, des éléments fibreux, de formation nouvelle, paraître dans la substance amorphe au sein de laquelle sont creusées les cavités normales du cartilage.

Quoi qu'il en soit, les sillons que je viens d'indiquer, d'abord superficiels, deviennent de plus en plus profonds; bientôt ils pénètrent jusqu'à la surface de l'os; les bandelettes primitives sont à leur tour divisées en travers par des sillons perpendiculaires aux précédents, et il arrive un moment où le cartilage est décomposé en filaments flexibles, d'apparence fibreuse, implantés sur l'os par une de leurs extrémités, libres dans le reste de leur étendue, et pressés les uns contre les autres comme des brins de gazon, ou comme les fils d'un velours d'Utrecht.

On conçoit qu'à ce moment la surface de l'os mise à nu dans l'intervalle de ces espèces de fibres puisse devenir le point de départ de quelques anses vasculaires qui s'élèvent entre les éléments du cartilage altéré; et c'est ainsi que s'expliquent quelques cas de vascularisation des cartilages : vascularisation, comme on le voit, plus apparente que réelle, dont plusieurs exemples nous ont été cités cette année à l'occasion d'une pièce de M. Blondeau.

Un peu plus tard ces filaments, derniers restes du cartilage primitif, finissent à leur tour par disparaître; sont-ils détachés par une action mécanique, ou sont-ils simplement dissous? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire d'une manière certaine. La première opinion paraît plus probable, mais sur aucune des pièces qui nous ont été présentées il n'a été possible de trouver dans la cavité articulaire ces filaments récemment détachés.

En tout cas, il arrive un moment où les surfaces osseuses, dépouillées de leurs cartilages, frottent directement les unes sur les autres; alors leurs couches superficielles se condensent et se polissent comme de l'ivoire. Ce phénomène frappant mais secondaire a été considéré par quelques auteurs comme la lésion principale de la maladie, qui a dès lors reçu le nom d'*éburnation des surfaces articulaires*. Mais cette dénomination est doublement vicieuse, parce que l'éburnation ne paraît que dans la dernière période de l'arthrite sèche, et parce qu'elle peut se produire dans les tumeurs blanches ordinaires ou dans les luxations anciennes.

L'éburnation des couches superficielles contraste d'une manière frappante avec la raréfaction intérieure de la substance des os.

Devenues lisses et brillantes, les surfaces osseuses éburnées ne conservent pas toujours leurs formes et leurs dimensions primitives. Souvent des formations accidentelles de tissu osseux augmentent le volume des extrémités articulaires. Dans les articulations ginglymoïdales, surtout dans l'articulation fémoro-rotulienne et dans l'articulation tibio-tarsienne, les surfaces en contact se rayent dans le sens des mouvements, et finissent quelquefois par s'engrener profondément les unes dans les autres. Ces déformations ont une cause mécanique; et cependant personne ne conteste la vitalité du tissu osseux. De ce que les surfaces cartilagineuses présentent quelquefois des rayures parallèles à la direction des mouvements, on n'a donc pas le droit de conclure à la non-vitalité des cartilages.

Telle est l'altération que présentent le plus ordinairement les cartilages dans l'arthrite sèche. Il résulte cependant de quelques pièces qui nous ont été présentées que les cartilages peuvent disparaître par leurs couches profondes sans altérations primitives de leur surface, qui reste parfaitement lisse. Y a-t-il simplement résorption des couches cartilagineuses profondes? Ou celles-ci sont-elles réellement envahies par l'ossification? Plusieurs fois, sous le microscope, j'ai pu constater dans l'épaisseur de ces couches des dépôts de matériaux calcaires qui se dissolvaient dans l'acide chlorhydrique avec dégagement de gaz; ces dépôts étaient accusés sur la pièce fraîche par des points ou des stries opaques d'un blanc jaunâtres. Mais ces faits, trop peu nombreux, sont tellement en désaccord avec les idées admises, qu'on ne doit les interpréter qu'avec la plus grande prudence.

Ainsi l'altération des cartilages peut débuter par la surface, et alors elle s'accompagne au début d'un épaississement manifeste; ou bien elle peut débuter par les couches profondes, et alors elle est caractérisée par un amincissement toujours croissant. Chose remarquable! ces deux lésions, en apparence si opposées, coïncident assez fréquemment sur la même pièce, et tandis que la première, avec épaississement, se produit de préférence sur les points qui supportent les principales pressions, la seconde, avec amincissement, n'existe jamais que sur les bords, là où les pressions sont légères et rares. Cela ne suffirait-il pas pour prouver que les alté-

fonctions. Le pouls radial est presque aussi facilement appréciable que du côté gauche.

Nous livrons ce fait à la publicité sans vouloir l'interpréter.

D'une seule observation, quelque probante qu'elle puisse paraître au premier abord, il n'est jamais permis, selon nous, de tirer des conclusions qui aient assez de valeur pour servir de base à une nouvelle méthode de traitement. Si plus tard de nouveaux faits viennent confirmer celui que nous venons de publier, alors seulement il sera permis de se demander si l'on ne pourrait pas remplacer avantageusement la ligature par l'emploi des mélanges réfrigérants associés à la compression, lorsque surtout la tumeur anévrismale a son siége sur une artère superficiellement placée.

J. Perdrigeon du Vernier,
Interne du service.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Fistule vésico-vaginale survenue à la suite d'un accouchement. Perte de substance. Gangrène du museau de tanche. Opération autoplastique par glissement. Guérison. Ecoulement continu et involontaire d'urine.

Laubaire (Jeanne), âgée de vingt-deux ans, née à Paris, charbonnière, mariée, entrée le 12 février 1851.

Le père et la mère de cette malade étaient de l'Auvergne; ils sont venus s'établir à Paris, où est née Jeanne, leur fille unique.

Son père est mort à trente-cinq ans, phthisique, à ce que croit la malade. Sa mère a cinquante-deux ans, et se porte bien.

Elle est restée à Paris jusqu'à l'âge de dix-huit mois. Sa mère l'envoya alors à Tagenack, près Saint-Flour, en Auvergne, pour être élevée dans sa famille. Elle ne revint à Paris qu'à l'âge de dix-sept ans.

Elle ne se rappelle pas avoir été jamais malade. Vaccinée à l'âge de six ans, elle n'a jamais eu ni variole, ni fièvre éruptive.

Elle avait dix-huit ans quand ses règles parurent pour la première fois; elles ont toujours été très régulières durant trois jours chaque mois, et très abondantes.

Mariée à vingt ans, elle eut, un an après, une fausse couche de trois mois et demi, à la suite d'une contrariété avec sa mère; elle garda le lit pendant six jours, et n'eut pas d'autre accident.

Il y a un an, devenue de nouveau enceinte, elle retourna dans son pays, où elle est accouchée il y a trois mois : elle était à terme. Un médecin avait été appelé dès le commencement du travail, qui dura trois jours.

Le troisième jour, voyant que l'accouchement ne se terminait pas, le médecin fit quelques tentatives avec la main et appliqua les fers, dit la malade, sans que nous puissions savoir s'il se servit d'un forceps ou d'un céphalotribe; n'ayant pu parvenir à terminer l'accouchement, le médecin appela un confrère, qui fit également des tentatives inutiles. Ils abandonnèrent alors la malade, qui accoucha d'elle-même presque aussitôt d'un enfant mort, ayant, au dire de la mère, un trou à la tête, un œil sorti de l'orbite et une plaie sous le menton.

A la suite de son accouchement, cette femme resta au lit six semaines, souffrant du ventre, sur lequel on appliqua des sangsues à deux reprises différentes. Elle guérit, et, depuis cette époque, elle s'est bien portée.

Cinq ou six jours après son accouchement, cette femme s'est aperçue qu'elle perdait toutes ses urines, et, depuis cette époque, elle ne sent plus le besoin d'uriner, et n'urine plus, toutes ses urines passant par la fistule.

Depuis son accouchement, ses règles n'ont pas encore reparu.

Les médecins de Saint-Flour n'essayèrent rien contre cette fistule; mais ils adressèrent à M. Jobert cette malade, qui arriva à Paris le 8 février, et entra à l'Hôtel-Dieu le 12 février 1851.

La malade fut, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, soumise à un traitement rafraîchissant, et le repos le plus absolu fut observé jusqu'au 19 février, époque à laquelle on procéda à un examen dont nous allons rendre compte. Des boissons diurétiques, comme de la décoction de chiendent, de l'eau de Vichy, furent données à la malade; des bains à la fécule furent pris tous les jours, afin de diminuer l'état d'irritation dans lequel se trouvaient les organes génitaux. Le canal intestinal fut vidé par une purgation, et, après ces quelques préparatifs, l'opération fut pratiquée de la manière que j'indiquerai plus loin.

L'examen des organes génitaux fut donc fait le 19 février; en voici le résultat :

1° Bassin bien conformé;

2° Suppuration extérieure de la vulve;

3° Erythème des petites et des grandes lèvres, de la fourchette et de l'entrée de la vulve;

4° Induration superficielle de la peau et du tissu cellulaire;

5° Ces indurations et l'érythème remontent jusqu'à la partie médiane des grandes lèvres;

6° L'urètre n'est pas rétréci;

7° La vessie, sans être très rétrécie, a un peu perdu de ses dimensions;

8° On aperçoit sur la cloison vésico-vaginale un tissu cicatriciel très prononcé qui s'étend jusqu'au niveau du museau de tanche, qui n'existe plus, et qui se trouve remplacé par une ouverture qui est l'orifice de l'utérus;

9° On voit sur le rudiment du col, qui est dur et saillant, quelques cicatrices étoilées;

10° L'orifice qui est à l'emplacement du col et qui représente l'orifice utérin, peut admettre une sonde de femme et se trouve bordé par une petite languette charnue qui forme comme une soupape derrière laquelle est un petit bourgeonnement qui fournit du sang;

11° Vers la partie moyenne de la cloison, à 2 centimètres au-devant du col de l'utérus, on rencontre une ouverture qui communique dans la vessie : c'est la fistule qui admet très facilement une grosse sonde de femme.

Cette ouverture, quoique ronde, a le diamètre transversal un peu plus considérable que le diamètre antéro-postérieur.

Elle est située à 3 centimètres de l'urètre sur la cloison vésico-vaginale.

L'opération fut pratiquée le 20 février de la manière suivante :

La malade étant placée sur le bord du lit à opérations, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes soutenues par deux aides, un spéculum univalve est introduit et maintenu fortement par un troisième aide, de manière à déprimer la cloison postérieure du vagin. Alors l'utérus est abaissé avec des pinces de Museux; puis, avec le bistouri, l'opérateur dissèque l'insertion du vagin à la partie antérieure du col de l'utérus; ce qui donne un écartement d'environ 2 centimètres entre les lèvres de la plaie qui viennent d'être pratiquées. Puis à l'aide de ciseaux et du bistouri on ravive les bords de la fistule, qui, après le ravivement, admet facilement le doigt. Cela fait, les deux lèvres de la fistule sont réunies d'avant en arrière par deux points de suture séparés, au moyen d'aiguilles courbes montées sur des porte-aiguilles. Une sonde est placée à demeure.

Le 21 février et jours suivants, la malade va très bien : elle prend des bouillons et des potages; pas d'envies de vomir ni de frissons. On change tous les jours la sonde.

Le 25, la malade est placée sur le lit à spéculum : on retire les deux fils. La plaie semble très bien réunie. Depuis l'opération, la malade n'a pas senti s'écouler par le vagin, comme avant l'opération, l'urine, que sa vessie retient très bien.

Le 26, la malade est portée sur le lit à spéculum : on fait une injection d'eau tiède dans le vagin. La plaie est très belle.

Le 28, la cicatrice paraît parfaite. Il y a un peu de pus dans le vagin. Léger œdème des petites lèvres. Injection d'eau tiède dans le vagin : la sende est changée.

Les 1er et 2 mars, rien de nouveau.

Le 3 mars, on fait une injection d'eau tiède dans le vagin, qui contient un peu de pus. La malade ne se sent pas mouiller. Tout est dans le même état que les jours précédents. Pensant la cicatrice assez solide, M. Jobert retire la sonde.

Le 4 mars. Depuis hier, la malade a uriné d'elle-même six fois : la première fois à 11 heures et demie du matin, la deuxième à 2 heures, la troisième à 5 heures, la quatrième à 11 heures du soir, la cinquième, aujourd'hui, à 5 heures du matin et la sixième à 7 heures et demie, c'est-à-dire que pendant cette nuit la malade a uriné une fois seulement de plus qu'elle n'avait coutume de le faire avant d'être atteinte de son infirmité.

La malade nous dit que la quantité d'urine rendue était assez abondante à chaque émission, qui était hier accompagnée d'un peu de cuisson, disparue totalement aujourd'hui. La malade dit avoir des envies d'uriner comme à son état normal, si ce n'est qu'elles sont plus fréquentes.

Tel est l'état de la malade, ainsi que nous l'a appris l'examen au spéculum fait le 6 mars. Les grandes lèvres, les petites lèvres, le pourtour de la fourchette ne sont plus érythémateux. L'urètre est large, le vagin n'offre pas de rétrécissement. La paroi antérieure du vagin est un peu plus élevée que dans l'état normal : on y aperçoit au-devant du col de l'utérus une cicatrice transversale; une seconde cicatrice s'aperçoit à l'endroit où existait la fistule. Toutes deux sont encore rosées et offrent à droite et à gauche de petits rayonnements. La vessie offre une grande capacité.

Le 7 et le 8 mars, la malade a repris ses habitudes; elle ne perd pas une goutte d'urine, soit qu'elle marche, soit qu'elle soit couchée. Les envies d'uriner, qui avaient été un peu plus fréquentes d'abord, ont complétement disparu, et la doulcur urétrale a cessé. Ce dernier organe est donc, pendant les premiers jours qui suivent la guérison, impressionné douloureusement, comme la vessie, par le contact de l'urine.

La malade retient maintenant ses urines aussi bien que dans l'état normal. Cet organe fait donc l'office de réservoir, et le besoin d'uriner ne se fait pas plus sentir que dans l'état normal.

A. F.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. P. Guersant.

Du croup et de la trachéotomie.

Désirant nous entretenir sur la trachéotomie dans les cas de croup, M. Guersant n'a pu le faire sans nous dire quelques mots du croup.

Vous savez, nous a-t-il dit, qu'il existe deux espèces de croup : le faux croup et le croup proprement dit. Mon père (1), le premier, attira l'attention des praticiens sur les variétés de croup, et il en fit trois sections. Sans vous entretenir longuement de ce travail, je me contenterai de dire que dans la première section il a successivement examiné le croup simple, ses variétés, ses complications. Dans la seconde, les maladies improprement appelées croup, et dans lesquelles on trouve de fausses membranes dans la trachée-artère et dans les bronches, mais sans toux croupale et les autres caractères qui distinguent le croup. Ainsi, le croup trachéal et la trachéite pseudo-membraneuse. Dans la troisième, il a compris les maladies improprement appelées croup avec toux croupale et le sifflement laryngo-trachéal sans formation de fausses membranes, subdivisées en pseudo-croup simple et pseudo-croup compliqué.

Je me bornerai à établir brièvement la différence qui existe entre le faux ou pseudo-croup et le croup proprement

(1) Voir l'article de Guersant, *Dictionn. en XX vol.*

rations des cartilages ne sont pas la conséquence directe des actions mécaniques?

Enfin, Messieurs, et cela complète cet ensemble de lésions qui constituent l'une des affections les plus complexes que l'on connaisse, toutes les parties molles qui avoisinent l'articulation affectée d'arthrite chronique sèche deviennent le siége d'ossifications accidentelles très remarquables. Nous avons déjà parlé de celles qui se produisent dans la synoviale, ou, si vous le préférez, dans le tissu cellulaire sous-synovial, et nous avons dit qu'elles donnaient lieu à la formation des corps étrangers articulaires. Des ossifications analogues peuvent se montrer sous forme de plaques dans les bourses séreuses sous-musculaires qui entourent les articulations; il s'en forme d'autres dans le périoste, dans les ligaments, les tendons, et même dans les muscles.

Ces ossifications accidentelles, comme les ossifications normales, se font dans une base cartilagineuse préalable. Parfois le cartilage nouveau persiste quelque temps à l'état de cartilage; mais le plus souvent il s'ossifie à mesure qu'il se produit.

Les ossifications périostales diffèrent complétement de celles qui se forment dans les tumeurs blanches ordinaires. Dans ce dernier cas, on trouve à la surface de l'os des couches minces, poreuses, plus ou moins uniformes, ou des stalactites irrégulières, quelquefois pointues et plus ou moins obliques. Dans l'arthrite sèche, au contraire, les ossifications sont régulières, arrondies, et ressemblent beaucoup pour la forme et l'aspect à des gouttelettes de cire; leur densité est égale à celle du tissu le plus compacte. Elles se font de préférence sur les points du périoste qui avoisinent le plus les bords des cartilages diarthrodiaux, et qui sont recouverts de la synoviale; mais on peut aisément s'assurer par la dissection que cette dernière membrane est étrangère à leur formation. Ces ossifications sont surtout fréquentes sur le col du fémur. Par leur agglomération, elles y forment des saillies quelquefois considérables, et peuvent à elles seules gêner beaucoup les mouvements.

L'ossification des masses adipeuses articulaires s'observe plus rarement. Vous en avez cependant vu un exemple manifeste sur une cavité cotyloïde dont l'arrière-fond était comblé par un pont osseux qui avait pris la place du bourrelet graisseux normal.

L'ossification des ligaments est beaucoup plus fréquente; elle peut porter sur les ligaments périphériques, sur les bourrelets fibreux qui entourent les cavités, sur les disques fibreux inter-articulaires. Dans les ligaments périphériques elles donnent lieu à des masses plus ou moins volumineuses qui entravent les mouvements et qui peuvent produire une ankylose complète. Vous avez vu deux fois la soudure de l'articulation radio-cubitale supérieure par ossification totale du ligament annulaire et de la partie correspondante de la synoviale. Deux fois aussi, et précisément sur les mêmes pièces, vous avez vu des masses osseuses considérables développées dans l'épaisseur du ligament antérieur du coude. Et je rapprocherai de ces deux cas deux observations presque identiques consignées dans les bulletins des années précédentes. L'une de ces pièces, qui date de 1847 (*Bull.*, 1847, p. 271), vous a déjà été citée plus haut; l'autre remonte à une époque plus éloignée, et appartient à M. Marchal (de Calvi). (*Bull.*, 1844, p. 39.)

Sur une pièce de M. Sebillotte, le disque inter-articulaire interne du genou était remplacé par un disque osseux de même forme bien reconnaissable encore, mais soudé par ses deux faces aux surfaces correspondantes du tibia et du fémur; le disque externe de la même articulation, complétement osseux à son centre, avait à sa périphérie conservé sa structure fibreuse.

D'autres fois on voit s'ossifier secondairement des ligaments qui ne prennent pas une part directe à l'articulation. C'est ainsi qu'autour d'une articulation scapulo-humérale qui vous a été présentée en 1848 (*Bulletin de* 1848, p. 141), le ligament acromio-coracoïdien était remplacé par un pont osseux.

Les tendons qui s'insèrent au voisinage des articulations subissent une altération analogue; sur l'articulation scapulo-humérale que je viens de vous indiquer, on trouvait dans le tendon du muscle sous-épineux, près de son insertion à la grosse tubérosité de l'humérus, une masse osseuse grosse comme une noisette, tout à fait semblable à un os sésamoïde.

Enfin, Messieurs, les ossifications peuvent se prolonger jusque dans les muscles. Vous en avez eu la preuve sur l'une des pièces de M. Sebillotte (*Bulletin* de 1850, p. 66). Une lame osseuse, continue inférieurement avec le ligament antérieur du coude, qui était lui-même ossifié, remontait dans l'épaisseur du muscle brachial antérieur jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'articulation. Mais remarquez que cette ossification n'avait gagné que secondairement le tissu musculaire. Ce tissu peut-il, dans l'arthrite chronique sèche, être le siége d'une ossification primitive, indépendante du périoste et des tendons? Ce fait n'a été observé sur aucune des pièces qui ont passé sous nos yeux; mais une communication, qui nous a été faite par M. Racle à l'occasion d'une pièce de M. Deville, nous apprend que l'ossification primitive du tissu musculaire se produit quelquefois chez les chevaux affectés d'arthrite sèche.

Ainsi, tandis que la substance intérieure des épiphyses subit une diminution de consistance et une raréfaction de tissu souvent considérables, en même temps, et par un singulier contraste, tout ce qui touche les os, tout ce qui les entoure présente une tendance extrême et presque aveugle à l'ossification. Cette tendance existe quelquefois jusque dans les portions de cartilage qui échappent à la décomposition fibrillaire; elle se retrouve jusque sur les surfaces osseuses dénudées, car l'éburnation ne saurait être attribuée à la simple condensation du tissu préexistant. Pour rendre compte de cette espèce d'antithèse anatomique, nous n'avons jusqu'ici qu'une hypothèse de M. Deville. Suivant notre collègue, tout résulterait de l'activité plus grande de la circulation dans la membrane synoviale; le cours du sang serait en partie déplacé; les matériaux calcaires, destinés à remplacer les molécules osseuses à mesure que le mouvement de décomposition les entraîne, seraient pour ainsi dire détournés de cette destination et aboutiraient à la synoviale. Je crains bien que par cette hypothèse la difficulté ne soit que reculée; de plus, il resterait encore à expliquer pourquoi l'ossification gagne les ligaments et les muscles, dans lesquels jusqu'ici ce surcroît de circulation n'a pas été constaté. Mais j'ai dû vous faire part de cette idée théorique, qui a du moins l'avantage de graver dans la mémoire la coïncidence de ces deux phénomènes opposés.

Telles sont les lésions de l'arthrite sèche. Quelle est la nature de ces lésions? Il est incontestable que, au début du moins, l'inflammation chronique joue un rôle important dans leur production. Plus tard, les apparences de l'inflammation peuvent disparaître; mais l'organisation de ses produits continue indéfiniment. L'arthrite

dit, pour vous parler ensuite de la trachéotomie, opération que nous faisons quelquefois dans nos salles.

Le faux croup est une maladie très légère, qui se développe toujours subitement. L'enfant se couche bien portant, et se réveille tout à coup avec une toux de coq, voix rauque, à peine de fièvre. Les amygdales ne sont pas recouvertes de fausses membranes; une infusion pectorale, un bain de pieds et la chaleur du lit suffisent pour le dissiper. Qu'on se garde de soumettre l'enfant à un traitement énergique, on le débiliterait, pour une simple inflammation de la membrane muqueuse.

Le faux croup n'est pas dangereux; soyez sûrs que tous les enfants guéris d'un, ou deux, ou trois croups, avaient de faux croups.

Le croup proprement dit, au contraire, est une maladie très grave, et le plus souvent mortelle. On ne perdra pas un enfant sur cinquante qui seront attaqués de pseudo-croup, tandis que sur dix croups proprement dits, à peine pourra-t-on en sauver deux.

Le vrai croup ne débute pas promptement. La formation des fausses membranes commence le plus ordinairement sur les amygdales, comme l'a fait remarquer M. Bretonneau, et descend ensuite dans le larynx, la trachée, les bronches, etc. C'est alors qu'on remarque une aphonie graduelle, une respiration diaphragmatique; l'enfant parle des lèvres; il y a menace d'asphyxie.

La plupart des moyens préconisés contre le vrai croup ont échoué. L'application des sangsues est plus nuisible qu'utiles; elles débilitent l'enfant de manière à lui enlever la force de tousser, et par là d'essayer de se débarrasser des fausses membranes. Les vomitifs agissent mécaniquement. On comprend que, si les fausses membranes se développent sur l'épiglotte et sur les cordes vocales, les efforts d'expulsion que fera l'enfant pourront l'en débarrasser. Nous faisons tous les jours vomir pour une simple bronchite, à plus forte raison pour le croup. Les vésicatoires ne produisent rien de positif. Le traitement le plus rationnel paraît être l'emploi des modificateurs, qui ont quelquefois des succès : la cautérisation se fait à l'aide de l'acide hydrochlorique et du nitrate d'argent; il est fâcheux qu'on ne puisse les porter que dans les parties qu'on voit et qu'on ne puisse pénétrer partout dans le pharynx. La cautérisation, unie aux vomitifs, a empêché beaucoup de croups; elle en a même guéri.

Il faut faire grand cas des préparations mercurielles; le calomel à haute dose a donné de bons résultats, de même que les frictions d'onguent napolitain autour du cou. M. Miquel, d'Amboise, donne le calomel à la dose de 10 centigrammes, de deux en deux heures, mêlé à du miel, alternant avec même dose d'alun : il donne aussi de temps en temps un vomitif. Cette médication, que nous suivons, ainsi que nos collègues MM. Trousseau et Blache, nous a réussi plusieurs fois.

Lorsque tous les moyens que nous venons d'énumérer ne réussissent pas, que l'asphyxie existe, que l'enfant a la respiration abdominale, nous croyons qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer la trachéotomie. Avant de vous parler du procédé opératoire que nous employons, laissez-moi vous dire que cette opération, qui remonte à une époque très éloignée, est de toutes les opérations la plus malheureuse, réussissant plutôt pour extraire un corps étranger que pour enlever les fausses membranes.

Comme tous les moyens dont nous venons de parler ne donnent presque jamais de bons résultats, on se voit souvent obligé de faire l'opération. Elle consiste à faire une incision à la trachée sur la ligne médiane, un peu au-dessous du cartilage cricoïde. Les vaisseaux qui se trouvent dans cette partie-là sont peu importants; les veines thyroïdiennes et une petite artériole qu'on a décrite et qu'on ne rencontre presque jamais peuvent être seules divisées. Chez les jeunes sujets, il ne faut pas perdre de vue le tronc brachio-céphalique; il s'évite facilement.

Des aides sûrs sont absolument nécessaires pour pratiquer la trachéotomie; celui auquel est confiée la tête surtout doit faire le plus d'attention.

Voici la manière dont nous nous y prenons :

L'enfant préalablement couché sur une table, nous roulons un traversin sous le cou; il force la tête à se renverser en arrière. Un aide maintient la tête renversée, tandis qu'un autre tient les mains et un troisième les membres inférieurs. Du côté opposé au chirurgien est un quatrième aide destiné à écarter la lèvre de la plaie et à éponger.

L'opérateur doit se munir d'un bistouri droit boutonné, d'une pince à écartement, d'une pince mousse courbe pour enlever les fausses membranes et d'une canule double qui entre en ligne de compte des succès qu'on a obtenus aujourd'hui, car la simple fatiguait le malade et surtout la plaie. La canule double, qui est absolument nécessaire, doit être munie d'un mandrin, qui facilite son introduction et la rend facile. Il faut aussi qu'elle soit garnie de rubans pour l'attacher et d'une petite pièce de taffetas ciré pour que la plaie soit immédiatement recouverte.

Toutes ces précautions prises, on procède à l'opération : il faut opérer lentement jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la trachée; à ce point, il est avantageux de l'ouvrir sans se préoccuper des vaisseaux divisés. Beaucoup de chirurgiens ont trouvé cela difficile : je crois que ce sont ceux qui n'ont pas l'habitude de faire cette opération. Après avoir fixé la trachée avec le doigt, je la comprime et lui fais une petite incision, sur laquelle le doigt est aussitôt placé pour la sentir et empêcher l'introduction du sang. J'introduis ensuite une pince à pansement avec laquelle j'écarte les bords de la petite plaie.

Arrivé à ce point de l'opération, je m'arrête, mets l'enfant sur son séant, le laisse tousser, cracher; je le facilite même en introduisant une éponge dans la trachée pour enlever les mucosités qu'il ne peut expulser. Il ne faut pas oublier, cependant, que l'introduction de cette éponge peut quelquefois être nuisible, car elle peut enfoncer les fausses membranes.

La pince courbe est le meilleur moyen pour extraire les fausses membranes; j'en ai toujours obtenu de bons résultats : son introduction à travers l'ouverture faite à la trachée n'est pas difficile. Le jeune malade débarrassé du sang et des fausses membranes, j'introduis la canule à l'aide du mandrin.

Tel est le procédé opératoire que nous mettons en usage.

Lorsque le sang vient à obstruer la trachée, nous l'aspirons; une sonde ordinaire suffit pour cela.

M. Chassaignac a donné l'idée d'un procédé qui, tout en facilitant l'opération, a l'avantage de ne donner issue qu'à très peu de sang. On s'assure de la saillie formée par le cartilage cricoïde, et à l'aide d'un crochet, qu'on introduit et qui sert à fixer et à soulever la trachée et le larynx, il est facile d'opérer en incisant d'emblée jusqu'à la trachée.

M. Trousseau, qui, à l'exemple de M. Bretonneau, a remis cette opération en vigueur, a eu 41 guérisons sur 153 opérés. Quant à nous, sur 58 opérations que nous avons faites en ville, nous avons eu 9 guérisons. A l'hôpital, il faut le dire, nous n'avons de succès que depuis deux ans : sur 20 trachéotomies pratiquées l'année dernière, 6 ont réussi.

Ces résultats, comparés à ceux qu'on obtenait anciennement, doivent encourager à faire la trachéotomie lorsqu'on s'y voit forcé.

L'opération terminée, il est des soins à prendre; ces soins sont généraux et locaux. Les premiers consistent à placer l'enfant dans un milieu qui ne soit ni trop chaud, ni trop froid, de manière surtout que le froid ne pénètre pas dans la canule. Je dois dire que depuis que je prends cette précaution j'ai eu plus de succès. On a conseillé de placer autour du lit des cuvettes contenant une infusion de fleurs de mauve, de tilleul, etc., dont la vapeur a l'avantage d'entretenir l'humidité dans la canule. Ce moyen, à coup sûr, n'est pas mauvais, mais je préfère me servir d'une cravate légère ou d'un cache-nez en laine, que je place autour du cou de manière à ne pas boucher l'ouverture de la canule et à permettre à l'air de circuler. Ce moyen, qu'a conseillé M. Trousseau, est de beaucoup préférable. L'opéré, qui est entouré du plus grand nombre de petits soins, guérira, j'en suis sûr, plutôt que celui qui aura été opéré à temps. Si l'enfant crache et salit sa cravate ou son cache-nez, il faut qu'on le change; s'il ne peut expulser facilement les mucosités, il faut, à l'aide d'une petite éponge placée à l'extrémité d'une baleine, essayer de les retirer.

La canule doit être nettoyée souvent; il faut autant que possible la retirer pendant le sommeil; on enlève pour cela la canule interne, qui est nettoyée le plus promptement possible, et qui est aussitôt replacée, afin que la seconde canule ne reçoive pas les mucosités que l'enfant pourrait rendre dans l'intervalle.

Je cautérise ordinairement la plaie vingt-quatre ou trente-huit heures après l'opération; j'ai renoncé pour cela aux solutions de nitrate d'argent, qui pouvaient fuser dans la trachée et dans les bronches; le crayon suffit. Cette cautérisation peut se faire sans enlever la canule; je crois cependant qu'il faut la retirer pour plus de facilité.

A quelle époque doit-on débarrasser l'enfant de la canule? Je crois qu'on peut l'essayer le quatrième ou cinquième jour, lorsque l'état général du malade le permet. Pour ce faire, on bouche la plaie, qu'on panse simplement; et si l'on remarque que la respiration se fait bien, on ne remet plus la canule. Dans le cas contraire, il faut la remettre une ou deux heures après, et attendre le lendemain pour faire une nouvelle tentative. Le pansement simple doit être préféré aux bandelettes agglutinatives qui tombent souvent, soit à cause de l'humidité, soit à cause de la toux; elles ne doivent être appliquées que lorsqu'on voit la trachée se rapprocher. La cicatrisation n'est pas irrégulière; elle se fait ordinairement huit, neuf ou dix jours après l'opération. Il reste parfois, mais rarement, une petite ouverture fistuleuse que le nitrate d'argent fait disparaître.

Il arrive quelquefois deux ou trois heures après l'opération des accidents d'autant plus graves, que les moyens que nous avons pour les combattre sont à peu près nuls. D'autres accidents peuvent venir le lendemain ou le surlendemain, quelques-uns plus tard, vingt, vingt-cinq jours après. Ces accidents peuvent être occasionnés par de fausses membranes qui sont dans la trachée, dans les bronches; fausses membranes qui tendent à se détacher ou qui le sont en partie; un bruit de soupape vous les fait reconnaître. Qu'on cherche alors à faire tousser l'enfant, et on pourra le débarrasser; qu'on retire la canule si c'est nécessaire, et qu'à l'aide d'une éponge placée à l'extrémité d'une baleine on laisse tomber quelques gouttes d'eau dans la trachée. La toux qu'elles occasionneront pourra suffire pour faire rendre les fausses membranes.

Lorsqu'il n'y a pas de complications, je donne le jour même à l'opéré du lait, des bouillons, etc..; des potages le lendemain. S'il y a complication de pneumonie, je ne recule pas devant une application de sangsues si l'enfant est fort. Dans le cas contraire, je m'en prive.

Faut-il faire la trachéotomie? Oui, toutes les fois qu'on est bien convaincu qu'on a affaire à un vrai croup, l'enfant serait-il tuberculeux, aurait-il une pneumonie, une fièvre scarlatine, une rougeole, serait-il même phthisique. La contre-indication la plus fâcheuse est la tendre enfance; on a cependant réussi quelquefois. Une seconde contre-indication est celle qui consiste à opérer un enfant qui serait dans des conditions à ne pouvoir retirer aucun fruit de l'opération. Ainsi celui dont la famille serait logée dans une chambre étroite, qui serait mal soigné, non chauffé, etc., etc.

Je terminerai en disant qu'il y a avantage à opérer de bonne heure. Aug. Guillabert.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. Malgaigne.

Cancer du col de l'utérus chez une femme enceinte et près d'accoucher. — Incisions latérales du col. — Difficultés de de la dilatation. — Mort de la femme et de l'enfant.

Adèle Privé, âgée de trente ans, entra à l'hôpital Saint-

---

sèche est donc une inflammation très chronique de l'articulation, qui est à la tumeur blanche ce que celle-ci est à l'arthrite aiguë. Et, de même qu'on trouve toutes les transitions entre ces deux dernières maladies, de même on rencontre des cas intermédiaires entre la tumeur blanche et l'arthrite sèche. Vous avez pu vous en assurer sur un genou qui vous a été montré par M. Sebillotte. A côté des lésions les plus manifestes de l'arthrite sèche, on apercevait des ossifications sous-périostales tout à fait semblables à celles qui se produisent dans les tumeurs blanches ordinaires.

Puis-je espérer, Messieurs, que vous excuserez la longueur de cette description et la minutie des détails dans lesquels je suis entré? En m'écartant d'une manière aussi flagrante des usages ordinaires, j'ai cru faire preuve de dévouement aux intérêts de la science et à ceux de la Société anatomique.

Aux intérêts de la science, ai-je dit, parce que l'histoire de l'arthrite sèche n'a encore été faite nulle part d'une manière dogmatique. De riches matériaux existaient dans nos Bulletins. It eût mieux valu sans doute qu'un autre que moi se chargeât de les rassembler et d'en tirer des conclusions, et je regrette bien vivement que les occupations de M. Deville ne lui aient pas permis de se charger de cette tâche qu'il eût remplie mieux que personne; cependant, après avoir consciencieusement étudié les pièces qui ont passé sous vos yeux, et qui ont subi le contrôle de plusieurs discussions, votre secrétaire a cru faire un travail utile en les rapprochant et en les coordonnant. Mais cette seule considération ne m'eût pas décidé, si les intérêts de la Société anatomique n'eussent été liés directement à cette question de l'arthrite sèche.

Je vous ai suffisamment démontré, en effet, qu'avant les travaux de M. Deville tout n'était que confusion dans les descriptions partielles que quelques auteurs avaient données des diverses lésions de cette maladie.

Sans doute on savait déjà que certaines arthrites ne s'accompagnent d'aucune sécrétion purulente, et on avait même prononcé le mot d'arthrite sèche.

Sans doute on savait que les cartilages diarthrodiaux peuvent subir la décomposition fibrillaire, et c'était même là une des circonstances qui faisaient admettre des fibres normales dans le tissu cartilagineux.

On savait encore que les cartilages peuvent se détacher par places, et on avait considéré ce phénomène tantôt comme une ulcération (Brodie), tantôt comme une usure mécanique (Cruveilhier).

On avait vu qu'après la chute des cartilages les surfaces osseuses, surtout celles de la hanche, deviennent, par suite des frottements, le siége d'une éburnation manifeste.

On n'ignorait pas que des ankyloses peuvent se produire chez les vieillards par la simple ossification des ligaments, sans phénomènes inflammatoires appréciables.

On avait appris, enfin, depuis les travaux de Laennec et de Brodie, que les corps étrangers des articulations se forment d'abord sous la synoviale, la soulèvent en se pédiculant et ne tombent que plus tard dans la cavité articulaire, à la suite de la rupture de leurs pédicules.

Mais ce qu'on ne savait pas, c'est la liaison qui existe entre ces nombreuses lésions; ce qu'on ignorait, c'est l'existence de l'individualité morbide qui préside à la formation de ces altérations complexes, à leur enchaînement régulier.

C'est la Société anatomique qui a comblé cette lacune; c'est un de nos collègues, c'est M. Deville qui a forcé jusque dans ses derniers retranchements cette espèce de Protée que nous appelons l'arthrite chronique sèche. Les faits qu'il a découverts sont en petit nombre sans doute; les lésions de cette affection sont trop grossières pour n'avoir pas été vues par tous ceux qui ont ouvert des articulations; mais il ne suffit pas de voir, il faut observer; il ne suffit pas d'observer, il faut savoir analyser et réfléchir. En suivant cette voie, on n'arrive pas à des faits seulement, mais à des idées; on ne se contente pas de trouver des lésions, on découvre des maladies.

Quant à moi, Messieurs, qui n'ai été que l'historien de vos travaux, j'ai encore un doux devoir à remplir. Il me reste à vous remercier de la distinction que vous m'avez accordée, de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la rédaction de vos procès-verbaux. Votre activité toujours croissante a rendu ma tâche laborieuse, mais votre bienveillance a su me la rendre agréable. De mon côté, j'ai la conscience de n'avoir rien négligé dans l'accomplissement de mon devoir; et si quelque chose m'a manqué pour répondre dignement à votre confiance, ce n'est du moins, j'ose le dire, ni le zèle, ni le dévouement.

Le secrétaire, Dr Paul Broca.

Exercice illégal de la médecine-somnambulisme.

La spéculation du charlatanisme prend une telle extension qu'elle finit par exciter l'attention de la presse quotidienne. Puissent les graves abus que signale aujourd'hui l'*Assemblée nationale* faire comprendre enfin l'importance qu'il y aurait à régir plus sévèrement l'exercice de la médecine et de la pharmacie!

Nous avons rendu compte des poursuites dirigées contre un grand nombre d'individus inculpés d'exercice illégal de la médecine à l'aide du somnambulisme; poursuites qui se sont terminées par une condamnation à 5 fr. d'amende. Ce résultat appellera sans doute l'attention des législateurs.

L'organe du ministère public, en effet, regrettait avec beaucoup de raison que la législation sur l'exercice de la médecine, si incomplète, si insuffisante à tous égards, ne permît pas d'appliquer des peines en rapport avec la gravité des faits. L'impuissance dans laquelle se trouve la justice de réprimer efficacement les délits de cette nature témoigne aussi hautement de la nécessité, de l'urgence qu'il y a de réglementer définitivement par une loi une matière si importante.

Concours. — Les deux dernières épreuves qui ent eu lieu mercredi et vendredi derniers ont été subies par MM. Nélaton et Voillemier.

Louis croyant être sur le point d'accoucher, bien que, suivant son propre calcul, elle ne fût enceinte que de six mois et demi. Elle avait déjà eu deux enfants, qui étaient parfaitement venus après un travail d'une heure au plus. L'interne de garde la toucha et se convainquit que le col n'était pas dilaté, mais qu'il était le siége de tumeurs inégales, dures, dont trois, du volume d'une aveline, occupaient la lèvre antérieure; la lèvre postérieure en portait de plus nombreuses, mais plus petites, séparées entre elles par des sillons profonds. Nul écoulement par le vagin, dont la muqueuse était indurée à son point d'insertion au col, surtout à droite. La malade n'avait jamais ressenti de douleurs dans cette partie, et ne se doutait point de la dégénérescence qui y existait; elle jouissait, pour tout le reste, d'une bonne santé, exécutant régulièrement toutes ses fonctions: la seule incommodité qu'elle eût ressentie dans ses grossesses précédentes, c'étaient des varices aux membres inférieurs et sur la grande lèvre gauche.

Du 29 septembre au 8 octobre, la malade alla assez bien; dans la nuit du 8 au 9, les douleurs commencèrent, peu intenses d'abord, mais bientôt elles allèrent en augmentant. Cependant le lendemain se passa sans que le col parût dilaté; l'indicateur seul pouvait y pénétrer et arrivait jusqu'à la tête du fœtus, où il rencontrait les fontanelles antérieure et postérieure.

Enfin, la poche des eaux se rompit le 10 octobre, dans la matinée; et les douleurs continuant sans que le col s'ouvrît davantage, M. Malgaigne se décida à pratiquer avec un bistouri boutonné deux incisions latérales, qui ne furent suivies ni d'hémorrhagie, ni de douleurs bien vives. Dans la journée, les contractions cessent: insomnie, vomissements bilieux répétés.

Le 11, malgré les incisions d'hier, le col s'est à peine dilaté et n'admet que deux doigts; les contractions utérines ne se réveillant point, on donne une décoction de 2 grammes de seigle ergoté administré à petites doses, de manière à dilater peu à peu l'orifice. La tête du fœtus est descendue un peu, mais elle est violemment comprimée entre les lèvres du col. On perçoit encore les battements du cœur du fœtus.

Le 12, la malade est examinée par plusieurs chirurgiens, MM. Huguier, Monod, Morel-Lavallée, qui sont d'avis de s'en fier désormais à la nature. M. Monod, en introduisant le doigt dans le vagin, donne issue à une quantité notable d'un liquide infect, rougeâtre, mêlé de pus et de matières fétides, rappelant l'odeur des matières fécales. D'où venait ce liquide, et quelle était sa nature? Le doigt, introduit dans le rectum, ne constata aucune perforation de la cloison recto-vaginale, et les explorations antérieures n'avaient fait reconnaître l'existence d'aucun abcès. M. Monod pensa qu'il avait pénétré avec le doigt dans un foyer siégeant à l'entrée et à droite du vagin. La malade était si fatiguée qu'on ne voulut pas pousser plus loin l'investigation. Point d'écoulement sanguin, mais seulement d'un liquide séro-muqueux d'une odeur nauséabonde. On n'entendit plus les battements du cœur de l'enfant, et la mère ne le sentait plus remuer.

Vers le soir, le col se dilata peu à peu, et il fut jusqu'à présenter une ouverture d'un diamètre supérieur à celui d'une pièce de 5 francs.

Le 13, à quatre heures du matin, la femme accoucha d'un enfant mort. Il n'y eut point d'hémorrhagie après l'accouchement. Le placenta sortit deux heures après, sans qu'on eût exercé aucune traction sur le cordon.

L'enfant, du sexe féminin, avait tout l'aspect d'un fœtus à terme.

La malade passa assez bien la journée et dormit même parfaitement la nuit suivante; mais un écoulement abondant et infect se faisait par le vagin; la peau prit une teinte ictérique; les forces allèrent en déclinant rapidement, et enfin la mort arriva le 17 à dix heures du soir.

Autopsie 36 heures après la mort. — L'abdomen était flasque; l'utérus, encore très développé, offrait 16 centimètres de large sur 20 de hauteur, et des parois de 2 centimètres 1/2 d'épaisseur. Le col était déchiré; on remarquait aux commissures les deux incisions faites par M. Malgaigne, qui se trouvaient dirigées latéralement, sans avoir entamé le vagin et sans arriver dans la cavité pelvienne. Les tumeurs squirrheuses du col avaient été ramollies et déchirées par le travail de l'accouchement.

La cloison recto-vaginale était intacte; mais au point où M. Monod avait rencontré un abcès, on trouva un foyer vide, à loges multiples, creusé dans l'épaisseur de la nymphe droite, et qui était caché par la saillie de la grande lèvre tuméfiée. Point de lésions dans le péritoine, dans la vessie, dans le rectum; pas de pus dans les veines utérines, hypogastriques, ovariques.

Il y avait un épanchement purulent dans la plèvre gauche, bien que la malade n'y eût jamais accusé de douleur, et quelques petits points gangréneux dans le poumon gauche.

Dr Castex.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 mars 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Pied artificiel.

M. de Beaufort envoie un nouveau pied artificiel de son invention.

Effets du seigle ergoté.

M. Chrestien, de Montpellier, adresse un mémoire sur les effets du seigle ergoté employé pour favoriser l'accouchement. M. Chrestien pense que le seigle ergoté, donné après que le col est dilaté, loin d'augmenter les chances de la mortalité de l'enfant, les diminue, au contraire, et diminue également, chez la mère, la disposition aux hémorrhagies. (Commissaire: M. Danyau.)

Déclaration de vacance.

M. le président déclare qu'il y a une place vacante dans le sein de l'Académie, et il annonce que, d'après la nouvelle modification qu'on a fait subir à l'article 81, cette vacance a lieu de droit dans la section d'accouchement, dont le nombre des membres est au-dessous de l'effectif normal.

LECTURE.

Varices artérielles du cuir chevelu.

M. Robert lit sur ce sujet un travail original étendu que nous publierons textuellement.

M. Cloquet. Je crois, à propos de l'intéressant travail de M. Robert, devoir faire part à l'Académie d'un fait que j'ai eu l'occasion d'observer.

Le marquis de C..., voyageant en Espagne il y a une vingtaine d'années, fut arrêté par des bandits, roué à coups de bâton, et laissé pour mort sur la place. Cependant ayant reçu les secours nécessaires dans le triste état où il se trouvait, il parvint à se rétablir. Mais peu de temps après il se développa un anévrisme cyrsoïde au côté droit du crâne et de la face, régions qui avaient été fortement contuses. Les artères temporales, occipitales et auriculaires, énormément dilatées (quelques-unes avaient le volume du petit doigt), offraient des pulsations très fortes, également perçues dans toutes leurs divisions, et isochrones aux battements des autres artères. Je vis le malade en consultation avec M. le professeur Orfila. Toute opération fut rejetée, et le malade soumis seulement à un régime régulier et assez sévère. Au bout de deux ans je revis le malade complétement guéri. Les artères étaient revenues insensiblement à leur état normal, et le malade n'éprouvait plus aucune des incommodités qui lui avaient fait consulter M. Orfila. Notre président m'a dit avoir revu M. de C... avant-hier. Il continue à jouir d'une excellente santé.

M. Bérard. M. Robert a recherché dans son travail si les artères du cuir chevelu offraient une disposition qui permît d'expliquer la fréquence de l'anévrisme cyrsoïde dans cette région, et, après avoir invoqué les lumières du microscope, il n'a trouvé aucune différence entre les tuniques des artères du crâne et celles des autres artères du corps.

M. Robert sait sans aucun doute, comme tous les chirurgiens, que les artères du cuir chevelu offrent au contraire une disposition spéciale pour la constatation de laquelle les secours du microscope sont parfaitement inutiles: les artères du crâne ont pour caractère spécial de ramper dans l'épaisseur même du derme, avec lequel leurs tuniques sont tellement unies qu'il est presque impossible de les pincer et de les lier quand elles sont divisées. Je ne dis pas que cette disposition explique la fréquence de l'anévrisme cyrsoïde du cuir chevelu, mais il convient au moins de la rappeler.

Je demanderai aussi à M. Robert la permission de ne point partager entièrement son opinion sur l'innocuité de la ligature des carotides. Aux faits qu'il a cités de double ligature pratiquée à un certain intervalle et non suivie d'accidents, je pourrais opposer des cas de ligature d'une seule carotide suivie au contraire de phénomènes immédiats très graves et même de la mort, comme dans les deux cas de Key et de Langenbeck. M. Robert sait, en outre, qu'on possède six ou sept cas d'hémiplégie à la suite d'une ligature simple de la carotide; et comme preuve que c'est bien le trouble de la circulation cérébrale qui a provoqué la paralysie, on a fait remarquer avec raison que celle-ci avait son siége du côté opposé à la ligature.

M. Velpeau. Je demande la permission de soumettre quelques remarques à M. Robert. Il n'était pas nécessaire, je crois, de chercher une organisation spéciale du cuir chevelu pour se rendre compte des varices artérielles du crâne, car cet anévrisme se voit ailleurs qu'à la tête. J'en ai observé et cité un qui occupait toute la face antérieure de la main et de l'avant-bras. Un cas pareil a été vu à la jambe, et la science possède, si je ne me trompe, d'autres exemples du même genre.

A l'appui de ce que vient de dire M. Cloquet de la bénignité de la maladie dans certains cas, je rappellerai ce qui se passe très souvent dans l'anévrisme variqueux. On croit généralement que cet anévrisme est une affection dangereuse et qui exige toujours une opération chirurgicale. Le malade de Cleghorn qui se fit perruquier pour avoir le bras toujours élevé en travaillant, et qui évita ainsi la ligature du vaisseau malade, n'a jamais été considéré que comme une exception sur laquelle il serait imprudent de compter. Cependant j'ai vu un homme qui avait depuis vingt-cinq ans un anévrisme variqueux à la cuisse, et qui, sans y avoir jamais rien fait, n'en avait pas moins continué les pénibles travaux de forgeron. Que serait-il arrivé si, cédant aux conseils de la chirurgie, il s'était fait lier le haut de l'artère crurale peu de temps après la blessure?

D'un autre côté, M. Robert a dit quelque part dans son mémoire, par inadvertance sans doute, que la ligature de l'artère carotide primitive n'était pas une opération grave. En y regardant de plus près, il n'hésitera pas, j'en suis sûr, à modifier ce passage de son travail. En effet, la ligature d'une carotide est toujours une opération fort sérieuse, dangereuse, plus dangereuse même que ne vient de le faire entendre M. Bérard; si dangereuse, que la mort en est assez souvent la suite plus ou moins rapprochée. Déjà en 1839, sur 137 cas de cette opération que j'avais rassemblés, j'avais trouvé quarante exemples de mort. Plus d'un tiers du total, comme on voit.

Je ne veux point en conclure cependant qu'il faille rejeter la ligature du traitement des anévrismes cyrsoïdes, mais simplement qu'on aurait tort d'oublier la gravité d'une pareille opération et qu'on fera bien de la réserver pour des cas compliqués d'accidents sérieux, pour les cas où la vie des malades est réellement menacée. Ici comme ailleurs il faut toujours avoir présentes à l'esprit l'innocuité *possible* de la maladie et la gravité *probable* de l'opération.

M. Bérard. Je crois devoir faire remarquer que, lorsque j'ai parlé des dangers de l'opération, je n'ai fait allusion qu'aux accidents qui la suivent *immédiatement*. M. Velpeau a parlé des accidents tant immédiats que consécutifs; il est évident qu'en rassemblant tous ces accidents l'opération serait beaucoup plus grave que je ne l'ai annoncé.

M. Robert. Je me plais à reconnaître que c'est par suite d'un lapsus que j'ai désigné comme une opération sans gravité la ligature de l'artère carotide, et je suis tout disposé à modifier la phrase à laquelle M. Velpeau a fait allusion. Quant à l'opportunité de la ligature dans les cas d'anévrisme cyrsoïde du cuir chevelu, je crois qu'elle est démontrée par les faits consignés dans mon travail.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat fait des rapports défavorables sur plusieurs demandes relatives à des remèdes secrets.

Corps étranger dans la vessie. Priorité.

M. Ségalas fait un rapport sur une réclamation de priorité faite par M. Duverger à propos de l'instrument proposé par M. Courty pour extraire certains corps étrangers de la vessie. Ce rapport se termine par la conclusion suivante:

« Maintenir entières les conclusions relatives à M. Courty, et répondre à M. Duverger que, reconnaissant la part qu'il a prise à l'invention de l'instrument dont M. Courty a fait usage pour extraire une épinglette de la vessie d'un soldat, l'Académie l'invite à persévérer dans la voie où son esprit inventif vient de l'engager. »

M. Larrey demande s'il n'aurait pas été plus profitable pour l'Académie d'entendre M. Ségalas faire un historique et une appréciation de la découverte de MM. Courty et Duverger, plutôt que de donner lecture de toutes les pièces du procès qui s'est élevé entre ces deux messieurs.

M. Ségalas a cru, par considération pour ces deux chirurgiens, qui occupent tous deux une place honorable dans la science, adopter la marche qu'il a suivie.

La conclusion du rapport est adoptée.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1851. (24e ANNÉE.) N° 31. — SAMEDI 15 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur un cas curieux de persistance de l'hymen chez une femme mariée depuis deux ans.

Les observations ne sont pas excessivement rares dans la science de femmes qui ont conservé leur hymen non-seulement après de nombreux rapprochements sexuels, mais encore après la fécondation qui s'était accomplie à travers un orifice trop étroit quelquefois pour admettre une plume à écrire. Nous avons pu voir nous-même pendant notre internat à l'hôpital de Lourcine, une femme dont l'accouchement était entravé par une membrane hymen très résistante, et offrant à son centre un orifice où l'on pouvait introduire avec peine l'extrémité d'une sonde cannelée. L'incision de cette membrane rendit l'accouchement aussi prompt que facile. Nous avons pu voir aussi pendant notre séjour dans le service des filles publiques, à Saint-Lazare, deux cas de persistance de l'hymen chez les prostituées. Mais, malgré ces exemples, les faits analogues ont assez d'intérêt pour qu'il soit utile de publier tous ceux qu'on a l'occasion d'observer. Nous croyons donc utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation et les remarques suivantes qu'a bien voulu nous communiquer M. Foucher, interne du service de M. Velpeau et aide d'anatomie à la Faculté.

La nommée X..., âgée de vingt ans, d'une parfaite constitution, a toujours été bien réglée, et l'écoulement des menstrues a toujours été facile. Cette jeune femme se maria il y a deux ans; les premières tentatives du coït furent infructueuses et n'eurent d'autre résultat que de faire souffrir considérablement la femme. Cependant le mari ne perdit pas courage, et ce ne fut qu'au bout de quinze jours que, de guerre lasse, il se décida à conduire sa femme chez un médecin. Celui-ci crut reconnaître la présence d'une bride fibreuse à l'entrée du vagin, et conseilla l'excision de l'obstacle. Les époux refusèrent; mais après deux années le coït devenant de plus en plus douloureux, la femme vint à Paris et fut admise au n° 5 de la salle Sainte-Catherine, dans le service de M. le professeur Velpeau.

Voici ce que l'exploration permit de constater.

Par le toucher, le doigt entre immédiatement dans une sorte de cul-de-sac situé au niveau de la fourchette et s'arrêtant à une profondeur de près de 4 centimètres, sans présenter de col utérin. L'examen direct fait voir que la paroi antérieure du cul-de-sac est oblique en bas et en arrière, et formée par une membrane tendue, résistante; enfin le doigt trouve supérieurement, et en arrière du bulbe du vagin, une ouverture qui permet de pénétrer dans le véritable conduit vaginal, et par laquelle l'écoulement des règles avait lieu.

Le lendemain, après avoir tendu avec deux pinces la membrane obturatrice, on excisa sa partie moyenne d'un coup de ciseau. Cette portion excisée était épaisse, d'aspect cutané, et offrant dans sa couche moyenne de véritables fibres musculaires.

La malade fut pansée pendant quatre jours avec des mèches enduites de cérat, et elle sortit alors de l'hôpital pour aller rejoindre son mari.

La force et la disposition de l'hymen, dans ce cas, sont très remarquables; cette membrane est, comme on le sait, la cause la plus fréquente des imperforations du vagin.

L'hymen peut, en effet, offrir les plus grandes variétés de forme, de structure, de consistance. Ordinairement faible, il se trouve déchiré par le coït, ce qui fait que sa présence est considérée comme un signe de virginité. Mais il est parfois plus solide, et on l'a trouvé fibreux, comme charnu, ayant même la dureté du cartilage, de telle façon que, comme dans le cas de notre malade, il opposait un obstacle insurmontable à la verge, d'autres fois tellement lâche, qu'un pénis peu volumineux pouvait pénétrer sans le déchirer; d'où il suit que sa présence n'est pas un signe certain de virginité, de même que son absence n'implique pas nécessairement l'impureté.

Cependant, si l'on considère que, dans les positions ordinaires, l'hymen est ployé sur lui-même, de manière que sa face supérieure soit concave et l'inférieure convexe, que la membrane ne peut être tendue que par un écartement considérable des cuisses et des grandes lèvres, que, de plus, sa situation est assez profonde à cause des replis vulvaires, on sera porté à penser que la danse, l'équitation, etc..., brisent beaucoup moins d'hymens que ne le disent certains livres de médecine légale.

D'un autre côté, l'hymen n'existe presque pas chez certaines femmes, tandis que quelquefois il est complétement circulaire, de telle sorte cependant que l'ouverture n'occupe pas le centre, mais se trouve plus en devant; plus rarement la cloison est criblée de trous ou complétement fermée, et, dans ce dernier cas, à l'époque de la menstruation, le sang qui ne peut arriver au dehors s'accumule dans le vagin, produit des accidents et peut être la cause d'une erreur de diagnostic, comme chez la malade observée l'année dernière par M. Denonvilliers, qui avait été envoyée à l'hôpital pour un polype utérin, et chez laquelle l'hymen imperforé, repoussé par le sang accumulé dans le vagin, venait former une tumeur assez considérable entre les replis de la vulve. La sortie facile des règles chez la malade de M. Velpeau indiquait de suite l'existence d'une ouverture. Quant à la texture, on a vu l'hymen transparent et délicat, pâle et presque exsangue, ou rouge et plein de sang; de manière que l'écoulement sanguin qui résulte de sa rupture, et que presque tous les peuples regardent comme une preuve de virginité, varie beaucoup sous le rapport de son abondance.

Wier rapporte que, dans un cas, la section de l'hymen a donné issue à huit livres de sang.

Malgré toutes ces variétés, on a peine à comprendre comment A. Paré, Buffon et autres ont pu nier l'existence de l'hymen en général et penser qu'il peut plutôt se former par l'effet du coït; s'il en était ainsi, les prostituées seraient généralement pourvues d'un hymen bien développé.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

sur les varices artérielles du cuir chevelu.

Par M. Alph. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie nationale de Médecine.

Le hasard m'ayant donné l'occasion rare de recueillir en peu d'années plusieurs observations de varices artérielles du cuir chevelu, j'ai pensé devoir en communiquer les résultats à l'Académie. Trop peu étudiée encore pour être bien connue, cette maladie présente un très grand intérêt par sa gravité extrême et surtout par la stérilité des efforts tentés jusqu'à ce jour pour en arrêter les progrès. J'ose donc espérer que l'Académie voudra bien accueillir favorablement ce travail, qui n'est point, il est vrai, une monographie complète, mais dont le but est de soulever, sinon de résoudre, les questions principales qui se rattachent à l'histoire clinique de cette maladie.

La lésion connue sous les noms de varices artérielles, d'anévrisme cirsoïde (1), consiste, comme l'on sait, en une altération dans laquelle les artères se dilatent, s'allongent, deviennent tortueuses et présentent sur divers points de leurs trajets des bosselures ou renflements ampulliformes. Ce n'est point une hypertrophie du tube artériel, mais bien une dilatation avec amincissement, éraillure, disparition de la tunique moyenne du vaisseau, dont l'aspect rappelle alors celui des veines affectées de varices.

Le cuir chevelu en est le siége de prédilection. Cette circonstance m'a frappé tout d'abord, et m'a fait rechercher si, abstraction faite de la position superficielle des artères des téguments du crâne, de leurs rapports avec des plans osseux, de leur inclusion dans le derme du cuir chevelu et de l'intimité de leurs connexions avec lui, il existait dans ces artères des conditions de structure capables de les prédisposer à ce genre d'altération. A ma sollicitation, MM. Verneuil et Robin se sont livrés à des études microscopiques sur les artères frontales, temporales, occipitales et auriculaires, soit à leur origine, soit dans leurs ramifications terminales; mais ces travaux n'ont eu aucun résultat : les éléments histologiques de ces vaisseaux se trouvent dans les mêmes proportions, eu égard à leur calibre, que dans les vaisseaux analogues des autres parties du corps. Peu éclairé par ce genre d'étude, je me suis demandé si l'on pourrait mieux expliquer ces maladies par la richesse du réseau artériel épicrânien, par les nombreuses flexuosités qu'il décrit, par les ruptures dont il est si fréquemment le siége dans les contensions d'esprit ou les émotions morales, etc.; mais ce ne sont là que des hypothèses plus ou moins probables sur lesquelles je ne crois pas devoir insister.

Quant aux causes occasionnelles, elles sont peu nombreuses; les seules jusqu'ici connues sont les plaies contuses et les tumeurs sanguines congéniales.

On a lieu de s'étonner d'abord qu'une cause traumatique puisse provoquer une lésion de cette nature sur le système artériel du cuir chevelu, tandis que dans les autres régions

(1) *Mémoires de l'Académie de Médecine*, t. III, p. 136.

FEUILLETON.

NOTICE
sur les hôpitaux de Londres,

Par M. A. CHEVALLIER fils.

Dans les nombreuses visites que j'ai faites l'année dernière dans les hôpitaux de Londres, pendant mon séjour dans cette ville, j'ai pu constater entre ces hôpitaux et les nôtres des différences qu'il ne m'a pas semblé sans intérêt de faire connaître aux médecins et aux administrateurs français. Trop peu instruit encore sur la médecine et la chirurgie, j'ai dû me borner à étudier ce qui se rapporte à l'organisation hospitalière de la capitale de la Grande-Bretagne. Dans un second voyage, j'espère pouvoir compléter, au point de vue médico-chirurgical, ce que cette première note laissera d'incomplet.

Au point de vue administratif, les hôpitaux de Londres diffèrent des nôtres en ce qu'ils sont dirigés par des administrateurs particuliers, tandis qu'à Paris une seule et même administration les régit tous sous le nom d'*assistance publique*.

Il nous a été impossible de constater le nombre exact des hôpitaux anglais; car la plupart des paroisses possèdent un hôpital ou un *work-house*, en outre des hôpitaux rentés et des hôpitaux par souscription.

Les hôpitaux de Londres sont divisés en plusieurs classes :

Hôpitaux rentés;
Hôpitaux par souscription;
Hôpitaux d'indigence (*work-houses*).

On désigne sous le nom d'*hôpitaux rentés* les établissements qui ont des revenus sur l'Etat, revenus qui proviennent de dotations anciennes qui ont été converties en rentes. Ces hôpitaux sont sous la direction de l'Etat, ou, pour mieux dire, sous la dépendance du parlement. Ces établissements sont :

Saint-Barthelemy hospital;
Saint-Thomas hospital;
Guy's hospital;
Greenwich, destiné à la marine;
Chelsea, destiné à l'armée de terre.

Les *hôpitaux par souscription* sont ceux qui sont entretenus par des souscriptions annuelles et par le produit de la chapelle, ou plutôt de l'église attenant à cet hôpital, et qui, nous a-t-on dit, donne des produits presque suffisants.

Les hôpitaux par souscription peuvent se diviser en deux classes:
1° Hôpitaux où toutes les maladies sont traitées;
2° Hôpitaux où l'on ne traite qu'un seul genre de maladies: maladies contagieuses, ou des maladies spéciales.

Nous citerons parmi les premiers :

Saint-Georges hospital, French hospital, London, Middlesex, Simon, King's College, Charring Cross, Paddington, Sainte-Catherine hospital.

Pour les seconds :
Westminster lying-in (maternite);
Consomption hospital (phthisie);
Fever hospital (fièvres);
Ophtalmic (maladies des yeux).

Il n'y a pas à Londres d'hôpital où l'on traite spécialement les maladies de la peau.

Les vénériens sont traités dans deux établissements :
Loock hospital;
Magdalene hospital.

Les fous sont reçus dans trois maisons:
Bethleem's, ou Beldam;
Saint-Luck hospital;
Hamwell asile.

Les hôpitaux pour les enfants trouvés sont :
Le Christ,
Les Enfants trouvés, ou *Foulding hospital.*

Les work-houses sont de petits hôpitaux élevés et entretenus aux frais d'une paroisse, qui reçoit tous ses administrés sans recommandation ou bien sur l'ordre d'un chef policeman (1).

La paroisse entretient ces établissements avec les sommes qui proviennent: 1° de dotations; 2° de quêtes faites lors des sermons de charité; 3° avec les produits déposés dans les troncs; 4° avec ceux provenant du prix des places dans l'église paroissiale.

On reçoit dans ces work-houses les malades atteints de toute espèce de maladies et des impotents.

Les infirmes qui sont encore assez valides sont tenus de travailler, sous peine de renvoi.

Nous citerons parmi ces work-houses Charter, Mary-le-Bone, Trinity.

HISTORIQUE DES HÔPITAUX RENTÉS.

Saint-Barthelemy.—Cet hôpital fondé en 1102, sous Henry Ier, par un nommé Rayher, était devenu un prieuré en 1544, lorsque Henry VIII le réédifia conjointement avec la cité de Londres. Il fut de nouveau restauré en 1730 par les soins du peintre Hogarth, et par souscription. Cet établissement est sous le patronage du parlement. On peut y recevoir 450 malades internes; un grand nombre de malades externes viennent y chercher les secours de l'art et les médicaments nécessaires au traitement de leurs maladies.

Saint-Thomas hospital. — Cet établissement, fondé en 1213, fut rebâti en 1666. Les bâtiments sont grandioses de construction; il est situé sur les bords de la Tamise; il est divisé en trois grands compartiments. On y reçoit 400 malades internes; un grand nombre de personnes de l'extérieur viennent pour recevoir les consultations et les médicaments dont elles ont besoin. Cet hôpital est placé sous la direction du parlement, qui le fait régir par des administrateurs spéciaux. Il possède un musée de pièces anatomiques assez belles, mais cependant moins précieuses que celles qui se trouvent au musée de l'hôpital de Guy.

Thomas Becket et saint Thomas furent les deux premiers patrons ou protecteurs de cet hôpital.

Guy's hospital. — L'hôpital de Guy date de 1721. Il fut fondé par

(1) Les chefs de police à Londres peuvent être assimilés aux commissaires de police à Paris.

du corps la même cause est ordinairement suivie de l'oblitération du vaisseau lésé. Cependant l'observation ne laisse aucun doute à cet égard.

Je rapporterai bientôt le fait d'une jeune fille chez laquelle un anévrisme de toutes les artères du sommet de la tête s'est manifesté à la suite d'un coup de pierre qui avait intéressé les téguments du crâne dans une petite étendue. Mais je dois à M. Maisonneuve la connaissance d'un cas plus concluant encore, puisqu'il est accompagné de nécropsie. Une femme de trente-huit ans se heurte violemment la région pariétale droite contre l'angle d'un meuble. Quinze jours après, une tumeur bosselée, comme variqueuse et pulsatile, apparaît dans le lieu frappé. Les progrès en sont tellement rapides qu'au bout de deux mois elle devient menaçante et oblige M. Maisonneuve à lier l'artère carotide externe. La malade ayant succombé aux suites de cette opération, on trouve les restes affaissés de la tumeur constitués par un lien d'artères très dilatées, flexueuses, parsemées de renflements ou ampoules et appartenant aux ramifications dilatées des artères temporale et auriculaire postérieure droite. J'ai fait représenter par un dessin cette remarquable altération.

Quant aux tumeurs sanguines cutanées congéniales, elles prennent une part plus fréquente et incontestée à la production des varices artérielles. C'est surtout à l'époque de la puberté, où l'accroissement de ces tumeurs sanguines reçoit une impulsion plus rapide à l'occasion de causes irritantes, de violences extérieures, que l'on voit se manifester cette singulière affection. Tantôt elle procède de la circonférence de la tumeur sanguine en s'irradiant plus ou moins loin; tantôt, comme dans un fait que j'ai observé, la tumeur semble disparaître en même temps que se développe l'anévrisme cirsoïde, comme si les vaisseaux vasculaires qui la constituent s'étaient transformés ou identifiés avec lui.

Un fait très curieux à noter dans l'histoire de cette maladie, c'est la solidarité des artères des téguments du crâne. Cette solidarité est telle, que l'altération variqueuse, bien que localisée à son début soit dans le pavillon de l'oreille, soit à la tempe, soit au front, soit enfin sur le sommet de la tête, s'étend de proche en proche et menace quelquefois d'envahir les téguments du crâne dans leur presque totalité. Vidus-Vidius rapporte un fait où les artères du cuir chevelu étaient dilatées en varices depuis le vertex jusqu'à l'occiput (1). Pelletan a vu la maladie occuper : dans un cas, le pavillon de l'oreille et les tempes; dans l'autre, l'extrémité supérieure de l'artère carotide externe et la tempe jusqu'au sommet de la tête (2). Dans une observation de Dupuytren, la dilatation artérielle avait envahi le pavillon de l'oreille, la tempe et l'occiput (3). Dans un fait publié par M. Notta, toutes les artères extérieures du crâne étaient transformées en énormes varices (4). Je rapporterai moi-même bientôt deux observations qui confirment pleinement cette loi de solidarité, loi de laquelle il est facile de prévoir dès à présent le peu d'efficacité des moyens hémostatiques ordinaires appliqués à la cure radicale de quelques maladies.

Le développement des varices artérielles s'opère en général avec lenteur, mais quelquefois aussi avec une rapidité effrayante. La région malade devient plus volumineuse, plus saillante, mais sans délimitation bien marquée; s'il y a complication de varices, la peau offre la couleur rouge-violacé ou brunc propre à ce genre d'altération; sinon elle reste incolore jusqu'à l'époque où, distendue par les progrès du mal, elle s'amincit et laisse apercevoir la teinte bleuâtre des artères pleines de sang. Alors aussi la tumeur présente des bosselures arrondies, des ondulations qui rappellent la forme des veines variqueuses. Si l'on applique légèrement la main sur elle, on reconnaît qu'elle est molle et élastique; on y perçoit des mouvements d'expansion et de resserrement isochrones aux battements artériels, et un frémissement vibratoire continu, redoublé, très fort, comparable au bruit d'un rouet. Ce bruit se propage plus ou moins loin, et souvent jusque sur le trajet des artères carotides. Dans un cas, j'ai pu le percevoir jusqu'au niveau du cœur. Lorsqu'on comprime le tronc carotidien correspondant au côté malade, on diminue les mouvements et le bruit. On les suspend tout à fait en comprimant à la fois les deux artères carotides.

(1) *De curatione. general.*, t. II, p. 510.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 59.
(3) *Répertoire d'anatomie*, t. VI, p. 429.
(4) *Bulletin de la Société de Médecine de Gand.* — 1836, p. 192.

Autour de la tumeur, on trouve toujours des artères tortueuses et dilatées; mais il est difficile de préciser le point où cette altération se termine, soit parce qu'en deçà des téguments du crâne les artères, devenues plus profondes, se laissent moins facilement explorer, soit aussi parce que sur les confins de la lésion, les artères, sans être manifestement malades, sont le siége de battements très prononcés et capables d'induire en erreur sur l'état de leurs tuniques. C'est ainsi que, dans un cas où de fortes pulsations se faisaient sentir sur le trajet de l'artère carotide primitive, je n'ai été convaincu de l'intégrité de ce vaisseau qu'après l'avoir mise à découvert pour en pratiquer la ligature.

La dilatation des artères du cuir chevelu ne borne pas ses effets à soulever et à distendre la peau; elle réagit aussi sur les os du crâne par la pression et les battements dont elle s'accompagne. Chez une jeune fille affectée d'anévrisme cirsoïde de tout le front, l'os coronal était creusé de sillons et d'anfractuosités d'une profondeur remarquable.

Tels sont les phénomènes locaux dont s'accompagne cette maladie. Les troubles fonctionnels sont peu nombreux et se bornent à la sensation de battements incommodes et d'un bruit souvent assez fort pour troubler le sommeil. Deux des malades que j'ai observés se plaignaient d'éprouver de violents maux de tête.

Abandonnées à elles-mêmes, les varices artérielles du cuir chevelu tendent presque toujours à s'accroître, et il arrive un moment où les téguments, très amincis sur les points culminants de la tumeur, se rompent ou s'ulcèrent, et donnent lieu à de graves hémorrhagies dont la répression conduit les malades à l'épuisement et à une mort inévitable. Le sang qui s'échappe alors est moins vermeil que le sang artériel proprement dit; il s'élance avec moins de force; le jet en est continu et moins fortement saccadé.

J'arrive à l'un des points les plus importants et les plus difficiles de mon sujet : je veux parler du diagnostic. Il semble au premier abord qu'une maladie dont le siége est superficiel et dont les symptômes sont faciles à constater, doive toujours se reconnaître sans peine. Cela est vrai quand l'anévrisme cirsoïde succède à une tumeur érectile; mais quand, à la suite d'une blessure ou même d'une contusion sans plaie, on voit apparaître les symptômes que j'ai signalés, le doute est permis; car il est une lésion qui peut se développer dans les mêmes conditions de traumatisme et donner lieu à des phénomènes analogues à ceux par lesquels se manifestent l'anévrisme cirsoïde, c'est l'anévrisme artérioso-veineux.

Au cuir chevelu, cette lésion est très rare. Il me paraît donc utile de rappeler les faits que possède la science avant de me livrer à la discussion du diagnostic différentiel.

Le premier exemple d'anévrisme artérioso-veineux des téguments du crâne a été communiqué à l'Académie en 1838 par M. Rufz, de la Martinique.

Anévrisme artérioso-veineux de la carotide externe.

Un mulâtre, nommé Janvier, âgé de trente-huit ans, vint consulter M. Rufz pour une hémoptysie. Indépendamment des lésions graves du côté des organes de la respiration, ce malade portait au côté gauche de la face des tumeurs qui se prolongeaient jusque sur le sommet de la tête. La plus volumineuse de ces tumeurs s'étend de haut en bas, du tragus à l'angle de la mâchoire, et d'arrière en avant, depuis l'oreille jusqu'au bord antérieur du masséter; cette tumeur est arrondie et grosse comme une pomme d'api ordinaire. Au-dessous d'elle se trouve une tumeur de même forme, mais plus petite; celle-ci est à son tour surmontée par un grand nombre d'autres, qui toutes se suivent comme les grains d'un chapelet. Ces tumeurs occupent les régions temporales gauche, frontale et crânienne, presque jusqu'à l'occiput.

Cette masse est visiblement formée par le développement des veines temporale, frontale, pariétale et même occipitale du côté gauche; la veine frontale droite y participe un peu, ainsi que quelques ramifications de la temporale du même côté. En quelques endroits, au lieu de tumeurs, on observe seulement des dilatations. C'est ainsi que les veines frontales ont acquis les dimensions des sous-clavières. La tuméfaction s'étend au grand angle de l'œil gauche, ainsi qu'aux deux paupières.

Ces tumeurs sont molles, évidemment remplies par un liquide; elles sont tout à fait sous-cutanées; la peau qui les recouvre n'offre aucune coloration particulière, mais elle est si distendue qu'il semble qu'une simple piqûre d'épingle en ferait jaillir le sang. Elles sont le siége d'un bruissement anévrismatique très sensible au doigt et à l'oreille, et qui se fait sentir dans presque toutes, mais plus fortement dans les plus grosses.

En comprimant l'artère carotide du côté gauche, le bruissement cesse et les tumeurs deviennent flasques. La veine jugulaire interne, au-dessous des tumeurs, est un peu plus développée que du côté droit; elle se distend considérablement lorsqu'on la comprime pour empêcher le retour du sang au cœur, mais elle n'est le siége d'aucun mouvement anormal. La compression de l'artère faciale au-devant du masséter ne produit rien de remarquable. Il y a un peu d'exophthalmie à gauche. Les vaisseaux de la conjonctive sont un peu variqueux; mais la vue est très bonne. Point de douleur à la face.

Cet individu n'a jamais de migraine, il n'a d'étourdissements que lorsqu'il se baisse; il n'a pas de véritables tintements d'oreilles, mais il perçoit continuellement le bruit anévrismatique qu'il compare au bruit d'une forge qui battrait incessamment à son oreille; il n'a jamais eu de syncope. En un mot, ses tumeurs ne le gênent nullement.

Cette maladie existe depuis environ quinze ans; elle s'est développée à la suite d'un coup de bouteille reçu dans une rixe; il existe une petite cicatrice linéaire, presque invisible aujourd'hui, située au sommet de la seconde tumeur. A l'époque de la blessure, le malade se rappelle avoir perdu beaucoup de sang; mais on ne fut pas obligé de comprimer pour arrêter le sang.

Depuis l'accident jusqu'à ce jour, la dilatation des veines n'a pas cessé d'augmenter d'année en année. M. Rufz pense que l'artère carotide externe a été blessée entre l'angle de la mâchoire et le lobule à l'oreille (1).

Auguste Bérard, chargé par l'Académie de faire un rapport sur ce fait remarquable, éleva quelques doutes sur l'interprétation donnée par l'auteur, et inclina vers l'idée d'un anévrisme cirsoïde. Deux faits publiés depuis cette époque nous ont permis de mieux juger par comparaison l'observation de M. Rufz, et nous portent à adopter son diagnostic. La dilatation des veines frontales, mentionnée dans cette observation, suffirait, ce nous semble, pour exclure l'idée d'un anévrisme cirsoïde, puisque ces veines suivent un trajet distinct de celui des artères; mais la circonstance majeure, selon nous, est la marche lente et bénigne de la maladie, l'absence d'ulcérations, d'hémorrhagies. Il n'en serait pas ainsi de l'anévrisme cirsoïde parvenu à un tel degré de développement. — Le second exemple d'anévrisme artérioso-veineux des téguments du crâne appartient à M. Gabe de Masarellos.

Varice anévrismale dans la région temporale droite.

Un étudiant en médecine reçut en duel, en 1835, un coup de sabre dans la région temporale droite; la blessure, longue de trois pouces et demi, presque verticale, donna lieu à une forte hémorrhagie. On fit une suture; mais le côté droit de la face resta tuméfié et comme paralysé. Quelques jours après

(1) *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 1838, p. 278.

Thomas Guy, écuyer, papetier, et représentant des communes, qui *agiotait* en faveur des pauvres.

Il contient 450 malades internes; on y soigne, en outre, un très grand nombre de malades externes. Cet hôpital a un musée très remarquable par la beauté des pièces anatomiques qu'on y trouve.

Greenwich hospital (invalides de la marine royale). — Cet établissement est plutôt un asile qu'un hôpital. On y admet plus de 2,000 marins qui, après avoir servi leur patrie, reçoivent en récompense le logement et sont entretenus aux frais de l'Etat. Cet hôpital se compose de quatre bâtiments donnant sur la Tamise. Situé à 7 milles de Londres, Greenwich fut bâti sur les plans d'Inigo Jones et de Christophe Wren. Le nombre des invalides internes qui s'y trouvaient lors de notre visite en septembre 1850 était de 2,410, et celui des invalides externes est de 3,000.

Les invalides internes, étant complétement entretenus, reçoivent, en outre, 1 fr. 25 c. par semaine; les invalides externes qui sont en province reçoivent annuellement 17 liv. sterling (425 fr.), qui leur sont payés par quartiers.

Outre les invalides, il y a à l'hôpital Greenwich 200 enfants, fils de marins, qui sont élevés avec un soin infini et qui sont destinés à la marine (1).

Il faut expliquer la modicité de la somme donnée aux invalides externes parce qu'on les regarde encore comme capables de travailler.

Chelsea hospital (invalides de l'armée de terre). — Cet hôpital fut construit par Christophe Wren, sous Charles II; il est moins grand que Greenwich, il a seulement 503 pensionnaires et 1,000 externes. Les pensionnaires y sont moins bien traités, à cause de la moindre estime que l'Angleterre porte à son armée de terre qu'à sa marine.

Cependant les externes reçoivent 12 livres sterling (300 fr.).

Il y a aussi un asile pour les enfants des soldats (filles et garçons). Cet asile contient 500 enfants qui, à douze ans, sont libres de se choisir une profession qu'ils apprennent en deux ans. A quatorze ans, ils sont renvoyés de cet asile ou placés.

(1) Il y a une maison semblable à Portsmouth.

Greenwich et *Chelsea* sont entretenus par les retenues faites sur l'armée et par des fonds supplémentaires votés par le parlement.

HOPITAUX PAR SOUSCRIPTION.

French hospital. — Cet établissement date de 1717; il est entretenu par des souscriptions en faveur des protestants français qui résident dans la Grande-Bretagne.

Saint-Georges hospital. — Cet hôpital fut fondé en 1733 par souscription; il contient environ 300 lits; c'est un des plus importants de Londres parmi les hôpitaux par souscription.

London hospital. — Il fut fondé en 1741; il est principalement destiné aux ouvriers des manufactures, aux malades de la marine marchande, à leurs femmes, à leurs enfants, qui y sont reçus de préférence à tous autres malades. Cet hôpital compte 200 lits.

Middlesex hospital. — Cet hôpital fut fondé par souscription en 1745; il contient environ 200 lits.

Simon hospital. — Il fut fondé en 1830 par un simple particulier, dont il porte le nom. On y reçoit de 100 à 150 malades.

King's College hospital. — Cet hôpital date de 1839; il fut établi par souscription et mis sous le patronage de la reine. C'est un des hôpitaux par souscription qui a le plus d'importance par la célébrité des praticiens qui y soignent les malades et par la bonté de ses règlements, qui peuvent servir de modèles. Cet hôpital ne contenait jusqu'à présent que 250 lits, mais à l'époque actuelle il est en voie de progression.

Charring Cross hospital. — Cet hôpital, qui n'a que 200 lits, tend à prendre beaucoup plus d'importance. On y traite les maladies diverses.

Paddington hospital. — Cet hôpital, fondé depuis quelques années seulement, ne peut recevoir que 150 à 200 malades.

Sainte-Catherine hospital. — Cet établissement, dont on nous a parlé et que nous n'avons pu voir, fut fondé en 1140 pour les pauvres par Mathilde de Boulogne, veuve d'Estienne.

Une partie de cet établissement est, dit-on, consacrée à loger les hommes instruits qui ont été frappés par la misère. Cet hôpital serait, d'après quelques personnes, placé sous la protection immédiate des reines d'Angleterre (1).

HOPITAUX SPÉCIAUX.

Westminster hospital. — Cet hôpital, qui fut fondé en 1740 dans le quartier de Westminster, se compose de deux maisons qui furent réunies. Il est destiné aux femmes mariées enceintes, qui viennent y faire leurs couches. Il renferme 150 lit.

Lying-in hospital. — C'est la seconde maison fondée dans le quartier de Westminster pour les femmes enceintes; la première datait de 1740, la seconde est de 1749 à 1750; elle allait être augmentée, lorsque la réunion de ces deux maisons eut lieu. Ces deux maisons, constituant un seul établissement, comptent 300 lits.

Small pox hospital. — Cet hôpital, destiné au traitement de la petite vérole, fut fondé en 1746; il est destiné surtout aux enfants atteints de cette maladie. On y pratique la vaccine; il compte 150 lits.

Fever hospital. — Cet hôpital, fondé depuis quelques années seulement, est destiné aux malades qui sont atteints de certaines fièvres.

Consomptive hospital. — Cet établissement, qui remonte à quelques années seulement, est spécialement destiné aux malades atteints de phthisie. Il contient environ 250 lits.

Ophthalmic hospital. — Cet établissement fut fondé pour le traitement des maladies des yeux, dans le centre même de Londres; il contient de 150 à 200 lits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) On aurait besoin, en France, d'un établissement semblable. En effet, nous connaissons des hommes qui ont consacré leur vie à l'étude, et qui, dans leurs derniers moments, se trouvent dans l'impossibilité de pourvoir à leur existence.

apparut un sifflement particulier dans l'oreille droite, à l'extrémité inférieure de la cicatrice d'une petite tumeur élastique, indolente et animée de pulsations vibratoires. On y fit peu d'attention ; le jeune homme reprit son genre de vie ; la tumeur augmenta peu, mais la veine temporale et les frontales se dilatèrent dans toute leur étendue : la première offrait surtout son trajet les pulsations vibratoires.

En septembre 1836, dix mois après l'accident, on tenta la ligature de la carotide interne ; mais le vaisseau, mis à nu, parut tellement dilaté qu'on referma la plaie sans le lier. Le mois suivant, Chélius fut consulté ; la maladie présentait alors les phénomènes suivants : tumeur bleuâtre, à bords inégaux, située près du lobule auriculaire, du volume d'une noix, offrant des pulsations vibratoires isochrones au pouls, et visibles de temps en temps à l'œil nu. L'oreille y percevait un bruissement particulier analogue au souffle placentaire, et s'irradiant dans la veine temporale très dilatée. Les veines frontales, également très volumineuses, avaient creusé de profonds sillons dans l'os frontal. La compression de l'artère carotide primitive ou de la temporale au-dessous de la tumeur s'effaçait complétement, faisait cesser le bruissement et les pulsations, et disparaître la saillie des veines dilatées.

La compression de la temporale au-dessus de la tumeur rendait celle-ci plus dure, plus tendre ; les pulsations y devenaient plus obscures. Chélius diagnostiqua un anévrisme variqueux, et soumit le malade à un régime diététique sévère qui amenda beaucoup les symptômes.

En novembre et en décembre, on essaya la compression de plusieurs manières, mais sans succès. On se décida à lier la carotide primitive droite le 18 janvier 1836 ; il ne survint pas d'accidents sérieux. Dans les premiers temps, l'opération eut tout le succès désirable ; mais lorsque la circulation collatérale fut rétablie, les symptômes du mal reparurent, de telle sorte que le malade se trouva dans le même état qu'avant la ligature.

Au printemps de 1841, cinq ans plus tard, les professeurs Walther et Stromeyer, de Munich, furent consultés. La tumeur présentait les caractères que nous avons déjà décrits ; les veines du côté droit et les frontales avaient encore augmenté de volume de manière à acquérir le diamètre du petit doigt. La veine blessée était oblitérée au-dessous de la blessure ; les battements de la carotide primitive liée par Chélius étaient redevenus perceptibles dans toute l'étendue de ce vaisseau ; la carotide interne était visiblement dilatée derrière l'angle de la mâchoire ; l'artère temporale au-dessus du sac anévrismal n'offrait pas de battements.

Les paupières du côté droit ne se fermaient qu'à demi pendant le sommeil. Tout excès était interdit. Le travail intellectuel occasionnait de violents maux de tête.

Walther et Stromeyer reconnurent une varice anévrismale, et proposèrent l'opération par la méthode ancienne, qui fut acceptée et pratiquée le 3 mai 1842. La carotide fut comprimée contre l'angle de la mâchoire ; un aide refoula de haut en bas le sang des veines dilatées pour tendre plus complétement le sac, et Stromeyer ouvrit le sac par une incision transversale de deux pouces et demi.

Les parois veineuses du sac étaient peu épaisses ; l'incision donna issue à une grande quantité de sang liquide, et les veines dilatées se vidèrent. La compression fut cessée ; le sang sortit alors de la partie inférieure du sac par un jet saccadé. On tenta vainement de placer une sonde dans la lumière du vaisseau artériel ; mais la varice se prolongeait en forme d'entonnoir dans la substance de la carotide. Le chirurgien posa donc la ligature sur la partie inférieure du sac veineux, aussi près que possible de l'endroit où il entrait dans la carotide.

Le sang artériel cessa de jaillir de la partie inférieure ; mais un jet apparut à la partie supérieure, provenant sans doute de l'artère auriculaire postérieure. Cette artère fut mise à nu et liée ; le sang ne reparut plus.

17 mai. Les pulsations au-dessous de l'oreille ont cessé, la plaie est couverte de bourgeons charnus ; on réunit les lèvres de la plaie avec les agglutinatifs. Le 21 juin, la cicatrisation est complète.

Le troisième cas d'anévrisme artérioso-veineux des téguments du crâne a été observé récemment par M. Laugier. Il offre plus d'intérêt encore que les autres ; c'est le seul exemple accompagné de nécropsie (1). Une femme, âgée de vingt-deux ans, reçut, au commencement de l'année 1849, un violent coup de poing sur la région occipitale gauche, en arrière et au niveau de l'oreille ; les téguments ne furent pas lésés. Admise à l'hôpital de la Pitié quatre mois environ après l'accident, elle offrait, à la région blessée et dans l'étendue de la paume de la main, un gonflement diffus parsemé çà et là de bosselures molles et fluctuantes. Au toucher, on y sentait un frémissement vibratoire et des mouvements d'expansion et de resserrement isochrones au pouls. L'auscultation y faisait percevoir un susurrus continu, saccadé, dont les redoublements correspondaient à la systole du cœur. *Ce bruit avait son maximum d'intensité au niveau du bord postérieur de l'apophyse mastoïde ; il était également très marqué dans la région parotidienne.* Enfin, la compression exercée sur l'artère auriculaire, derrière le conduit auditif, faisait disparaître le frémissement, le susurrus et l'expansion ; circonstance importante qui avait éclairé le diagnostic et fait entrevoir à M. Laugier la possibilité de lier cette artère avec avantage.

La malade, étant enceinte, ne put être opérée ; et pendant quatre mois que dura son séjour à l'hôpital, sa tumeur demeura stationnaire. Parvenue au terme de la grossesse, elle mourut d'hémorrhagie utérine à la suite de l'accouchement.

Une injection grossière, poussée par la carotide primitive, remplit à la fois les artères et les veines du cuir chevelu. Il existait en effet, à trois travers de doigt en arrière du conduit auditif externe, une communication entre l'artère auriculaire et la veine satellite postérieure : communication directe et assez large pour permettre aisément l'introduction d'un stylet de trousse. L'artère auriculaire était sinueuse et dilatée depuis son origine à la carotide jusqu'à la perforation ; au delà de ce point elle n'était guère plus volumineuse qu'à l'état normal. Dans la première partie de son trajet elle présentait deux rétrécissements notables, dont l'un répondait au bord antérieur, et l'autre au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Les parois de ce vaisseau étaient indurées. Les artères occipitales et temporales ne paraissaient avoir subi aucune altération. Les veines auriculaires lésées étaient beaucoup plus volumineuses qu'à l'ordinaire ; mais la dilatation était surtout très remarquable dans les veines occipitales et temporales. Ces vaisseaux étaient très fluctuants. La même disposition se voyait, quoique à un degré moindre, sur toutes les veines sous-cutanées du même côté, et même un peu sur celles du côté opposé.

(Cette pièce a été déposée dans le Musée Dupuytren.)

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Ce fait est encore inédit ; nous en devons les détails à l'obligeance de M. le professeur Laugier.

KYSTE DE L'OVAIRE GAUCHE.

Péritonites purulentes successives — Perforations abdominales. Guérison.

Observation communiquée par A. Beaupoil, d.-m.-p., membre des Sociétés médicales de Poitiers, Tours, etc.

Les perforations abdominales, suites de péritonites purulentes, ne sont pas fort rares ; néanmoins, nous croyons que l'observation suivante sera lue avec intérêt en raison de quelques circonstances particulières qu'elle présente.

Obs. — Mme L. P., trente-un ans, taille moyenne, blonde assez piquante, bien réglée, a joui d'une bonne santé jusqu'à son mariage. Une première couche terminée par le forceps, avec déchirures du col de l'utérus et du périnée, deux fausses couches successives, enfin un dernier accouchement également terminé par le forceps, et suivi de métro-péritonite puerpérale, ont graduellement altéré sa santé.

Les deux petites filles résultant de ces accouchements laborieux sont bien portantes, et offrent aujourd'hui le teint frais, l'embonpoint et la physionomie intéressante des enfants légèrement lymphatiques.

Le 19 avril 1847, je suis appelé pour la première fois auprès de la malade, chez laquelle je constate l'état suivant :

Teint blême, constitution affaiblie, appétit mauvais, rapports acides et maux d'estomac revenant de plus en plus souvent avec des spasmes hystériformes auxquels la malade est depuis longtemps sujette. Respiration naturelle, hors le temps des spasmes ; point de fièvre ; selles à peu près normales ; envies fréquentes d'uriner, parfois impossibles à satisfaire ; urine brûlante.

Le ventre, habituellement gros, est très développé et douloureux ; la pression de l'hypogastre gauche arrache des cris ; la palpation et la percussion font découvrir dans cette région une tumeur volumineuse, dure, rénitente, bosselée, s'allongeant vers la partie supérieure et interne par un prolongement en forme de corne, long de 4 centimètres environ.

La muqueuse vaginale est boursouflée dans toute son étendue, surtout en bas ; le col de l'utérus paraît sain, et peut être aisément circonscrit par le doigt introduit dans le vagin ; enfin, la portion du corps de l'organe que l'on peut toucher semble légèrement développée. En soulevant l'utérus, on ne déplace pas sensiblement la tumeur, mais une douleur assez vive se fait sentir dans toute la portion gauche du bassin, ce qui nous engage à ne pas prolonger l'investigation.

Mme L. a sevré son dernier enfant après quinze mois d'allaitement, et depuis lors les règles sont revenues quatre ou cinq fois, régulières, peu abondantes, pâles. L'époque de leur retour doit être prochain ; je crois important d'en faciliter le flux, et j'ordonne à cet effet : bains de siége, injections émollientes, 4 sangsues aux grandes lèvres. Suspendre tout traitement antérieur (la malade prend depuis le mois de mars des pilules d'iodure de potassium et extrait de ciguë, sur l'avis de M. le docteur Tonnelé, de Tours).

Les règles viennent la nuit suivante, coulent pendant trois jours, et la malade se trouve un peu soulagée. — Emollients, repos, bains.

Le 23, la malade éprouve un accès spasmodique très violent.

Le 2 mai, elle mange un peu plus au soir qu'à sa coutume, et pendant la nuit elle est subitement prise d'une douleur intolérable dans le ventre avec éructations gazeuses bruyantes, nausées et vomissements. A mon arrivée, je la trouve la figure décomposée, la respiration suffocante, le pouls à 135 pulsations par minute, petit et concentré !... Le ventre est énormément ballonné à droite, tympanique à la percussion et d'une sensibilité extrême ; le côté gauche est toujours occupé par la tumeur, qui a chassé le paquet intestinal à droite. Il n'y a point eu de frissons. — Faire trois frictions par jour avec Q. S. de la pommade suivante : extrait de belladonne 8,00, pommade mercurielle simple 30,00 ; couvrir le ventre d'un cataplasme chaud, très léger ; eau de Seltz ; orge miellée...

La journée du 3 mai s'écoule plus favorablement que la nuit précédente, mais la soirée ramène un accès hystériforme. — Mélange de sirop diacode 15,00, et d'éther 30,00, à prendre par cuillerées.

4 mai. La malade a dormi assez paisiblement ; elle souffre bien moins du ventre, qui est toujours aussi volumineux et présente un commencement de fluctuation à sa partie déclive droite. Les vomissements n'ont pas reparu depuis le 3 au matin ; les urines coulent assez facilement ; plusieurs selles liquides...

L'acuité des symptômes s'émousse les jours suivants, à part la douleur, qui persiste aiguë dans toute la fosse iliaque droite, tandis que la fluctuation y augmente, et la péritonite passe à l'état chronique.

Les règles viennent le 5 mai, vers le soir, coulent pendant deux jours avec abondance et finissent par quelques caillots sanguins rendus de temps en temps. Pendant ces derniers jours on a fait des frictions avec huile camphrée 90,00, et laudanum de Sydenham 4,00 ; on a administré quelques centigrammes de calomel tous les matins ; on a donné deux quarts de lavement à la tête de pavot tous les jours ; on a fait quelques injections émollientes ; enfin on a permis un peu de bouillon...

10 mai. Ces différents moyens n'ayant point calmé la douleur, et l'épanchement abdominal ne se résorbant pas, je fais appliquer un large vésicatoire volant sur le côté droit du ventre.

12 mai. La nuit a été bonne ; la malade ne souffre plus. Faiblesse ; un peu d'appétit. — Rendre les bouillons féculents.

15 mai. L'épanchement péritonéal diminue ; le ventre est plus souple et à peine douloureux ; la langue est rosée, humide ; l'appétit augmente. — Continuer les révulsifs intestinaux, les lavements à la tête de pavot, les frictions,... et manger davantage.

18 mai. Oppression, nausées, vomissements de matières filantes, âcres et brûlantes à la gorge. — Magnésie 1,00 ; suspendre tout autre traitement.

20 mai. La magnésie a fait merveille ; la malade est très bien.

26 mai. La colique est revenue avec nausées et vomissements ; agitation, fièvre, pouls à 130. Un point acuminé, très sensible à la pression, s'est élevé à droite et un peu au-dessous du nombril. — Frictions avec le liniment, lavements à la tête de pavot.

Un accès hystériforme qui vient, dans la soirée, s'ajouter à ces souffrances est calmé par quelques cuillerées du mélange des sirops diacode et d'éther.

28 mai. La douleur a rapidement diminué d'acuité, et cette nouvelle péritonite a passé à l'état chronique comme la première. Fluctuation profonde, obtuse. — Frictions avec la pommade mercurielle et extrait de belladone ; révulsifs intestinaux ; bouillons...

1er juin 1847. La malade se dit assez bien. Maigreur extrême, chaleur mordicante à la peau, pouls vif et plein ; appétit dévorant, peu de soif, langue rouge-pourpre, digestions faciles, évacuations alvines normales ; coliques, surtout le soir.

Le point saillant situé au-dessous et à droite du nombril a augmenté de volume ; il égale à peu près une moitié d'œuf et semble une portion de sphère plus petite enchâssée dans une plus grande, à la manière de la cornée par rapport à la sclérotique. La peau qui l'entoure est flasque et ridée, d'un teint mat, terreux. La fluctuation profonde et obtuse, perçue dans tout le ventre, retentit jusque dans la tumeur, qui paraît due à une éraillure des couches internes de la paroi abdominale, à travers laquelle les parties plus profondes viennent faire hernie.

Depuis quelques jours, la malade porte un bandage de corps et un sachet de son sur la tumeur ; elle dit en être soulagée. — Trois cuillerées chaque jour de vin de quinquina ou Malaga ; mélange des sirops diacode et d'éther tous les soirs ; laitage et régime analeptique.

3 juin. La tumeur voisine de l'ombilic a encore augmenté de volume depuis ces derniers jours ; elle est sonore à la percussion et se réduit un peu par le taxis avec beaucoup de douleur. Le reste du ventre est sensible par places, toujours volumineux. Fluctuation manifeste dans le côté gauche, où la douleur est fixée plus aiguë.

L'amaigrissement continue ; les traits se tirent et la face est violacée par plaques ; cependant l'appétit se soutient et le bon état de l'appareil digestif persiste.

La nuit a été très mauvaise, troublée par le cauchemar et des rêvasseries sans fin. Abattement, anxiété, désespoir..... Je tâche de parer à cette crise morale par des soins assidus ; j'administre quelques cuillerées d'une potion calmante, j'applique moi-même un large vésicatoire sur le côté gauche du ventre, et je laisse la malade un peu plus calme.

4 juin. Mme L. a dormi d'un bon sommeil ; la douleur du côté gauche a disparu, et la malade peut impunément se tourner dans son lit. Deux heures de sommeil, dans la soirée, lui procurent un calme bienfaisant.

5 juin. La nuit a été moins bonne que ne le faisait présager la soirée ; le sommeil a été agité de rêves désordonnés, les douleurs sont revenues violentes et durent encore. Figure marbrée de lignes violettes, faiblesse extrême, moins d'appétit, un peu de diarrhée. — Nourrir la malade, vin de quinquina et eau de Seltz.

6 juin. La tumeur ombilicale est grosse comme le poing d'un adulte, elle se termine en pointe acuminée et paraît constituée par des téguments amincis, comme disséqués et distendus par des gaz qui menacent de la crever ; aussi est-elle fort sonore à la percussion. Fluctuation sensible dans tout le côté gauche du ventre.

A une heure, la malade se lève pour voir passer la procession de la Fête-Dieu, se met à genoux, pousse un grand cri, et tombe évanouie. A mon arrivée, la tumeur est ouverte et donne issue à une quantité énorme d'un pus verdâtre, floconneux, mal lié et d'une extrême fétidité. La peau du ventre est flasque, ridée, verdâtre, comme macérée et disséquée en plusieurs couches. — Bandage de corps, charpie et compresses imbibées d'une décoction concentrée de quinquina.

7 juin. Le pus continue de couler séreux et puant, mêlé à des détritus de fausses membranes ; l'ouverture par laquelle il s'échappe est entourée d'un bourrelet dur, très rouge. La tumeur est totalement effacée, et la peau du ventre paraît raffermie.

La malade a dormi tranquillement ; elle se trouve bien et est persuadée que le fait de la perforation abdominale est pour elle un pronostic favorable.

Face violacée, cadavéreuse; faiblesse extrême, pouls filiforme, *appétit*, digestions et excrétions alvines normales.— Soins de propreté extrêmes, pansement souvent renouvelé avec la décoction de quinquina; éviter la pénétration de l'air dans la cavité purulente; vin de quinquina et eau de Seltz; satisfaire l'appétit.

Au pansement de midi, la malade a cru retirer de l'ouverture un ver long de 15 centimètres à peu près et gros comme une plume à écrire; on n'a pas pu me le montrer. Je présume que le prétendu ver n'est qu'un détritus de fausse membrane, parce qu'il n'existe aucun signe rationnel d'une perforation intestinale communiquant avec le foyer purulent. Toutefois, je dois noter que la malade a rendu plusieurs lombrics dans les selles des jours passés.

8 juin. Le pus coule toujours en abondance; il produit une sensation de brûlure en traversant l'ouverture, qui est plus enflammée qu'hier. Marasme effrayant, *faim dévorante*, peu de soif, langue plate, unie, luisante, rouge-pourpre dans toute son étendue; assez bon sommeil, un peu de toux. — Accorder des aliments avec prudence; renouveler souvent les pansements.

9 juin. Les pièces du pansement sont moins imbibées de suppuration; l'ouverture diminue de largeur et paraît moins enflammée. — Mèche de charpie entre les lèvres de la plaie pour l'empêcher de se fermer, éviter avec soin l'introduction de l'air, continuer pour le reste *ut suprà*.

11 juin. La malade se plaint depuis hier d'une colique sourde et d'une sensation de brûlure dans tout le ventre; la suppuration est devenue plus abondante.

12 juin. Encore quelques coliques, moins de suppuration. L'épiderme du ventre se lève par larges écailles et la peau a fort bon aspect au-dessous.

15 juin. L'appétit diminue.

18 juin. Diarrhée avec cuissons et ténesme à l'anus; fièvre, langue blanche, inappétence. — Cesser l'usage du lait cru, eau de riz, lavements émollients.

Les jours suivants la diarrhée va en diminuant à mesure que l'appétit augmente; l'état général devient meilleur et la malade engraisse.

24 juin. Etat général excellent; la diarrhée a disparu et la malade mange de bon appétit. Le ventre est souple dans toute son étendue, indolore; la plaie, très petite, est rosevermeil, elle donne toujours issue à une petite quantité de pus. On ne sent plus la tumeur de l'hypocondre gauche. — Empêcher la plaie de se fermer, car il existe toujours un léger travail de suppuration.

5 juillet 1847. Depuis quelques jours l'appétit est moindre, les selles sont plus fréquentes, la suppuration a augmenté, et comme malgré ma recommandation expresse la malade a laissé l'ouverture se fermer, il s'en est produit deux autres à côté pour donner issue à une assez grande quantité de pus séreux et infect. Etat général toujours assez satisfaisant. — Cataplasmes légers sur le ventre, décoction de quinquina, lavements simples.

7 juillet. La suppuration est devenue sanguinolente et les douleurs ont augmenté dans le bas-ventre.

29 juillet. Les accidents se sont graduellement dissipés et la malade est très bien; mais elle a encore laissé imprudemment fermer les plaies et il existe une élévation rouge acuminée qui va percer à son sommet et fournir passage à une nouvelle évacuation purulente.

15 août 1847. La suppuration, peu abondante cette fois, n'a durée que quelques jours, et la plaie s'est encore fermée. L'état général est excellent; la malade a beaucoup pris d'embonpoint; elle vaque à ses occupations sans fatigue ni douleur. On ne peut plus trouver de trace de la tumeur ovarique, cause première de tous les accidents.

12 septembre. Au milieu de sa santé florissante, Mme L... est tout à coup prise de douleurs dans le ventre, de lourdeur dans les aines, de chaleur dans le bassin.... Elle s'inquiète et se croit en proie à toutes les souffrances qu'elle a éprouvées déjà... Les règles apparaissent, et tous les accidents se dissipent comme par enchantement.

Depuis lors la menstruation, sur laquelle on ne comptait guère, est revenue régulière, faible et pâle d'abord, actuellement abondante, bien colorée, tout à fait normale, et Mme L..., que je vois souvent, ne souffre jamais du ventre et se porte parfaitement bien.

Cette observation, curieuse à plusieurs égards, pourrait comporter de longues réflexions qu'il n'entre point dans notre intention de développer; nous nous bornerons aux quelques mots suivants:

Pendant toute la durée des accidents, il a été possible, je pourrais même dire facile, de suivre la marche anatomo-pathologique de la cause qui les a produits. En effet, l'examen du 19 avril fait découvrir un kyste de l'ovaire gauche, origine première de la péritonite qui débute subitement dans la nuit du 2 au 3 mai.

Cette péritonite accuse deux modes de production: 1° la compression mécanique et le refoulement du paquet intestinal par la tumeur; 2° une éraillure du tissu de celle-ci laissant échapper tout ou partie de son liquide dans la cavité péritonéale. La soudaineté des accidents tend à accorder le principal rôle au second mode en tant que cause déterminante.

Les mêmes causes doivent rendre raison, je pense, des recrudescences de la péritonite et des perforations successives de l'abdomen, perforations nécessaires pour évacuer le pus contenu dans sa cavité...

Il ne serait pas sans intérêt de rechercher si les couches malheureuses de Mme L... ont eu quelque influence sur le développement du kyste de l'ovaire, ou plutôt si celui-ci n'aurait point été la cause des difficultés du travail. Le bassin bien conformé et le ventre toujours gros de cette dame (même avant son mariage) sont une présomption en faveur de l'existence de la tumeur antérieurement aux grossesses.

Je ne puis terminer sans signaler l'antagonisme curieux qui s'est manifesté pendant tout le cours de la maladie entre l'appétit et la diarrhée, antagonisme si constant que la diminution de l'un présageait toujours l'augmentation de l'autre et *vice versâ*. Enfin, je ne puis pas oublier surtout le résultat capital (1) de cette observation, la *voracité* de l'*appétit*, dont la persistance me semble avoir été le salut de la malade en s'opposant à l'infection purulente, et par suite en lui permettant de vivre assez longtemps pour mener sa maladie à bonne fin, en dépit du marasme et de la souffrance.

(*Gazette médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 mars 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Correspondance.

La Société reçoit une lettre de M. Musset, interne de M. Ricord, en réponse à la lettre de M. Auzias-Turenne.

Monsieur le président,

Dans une lettre que M. Auzias-Turenne vous a adressée, relativement aux principes professés par M. Ricord, il me semble qu'il oublie un peu de s'appliquer à lui-même les principes de Bacon. Les doctrines soutenues par M. Ricord sont basées sur l'observation, sur l'expérience, sur l'expérimentation, ainsi que nous pouvons tous les jours nous en convaincre dans son service. Que ceux qui ne veulent pas croire viennent y voir!

Non-seulement les accidents primitifs qui se succèdent ne vont pas régulièrement en diminuant d'intensité, comme loi, mais on observe, au contraire, une grand nombre de circonstances dans lesquelles les derniers venus sont les plus intenses. Une preuve répétée, renouvelée des centaines de fois par M. Ricord est celle-ci; à savoir, que les inoculations artificielles ne se guérissent qu'après et longtemps après l'accident primitif, si on les laisse marcher; que dans les inoculations successives faites autrefois par M. Ricord et en grand nombre, les dernières inoculations avaient autant de durée que les premières. Si M. Auzias-Turenne a trouvé autre chose ailleurs que sur des singes, il lui reste à le démontrer par l'expérience, et surtout par l'expérimentation sur l'homme.

D'après son assertion, la syphilisation devrait conduire à l'immunité. Or, nous portons à M. Auzias-Turenne le défi de présenter à la Société de Chirurgie un sujet assez syphilisé pour résister à la piqûre de la lancette de M. Ricord. Jusqu'à ce que M. Auzias ait montré un malade réfractaire à l'inoculation, nous lui dirons: où donc est le phénomène, la loi que vous proposez, dont vous vous êtes constitué un dogme? Nous attendons; car jusqu'ici nous ne voyons qu'une assertion sans preuve.

— M. CHASSAIGNAC présente les organes génito-urinaires d'un vieillard mort dans son service de la petite vérole. Sur ce sujet, la prostate présente la disposition suivante: les deux lobes latéraux se sont développés à ce point que la partie antérieure de la prostate présente un volume considérable; on pourrait la confondre avec la partie de cet organe qui est en rapport avec le rectum. Sur les lobes latéraux hypertrophiés, on voit des éminences polypeuses qui gênaient l'émission des urines et l'introduction de la sonde. L'une de ces éminences, sous forme de luette vésicale, siége à l'extrémité antérieure de la portion prostatique; il en est une autre qui siége à l'orifice postérieur de cette portion, de manière que la cavité prostatique forme un large ventricule, qui était susceptible de s'obturer momentanément à ses deux extrémités.

— M. CULLERIER présente un enfant dont la jambe droite au moment de la naissance était couverte d'une plaque rouge semblable à un nævus; bientôt la gangrène s'est emparée de cette plaque, et maintenant que l'enfant est âgé de quelques mois cette large plaque, s'étendant depuis la partie inférieure de la cuisse jusqu'au pied, est presque entièrement détruite. Chez cet enfant, on aurait donc un exemple curieux de nævus qu'une gangrène successive aurait détruit. La santé générale de l'enfant n'est pas altérée, bien que la gangrène marche toujours et qu'elle n'ait point encore détruit toute la partie rouge.

M. GUERSANT trouve le fait rapporté par M. Cullerier intéressant; il a eu aussi occasion de voir des nævus qui se sont ulcérés, non-seulement à l'hôpital, mais encore en ville; seulement ces ulcérations étaient superficielles et modifiaient le nævus. Il croit que ces ulcérations ne se produisent que sous une influence générale; il serait désireux que dans ce cas des cautérisations fussent faites sur la partie ulcérée pour hâter la cicatrisation.

M. DEMARQUAY. Le fait rapporté par M. Cullerier est intéressant, et vient se placer à côté des faits analogues rapportés par M. Gautier. En effet, ce jeune médecin dans sa thèse inaugurale, après avoir exposé le résultat de recherches micrographiques sur les tumeurs érectiles, rapporte le passage des écrits d'Aug. Bérard où ce chirurgien parle de l'ulcération et de la gangrène comme moyen de guérison des tumeurs érectiles. Il cite, en outre, un certain nombre d'observations recueillies par lui, par Pelletan, Wardrop, etc., où l'ulcération et la gangrène ont amené la guérison de tumeurs érectiles.

M. FORGET fait observer que le fait communiqué par M. Cullerier ne se rapporte pas à une tumeur érectile détachée de la peau par un pédicule plus ou moins long. Des exemples assez nombreux prouvent que de semblables tumeurs ont pu guérir spontanément par gangrène. Il s'agit, sur le malade de notre confrère, d'une vaste tache veineuse, couleur lie de vin, sans élevure à la surface du derme. Cette disposition rend encore la guérison plus remarquable.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

(1) Capital au point de vue du résultat définitif, la guérison.

NOUVELLES.

CONCOURS. — La seconde épreuve clinique s'est terminée ce soir par une leçon de M. Richet. On distribuera les sujets de thèse ce soir même, mais à une heure trop avancée pour qu'il nous soit permis de les faire connaître demain.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Chauvin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour celui de Saint-Omer.

M. Paillon, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour celui de Saint-Omer.

M. Drapier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour celui de Versailles.

M. de Seré, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Cambrai, détaché au Roule, est désigné pour celui de Versailles.

M. Brunet, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital du Roule, à Paris.

M. Bodeau, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital militaire du Roule, à Paris.

Le changement de température qui a marqué le passage de la semaine dernière à celle-ci n'a pas peu contribué sans doute à augmenter l'influence épidémique que nous signalions dans notre dernière Revue hebdomadaire. Les fièvres qui en résultent continuent à être peu intenses et n'ont pas sensiblement augmenté la mortalité de la ville, quoique dans plusieurs cas venus à notre connaissance elles aient acquis une gravité assez forte pour donner à la maladie un caractère cholériforme. Quant à la thérapeutique de cette affection, nous ne pouvons guère que répéter les conseils que nous avons déjà donnés: prescrire des calmants d'une énergie proportionnée à l'intensité des symptômes. Parmi ces calmants il en est un qui jouit à juste titre d'une réputation méritée; c'est la *Pâte de Regnauld*. Nous croyons sage de nous en tenir à lui, puisque l'expérience l'a consacré.

LE SOYER.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 32. — MARDI 18 MARS 1851 (24e ANNÉE.) N° 32. — MARDI 18 MARS 1851

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 17 MARS 1851.

Détails sur l'opération de transfusion

PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS

Par M. le docteur MARMONIER, médecin aux eaux d'Uriage.

Ainsi que nous l'avons annoncé dans un de nos derniers numéros, M. Marmonier a entendu notre appel, et nous a adressé un double de l'observation suivante envoyée en même temps à la *Revue Médicale*. En publiant ce fait remarquable, il est de notre devoir de faire remonter à l'habile et savant chirurgien qui a donné l'exemple de la transfusion une partie du bienfait dont l'humanité est redevable à M. Marmonier.

Le 3 janvier dernier, à six heures du matin, je fus appelé pour accoucher la femme Mallet (de Lancey), canton de Domène (Isère), âgée d'environ trente ans, d'une constitution lymphatique, un peu affaiblie par plusieurs grossesses rapprochées, par des accouchements antérieurs laborieux et par quelques peines morales et physiques.

Lorsque j'arrivai près de cette femme, les douleurs qui accompagnent le travail d'accouchement avaient presque cessé; elle était faible et épuisée par de longs et inutiles efforts qui n'avaient pu amener l'expulsion de l'enfant à cause de l'existence d'une antéversion très prononcée de la matrice; je reconnus une présentation de la tête, et je jugeai alors que je ne pourrais terminer l'accouchement dans cette position; j'opérai promptement la version du fœtus et l'amenai par les pieds; au même moment il se manifesta une perte de sang plus forte que de coutume, qui m'obligea d'extraire rapidement le placenta et d'exciter la contraction de la matrice qui se trouvait dans un état d'inertie assez sensible. Cette manœuvre fut suivie de succès; après quelques instants la perte était arrêtée, et la malade se trouvait bien.

Je restai près d'elle encore trois quarts d'heure; j'examinai le pouls que je trouvai bon, quoiqu'un peu faible; j'examinai la matrice, qui paraissait dans un état satisfaisant; puis je crus pouvoir me retirer, la laissant aux soins de l'accoucheuse et de sa famille. Je l'avais quittée depuis une demi-heure, lorsqu'elle éprouva une hémorrhagie utérine extrêmement abondante qui fut suivie d'un long évanouissement; puis elle reprit connaissance et éprouva un peu de mieux; mais ce mieux ne devait pas être de longue durée; car une seconde hémorrhagie, aussi très abondante, survint encore et laissa cette fois la malade dans un plus long évanouissement et avec une plus grande faiblesse.

Ce fut au moment de la première perte que l'on revint me chercher; j'accourus, et lorsque je me retrouvai près d'elle c'était environ trois heures après son accouchement et une heure et demie après la première perte abondante. J'appris par l'accoucheuse et par les parents tout ce qui s'était passé pendant mon absence, et je pus apprécier moi-même, en voyant la malade, toute la gravité de la situation. Cette femme, que plusieurs fois les personnes avaient crue morte, était d'une faiblesse désespérante, avec une pâleur mortelle; les extrémités étaient froides, le pouls était presque insensible et quelquefois nul; l'obscurcissement de la vue, qui existait presque constamment, ne cessait quelques instants que pour se reproduire bientôt après, et annonçait presque toujours le retour d'une nouvelle syncope.

Je fus témoin pendant trois quarts d'heure de tous les accidents que je viens de signaler, et j'employai pendant ce temps tous les moyens dont je pouvais disposer pour arrêter une légère perte qui se reproduisait encore de temps en temps, et pour ramener la chaleur et la circulation prêtes à s'éteindre.

Je fis d'abord des applications astringentes et réfrigérantes sur l'abdomen; je profitai de la suspension des syncopes pour faire boire quelques gorgées d'infusion concentrée de seigle ergoté; j'administrai, lorsque cela était possible, quelques cuillerées d'une potion cordiale : je fis des frictions sèches sur la peau avec une brosse et de la laine; j'appliquai des linges chauffés sur les membres, sur le corps; à chaque évanouissement, j'appliquai du vinaigre sous le nez, sur les lèvres, etc. Je luttai ainsi pendant trois quarts d'heure, sans obtenir la moindre amélioration; le mal allait, au contraire, toujours en s'aggravant. J'entrevoyais une mort prochaine inévitable à laquelle je croyais d'autant plus, que quelques mois auparavant, j'avais vu mourir une voisine de la malade, la femme Perrin, quatre heures après un accouchement, des suites d'une hémorrhagie absolument semblable.

J'étais désespéré, lorsque l'idée de la transfusion, qui m'avait déjà préoccupé, m'apparut comme le seul moyen de salut; cette idée me fut suggérée par ce que je connaissais de l'opération faite quelque temps avant par notre savant confrère le docteur Nélaton.

Dans ce moment, je décidai donc que je tenterais la transfusion, s'il en était encore temps, et si je pouvais réunir promptement les instruments qui m'étaient indispensables et dont je n'étais pas muni, n'ayant pas prévu que je serais forcé de pratiquer seul, sans l'aide d'autres chirurgiens, une opération pareille.

Je trouvai dans la maison une petite seringue d'enfant dont je pensai pouvoir me servir et qui pouvait contenir 70 grammes de sang. Je fis préparer l'eau chaude, les vases, le linge dont je supposais avoir besoin; je m'assurai des bonnes dispositions de la fille Fagnet, voisine de la malade, qui voulut bien consentir à nous donner son sang : toutes ces dispositions prises, je procédai à l'opération de la manière suivante :

Le bras droit de la malade fut étendu sur le lit dans la position de supination et fut maintenu par une femme seulement, l'état de demi-insensibilité dans lequel se trouvait celle que je devais opérer n'exigeant pas d'autres précautions; je fis sur la veine basilique et dans sa direction une incision d'environ 3 centimètres; puis j'isolai complètement cette veine dans une étendue d'environ 2 centimètres; je fis passer au-dessous de celle-ci un fil porté par une aiguille : ce fil devait me servir à la soulever à volonté et à la serrer légèrement sur la canule de la seringue pour éviter l'introduction de l'air au moment où la seringue serait appliquée.

Je fis à la veine, dans le sens de sa direction, une ouverture d'environ un demi-centimètre, par laquelle il ne sortit que deux ou trois gouttes de sang, qui coulèrent doucement, sans impulsion sensible; je fis comprimer légèrement la veine au-dessus et au-dessous de l'ouverture, d'une part pour empêcher l'introduction de l'air, de l'autre pour empêcher la sortie de quelques gouttes de sang; immédiatement je saignai la fille Fagnet; je reçus le sang dans une tasse, qui était elle-même dans un vase plein d'eau assez chaude pour conserver au sang sa chaleur ordinaire, chaleur que je ne pouvais calculer que d'une manière approximative, n'ayant pas de thermomètre à ma disposition; je pris rapidement la seringue qui était préparée et chauffée, de manière à ne pas modifier l'état du sang et empêcher la présence de l'air; je la remplis exactement avec le sang contenu dans la tasse; j'appliquai le piston de la seringue, que je poussai légèrement, pour m'assurer qu'il n'y avait pas d'air à l'extrémité de la canule; j'introduisis le bout de la canule dans l'ouverture de la veine, sur lequel je fis légèrement serrer le fil; puis je poussai lentement et avec précaution dans la veine le sang qui était dans la seringue. Après avoir fait faire au piston un tiers du trajet qu'il devait parcourir pour que l'injection fût complète, une résistance subite s'opposa au mouvement en avant que j'imprimais au piston, ce qui me fit comprendre que le sang ne pénétrait plus, soit parce que le sang avait commencé à se coaguler, soit par une autre cause que je ne pus m'expliquer; je fus, en conséquence, obligé de suspendre mon opération.

Malgré ce peu de succès, je décidai que je tenterais une nouvelle injection, puisque la première, quoique très incomplète, n'avait pas amené le moindre accident.

En un instant, la seringue remplie du sang d'une nouvelle saignée fut introduite dans l'ouverture de la veine. Dans cette seconde tentative, je pris la précaution d'envelopper la seringue de linges constamment imbibés d'eau chaude. Cette fois, je fus plus heureux; tout le sang que contenait la seringue fut poussé dans la veine, ou à peu de chose près.

J'évalue à 90 grammes le sang que j'avais introduit en deux injections.

L'introduction du sang ne fut suivie d'aucun accident, d'aucune douleur, d'aucune crise, d'aucune secousse.

J'ai constaté que, presque immédiatement après la transfusion, la respiration devint plus régulière, que la sensibilité fut plus apparente, que le pouls devint plus fort, que les dispositions à la syncope cessèrent subitement, que l'obscurcissement de la vue, qui avait été un des symptômes permanents, se dissipa rapidement. Après avoir pansé la petite plaie faite par l'introduction du sang, je m'occupai de consolider le mieux qui s'était si subitement manifesté.

Je recommençai les frictions et les applications de linges chauffés; je fis prendre de nouveau du ratanhia, du seigle ergoté, et à trois quarts d'heure du moment de l'opération, la circulation et la chaleur étaient rétablies et continuèrent de se développer. Deux heures après, la malade fut tellement bien qu'elle s'endormit quelques instants, et à ce sommeil succéda un mieux inespéré qui nous annonçait la fin de la crise terrible qui m'avait effrayé, ainsi que les sept ou huit personnes qui m'ont constamment assisté.

A partir de ce moment, la convalescence a été rapide; le travail de sécrétion du lait s'est fait d'une manière régulière. Dix jours jours après, la malade a pu se lever une heure par jour; vingt jours après elle était guérie complètement, et trente jours après elle avait repris ses occupations habituelles. Il n'y a pas eu la moindre trace de phlébite à la veine par laquelle le sang a été introduit; cependant il a existé un petit gonflement inflammatoire aux environs de la plaie faite au pli du bras, et la cicatrisation n'a été complète que vers le vingt-cinquième jour.

HOPITAL NECKER. — M. BRICHETEAU.

Phlegmon périnéphrétique à droite. — Maladie de Bright à gauche. — Induration et atrophie du rein droit.

Observation recueillie et suivie de réflexions par M. J. FALRET, interne du service.

Le nommé Poirot, âgé de vingt-quatre ans, élève en pharmacie, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. Bricheteau, le 5 janvier 1851, au n° 13 de la salle Saint-Ferdinand.

Ce malade a été lithotritié, il y a quatre ans, par M. Civiale pour un calcul vésical. Depuis cette époque, il n'avait ressenti aucun phénomène morbide, lorsque, vers la fin du mois de décembre dernier, à la suite d'une longue course et d'un refroidissement, il fut pris assez subitement d'une douleur vive dans la région rénale droite, douleur pour laquelle il est entré à l'hôpital. Cette douleur, excessivement aiguë, se continue en avant dans la direction de l'uretère jusque vers la fosse iliaque et l'hypogastre. Elle s'exaspère par la pression, mais existe toujours à un degré assez marqué pour faire pousser des soupirs au malade. Elle est accompagnée de fièvre et d'un grand abattement. Ces phénomènes portent naturellement à diagnostiquer chez ce malade une néphrite aiguë causée par de nouveaux calculs, et on fait appliquer sur la région douloureuse 25 sangsues, qui diminuent la douleur, sans toutefois la faire disparaître. Le lendemain, on observe les mêmes phénomènes, avec cette différence que la douleur est moins vive, mais le mouvement fébrile est toujours très caractérisé. On examine les urines, et voici ce que l'on constate : elles ne présentent aucune trace de gravier; elles sont abondantes, très limpides et presque décolorées. En y versant de l'acide nitrique, on y précipite une grande quantité d'albumine. Dès lors, l'attention se trouve fixée sur la possibilité d'une complication de néphrite albumineuse. On se demande même si l'on n'aurait pas affaire à cette maladie, seule dans sa forme, aiguë ou bien si il n'y aurait pas coïncidence de néphrite calculeuse et de néphrite al-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

On a beaucoup parlé et pas mal écrit sur l'ingratitude des malades envers leurs médecins. Tous les praticiens, en compulsant leurs livres de recettes, murmurent à cet égard les lamentations les plus pitoyables, et ils en viennent à douter de la reconnaissance, ce sentiment le plus pur et le plus digne de tous ceux que la Providence a placés dans le cœur de l'homme. Je les plains doublement du plus profond de mon âme pour leur scepticisme en pareille matière et pour le dommage que cette ingratitude leur cause; mais je ne puis m'empêcher cependant de bénir la destinée que la civilisation nous a faite, quand je compare les ennuis que nous éprouvons aujourd'hui au sort funeste que nos aïeux infligeaient à nos confrères d'autrefois. Grégoire, de Tours, rapporte qu'Austréchilde, deuxième femme du roi Gontran, étant à son heure dernière, fit jurer à son époux d'immoler après sa mort les deux médecins qui lui avaient prodigué leurs soins. Lié par son serment, le roi exécuta les dernières volontés de sa femme, et fit mourir les deux médecins par le glaive. « Beaucoup de gens dans leur sagesse, ajoute le pieux évêque, ont pensé qu'il n'avait pas agi ainsi sans péché. » (L. V, coll. Guizot, t. I, p. 273). J'espère même que ni le mari ni la femme ne seront allés en paradis.

Sans doute, comme compensation à ces traits de la plus noire ingratitude, je pourrais vous citer des exemples de la plus belle reconnaissance, et sans remonter à Hipocrate, dont on a un peu trop abusé à mon sens, je n'aurais qu'à ouvrir les *Mélanges de Chirurgie* de Saucerotte, et je trouverais qu'un ecclésiastique, à qui Nouvelle avait épargné l'opération du trépan, légua son crâne à son bienfaiteur, n'ayant rien trouvé de mieux pour lui prouver sa reconnaissance.

Sans doute pour l'honneur de l'humanité je pourrais peut-être, en cherchant bien, rencontrer encore quelques exemples de cette nature; mais quand je compare leur petit nombre à la quantité si considérable de faits du même genre attribués aux animaux, je me sens pris d'un dégoût invincible pour la civilisation, et j'hésite à me réfugier dans le système consolant de J.-J. Rousseau. L'état sauvage serait-il donc le dernier terme de notre bonheur, et nous faudrait-il regretter le temps où les bêtes parlaient?

Certes, sans remonter à une époque si éloignée des habitudes de nos animaux et sans reprendre en sous-œuvre la question si débattue au dix-huitième siècle touchant l'existence de l'âme des brutes, je me sens quelque peu ébranlé dans mes opinions sur l'âme des hommes, et je déplore de ne pouvoir composer ma société habituelle des hôtes du Jardin-des-Plantes. Je me console du sort cruel qui me rive à la civilisation, en lisant les ouvrages qui me dépeignent les généreux sentiments des bêtes. Bayle, Bouiller, d'Ohsonneville, et toi, G. Leroy, qui te cachais sous le titre de philosophe du Nuremberg, et à qui Buffon écrivait, dans sa retraite de Versailles, qu'il était plus aisé de faire parler les animaux à Nuremberg qu'à Paris, soyez bénis pour les douces heures que vous me procurez! Ah! n'oublions pas aussi dans notre reconnaissance Dupont (de Nemours), Virey, Lesson, F. Cuvier, et son abréviateur M. Flourens); merci, âmes généreuses! merci, esprits élevés, qui avez compris et dépeint tout ce que renfermait de grand et de sensible l'âme des animaux, merci encore une fois d'avoir dit comme le poète :

Les bêtes ne sont pas si bêtes que l'on pense.

Ah çà! mon cher feuilletoniste, me dira peut-être quelque lecteur morose et moins que moi enthousiaste des brutes, pourquoi ce dithyrambe, pourquoi ces chants lyriques à l'occasion d'un paradoxe habilement soutenu, j'en conviens, mais enfin d'un paradoxe, car les animaux n'ont pas d'âme, ils ont tout au plus de l'instinct? — Les animaux n'ont pas d'âme? répondrai-je à cet interlocuteur; mais, mon cher confrère, je souhaite pour votre prospérité que tous vos clients en aient seulement comme certain brochet..... — Un brochet, s'écrierait peut-être mon adversaire, cet animal stupide, aquatique et qui n'est guère supportable que noyé dans une sauce hollandaise!! — Il ne s'agit pas de gastronomie, mon cher confrère, mais bien de physiologie psychologique, et, sur ce point, le brochet ferait rougir bien des créatures qui se vantent d'avoir une âme faite à l'image de Dieu. Je ne vous renverrai ni à Bayle, ni au philosophe de Nuremberg, qui vous apprendraient de fort belles choses sur ces êtres que vous dédaignez tant, et, eu égard aux devoirs de votre profession, qui vous forcent à consacrer au soulagement de la race ingrate des hommes tous les instants de votre vie, vous me permettrez de vous rapporter un seul fait, mais récent et sans exemple, de reconnaissance, et qui vous fera regretter, j'en suis sûr, de ne pas avoir une clientèle exclusivement composée de brochets.

Ne riez pas, je vous prie, ce que j'ai à vous dire est très sérieux; le fait est rapporté par un recueil scientifique de l'Angleterre, et est relatif à un de nos confrères les plus graves et les plus haut

bumineuse, auquel cas il serait alors possible de supposer une relation de cause à effet entre ces deux maladies.

Quoi qu'il en soit, le malade est excessivement pâle et anémique, et on apprend de lui qu'il a eu plusieurs fois les pieds et les jambes enflés et même d'autres parties du corps. Il y a du souffle dans les carotides et le malade éprouve des palpitations : il n'y a pas d'amaurose. Ce jeune homme paraît donc évidemment atteint d'une maladie de Bright; mais la très grande acuité des douleurs et l'intensité des phénomènes fébriles, ainsi que le fait d'une opération antérieure de lithotritie subie il y a quatre ans, portent à penser qu'indépendamment de la maladie de Bright il doit exister chez lui des calculs dans le rein.

Les jours suivants, la douleur de la région rénale droite, quoique diminuée par l'application des sangsues et de ventouses scarifiées, persiste néanmoins, et, le soir surtout, le malade, habituellement très pâle, devient excessivement rouge et a le pouls très fébrile.

Quelques jours après, 16 janvier, il accuse une douleur moins vive dans la région rénale du côté opposé, c'est-à-dire du côté gauche. On y applique des ventouses, qui, de ce côté, font disparaître complétement la douleur; celle du côté droit, au contraire, persiste toujours. Les urines continuent à être très albumineuses, et on commence à constater de l'œdème des membres inférieurs et même un peu d'infiltration du reste du corps. Le malade continue à se plaindre beaucoup et à accuser une douleur très vive dans la région du rein droit et dans la fosse iliaque du même côté : perte d'appétit, langue blanche et noirâtre au centre, bouche pâteuse, envies de vomir, pas de sommeil.

Les jours suivants, 17 et 20 janvier, il se plaint d'être très faible et très abattu, a du dévoiement, et le 21 janvier il rend du sang en allant à la selle. Le pouls continue à être très fébrile, la peau chaude, la figure tantôt très pâle, tantôt très animée et les yeux brillants.

Le 24, la douleur rénale devient tellement vive qu'elle arrache des cris au malade; ses lamentations et ses soupirs sont tellement continus et multipliés qu'on les croit exagérés et qu'on est tenté de ne pas admettre toutes les choses dont il se plaint, comme, par exemple, de ne pas pouvoir uriner, d'autant plus qu'il est bien évident que de temps en temps il urine abondamment. Lorqu'on appuie, à droite, avec la main sur la région rénale et la fosse iliaque, il pousse des cris et ne permet pas qu'on continue plus longtemps l'exploration. A gauche, au contraire, il n'éprouve que des douleurs très sourdes, qui n'augmentent pas par la pression.

Le 27, le dévoiement augmente et le malade est dans un état nerveux très prononcé. Il s'agite et se retourne en tous sens dans son lit, crie aussitôt qu'on le touche, ne dort pas, enfin se plaint de ne pouvoir avaler, et cependant on le fait boire sans difficulté.

Le 29, on fait appliquer un vésicatoire sur la région rénale droite, où l'on constate une matité très prononcée et très étendue. La région de la vessie n'est pas douloureuse et l'émission des urines est ordinairement facile. On croit remarquer la présence de pus dans les urines; habituellement, cependant, elles sont limpides, décolorées et toujours très albumineuses. L'auscultation du cœur ne fait saisir aucun bruit anormal; celle de la respiration fait constater, surtout à droite, un bruit de souffle très marqué dans toute la hauteur du thorax; il y a de la matité à la partie inférieure, mais on entend quelques râles muqueux et M. Bricheteau pense qu'il y a plutôt congestion pulmonaire qu'épanchement pleurétique, malgré l'infiltration générale, qui rendrait ce dernier plus probable. Il y a d'ailleurs de l'oppression, les selles sont toujours abondantes; les membres inférieurs très œdématiés, la fièvre intense, les phénomènes généraux d'abattement et de prostration de plus en plus caractérisés et la douleur rénale tellement violente que le malade pousse presque continuellement des cris ou des lamentations.

Enfin, le 31 janvier, jour de sa mort, il se plaint, à la visite, de douleurs atroces auxquelles il ne peut plus résister et s'agite en tous sens dans son lit; il supplie en grâce de le soulager; cependant le pouls, quoique très fébrile, n'est pas de nature à alarmer; la respiration est gênée, mais non stertoreuse, et l'on était loin de s'attendre à une fin aussi rapide. L'auscultation et la percussion du côté droit de la poitrine font reconnaître la présence d'une certaine quantité de liquide dans ce côté du thorax. La mort survient le 31 janvier, à une heure de l'après-midi, après une courte agonie.

L'autopsie fut faite le 2 février à dix heures du matin, et voici ce que l'on constata :

Le sujet est généralement infiltré. En ouvrant l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de sérosité d'un jaune foncé. L'estomac contient une quantité considérable de liquide jaunâtre. Le foie est d'un rouge brun, un peu congestionné. La rate est très volumineuse, et plutôt dure que ramollie. L'intestin ne présente aucune altération particulière. En cherchant à soulever le gros intestin dans la fosse iliaque droite, on trouve dans le tissu cellulaire du pus parfaitement caractérisé, et on découvre dans cette région la présence d'une tumeur dure, très tendue et très résistante, recouverte de graisse et de tissu cellulaire épaissi, et s'étendant depuis le bord inférieur du foie jusque vers l'arcade fémorale. En disséquant la surface de cette tumeur, on constate que ses parois sont formées par une membrane fibreuse très résistante, doublée de tissu cellulaire dense et graisseux. En incisant cette poche, on trouve dans son intérieur une vaste collection purulente, qui, en arrière, n'a pas de limites aussi précises qu'en avant, et s'étend au milieu du tissu graisseux de la région rénale et de la fosse iliaque, le long de la gaîne du psoas; en un mot, on trouve du pus dans tout le tissu cellulaire de cette région et jusque dans les muscles des parois abdominales au niveau de l'arcade crurale. Une fois cette poche ouverte et vidée, on y cherche d'abord en vain la trace du rein; on est obligé de prendre pour guide l'uretère, qui est extrêmement dilaté, presque triplé de volume, et, en suivant son canal (qui est noirâtre et enflammé à son intérieur), on finit par découvrir à la partie supérieure de la tumeur un corps dur de la grosseur d'un œuf environ, profondément lobulé à sa surface et qui adhère intimement par sa partie supérieure avec la membrane fibreuse de la poche. En incisant ce corps dur, dans lequel pénètre l'uretère, on ne tarde pas à s'apercevoir que c'est le rein droit, mais tellement transformé qu'on peut à peine y retrouver quelques portions de substance normale; il a tout à fait la couleur, la consistance et la dureté du squirrhe à sa première période. Il crie sous le scalpel, est très dur et présente de loin en loin dans son intérieur de petits calculs noirâtres, peu cohérents et s'écrasant assez facilement sous les doigts : on en trouve même un plus volumineux dans le bassinet. Dans sa totalité, ce rein atrophié et dégénéré n'a guère plus du tiers de son volume ordinaire; il n'a pas d'ailleurs conservé la forme normale du rein, et présente des lobes et des scissures profondes. Le rein du côté opposé présente des altérations d'une toute autre nature. Il est hypertrophié, décoloré et d'une consistance un peu molle. En soulevant sa membrane celluleuse externe, on trouve à sa surface des granulations blanchâtres connues sous le nom de grains de semoule. Le rein, incisé sur son bord convexe, offre une décoloration générale : les deux substances, distinctes encore, tendent néanmoins à se confondre, surtout à la partie supérieure de l'organe, et ont une coloration différente de l'état normal; la substance tubuleuse est d'un rose très pâle et, même à la partie supérieure, se confond presque avec la substance corticale : celle-ci est jaunâtre et parsemée de granulations d'un jaune clair, très distinctes, très dures, et surtout très saillantes, quand on les racle avec le dos du scalpel. En un mot, ce rein présente les altérations bien évidentes de la maladie de Bright. L'uretère est d'un volume normal et non enflammé : pas le moindre calcul dans ce rein.

La vessie est un peu épaissie, non enflammée, retirée sur elle-même et contient un peu de pus, qui rend compte de celui qu'on a trouvé pendant la vie dans les urines.

Les poumons sont parfaitement sains; pas de tubercules au sommet. Un peu de sérosité dans la cavité des plèvres, surtout à droite; fausses membranes sur la plèvre pulmonaire de ce côté, qui expliquent le bruit de souffle constaté pendant la vie.

Le cœur est petit, mais sain; les valvules sont souples et normales.

Comment interpréter les faits rapportés dans cette observation? Il est évident que le rein gauche était affecté de la maladie de Bright à sa troisième et quatrième période. Mais à droite, il n'est pas aussi facile de se rendre compte des faits constatés à l'autopsie. Et d'abord, quelle est la nature de l'altération du rein droit? En éloignant tout d'abord l'idée de squirrhe, à cause de la très grande rareté de cette lésion dans le rein, de l'âge du malade, de l'absence de cancer dans d'autres organes, et même à cause de l'atrophie extrême du rein qui, dans ce cas, devrait au contraire avoir subi une augmentation de volume, deux opinions paraissent seules plausibles relativement à la nature de la lésion constatée dans cet organe : on peut considérer cette induration comme le résultat d'une inflammation chronique, ou bien admettre que c'est l'altération de la dernière période de la maladie de Bright (sixième forme de M. Rayer).

On peut invoquer en faveur de la première opinion, c'est-à-dire de la néphrite calculeuse chronique, la présence actuelle de calculs dans ce rein, cause la plus ordinaire des inflammations de cet organe; la notion d'une affection calculeuse antérieure qui pourrait rendre compte de la chronicité de l'inflammation et, partant, de l'induration, puisque l'inflammation pourrait dater de quatre ans au moins; enfin l'existence de l'abcès qui entoure le rein, et dont il semble très naturel de chercher la cause première dans une inflammation de cet organe. Mais la présence de petits calculs dans ce rein, alors qu'il n'y a aucune trace actuelle d'inflammation, ne suffit pas pour en faire supposer une; et d'un autre côté, la preuve tirée de l'existence de l'abcès perd considérablement de sa valeur, s'il est vrai, comme nous espérons pouvoir le démontrer tout à l'heure, que cet abcès n'a pas eu son point de départ dans l'intérieur du rein.

Si l'on songe, au contraire, que l'atrophie et l'induration mamelonnée de ce rein correspondent parfaitement à la description faite par les auteurs de la sixième forme de la maladie de Bright; que ce rein était réellement atrophié et dégénéré et non hypertrophié, ou en partie détruit, comme cela devrait être dans l'hypothèse d'une inflammation suppurative; que l'on n'a trouvé à son intérieur aucune trace d'inflammation aiguë ou de suppuration; que toujours on a constaté la coexistence de la maladie de Bright dans les deux reins à la fois; enfin, que l'on a noté plusieurs fois la coincidence de calculs et de la maladie de Bright dans un même rein, on sera naturellement amené à rapporter de préférence cette altération au degré le plus avancé de la maladie de Bright.

Reste maintenant à déterminer quelle est la cause et quel est le siége de l'abcès. A-t-il pris son point de départ dans le rein, ou s'est-il formé en dehors de cet organe; en d'autres termes, est-ce un abcès rénal ou un abcès périnéphrétique?

Dans l'hypothèse d'une néphrite, on pourrait supposer, en effet, que la suppuration a commencé à se produire dans la portion périphérique du rein, au-dessous de sa membrane fibreuse propre, que cette membrane s'est dilatée au point de former l'enveloppe fibreuse du vaste abcès constaté à l'autopsie, et que ce qui représente actuellement le rein n'est que la portion centrale de cet organe, voisine des calices et du bassinet, sa couche extérieure ayant été détruite en grande partie par la suppuration et transformée en pus ou en putrilage; dans ce cas, il faudrait alors admettre que le pus trouvé dans le tissu cellulaire extérieur ne s'est formé que plus tard, par simple contiguïté ou même par perforation de quelques points de la poche, mais avec conservation de la plus grande partie de ses parois. Mais cette manière d'interpréter les faits ne semble pas résulter de l'inspection anatomique de la tumeur. En effet, la membrane fibreuse, aponévrotique, recouverte de graisse et de tissu cellulaire qui formait la paroi antérieure de l'abcès, paraît beaucoup trop étendue et trop incomplète en arrière pour pouvoir être considérée comme la capsule propre du rein, tandis qu'il semble bien plus naturel de la croire formée par le tissu cellulo-graisseux qui entoure le rein et qui, épaissi, condensé, est devenu presque aponévrotique par suite de l'inflammation. D'un autre côté, la surface extérieure du rein, quoique nageant dans le pus, n'est nullement ramollie; elle est, au contraire, lisse, résistante et exempte de détritus organiques et de débris de tissu rénal réduit en bouillie qui devraient s'y rencontrer si elle avait été l'origine de la suppuration. D'ailleurs, ce noyau dur, sans présenter l'aspect normal du rein, puisqu'il est lobulé et mamelonné, a néanmoins conservé les apparences générales de cet organe, et, quoique déformé, ne représente qu'un organe atrophié et rétracté sur lui-même, et non un rein ayant subi à sa surface une notable perte de substance. Il ne semble donc pas possible d'admettre que le pus de l'ab-

---

placés des Trois Royaumes Unis. Pour mon compte, je ne suis pas encore assez blasé sur les prodiges de la nature et n'ai pas encore assez de scepticisme dans le cœur et dans l'esprit pour douter tout à la fois du sérieux de la science, de la gravité médicale et du plus noble sentiment qu'il soit donné aux êtres de la création de manifester. Que les esprits forts se montrent incrédules! Pour moi, je crois à l'âme des bêtes autant au moins qu'à la mienne, et, à l'encontre d'un de nos confrères, je ne serais pas fâché de rompre une lance en faveur de l'une et de l'autre.

Mais revenons au brochet, dont tous les praticiens feront bien de citer l'exemple à leurs clients : « Le docteur Warwick, dit le recueil scientifique duquel j'extrais textuellement le récit, se promenant un soir dans le parc de Durham, résidence du comte de Stamford eh Warington, s'approcha d'un étang où les poissons destinés à la table étaient conservés. Il remarqua un brochet d'environ six livres qui, effrayé à son approche, se retourna avec une telle précipitation qu'il se heurta violemment la tête contre un crochet fixé à une pierre et se fractura le crâne. L'animal parut éprouver une douleur inexprimable; il s'élança au fond de l'eau, enfonçant sa tête dans la vase et tourna avec une vivacité qui parfois le faisait perdre de vue. Après avoir plongé à plusieurs reprises, il finit par sauter complétement hors de l'eau sur le terrain. Le docteur s'étant approché de lui vit que l'encéphale sortait un peu par la fracture du crâne, et, armé d'un petit cure-dent d'argent, il le remit délicatement à sa place et souleva la portion enfoncée du crâne. Le poisson demeura quelques instants immobile, puis fut rejeté dans l'eau. Il parut fort soulagé; mais bientôt il recommença à plonger, et finit par s'élancer de nouveau sur le terrain. Le docteur fit encore ce qu'il put pour le soulager et le remit dans l'eau. Il continua à sortir de l'étang plusieurs fois, jusqu'à ce qu'enfin, avec l'aide du jardinier, le docteur lui fit une espèce d'oreiller, après quoi il l'abandonna à son sort. Le matin suivant, quand le docteur s'approcha de l'étang, le poisson vint vers le bord et posa sa tête sur son pied. Le docteur, étonné de ce procédé, examina le crâne du brochet et vit qu'il était en bon chemin de guérison, et continua à se promener autour de l'étang; le brochet persista à nager en le suivant; mais, étant aveugle du côté blessé, il semblait toujours agité quand son bienfaiteur se trouvait de ce côté, et que par conséquent il ne pouvait pas le voir. Le docteur amena le lendemain quelques jeunes amis pour leur montrer le brochet, qui vint vers lui comme à son ordinaire, et bientôt il réussit à lui enseigner à manger dans sa main et à venir à l'appel de son sifflet. Ce poisson resta aussi timide que jamais avec les autres personnes. »

Hélas! pourquoi tous les hommes ne sont-ils pas des brochets! Quel plus sublime modèle proposer à notre race, qui le plus souvent envie le sort de l'aveugle pour se dispenser de voir son bienfaiteur, que celui dont je viens de conter l'histoire et qui s'indignait de n'avoir qu'un œil pour admirer son sauveur! Heureusement cet œil en valait dix; car, malgré le silence du narrateur anglais, il est facile de deviner que toute l'âme du brochet passait par cet œil unique; un regard si tendre et tant de reconnaissance ont dû faire naître au cœur du docteur Warwick de bien douces émotions, et, si un jour le brochet est servi à la sauce hollandaise sur la table de notre confrère, son estomac sera instantanément débarrassé des saburres et des gaz délétères qu'il pourra contenir, car l'âme du brochet ne remontera à la voûte éternelle qu'après cette dernière manifestation de sa gratitude. Je vous le dis, en vérité, un bienfait n'est jamais perdu avec les brochets!

Eh bien! grands philosophes et grands aliénistes, qui alliez vous prendre aux cheveux, quand fort heureusement on vous a arrêtés, pour savoir si l'âme est une pure fiction ou une réalité de ce monde, que dites-vous de l'âme du brochet? Allons, monsieur Brierre de Boismont, descendez un peu de vos nuages spiritualistes et dites-nous, sans craindre de sortir de la science, si l'âme des brutes ne vaut pas mieux quelquefois que l'âme de l'homme? Et vous, monsieur Rochoux, le continuateur de Condillac et de Cabanis, nous direz-vous encore, à l'exemple de votre maître, que le cerveau digère la pensée et le sentiment tout comme l'estomac digère les aliments? Allons, la lice est ouverte, descendez dans le champ clos de la science, car la question de l'existence de l'âme appartient essentiellement à la physiologie; ne craignez pas de vous heurter contre les questions de morale et de religion; à chacun son domaine; celui de la science est immense, et malheur au téméraire qui lui crierait : Tu n'iras pas plus loin! Nos maîtres à nous tous ont abordé de front le problème, et depuis Stalh, sans remonter plus haut, jusqu'à Broussais inclusivement, tous se sont demandé quelle était cette puissance occulte dont l'influence était si manifeste sur la santé et sur la maladie de l'homme, et chacun a fourni librement son explication sans croire porter atteinte à la morale et à la religion. C'est pourquoi je ne serais pas fâché, je vous le dis avec franchise, de savoir, ô philosophes! ce que vous pensez de notre âme et de celle des bêtes, le tout à l'occasion d'un brochet reconnaissant.

Félix Roubaud.

cès ait son siége entre la portion centrale du rein, seule respectée par la suppuration, et sa capsule fibreuse extrêmement dilatée ; il paraît beaucoup plus probable que l'abcès est périnéphrétique et a son siége dans le tissu cellulo-graisseux qui enveloppe le rein et qui, épaissi par l'inflammation, est devenu presque aponévrotique et a fourni à l'abcès une enveloppe assez bien limitée. Mais il devient alors difficile d'expliquer la formation de ce phlegmon, puisqu'il n'y a pas de trace de rupture du rein ou du bassinet par un calcul dont la présence dans le tissu cellulaire aurait pu donner naissance à la suppuration. Dans l'hypothèse de la néphrite chronique, on en est donc réduit à admettre un développement de l'inflammation extérieure par simple contiguïté ; et dans l'opinion d'une maladie de Bright, la production de l'abcès est encore plus difficile à comprendre, puisqu'on n'admet pas généralement que la néphrite albumineuse, alors même qu'on la croit de nature inflammatoire, puisse devenir le point de départ d'une inflammation circonvoisine, et à plus forte raison d'une suppuration aussi abondante.

Quoi qu'il en soit, les deux affections que l'on avait soupçonnées chez ce malade pendant la vie, savoir, la maladie de Bright et l'abcès du rein, existaient bien réellement toutes les deux chez lui ; mais on voit que l'autopsie, tout en confirmant ce diagnostic, ne permet pas de décider avec certitude si leur réunion chez le même malade était le résultat d'une simple coïncidence, ou bien s'il existait entre elles une véritable relation de cause à effet.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Chassaignac.

Variété particulière de lipomes due à des atrophies éparses du derme.

Il est une variété de lipome sur laquelle les auteurs n'ont rien écrit, et dont la première mention remonte à une communication faite il y a quelque temps à la Société de Chirurgie par M. Chassaignac, dans une des séances de cette Société, où il avança que le lipome pouvait reconnaître pour cause une atrophie circonscrite du derme.

Il nous a été donné de constater, sur un sujet placé encore à l'hôpital Saint-Antoine, l'exactitude de cette étiologie. Elle n'a rien qui choque l'évidence. En effet, le derme, relativement à la couche graisseuse qu'il recouvre, est une enveloppe élastique et rénitente qui maintient l'uniformité des surfaces et empêche le tissu adipeux de faire hernie sur tel ou tel point. Mais supposez que cette enveloppe s'affaiblisse, non pas dans son ensemble, comme chez le vieillard, mais çà et là, dans des espaces circonscrits, qu'arrive-t-il ? Le tissu adipeux, moins bien contenu au niveau de ces espaces, y fait hernie, soulève la couche, en quelque sorte pelliculaire, à laquelle l'atrophie du derme a réduit l'épaisseur de cette membrane et forme tumeur. Cette tumeur, dont le contenu est entièrement constitué par du tissu cellulaire adipeux, qu'est-ce donc, si ce n'est-un lipome ?

On aurait beau dire que ce n'est pas là un lipome, parce que ce genre de tumeur ne se forme pas ainsi habituellement. cette raison serait sans valeur ; car personne jusqu'ici n'a fondé le caractère lipome sur les circonstances étiologiques et sur un mode de formation que personne ne connaît.

Le fait que nous allons rapporter intéresse également l'histoire des maladies de la peau, qui se tait au sujet de ces *atrophies éparses du derme*, et l'histoire chirurgicale du lipome.

Le malade qui fait le sujet de la présente observation a été vu par plusieurs médecins des hôpitaux. Ils n'avaient jusqu'alors rencontré aucun exemple de ce genre, quoique l'un d'eux, l'honorable M. Legendre, ait eu l'occasion de s'occuper avec quelque soin des maladies de la peau.

Nous allons donner l'observation avec des détails, du reste, fort peu étendus ; car le fait est d'une constatation facile ; et, sauf quelques notions sur la forme et les caractères physiques de ces tumeurs, sauf l'indication du moyen employé pour mettre hors de doute le diagnostic porté par M. Chassaignac, le récit des faits se borne presque à un simple dénombrement de ces tumeurs.

Il s'agit donc surtout de livrer ce fait dans sa simplicité à l'appréciation des chirurgiens et des dermatologistes, plutôt que d'entrer dans des raisonnements étendus sur le mécanisme encore inconnu de ces atrophies partielles du derme.

Obs. — Louette (Edouard), âgé de dix-neuf ans, pâtissier, demeurant rue Saint-Honoré, 118, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 19 novembre 1840, au n° 6 de la salle Saint-François, pour un érysipèle à la jambe droite.

Pendant la durée de cette maladie, qui a été suivie de plusieurs abcès d'angioleucite sur le trajet du membre inférieur droit, nous avons eu tout le loisir d'étudier les nombreuses tumeurs que présente le malade sur diverses parties du corps.

La plus volumineuse de toutes, celle qui avait d'abord fixé notre attention, siége à la région lombaire ; elle présente à peu de chose près les dimensions d'un fond de chapeau avec une légère prédominance du diamètre transversal. Point de changement de couleur à la peau ; mollesse élastique et légèreté de la tumeur tout à fait semblable à ce qui s'observe dans le lipome.

Il y a cette seule différence, qu'il existe une assez vive sensibilité de la peau à la surface de cette tumeur ; aussi le malade se plaint-il dès qu'on la palpe, même assez doucement.

Lorsque ce malade fut présenté à la Société de Chirurgie, les appréciations sur la nature de cette tumeur furent très diverses. Là où M. Chassaignac voyait un lipome, quelques membres croyaient trouver les restes du travail qui s'opère dans les eas de guérison du spina-bifida, d'autres songèrent à une tumeur veineuse.

Aujourd'hui il ne reste plus de doute sur la nature lipomateuse de cette tumeur ; et parmi les raisons confirmatives du diagnostic primitivement porté, il ne faut pas oublier celle que voici :

Une des tumeurs les plus voisines de celle qui occupe la région lombaire, toute semblable par l'ensemble de ses caractères physiques, a été ouverte et a montré le tissu adipeux dans toute sa pureté.

Si, de l'examen de la tumeur principale, nous passons au dénombrement de celles qui existent sur les autres parties du corps, nous voyons successivement :

1° A la face antérieure du col, un petit lipome de la grosseur d'une lentille.

2° Le membre thoracique droit offre, disséminées sur toutes ses faces, cinq à six de ses tumeurs d'un très petit volume.

Au niveau de la tubérosité externe de l'humérus, on trouve une tumeur du volume d'un noyau de prune. Elle est dure, et ne paraît pas de la même nature que les précédentes.

3° Le membre thoracique gauche présente trois tumeurs, deux au-dessus de l'olécrane, et la troisième, moins saillante, à la face postérieure de l'avant-bras.

4° A la partie antérieure du tronc, tumeurs rares et peu remarquables. A la partie latérale gauche et un peu en bas, deux tumeurs un peu plus considérables. A la face postérieure, dix à douze petits lipomes disséminés.

A la région lombaire, la tumeur principale déjà décrite.

A la région fessière, plusieurs petites tumeurs, dont trois plus apparentes.

5° Membres abdominaux. A la partie postérieure de la cuisse gauche, tumeur du volume d'une noisette, de forme ellipsoïde ; c'est celle qui a été incisée. Au-dessous du genou du même côté, deux petits lipomes.

La jambe droite n'en offre pas d'assez remarquables pour être mentionnés ici.

Ce jeune homme est entré à l'hôpital non pour ses tumeurs, qui ne l'occupent que fort peu, mais pour un érysipèle mêlé de phlegmon à la jambe droite, érysipèle qui a été suivi d'abcès angioleuciques sur toute la longueur du membre. Ce jeune homme a plus d'embonpoint que cela n'a lieu ordinairement à son âge, mais les chairs sont d'une mollesse et d'une flaccidité remarquables ; il n'a point d'hémorrhagie par aucune cavité muqueuse, et les incisions qu'ont nécessitées ses nombreux abcès n'ont jamais été suivies de perte de sang abondante.

L'exploration de la partie inférieure du tibia par une des ouvertures d'abcès qui ont été faites permet de reconnaître que l'os est dénudé.

Depuis l'existence de l'érysipèle, la constitution s'est affaiblie ; il y a de l'amaigrissement, presque tous les soirs de la fièvre, une susceptibilité nerveuse excessive.

Les tumeurs lipomateuses ont généralement, chez ce malade, la forme arrondie ou lenticulaire ; cependant il en est plusieurs qui ont une forme allongée, en ellipsoïde, comme si l'affaiblissement de la peau par atrophie avait eu lieu en quelques endroits dans le sens longitudinal et non circulaire.

La pellicule qui recouvre plusieurs des tumeurs est d'une finesse qui rappelle la pelure d'ognon, et cependant elle est assez résistante ; nulle part elle n'a éclaté par la pression ou ne s'est ouverte spontanément.

Il y a ceci à noter, que la surface de la peau est maculée dans une foule de points par des taches pigmenteuses brunes ; il n'y a ni éphélides, ni taches pathologiques.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

sur les varices artérielles du cuir chevelu.

Par M. Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie nationale de Médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Telles sont les trois observations authentiques sur lesquelles nous tâcherons d'établir le diagnostic. Les données qu'elles nous fourniront, nous le reconnaissons à l'avance, sont insuffisantes pour nous mettre à l'abri de toute erreur. Nous voulons indiquer seulement les bases sur lesquelles ce diagnostic doit se fonder, en attendant que des faits plus nombreux élucident complétement ce sujet difficile.

Ainsi qu'on vient de le voir, l'aspect extérieur, la forme de la tumeur n'offrent rien qui puisse caractériser l'anévrisme antéro-veineux et le faire distinguer de la varice artérielle. Dans ces deux maladies, le cuir chevelu présente des tumeurs sous-cutanées, molles, fluctuantes, bosselées, plus ou moins diffuses.

Mais les signes fournis par la palpation et l'auscultation ont beaucoup plus de valeur. Dans l'anévrisme cirsoïde, *tous les points* du cuir chevelu envahis par la maladie sont agités de pulsations isochrones aux battements du cœur ; ces pulsations sont d'une intensité extrême, elles soulèvent avec force la main et l'oreille de l'observateur. Elles ont leur maximum d'intensité là où les varicosités artérielles sont plus nombreuses et plus développées ; mais, je le répète, elles siégent dans toute l'étendue du mal. Dans l'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, les pulsations, également isochrones au pouls, sont beaucoup plus circonscrites et moins énergiques. On ne les perçoit ordinairement que dans une région limitée, et à peu près au niveau et aux environs du point où a porté la cause vulnérante. Ainsi, dans l'observation de M. Gabe, les pulsations eurent toujours pour siége principal la tumeur située sur le lieu même de la cicatrice. Dans le fait de M. Laugier, on les percevait un peu plus bas, et de plus elles s'irradiaient en descendant le long du trajet, et jusqu'à l'origine de l'artère auriculaire. Mais ce symptôme va toujours en décroissant quand on s'écarte de la communication artérioso-veineuse, de telle sorte que, dans les tumeurs qui en sont éloignées, il ne retentit que faiblement.

Dans les deux maladies, l'auscultation constate un susurrus continu, saccadé, dont le redoublement coïncide avec la systole du cœur, et qu'on peut comparer au bruit d'un rouet. Dans la varice artérielle, le bruit se perçoit dans une étendue rigoureusement proportionnelle à celle de la dilatation des vaisseaux, avec des degrés d'intensité qui sont en rapport avec le maximum des pulsations et reconnaissent la même cause. Dans l'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, ce bruit est limité au point blessé ou à ses environs. Il peut néanmoins s'irradier sur le trajet de l'artère, quand celle-ci présente une dilatation très marquée, comme l'a observé M. Gabe, ou qu'elle offre des alternatives de dilatation et de rétrécissement, comme cela est évident sur la pièce de M. Laugier.

Enfin, et c'est là, je crois, un des points culminants de la question, l'artère blessée, dans l'anévrisme artérioso-veineux, étant reconnu, si on la comprime entre la tumeur et le cœur, on fait cesser les battements et le susurrus ; la tumeur se vide en partie ou en totalité. Si on la comprime entre la tumeur et les capillaires, celle-ci devient plus tendue et plus rénitente ; c'est du moins ce qui s'est passé dans le cas de M. Gabe, où l'examen a été très complet.

Rien de semblable n'a lieu dans la varice artérielle constituée par un lacis compliqué de vaisseaux et alimentée par des sources nombreuses. Pour y empêcher l'abord du sang, il faut appliquer la compression soit sur les téguments placés autour de la base du crâne, soit sur l'artère carotide primitive en particulier ; néanmoins, lorsque la varice artérielle est à son début, qu'elle n'est encore alimentée que par une seule artère, comme cela se voit dans le fait de M. Maisonneuve, la compression, limitée à sa naissance, pourrait faire cesser les battements et le souffle. Dans ce cas, le diagnostic offrirait des difficultés que l'on ne surmonterait qu'en étudiant la marche de la maladie.

Ainsi, en résumé, dans l'anévrisme artérioso veineux, les pulsations et les susurrus sont limités à la région blessée, ne s'étendent pas au delà. La compression exercée dans un lieu convenable, mais restreint, peut les faire cesser et affaisser la tumeur principale. Les autres tumeurs, quand elles existent, sont dues à des dilatations veineuses dans lesquelles ni battements, ni susurrus ne peuvent se développer, et qui, tout au plus, reçoivent l'écho lointain des phénomènes produits par la communication artérioso-veineuse.

Dans l'anévrisme cirsoïde, la maladie est partout homogène ; partout où elle existe, existent aussi les conditions génératrices des pulsations et des bruits. Aussi les perçoit-on dans toutes les bosselures du cuir chevelu. Toutes les parties de la tumeur sont solidaires : aussi la compression, limitée à un seul point, ne suffit-elle pas pour faire disparaître les tumeurs et leurs signes. Il faut, pour obtenir ce résultat, arrêter d'emblée le cours du sang dans l'artère carotide primitive.

La marche de la maladie peut elle-même fournir des éléments de diagnostic assez importants. Ainsi, dans la varice artérielle, cette marche est toujours envahissante, quoique plus ou moins rapide. Au bout d'un temps variable, on voit survenir constamment des ulcérations rebelles et de formidables hémorrhagies.

Dans l'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, la tumeur principale une fois formée reste à peu près stationnaire. L'accroissement ultérieur porte surtout sur les veines voisines, qui se dilatent, deviennent variqueuses, serpentines, et forment des tumeurs indolentes, molles, fluctuantes. Cette altération présente une tendance remarquable à se généraliser à tout le système veineux sous-cutané du crâne. Cette diathèse variqueuse, si je puis m'exprimer ainsi, est beaucoup plus marquée ici que dans les autres régions du corps où l'anévrisme artérioso-veineux a été observé ; mais elle n'entraîne avec elle aucune conséquence funeste, et n'amène ni ulcérations, ni hémorrhagies.

Traitement. — Nous venons de le voir, l'anévrisme cirsoïde est une maladie redoutable, qui doit, par sa marche naturelle, amener la mort. On comprend donc tous les efforts des chirurgiens pour en arrêter les progrès. L'indication curative essentielle est d'empêcher l'abord du sang dans le lacis vasculaire que forment les artères du cuir chevelu.

L'analogie que cette affection présente avec les tumeurs érectiles artérielles explique comment on a cherché à lui opposer les moyens usités dans la thérapeutique des *nævi materni*. Toutefois, nous pensons qu'à ce point de vue, on doit établir une médication fondamentale, suivant le degré de développement de la maladie. En effet, à son début, quand la tumeur est peu volumineuse, quand la dilatation occupe un nombre très limité de branches artérielles, nous croyons la cure possible par diverses opérations, telles que l'extirpation, la cautérisation par l'électro-puncture, l'emploi des aiguilles ou de la suture entortillée, tous moyens qui ont plusieurs fois réussi à guérir les tumeurs érectiles.

Mais, dans la majorité des cas, les malades viennent réclamer les secours de la chirurgie quand déjà la lésion est ancienne et s'est considérablement accrue. Il faut alors recourir à des moyens d'un autre ordre que ceux que nous venons d'énumérer.

La compression a été appliquée soit sur la tumeur elle-même, soit sur les branches artérielles qui s'y rendent, à l'aide de tampons de charpie, de bandages divers, de plaques solides soutenues par des ressorts d'acier, de plâtre moulé et solidifié sur la tumeur, etc.

Cette méthode promettait d'autant plus de succès, que, les artères du cuir chevelu étant superficielles et reposant sur des places osseuses, il semblait facile de les aplatir et d'en effacer la cavité ; mais ces prévisions ont été déçues. La compression n'a pu être supportée que pendant un temps généralement très court, ou bien la force d'expansion considérable de la varice artérielle a toujours surmonté la pression quand celle-ci était assez modérée pour être tolérable. La compression doit donc être rejetée comme méthode curative ; elle ne peut convenir que temporairement pour arrêter une hémorrhagie.

Reste une dernière méthode : la ligature des artères qui alimentent la tumeur. Elle peut être appliquée tantôt sur les

branches de la carotide externe qui se rendent au cuir chevelu, tantôt sur la carotide primitive.

La ligature de plusieurs branches a été tentée assez souvent, mais sans succès. Elle a échoué ici comme à la face, où elle a été souvent opposée aux tumeurs érectiles de cette région.

Quant à la ligature de l'artère carotide primitive, l'opinion généralement accréditée aujourd'hui est que c'est une opération à peu près inutile, opinion fondée sur ce que les anastomoses qui réunissent entre elles et avec celles du côté opposé les branches artérielles des téguments du crâne sont beaucoup trop nombreuses pour jamais permettre au cours du sang d'être arrêté dans la tumeur.

L'anévrisme cirsoïde est donc regardé comme étant au-dessus des ressources de l'art. Cela est rigoureusement vrai si l'on considère qu'aucun des moyens précités n'amène la guérison radicale, c'est-à-dire la disparition complète de la varice artérielle et l'oblitération des vaisseaux dilatés.

Mais à défaut de ce résultat qu'elle n'a point encore pu atteindre, la chirurgie doit-elle rester désarmée en présence d'une affection terrible? Ne pourrait-elle point, par un traitement palliatif sagement dirigé, ralentir ou arrêter les progrès du mal, mettre un terme aux hémorrhagies, faire cicatriser les ulcérations, et prolonger presque indéfiniment la vie des malades?

Je vais soumettre à l'Académie une série de faits qui aideront peut-être à résoudre cette importante question.

En 1825, je rencontrai à la consultation de l'Hôtel-Dieu le nommé Dumond, à qui Dupuytren avait lié l'artère carotide droite, sept ans auparavant, pour une tumeur érectile de l'oreille, compliquée de varices artérielles des régions temporale et occipitale du même côté. Cette tumeur reconnaissait pour cause un nævus; elle était parvenue à un volume considérable, et avait donné lieu à des ulcérations rebelles, à de graves hémorrhagies; enfin elle avait résisté à la compression et à la ligature des artères temporale, occipitale et carotide extrême droite. Depuis que l'artère carotide primitive avait été liée (1), la tumeur n'avait pas, il est vrai, diminué de volume; mais les hémorrhagies n'avaient pas reparu; les ulcérations s'étaient cicatrisées, et Dumond avait pu reprendre sa vie active. C'était là un résultat très heureux, et dont je fus vivement impressionné.

Je perdis de vue le malade, et j'ignorais depuis longtemps ce qu'il était devenu, lorsqu'en 1850, c'est-à-dire trente-deux ans après l'opération, je le rencontrai de nouveau. J'étais curieux de savoir ce qui s'était passé chez lui durant cette longue période.

Voici les renseignements qu'il m'a donnés :

En 1832, seize ans après la ligature, une hémorrhagie se manifesta pour la première fois, à la suite de fatigues physiques et d'émotions morales très vives. L'écoulement sanguin provenait de l'oreille; on eut quelque peine à l'arrêter. Dans le cours de la même année cet accident se renouvela deux ou trois fois; mais on parvint toujours à le maîtriser par la compression.

En 1848, les mêmes causes produisirent une nouvelle hémorrhagie assez abondante, ayant le même siége, et dont on triompha par les mêmes moyens. Depuis cette époque il n'est rien survenu de nouveau. Voici aujourd'hui dans quel état se trouve la maladie : L'oreille droite est volumineuse, déformée, rouge, chaude, tendue; elle offre, en un mot, les caractères des productions érectiles. A son pourtour, et surtout à la tempe, se voient plusieurs tumeurs de la grosseur d'une noisette, fournies par la dilatation variqueuse des artères auriculaire, occipitale et temporale. L'une d'elles, plus volumineuses, placée au-devant du tragus, est depuis ces dernières années le siége d'un accroissement progressif entièrement lent. Toutes ces parties présentent un mouvement d'expansion sensible à la vue et au toucher, mais peu considérable.

Il m'importe beaucoup de savoir par quelles voies le sang artériel vient alimenter ces tumeurs. J'ai donc exploré l'artère carotide primitive et l'externe derrière l'angle de la mâchoire; elles ne présentent que de très faibles battements. Mais l'examen des téguments du crâne m'a fourni des résultats sur lesquels j'appelle toute l'attention : le rameau frontal de l'artère temporale gauche, considérablement dilaté, a acquis le volume de l'artère radiale; il est très flexueux et traverse le sommet de la tête pour aller se rendre dans les tumeurs du côté droit. Le toucher et la vue y constatent de très forts battements.

En arrière, l'artère occipitale gauche a subi une ampliation plus considérable encore, et se comporte de la même manière. C'est par les artères tégumentaires de la carotide gauche que le sang est rapporté dans la tumeur. Je reviendrai bientôt sur ce fait important.

(1) *Voir* pour les détails de ces faits le *Répertoire général d'anatomie et de physiologie* de 1828, t. VI.

L'observation que je viens de rapporter montre que la ligature de l'artère carotide, si elle n'a pas guéri le malade, a été pour lui, du moins, un immense hienfait. A part quelques hémorrhagies survenues à de longs intervalles, il a pu traverser sans accident une période de trente-deux ans, alors qu'il était voué avant l'opération à une mort inévitahle et prochaine. Aujourd'hui il se livre à des occupations parfois pénihles, et néanmoins sa santé est telle, qu'il ne présente pas moins de chance de longévité que tout autre individu de son âge.

Conduit par cet exemple remarquable, j'ai pratiqué la même opératiou dans un cas analogue, et j'ai eu lieu de m'en applaudir.

Voici les détails de ce fait.

Varice artérielle du cuir chevelu portant sur les artères temporales et occipitales, particulièrement du côté droit; ligature de l'artère carotide primitive droite. Amélioration considérable.

Amélie Laisné, tisseuse, âgée de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, reçut à l'âge de huit ans un coup de pierre sur le sommet de la tête. Il en résulta une plaie qui saigna abondamment, et se cicatrisa au bout de quinze jours. Trois ans après, elle découvrit en cet endroit une petite tumeur pulsative, molle, qui fit des progrès continuels, et devint le siége d'un bruit de souffle très incommode perçu dans l'oreille droite.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle entama la tumeur à deux reprises différentes en se piquant; chaque fois cette légère blessure fut suivie d'une perte de sang abondante. Dans les trois mois qui suivirent, de nouvelles hémorrhagies apparurent spontanément pendant la nuit et dans le décubitus dorsal. La station verticale, des applications froides suffisaient pour les arrêter. La malade fut admise à l'hôpital Beaujon le 26 novembre 1844.

Elle porte au sommet de la tête une tumeur aplatie, molle, fluctuante, ayant 10 centimètres environ de diamètre, couverte par les cheveux, excepté dans son milieu, qui est acuminé et présente une petite cicatrice. Cette tumeur offre du reste à la vue, au toucher et à l'auscultation, tous les signes de l'anévrisme cirsoïde, tels que je les ai décrits plus haut. La compression de la carotide primitive droite diminue considérablement les pulsations et le bruissement. La compression simultanée des deux carotides les fait complétement disparaître. De la circonférence de la tumeur partent des vaisseaux flexueux et dilatés, branches des artères temporale et occipitale droites, où ils sont très volumineux; on y retrouve, comme dans les tumeurs, les battements et le bruissement continu saccadé.

L'état général est bon, sauf un peu d'anémie causée par les hémorrhagies.

J'établis, à l'aide de compresses graduées et de bandages, une compression générale sur le cuir chevelu et principalement sur la tumeur et les troncs des artères temporales et occipitales. Je la continuai pendant trois mois; ce qui n'empêcha pas l'apparition de trois hémorrhagies abondantes précédées de congestion céphalique et venant à l'époque des règles. Je me décidai alors à lier la carotide primitive droite, le 21 avril 1845. Dès que la ligature fut serrée, les battements et le souffle cessèrent dans la tumeur et le côté droit de la tête; à peine resta-t-il quelques battements dans la tumeur. Aucun accident sérieux ne se manifesta ultérieurement; la ligature tomba le dix-neuvième jour, et la plaie fut complétement guérie au trente-neuvième. L'appareil compressif du cuir chevelu fut enlevé, et l'on trouva cicatrisée la plaie qui avait fourni les hémorrhagies.

Deux mois après l'opération, la malade était dans l'état suivant : la tumeur du sommet de la tête et les varices artérielles de la tempe droite ont conservé à peu près le même volume, mais sont moins tendues. On n'y perçoit ni frémissement, ni souffle, mais seulement de légers battements qui s'affaiblissent beaucoup par la compression de l'artère temporale gauche. Ce vaisseau, ainsi que l'occipitale du même côté, sont dilatés, et présentent des battements très marqués. On y entend le bruissement saccadé jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique.

La malade retourne dans son pays. Depuis lors, elle m'a donné plusieurs fois de ses nouvelles. Deux ans après l'opération, la santé générale est très bonne; aucun accident nouveau ne s'est manifesté du côté de la tumeur.

Cette observation offre beaucoup d'analogie avec la précédente. Comme dans celle-ci, les branches artérielles du cuir chevelu du côté sain ont été la voie suivie par l'organisme pour entretenir la circulation dans la tumeur. Du reste, comme moyen palliatif, l'opération a eu tout le succès désirable.

Un résultat aussi avantageux s'est fait remarquer dans une observation communiquée récemment à la Société de Chirurgie par M. Hippolyte Larrey, et dont je vais donner l'analyse suivante :

En 1828, Larrey père fut consulté par un sergent de la ligne, jeune encore et bien portant, pour une tumeur fongueuse sanguine de la tempe droite, probablement congénitale, mais qui s'était considérablement accrue dans les dernières années. Il fut d'avis, ainsi que Dupuytren, qu'il ne fallait pas opérer, et le malade retourna dans son pays. La tumeur devenant de jour en jour plus saillante et plus étendue, M. Williaume, alors chirurgien de l'hôpital de Metz, se décida à lier l'artère carotide primitive. La tumeur s'affaissa aussitôt un peu et se décolora. Depuis lors, elle est restée stationnaire et n'a donné lieu à aucun accident (1).

Il me reste un dernier fait à rapporter; celui-ci, il est vrai, n'a pas trait à l'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, la maladie siége à la face; néanmoins il me paraît devoir en être rapproché par les heureux résultats de l'opération. J'en dois les détails à M. le docteur Pinel Granchamp.

Une religieuse, âgée de cinquante ans, portait depuis vingt années, au côté droit de la face, une tumeur formée par un développement énorme des artères des lèvres, de la joue et de la paupière inférieure. Cette tumeur offrait des hattements isochrones à ceux du pouls. La peau très amincie qui la recouvrait, surtout aux lèvres, se gerçait fréquemment et donnait lieu à des hémorrhagies effrayantes. En 1838, M. Pinel Granchamp lia successivement les deux faciales, la transversale de la face, la sous-orhitaire et la temporale du côté droit; ces opérations ne modifièrent presque pas la maladie. En 1839, il lia la carotide primitive droite; M. Hippolyte Larrey et moi l'assistâmes dans cette opération. Aussitôt la ligature serrée, la tumeur s'affaissa et pâlit. Il ne survint aucun accident, et pendant près d'une année on put regarder la malade comme guérie. Au bout de ce temps, la turgescence reparut peu à peu; néanmoins les hémorrhagies, auparavant si terribles, ne se montrèrent plus que très légères et à des intervalles fort éloignés. Aujourd'hui la malade jouit d'une honne santé; il lui suffit de se faire saigner de temps en temps.

En présence de faits aussi nombreux et aussi prohants, je me crois en droit de poser les conclusions suivantes :

1° On n'a pu jusqu'à ce jour obtenir, par aucun moyen, la cure radicale de l'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu.

2° La ligature de l'artère carotide primitive du côté malade est la seule opération que l'on puisse opposer à ses progrès.

3° Cette opération met un terme aux hémorrhagies formidables qui menacent à chaque instant la vie des malades, ou tout au moins les rend très rares et heaucoup moins graves; elle permet aux ulcérations de se cicatriser.

4° Les anastomoses qui existent entre les artères temporale et occipitale de chaque côté sont les sources principales du rétablissement de la circulation dans la tumeur.

(*La fin au prochain numéro.*)

Concours. — Les sujets des thèses tirés au sort ont été repartis comme il suit :

1. M. Gosselin : Pansements rares. — 2. M. Bouisson : Vices de conformation de l'anus et du rectum. — 3. M. Chassaignac : Tumeurs enkystées de l'abdomen. — 4. M. Jarjavay : Fracture des articulations. — 5. M. Nélaton : De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales. — 6. M. Robert : Vices congénitaux de conformation des articulations. — 7. M. Voillemier : Kystes du cou. — 8. M. Michon : Tumeur synoviale de la partie inférieure de l'avant-bras, du poignet et de la main. — 9. M. Giraldès : Maladies du sinus maxillaire. — 10. M. Morel : Luxations compliquées. — 11. M. Richet : Luxations traumatiques du rachis. — 12. M. Sanson : Hérédité dans les maladies chirurgicales.

(1) *Gazette des Hôpitaux,* 1849, p. 542.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 33. — JEUDI 20 MARS 1851 (24e ANNÉE.) N° 33. — JEUDI 20 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 19 MARS 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie, continuant à marcher dans la voie laborieuse qu'elle semble désormais avoir adoptée, a entendu hier la lecture de trois rapports scientifiques et de plusieurs rapports sur des remèdes secrets par M. Bouchardat, le tout précédé de la lecture d'une lettre de M. Ernest Cloquet, médecin français au service du shah de Perse, adressée à son oncle, M. le professeur Cloquet. Dans cette lettre, M. E. Cloquet transmet au spirituel professeur les impressions de voyage qu'il a subies dans un pèlerinage aux rives du lac Salé. Cette communication aurait eu plus de chances d'intéresser la section de géologie, à l'Institut, que l'Académie de Médecine.

A la suite de cette communication, M. Bouchardat a lu cinq rapports défavorables sur des remèdes secrets. A M. Bouchardat a succédé M. Renauldin, qui a lu un rapport auquel l'Académie n'a prêté aucune attention, malgré les invitations réitérées de M. le président. Ce rapport était pourtant très court, et l'Académie aurait bien pu sans trop se fatiguer donner une marque de bienveillance à l'un de ses membres que son grand âge devrait recommander au respect de tous.

M. Bérard a été plus heureux. Son rapport, écrit avec ce charme tout particulier qui est un des principaux attributs de l'agréable et savant professeur, a su commander l'attention, et a eu véritablement les honneurs de la séance. Ecouté avec une religieuse attention, malgré son étendue, il a été suivi d'un murmure approbateur des plus marqués. Nos lecteurs pourront s'assurer eux-mêmes, en lisant notre compte-rendu, combien la faveur qui a accueilli M. Bérard était méritée.

Après la longue attention excitée par le rapport de M. Bérard, M. Gimelle a su encore se faire écouter avec intérêt. Son rapport, il est vrai, avait pour objet une des questions les plus intéressantes de thérapeutique chirurgicale. La discussion à laquelle il a donné lieu offre assez d'importance pour que nous devions, faute d'espace, en renvoyer le compte-rendu et l'appréciation à notre prochain numéro. — H. de Castlenau.

EXPÉRIENCES SUR LE SANG TIRÉ DE LA VEINE.

Raisons de la fibrination et de la défibrination du sang dans l'état pathologique.

Par M. ABEILLE, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio.

(Travail présenté à l'Académie des Sciences.)

En présence de certaines altérations de sang bien connues et se montrant dans des rapports constants de simultanéité avec des états morbides bien définis, il reste une tâche à remplir, celle de rechercher les causes immédiates qui peuvent les entraîner.

L'excès de fibrine du sang, dans les phlegmasies, est devenu un fait qui a aujourd'hui force de loi. C'est à M. Andral que revient tout l'honneur de cette si importante constatation ; comme c'est à lui aussi que nous devons de connaître la constatation contraire dans l'état typhoïde, c'est-à-dire la diminution de la fibrine du sang, quand cet état morbide existe exempt de complications qui puissent travestir sa physionomie. Plusieurs hématologistes ont pu, par des analyses nombreuses, vérifier les données du célèbre professeur de la Charité ; nous sommes heureux de pouvoir compter dans ce nombre : les résultats sont tellement unanimes maintenant, qu'il est peu de faits en physiologie pathologique qui aient acquis une telle autorité.

Inutile de chercher à faire comprendre combien il serait avantageux de faire connaître par quelles raisons chimico-organiques ont lieu ces variations de la partie la plus plastique du sang en face de deux genres d'états morbides qui se partagent si largement les affections qui frappent l'espèce humaine ; une relation de cause à effet, entre ces états morbides et les modifications subies par les parties plastiques du sang, serait la conséquence la plus naturelle à laquelle on arriverait, et on prévoit dès lors la part immense qui en reviendrait à la thérapeutique.

Personne n'a oublié qu'un de nos estimables confrères, M. Marchal (de Calvi), a tenté d'entrer dans cette voie au moyen de quelques expériences dont le résultat a été présenté en deux fois à l'Académie des Sciences. Il ne nous appartient pas de juger de la valeur des expériences de ce confrère ; nous laissons même de côté toute appréciation à leur égard, puisque nous sommes arrivé, pour notre compte, à des données un peu différentes de celles qu'il a exprimées.

Nous soumettons notre faible travail au jugement de l'Académie, tout en ayant l'honneur de la prévenir que ce n'est là qu'une première partie emportant avec elle des conséquences que la seconde partie peut seule justifier, et alors nous aurons complétement atteint notre but.

M. Marchal (de Calvi) a établi, par ses deux notes adressées à l'Académie en 1849 et 1850 : 1° que l'élévation de la température élève la proportion de la fibrine du sang ; 2° que l'agitation du sang diminue cette proportion. En supposant ces deux faits parfaitement prouvés, il n'y a pour nous, dans leur énonciation, aucune raison qui justifie la fibrination du sang dans la phlegmasie et sa défibrination dans l'état typhoïde.

Cette première partie de notre travail se partage en six séries d'expériences que nous exposons successivement avec tous les chiffres, pour mettre à même de juger si nos calculs n'ont pas été en défaut. Dans toutes ces expériences, nous avons opéré sur deux parties du même sang et suivi la voie généralement tracée, c'est-à-dire partageant en deux la saignée, 1er et 4e quarts pour l'une et 3e et 2e pour l'autre. Dans tous les cas, la fibrine a été obtenue au moyen du lavage, par les mêmes mains, et desséchée, pour chaque saignée, les deux parties mises en même temps sur le séchoir dans le vide et retirées en même temps. Dans chaque expérience, la fibrine a été soumise, à trois reprises différentes, à la dessiccation, pour voir si dans la dernière elle ne perdrait plus rien de son poids depuis la précédente. C'est ainsi que nous avons obtenu des résultats de la dernière exactitude.

PREMIÈRE SÉRIE.

Chaque saignée a été partagée en deux parties, dont l'une a été soumise au battage et l'autre à sa coagulation naturelle. Lavage de la fibrine deux heures après.

1° *Saignée sur un militaire âgé de 35 ans, atteint d'hémoptysie par altération du tissu pulmonaire consécutive à la tuberculisation.*

Sang non battu, 44,69; fibrine sèche, 0,153; proportion de la fibrine sur mille parties de sang, 3,423.

Sang battu, 71,71 ; fibrine sèche, 0,290; proportion de la fibrine sur mille parties de sang, 4,044.

2° *Saignée sur un jeune militaire de 28 ans, présentant des signes d'endocardite chronique avec altération des valvules mitrales.*

Sang non battu, 93,22; fibrine sèche, 0,22 ; proportion sur mille parties de sang, 2,360.

Sang battu, 115,76; fibrine sèche, 0,26; proportion sur mille parties de sang, 2,246.

3° *Saignée sur un militaire de 24 ans atteint d'hypertrophie concentrique du cœur.*

Sang non battu, 148,34; fibrine sèche, 0,431; proportion sur mille parties de sang, 2,230.

Sang battu, 127,06 ; fibrine sèche, 0,391; proportion sur mille parties de sang, 3,077.

4° *Saignée sur un jeune militaire atteint de fièvre typhoïde (2e période) avec prédominance de phénomènes cérébraux.*

Sang non battu, 123,62; fibrine sèche, 0,201; proportion sur mille parties de sang, 1,629.

Sang battu, 144,99; fibrine sèche, 0,241; proportion sur mille parties de sang, 1,662.

5° *Saignée sur un jeune soldat de 23 ans, lymphatique, atteint de pleurésie subaiguë sans réaction fébrile prononcée, avec bruit de frottement pleural sec, au lendemain de l'invasion.*

Sang non battu, 155,77; fibrine sèche, 0,60; proportion sur mille parties de sang, 3,851.

Sang battu, 108,60; fibrine sèche, 0,45 ; proportion sur mille parties de sang, 4,143.

Dans ces cinq expériences, nous avons eu quatre fois le même résultat, c'est-à-dire une augmentation plus ou moins prononcée de fibrine en faveur du sang battu au sortir de la veine.

Dans la deuxième expérience, c'est l'inverse qui a eu lieu ; nous ne pouvons nous en rendre compte, tout s'étant passé comme dans les autres. En tout cas, ce résultat inverse ne peut être regardé que comme exception. Trois fois nous avons remis à épreuve ensuite, et trois fois l'excès de fibrine a été à l'avantage du sang battu comme dans la première.

Le maximum d'augmentation de fibrine a eu lieu dans un cas d'hypertrophie concentrique du cœur (3e). Là l'excès de fibrine a été de 0,844. Le minimum a eu lieu dans un cas de fièvre typhoïde (4e). L'excès ici n'a été que de 0,033.

Mais ce qu'il nous importe surtout de remarquer, c'est la transformation de couleur que le sang subit par le battage. En effet, le sang de la couleur noir-veineux qu'il a passe au rouge artériel à mesure qu'il est battu ; c'est son mélange ou plutôt sa mise en contact avec l'air atmosphérique par toutes ses parties qui lui donne cette coloration nouvelle. Le sang coagulé ne prend cette teinte rouge-artériel qu'à la surface supérieure du caillot, toutes les autres couches subjacentes conservant la coloration veineuse. Nous tenons à signaler dès à présent cette circonstance, parce qu'elle entraîne avec elle des conclusions fondamentales.

Comme on le voit, voilà des résultats diamétralement opposés à ceux obtenus par M. Marchal (de Calvi), qui observe que la fibrine diminue dans le sang agité.

DEUXIÈME SÉRIE.

Ici les deux parties de chaque saignée ont été soumises au battage, mais à des températures différentes. L'une était reçue dans une capsule plongeant dans de l'eau chaude dont le thermomètre centigrade indiquait la température, et l'autre était reçue dans une capsule à la température ambiante déterminée aussi par le thermomètre.

1° *Saignée sur un jeune militaire au début d'une fièvre typhoïde à forme ataxique.*

Sang battu à 14°, 184,00; fibrine sèche, 0,330; proportion sur mille parties de sang, 1,793.

Sang battu à 62°, 158,20; fibrine sèche, 0,291; proportion sur mille parties de sang, 1,839.

2° *Saignée dans un état pléthorique.*

Sang battu à 12°, 145,15; fibrine sèche, 0,291; proportion sur mille parties de sang, 2,004.

Sang battu à 70°, 205,75; fibrine sèche, 0,423; proportion sur mille parties de sang, 2,055.

Dans ces deux expériences, le sang battu à la température de 62 et 70° présente une légère augmentation de fibrine. Les deux sangs ayant été soumis au battage, il est évident que c'est l'élévation de la température qui est cause de l'augmentation de la fibrine. Ici nous nous rencontrons avec M. Marchal, pour nous en éloigner dans les conséquences ultérieures.

TROISIÈME SÉRIE.

Dans cette série, partie de chaque saignée a été reçue dans une capsule plongeant dans de l'eau à haute température déterminée par le thermomètre et s'est coagulée naturellement ; tandis que l'autre partie était reçue dans une capsule environnée de glace et soumise au battage. Lavage immédiatement après la coagulation.

1° *Première saignée.*

Sang coagulé à 60°, 161,62; fibrine sèche, 0,470; proportion sur mille parties de sang, 2,908.

Sang battu à 2°, 154,90; fibrine sèche, 0,451; proportion sur mille parties de sang, 2,911.

2° *Deuxième saignée.*

Sang coagulé à 65°, 151,95; fibrine sèche, 0,32 ; proportion sur mille parties de sang, 2,112.

Sang battu à 2°, 150,78; fibrine sèche, 0,39; proportion sur mille parties de sang, 2,586.

3° *Troisième saignée.*

Sang coagulé à 57°, 263,950; fibrine sèche, 0,431; proportion sur mille parties de sang, 1,636.

Sang battu à 2°, 235,195; fibrine sèche, 0,422; proportion sur mille parties de sang, 1,793.

Dans ces trois expériences, il y a augmentation de la fibrine dans le sang battu à glace.

Le maximum de cette augmentation est de 0,474 (2e), le minimum est de 0,003 (3e). On voit par conséquent que les résultats sont tout à fait contraires à ceux obtenus dans la série précédente, où l'augmentation de fibrine était en faveur du sang battu à une température élevée. C'est qu'ici, si le sang coagulé à haute température a dû éprouver une augmentation sur la fibrine qu'il aurait présentée s'il avait été coagulé à température ordinaire, le sang battu à glace a éprouvé des modifications telles que sa fibrine a été portée à un point plus haut que celui acquis par le sang coagulé à haute température. En sorte qu'on pourrait établir cette proposition : Si le sang coagulé à 65° éprouve un excès de fibrine représenté par C, le sang battu à glace en éprouve un représenté par C + D, puisque pour arriver au point D il a fallu qu'il passe par le point C.

Voici ce qui se passe pour ces deux sangs :

Celui qui se coagule à la température de 65 ou 60° conserve sa couleur noir-veineux, même à sa surface supérieure, jusqu'à coagulation complète, c'est-à-dire environ une heure. Alors, probablement, quand le refroidissement est opéré, la surface supérieure du caillot devient rouge-vermeil, tandis que tout le restant conserve la couleur foncée. Le sang battu à glace, au contraire, prend promptement la couleur rouge-vermeil à mesure que par l'agitation le mélange avec l'air atmosphérique s'effectue. Et, pour prouver que ce n'est que

l'effet du battage qui, en mettant successivement tout le sang en contact avec l'air, est cause de l'augmentation de fibrine, nous avons fait les expériences suivantes, qui constituent la quatrième série.

QUATRIÈME SÉRIE.

1° *Saignée sur un militaire atteint d'encéphalite.*

Sang battu à 50°, 203,45; fibrine sèche, 0,961; proportion de la fibrine sur mille parties de sang, 4,723.

Sang coagulé à 2°, 204,75, fibrine sèche, 0,931; proportion de la fibrine sur mille parties de sang, 4,547.

2° *Saignée sur un militaire atteint de céphalalgie.*

Sang battu à 50°, 143,43; fibrine sèche, 0,391; proportion sur mille parties de sang, 2,795.

Sang coagulé à glace, 140,65; fibrine sèche, 0,351; proportion sur mille parties de sang, 2,495.

Dans ces deux expériences, où l'augmentation de la fibrine est en faveur du sang battu à 50°, nous avons vu ce sang, qui reste longtemps noir, même à la surface supérieure de son caillot, quand on le laisse se coaguler, devenir rouge-vermeil, quoique avec lenteur, sous l'influence du battage. La fibrine était longtemps aussi à s'amasser.

Le sang coagulé à glace, se prenant rapidement en caillot à mesure que le jet coulait dans la capsule, conservait la couleur du sang veineux, excepté à la superficie du caillot. Sa condensation était rapide, en sorte qu'il n'avait pas le temps d'être en contact avec l'air atmosphérique dans ses diverses parties.

Dans l'expérience suivante, des deux parties du même sang à la température de 50°, celle qui est battue et qui s'artérialise, qu'on nous passe l'expression, acquiert une augmentation dans sa fibrine, preuve évidente que c'est cette artérialisation résultant du contact prolongé et répété avec l'air extérieur qui est le mobile principal, sinon unique, de cette augmentation.

3° *Saignée dans un cas de fièvre typhoïde ataxique dans la période dite inflammatoire.*

Sang battu à 50°, 101,95; fibrine sèche, 0,339; proportion sur mille, 3,324.

Sang coagulé à 50°, 117,50; fibrine sèche, 0,330; proportion sur mille, 2,808.

(La suite à un prochain numéro.)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

sur les varices artérielles du cuir chevelu.

Par M. Alph. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie nationale de Médecine.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 15 et 18 mars.)

La dernière proposition que nous venons de formuler soulève ici une discussion nouvelle. Le rétablissement de la circulation par les anastomoses est, certes, un effort précieux de l'organisme. Mais, dans le cas qui nous occupe, ce bienfait peut devenir fâcheux; et le sang ramené dans la tumeur peut y reproduire les battements, le souffle, les ulcérations, les hémorrhagies, en un mot, tout le cortége des accidents auxquels une première opération avait soustrait le malade. Que faudrait-il faire si un cas semblable se présentait?

Quand on a lié une des carotides, la circulation se rétablit principalement dans le cuir chevelu par les artères tégumentaires du côté opposé; et lorsque, après cette opération, la varice anévrismale présente encore des battements, on les fait cesser instantanément par la compression de l'artère carotide du côté opposé. Il faut donc lier encore cette artère.

Mais quelle chance de succès présente cette nouvelle opération? Peut-il être sans danger immédiat pour la vie d'interrompre le cours du sang dans les deux troncs principaux de la tête? Sans nous préoccuper des raisons théoriques invoquées pour justifier *à priori* cette tentative hardie sans recourir aux résultats des expériences faites sur les animaux vivants, examinons les faits observés chez l'homme.

Ces faits peuvent être divisés en deux catégories :

1° Les deux carotides primitives ont été plusieurs fois liées simultanément ou à très court intervalle : la mort s'en est toujours suivie dans un délai assez bref.

Langenbeck lia les deux carotides, le même jour, pour arrêter une hémorrhagie très abondante produite par une tumeur vasculaire artérielle du corps thyroïde. La malade mourut vingt-quatre heures après.

V. Matt, dans le but d'arrêter les progrès d'une tumeur qui occupait la région parotidienne, lia presque simultanément les deux carotides. Le malade succomba le jour suivant (1).

2° Dans une seconde série de faits, la double ligature des carotides a été pratiquée, mais un laps de temps plus ou moins considérable s'est écoulé entre les deux opérations. Les résultats en ont été constamment heureux.

La première opération de ce genre paraît appartenir à Mussey. Il lia, en 1827, les deux carotides primitives, à douze jours d'intervalle, sur un jeune homme de vingt-cinq ans, qui portait sur le sommet de la tête une tumeur artérielle congénitale ulcérée, et donnant lieu à des hémorrhagies. Aucune des deux opérations n'amena de troubles dans les fonctions de l'encéphale. La tumeur érectile n'ayant pas disparu, Mussey crut devoir l'extirper (2).

Pruton, chirurgien de la Compagnie des Indes, fit deux fois la double ligature des carotides. Dans le premier cas, pour céphalie compliquée de paralysie partielle, il lia ces deux vaisseaux à cinq semaines d'intervalle. Dans le second, pour une épilepsie avec hémiplégie, les ligatures furent placées à huit semaines de distance. Il ne survint aucun phénomène fâcheux du côté du cerveau, et même l'état du malade fut amélioré (1). Il est bien entendu que nous ne signalons ces faits qu'au point de vue de l'innocuité de la double ligature.

En 1831, la même opération fut pratiquée par Moeller, de Copenhague, sur un enfant de cinq ans et demi, qui portait une tumeur érectile sur le cuir chevelu et la partie droite de la face. Lors de la première ligature, pratiquée sur la carotide droite, les fonctions de l'encéphale ne présentèrent aucune atteinte; mais quelques jours plus tard il survint dans le bras et la jambe gauches de la douleur et des phénomènes de paralysie qui persistèrent. La tumeur ayant repris son volume primitif, on lia la carotide gauche quatre mois après la droite. Il ne survint aucun trouble nerveux, et, malgré la complication d'une fièvre éruptive, le petit malade fut assez promptement rétabli.

Le rédacteur du *Journal de Chirurgie de Froriep*, après avoir rapporté ce fait, ajoute que le professeur Bunger, de Marbourg, a également pratiqué avec succès la ligature des deux artères carotides.

En 1845, Ellie, de Michigan, a fait cette double opération à quatre jours d'intervalle, dans un cas de plaie d'arme à feu qui occupait la partie supérieure du cou, la langue et la mâchoire supérieure, et donnait lieu à de graves hémorrhagies.

La guérison fut prompte et obtenue sans accident (2).

Dans la même année, Mason Warren lia les deux carotides sur un garçon de vingt-cinq ans affecté d'une tumeur érectile congénitale occupant la lèvre inférieure, la langue et une partie de la face, ulcérée en plusieurs points et donnant lieu à des hémorrhagies. Les deux opérations furent pratiquées à vingt-cinq jours d'intervalle. Après la seconde, il se manifesta un peu d'assoupissement et de syncope; néanmoins, le malade se rétablit assez promptement.

Voici donc déjà sept observations qui démontrent la possibilité de lier les deux artères carotides primitives sans porter une atteinte fâcheuse aux fonctions du cerveau.

Encouragé par les faits qui précèdent, j'ai moi-même lié ces deux artères à six mois d'intervalle chez une jeune fille affectée d'un anévrisme cirsoïde occupant tout le front. Je vais rapporter cette observation, dont les détails me paraissent offrir un grand intérêt; et c'est par là que je terminerai ce travail.

Anévrisme cirsoïde du front et du sommet de la tête, compliqué d'ulcérations et d'hémorrhagies, traité avec succès par la ligature des deux artères carotides primitives.

Francine Piquet, couturière, âgée de dix-huit ans, d'une bonne constitution, portait sur le front, en venant au monde, une petite tache rouge de la largeur d'une tête d'épingle. A l'âge d'un an, elle eut une première hémorrhagie causée par une chute sur la tête. De trois à douze ans, elle en eut plusieurs autres qui tantôt survinrent spontanément, pendant les émotions du jeu, et tantôt furent provoquées par les dents d'un démêloir avec lequel on la peignait. Quoique fréquentes, ces hémorrhagies étaient peu abondantes et s'arrêtaient d'elles-mêmes.

Pendant ce laps de temps, la tache primitive augmenta de volume, et les téguments du front se tuméfièrent autour d'elle. Cet accroissement fut remarquable surtout après chaque hémorrhagie. La malade éprouva fréquemment aussi dans la tête des douleurs et des battements que le moindre mouvement rendait intolérables.

La menstruation s'établit à l'âge de seize ans; mais elle fut irrégulière, et n'eut lieu que tous les trois ou quatre mois. Dès lors la tumeur fit de rapides progrès; les hémorrhagies devinrent plus fréquentes et plus fortes; au lieu de s'arrêter d'elles-mêmes, elles ne cédèrent plus qu'à une compression énergique. Souvent leur apparition coïncide avec le retour des époques menstruelles. Enfin, la partie supérieure de la tumeur s'ulcéra et devint le siége de toutes les hémorrhagies qui survinrent ultérieurement.

Au mois de décembre 1845, à la suite d'un accident d'un genre plus violent que tous les autres, on essaya de comprimer les artères temporales à l'aide de deux pelotes réunies par un cercle d'acier; mais cet appareil ne put être supporté que pendant six semaines. La malade entra alors à l'hôpital Saint-Antoine, où la compression directe fut exercée sur la tumeur au moyen d'agaric, pendant cinq mois, sans plus de succès.

La malade rentra dans sa famille; mais elle ne tarda pas à éprouver de nouvelles hémorrhagies, dont une très abondante et accompagnée de syncope la força d'entrer à l'hôpital Beaujon le 26 mai 1846.

La tumeur occupait alors la presque totalité du front; elle s'étendait en bas jusqu'à la bosse nasale, entre les deux sourcils; en haut, jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale; à droite, elle dépassait la ligne médiane de deux travers de doigt; à gauche, elle se prolongeait jusque vers la fosse temporale. Cette tumeur était peu proéminente, mal circonscrite, légèrement bosselée; les téguments du front, amincis, offraient à sa surface une teinte bleuâtre au niveau des points les plus saillants. Elle était indolente, molle, élastique. Lorsqu'on la pressait légèrement avec le doigt, on y sentait des mouvements d'expansion et de resserrement, isochrones aux battements du cœur, et un frémissement vibratoire continu, saccadé, également isochrone aux pulsations des artères. En appliquant l'oreille à la surface, on y entendait un bruit de souffle râpeux, continu, saccadé, très fort, qui se propageait le long des artères temporales et des carotides, et s'étendait même faiblement jusqu'au niveau du cœur.

En soulevant l'agaric appliqué sur la petite ulcération du front dont il a été parlé, on provoquait aussitôt la sortie d'un jet de sang vermeil, sans saccade bien marquée et lancé à une faible distance.

Toutes les artères du cuir chevelu, et notamment les temporales, étaient dilatées et tortueuses. La temporale gauche, surtout, paraissait égaler au moins le volume d'une plume à écrire. La compression exercée alternativement sur chacune des artères carotides, et sur la gauche principalement, diminuait le volume, les battements et le bruit vibratoire de la tumeur. Si l'on comprimait simultanément les deux carotides, les pulsations et le bruit cessaient entièrement.

La santé générale était bonne, à part une pâleur très remarquable due aux nombreuses hémorrhagies que la malade avait successivement éprouvées.

Le 15 juin 1846, je liai l'artère carotide gauche. L'opération présente quelques difficultés, tenant au nombre et au volume des veines superficielles du cou et à la profondeur du vaisseau, rendue plus grande encore par la saillie du lobe gauche du corps thyroïde. J'y procédai d'après les règles ordinaires; je dirai seulement que, pour éviter de blesser la veine jugulaire interne, j'usai d'une précaution qui m'a toujours paru avantageuse en pareil cas. Cette précaution consiste à pincer et à soulever la gaine à son côté tout à fait interne, là où elle touche au larynx et à la trachée. L'on sait en effet que la veine jugulaire interne est appliquée sur la partie antérieure et externe de l'artère, et qu'elle adhère assez intimement à la gaîne fibreuse commune; de telle sorte que, si l'on cherche à ouvrir celle-ci à son côté antérieur, on peut, comme cela est arrivé, entraîner et diviser en même temps les parois de la veine. L'artère fut isolée avec soin; mais au moment où j'engageai sous elle l'aiguille de Cooper ornée d'un fil, la malade s'écria : « J'étouffe! vous me pesez sur la poitrine. » Et en même temps sa respiration devint suspirieuse, son corps se couvrit d'une sueur abondante, sa voix prit un timbre particulier aigu et rauque tout à la fois. Ma première pensée, je l'avoue, fut d'avoir heurté le nerf pneumo-gastrique, ou de l'avoir compris dans l'anse du fil. Je soulevai donc un peu les deux chefs de cette anse que je tenais d'une main, tandis que de l'autre, avec l'indicateur, je comprimais doucement, à plusieurs reprises, les parties qu'elle embrassait; mais je ne provoquai ni douleur, ni malaise nouveau du côté de la poitrine. Je crus donc pouvoir serrer la ligature, et terminer l'opération.

La malade n'offrit rien de particulier pendant les sept ou huit premiers jours, si ce n'est l'altération de la voix dont je viens de parler; mais on était alors au fort de l'été; les chaleurs excessives portaient la malade à se découvrir fréquemment.

Le 23 juin, huitième jour de l'opération, elle fut prise d'une pleuro-pneumonie qui nécessita trois saignées en deux jours. Toutefois, malgré ce grave accident, la plaie se réunit par première intention dans presque toute son étendue. La ligature tomba le dix-neuvième jour; il resta seulement à sa place un trajet étroit et profond fournissant un peu de pus, et dont la cicatrisation, très lente à s'opérer, ne fut complète qu'au bout de huit semaines.

J'ai maintenant à faire connaître les changements survenus dans la tumeur depuis l'opération. Pendant trois semaines environ, les battements furent interrompus dans l'artère temporale gauche; la tumeur elle-même parut moins volumineuse, moins tendue, et l'on ne put y reconnaître ni mouvement d'expansion et de resserrement, ni bruit de souffle. Mais cet état ne fut pas de longue durée. Au bout d'un mois l'artère temporale droite parut se dilater, quelques battements se manifestèrent dans la tumeur et dans l'artère temporale gauche; enfin le 25 juillet, quarantième jour de l'opération, malgré un bandage compressif demeuré en permanence sur la tumeur, il y eut une hémorragie assez abondante par l'ulcération non encore cicatrisée.

Peu encouragé par ce résultat, je me bornai d'abord à prévenir le retour des hémorrhagies par l'application plus exacte du bandage compressif, et à rétablir les forces par un bon régime et par l'emploi des ferrugineux. Sous l'influence de ce traitement continu, avec persistance pendant plus de six mois, l'embonpoint et les forces reparurent; la menstruation se rétablit; mais la voix conserva le timbre particulier qu'elle avait depuis l'opération.

Voici dans quel état se trouvait la tumeur au mois de janvier 1847.

Les hémorrhagies n'avaient pas reparu depuis six mois; l'ulcération était cicatrisée. Les mouvements d'expansion et le bruit vibratoire, qui d'abord avait reparu presque aussi intense qu'auparavant, s'étaient affaiblis de nouveau d'une manière notable. L'artère temporale droite offrait un volume à peu près égal à celui qu'elle avait avant l'opération; mais on ne sentait plus dans la gauche que de faibles battements. En un mot, l'influence de la ligature, restée d'abord douteuse, devint évidente, et nul doute qu'en modérant l'abord direct du sang dans la tumeur, l'opération n'eût fait éprouver à celle-ci un retrait manifeste.

Toutefois, l'état de la malade laissait beaucoup à désirer. Elle était fortement incommodée par les battements de l'artère temporale droite, et souvent éprouvait dans le côté correspondant de la tête de violentes douleurs que l'on ne pouvait calmer momentanément que par la compression de la temporale ou de la carotide du même côté. Cette circonstance, jointe à ce que la cicatrice de la tumeur, mince et faible, ne me laissait pas une entière sécurité contre le retour des hémorrhagies, m'engagea à tenter la ligature de l'artère carotide droite.

Je pratiquai cette seconde opération le 22 février 1847, c'est-à-dire huit mois environ après la première. Au moment où je serrai l'anse de fil autour de l'artère, la malade devint très pâle, et accusa une céphalalgie violente, un peu de faiblesse dans la vue, de la douleur dans l'œil droit, des envies de vomir et un peu de fourmillement dans les extrémités inférieures. Ces symptômes persistèrent pendant toute la journée; il s'y joignit de la difficulté dans la déglutition.

---

(1) *London Med. Gaz.*, octobre 1845.
(2) *Americ. journ. of Med. Sciences*, fév. 1830.

(1) *Trans. of the Med. and Phys. Soc. of Calcutta*, vol. VI, 1835.
(2) *Medical Times*, 1845.

Le soir, je trouvai le visage encore pâle, le pouls petit, à 100 pulsations, pas de chaleur à la peau, de la céphalalgie et des envies de vomir. Je prescrivis de l'eau très froide pour boisson, et 30 grammes de sirop de morphine à prendre par cuillerée à café de deux en deux heures. La nuit fut calme.

Le lendemain, 23 février, les vomissements ont cessé; mais la dysphagie continue, ainsi que la faiblesse de la vue et les fourmillements des pieds; le visage est coloré, la peau est un peu chaude; le pouls est à 120 pulsations, peu développé. La malade se plaint de douleurs avec battements dans les membres; elle désire prendre un peu de bouillon coupé. On continue les boissons à la glace.

Le soir, la peau est fraîche. La malade accuse une douleur vive entre les épaules. — 30 grammes de sirop de morphine pour la nuit.

Le troisième jour, même état que la veille.

Le quatrième, amélioration notable; il n'y a plus de fourmillements dans les pieds; la vue n'est presque plus altérée; céphalalgie moindre; pouls à 100 pulsations.

Le cinquième, l'amélioration continue. La malade se plaint d'éprouver une sensation de froid dans la tumeur du front qui est affaissée et n'offre plus aucun vestige de battements. Le pouls diminue de fréquence; la plaie paraît réunie à ses deux extrémités; le milieu seul qui répond à la ligature suppure légèrement. — Potages.

Les jours suivants, l'état de la malade n'offre rien à noter. La ligature s'est détachée le dix-huitième jour; la plaie est réduite à un trajet étroit et assez profond qui suppure pendant près de cinquante jours, et ne s'oblitère définitivement qu'à l'époque où la malade a recouvré son embonpoint et ses forces.

Voici dans quel état se trouvait la tumeur au 1er mai 1847, jour où la malade a quitté l'hôpital.

L'ulcération du front, guérie depuis longtemps, est remplacée par une cicatrice légèrement déprimée, blanche et ferme. La tumeur est affaissée dans toute son étendue. Cependant en la pressant doucement, on y sent une mollesse et une résistance élastique indiquant qu'il existe là des vaisseaux perméables au sang. En pressant un peu plus fortement, on la déprime et l'on sent à la surface de l'os frontal une foule de saillies et de gouttières assez profondes résultant de la pression exercée sur cet os par les vaisseaux dilatés. Du reste, on ne constate plus ni battements, ni expansion, ni bruit dans la tumeur. Le tronc et la branche antérieure de l'artère temporale gauche, ainsi que la branche nasale de l'ophthalmique du même côté, sont le siége de légers battements. Il n'en existe pas dans les vaisseaux correspondants du côté droit.

Depuis cette époque, je n'ai point perdu de vue la malade. Les premiers résultats de l'opération ont été de faire cesser la céphalalgie, qui ne se montre plus qu'à l'époque des règles. La santé générale est devenue très bonne, et Francine s'est mariée au mois de mars 1850; elle est devenue enceinte quelque temps après. Au troisième mois de sa grossesse elle ressentit des maux de tête assez violents, et pendant qu'elle était au lit survint une hémorrhagie assez considérable qui se fit par une petite écorchure située au point où se trouvait autrefois l'altération principale. Le premier jet de sang jaillit fort loin; le reste de l'écoulement se fit en nappe. L'application d'une compresse imbibée d'eau froide suffit pour l'arrêter.

Voici dans quel état se trouve la tumeur aujourd'hui 1er mars 1850: elle a diminué de volume et paraît moins pleine, plus flasque. L'œil et la main n'y perçoivent pas de battements; on y entend par l'auscultation un souffle très léger. Le bruissement incommode que la malade accusait constamment autrefois a presque complétement disparu, il n'est sensible que dans le décubitus horizontal. Les artères temporales et occipitales présentent des battements faibles et obscurs.

L'examen de la circulation collatérale m'a offert des résultats curieux qui viennent confirmer ce qu'a déjà signalé Porta relativement au rétablissement de la circulation après la ligature des deux carotides. On sent battre à la partie antérieure du cou les deux artères thyroïdiennes inférieures; la branche anastomotique qu'elles suivaient au-dessous du bord inférieur du corps thyroïde est surtout remarquable par son volume. De plus, en explorant les régions latérales du cou, on constate l'existence d'un grand nombre de branches dilatées qui proviennent des branches cervicales ascendantes et profondes.

Ainsi, dans la ligature double des carotides, tandis que les vertébrales portent le sang aux centres nerveux encéphaliques, les branches cervicales de l'artère sous-clavière alimentent presque complétement la circulation de la face et des téguments du crâne.

Conclusions.

Les faits contenus dans ce travail m'autorisent à poser les conclusions suivantes:

1° L'anévrisme cirsoïde du cuir chevelu, parvenu à un certain degré de développement, doit être combattu par la ligature de la carotide primitive du côté malade.

2° Si cette première tentative ne suffit pas pour arrêter les progrès du mal, il faut recourir à la double ligature, en ayant soin de laisser un certain intervalle entre les deux opérations.

3° Cette pratique pallie les accidents les plus graves; elle permet aux ulcérations de se cicatriser; elle prévient les hémorrhagies, dont elle diminue la gravité et la fréquence, et peut arrêter indéfiniment la marche de la maladie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 mars 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Étranglement interne.

MM. Desclaux et Sainte-Croix, médecins à Tonneins, adressent la relation d'un cas d'étranglement interne terminé par la mort et qu'une opération eût peut-être pu guérir. (Commissaires: MM. Récamier et Huguier.)

Goître.

M. Thieullen, médecin à Paris, adresse copie d'une note envoyée à M. le ministre du commerce sur le goître.

Fièvre typhoïde.

M. Bordier, de Melle (Deux-Sèvres), envoie un mémoire sur les bons effets du calomel à la vapeur dans le traitement de la fièvre typhoïde. (Commissaires: MM. Louis et Grisolle.)

Abcès iliaque.

M. Lecadre, du Havre, envoie une observation d'abcès de la fosse iliaque coïncidant avec un étranglement herniaire. (Commissaires: MM. Récamier et Huguier.)

Fractures de la cuisse.

M. Delfrayssé, de Cahors, envoie un nouveau modèle d'appareil pour le traitement des fractures de la cuisse.

Candidatures.

MM. Lenoir et Devilliers fils se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

RAPPORTS.

Effets de la foudre.

M. Renauldin lit un rapport sur une relation faite par M. le docteur Girault, d'Onzain (Loir-et-Cher), et qui a pour objet les phénomènes éprouvés par quatre individus sous l'influence d'une décharge d'électricité atmosphérique. Ces phénomènes de sidération, très prononcés chez deux des malades, ont paru heureusement influencés par l'application de l'eau bouillante sur les membres en guise de sinapismes, et l'instillation de strychnine sur la conjonctive.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit cinq rapports très courts sur divers remèdes secrets. Toutes les conclusions sont défavorables et successivement adoptées par l'Académie.

Galvanisation localisée.

M. Bérard, en son nom et au nom de MM. Bouvier et Longet, lit le rapport suivant:

Le mémoire dont j'ai à rendre compte à l'Académie a pour titre: « *Application de la galvanisation localisée à l'étude des fonctions musculaires.* » Il nous a été présenté par M. Duchenne, de Boulogne.

Ce travail ne soulève aucune question de doctrine, mais cela est compensé (si tant est qu'il faille à cela quelque compensation) par l'intérêt et la vérité des détails. L'auteur se propose d'ailleurs, si nous sommes bien informé, d'appeler bientôt l'attention de l'Académie sur quelques-uns de ces rapports mystérieux que les physiologistes ont signalés entre la contraction musculaire et l'action nerveuse. Il ne sera question aujourd'hui que d'un moyen de constater, d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, l'effet de la contraction de certains muscles.

Les traités de myologie nous offrent, après la description de chaque muscle, un énoncé de ses usages. Plusieurs modes avaient été employés pour arriver à déterminer l'action des parties contractiles:

1° Tantôt leur état pendant la production de certains mouvements trahissait la part qu'ils y prenaient. Le biceps et le brachial antérieur se tuméfiaient pendant que l'avant-bras se fléchissait; évidemment ils sont fléchisseurs de cette partie. Ma tempe se gonfle pendant que mes mâchoires se rapprochent. Sans aucun doute, le temporal lève en haut l'apophyse coronoïde.

2° Tantôt la configuration des surfaces articulaires indiquait les usages des muscles voisins. Jamais un muscle passant sur une articulation gynglinoïdale n'y déterminera des mouvements latéraux: il sera *fléchisseur* ou *extenseur*, suivant qu'il se rapprochera davantage d'un des plans opposés dans lesquels se font les mouvements.

3° Très souvent encore on avait recours à l'excellent critérium que je vais indiquer.

Étant donnée la notion qu'un muscle se raccourcit pendant son action, ou plutôt que ses fibres se raccourcissent (ce qui n'est pas tout à fait la même chose), disséquez un muscle sur le cadavre, imprimez différents mouvements à la partie; observez le moment où les fibres se tendent et celui où elles se relâchent, vous pourrez prononcer presque à coup sûr que sur le vivant le muscle contribue à amener la position dans laquelle vous voyez les fibres relâchés sur le cadavre.

4° Enfin, lorsque de vives controverses s'élevaient sur l'action de certains muscles, il n'était pas rare qu'on en appelât aux vivisections pour le jugement du débat.

Ne soyons point injustes envers nos devanciers, et sachons résister à cet entraînement qui conduit trop souvent un rapporteur à sacrifier sans façon, devant une académie, toute l'antiquité pour la plus grande gloire du savant dont il analyse les travaux. Avant les expériences de M. Duchenne, nous étions déjà fort avancés dans la connaissance des usages particuliers de chaque muscle; le magnifique ouvrage de Figtrid Albinus en fait foi. Il est vrai de dire cependant qu'il restait quelques parties à compléter, quelques opinions à rectifier. A ceux qui prétendraient que la science était faite sur cette matière, il suffirait de rappeler les démêlés si vifs qui, à l'occasion des muscles intercostaux, troublèrent un instant la vie du grand Haller, et accumulèrent sur lui, comme il nous le dit avec chagrin, tant d'attaques passionnées. Les noms que portent certains muscles attestent l'erreur où l'on était tombé sur leurs usages, erreur continuée jusqu'à nos jours; tel est, par exemple, la dénomination du *long supinateur* appliquée à un muscle qui, après avoir commencé par fléchir l'avant-bras, tourne cette partie dans une *demi-pronation!* Cette action du muscle a été démontrée par M. Duchenne à vos commissaires. Le long supinateur (il faudra lui trouver un autre nom) était excité à se contracter par un courant électrique. C'est le moyen dont a usé M. Duchenne dans toutes ses recherches. Il est temps d'en exposer les résultats.

Il ne s'agit point ici, Messieurs, de ce procédé barbare, et cependant insuffisant, qui consistait à plonger des aiguilles dans les parties où l'on voulait porter l'excitation électrique. La manière d'opérer de M. Duchenne est plus douce. Point de piqûres, point d'incisions préalables; des excitateurs humides appliqués sur la peau transmettent, au travers de cette membrane, au muscle qu'elle recouvre l'irritation galvanique à laquelle le muscle obéit irrésistiblement, s'il n'est paralysé, et même dans certaines formes de paralysie. Quelques muscles sont plus difficiles à mettre en mouvement, d'autres plus faciles à émouvoir et en même temps plus sensibles. Ce résultat inattendu, et que la théorie n'eût pu prévoir, l'instrument de M. Duchenne le met si parfaitement en évidence, qu'il ne serait pas impossible d'exprimer en chiffres le degré d'excitabilité des différents muscles du corps. Pour peu qu'on ait soin d'éviter d'agir sur les troncs nerveux affectés au mouvement, la galvanisation se *localise* dans le muscle au niveau duquel on a placé l'excitateur; elle ne dépasse même guère les faisceaux que couvre cet excitateur. Veut-on agir sur une large surface? Une éponge humide enfoncée dans un cylindre de métal transmettra le fluide électrique à la partie. Veut-on exciter des fractions délicates du système musculaire, certains muscles de la face, par exemple? On emploie des excitateurs coniques recouverts d'amadou humide. C'est chose merveilleuse alors de voir se dessiner sans l'instrument les plus petites radiations des muscles! Leur contraction révèle leur direction et leur place mieux que ne pourrait le faire le scalpel de l'anatomiste. C'est du moins ce qu'on observe au visage, où l'on sacrifie inévitablement dans la préparation les portions terminales des fibres qui vont s'insérer à la face interne du derme. C'est là une nouvelle sorte d'anatomie à laquelle on pourrait appliquer les deux mots par lesquels Haller voulait qu'on désignât la physiologie; c'est l'anatomie *animée*, ANATOME ANIMATA; c'est ce que Sœmmerring eût sans doute appelé *contemplatio musculi vivi.* Aujourd'hui, pour expliquer certains mouvements produits par quelques-uns des muscles de la face, on a dû soumettre à révision l'arrangement de leurs fibres et réformer à cette occasion quelques passages de nos livres d'anatomie.

Ce n'est pas la première fois, Messieurs, que la physiologie prend une initiative qui semblait réservée à la dissection. Je le prouve. Les traités classiques d'anatomie nous montrent dans la cornée une portion de sphère surmontant la sphère plus grosse que l'œil représente. Mais le physiologiste ne s'accommode qu'à moitié de cette forme de la cornée; il soupçonne que la nature a pu modifier la marche de la lumière par des courbures plus irrégulières, à la vérité, mais plus savantes aussi que celles de nos instruments mécaniques; il mesure la courbe de la cornée, et voit qu'elle représente une portion d'ellipsoïde et non une portion de sphère. Nos lentilles de verre produisent l'aberration de sphéricité. Herschel nous apprend qu'un certain rapport dans l'épaisseur des moitiés antérieure et postérieure de la lentille peut corriger cette aberration. Est-ce que notre cristallin réaliserait cette heureuse configuration? On y regarde, et l'on signale entre les deux faces du cristallin la disproportion que vous connaissez.

De grâce, Messieurs, n'allez pas, sur ces deux citations, me ranger parmi ces physiologistes qui se flattèrent, à diverses époques, de déduire rigoureusement la structure de la fonction! Je sais trop ce que cette désastreuse méthode a semé d'erreurs. C'est avec elle que l'on composait la fibre musculaire de cellules rhomboïdales; c'est avec elle que l'on mettait des *cribles* dans les glandes; c'est elle qui, pour les besoins de l'absorption, inventait les suçoirs des bouches absorbantes, et qui, pour que rien n'y manquât, plaçait à côté de ces orifices intelligents de petites pompes foulantes et aspirantes pour mettre en mouvement le liquide qu'ils avaient absorbé. Mais je reviens à M. Duchenne.

Les premières communications ont eu pour objet la recherche des usages des muscles de la face, y compris ceux qui sont distribués à l'intérieur et autour de l'organe de l'ouïe. C'est de ceux-ci que je vais vous entretenir en premier lieu. Ils forment, comme on le sait, deux groupes: les *extrinsèques* et les *intrinsèques*; les uns et les autres si peu actifs chez l'homme, qu'Aristote a pu écrire sans trouver beaucoup de contradictions: « L'homme seul a les » auricules immobiles. » On rencontre cependant un bon nombre d'individus jouissant de la faculté de mouvoir le pavillon de l'oreille à l'aide des muscles extrinsèques de cette partie. Mery et Bourdelin sont signalés comme ayant eu ce privilége; ce que l'examen de leurs portraits permet de croire; car des traits assez fortement accusés y témoignent d'une certaine énergie des muscles de la face. Mon frère était dans le même cas; et lorsque nous étions étudiants (moi plus avancé que lui), il se prêtait de fort bonne grâce aux démonstrations que je faisais des mouvements de son oreille aux personnes qui suivaient mes cours particuliers d'anatomie. L'instrument de M. Duchenne met en jeu ces muscles, comme on le devine; mais il ne nous apprend rien de bien nouveau sur leur action, si ce n'est que le muscle postérieur tire le pavillon en *haut* et en *arrière*, et non directement en *arrière*, tandis que l'autre tire la même partie en haut et en *avant*, et non directement en avant. Ce petit appareil a pour usage de dilater en tous sens le méat auditif sans rien changer à la disposition des reliefs du pavillon ni à l'angle que ce pavillon forme avec la tête.

Il était intéressant de rechercher si l'électricité exciterait la contraction de ces rudiments fibreux qui, sous le nom de muscles intrinsèques, sont décrits sur plusieurs des reliefs du pavillon; l'expérience a réussi: vos commissaires ont vu la contraction simultanée des muscles du *tragus* et de l'*antitragus* rétrécir l'entrée de la conque à la manière d'un sphincter. Je vois Haller signaler déjà cette action du muscle de l'*antitragus*; mais personne, que je sache, n'avait dit qu'il avait pour auxiliaire le muscle du *tragus*, et je confesse que j'aurais attendu tout autre chose de la contraction de ce dernier muscle. Les deux muscles de l'hélix obéissent aussi à l'excitation électrique, et pendant ce temps on voit s'effacer un peu la saillie de la partie ascendante du repli de ce nom.

Le faisceau problématique auquel on a donné le nom de muscle transverse du pavillon n'ayant pu être mis en contraction dans les premiers essais de M. Duchenne, cet expérimentateur en avait induit, avec plusieurs anatomistes, qu'il fallait le rayer du catalogue des muscles. Telle était, en ce qui concerne ce faisceau de fibres, la conclusion du second mémoire envoyé par M. Duchenne à l'Académie, et sans aucun doute elle était fondée, pour peu qu'on n'eût pas la prétention de l'appliquer à l'universalité des cas. Mais il est des sujets chez lesquels les fibres en question revêtent décidément le caractère musculaire. Alors l'électricité les fait contracter, ainsi que l'a reconnu plus tard M. Duchenne. L'effet de cette contraction est de déprimer de dehors en dedans la moitié supérieure de l'hélix et de l'appliquer contre la conque.

J'ai fait imprimer, il y a plus de dix ans, que les muscles intrinsèques de l'oreille obéissaient à la portion dure de la septième; M. Duchenne a effectivement constaté que l'électricité ne pouvait plus les mettre en mouvements chez les gens atteints de paralysie faciale.

Passons de l'oreille au nez. Le petit appareil musculaire qui est placé autour de la narine l'emporte de beaucoup en importance sur celui que nous venons d'examiner. Non qu'il y ait lieu de placer sur la même ligne le sens de l'olfaction et celui de l'ouïe; mais les cavités nasales étant la route naturelle que l'air doit suivre pour arriver au poumon, il fallait que des contractions musculaires empêchassent la narine de s'affaisser sous le poids de l'atmosphère

au moment où l'inspiration raréfie l'air dans toute l'étendue du tuyau respiratoire.

La nature a si intimement enchaîné les mouvements des narines à ceux de la respiration, qu'ils accompagnent encore ceux-ci alors que l'air passe par une autre voie. Je les ai vus se continuer avec énergie chez un homme qui, s'étant coupé la gorge, attirait laborieusement l'air dans sa poitrine par le bout inférieur de la trachée divisée en travers. Non-seulement enfin les muscles des narines agissent par une contraction rhythmique, mais ils contiennent encore la narine d'une manière continue par leur *tonicité*. J'ai souvent cité dans mes cours l'histoire d'un matelot qui, atteint de paralysie faciale, était obligé de soulever sa narine avec les doigts lorsqu'il voulait faire passer l'air au travers de la fosse nasale correspondant au côté paralysé. Ce n'est pas le seul fait de ce genre qui ait été recueilli.

Examinons, après ces considérations préliminaires, les résultats des expériences de M. Duchenne. Tout nous fait prévoir une prééminence des muscles dilatateurs, et les faits confirment ces prévisions. L'excitateur est posé sur la face externe de l'aile du nez. Celle-ci se soulève, s'éloigne de la sous-cloison, et la narine est dilatée. Ce même excitateur est posé sous la sous-cloison; le renflement qui la termine en avant est déprimé, et de cette dépression résulte encore l'élargissement de la narine en travers. En quelque lieu du pourtour de la narine que l'on opère, toujours celle-ci se dilate; en aucune circonstance elle ne se resserre. Je n'ai pas besoin de vous dire que dans tous ces cas on avait agi sur les radiations du muscle qui s'insère dans la fossette voisine de l'épine nasale antérieure. (Muscle *myrtiforme* de quelques anatomistes, *abaisseur de l'aile du nez* pour quelques autres; muscles *pinnal transverse* et *pinnal radié* de notre collègue Cruveilhier, qui en a donné une description soignée.)

N'existe-t-il donc aucun constricteur de la narine? C'était l'opinion de Bichat; c'était aussi l'opinion de M. Duchenne à l'époque où il vous adressait son premier mémoire. Il reconnaissait toutefois à l'un des faisceaux du muscle myrtiforme le pouvoir d'abaisser l'aile du nez. Il a fait un pas de plus dans une de ses dernières communications. Ayant un jour soulevé la lèvre supérieure d'une personne sur laquelle il expérimentait, et porté directement l'excitateur sur la portion du muscle qui s'insère dans la fossette incisive, il a vu la narine s'allonger d'avant en arrière par le tiraillement de sa commissure postérieure et se rétrécir en travers au point d'effacer son ouverture. Il y a donc là un faisceau antagoniste de celui qui dilate la narine en travers. Je suppose que ce faisceau n'est pas inactif dans l'action de flairer.

Quant au transversal du nez, auquel Bichat attribuait le pouvoir de dilater la narine, il se borne à plisser en long la peau du dos du nez; il soutient la charpente cartilagineuse de cet organe: il élève quelquefois l'aile du nez, mais il ne la dilate jamais.

Lorsqu'on examine sur un animal vivant la construction d'un muscle dénudé, on voit les fibres qui se raccourcissent, tirées de la périphérie vers une certaine partie du muscle, ordinairement la partie moyenne, comme s'il y avait là un centre d'attraction. Cette remarque, qui avait déjà été faite par les auteurs du siècle dernier, n'appartient donc point à M. Duchenne; mais il l'a certainement rajeunie par les applications heureuses qu'il en a faites, et la critique judicieuse qu'elle lui a fournie de certaines descriptions anatomiques. On lit dans les livres consacrés à ces descriptions qu'un muscle *se continue avec un autre*. On dit, par exemple, que le pyramidal du nez fait suite au frontal; que le premier se continue avec quelques-unes des fibres des muscles qui abaissent la lèvre inférieure; que le buccinateur se continue avec l'orbiculaire des lèvres, etc. Ce ne sont là que des apparences, Messieurs; et ce que le scalpel ne sépare pas, l'excitation galvanique le montre distinct. Ces deux muscles, qui paraissent confondus, ont chacun leur centre d'action; et souvent, entre les deux, se trouve une partie neutre que l'excitation galvanique ne met point en mouvement, comme si les fibres contractiles y faisaient défaut.

Portez un excitateur humide sur le muscle pyramidal, à la racine du nez, la peau du nez sera tirée en haut, celle du front descendra, des rides transversales s'établiront entre les sourcils. Portez l'excitateur plus haut, vous verrez la peau tirée de toutes parts vers un nouveau centre d'attraction: les rides de l'intervalle des sourcils disparaîtront; la peau de la partie inférieure du front montera, celle de la partie supérieure descendra. Tout à l'heure les traits étaient assombris, maintenant ils expriment l'étonnement ou la joie. Ces deux muscles, dont on ne ferait volontiers qu'un seul, si le scalpel devait décider la question, sont donc deux antagonistes.

M. Duchenne a appliqué ses excitateurs sur chacun des muscles qui appartiennent à la région faciale. Il a noté fidèlement et décrit dans ses mémoires tous les phénomènes de contraction dont il a été témoin. Or qu'est-il arrivé? M. Duchenne a observé des faits nouveaux; mais il a vu aussi ceux qu'on avait observés avant lui. Il a fondu le tout dans ses descriptions: la science courante et la science nouvelle. C'est là le faible des inventeurs; ils veulent à toutes forces refaire l'édifice, *ab imis fondamentis.*

Mais il y a quelques particularités mentionnées par M. Duchenne, et qui doivent nous arrêter un instant.

Les deux zygomatiques (grand et petit), que l'on regarde assez ordinairement comme agissant de concert dans l'expression des sentiments gais, sont loin d'être congénères à cet égard. Le *grand zygomatique* épanouit effectivement les traits; mais le petit, en exagérant la courbure du sillon naso-labial, donne une expression de tristesse à la physionomie et semble présager les larmes. C'est un autre muscle, l'*élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure*, qui se contracte chez les enfants qui pleurent; et lorsque, dans le même acte, il se met de la partie chez les adultes, il leur fait faire une fort laide grimace.

C'est une chose qui intéresse et qui étonne, de voir l'excitateur promené sur une face qui est calme dans son ensemble y dessiner partiellement et tour à tour des traits qui expriment les passions les plus opposées. Bichat a dit, bien mal à propos, du peaucier: « Ce muscle est sans physionomie; il est nul dans l'expression des passions. » Voyez ce muscle contracté dans les expériences de M. Duchenne; il exprime ou la terreur, ou la colère, ou la souffrance. M. Duchenne n'a point vu le peaucier contracté abaisser la mâchoire; il en conclut, à tort, je pense, que le muscle est sans action sur cet os alors qu'il est entraîné en bas par des contractions volontaires. Tout le monde peut répéter l'expérience que Haller a faite sur lui-même, et qu'il indique en ces termes dans l'histoire de la mastication: « *Percipitur ejus per ipsum pectus conatus, dum maxilla deducitur, uti quidem nunc dum scribo, experior.* » (T. VI, p. 18.)

La galvanisation du muscle orbiculaire des lèvres a donné des résultats très variés (toujours les mêmes, cependant, pour une même région de la lèvre) et qui dénotent que ce muscle est composé de plusieurs parties parfaitement indépendantes. Si les excitateurs sont placés sur la région médiane, un sur chaque lèvre, celles-ci se froncent, s'appliquent l'une à l'autre et se dirigent en avant comme dans l'action de siffler ou de donner un baiser. Si l'on agit sur le bord libre, les lèvres se renversent un peu en dedans. Si l'on excite la circonférence du muscle (j'entends celle qui est opposée au bord libre), les lèvres se renversent en dehors, comme dans l'expression du doute ou chez les enfants qui pleurent.

Je demande la permission à l'Académie de quitter un instant le rôle de rapporteur pour lui exposer une application que j'ai faite de la galvanisation localisée. M. Duchenne a opéré lui-même; mais il ignorait probablement le petit problème dont je poursuivais la solution. Vous savez, Messieurs, que les individus atteints d'hémiplégie faciale bien prononcée ne peuvent parvenir à fermer leurs paupières du côté paralysé. Si cependant on leur dit de fermer les yeux, il se produit un petit mouvement dans les paupières et leur contour se resserre un peu. Quel peut être l'agent de ce mouvement? Serait-ce le muscle orbiculaire? Mais alors il faudrait admettre que, seul entre tous les muscles de la face, il reçoit quelques filets moteurs d'une autre source que le facial. Cette autre source ne pourrait être que le nerf de la cinquième paire, que dans cette région on regarde cependant comme un nerf exclusivement sensitif. Ce serait-on donc trompé? Vous voyez qu'à ce petit mouvement de la paupière se rattachait une question d'une certaine importance. A force d'y penser, car cela m'a beaucoup préoccupé, je trouvai l'explication suivante, qui laissait à chaque nerf les attributions que nous lui reconnaissons: les tendons des muscles de l'œil envoient des prolongements dans l'aponévrose orbitaire et celle-ci en envoie dans les paupières. Or, chaque fois qu'on dit à une personne atteinte d'hémiplégie faciale de fermer l'œil, on voit que, pendant l'effort infructueux qu'elle fait pour rapprocher ses paupières, les muscles de l'œil se contractent fortement pour abriter la pupille sous la voûte orbitaire. Eh bien! j'ai pensé que c'était cette action des muscles de l'œil qui, propagée à la paupière, y déterminait le léger mouvement qu'on y observe chez les sujets atteints d'hémiplégie. La galvanisation localisée m'a montré que j'avais rencontré la véritable explication du phénomène. Sur un sujet atteint d'hémiplégie faciale, tous les muscles de ce côté de la face se montraient parfaitement insensibles aux excitateurs. Cependant ce sujet, quand on l'invitait à fermer l'œil, offrait dans ses paupières le petit mouvement dont nous avons parlé. Si ce mouvement tenait à un reste de contraction dans l'orbiculaire, l'excitation galvanique allait infailliblement le reproduire; mais il n'en fut rien. La paupière touchée par l'excitateur resta parfaitement immobile. Nous voici donc rassuré sur la signification d'un fait qui semblait tenir en échec la doctrine de la spécialité d'action des différents nerfs de la face, une des conquêtes les plus brillantes que la physiologie ait faites dans ce siècle.

M. Duchenne a commencé une nouvelle série d'études qui ont pour objet les muscles du tronc et ceux des membres. A en juger par ce qui a transpiré, les nouveaux résultats (qu'il nous a d'ailleurs mis à même de constater avec lui) dépasseront en importance ceux dont je viens de vous entretenir. La galvanisation localisée dans le muscle sus-épineux a fourni une nouvelle occasion de rectifier quelques lignes dans nos traités de myologie. Le sus-épineux, au dire de Bichat, « fait exécuter une espèce de bascule à la tête » de l'humérus qui est déprimée, tandis que le corps de l'os s'é- » lève. » Eh bien! il n'agit pas le moins du monde dans ce sens: il laisse le bras parfaitement parallèle au tronc et il le tourne dans la rotation en dedans.

De toutes les expériences qui ont été faites en notre présence, la plus intéressante à nos yeux est celle qui nous a montré les muscles intercostaux *internes* soulevant les cartilages costaux au voisinage du sternum et les entraînant par conséquent dans le sens du mouvement *inspiratoire*. A quels sacrifices n'eût pas consenti Haller pour devenir témoin d'une semblable démonstration, qui (pour cette région de la poitrine au moins) lui eût donné gain de cause sur son tenace adversaire Hamberger. Je n'ai jamais engagé de polémique à l'occasion des puissances inspiratrices, et cependant je n'en ai pas été moins réjoui de voir cette expérience confirmer ce que, presque seul en France, j'ai professé depuis vingt ans sur l'action des intercostaux internes au voisinage du sternum.

Enfin, ce qu'on n'avait pu établir jusqu'ici qu'à l'aide d'une expérience sanglante promptement mortelle, et peut-être imparfaitement concluante, puisqu'elle avait pour sujet un quadrupède, M. Duchenne le démontre sur l'homme vivant par une expérience d'une parfaite innocuité. Vos commissaires ont vu la contraction du diaphragme enlever, sans asssitance d'aucun autre muscle, toutes les côtes qui forment le bord de la poitrine. Ici, comme on le devine, l'excitation ne peut être portée directement sur le muscle. C'est sur le nerf phonique lui-même que l'on agit à la partie inférieure du cou. Le nerf étant encore très profond dans cette région, on ne peut opérer que sur des sujets très maigres, et quelques tâtonnements sont indispensables; mais le résultat est des plus évidents dès que l'excitateur, qu'il faut pousser sous le bord postérieur du sterno-mastoïdien, a rencontré le trajet du nerf.

La galvanisation localisée permet d'assigner à chaque élément sa part, à chaque muscle son rôle dans un mouvement complexe. Il y a malheureusement des limites posées à son application par la configuration de nos parties. Il faudrait, pour atteindre les muscles profonds, exagérer l'intensité du courant à un point où il serait difficile de le supporter; et comme l'électricité ne manquerait pas, chemin faisant, de mettre en mouvement les muscles superficiels, le but de l'expérience serait manqué.

Messieurs, je rencontre, au moment de donner des conclusions à ce rapport, certaines formules bien connues des académies, et qui cette fois, pourtant, méritent d'être prises au sérieux.

J'ai l'honneur de vous proposer:

1° D'inviter M. Duchenne à donner suite à ses intéressantes recherches;

2° De faire écrire, au nom de l'Académie, une lettre de remercîments à cet honorable expérimentateur. (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

NOUVELLES.

Par décret de M. le président de la République, M. Amic, premier médecin en chef de la marine, a été nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— Par décret de M. le président de la République, M. Follet, premier chirurgien en chef de la marine, admis à la retraite, a été nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos lecteurs que M. le président de la République vient de signer un décret qui reconnaît comme institution d'utilité publique l'Association des médecins du département de la Seine. On sait que, par un décret antérieur, la même faveur avait été accordée à la grande Association des médecins de Paris, que la persévérante sollicitude de M. Orfila était parvenue à établir sur des bases solides.

— M. le président de l'Académie a annoncé hier que M. Bouley s'était fracturé le péroné. Nous apprenons aujourd'hui avec une vive satisfaction que l'état du savant et excellent professeur d'Alfort est aussi bon que possible, et bien moins grave qu'on ne l'avait craint d'abord.

— L'Académie de Médecine vient de faire une nouvelle et bien douloureuse perte dans la personne de M. le docteur Mérat, dont tout le monde connaît les travaux en botanique et en matière médicale. On sait que M. Mérat avait administré pendant de nombreuses années et avec un entier dévouement, les fonds de l'Académie en qualité de trésorier.

— Il vient de se former à Lyon un comité d'amélioration agricole et sanitaire de la Dombes et de la partie insalubre de la Bresse. Ce comité se compose d'un grand nombre de propriétaires de ces contrées; il se propose de solliciter le concours du gouvernement, du département et des communes pour améliorer le pays de Dombes, faire cesser l'insalubrité et donner aux populations la vie et la force qu'elles ont dans d'autres pays: c'est là tout à la fois un but d'humanité et d'intérêt public qu'il serait bien à désirer de voir poursuivre dans plusieurs autres points de la France, dans la Sologne et les Landes en particulier.

— La Faculté de Médecine de Montpellier a présenté à M. le ministre, comme candidats à la chaire de clinique chirurgicale vacante à l'école préparatoire de Toulouse, par la retraite de M. Viguerie, MM. Dieulafoy et Estevenet.

— On nous a fait observer avec raison que les réflexions que nous avions faites à propos de la déclaration de vacance dans la section d'accouchement n'étaient point fondées, et que la section de chimie et de physique médicale est actuellement au complet. On s'expliquera facilement que nous ayons pu oublier que M. Gueneau de Mussy fait partie de cette section.

— A la suite d'une motion pénible faite vendredi dernier par le bureau de la Société anatomique de Paris, M. Desterne a été rayé du nombre des membres de cette Société.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 21 MARS 1851

De l'extraction des esquilles
ET DES CORPS ÉTRANGERS DANS LES PLAIES PAR ARMES A FEU.

Nous reproduisons aujourd'hui la courte et intéressante discussion qui a eu lieu à l'Académie à propos du mémoire de M. Hutin, discussion qui aurait pu être plus intéressante encore si les honorables orateurs qui ont pris part au débat avaient cherché à préciser davantage les points en litige. Nul doute, en effet, que M. Velpeau n'ait eu grandement raison quand il a dit qu'il n'y avait pas de chirurgien qui se refusât systématiquement et dans tous les cas à enlever une esquille ou un corps étranger qui se présente à lui, de même qu'il n'y avait pas un seul chirurgien qui, de propos délibéré et à tout prix, allât constamment à la recherche d'un corps étranger partout où il pouvait se rencontrer. C'est encore avec beaucoup de raison que M. Velpeau a ajouté : « Il y a des cas où l'opération offre plus de dangers que la présence du corps étranger au sein des tissus ; il y a des cas où le contraire a lieu. Tous les chirurgiens admettent ces données et se conduisent en conséquence. » Oui, cela est parfaitement vrai. Mais tous les chirurgiens s'entendent-ils également sur la détermination des cas où la présence du corps étranger a plus de dangers que l'opération de l'extraction? Nous ne le pensons pas, et M. Velpeau a pu s'en convaincre dans la discussion même où il a pris la parole, et où il a soutenu d'ailleurs, hâtons-nous de le dire à l'avance, une excellente doctrine au point de vue pratique, touchant l'extraction des corps étrangers : « La règle unanimement adoptée, a-t-il dit, est d'aller à la recherche des corps étrangers toutes les fois que cette recherche n'exigera pas des opérations capables de compromettre la vie. » Or, c'est précisément cette règle que, dans la séance même, M. Malgaigne a qualifiée de chirurgie deux fois barbare. M. Jobert n'avait pas été si loin; il s'était contenté de dire que la recherche et l'extraction des corps étrangers lui paraissaient plus nuisibles qu'utiles. On voit déjà que sur ce premier point l'unanimité n'est pas absolue; elle l'est encore bien moins touchant l'extraction des esquilles.

On a paru croire que l'opinion de M. Jobert, qui veut que l'on conserve toutes les esquilles incomplétement détachées, était une opinion isolée. Voici quelques lignes qui prouvent le contraire : « Il faudrait bien se garder d'exercer sur elles (les esquilles) la *moindre* traction si elles n'étaient pas *complétement* détachées ; on devrait, au contraire, alors les replacer, parce que souvent elles se réunissent à l'os. » (Aug. Bérard, *Dict. de Méd.*, t. XXIV, p. 585.)

Cette pratique était également celle de Lisfranc. Également, dans la discussion même d'avant-hier, M. Malgaigne, qui n'est pas l'homme des transitions ni des moyens termes, n'a-t-il pas proscrit aussi, en rééditant pour elle l'épithète de barbare et tout en prétendant partager l'opinion de M. Velpeau, la chirurgie qui conseillerait d'extraire une esquille encore adhérente. Il est vrai que M. Malgaigne n'a pas toujours été de cet avis; et comme son autorité peut être grande en pareille matière, on nous permettra de le prouver en empruntant une page à son remarquable *Traité des fractures.* Voici comment il s'exprime à la page 266 de cet ouvrage :

J'ai déjà dit (*voir* ci-devant, p. 130) combien fréquemment les fractures par coups de feu, même consolidées, devenaient le siége de petits abcès occasionnés par le départ de quelques nouvelles esquilles ; et les chirurgiens les plus habiles, après avoir mis tous leurs soins à extraire les esquilles détachées, ont été témoins de semblables éliminations consécutives. Souvent même, les esquilles laissées comme adhérentes se sont séparées avant la consolidation complète ; et A. Paré eut à souffrir un accident de ce genre. Déjà donc Percy, modifiant le précepte de Paré, ne laissait que les esquilles pour lesquelles il jugeait sainement que le recollement était possible ; « celles qui ne peemettraient pas cette réunion, ajoute-t-il, seront *séparées des adhérences* qui les retiendraient, et regardées comme corps étrangers capables de nuire (1). » Mais, dans ces derniers temps, M. Baudens a été plus loin, et il veut qu'on retire de suite *toutes les esquilles* MOBILES *du corps des os longs qui proviennent de coups de feu, qu'elles soient ou non adhérentes.* Les faits sur lesquels s'appuie M. Baudens *méritent d'être rappelés.*

Un Arabe avait eu les deux os de l'avant-bras brisés par une balle. On fit l'extraction des esquilles libres ; mais durant huit mois, il en sortit successivement de nouvelles, et le blessé succomba enfin à l'infection purulente. On trouva les os en partie réunis par un cal très volumineux, éburné, offrant une foule de rayons ou de loges, qui contenait encore des esquilles mobiles à moitié échappées.

Un jeune soldat avait reçu une balle vers le tiers inférieur du cubitus; on avait retiré de suite les esquilles libres, en respectant les esquilles adhérentes. Quatre mois après, de nombreuses esquilles tendant successivement à s'échapper entretenaient une vive irritation locale et générale. M. Baudens fit de larges incisions, retira douze esquilles de différentes grandeurs pour ne plus laisser de corps étrangers dans la plaie; et deux mois après, la consolidation était complète et les plaies cicatrisées.

Un autre avait eu le cubitus fracturé à 3 centimètres au-dessous de l'olécrane. Le chirurgien fit une incision de 8 centimètres, enleva trois esquilles mobiles, mais laissa deux autres esquilles, parce qu'elles adhéraient fortement aux parties molles, et surtout parce qu'elles pénétraient jusque dans l'articulation. Tout alla bien d'abord ; mais à diverses reprises il survint du gonflement et de la chaleur autour de la fracture, et enfin la suppuration ne tarissant pas, un stylet explorateur fit sentir des pièces d'os nécrosés que l'on retira en débridant la plaie. Ces esquilles étaient celles que l'on avait essayé de conserver, parce que le tendon du triceps y adhérait avec force; leur extraction amena promptement la guérison.

M. Baudens cite de même quelques guérisons de fractures du tibia obtenues à l'aide de cette méthode. Il y pose cependant deux exceptions; la première pour les fractures du fémur, qui, selon lui, exigent impérieusement l'amputation, opinion qui sera discutée plus tard; la seconde pour les fractures des os de la face. Ici, en effet, la vitalité est si grande, le travail de réparation si énergique que les esquilles adhérentes peuvent et doivent être conservées, et qu'il faut se borner à extraire celles qui sont entièrement détachées. Cependant la mâchoire inférieure, moins vivace, rentre encore dans la règle commune (1).

Ces faits *méritent, à notre avis, une sérieuse attention de la part des chirurgiens ;* on voit d'ailleurs que la pratique de M. Baudens n'est pas si nouvelle que celle de Percy n'y touche de fort près. Que l'on adopte, au reste, l'une ou l'autre, il faut donner aux incisions toute l'étendue nécessaire pour permettre l'extraction des esquilles avec le moins de tiraillements et de douleur, avec une direction telle qu'elle facilite à la fois les pansements et l'écoulement du pus; et cependant, autant que possible, éviter d'ouvrir les larges gaînes musculaires pour éviter la hernie des muscles au dehors. Le doigt, selon le précepte de Paré, sera le premier instrument porté au fond de la plaie pour reconnaître, *détacher* et saisir les esquilles; et, s'il n'y réussit pas seul, pour diriger du moins les autres instruments. Enfin, lorsque ces incisions permettent d'attirer sans trop de difficultés les fragments à l'ouverture extérieure, il sera bon d'en réséquer les pointes trop aiguës qui irriteraient les chairs et s'opposeraient à une coaptation convenable.

On voit, par cette citation, que si la chirurgie condamnée par M. Malgaigne est réellement barbare, il n'y a pas longtemps du moins que M. Malgaigne est lui-même sorti de la barbarie, et qu'en 1847 on pouvait encore être barbare en bonne compagnie. Mais nous aimons à croire que M. Malgaigne a eu plutôt raison dans son livre que dans son improvisation, et nous croyons que sa chirurgie de 1847 vaut mieux que celle de 1851. C'est celle de 1847 que M. Hutin a voulu défendre, dont il a cherché à faire ressortir les avantages; et ce qu'il a professé, fût-il généralement reçu, qu'il ne serait pas sans utilité de montrer par des faits plus nombreux, plus précis, mieux observés, que ce qui est admis mérite réellement de l'être. Mais M. Hutin a-t-il fait à cet égard tout ce qu'on aurait pu désirer, tout ce qu'il aurait pu faire du moins? Le rapport de M. Gimelle ne nous a pas mis à même de nous prononcer à cet égard, et nous ne pouvons que nous associer ici aux judicieuses remarques présentées par M. H. Larrey. Nous aurions désiré, non-seulement que M. Hutin eût tenu un compte exact de *tous* les cas où des esquilles plus ou moins mobiles ont été abandonnées dans les tissus et des accidents qui ont pu s'ensuivre; nous aurions désiré qu'il précisât jusqu'à quel point il faut pousser les explorations pour s'assurer de l'existence des esquilles, de leur mobilité, et pour se décider à l'opération ; nous aurions voulu qu'il nous dît si l'exception posée par M. Baudens pour les plaies de la face est la seule qu'on doive admettre, ou si cette exception même doit être repoussée. Certes, tous ces *desiderata* ne sont pas faciles à satisfaire ; mais quand on aborde un sujet déjà tant de fois rebattu, il faut bien, pour imposer l'attention et faire une œuvre utile, apporter de nouveaux éléments, de nouvelles lumières à la solution de la question qu'on traite. M. Hutin a tout ce qu'il faut pour satisfaire aux vœux que nous exprimons ici, après M. Larrey. En les prenant en sérieuse considération, il rendrait incontestablement un service signalé à la science.

H. de Castelnau.

M. Piorry et la Faculté.

La Faculté a pris hier seulement une décision et a émis un vœu qui sont loin d'avoir l'importance qu'on leur a supposée par anticipation, mais sur lesquels cependant nous devons appeler un instant l'attention de nos lecteurs, dans l'intérêt des élèves, dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt de M. Piorry lui-même. On sait toute notre sympathie pour le zèle infatigable du laborieux professeur, toute notre considération pour les faits nombreux dont il a enrichi la science; mais cette sympathie ne nous a jamais empêché de dire franchement notre opinion, soit sur sa doctrine générale, soit sur ses opinions partielles. Aujourd'hui, comme toujours, nous nous expliquerons donc avec la même franchise sur la position qu'il s'est faite dans la Faculté, et nous sommes convaincu qu'il ne verra dans ces quelques mots qu'une preuve d'intérêt pour lui et d'attachement profond pour ce qui est juste.

M. Piorry, profitant peut-être de la tolérance de la Faculté, mais animé certainement par l'amour de la science, avait fini par introduire, sinon de droit, au moins de fait, la plessimétrie parmi l'épreuve d'*opérations* exigée au troisième examen. La Faculté a *décidé* hier, à l'unanimité moins une voix, que la plessimétrie n'était pas une opération, et qu'elle ne pouvait, en conséquence, faire partie du troisième examen, en tant qu'épreuve de médecine opératoire. En prenant cette décision, la Faculté était non-seulement dans son droit, mais elle était, de plus, dans la vérité. Il est impossible, à moins de renverser complétement le langage usuel, de faire admettre la plessimétrie comme une opération.

Après cette décision, la Faculté a *émis un vœu*, et c'est sur ce vœu surtout que nous voulons appeler l'attention de M. Piorry, en nous adressant à sa raison éclairée, à la haute impartialité dont il nous a donné tant de preuves. La Faculté a *émis le vœu* que M. Piorry ne se servit, dans ses examens, que du langage consacré dans la science, du langage dont tous les professeurs, moins M. Piorry, se servent pour enseigner à leurs élèves la pratique de la médecine ou de la chirurgie. Un mot à ce sujet.

Loin de nous l'intention d'approuver une entrave quelconque apportée au libre essor de la pensée. Si la Faculté avait songé à interdire à M. Piorry de professer sa doctrine, si elle avait voulu lui défendre de soutenir par la parole et par les exemples l'excellence de sa nomenclature, nous n'aurions pas hésité à nous élever contre les prétentions de la Faculté, eût-elle pris une telle décision à l'unanimité; mais tel n'est point le caractère du vœu qu'elle a émis; il s'agit ici moins d'une question de doctrine que d'une question d'ordre, et si M. Piorry n'écoutait pas le vœu de la Faculté, c'est réellement du côté du savant professeur que serait l'intolérance. M. Piorry, en effet, est le seul à professer sa nouvelle nomenclature ; or il peut arriver que tel élève se présente aux examens sans avoir jamais suivi, sans avoir pu suivre même le cours de M. Piorry. Cet élève ne sait donc que ce que ses maîtres lui ont enseigné; il ne pourra donc répondre sur les questions de nomenclature qu'on pourra lui adresser. M. Piorry le refusera-t-il pour n'avoir pas répondu ? Mais alors il condamne par cela même tous les professeurs qui n'en savent pas à cet égard plus que l'élève refusé. M. Piorry est trop équitable assurément et trop éclairé pour ne pas sentir l'injustice d'un pareil procédé, et dès lors il sera le premier à reconnaître la sagesse du vœu émis par la Faculté, et il voudra éviter au corps dont il fait partie la douleur de transformer ce vœu en une décision. Nous exprimons cet espoir dans l'intérêt de la dignité professorale d'abord,

(1) Percy, *Man. du chirurg. d'armée*, p. 193.

(1) Baudens, *Gazette des Hôpitaux*, 1836, p. 366, 379, 386 et 487.

ensuite dans l'intérêt bien entendu de M. Piorry lui-même et de sa doctrine. Si les idées de M. Piorry sont l'expression de la réalité, il a tout ce qu'il faut pour les propager sans violence; la violence même ne pourrait que leur nuire. M. Piorry a une infatigable activité, une instruction profonde, une parole aussi persuasive par le mérite de l'élocution que par l'accent d'une conviction profonde. Qu'il sache se contenter de ces avantages; l'avenir de sa doctrine, son autorité de professeur, sa position parmi ses collègues et ses amis, y gagneront également. Qu'il en croie notre impartialité et notre vive sympathie. — H. de Castelnau.

Du privilége des créances de médecin.

CAS NOUVEAU.

La deuxième chambre du tribunal de première instance de Paris a rendu, il y a quelques jours, un jugement dont nous aurions volontiers laissé l'appréciation à notre collaborateur du feuilleton, si tous les actes émanant de la justice du pays ne méritaient pas une discussion grave et sérieuse.

Voici en quoi consiste ce jugement :

Un de nos honorables confrères donnait depuis plusieurs mois des soins à un malade atteint d'une affection du foie, lorsque ce malade, fatigué de la prolongation de ses souffrances, se donna la mort. Quand le médecin se présenta pour faire valoir les priviléges que lui donne l'article 2101 du Code civil (1), ces priviléges furent contestés, par la raison que le malade n'était pas mort de la dernière maladie pour laquelle M. le docteur N... lui avait donné des soins : il était mort en effet, non par les progrès de la maladie, mais par le fait d'un suicide. Cette argumentation, qui semble empruntée aux docteurs d'une secte célèbre, n'en a pas moins été adoptée par le tribunal de première instance, et justifiée par un considérant à peu près ainsi conçu: *Attendu que la loi a réservé un privilége aux créances résultant des frais de la dernière maladie* DONT LE MALADE EST MORT, etc. C'est-à-dire que le tribunal a ajouté au texte de la loi cinq mots qui n'y existent point, et qui même, s'ils y existaient, pourraient être interprétés en faveur des médecins; car il resterait à décider si un malade atteint d'une maladie des organes abdominaux et qui termine ses jours par le suicide n'agit pas en réalité sous l'influence de la maladie dont il souffre, et qui a une influence si grande et si connue sur le moral de l'homme. Mais, dans tous les cas, ces cinq mots n'existent pas, et, en leur absence, le texte de la loi nous paraît ou ne peut pas plus clair.

L'Association des médecins de la Seine, qui déjà, dans plusieurs circonstances analogues, a pris en main la défense des droits des médecins lésés dans la personne de quelque confrère, s'est chargée de soutenir en cour d'appel la cause de M. N.... L'Association ne manquera pas de rédiger une consultation d'un grand intérêt, et nous aurons soin de la faire connaître à nos lecteurs, ainsi que le jugement à intervenir. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Epanchement de sang dans la plèvre. — Thoracentèse.

Au n° 5 de la salle Sainte-Vierge est couché un homme entré le 1er janvier 1851 pour une plaie de poitrine. Cet homme était arrivé à l'hôpital, quelques heures après l'accident, dans un état d'angoisse considérable; il portait deux plaies, l'une située au bord droit du sternum à la hauteur de la deuxième côte; l'autre, plus petite, moins profonde, située plus bas et plus en dehors. La première seule paraissait pouvoir être pénétrante. L'état d'anxiété du malade, les douleurs vives qu'il accusait ne pouvaient s'expliquer par la présence des deux plaies, quand même l'une eût intéressé le poumon, dont la blessure n'est pas, on le sait, très douloureuse. On était dès lors autorisé à soupçonner un épanchement rapide; mais dans ce moment les signes physiques manquaient, et la blessure, étant au niveau du médiastin, ne semblait pouvoir, si elle était pénétrante, produire d'épanchement sanguin, la mammaire interne étant plus en dehors. Mais le lendemain, on trouvait tous les signes d'un épanchement, qui s'accrut rapidement et remplit la plèvre droite en trois ou quatre jours. Cependant, il n'y avait point de réaction inflammatoire, pas d'accidents généraux graves. Cette absence de symptômes généraux permettait de temporiser. On mit en usage les révulsifs, les émissions sanguines, puis les purgatifs répétés. Au bout de quelque temps, le malade parut aller mieux, et la respiration se faisait entendre dans le sommet de la poitrine. Mais, depuis dix jours, cette amélioration a cessé; la matité a repris son étendue, la fièvre s'est développée et la respiration devient difficile, de telle façon qu'il y a lieu de faire intervenir la chirurgie, les moyens médicaux restant impuissants. Or la chirurgie dans ces cas n'a pour ressource que l'opération de l'empyème.

Cette opération, qui passe à tort pour dangereuse, peut s'appliquer aux diverses sortes d'épanchements qui se font dans la poitrine, tels que le sang, le pus, le sérum, les gaz. Rarement on l'a proposée pour ces derniers, qui ne sont que le symptôme d'une maladie plus grave.

Quant aux épanchements de sérum, s'il n'y a pas de lésion organique, les médecins pensent qu'il n'y a pas besoin d'opération; aujourd'hui cependant la question a été reprise, et la thoracentèse reprend faveur. Il est évident que, s'il existe une maladie du cœur, des tubercules, etc., il est bien évident que la ponction de la poitrine ne guérira pas; il en sera de même relativement aux épanchements de pus, qui sont le plus souvent une complication de maladies graves. Dans l'épanchement de sang, la thoracentèse n'est pas toujours indiquée. Dans le début, ce serait une faute grave que de vider la poitrine, car la blessure vasculaire continuerait à verser du sang, on entretiendrait ainsi l'hémorrhagie, qui s'arrête par la pression que le sang épanché exerce; c'est là un précepte que le chirurgien ne doit jamais perdre de vue quand il s'agit d'une plaie de poitrine. Lorsque l'hémorrhagie cesse avant d'être considérable, le sang peut être résorbé; mais si l'épanchement au bout d'un certain temps ne diminue pas sensiblement, il faut opérer, et alors même encore on a la crainte de trouver un sang en partie coagulé que la ponction ne fera pas sortir. Cependant il est bon de savoir que dans les plèvres, comme dans les autres cavités séreuses, le sang ne se coagule pas avec la même facilité que dans beaucoup d'autres tissus.

Dans tous les cas, il y a toujours la difficulté de bien préciser le diagnostic; or ce n'est pas toujours chose facile, et chez notre malade en particulier le doute serait bien permis. La rapidité de l'épanchement arrivé dans les vingt-quatre heures à la suite d'une plaie de la poitrine autorise, il est vrai, à soupçonner un épanchement sanguin; mais on n'a pas vu apparaître les signes immédiats de ces sortes d'épanchement. Ainsi cette ecchymose de la base du thorax, due à l'imbibition des tissus par le sang, et sur laquelle ont particulièrement insisté Valentin et Larrey, cette ecchymose n'est pas apparue chez le malade dont il s'agit. Cependant en procédant par voie d'exclusion, on voit que l'épanchement de sang a encore pour lui toutes les probabilités; l'épanchement de pus, en effet, s'accompagne d'un état général, d'une réaction inflammatoire que nous n'avons pas observée ici; l'épanchement de sérosité suppose bien aussi un certain degré d'irritation de la plèvre, et ne se fait pas ordinairement avec une telle rapidité.

Quoi qu'il en soit, l'opération de l'empyème sembla indiquée à M. Velpeau.

Cette opération est une des plus anciennes de la chirurgie; ce fut, dit-on, un accident qui en donna l'idée, comme pour la cataracte. Quoi qu'il en soit, cette opération se pratique de diverses façons. Galien, craignant l'hémorrhagie, ouvrait la poitrine avec le fer rouge; on inventa de grandes lancettes, des bistouris pour la pratiquer, et on a même trépané une côte pour pénétrer dans la cavité pleurale. Ces procédés divers, qui sont anciens, ne doivent plus être mentionnés que pour mémoire. Un des procédés plus modernes consiste à inciser couche par couche, avec le bistouri, après avoir relevé la peau. M. Velpeau s'élève depuis longtemps contre cette manière de faire, et propose de faire tout simplement une ponction avec le bistouri, comme s'il s'agissait d'un abcès; car, dit-il, s'il y a un épanchement, le poumon sera refoulé, et on ne l'atteindra pas; s'il y a adhérence, la blessure ne saurait être dangereuse. Beaucoup de chirurgiens préfèrent cependant des instruments spéciaux ayant pour but d'empêcher l'introduction de l'air dans la cavité de la plèvre, et on a inventé une multitude de trocarts destinés à remplir ce but; tels sont ceux de Récamier, Bouvier, Guérin, etc. Celui de Reybard, avec sa peau de beaudruche, est sans contredit le plus simple; c'est celui auquel M. Velpeau, dans ce cas particulier, a donné la préférence. La fonction a été pratiquée dans l'intervalle de la cinquième et de la sixième côte, et a donné issue à un verre environ de sang diffluent. La malade a paru éprouver un certain soulagement immédiat. Nous suivrons avec intérêt ce malade et nous nous ferons un devoir de compléter cette observation.

(1) On sait que cet article est ainsi conçu: « Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : les frais de justice, les frais funéraires; *les frais quelconques de dernière maladie concurremment entre ceux à qui ils sont dus*; les salaires de gens de service, etc.

EXPÉRIENCES SUR LE SANG TIRÉ DE LA VEINE.

Raisons de la fibrination et de la défibrination du sang dans l'état pathologique.

Par M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio.

(Travail présenté à l'Académie des Sciences.)

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

CINQUIÈME SÉRIE.

Dans une cinquième série d'expériences nous avons entrepris de déterminer quels pourraient être les effets de la réfrigération du sang en dehors de la circonstance de battage. Les résultats, comme on le verra, offrent encore une uniformité frappante. Dans trois saignées différentes, nous avons reçu la moitié du sang dans une capsule entourée de glace et nous l'avons laissé se coaguler, l'autre moitié dans une capsule à température ambiante, et nous l'avons également laissé se coaguler. Le lavage a été opéré en suivant la coagulation complète des deux, soit une heure et demie après la saignée pour les deux premiers cas, et vingt-quatre heures après pour la troisième.

1° *Saignée dans un cas de céphalite à son début.*

Sang coagulé à glace, 198,70; fibrine sèche, 0,730; proportion sur mille, 3,653.

Sang coagulé à température ambiante, 174,60; fibrine sèche, 0,751, proportion sur mille, 4,301.

2° *Deuxième saignée sur le même sujet douze heures après.*

Sang coagulé à glace, 115,35; fibrine sèche, 0,482; proportion sur mille, 4,178.

Sang coagulé à température ambiante, 96,03; fibrine sèche, 0,462; proportion sur mille, 4,810.

3° *Saignée dans un cas de méningite cérébro-spinale bien caractérisée et reconnue à l'autopsie.*

Sang coagulé à glace, 142,35; fibrine sèche, 0,672; proportion sur mille, 4,720.

Sang coagulé à température ambiante, 225,35; fibrine sèche, 1,581; proportion sur mille, 7,015.

En plaçant le sang dans les circonstances que nous venons de déterminer, on voit, dans les deux premières expériences, que la fibrine est déjà grandement en excès dans le sang coagulé à température ambiante; cependant le lavage a été opéré en même temps pour les deux, c'est-à-dire une heure et demie après. Dans le troisième cas, l'excès de fibrine est tel, qu'on serait tenté de croire à une erreur si nous n'étions sûr de nos manipulations. Il est vrai que le lavage n'a été exécuté dans ce cas que vingt-quatre heures après la saignée. Essayons de rechercher la cause de cet excès de fibrine en faveur du sang coagulé à température ambiante.

Dans le sang à glace la coagulation a été bien plus rapide, sans cependant que le caillot fût parfaitement isolé du sérum qu'il retenait dans le fond de la capsule, adhérent qu'il était aux parois du vase dans ses parties supérieures. C'est à peine si la surface supérieure de ce caillot avait acquis un peu de rougeur écarlate. Le sang à température ambiante a été plus longtemps à se coaguler au contraire; le caillot se séparait beaucoup mieux des parois de la capsule et du sérum dans lequel il nageait. Une bonne partie de ses couches supérieures avaient acquis une coloration rouge-vermeil. Dans le troisième cas où le caillot de chaque sang était surmonté d'une couenne grisâtre, épaisse, celle-ci était beaucoup plus dense dans le sang coagulé à glace, et tout le caillot situé au-dessous se trouvait noir-veineux, consistant. Dans le sang coagulé à la température ambiante, la couenne était de la même couleur, plus mollasse; la partie du caillot située au-dessous avait une coloration rouge bien plus prononcée que dans le sang à glace; le caillot, en un mot, était bien isolé des parois du vase, avait la forme champignonnée et nageait dans le sérum, dont une bonne partie se trouvait immédiatement en contact avec l'air atmosphérique. Or de toutes ces circonstances nous pouvons conclure :

1° Que la glace en précipitant la coagulation, la condensation du sang, à mesure que le jet coule dans la capsule, empêche les molécules de celui-ci d'être généralement mises en contact avec l'air extérieur et empêche sa coloration en rouge-vermeil. Cette circonstance, en tenant compte de ce que nous avons observé dans les précédentes expériences, permet déjà d'établir un certain rapport entre l'augmentation de la fibrine du sang coagulé à température ambiante avec sa coloration rouge-vermeil plus prononcée.

2° Que la plus ou moins grande vaporisation du sérum ou de la partie aqueuse du sang en contact avec l'atmosphère doit être dans un certain rapport direct avec l'augmentation relative de la fibrine. Ce qui le prouve, c'est que le sang coagulé à température ambiante, ayant son caillot bien détaché, présente à la surface atmosphérique une bien plus grande partie de sérum que le sang coagulé à glace, dont le caillot adhère aux parois du vase. Plus la partie aqueuse est en rapport avec l'atmosphère ambiante, plus la vaporisation doit être grande, et plus la perte de la partie aqueuse du sang par la vaporisation est grande, plus l'augmentation relative de la fibrine doit être grande aussi. Nous pouvons représenter ces effets par les propositions suivantes : Si de deux parties du même sang, l'une a par une oxygénation plus prononcée acquis une augmentation de fibrine représentée par C, cette même partie de sang, perdant encore par la vaporisation de sa partie aqueuse plus que l'autre partie dans un temps donné, aura une augmentation relative de fibrine représentée par D. Or la somme de son excès de fibrine sur l'autre partie du sang, où celle coagulée à glace sera représentée par les quantités C+D.

On comprend maintenant que, d'après la disposition des deux sangs, si l'un perd, par exemple, en deux heures, un gramme de plus que l'autre dans sa partie aqueuse par la vaporisation naturelle, en vingt-quatre heures il en aura perdu 12 grammes de plus: ce qui donnera une augmentation relative à la fibrine. C'est précisément ce qui a eu lieu dans notre troisième expérience, où les sangs, placés dans des conditions différentes par la vaporisation, ont été abandonnés pendant vingt-quatre heures au contact de l'air.

SIXIÈME SÉRIE.

Enfin, dans cette dernière série, nous avons eu l'intention de connaître quels seraient les résultats de la contre-expérimentation des faits précédents, c'est-à-dire en lavant immédiatement après le sang coagulé à température ambiante, en laissant dix, douze et vingt-quatre heures de repos au sang coagulé à glace.

1° *Saignée dans une pneumonie lobaire* (1er degré); *lavage après coagulation du sang à température ambiante; lavage après vingt-quatre heures de repos du sang coagulé à glace.*

Sang coagulé à glace, 148,88; fibrine sèche, 0,870; proportion sur mille, 5,843.

Sang coagulé à température ambiante, 182,82; fibrine sèche, 1,012; proportion sur mille, 5,536.

2° *Saignée dans une hémoptysie symptomatique. Sang coagulé à glace lavé douze heures après repos, l'autre lavé immédiatement après coagulation.*

Sang coagulé à glace, 128,74; fibrine sèche, 0,430; proportion sur mille, 3,340.

Sang coagulé à température ambiante, 111,57; fibrine sèche, 0,340; proportion sur mille, 3,047.

3° *Saignée dans une fièvre typhoïde (période de stupeur). Sang coagulé à glace lavé douze heures après, l'autre lavé immédiatement après coagulation.*

Sang coagulé à glace, 130,02; fibrine sèche, 0,230; proportion sur mille, 1,845.

Sang coagulé à température ambiante, 122,84; fibrine sèche, 0,193; proportion sur mille, 1,579.

Voici ce que nous avons remarqué dans ces trois dernières expériences :

Le caillot du sang coagulé à glace, adhérant aux parois du vase, se détache au bout de quelques heures (trois à quatre). Dans tous les cas, au moment du lavage, nous l'avons trouvé avec une coloration rouge-vermeil dans une assez grande partie de son étendue, ce qui n'avait pas lieu dans les expériences précédentes.

Dans ces précédentes expériences, nous avions vu que, des deux sangs lavés en même temps, celui coagulé à température ambiante offrait un excès de fibrine sur l'autre sang coagulé.

Dans celles-ci, au nombre de trois, il y a augmentation de fibrine en faveur du sang coagulé à glace. Cette augmentation est d'autant plus considérable que le lavage est fait après un temps de repos plus long. C'est ainsi que, dans la première de ces trois expériences où le lavage du sang à glace n'a été fait qu'au bout de vingt-quatre heures, l'excès de fibrine a été le plus considérable. On ne peut donc révoquer en doute que la plus grande déperdition de la partie aqueuse du sang par suite de la vaporisation ne soit ici cause de cet excès, qui n'est que relatif.

Il résulte de nos expériences :

1° Que de deux parties du même sang tiré de la veine, celle qui est soumise au battage à l'air libre présente une augmentation de fibrine sur celle que l'on laisse se coaguler. Cette augmentation de fibrine est en rapport avec le changement de couleur que subit le sang, qui devient rouge-vermeil par l'action du battage ;

2° Que de deux parties du même sang soumises au battage, celle dont on élève la température à 60° ou au-dessus présente une augmentation de fibrine, preuve évidente que cette élévation de température a une action directe sur un sang hors de circulation, et que probablement une portion de son albumine coagulée se joint à la fibrine amassée pour en augmenter la somme ;

3° Que le battage a une influence plus grande sur l'augmentation de la fibrine que l'élévation de la température, puisque de deux parties d'une même saignée, celle qui est battue étant entourée de glace présente une somme de fibrine plus grande que celle qu'on laisse se coaguler à la température de 60 à 65° : ici encore la couleur rouge-vermeil du sang battu est en rapport direct avec la différence de fibrine;

4° Que, si le battage est une cause puissante d'augmentation de fibrine en mettant successivement en contact avec l'air toutes les molécules du sang qui prend une couleur uniformément rouge artériel, par une raison contraire l'abaissement de la température du sang au niveau de la glace et au repos est une cause de non-fibrination, et on pourrait presque dire de défibrination, en favorisant la coagulation spontanée du liquide à mesure que le jet coule dans la capsule et en empêchant ses molécules d'être mises en contact un peu prolongé avec l'air : c'est ce que prouvent les expériences de notre quatrième série;

5° Que cet effet de la réfrigération du sang, par rapport à la différence de la fibrine, devient encore plus frappant sur deux portions de la même saignée, dont l'une se coagule à la température ambiante et l'autre à la température de la glace. Le sang coagulé à glace présente une diminution considérable de la fibrine. Il conserve sa couleur noir-veineux d'une manière prononcée ;

6° Que la vaporisation d'une partie de l'eau du sang est une cause d'augmentation relative de la fibrine pour le sang tiré de la veine, puisque de deux parties de la même saignée lavées immédiatement après coagulation, celle qui se coagule à la température ambiante présentant un excès de fibrine sur celle coagulée à glace, cet excès a lieu en faveur du sang coagulé à glace, si on lave celui-ci dix, douze et vingt-quatre heures après coagulation, le sang coagulé à la température ambiante étant lavé immédiatement. Cette différence ne saurait être que le résultat de la perte plus grande que le sang à glace a éprouvée dans sa portion aqueuse par une vaporisation de dix, douze et vingt-quatre heures.

Essayons maintenant de rechercher les rapports qui pourraient exister entre les résultats fournis par nos expériences sur un sang sorti de la veine en dehors de sa vie propre et ce qui se passe dans les maladies à fibrination et à défibrination.

Il faut écarter d'abord pour le sang en circulation quelques circonstances qui paraissent agir puissamment sur l'augmentation et la diminution de la fibrine du sang tiré de la veine.

C'est ainsi que si, en élevant la température de celui-ci à 60° ou au-dessus, on obtient une légère augmentation de fibrine par la coagulation de quelque peu d'albumine, on ne peut conclure à un effet analogue pour le sang en circulation, parce que celui-ci ne pourrait jamais arriver à un degré pareil de chaleur; son maximum à peu près connu par la température intérieure du corps est insuffisant pour la coagulation de l'albumine, et cela doit être, puisque alors la circulation ne serait plus possible. Nous en dirons autant, à plus forte raison, pour la température à glace à laquelle nous avons soumis le sang extrait de la veine; ainsi, ces deux influences à ces points extrêmes ne peuvent être applicables au sang en circulation.

Mais si le sang en circulation n'est point susceptible d'acquérir ce haut degré de température, il constitue un foyer d'où rayonne à chaque instant et dans toutes les parties du corps le calorique nécessaire à l'entretien de la vie; cette émission du calorique a lieu par un travail tout particulier qui s'exécute sous l'influence de l'incitation nerveuse, travail organo-chimique que nous dénommons hématose. C'est par ce travail continu d'hématose que le sang veineux se convertit en sang artériel par une combustion qui donne lieu à un dégagement incessant d'acide carbonique; c'est par ce travail qu'a lieu la distribution du calorique dans toutes les parties du corps. L'hématose, loin d'être restreinte dans les poumons et le foie, s'opérerait, suivant Magnus, dans tous les points de l'organisme.

M. Collard de Martigny a constaté, chez des animaux qui avaient respiré librement, deux fois plus d'acide carbonique dans le sang veineux que dans le sang artériel. Mais quand l'élimination de cet acide était suspendue par la ligature de la trachée-artère, il abondait en proportions égales dans les deux sangs. (Journal de Magendie, t. X, p. 27.) Ces phénomènes, dit Magnus, conduisent à penser que l'acide carbonique ne se produit point dans les poumons, et que la respiration a pour effet de le séparer du sang. L'oxygène inspiré serait absorbé par les poumons, entraîné par le sang artériel dans les diverses parties du corps, et après avoir servi dans les vaisseaux capillaires, peut-être à une oxydation, mais certainement aux actes les plus importants de la nutrition, il reviendrait s'exhaler sous forme d'acide carbonique dans l'air expiré. Pour nous, c'est l'hématose s'exécutant dans tous les points des capillaires.

Eh bien! si l'on considère que, entre les deux sangs, veineux et artériel, l'une des principales conditions qui les distingue est là différence des proportions de la fibrine dans l'un et dans l'autre; si l'on réfléchit que le sang artériel est chargé d'une plus grande quantité de fibrine que le sang veineux, on sera bien forcé de convenir que cette différence tient au travail d'hématose que l'un a subi et que l'autre n'a pas encore essuyé

La couleur rouge artériel du sang résulte de l'hématose ou de son oxygénation au moyen du contact de l'air atmosphérique. La somme de fibrine du sang artériel étant plus élevée que celle du sang veineux, nous trouvons une analogie complète entre ce qui se passe dans l'organisme vivant et ce que nous avons constaté dans nos expériences. Dans celles-ci, le degré d'oxygénation artificielle du sang, en élaguant toutes les autres circonstances dont nous avons cherché à rendre compte, a été la mesure de l'augmentation de la fibrine. Il ne reste donc plus aucun doute, dans notre esprit, sur la puissance de l'oxygénation du sang, comme cause capitale de l'augmentation de la fibrine. Nous trouvons ce fait démontré par ce qui se passe sur deux parties du même sang tiré de la veine et soumises à des conditions différentes d'oxygénation. Nous le trouvons également démontré, par ce qui se passe dans les deux sangs au sein de l'organisme. Ceci nous conduit-il à trouver la raison de la défibrination du sang dans l'état inflammatoire? Nous le croyons fermement. M. Magendie a déjà établi que le sang est d'autant plus excitant qu'il est plus oxygéné, ce qui signifie que plus le sang est oxygéné, plus il est susceptible d'irriter, d'enflammer; car, qu'est ce que l'excitation, sinon un point de départ pour les deux états morbides que nous venons de nommer? N'a-t-on pas remarqué que les âges où la sanguification, l'hématose est plus active (la jeunesse, l'âge adulte) sont précisément ceux qui sont le plus exposés aux inflammations; et parmi les individus, n'a-t-on pas répété avec juste raison que ceux dits sanguins, c'est-à-dire à riche hématose, contractent plus facilement le même état morbide?

Ainsi, l'élévation de la température du sang en circulation ne saurait être une raison de fibrination, comme l'a voulu faire pressentir M. Marchal (de Calvi); ce liquide ne pouvant jamais acquérir, dans le corps, le degré qui lui est nécessaire en dehors de la veine pour donner lieu à l'augmentation de la fibrine par la coagulation de quelque peu d'albumine.

Rasori croyant trouver quelque analogie entre ce qui se passe entre deux corps que l'on frotte l'un contre l'autre, et qui s'échauffent par ce frottement, et le frottement que subit le sang dans les parois artérielles par l'accélération de la circulation, et remarquant en outre que par le battage dans un vase, le sang tiré de la veine laisse amasser sa fibrine; Rasori, disons-nous, avait cru pouvoir conclure que l'état fébrile, ou l'accélération de la circulation, est pour quelque chose dans la plus grande plasticité du sang à la suite des inflammations. Mais Rasori avait oublié qu'il n'y a aucune similitude entre le sang et des corps dont on élève la température par le frottement, entre le sang jouissant de sa vie propre dans les vaisseaux et celui qui est sans vie en dehors de ces mêmes vaisseaux.

Rasori n'avait pas pris garde ensuite que la même cause prétendue, l'accélération de la circulation, qui a lieu dans les maladies inflammatoires ou à fibrination, a également lieu dans les maladies à type opposé, les typhus ou maladies à défibrination. La même cause ne saurait donner lieu à des effets tout opposés. Il n'y a pas plus de rapport entre l'accélération de la circulation et l'élévation de la température du sang qu'entre le degré de température de celui-ci et l'augmentation de sa fibrine. Pour nous, au contraire, et d'après ce qui s'est passé dans nos expériences, et d'après ce qui a lieu sur l'homme vivant, c'est l'oxygénation plus prononcée du sang, c'est l'hématose plus active qui est cause de l'augmentation de la fibrine. Il est bien vrai qu'en disant hématose plus active, on dit aussi combustion plus active et dégagement plus considérable d'acide carbonique; mais cette combustion n'implique point une plus grande élévation de la température du sang; elle implique plus de dégagement de calorique sur les différents points du corps. Mais maintenant, comme d'après une foule d'influences difficiles à préciser, le corps transmet plus ou moins au dehors de ce calorique qui se développe en lui, il peut arriver qu'avec une hématose s'exécutant à des degrés différents, deux corps présentent absolument le même degré de chaleur; l'un, celui chez qui l'hématose est diminuée, transmettant moins de calorique aux corps ambiants, parce qu'il est devenu plus mauvais conducteur; et l'autre, celui à l'hématose plus active, en transmettant plus, parce qu'il est devenu meilleur conducteur. C'est ce qui a lieu dans les deux états opposés, inflammation et typhus, où, avec des différences très grandes dans l'hématose, le corps donne à peu près également le même degré de chaleur. Cependant, dans le typhus, l'hématose est considérablement ralentie; par conséquent, avec elle, la calorification; ce qui le prouve, c'est que tous les organes se congestionnent passivement, c'est que la respiration s'embarrasse; c'est qu'enfin la sang veineux a une couleur plus foncée, et que tous les organes languissent par insuffisance d'oxygénation du sang.

Reste à expliquer la cause de l'accélération de la circulation existant dans deux états si opposés; tout semble prouver que cette accélération dans l'état inflammatoire tient à la richesse même de l'hématose, aidée par l'excitation plus grande du système nerveux qui reçoit un sang plus riche en matière plastique, plus artérialisée. Dans le typhus, au contraire, le système nerveux paraît le mobile initial de l'accélération de la circulation; cette action du système nerveux sur la circulation est ensuite augmentée par la perversion dans son incitation propre au moyen d'un sang qui n'est plus suffisamment oxygéné, si bien que ce système nerveux peut donner lieu aux mêmes effets, l'accélération de la circulation, tout en étant placé dans des conditions diamétralement opposées, recevant un sang trop oxygéné d'une part, ou un sang pas assez oxygéné d'autre part. Quelle peut être la cause de la défibrination du sang dans le typhus? Nos expériences nous ont prouvé que de même que le sang placé dans des conditions d'oxygénation plus grande donne une somme de fibrine plus considérable, de même le sang placé dans des conditions contraires, c'est-à-dire hors d'état de s'oxygéner suffisamment, fournit une somme de fibrine inférieure; c'est donc dans ce défaut d'oxygénation ou d'hématose que nous devons chercher la cause de la défibrination du sang qui a lieu dans le typhus, et, en effet, tout concourt à prouver que, dans cet état morbide, l'hématose est incomplète ou abaissée à un degré inférieur à celui de l'état normal.

Mais il nous reste mieux que cela à faire, une fois ces deux données trouvées; il nous reste à déterminer si ces conditions du sang, hématose activée ou diminuée, précèdent ou suivent seulement les deux états morbides en question. On sait que M. Andral a eu occasion de saigner plusieurs sujets peu de temps avant qu'ils ne fussent pris d'inflammation, et qu'il n'a jamais trouvé dans leur sang une augmentation de fibrine. Ces données du savant professeur ne sont point suffisantes à nos yeux pour dégager toute relation de cause à effet. Les combinaisons organiques sont si promptes, si rapides, que, saigner un individu vingt-quatre heures avant que le stimulus n'ait imprimé à l'hématose une suractivation, et ne pas trouver une augmentation de fibrine dans son sang, ce n'est pas prouver que l'hématose ne se suractive pas quand le stimulus a agi, et que l'augmentation de la fibrine ne se lie à cette suractivation. Du moment où nous aurions prouvé que l'excès de fibrine, dans l'état inflammatoire, est lié à un excès d'oxygénation du sang, nous serions fondé à admettre que, quand le stimulus a agi, l'hématose est suractivée et la fibrine augmentée, que le stimulus ait agi sur un organe ou portion d'organe pour donner ensuite des effets généralisés, ou qu'il ait agi sur tout un système général pour aboutir à une localisation plus saillante; car, en tout cas, l'organe enflammé n'est peut-être que le réservoir où vient se déjeter le trop-plein des matières plastiques qui surchargent la circulation.

Des propositions analogues doivent être admises pour les rapports de la défibrination du sang avec le typhus.

Nous nous résumons à dire que l'augmentation de la fibrine, dans les phlegmasies, se lie comme effet à cause à la suractivation de l'hématose, de l'oxygénation du sang, sans aller plus loin pour le moment, et que la diminution du même élément du sang, dans le typhus, se lie dans les mêmes conditions de cause à effet, avec la diminution, l'impuissance de cette hématose; cette dernière proposition semble surtout prouvée, en dehors de nos expériences, par les causes qui engendrent cet état morbide, causes rattachées par la plupart des auteurs à l'encombrement des individus, au manque d'air, ou à la respiration d'air vicié par des émanations animales, à l'insuffisance de la nourriture..., etc., toutes circonstances qui, comme on le voit, tendent à diminuer l'hématose, l'oxygénation du sang.

Tout ce que nous ont démontré nos expériences, tout ce que nous venons de dire se réduirait soit à des faits sans valeur, soit à des hypothèses plus ou moins hasardées, si les contre-épreuves que nous avons l'intention de faire et qui doivent fournir matière à notre deuxième partie ne venaient point sanctionner ce que nous avons avancé.

Ces contre-épreuves consistent à recueillir les gaz expirés par des malades atteints de phlegmasies aiguës d'une part, et de typhus exempt de toute complication de l'autre. Dans ces expériences ultimes, si, chez les premiers, les gaz expirés contiennent beaucoup plus d'acide carbonique que chez les seconds, en tenant compte de toutes les circonstances d'âge, de conformation, d'amplitude thoracique, etc., nos propositions seront vraies; elles seraient peut-être controuvées dans le cas contraire. Si par ordre du ministre nous n'avions été privé du séjour de Paris pour venir en Corse, ces expériences eussent déjà été faites. Nous serons donc obligé d'attendre que la bienveillance du ministre nous ait rappelé sur le théâtre de la science pour reprendre nos travaux; en attendant, nous nous contentons d'énoncer le résultat pour lequel nous nous inscrivons en priorité. Il doit y avoir, chez un sujet atteint de phlegmasie aiguë franche, dégagement de beaucoup plus d'acide carbonique, toutes choses égales d'ailleurs, que chez un sujet atteint de typhus sans complication. La somme de gaz acide carbonique expiré par le premier doit être supérieure à celle qu'il expirerait dans l'état normal, comme la somme expirée par un typhoïde doit être inférieure à celle qui se dégagerait chez le même sujet et dans le même temps à l'état normal. Ces deux faits seuls peuvent être la preuve irréfutable du surcroît d'hématose chez le premier et de sa diminution dans le second.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 mars 1851. — Présidence de M. Rayer.

Élection.

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de physique, en remplacement de M. Gay-Lussac. La liste présentée par la section portait : en 1re ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Bravais, Cagnard-Latour; en 2e ligne, MM. Edmond Becquerel, Fizeau, Léon Foucault, de la Provostaye; en 3e ligne, MM. Jamin, Wertheim; en 4e ligne, MM. Masson, Verdet.

Après trois scrutins sans résultat, l'Académie procède, entre MM. Cagnard-Latour et Léon Foucault, à un scrutin de ballottage qui donne la majorité à M. Cagnard-Latour.

Expériences sur la sécrétion pancréatique chez les ruminants.

M. Colin, chef du service d'anatomie à l'école d'Alfort, adresse un mémoire contenant la relation d'expériences sur la sécrétion pancréatique chez les grands ruminants domestiques. Ces expériences ont été entreprises dans le but de vérifier si les propriétés que M. Bernard a découvertes dans le suc pancréatique des carnivores se trouvent également dans celui des animaux herbivores, dont le régime et le mode de digestion sont, comme on le sait, si différents; en d'autres termes, si ce suc a des caractères et des propriétés identiques chez tous les animaux indistinctement. M. Colin est arrivé à constater cette identité; il a cherché, en outre, à jeter quelque jour sur plusieurs points obscurs de cette sécrétion, notamment sur la détermination quantitative du produit sécrété dans un temps donné; sur la question de savoir si la sécrétion est continue ou intermittente; si elle est plus abondante à telle période de la digestion qu'à telle autre; si l'écoulement de son produit au dehors trouble plus ou moins profondément les actes de la digestion intestinale, etc. Voici les conclusions qui résument les résultats de ces recherches :

1° La quantité de liquide sécrété chez une vache de taille moyenne est très considérable, puisqu'elle s'élève dans une heure jusqu'à 273 grammes.

2° La sécrétion, au lieu d'être continue et régulière, éprouve des variations qui lui donnent un type intermittent. Si, à un moment donné, elle est très abondante, on la voit bientôt diminuer, devenir très peu considérable ou cesser complétement, pour reprendre une progression croissante qui, après avoir atteint son terme, est suivie d'un nouvel affaiblissement.

3° Le degré le plus élevé de la sécrétion coïncide le plus souvent avec la fin de la rumination et les moments qui la suivent. Il correspond aussi quelquefois aux heures pendant lesquelles l'animal mange.

4° Le fluide sécrété ne présente ses propriétés émulsives complètes que dans les premiers temps. Alors il est épais, visqueux, contient une forte proportion de principe albuminoïde, et forme, par son agitation avec une partie d'huile d'olives pour trois parties de suc, une émulsion parfaite qui reste constamment homogène.

5° Celui qu'on obtient seulement une heure et demie après l'établissement de la fistule pancréatique est déjà moins albumineux, et ne peut produire une émulsion homogène, même lorsque sa proportion dans le mélange devient double ou triple de ce qu'elle était précédemment.

Du reste, ces propriétés s'affaiblissent à mesure qu'il devient plus aqueux; mais il ne les perd jamais à aucune époque de l'expérimentation.

6° Par suite de son contact avec l'huile, le fluide pancréatique, qui est toujours alcalin, devient acide, ainsi que le reste du mélange. Il jouit de cette propriété à toutes les époques de l'expérimentation, et aussi bien à la température ordinaire qu'à celle du corps des animaux; seulement l'acidité de l'émulsion se produit d'autant plus vite et plus complétement que le suc est lui-même plus albumineux et que la température est plus élevée.

Causes de la fibrination et de la défibrination du sang dans les divers états pathologiques.

M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio, adresse un mémoire sur les causes de la fibrination et de la défibrination du sang dans les divers états pathologiques. (*Voir* l'article ci-dessus.)

Eau ferrugineuse de Kirouars (Loire-Inférieure).

MM. Adolphe Bobierre et E. Moride adressent une note sur la composition de la source ferrugineuse de Kirouars, près Préfailles (Loire-Inférieure), extraite d'un rapport général entrepris sur les eaux stagnantes du département de la Loire-Inférieure.

La source ferrugineuse dite de Préfailles est située au bord de la mer, dans la commune de la Plaine, en regard du village de Kirouars. L'eau de cette source, recueillie avec toutes les précautions convenables et soustraite avec soin au contact de l'air, est extrêmement limpide et possède une saveur légèrement ferrugineuse. Le résidu salin s'est élevé à 0,401 par litre; il a offert la composition suivante :

Matière organique.	7,20
Silice.	7,60
Acide sulfurique.	8,00
Chlore.	3,80
Magnesium.	2,90
Alumine.	traces.
Sodium.	18,00
Calcium.	3,72
Protoxyde de fer.	3,09
Acide carbonique et oxygène en combinaison.	45,69
	100,00

Le protoxyde de fer, dissous dans cette eau à la faveur de l'acide carbonique, s'élève donc à la dose de 0gr,012 par litre; elle peut donc être placée entre celle de Contrexeville qui en contient 0,007 et celle de Bussang qui contient 0,015.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 18 MARS 1851.

A la suite du rapport de M. Bérard, M. Velpeau demande la parole et s'exprime ainsi :

Dans l'excellent rapport de M. Bérard, j'ai remarqué une accusation contre les physiologistes qui m'a paru un peu trop sévère : « Tout le monde croit et enseigne, dit-il, que le muscle long supinateur mérite en effet son nom, et que ce muscle, en se contractant, tourne le poignet en dehors. Or les expériences de M. Duchenne démontrent que c'est tout le contraire, et que le muscle prétendu supinateur est un véritable pronateur. »

Pour ma part, je ne puis pas accepter un pareil reproche. Il y a vingt-cinq ans, alors que je faisais des cours d'anatomie, je ne manquais jamais de faire voir, sur le cadavre, que le muscle long supinateur jouait le rôle de *fléchisseur* ou de *pronateur* avant tout, et qu'il n'opérait la supination que si l'avant-bras se trouvait préalablement dans la pronation forcée.

M. Bérard. Je n'ai pas dit que M. Duchenne eût démontré le premier les véritables fonctions du long supinateur; je n'ai parlé de ce muscle que comme exemple démontrant l'erreur qu'entraîneraient certaines dénominations si on les prenait au pied de la lettre. Je ne connaissais pas, d'ailleurs, l'opinion professée par M. Velpeau, et je suis heureux qu'il me l'ait fait connaître.

Traitement des plaies par armes à feu.

M. Gimelle, en son nom et en celui de M. Bégin, lit un rapport sur un mémoire de M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, et dans lequel l'auteur cherche à démontrer, par des faits nombreux, que dans les cas de plaies d'armes à feu il est du devoir du chirurgien de chercher à extraire autant que la prudence pourra le permettre, les corps étrangers poussés par la poudre à canon et les esquilles mobiles ou non qu'ils auraient pu produire.

Conclusions. Renvoi du mémoire au comité de publication; engager l'auteur à continuer ses recherches pour les communiquer à l'Académie.

M. Velpeau. Ce que vient de dire M. Gimelle porterait à penser que les doctrines qui ont cours aujourd'hui en chirurgie ne veulent pas que, dans les coups de feu, on procède sur-le-champ à la recherche des corps étrangers introduits ou contenus dans les blessures. Ce serait une erreur que je demande la permission de ne point laisser s'établir parmi nous. En effet, à part quelques exceptions plus ou moins excentriques qui ne peuvent pas faire loi, il n'est personne qui défende cette recherche d'une manière générale. Tous les praticiens sont d'avis, au contraire, une plaie par arme à feu étant donnée, d'en retirer dès le premier pansement les balles, le plomb, la bourre, les esquilles, etc. Seulement, il y a là deux écueils à éviter : 1° de laisser dans les parties des corps étrangers qu'il serait possible d'en retirer sans trop de difficultés ou de danger; 2° de pratiquer des opérations graves ou dangereuses par elles-mêmes, sous prétexte d'extraire des corps étrangers qui, abandonnés au lieu de l'organisme, n'occasionneraient peut-être aucun accident.

Si donc les projectiles, les esquilles, etc., sont faciles à trouver, à saisir, à extraire, tout le monde procède à leur enlèvement; et, sur ce point, M. Gimelle se trouve d'accord avec tout le monde.

Si, pour atteindre le corps étranger, on est au contraire forcé de pratiquer des débridements, des incisions, des opérations qui exposent à blesser des organes importants, tels que vaisseaux, nerfs, jointures, cavités séreuses, viscéreuses, etc., tous les chirurgiens prudents veulent qu'on s'abstienne, et ils ont, je crois, raison. On a vu tant de fois des balles, par exemple, rester d'une manière indéfinie dans les tissus sans causer la moindre gêne, que la conscience se reprocherait amèrement d'en avoir acheté l'extraction au prix d'une opération redoutable.

J'ai trouvé dans le jarret d'un homme mort phthisique, et blessé vingt-sept ans auparavant, une balle qui ne gênait en rien les fonctions du membre. Un homme du monde, que j'ai vu souvent, en avait une au sommet de la fesse depuis quarante ans, et qui le gênait si peu, quoiqu'elle fût sous-cutanée, qu'il n'a jamais voulu se la faire extraire. Les annales de la science fourmillent de faits analogues, et je pourrais en tirer de ma pratique une infinité d'autres exemples.

En somme, je crains, si l'auteur du mémoire, M. Hutin, et M. le rapporteur ne s'attaquent point ici à un fantôme ou à quelque exagération individuelle, qu'ils en soient tombés eux-mêmes dans un autre extrême, qu'ils ne se fassent les champions d'une doctrine ou d'une pratique bien autrement dangereuse. Mais je suis disposé à croire que sur ce point, comme sur tant d'autres, la dissidence est beaucoup plus dans les termes que dans les faits, et qu'au fond, c'est-à-dire au lit des malades, nous agissons tous de la même manière ou à peu de chose près.

M. Larrey. Je ne puis qu'approuver d'une manière générale la doctrine soutenue à la fois par l'auteur et par M. le rapporteur. J'aurais désiré, toutefois, que le rapport nous dît si M. Hutin avait tenu compte exactement de l'opinion de tous les chirurgiens, s'il a tenu compte également de tous les cas où des corps étrangers ont pu rester dans les organes sans causer d'accidents. Enfin, j'aurais désiré surtout que M. Hutin précisât mieux qu'on ne l'a fait les conditions dans lesquelles l'extraction des corps étrangers ou des esquilles est indiquée et celles où il existe, au contraire, une contre-indication.

M. Malgaigne. Je suis de l'avis de M. Velpeau touchant l'extraction des corps étrangers; mais je suppose que, si M. Hutin a professé dans son mémoire une opinion contraire à celle qui est généralement acceptée, c'est qu'en effet sa doctrine diffère de la doctrine générale. M. Hutin veut qu'à travers tous les obstacles, par n'importe quelles opérations qui ne compromettent pas la vie, on aille à la recherche des corps étrangers. Eh bien! c'est là une chirurgie barbare; oui, le mot n'est pas exagéré, barbare.

Mais il y a autre chose que les corps étrangers proprement dits que M. Hutin veut encore voir enlever, ce sont les esquilles; mais c'est encore là une mauvaise chirurgie; ce serait de même une chirurgie barbare s'il s'agissait d'aller chercher une esquille vers la tête du fémur, par exemple. Si toutes les esquilles mobiles devaient être enlevées sous peine de non-consolidation, nous ne verrions jamais se consolider ces fractures dans lesquelles les fragments sont si nombreux qu'on a pu comparer la crépitation qu'on obtient au bruit qu'on produirait en remuant un sac de noix. Or, tout le monde sait que ces fractures se consolident très bien. Loin de faire avancer la science, c'est donc vouloir la faire rétrograder que de conseiller d'enlever les esquilles qui tiennent encore aux parties vivantes. Voilà où est le grand tort de M. Hutin. Si, au contraire, M. Hutin n'a voulu soutenir que ce qui est accepté par tout le monde, son travail ne méritait guère les éloges qui lui ont été donnés.

M. Bégin. Il est facile de prêter à ses adversaires des opinions exagérées pour les combattre plus facilement. Ce que M. Malgaigne a dit n'est pas parfaitement exact : M. Hutin n'a jamais prétendu que dans tous les cas on dût, à travers tous les obstacles, aller à la recherche d'un corps étranger ou d'une esquille pour l'extraire. Mais il n'est pas vrai non plus que la doctrine professée par M. Hutin soit celle qui est universellement adoptée. Dans la dernière discussion qui a eu lieu à l'Académie sur les plaies d'armes à feu, la doctrine générale a été que lorsque des esquilles tenaient encore, quoiqu'elles fussent mobiles et même déplacées, il fallait les respecter et les remettre en place. Eh bien! c'est là une doctrine non pas barbare, mais déplorable, une doctrine contre laquelle j'ai dû m'élever alors et contre laquelle je m'élève encore aujourd'hui; c'est cette doctrine dont M. Hutin a voulu montrer par des faits nombreux les graves inconvénients. Par toutes les manœuvres que la prudence permet, les esquilles mobiles doivent être enlevées, et la chirurgie imprudente serait celle qui laisserait en place ces esquilles.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. (Renvoi au comité de publication; engager l'auteur à continuer ses recherches.)

CORRESPONDANCE.

Distribution des thèses de concours.

Nous nous empressons de publier la lettre suivante, que nous avons reçue hier. Nous avons été témoin des scènes fâcheuses que rappellent les auteurs de cette lettre, et, comme eux, nous avons dû les déplorer. C'est assez dire que nous approuvons tous les moyens qu'on pourra imaginer pour les prévenir. Celui dont l'initiative appartient à nos jeunes confrères nous parait excellent, et nous le recommandons, dans l'intérêt de tout le monde, à l'attention de MM. les candidats.

Monsieur le Rédacteur,

Vous n'avez peut-être pas été témoin des scènes déplorables qui accompagnèrent l'année dernière les distributions de thèses de concours; mais il n'est guère possible que ces faits n'aient pas été portés à votre connaissance.

Nous ne vous rappellerons ni les luttes auxquelles donna lieu la thèse de M. Malgaigne, luttes d'autant plus scandaleuses qu'elles avaient pour théâtre la voie publique, ni les inconvenantes interruptions qu'eut à affronter à cette occasion un des candidats les plus honorables. C'est pour éviter que pareilles scènes, si peu dignes de notre École, se renouvellent que nous venons, en nous faisant l'organe d'un grand nombre de nos collègues, solliciter la publicité de votre journal pour la réclamation suivante :

Nous demandons le tirage à un plus grand nombre d'exemplaires des thèses du concours actuel, afin qu'une délivrance supplémentaire puisse au moins en être faite chez le libraire éditeur à un prix de vente raisonnable qu'il fixerait lui-même aux élèves munis de leurs feuilles d'inscription. Ce moyen éviterait, en outre, les incessantes et exigeantes sollicitations qu'ont à endurer MM. les candidats dont on assiège le domicile au jour de la soutenance.

Veuillez agréer, etc.

J.-H. Luzarey, C. Tassard,
J. Cambon, J. Lautré.

— Le docteur Kreuzer, professeur au Collège vétérinaire de Munich, a, dit-on, été suspendu récemment de ses fonctions pour avoir fait allusion dans ses cours à la pratique superstitieuse encore répandue dans le peuple des campagnes qui consiste à faire dire des messes par les moines franciscains dans le cas d'épizooties.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 35. — MARDI 25 MARS 1851 (24e ANNÉE.) N° 35. — MARDI 25 MARS 1851

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 24 MARS 1851

Sur le pneumothorax

ET SUR LES PHÉNOMÈNES ACOUSTIQUES AUXQUELS IL DONNE LIEU.

Tel est le titre d'un travail que M. Monneret vient de publier dans un des recueils les plus sérieux de la presse scientifique, dans les *Archives de Médecine.* Ce n'est pas sans quelque hésitation que nous nous sommes décidé à parler de ce travail, car nous avons quelques raisons de croire que M. Monneret, à l'exemple de beaucoup de poètes, ne goûte que très médiocrement certain précepte de l'art poétique, et parler de son travail, c'est nécessairement se résoudre à lui rappeler ce précepte. Mais puisqu'il est dit que chacun doit suivre sa destinée, et que celle du critique est d'être un homme ignorant ou sans conscience toutes les fois qu'il n'allume pas son encensoir, résignons-nous à n'avoir pas le sens commun pour aujourd'hui.

La première chose qu'un lecteur doive chercher dans un travail, c'est, à notre avis, le but que l'auteur s'est proposé. Nous avons donc cherché ce but dans le mémoire de M. Monneret, sans pouvoir nous flatter de l'avoir découvert. Du reste, en cas que l'insuccès de nos efforts tienne à la complexion de notre intelligence, et afin que le lecteur puisse suppléer à notre faiblesse, nous allons reproduire l'exorde de M. Monneret, où il expose lui-même l'objet de ses recherches.

On a beaucoup critiqué le passage où Laënnec explique le tintement métallique d'une manière assez bizarre; mais qu'importe cette tache légère lorsqu'on suit les développements si lucides et si précis dans lesquels il entre quand il décrit les symptômes, les causes et les lésions de la maladie? On peut se convaincre que, loin de faire provenir dans tous les cas le tintement de la chute d'un liquide, il ne tarde pas à en découvrir la véritable cause. « Il dépend toujours de la résonnance de l'air agité par la respiration, la toux ou la voix à la surface d'un liquide qui partage avec lui la capacité d'une cavité contre nature formée dans la poitrine. » (*Traité de l'ausc.*, t. I, p. 138, édit. 1837.) Il savait très bien que la communication entre la plèvre et les bronches n'est pas nécessaire à la production du bruit pathologique; il en cite un exemple d'où, suivant son habitude, il fait sortir les considérations les plus élevées sur l'origine et la cause des symptômes qu'il a si bien observés. Il me serait facile de montrer que Laënnec n'a ignoré aucune des conditions les plus importantes et les plus nécessaires à la formation des phénomènes sonores; mais cette démonstration est superflue pour ceux qui connaissent la sagacité merveilleuse de l'illustre auteur de l'auscultation. Les faits que j'ai observés et dont je vais exposer la relation ne font que confirmer les remarques déjà contenues dans le *Traité de l'auscultation.* Je me suis seulement appliqué à déterminer rigoureusement les conditions physiques au milieu desquelles les phénomènes sonores du pneumothorax prennent naissance, et surtout les causes qui modifient la propagation du son et le timbre des bruits. Je désire ne pas ajouter une théorie de plus à celles qui existent déjà; elles sont assez nombreuses pour que je sois sûr par avance que mon opinion a été déjà développée par plus d'un auteur.

Que le lecteur fasse des méditations sur ce singulier exorde. Voici le résultat des miennes : je trouve dans l'exposé de M. Monneret des ambiguïtés, des erreurs, des contradictions, des contre-sens partiels, mais je n'y trouve aucun sens général déterminé.

Par exemple :

1° Laënnec a découvert la véritable cause du tintement métallique; « il dépend toujours, etc..... » — Ce passage de Laënnec (lorsqu'on supprime ce qui a rapport au liquide) signifie tout simplement que le tintement métallique est produit par des vibrations sonores, ou, en d'autres termes, que c'est un bruit. On peut être un grand admirateur de Laënnec sans admirer une telle explication, et c'est ce qu'ont fait tous les auteurs qui ont parlé du tintement métallique. S'il s'agit de l'influence que Laënnec attribue à la présence d'un liquide dans la production du tintement, on doit reconnaître, sans manquer à la mémoire de Laënnec, que cet illustre observateur s'est trompé d'une manière complète. J'ai montré par des observations et par des expériences qui ont été répétées depuis, que la présence d'un liquide n'était nullement nécessaire à la production du tintement métallique.

2° « Il me serait facile de démontrer que Laënnec n'a ignoré..., etc. » — Que faut-il entendre par ces paroles? M. Monneret a-t-il voulu parler des phénomènes sonores du tintement métallique ou des phénomènes sonores en général? Dans le premier cas, il est évident que M. Monneret aurait tort, d'après ce que nous avons dit dans l'alinéa précédent. Dans le second cas, il faudrait admettre que Laënnec en savait en acoustique plus que Dulong, Biot et Savart, ce qu'il n'était pas *superflu* de démontrer, quelque haute idée que l'on puisse se faire (et nous, nous la faisons grande) de la sagacité de l'illustre auteur de l'auscultation.

3° Les faits que M. Monneret a observés ne font que confirmer les remarques....., » etc. Quelles remarques? S'agit-il de celles qui attribuent le tintement métallique à la chute d'une goutte de liquide, ou de celles qui disent que le tintement métallique est une vibration de l'air agité à la surface du liquide? Dans les deux cas, ce serait une erreur. Mais ce n'est pas là en réalité ce qu'a voulu prouver M. Monneret, autant qu'il est permis de le comprendre à travers les détails un peu ambigus de sa rédaction. Pour M. Monneret, il y a un *liquide* capable d'entrer en vibration lorsqu'il existe, sur les parois d'une cavité, un orifice dont les bords pseudo-membraneux, muqueux, etc., sont plus ou moins humectés, c'est-à-dire lorsqu'ils ne sont pas absolument secs comme du parchemin. On conviendra que ce n'est pas de cette façon que Laënnec comprenait ni que l'on comprend généralement l'action du liquide dans la production du tintement métallique. Ainsi M. Monneret, s'il avait démontré ce qu'il admet et ce que j'ai en effet démontré être la vérité, aurait prouvé précisément le contraire de ce qu'a avancé Laënnec, loin de « confirmer les remarques de l'illustre auteur de l'auscultation. »

4° M. Monneret s'est appliqué à déterminer rigoureusement..., etc. Qu'a donc déterminé M. Monneret? Le voici : il a observé et fort incomplètement décrit trois cas d'hydro-pneumothorax. Dans le premier et le troisième, il existait des orifices de communication très évidents, situés au-dessus du liquide, entre la plèvre et les bronches; dans le second, la communication qui avait existé *semblait* être oblitérée. Dans le premier cas, M. Monneret a entendu le tintement métallique et le souffle amphorique; dans les deux derniers, le second de ces bruits seulement. D'où M. Monneret conclut :

1° « Que le tintement métallique est un bruit *hydraulique* » (c'est-à-dire produit par la vibration d'un liquide; et l'on sait ce que M. Monneret entend par liquide) «avec *covibration* de l'atmosphère intra-pleurale;»

2° Que le souffle amphorique est un *son solidien* qui se transmet, soit à travers le tissu du poumon, soit à travers la fistule pleuro-bronchique, jusqu'à l'air contenu dans la plèvre, qu'il fait *consonner.*

Mais comment ces conclusions, assez obscures d'ailleurs, résultent-elles des trois faits résumés ci-dessus? Pourquoi surtout de ces trois faits plutôt que de cent autres? Il serait difficile de le dire; d'autant plus difficile que la première des trois observations (la seule où l'on ait entendu le tintement métallique) « ressemble, suivant les expressions de M. Monneret, à un grand nombre de cas pareils rapportés par les auteurs. » Je sais bien que M. Monneret accompagne ces faits d'explications, de commentaires plus ou moins hasardés, et qui ont un rapport plus ou moins intime avec l'objet de la discussion; mais dans toutes ces explications et commentaires, nous n'avons pu trouver que quelques erreurs d'appréciation, soit touchant les phénomènes pathologiques, soit touchant l'opinion que les auteurs ont émise sur les phénomènes du pneumo-thorax. M. Monneret ne nous paraît avoir eu raison que dans la dernière

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Décidément mon sort de feuilletoniste va devenir intolérable, si le premier-Paris et l'entre-filet empiètent sur mon domaine; le butin de ma chronique n'est pas assez riche déjà pour qu'on m'en rogne la portion la plus appétissante : le vent qui vient à travers les grilles de l'École de Médecine m'avait apporté les doléances de M. Piorry, et pendant que je les transcrivais sur mon bulletin hebdomadaire, le même vent faisait onduler les mêmes plaintes à l'oreille de notre rédacteur principal qui, ayant sur moi l'avantage d'un numéro, s'est bel et bien approprié mon revenu, avec un sans-façon que je me dispense de qualifier. Ce n'est pas tout, car un premier crime est toujours le prélude d'un nouveau et plus horrible forfait : cette fois le vol (car je ne recule pas devant la gravité de cette épithète qui seule exprime toute mon indignation), cette fois le vol a été commis avec connaissance de cause et la préméditation qui l'a accompagné rend encore l'action plus blâmable. Lisez le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* et dites-moi en votre âme et conscience si je n'ai pas le droit de crier : au voleur! au voleur!!

Quoi! des héritiers avides et ingrats contestent à un de nos confrères le bénéfice de l'article 2101 du Code civil, sous le fallacieux prétexte que le malade est mort par suicide et non des suites de l'affection dont il était atteint, comme si le suicide n'était pas le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le résultat ou tout au moins l'épiphénomène d'une maladie, et je n'aurais pas le droit de juger à mon point de vue ces prétentions ridicules et de défendre *unguibus et rostris* la seule et faible garantie que la loi nous accorde!! Mais si ces prétentions étaient admises, la garantie de l'article 2101 du Code serait dans beaucoup de cas illusoire, car je trouve dans la statistique des suicides à Paris seulement, dressée avec beaucoup de soin par la préfecture de police, que sur 511 suicides les causes sont ainsi réparties : 100 par amour ou chagrin; 148, *maladies*; 69, mauvaise conduite, perte au jeu; 100, misère, perte de place, dérangement d'affaires; 94, motifs inconnus. Ainsi, les malheureux poussés à s'ôter la vie par suite de maladies ou par le désir de fuir la souffrance occupent le premier rang dans cette triste statistique et dans les cas nombreux où les soins médicaux ont été certainement très longs et très ardues, les bénéfices de l'article 2101 du Code nous seraient ravis! mais c'est à douter de tous les articles du Code, c'est à ne plus croire au législateur, à la justice, à rien, c'est à se briser..... Oh! pourquoi notre rédacteur en chef a-t-il fait là-dessus un entre-filets si sagement pensé? De quels beaux et terribles mouvements d'indignation n'a-t-il pas privé ma plume? Amis du feuilleton, dites, oh! dites au moins pour me consoler, ne suis-je pas traîtreusement volé?

A présent que le mal est fait, que mes imprécations s'en iraient au vent, comme les feuilles mortes des bois, sans aucun résultat, je veux pratiquer la vertu chrétienne et ne garder dans mon cœur ni haine ni rancune. D'ailleurs, le monde n'est pas encore assez parfait et les hommes pas encore assez animés de l'esprit du bon et du juste pour que les tribunaux ne s'ouvrent qu'à une seule cause; pour une qui nous échappe, dix arrivent sous notre plume et nous n'avons souvent que l'embarras du choix.

Heureusement pendant cette semaine je n'ai pas été soumis à cette épreuve, et à défaut du différend survenu à la Faculté de médecine et du procès en négation de l'article 2101 du Code civil, je ne pouvais laisser passer sous silence les infortunes de l'agent pharmaceutique de la ville de Rouen.

Chantez, greffiers, procureurs et avocats, car jamais procès ne s'offrit sur une échelle plus vaste et dans des circonstances plus comiques!!

L'étude des sciences, qui adoucit les maux de l'homme, n'a point produit ce bienfaisant effet sur les pharmaciens de Rouen et n'a pu leur faire perdre leur caractère de Normands; la chicane est leur essence, et il y aurait plutôt, comme dit la chanson, des montagnes sans vallons, des rivières sans eau, qu'un Normand sans procès.

Or donc, MM. les pharmaciens, s'étant un jour aperçus que les épiciers, droguistes et liquoristes de leur ville se permettaient de vendre en détails quelques produits ressortant de la pharmacie, tels que sulfate de soude, élixir de longue vie, etc., etc., se frottèrent joyeusement les mains et virent là matière à procès.

N'allez pas croire qu'un sentiment de lucre ou de basse jalousie fût le mobile de la chicane; d'aussi mauvais instincts n'entrent pas dans l'âme des pharmaciens, et ceux de Rouen en particulier n'invoquèrent dame justice que pour obéir à leur insatiable besoin de plaider.

Les épiciers, liquoristes et droguistes étaient en faute; ils furent condamnés. Je dois à la vérité de dire qu'aucun sentiment de haine ne germa dans leur cœur; car, règle générale, une condamnation en justice est pour l'enfant de la Normandie une première manche perdue d'une partie liée. Dans cet heureux pays les procès sont comme les bœufs de la ballade, ils vont toujours deux à deux.

Cependant un long temps s'écoula depuis le jour où les droguistes avaient été condamnés, et l'on craignait déjà de voir se modifier les habitudes normandes, quand MM. les pharmaciens reçurent d'un village aux environs de Rouen une lettre affranchie, dont la teneur identique pour tous était conçue en ces termes :

« Monsieur,

» Il y a deux ans à peu près j'ai été atteint d'une affection vénérienne que vous avez guérie avec tout le talent qui vous caractérise. Aujourd'hui je suis attaqué du même mal, et je viens de nouveau recourir à votre science et à vos lumières.

» Il y a plus de huit jours j'aperçus à la racine du gland une couronne de petits boutons auxquels je n'attachais pas beaucoup d'importance. Depuis lors ces boutons se sont crevés et ont laissé des ulcérations qui vont tous les jours s'agrandissant. D'après ce que vous me dites à l'époque de ma première maladie, j'ai reconnu sans peine que j'avais des chancres rongeants.

» Ce n'est pas tout. Je suis également affecté d'un écoulement verdâtre qui me cause d'horribles douleurs dans l'érection; ce qui, hélas! ne m'arrive que trop souvent.

» Quelques élancements se font aussi sentir du côté des aines, et je redoute des bubons.

» Veuillez, je vous prie, me répondre courrier par courrier, m'in-

proposition de son exposé : « Je désire ne pas ajouter une théorie de plus à celles qui existent déjà ; elles sont assez nombreuses pour que je sois sûr *par avance* que mon opinion a déjà été développée par plus d'un auteur. »

Qu'est-ce à dire *par avance?* M. Monneret a donc dédaigné de lire tout ce qu'on a écrit sur le tintement métallique, à l'exception de ce qu'a écrit Laënnec? C'est là un tort. Si M. Monneret avait pris cette peine, il aurait vu que non-seulement il n'a pas fait une théorie nouvelle, car on ne fait pas de théorie quand on émet des propositions n'ayant aucun sens précis, mais il se serait en outre convaincu que les faits qu'il a vus et d'autres encore ont été observés par plus d'un auteur, et que ces faits ont été interprétés, catégorisés avec une précision qui rendait parfaitement inutiles les vagues détails que M. Monneret a cru devoir livrer à la publicité, dans l'intention apparente et plus ambitieuse qu'utile de défendre la gloire de Laënnec qui n'en a nul besoin.

On sait notre estime pour le talent dont M. Monneret a fait preuve en maintes occasions ; nous ne venons donc pas de juger l'homme, mais seulement une production qui n'a pas de raison d'être. C'est la seconde fois en quelques mois que M. Monneret enfante une pareille production ; il est temps de chercher à l'arrêter dans cette voie fâcheuse où il ne tarderait pas à perdre tout le crédit scientifique dont il jouit. Si M. Monneret sait interpréter nos intentions, il nous saura gré de notre critique ; mais, quoi qu'il en arrive, nous continuerons notre métier. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Du typhus.

(Suite. — *Voir* le numéro du 11 mars.)

Outre les trois périodes décrites dans la précédente leçon, il en est encore deux importantes à étudier, la période d'imminence et la convalescence.

1° La période d'imminence comprend tous les accidents précurseurs, ce qu'on appelle les prodromes. Sauf des cas très rares et souvent contestables, le typhus ne débute jamais sans accidents préalables qui appellent l'attention du médecin. Ces accidents se montrent sous deux formes : la première nous offre tous les symptômes des dyspepsies saburrales joints à un plus haut degré d'abattement des forces que dans l'état saburral ordinaire ; le malade éprouve déjà des frissons, de la fatigue, du brisement dans les membres, une douleur obtuse à la tête et parfois des appétits singuliers. On a de plus à noter la coloration jaunâtre de la langue, l'amertume de la bouche et la lenteur que le malade affecte à se mettre en mouvement ; il y a une propension insolite au sommeil, qui est agité et troublé ; puis arrivent bientôt les symptômes dus à l'irrégularité et à l'imperfection des fonctions digestives. Cet état peut durer deux à trois septenaires.

Chez d'autres malades, les accidents précurseurs revêtent déjà un caractère plus pathognomonique. Dès les premiers jours, la stupeur est empreinte sur la face, les facultés intellectuelles ne sont plus intactes ; la langue est tremblante, la céphalalgie continuelle et la pesanteur à la tête extrême. Les phénomènes saburraux sont eux-mêmes accompagnés de symptômes dominants ; une diarrhée abondante précède la maladie de quatre ou cinq jours, et épuise déjà le malade, qui éprouve une sensation de douleur dans la fosse iliaque droite, tandis que le médecin y perçoit du gargouillement ; on peut dès lors pronostiquer que des symptômes très graves se passeront du côté de l'abdomen.

Deuxième forme des accidents précurseurs. — Les malades qui éprouvent des symptômes vertigineux pendant les prodromes ne sont pas sujets aux mêmes dérangements des fonctions digestives ; mais les fonctions de relation et de locomotion sont bientôt atteintes ; ils ont de la tendance aux syncopes et aux lypothymies ; pour peu qu'ils veuillent fixer leur attention, ils ont du bruissement dans les oreilles ; les douleurs de tête sont vives et l'insomnie continuelle. Ces symptômes durent de trois à quatre jours sous la forme d'accidents vertigineux ; puis l'appétit se perd, la dyspepsie s'établit ; une couche grisâtre couvre la langue, et bientôt le typhus se déclare. En lisant les descriptions des fièvres putrides, pernicieuses, etc., qui ne sont pour nous autre chose que le typhus, on voit que des observateurs, qui étudiaient ces maladies en temps d'épidémie, en ont été frappés eux-mêmes tout d'un coup, et le fait est vrai, car c'est subitement qu'arrivent ces accidents vertigineux précurseurs du typhus. Le nombre des malades qui ne subissent pas ces prodromes est très limité et nous paraît très contestable.

Convalescence. — Quand le typhus est terminé, il s'en faut bien que le malade soit revenu à l'état de santé. La convalescence est l'état intermédiaire entre la maladie et l'état complet de santé ; elle participe toujours de la forme des accidents qui ont dominé pendant le typhus ; l'imperfection des fonctions subsiste pendant quelque temps, et si les malades pouvaient rendre un compte exact de leur position, on verrait que *deux ordres* de fonctions sont encore en souffrance. Ainsi le *tube digestif* et le *système nerveux* sont le siége des symptômes de la convalescence.

1° *Tube digestif.* — Les digestions restent difficiles, irrégulières pendant quelque temps ; les individus qui digéraient parfaitement certains aliments épicés de haut goût, les boissons spiritueuses, etc., ne peuvent plus le faire après leur maladie, et s'ils en font l'essai, il survient des douleurs cardiaques, des coliques, suivies d'évacuations. Cependant le besoin de hâter le retour des forces débilitées engage les malades à réparer ces pertes par l'ingestion d'aliments abondants ; s'ils cèdent à ce désir, ils éprouvent bientôt une douleur vive à l'épigastre ; la digestion est très pénible ; le ventre est très tendu, et ne reprend sa souplesse qu'après plusieurs selles liquides et abondantes. Le pouls reste ordinairement un peu fréquent. Cette surexcitation du système circulatoire est le plus souvent liée à l'irritabilité du tube digestif, et n'en est peut-être qu'un symptôme. C'est à cette époque que se développe à un assez haut degré, chez certains convalescents, l'aptitude aux plaisirs vénériens, sous l'influence de l'excitation de l'appareil circulatoire.

2° *Système nerveux.* — Un grand nombre de ceux qui ont été frappés du typhus ne peuvent plus se livrer à l'exercice régulier des facultés intellectuelles ; il y a de la lenteur dans la conception des idées et dans leur expression. Il faut quelquefois aux convalescents une force d'attention extraordinaire pour suivre les conversations que l'on tient devant eux ; ils sont dans un état d'imbécillité qui peut approcher de l'état maniaque. D'un autre côté la marche est lente, indécise, très fatigante pour les malades ; ce qui prouve que l'incitation nerveuse est encore notablement affaiblie ; l'irascibilité très commune chez les convalescents, leur imagination très prompte à s'effrayer peuvent souvent occasionner des spasmes et des convulsions, dont la fréquence et la durée sont en rapport avec la débilité des sujets. Aussi tous ces phénomènes disparaissent-ils avec le rétablissement des forces.

Anatomie pathologique. (Historique.) — L'anatomie pathologique comprend l'étude des lésions appréciables qui se développent pendant le cours du typhus dans le système digestif, dans le système lymphatique, les voies respiratoires, les téguments internes et externes, et dans les liquides circulatoires. Depuis les travaux de Lieutaud et Portal, fondateurs de l'anatomie pathologique, les lésions occasionnées par le typhus sont assez bien connues. Les désordres les plus apparents se voient sur les membranes muqueuses, intestinale surtout, et sur le système lymphatique du mésentère ; phénomène signalé depuis longtemps par ceux qui ont décrit les fièvres *graves*.

Ainsi, Sarcone, en parlant de l'épidémie typhode de Naples de 1776, dit qu'on trouve sur l'intestin des taches gangrenées. Cotugno, qui correspondait avec Sarcone, les avait remarquées aussi ; de même Spigel. On pourrait ainsi citer presque tous les auteurs qui se sont occupés de ces fièvres ; il ne faut donc pas rapporter l'honneur d'avoir trouvé ces lésions à ceux qui n'ont fait que reproduire en termes plus ou moins heureux les recherches de leurs devanciers. Il y a loin cependant, il faut l'avouer, des descriptions un peu vagues qu'en ont laissées les pathologistes du siècle dernier aux connaissances précises que nous possédons aujourd'hui.

Ainsi, déjà en 1552, époque à laquelle une épidémie typhode des plus graves ravagea la Flandre, Cornelius Gemma, qui la rapporte, parle en termes très explicites des ulcérations qu'il trouva sur la muqueuse des voies digestives, et de l'inflammation des ganglions mésentériques ; mais il se contente de constater le fait sans en chercher l'interprétation. Il était réservé à Lecat, chirurgien distingué du dernier siècle, de la découvrir. En 1764, Rouen fut décimé par une épidémie ; on l'attribuait à un brouillard qui s'était étendu pendant deux jours sur une partie de la ville. Le collége des médecins de Rouen s'assembla et interpréta la maladie à la manière de Sylvius de Leboë, en lui assignant pour cause la corruption des humeurs. Mais cette décision fut combattue en termes très énergiques par Lecat, homme sévère, trop sévère peut-être : « Cette maladie, leur dit-il, est une affection inflammatoire du tube digestif. Voyez la muqueuse du tube digestif ; elle est couverte de pustules avec bourbillons gangréneux ; et dans l'intervalle de ces pustules, la muqueuse est tapissée de taches rouges. Les ganglions mésentériques sont enflammés, rouges, près de suppurer ; c'est donc une inflammation du tube digestif, et son intensité est assez grande pour qu'il n'y ait pas lieu d'être surpris de voir les malades succomber au délire sans qu'on puisse pourtant trouver de phlogose sur le cerveau ou ses annexes. »

Cette théorie, qui fit la fortune du système de Broussais, n'en était pas moins une erreur ; car, comme nous le démontrerons plus tard, cette inflammation n'est qu'accessoire, et ne constitue pas l'essence de la maladie. La science en était là, lorsque l'ouvrage de Prost, qui parut en 1812, fit connaître, sur l'anatomie pathologique du typhus, à peu près toutes les données que nous possédons aujourd'hui.

A l'autopsie, la membrane muqueuse du tube digestif présente toujours les cryptes mucipares à un certain degré de développement et de tuméfaction, non dans toute l'étendue de l'intestin, mais ordinairement dans la dernière moitié, le dernier tiers de l'intestin grêle, jusqu'au cœcum ; et même quelquefois au commencement du colon, on aperçoit de petites tumeurs coniques, disséminées de loin en loin dans tout le pourtour de l'intestin sous forme de boutons ; ce sont les follicules isolés de Brunner qui ont subi un certain développement. En même temps, les cryptes mucipares de Peyer, qui prennent naissance vers le dernier tiers de l'intestin grêle, et forment une bande continue qui s'étend au delà de la valvule iléo-cœcale en occupant dans l'intestin le côté opposé à l'insertion du mésentère, ces cryptes deviennent parfaitement visibles par suite de l'inflammation dont ils sont le siége. Ils se présentent sous la forme de plaques affectant une saillie plus ou moins en relief, et une injection vasculaire assez prononcée. On aperçoit aussi des points noirâtres qui sont les ouvertures de ces cryptes ; tel est le premier degré des altérations qu'on trouve dans le typhus. Dès que les plaques sont formées, elles interrompent les valvules conniventes, qui cessent d'exister là où se montrent les cryptes. Il est rare que ces diverses lésions présentent toutes le même développement ; elles sont toujours plus prononcées au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Dans cette phase de la maladie, les plaques et les follicules isolés sont encore susceptibles de résolution ; car si le bourbillon ne se produit pas, elles res-

---

diquer avec détail le traitement à suivre, et m'adresser les médicaments nécessaires, que je payerai contre livraison.

» Je vous prie de me donner quelque chose d'énergique, car je suis sur le point de me marier.

» Agréez, etc. »

Cette lettre dénote chez son auteur la connaissance la plus approfondie de la rhétorique : l'exorde est pateline et louangeuse comme les exordes par insinuation de Cicéron ; le récit est plein de faits comme ceux de Démosthène, et la *péroraison* est irrésistible (je payerai au porteur) comme la péroraison entraînante de Lally-Tollendal.

Plus de la moitié des pharmaciens se laissa prendre aux charmes de ce beau langage, et l'on s'explique difficilement comment tous ne tombèrent pas dans le piége si adroitement caché sous les fleurs de la rhétorique. Oh ! le piége était aussi profond et aussi bien ourdi qu'étaient séduisants l'exorde et la péroraison du discours : *Veuillez m'indiquer avec détail le traitement à suivre* (exercice illégal de la médecine, premier chef) ; *m'adresser les médicaments nécessaires* (deuxième chef) ; *donnez-moi quelque chose d'énergique* (circonstance aggravante).... Rien n'y manque, rien n'est oublié ! Ah ! je vous le dis avec franchise, l'amour déréglé de la chicane pouvait seul inventer une semblable machination !!

Voilà donc plus de la moitié des pharmaciens de Rouen assis sur la sellette pour exercice illégal de la médecine ; quel procès, grand Dieu ! Si l'admiration chicanière des Normands n'est pas satisfaite cette fois, il faut tirer l'échelle et désespérer de la surexciter jamais.

On prétend que la défense des pharmaciens s'appuie surtout sur cette circonstance, atténuante à leurs yeux, qu'ils ne traitent jamais que les affections vénériennes ; à ces motifs de défense, le plaisant auteur de la lettre a ajouté un argument nouveau, et fait dire par la rumeur publique que les pharmaciens ne soignent même pas toutes les maladies vénériennes, car ils n'ont jamais traité celles qui leur appartiennent en propre.

Les épiciers, liquoristes et droguistes de Rouen sont maintenant manche à manche avec les pharmaciens de leur ville. De forts paris sont engagés pour la belle.

Il n'est que trop vrai que dans presque toutes les localités les pharmaciens font une rude concurrence aux médecins ; heureux nos confrères de la Normandie qui n'éprouvent cette concurrence que dans le traitement des véroles ! je connais des pays où cette concurrence s'exerce sur tous les points de la médecine et va même jusqu'à faire faire des visites au pharmacien.

Ce n'est point ici le lieu de rechercher les causes de cette plaie du corps médical ; mais, puisque le hasard du feuilleton m'a conduit en Normandie, je ne veux pas quitter cette patrie des procès sans vous communiquer une pièce curieuse qu'un médecin normand m'a fait parvenir et qui montre que certains de nos confrères ne sont pas tout à fait étrangers à l'abandon public dont nous nous plaignons. Je transcris *littéralement* le document que je possède et ne veux pour rien au monde en altérer la virginité du texte :

« Gastralgie et antéralgie produites par une cause rhumatico-nerveuse. — Régime — Bouillon ou de veau ou de poulet avec *laittue* pour légume. — Boisson d'eau pure, aromatisée d'eau de fleur d'oranger, et sucrée si on le juge convenable. — Privation de nourritures solides — de vin et d'autres liqueurs *échauffentes* — *Traittement.* — Infusion de pincée de fleurs de tilleul et d'un gros d'anis vert pendant une bonne demi-heure dans un litre d'eau bouillante, après avoir coulé dans un linge édulcorer avec 60 grammes de sirop de fleurs d'oranger — appliquer trois fois par jour sur le ventre et le creux ou fosse de l'estomac une *lage* bouillie composée de décoction de deux *tête* de pavot blanc et de farine de graine de lin. — Prendre tous les jours, dans un demi-verre d'eau froide, une cuillerée à café de la mixture sirupeuse composée de : sirop d'éther sulfurique, sirop de fleurs d'oranger et de sirop diacode, de chaque, 30 grammes. Mêlez. — Le malade, tous les jours, le matin et le soir, prendra un bain de siége dans de l'eau tiède, c'est-à-dire dans l'eau de chaleur douce et *suportable*, pendant une demi-heure, suivant comme ses forces *pouront* le permettre. — Tous les jours, il prendra deux lavements composés d'eau de guimauve ou de *mauves*, avec addition de deux fortes cuillerées de miel. Si les lavements ne lâchent pas le ventre, on y ajoutera 9 décigrammes d'aloès *sucoterin* en poudre fine. — Lorsque cette liberté sera rétablie, on passera des lavements anodins composés de décoction de son et de 3 *décigrames* de campbre *dissout* dans un jaune d'œuf et de 12 gouttes de laudanum de Sydenham. Après être sorti de chaque bain, on l'essuyera devant un bon feu, où il se chauffera les *rins*, pour lui faire une friction avec gros comme le bout du petit doigt d'axonge de *belladona* préparé comme il suit : axonge fraîche, 60 grammes, extrait de belladona, 8 grammes — préparés selon *lart* — continuer tous *ses* moyens pendant cinq à six jours et me donner avis de l'effet qu'ils auront *produits.* — Délibéré à Rée 4 juin..... Le *traittement* ci-contre ne doit subir d'autre modification que dans les lavemens et les bains, dont il prendra un de moins chaque jour — en plus le malade prendra matin et le soir une pilule d'aloès composée comme il suit : aloès *sucoterin* en poudre fine, 12 grammes ; calomel *a* la vapeur, 1 gramme ; savon amigdalin, 12 grammes. F. S. S. des pilules de 4 décigrammes. »

Evidemment en face d'une semblable ordonnance le malade a besoin d'une foule d'explications qu'il ne peut, en l'absence du médecin, que demander au pharmacien. Or comme celui-ci est clair et concis, le malade préfère nécessairement des conseils qu'il comprend à des ordonnances qui sont pour lui des hiéroglyphes. Souvent on croit avec de grands mots et de longues phrases jeter de la poudre aux yeux du public, quand en réalité on l'aveugle. *Medice, sana teipsum !*

Félix Roubaud.

AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui ont l'intention de faire un cours pendant le semestre d'été sont prévenus que la réunion pour la distribution des heures et des amphithéâtres aura lieu jeudi 27 mars, à midi, à la Faculté de médecine.

---

lent longtemps indurées et forment la variété connue sous le nom de *plaques gaufrées.*

Mais souvent l'inflammation s'accroît, et alors commence un nouveau travail morbide très grave. La muqueuse qui revêt les follicules tuméfiés perd son aspect lisse ; on voit se produire sur la surface de la plaque une tache jaunâtre, puis au milieu un point blanc, absolument comme dans la formation du bourbillon du furoncle. L'inflammation continue, le bourbillon s'étend et la muqueuse finit par s'ulcérer. Les diverses couches de la paroi intestinale sont mises successivement à nu ; l'ulcération gagne la tunique musculaire et arrive même quelquefois à la tunique péritonéale, qu'elle finit par détruire en déterminant une perforation de 1 millimètre de diamètre environ ; mais cet accident est très rare. L'ulcération s'établit peu à peu sur toute la largeur des diverses plaques ; elle est plus ou moins régulière ; le plus souvent ses bords sont nettement découpés ; d'autres fois ils sont mal limités, peu saillants et même décollés. Ordinairement, après la chute du bourbillon, les bords s'affaissent, se tiraillent vers le centre, et le travail de cicatrisation commence. Telle est généralement la marche de l'inflammation des glandes et follicules de l'intestin.

Chez les individus qui ont succombé au typhus, tous les cryptes du tube digestif présentent une coloration pouvant varier de la simple marbrure à la teinte rouge-brunâtre violacée, produite par l'injection des vaisseaux. Il se fait une véritable suffusion sanguine entre les membranes de l'intestin; enfin, la membrane muqueuse présente une couche de mucus blanchâtre, grisâtre, plus ou moins adhérent, se détachant difficilement avec le doigt ou par le filet d'eau : c'est une couche saburrale produite par la sécrétion altérée des cryptes mucipares. Quelquefois, dans le bas fond de l'estomac, on rencontre, sous une couche épaisse de mucus, la membrane interne ramollie; cette lésion, qui s'étend à tout l'estomac, n'est qu'un phénomène cadavérique appartenant aux individus morts dans les accidents saburraux.

Les annexes du tube digestif sont aussi le siége d'altérations diverses. La vésicule du fiel, les canaux cystique et cholédoque peuvent être gorgés d'une bile noirâtre, visqueuse, qu'on retrouve aussi dans le bas fond de l'estomac; d'autres fois, la bile est séreuse, incolore; la vésicule est distendue comme par une eau visqueuse, la bile est alors blafarde, décolorée; le foie lui-même a perdu sa teinte normale. Il est rempli de sang et ramolli, il contient de la bile verdâtre; il est jaunâtre et dur, s'il contient de la bile blanchâtre.

La rate est souvent tuméfiée, ramollie, gorgée de sang, quelquefois même diffluente et ressemblant à du tissu cellulaire pilé avec du sang.

L'inflammation des ganglions mésentériques est un accident aussi commun que celle du tube digestif. Ces ganglions, au lieu d'être grisâtres et rougeâtres, peuvent quelquefois se ramollir, s'ulcérer, ressembler au parenchyme de la rate, et même présenter de la suppuration. On les a vus dans certaines circonstances convertis en apostHèmes ; c'est ainsi que nous avons vu mourir par suite de l'ouverture d'un l'apostHème dans le péritoine un de nos malades en pleine convalescence. Cette inflammation peut s'étendre aux lymphatiques profonds de l'abdomen; on en trouve alors autour des reins; comme ceux du mésentère, ils se rencontrent à tous les degrés de phlogose.

Les vaisseaux lymphatiques des bronches peuvent aussi se prendre chez les individus affectés de typhus. On voit alors les ganglions qui correspond aux lymphatiques engorgés enflammé et noirâtre à cause du carbone qu'il contient.

Le système gauglionaire externe présente lui-même un certain développement : ainsi les ganglions cervicaux, sous-maxillaires, etc., augmentent de volume d'une manière appréciable; mais cette phlogose n'égale jamais celle des ganglions mésentériques; cependant on a vu des ganglions de l'aine être le siége d'une tuméfaction assez considérable pour faire croire à un engorgement syphilitique. Quelquefois ces ganglions inguinaux suppurent, tombent en gangrène, et le malade meurt comme dans la peste; nous en avons vu trois ou quatre exemples.

L'état d'engouement de tout le système capillaire est surtout appréciable aux parties déclives; ainsi, la partie inférieure et postérieure des poumons est le lieu où la stase et l'infiltration sanguine se font de préférence; une phlogose en est la conséquence, et l'on peut constater les lésions d'une pneumo-hémorrhagie.

Le sang lui-même est le siége d'altérations consécutives, mais impossibles à limiter; en effet, le sang subit à chaque instant et d'une manière inaperçue des changements provenant de la tranformation continuelle des liquides en solides et des solides en liquides, de sorte qu'on ne peut préciser d'une manière certaine les changements survenus dans ces solides et ces liquides qui se renouvellent sans cesse.

Certains pathologistes ont prétendu que le sang des individus affectés de typhus n'était pas couenneux, et qu'il était défibriné, mais c'est là une double erreur; car, si vous saignez votre malade à la première période, vous pourrez parfaitement trouver le sang couenneux (ainsi dans l'épidémie de 1834).

La densité du sang est altérée; on trouve ce liquide coagulé, ou diffluent dans les deux cavités du cœur; cet organe lui-même est souvent ramolli, et se déchire facilement. On voit aussi dans les grosses artères du sang coagulé et de petits filaments fibrineux; enfin, on rencontre chez quelques sujets le sang infiltré dans les muscles et le tissu cellulaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 mars 1851. — Présidence de M. Danyau.

Correspondance.

M. Chassaignac donne sa démission de la commission chargée d'examiner le travail de M. Monneret. M. Lenoir est nommé membre de cette commission.

La Société a reçu :

1° Le numéro de mars 1851 du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de M. Lucas Championnière;

2° Un mémoire de M. Chassaignac sur les anévrismes des membres;

3° Une série de mémoires de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, imprimés et manuscrits, pour obtenir le titre de membre correspondant. Les mémoires imprimés sont :

1. *Essai thérapeutique sur l'iode ou application de la médecine iodée ou iodurée au traitement des maladies ;*
2. *Mémoire sur une observation de grossesse utéro-interstitielle.*
3. *Observations sur les hernies gangreneuses et de leur traitement.*
4. *Quelques considérations sur le zona.*
5. *Quelques mots sur l'emploi du seigle ergoté.*
6. *Mémoire sur les abcès par congestion.*
7. *Des remèdes antisyphilitiques, de leur appréciation et de leur application.*
8. *Considérations pratiques sur la lithotritie.*

Deux mémoires manuscrits ayant pour titre :

1. *Efficacité de la cautérisation de l'oreille dans un cas de névralgie faciale des plus intenses et des plus rebelles.*
2. *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée.* (Commissaires : MM. Huguier, Cullerier et Forget.)

4° M. Soulé, chirurgien chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, adresse deux mémoires :

1. *Quelques considérations sur les principales indications de la bronchotomie.*
2. *Un choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* (M. Demarquay, rapporteur.)

Rapport.

M. Marjolin donne une nouvelle lecture de son rapport sur une observation d'anévrisme artérioso-veineux présentée par M. Monneret. Voici cette observation :

Folias (Jean), âgé de trente-neuf ans, exerçant la profession d'infirmier, couché en ce moment au n° 9 de la salle Saint-Louis, à l'hôpital Bon-Secours, est entré au service à l'âge de seize ans et demi; à vingt ans, il prend part à notre première expédition d'Afrique, et il y est blessé grièvement par un coup de feu; il entre à l'hôpital d'Alger, et l'on constate, à la partie supérieure et externe de la jambe, une blessure profonde de laquelle on extrait dix-sept à vingt grains de plomb. Le gonflement de tout le membre inférieur et les accidents inflammatoires très graves se manifestent durant quelques jours, et pendant près de cinq mois les mouvements du membre restent difficiles. Il reprend ensuite son service militaire.

En 1833, il fit une chute qui détermina une forte contusion du genou gauche.

Depuis six ans, il s'est formé sur toute la jambe et le tiers inférieur de la cuisse gauche des varices assez considérables, qui sont encore aujourd'hui très développées, malgré l'usage continuel du bas lacé.

Enfin, le 6 janvier 1850, il fait une chute sur un trottoir; il entre à la Pitié pour une fracture du tibia et du péroné gauche à leur partie inférieure; cette double lésion, entièrement guérie dans les salles de M. Laugier, n'a laissé après elle qu'une faible cicatrice qu'on sent à peine aujourd'hui.

Il était entré dans mon service pour s'y reposer, lorsque le 24 août, pour la première fois, il sentit par hasard, en portant la main sur le milieu de la cuisse gauche, un battement dont il me parla quelques jours après. Ce fut alors que je constatai les symptômes suivants, qui n'ont subi depuis deux mois aucune espèce de modification et que représente fort exactement l'état actuel du malade.

Le membre inférieur gauche conserve son volume, sa configuration et sa couleur naturels; lorsqu'il a marché durant plusieurs heures, le bas de la jambe et la partie interne du pied se gonflent un peu et acquièrent une couleur violacée; en même temps, il éprouve de la gêne, quelques fourmillements et un sentiment de froid; on trouve sur la partie externe de la jambe une cicatrice superficielle. Dans le creux poplité et un peu au-dessous, on découvre treize grains de plomb placés sous la peau et qui ne gênent en rien le malade; l'un d'eux, qui s'est fortement écarté des autres, est placé au-dessus de la rotule et en dehors de cet os; il n'existe nulle part de tumeur appréciable. En parcourant avec les doigts le trajet de l'artère crurale à partir du pli de l'aine, on sent que le calibre du vaisseau est un peu plus considérable que celui du côté de l'artère crurale droite; ses battements sont aussi plus énergiques, et, à mesure que l'on approche du milieu de la cuisse et du passage de l'artère dans l'anneau du troisième adducteur, on perçoit un frémissement vibratoire tout à fait isochrone à la diastole artérielle et qui se continue avec force jusque dans le creux poplité et le pli de l'aine. Il va cependant en diminuant du tiers inférieur de la cuisse vers l'arcade crurale; il se transmet dans le voisinage du vaisseau aux masses musculaires qui l'entourent et au système osseux. Quant aux pulsations artérielles, elles ne sont visibles à l'œil qu'à la partie moyenne de la cuisse; on fait cesser le frémissement en pressant sur l'artère au-dessous de l'arcade crurale et en mettant obstacle à la libre pénétration du sang dans le vaisseau. L'artère pédieuse et les vaisseaux de la jambe ont conservé leur calibre normal; aucune ondulation dans les veines variqueuses.

L'auscultation fournit des signes d'une grande importance : ce qui frappe d'abord l'oreille est un son aigu sibilant désigné par tous les auteurs sous le nom de soufflet, et qui n'est autre chose qu'un bruit hydraulique ou de courant sanguin tout à fait intermittent, isochrone à la diastole artérielle, et un frémissement vibratoire déjà indiqué; immédiatement après, on entend un second bruit de courant à timbre plus sourd, plus grave que le premier et isochrone à la systole artérielle; il est facile de se convaincre que le bruit de courant est continu et qu'il est seulement couvert à des intervalles égaux par le bruit sibilant dont j'ai parlé; ces deux bruits diminuent d'abord et cessent ensuite lorsqu'on vient à presser sur la partie supérieure de l'artère crurale. Le bruit continu disparaît avant l'intermittent; on a comparé ce bruit à celui du rouet, de la lime, de la scie. J'ai aussi constaté chez ce malade un phénomène que j'ai rencontré dans quelques circonstances analogues : le bruit aigu s'entend à distance lorsqu'on approche l'oreille du stéthoscope ou même de la cuisse vis-à-vis du point où le murmure a toute son intensité; je me suis également assuré que le bruit intermittent diastolique est encore très fort au niveau de l'artère crurale et que, par contre, le bruit continu est faible, à peine perceptible. A mesure que l'on s'approche du milieu de la cuisse, les deux bruits reprennent toute leur intensité. J'ai exploré avec soin toutes les autres parties du système vasculaire, et j'ai pu me convaincre qu'elles ne s'écartaient en rien de l'état normal, que le cœur et les gros vaisseaux jouissent de toute leur intégrité fonctionnelle, ainsi que tous les autres appareils que j'ai successivement examinés.

Contrairement aux idées généralement adoptées, dit M. Marjolin, M. Monneret pense que dans l'anévrisme artérioso-veineux il y a deux sortes de bruits et deux sortes de frémissements. Les uns sont interrompus et artériels, les autres, au contraire, continus, ne peuvent appartenir qu'aux veines. Cette idée n'est, du reste, que la conséquence d'une théorie qu'il a exposée dans un autre travail sur la circulation. Le mémoire de M. Monneret peut être divisé en trois parties : 1° l'observation pure et simple; 2° la manière dont l'auteur arrive au diagnostic, interprète les phénomènes de la maladie; 3° l'examen des propositions qui résument ces idées.

Nous n'insisterons pas sur l'observation dont nous avons donné une analyse; disons seulement que l'étiologie toute traumatique de la maladie ne saurait rester douteuse un seul instant. Quant au procédé qui aurait mis M. Monneret sur la voie du diagnostic, il est tout entier dans la théorie qui lui a révélé, dit-il, la nature de la maladie. M. Marjolin fait observer que les symptômes de l'affection étaient assez évidents et assez précis pour ne pas laisser un instant de doute; mais M. Monneret tenait à démontrer l'utilité de la théorie, et il annonce, dit M. Marjolin, qu'il va fournir les preuves sur lesquelles il s'appuie pour admettre que l'artère et la veine communiquant ensemble; M. Monneret est parti d'expériences que personne ne nie pour établir une théorie des plus contestables; il n'y a aucune parité entre ses expériences et ce qui se passe dans la maladie qui nous occupe. Personne, en effet, ne nie la possibilité d'obtenir deux bruits différents, lorsqu'on fait circuler dans deux tubes de l'eau d'une manière différente. Tout le monde admet encore que si ces deux tubes sont rapprochés on a une résultante composée de deux sortes de bruits. Mais ce qu'on est en droit de contester, c'est que les faits se passent de même dans l'anévrisme artérioso-veineux, et avant tout il faudrait prouver qu'il ne peut y avoir que des bruits interrompus dans les artères et des bruits continus dans les veines, et rien n'est plus contesté. Nous opposerons de suite l'exemple de la varice artérielle.

Les preuves que cite M. Monneret à propos du frémissement ne seront pas plus concluantes. On sait que si on accolle deux tubes dans lesquels il y a un frémissement distinct, ces deux frémissements peuvent s'ajouter; mais cela ne prouve pas qu'il y ait communication entre ces deux tubes.

Si, comme le dit M. Monneret, il y a un bruit continu propre à la veine, on doit dans la varice anévrismale le trouver au moins encore pendant un certain temps lorsque le cours du sang artériel est suspendu; car non-seulement la structure intime de la veine est changée, mais il y a encore une circulation plus active. Cependant il n'en est rien; dès l'instant que l'on comprime l'artère, le bruit et le frémissement cessent brusquement. Si au contraire on permet au sang artériel de circuler, tous les phénomènes se reproduisent graduellement, jusqu'à ce que, l'artère libre de toute étreinte, le souffle et la vibration reparaissent avec toute leur énergie. Si ce sont là les expériences qui doivent fonder la théorie de l'auteur, nous les regardons comme non concluantes; mais il est une dernière décision, dit l'auteur : « J'ai souvent établi une communication anormale entre les deux tubes élastiques; celui qui représente la veine était traversé par un courant d'eau continu, tandis que j'envoyais un courant d'eau saccadé, intermittent, dans le tube artériel. J'ai trouvé constamment un bruit de courant continu, renforcé par un bruit soufflant plus intense et saccadé, soit que j'auscultasse l'artère, soit que l'exploration portât sur la veine; il suffit que les courants communiquent l'un avec l'autre ou que les parois vasculaires se touchent, pour que les sons hydrauliques soient transmis à une très grande distance. Aussi le bruit continu se mêle-t-il aisément au bruit intermittent, ou plutôt on n'entend plus qu'un seul bruit continu interrompu par un son plus aigu et saccadé. »

Puisque M. Monneret voulait imiter ce qui se passe dans la nature, ou au moins s'en rapprocher, il fallait répéter l'expérience de Scarpa.

Comment! de l'aveu de l'auteur, dans les veines il n'y a ni bruit, ni frémissement, et il commence par doucer son courant veineux d'une propriété qu'il n'avait pas évidemment.

M. Marjolin pense qu'il n'y a aucune parité à établir entre les expériences et ce qui se passe dans la veine anévrismale. Rien ne prouve qu'il y ait deux bruits et deux frémissements quand il y a communication entre l'artère et la veine; nous croyons qu'il n'y a qu'un bruit et un frémissement, dont le maximum d'intensité coïncide avec la construction ventriculaire. Ce bruit, ce frémissement sont uniquement dus au passage continu du sang artériel à travers l'orifice de communication, et c'est au niveau de ce point qu'ils sont le plus sensibles.

Tous ces signes avaient été parfaitement décrits, et il ne restait plus qu'à donner l'histoire de toutes les variétés possibles de l'affection. C'est ce qu'ont fait MM. Vidal et Nélaton en rassemblant tous les faits connus.

Comment se fait-il donc que M. Monneret adresse un reproche presque général de confusion à tous les auteurs, qui, dit-il, confondent à chaque instant le frémissement et le bruit? Cela tient à ce que notre honorable confrère a commis la méprise suivante : bruissement et frémissement pouvant s'employer indistinctement pour désigner une sensation du bruit ou du toucher, ces deux mots sont surtout employés l'un pour l'autre; mais il n'y a pas pour cela confusion.

M. Marjolin, passant à l'examen des propositions qui résument le travail de M. Monneret, les accompagne de commentaires.

1° *Proposition.* — Lorsqu'un liquide circule avec bruit dans un canal, si le bruit est continu, on peut affirmer que le liquide s'écoule d'une manière continue.

A cette proposition incontestable il faut ajouter, dit M. Marjolin, que l'intensité du bruit varie comme la rapidité du courant; et si le courant n'est pas assez intense, il pourra ne se produire aucun bruit.

2° Si le bruit est intermittent, on peut également affirmer que le liquide circule par saccades.

3° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière continue dans les veines, parce que le courant sanguin n'est point assez rapide.

Sans doute, ajoute M. Marjolin, le cours du sang est continu dans les veines, et il ne se produit aucun bruit. Mais cette absence du bruit tient-elle bien à la lenteur du courant? Rien ne le prouve.

4° Dans l'état physiologique, le sang circule d'une manière rémittente, saccadée dans les artères; mais le seul bruit perceptible est celui qui est provoqué par le choc du sang contre l'artère au moment de la diastole; le mouvement continu est silencieux.

5° Mais si, par une cause quelconque, la paroi de la veine devient malade, ou si le sang y circule avec plus de vitesse, alors un bruit continu du courant y prend naissance. Donc si chez un malade on perçoit sur le trajet d'un vaisseau un bruit continu, on peut affirmer qu'il repasse dans les veines.

M. Marjolin combat cette proposition. La conclusion n'est pas juste. En effet, quand bien même M. Monneret prouverait que dans certaines maladies des veines, lorsque le cours du sang y est accé-

léré, on entend un bruit continu, je répondrais que ce n'est pas une raison pour conclure qu'il n'y a de bruit continu que dans les veines artérielles, et qu'enfin on ne peut en aucune façon comparer ce qui se passe dans une veine malade avec ce que l'on rencontre dans une veine en communication avec une artère.

6° D'une autre part, le passage du sang dans l'artère voisine de la veine donne naissance à un bruit de courant intermittent. On a donc dans le même anévrisme : 1° un bruit soufflant veineux, renforcé par un bruit intermittent artériel; 2° un bruit soufflant d'un autre timbre intermittent artériel.

M. Marjolin objecte que, en donnant pour exemple la dilatation variqueuse artérielle, il a dû renoncer à conclure que les artères pouvaient seules présenter des bruits intermittents, et il est conduit, au contraire, à admettre la présence possible de bruits intermittents comme de bruits continus. Quant à la réalité de deux bruits de nature et de siége différents, elle nous paraît inadmissible. Il n'y a qu'un seul bruit continu dont l'intensité coïncide avec les contractions ventriculaires, et c'est ce bruit qui a reçu le nom classique *susurrus*.

7° En même temps se manifeste un phénomène tactile que l'on appelle frémissement vibratoire; celui-ci se décompose comme le bruit, en deux : 1° un frémissement continu ayant son siége dans la veine; 2° un frémissement plus fort, saccadé, se passant dans l'artère. Le frémissement vibratoire, objecte M. Marjolin, qui se trouve dans les deux vaisseaux, mais surtout dans la veine, ne peut pas plus se décomposer que ce bruit. Il est produit uniquement par le passage du sang artériel à travers l'orifice de communication; il a son maximum d'intensité au lieu même de la lésion, et il décroît à mesure que l'on s'en éloigne. Il n'admet pas qu'il y ait un frémissement saccadé propre à l'artère, et un frémissement faible propre à la veine.

8° Le seul fait de l'existence : 1° d'un double bruit A continu + A intermittent; 2° d'un double frémissement A continu + B intermittent ou artériel, me fait conclure à l'instant même à l'existence d'un anévrisme variqueux.

M. Le rapporteur nie absolument la valeur de ce fait comme moyen diagnostic.

9° Les causes hydrauliques du bruit et du frémissement continu sont : 1° la circulation plus rapide du sang veineux par l'impulsion que lui communique le passage du sang artériel de l'artère dans la veine; 2° l'agrandissement et l'artériolisation de la paroi veineuse.

Pour le rapporteur, la cause productrice du bruit et du frémissement est tout entière dans le passage continu du sang artériel à traveas l'orifice de communication; si elle résidait dans la suractivité de la circulation, on n'entendrait le bruit qu'au-dessus de l'orifice de communication. Il est cependant possible que la veine, une fois agrandie et artérialisée, devienne le siége de bruits spéciaux. Mais ces bruits ne pourraient se produire de même qu'au-dessus de la communication; car au-dessous, le cours du sang est retardé; ce n'est, du reste, qu'une hypothèse.

10° La cause du bruit et du frémissement intermittents est le passage du sang pendant la diastole à travers et sur l'orifice artériel rétréci et malade.

Pour le rapporteur, n'acceptant pas la distinction et la division des bruits et du frottement proposés par M. Monneret, il est obligé de revenir à l'opinion généralement reçue, qu'il n'existe qu'une sorte de bruit et de frémissement continu, dont le renforcement coïncide avec la contraction ventriculaire. Ce bruit et ce frémissement sont dus à la communication accidentelle de la veine et de l'artère.

En terminant, M. Marjolin dit : Lorsqu'une doctrine ou une théorie nouvelle se produisent dans la science, quel qu'en soit l'auteur, elles éveillent toujours l'attention publique; mais lorsque cette doctrine ou cette théorie se trouvent présentées par un homme déjà haut placé par ses travaux scientifiques, l'intérêt augmente, et chacun est avide d'étudier attentivement les nouvelles idées; c'est ce qui est arrivé quand M. Monneret nous a fait l'honneur de nous communiquer son travail. Nous n'avions pas cru d'abord être chargé de la tâche difficile de vous faire ce rapport; mais du moment que nous en avons accepté la responsabilité, nous nous sommes efforcé de rendre notre travail complet, en nous attachant à discuter avec la plus grande convenance les doctrines de notre honorable confrère. Nous n'avons pas à faire une critique, mais bien une appréciation sérieuse d'idées tout à fait nouvelles; les opinions que nous ne pouvions partager, nous les avons combattues, sinon avec tout le talent que demandait un pareil rapport, au moins en nous efforçant de ne pas nous écarter des formes que vous deviez attendre d'un membre de votre Société. Nous pensons que, si vous ne partagez pas toutes les objections faites à l'auteur du travail, vous adopterez du moins toutes les conclusions de la commission.

Ces conclusions sont :

1° Adresser des remercîments à M. Monneret pour son intéressante communication;

2° Envoyer son travail au comité de publication pour l'insérer dans les Mémoires de la Société.

Après le rapport de M. Marjolin, M. Chassaignac, revenant sur les phénomènes caractéristiques de l'anévrisme artérioso-veineux, s'exprime ainsi : Les descriptions symptomatologiques de l'anévrisme vagineux ont toutes fait mention du frémissement qui existe dans les veines voisines de la communication artérioso-veineuse; mais jusqu'à quelle distance de ce point le bruit peut-il être entendu, est-ce à 3, 4, 8 ou 15 pouces du point inter-communiquant? voilà un détail sur lequel gardent le silence des descripteurs même très modernes, et puisque l'on a cité M. Nélaton, je prends son livre et je vois, page 471, le paragraphe suivant :

La tumeur présente des pulsations isochrones à celles du pouls Ces pulsations sont très distinctes dans la tumeur, elles sont également perçues dans les veines dilatées autour d'elles et vont en s'affaiblissant à mesure que l'on s'éloigne du point central; elles sont accompagnées d'une sorte de frémissement facile à percevoir par le toucher. Mais encore une fois jusqu'à quelle distance du point central se propagent les pulsations et les frémissements? rien, absolument rien ne l'indique. Eh bien ! je crois avoir insisté le premier sur la grande étendue de propagation et sur le détails précis des distances. Cela sans doute ne constitue pas un signe nouveau de la maladie qui se diagnostique parfaitement bien, abstraction faite de l'étendue longitudinale des pulsations et du frémissement. Dès lors, si la constatation des distances précises n'est qu'un objet de curiosité, pourquoi y attacher tant d'importance et revendiquer ce détail? Pourquoi ? parce que suivant moi cette circonstance joue un très grand rôle dans l'appréciation des théories des bruits artérioso-veineux. Or, c'est précisément une théorie qui est en cause. Ainsi, dans la théorie généralement admise par les chirurgiens, et qui consiste à considérer la cause des bruits comme due au passage du sang de l'artère dans les veines, à travers une ouverture étroite, le fait de la grande distance de propagation vient détruire de fond en comble cette théorie, et voici comment. J'appellerai bruit orificiel celui qui se produit au point de communication tant que l'oreille ne s'éloigne pas considérablement du point de communication artérioso-veineuse; rien ne choque le bon sens ni les lois de la transmission à travers les corps solides ou liquides d'un son produit dans un point donné. Mais du moment que la distance devient considérable, des lois de transmission nous disent que ce n'est pas un bruit produit à l'orifice de communication qui peut se transmettre à de semblables distances. La théorie est donc en défaut, et il faut de deux choses l'une, ou se borner à constater les faits sans avancer aucune théorie; ou, si l'on veut absolument en formuler une, il ne faut pas qu'elle soit en contradiction avec les faits; mais qu'au contraire elle en soit la fidèle expression.

Eh bien ! nous croyons traduire plus exactement les faits en admettant que dans les bruits complexes appelés artérioso-veineux il y a deux éléments que nous désignons ainsi : 1° un bruit mécanique; 2° un bruit chimique. Pourquoi ces deux expressions? Parce que toujours le bruit est phénomène mécanique. Il y a nécessité de s'expliquer. La distinction que nous cherchons à établir repose sur le mécanisme de la production de ces bruits.

L'un nous parut dû à un frottement ou à un frôlement de l'orifice membraneux étroit, l'autre nous parut dépendre d'une combinaison chimique et moléculaire. Tout cela est contestable assurément, mais qu'on nous laisse suivre un instant cette donnée, pour voir comment elle s'adapte aux faits. Quels sont ces faits?

Dans l'anévrisme artérioso-veineux on entend : 1° un bruit saccadé isochrone au pouls; 2° un bruit continu de frémissement; 3° le bruit continu a des redoublements qui correspondent aux saccades artérielles.

Si le bruit s'entend à une grande distance de l'orifice inter-communiquant, voyons maintenant comment la théorie explique ces faits : 1° Le bruit saccadé est dû au passage du sang de l'artère dans la veine au moment de chaque pulsation; ceci se prouve : 1° par la certitude que l'on a qu'au moment de la pulsation l'artère fait porter avec plus de rapidité et en plus grande quantité le sang dans la veine; 2° par cette autre certitude que quand un liquide passe à travers un orifice plus étroit que le calibre du tube dans lequel il circule, il y a production d'un bruit; comme on le voit, c'est une cause toute mécanique qui produit le bruit saccadé. 3° Le second fait le bruit continu de frémissement; ce bruit, nous l'appellerons chimique, parce que nous le croyons dû au mélange du sang artériel avec le sang veineux. Pourquoi ce bruit est-il continu? Parce que le mélange des deux sangs est continu. Pourquoi ce bruit se fait-il entendre dans les veines? Parce que le sang artériel arrive incessamment en plus grande quantité de l'artère aux veines que des veines à l'artère. Pourquoi ce bruit continu est-il plus fort auprès de l'orifice de communication? Parce que c'est le lieu où le mélange se fait dans des proportions plus considérables. Pourquoi ce bruit, tout continu qu'il est, a-t-il des redoublements coïncidant avec les saccades artérielles? Parce qu'à ce moment le sang y arrive avec plus d'abondance et que le mélange subit un accroissement. Pourquoi le bruit continu s'entend-il à une plus grande distance que le bruit saccadé? Parce que le bruit saccadé à une cause topique et parfaitement localisée dans un point, tandis que le bruit dû au mélange des deux sangs se produit partout où s'opère et se continue le mélange.

M. Maisonneuve combat la théorie de M. Chassaignac : Si, dit notre collègue, le bruit continu est dû au mélange des deux sangs, ce mélange ayant surtout lieu dans la portion de la veine qui se trouve au-dessus de l'orifice de communication de l'artère et de la veine, c'est là seulement que l'on devrait entendre le bruit continu; or, il s'entend à la partie inférieure et supérieure du membre, siége de l'anévrisme.

M. Marjolin rejette la théorie proposée par M. Chassaignac; il ne voit pas en quoi la combinaison des deux sangs, artériel et veineux, pourrait produire le bruit continu. Les données physiques appliquées à l'anévrisme artérioso-veineux et les conditions anatomiques de cette maladie expliquent les symptômes qui s'observent. Pour ce qui est de l'étude du bruit saccadé, il fait observer que plusieurs auteurs ont insisté aussi sur la distance à laquelle il peut être perçu. Il cite Hogdson et M. Duval, qui a fait, sous l'inspiration de Chopart, une thèse sur cet anévrisme. Il fait observer, en terminant, que plusieurs causes peuvent faire varier la distance où on entend ce bruit.

— M. Loir présente une femme âgée de quarante-cinq ans, atteinte d'une double affection carcinomateuse des deux os maxillaires supérieurs.

L'une de ces affections, bien circonscrite, bornée au rebord alvéolaire, ne se prolongeant pas à la voûte palatine, se trouve à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur du maxillaire supérieur du côté gauche.

L'autre occupe la tubérosité de l'os maxillaire du côté droit, intéresse toute l'épaisseur du rebord alvéolaire, et s'étend un peu à la voûte palatine.

M. Loir vient demander à la Société de Chirurgie quel est le traitement le plus rationnel à suivre. La double résection des parties malades, qui sont bien distinctes, peut-elle être faite avec sécurité et chances de succès dans une seule opération, ou bien est-il préférable de pratiquer d'abord une seule résection et d'attendre ensuite pour l'autre opération?

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Souscription en faveur d'un élève en médecine.

Nous avons il y a peu de temps ouvert dans nos colonnes une souscription en faveur d'un jeune élève natif de nos colonies d'outre-mer, et que des revers de fortune survenus dans sa famille ont laissé sans ressources à Paris, à 2000 lieues de son pays. Beaucoup de nos confrères ont répondu à notre appel, et en quelques jours la souscription s'est élevée à la somme de. . . . . 230 fr.

Depuis lors, nous avons reçu encore une offrande : celle de M. le docteur Gouët, chirurgien-major à Brest. . . 4

Montant de la souscription à ce jour. 234

Nous saisissons cette occasion pour faire un nouvel appel à la bienveillante générosité de nos confrères, et pour engager ceux d'entre eux qui avaient bien voulu se charger de recueillir des souscriptions sur des listes qui leur avaient été remises de vouloir bien nous les faire parvenir, la somme que nous avons recueillie étant insuffisante pour remplir le but que l'on se proposait. Nous publierons les nouvelles adhésions.

NOUVELLES.

La commission municipale de Paris a décidé que l'avenue de l'hôpital Saint-Louis, située entre le quai de Jemmapes et la rue Bichat, perdrait son nom actuel pour prendre celui de Richerand, l'illustre praticien qui exerça pendant quarante années les fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis. On sait qu'elle avait décidé antérieurement que les rues de Touraine-Saint-Germain et du Paon prendraient les noms de Dupuytren et de Larrey.

— La commission chargée de visiter les logements insalubres pour en prescrire les améliorations hygiéniques poursuit ses investigations et rédige des rapports au fur et à mesure. Douze ou quinze cents maisons affectées aux logements des ouvriers dans les quatrième, cinquième, neuvième, onzième et douzième arrondissements sont déjà signalées comme devant recevoir prochainement des améliorations.

— M. Cuvellier, chirurgien-major au 62e régiment de ligne, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Trois grandes célébrités chirurgicales ont illustré Montpellier : Guy de Chauliac, Lapeyronie, Delpech. Nous nous sommes proposé de répandre l'effigie de ces illustrations : grâce à l'habileté de M. Bénézech, les bustes de plâtre de ces hommes considérables ont été reproduits à un grand nombre d'exemplaires. Déjà MM. Anglada, Dubrueil, Estor, Golfin, A. Lafosse, etc., etc., se sont empressés de souscrire à cette œuvre de reconnaissance scientifique. Nous sommes persuadé que cet appel sera entendu de la plupart de nos confrères. (*Gaz. Méd. de Montpellier.*)

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Thevenon, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Damien, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Phalsbourg, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Garros, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

M. Bercegol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 36. — JEUDI 27 MARS 1851 | (24e ANNÉE.) | N° 36. — JEUDI 27 MARS 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 26 MARS 1851

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine s'est un peu reposée hier de l'activité qu'elle avait déployée dans les séances précédentes. Un rapport officiel de M. Hervez de Chégoin sur des ceintures et des bas élastiques en caoutchouc, une lecture de M. Grimaud sur l'emploi en thérapeutique du sulfate de cadmium, et enfin une autre lecture de M. Lisle sur l'influence des pertes séminales dans la production de la folie, tel est le butin de cette séance.

Nous avons vu le moment où le rapport de M. Hervez allait rallumer la grande discussion sur les affections utérines; mais la question industrielle a bientôt primé la question scientifique, et l'Académie a seulement discuté la formule qu'il convenait de donner à la conclusion du rapport. Après quelques débats, elle a adopté celle que nous rapportons au compte-rendu. Au lieu de renvoyer le travail à la commission, ainsi que l'avait proposé M. Bégin, qui a eu le mérite de faire une bonne proposition, mais qui a eu le tort de ne pas la soutenir, l'académie répond, en effet, à M. le ministre, que le perfectionnement apporté par M. Poullien consiste dans le tissage du caoutchouc. Or, il faut savoir que l'invention de ce tissage remonte à plus de deux ans. A cette époque, le caoutchouc avait encore l'inconvénient de perdre sa propriété d'élasticité sous l'influence de diverses causes, particulièrement par l'effet de la chaleur et de l'humidité. Le tissage en question avait pour but de remédier à cet inconvénient. Mais ce qui était un perfectionnement et un progrès il y a trois ans ne serait aujourd'hui qu'un pas en arrière, car la vulcanisation a rempli beaucoup mieux que ne pourrait le faire le tissage le but que s'était proposé ce dernier, et les appareils en caoutchouc tissés sont certainement inférieurs, sous tous les rapports, aux appareils en caoutchouc vulcanisé. L'Académie aurait dû, en conséquence, répondre à M. le ministre que la modification apportée par M. Poullien à la fabrication des ceintures et bas élastiques, qui était un progrès à l'époque où cette modification a été faite, n'en est plus un aujourd'hui.

Après l'adoption de cette conclusion, l'Académie a déserté, et le nombre des membres, y compris le bureau, s'est trouvé réduit à quatorze d'abord, puis à huit, lorsque M. Lisle a donné lecture d'un mémoire sur l'influence des pertes séminales involontaires dans le développement de la folie.

Ce n'est malheureusement pas la première fois que nous avons à signaler ces désertions générales aussi peu courtoises pour les hôtes qui viennent soumettre leurs travaux au jugement de l'Académie, que peu conformes aux devoirs d'une compagnie savante officielle. Lors même que la politesse ne l'aurait pas exigé, le travail de M. Lisle méritait un concours plus nombreux d'auditeurs. Ce travail, très convenablement écrit, était en outre conçu à un point de vue très élevé et exposé avec beaucoup d'art et de méthode. Ce n'est pas que nous acceptions dès aujourd'hui toutes les déductions que M. Lisle a cru pouvoir tirer des sept observations qui servent de base à son travail, et qui sont d'ailleurs recueillies avec infiniment de soin. Mais ces observations elles-mêmes et les opinions auxquelles elles ont servi de base méritent une attention sérieuse de la part de tous les médecins instruits, et l'Académie aurait certainement gagné à écouter la lecture intéressante de M. Lisle. Pour notre part, nous ne manquerons pas d'étudier avec soin le travail de ce médecin, et nous y insisterons d'autant plus volontiers, que depuis les observations de M. Lallemand, observations si séduisantes dans la forme, mais si incertaines quant au fond, rien d'important, à un point de vue général, n'a été publié sur les pertes séminales. — H. de Castelnau.

FRAUDES
dans le débit des matières alimentaires et médicamenteuses.

Depuis longtemps tous les hommes étaient frappés de la pénalité dérisoire appliquée aux marchands qui falsifient les matières alimentaires ou qui vendent à faux poids, ainsi qu'aux pharmaciens et surtout aux droguistes qui se mettaient dans la même position. Cette législation était d'une telle bénignité, qu'on pouvait la considérer plutôt comme encourageante que comme répressive pour les fraudeurs. Cette législation va enfin être abrogée et remplacée par une autre, qui sera sans aucun doute plus efficace. L'Assemblée nationale vient d'adopter, en seconde délibération, les articles suivants, qui ne subiront très probablement aucune modification à la troisième et dernière délibération.

« Art. 1er. Seront punis des peines portées par l'article 423 (1) du Code pénal :

» 1° Ceux qui falsifieront frauduleusement des substances ou denrées alimentaires ou médicamenteuses ;

» 2° Ceux qui vendront ou qui mettront en vente des substances ou denrées alimentaires ou médicamenteuses, qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues;

» 3° Ceux qui auront trompé ou tenté de tromper, sur la quantité des choses livrées, les personnes auxquelles il vendent et achètent, soit par l'usage de faux poids ou de fausses mesures, ou d'instruments inexacts servant au pesage ou au mesurage, soit par des manœuvres ou procédés tendant à fausser l'opération du pesage, mesurage, ou à augmenter frauduleusement le poids ou le volume de la marchandise, même avant cette opération ; soit enfin par des indications frauduleuses tendant à faire croire à un pesage ou mesurage antérieur et exact.

» Art. 2. Si, dans les cas prévus par l'art. 423 ou par l'art. 1er de la présente loi, il s'agit d'une marchandise contenant des mixtions nuisibles à la santé, l'amende sera de 50 à 500 fr., à moins que le quart des restitutions et dommages-intérêts n'excède cette dernière somme; l'emprisonnement sera de trois mois à deux ans.

» Le présent article sera applicable même au cas où la falsification nuisible serait connue de l'acheteur ou consommateur.

» Art. 3. Sont punis d'une amende de 16 fr. à 25 fr. et d'un emprisonnement de six à dix jours, ou de l'une de ces deux peines seulement, suivant les circonstances, ceux qui, sans motifs légitimes, auront dans leurs magasins, boutiques, ateliers ou maisons de commerce, soit des poids ou des mesures faux, ou autres appareils inexacts servant au pesage ou au mesurage, soit des substances alimentaires ou médicamenteuses qu'ils sauront être falsifiées ou corrompues.

» Si la substance falsifiée est nuisible à la santé, l'amende pourra être portée à 50 francs et l'emprisonnement à quinze jours.

» Art. 4. Lorsque le prévenu, convaincu de l'un des délits prévus par la présente loi ou par l'art. 423 du Code pénal, aura dans les cinq années précédentes été condamné pour infraction à la présente loi ou à l'art. 423, la peine pourra être élevée jusqu'au double du maximum, sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, de l'article 58 du Code pénal (1). L'amende prononcée par l'article 423 et par les art. 1 et 2 de la présente loi pourra être portée jusqu'à 1,000 fr. si la moitié des restitutions et dommages-intérêts n'excède pas cette somme.

» Art. 5. Les objets dont la vente, usage ou possession constitue le délit seront confisqués conformément à l'art. 423 et aux articles 477 et 482 du Code pénal.

» S'ils sont propres à un usage alimentaire ou médical, le tribunal pourra les mettre à la disposition de l'administration pour être attribués aux établissements de bienfaisance.

» S'ils sont impropres à cet usage ou nuisibles, les objets seront détruits ou répandus aux frais du condamné. Le tribunal pourra ordonner que la destruction ou effusion aura lieu devant l'établissement ou le domicile du condamné.

» Art 6. Le tribunal pourra ordonner l'affiche du jugement dans les lieux qu'il désignera, et son insertion intégrale ou par extrait dans tous les journaux qu'il désignera, le tout aux frais du condamné.

» Art. 7. L'art. 463 du Code pénal sera applicable aux délits prévus par la présente loi.

» Art. 8. Les deux tiers du produit des amendes sont attribués aux communes dans lesquelles les délits auront été constatés.

» Art. 9. Indépendamment des attributions qui sont ou pourront être confiées aux officiers ou agents de la police judiciaire, aux vérificateurs des poids et mesures, aux inspecteurs de la pharmacie ou des manufactures ou ateliers, et aux employés de la perception des taxes générales ou locales, le préfet de police dans son ressort, les préfets dans les autres localités, *pourront déléguer des agents spéciaux* pour constater les faits prévus par la présente loi et pour saisir les objets du délit. Ces agents prêteront devant le juge de paix de leur domicile le serment de remplir leurs fonctions avec exactitude et fidélité; leurs rapports feront foi en justice jusqu'à preuve contraire.

» Art. 10. Sont abrogés les articles 475, n° 14, et 479, n° 5, du Code pénal. »

Ces articles sont ceux qui prononcent une amende de 6 fr. pour les délits prévus dans cette loi.

(1) L'art. 423 est ainsi conçu :
« Quiconque aura trompé l'acheteur sur le titre des matières d'or ou d'argent, sur la qualité d'une pierre fausse vendue pour fine, sur la nature de toutes marchandises; quiconque, par usage de faux poids ou de fausses mesures, aura trompé sur la quantité des choses vendues, sera puni de l'emprisonnement pendant trois mois au moins, un an au plus, et d'une amende qui ne pourra excéder le quart des restitutions et dommages-intérêts, ni être au-dessous de cinquante francs. Les objets du délit ou leur valeur, s'ils appartiennent encore au vendeur, seront confisqués et de plus seront brisés. »

(2) Voici le texte de l'art. 58 :
« Les coupables condamnés correctionnellement à un emprisonnement de plus d'une année, seront aussi, en cas de nouveau délit, condamnés au maximum de la peine portée par la loi, et cette peine pourra être élevée jusqu'au double; ils seront de plus mis sous la surveillance spéciale du gouvernement pendant au moins cinq années et dix ans au plus. »

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.
Angine granulée ou folliculeuse chronique.

L'angine granulée, ou angine folliculeuse chronique, a été presque complétement négligée par les anciens et les modernes eux-mêmes. Pinel, Kuller, Frank, s'ils la connaissaient, n'en ont pas moins omis d'en faire la description. Cette affection n'est cependant pas très rare, puisque pendant l'année scolaire 1845-1846 M. Chomel en a observé vingt-deux cas à sa clinique.

L'angine folliculeuse chronique consiste dans un développement considérable des follicules muqueux de la gorge. Les piliers, le voile du palais, les amygdales, le fond même du pharynx, peuvent présenter cette lésion. Les follicules malades forment alors de petites saillies du volume de grains de millet, de chenevi ou de lentilles, plus volumineuses sur les piliers, plus larges, au contraire, sur la paroi postérieure du pharynx, et présentent la forme des larmes peintes sur les draps mortuaires ou d'arabesques en relief. Cette affection donne lieu à une toux continuelle qui a pu faire croire à l'existence de la phthisie.

L'angine folliculeuse chronique se développe à tous les âges; peut-être est-elle plus fréquente chez les adultes, et les hommes sont-ils aussi plus souvent frappés que les femmes. Sur les 22 cas observés en 1845-46 à la clinique de M. Chomel, 17 étaient chez des sujets de trente à cinquante ans; il y avait 17 hommes et 5 femmes seulement.

Causes. — Les causes sont difficiles à déterminer; cependant on a remarqué que l'affection qui nous occupe coïncide souvent avec des maladies cutanées, l'acné surtout, et l'analogie a conduit à admettre que, si celles-ci sont le résultat de l'hypertrophie des follicules de la peau, ceux de la muqueuse de la gorge sont pareillement ultra-développés dans l'angine granulée. L'acné n'est pas la seule maladie cutanée qui l'accompagne; car on rencontre souvent aussi avec elle des éphélides ou du pytiriasis.

Il est une conformation spéciale de la bouche caractérisée par la disposition en ogive du maxillaire supérieur qui semble prédisposer à l'hypertrophie des follicules muqueux de la gorge. Avec cette disposition, on observe au-dessous de la voûte palatine une grande cavité, augmentée encore par les petites dimensions de la cloison des fosses nasales, la lèvre supérieure se trouve courte, laisse les dents à découvert et ne peut pas fermer hermétiquement la bouche. L'étroitesse des fosses nasales oblige les sujets à respirer presque exclusivement par la bouche, de sorte que, pendant le sommeil surtout, cette cavité restant entr'ouverte, les follicules de la gorge sont excités par l'air sec qui les touche à chaque instant, et, par le fait de l'évaporation qui en résulte, produisent une sécrétion plus abondante de mucus. Le résultat de ce travail sécrétoire excessif est leur hypertrophie.

Les orateurs, les avocats, et en général les gens qui parlent beaucoup sont souvent affectés d'angine granulée; du reste, on rencontre le plus souvent chez eux un peu d'hypertrophie des follicules, qui doit être considérée comme normale.

On avait pensé que l'affection granuleuse de la gorge avait quelques rapports avec les granulations utérines; mais il est à remarquer qu'elle se présente plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et qu'en outre les symptômes n'ont entre eux aucune ressemblance. Les granulations utérines gagnent du centre à la circonférence; à la gorge, on observe des saillies disséminées, dont le siége est dans les follicules de la muqueuse pharyngienne. A l'utérus, au contraire, rien n'indique que les follicules soient malades, et on a des raisons de penser que la maladie consiste dans un développement anormal des capillaires du col. Enfin l'affection utérine guérit par la cautérisation; ce moyen, employé à la gorge même trente ou quarante fois, ne produit qu'une modification incomplète. L'emploi des mêmes moyens thérapeutiques donnant des résultats différents dans ces deux affections, ne sommes-nous pas autorisé à conclure à une différence dans la nature du mal?

Entre ces deux maladies donc, différence dans les signes, différence dans le siége, différence dans la disposition anatomique; enfin diversité dans les moyens curatifs, et par déduction aussi, diversité de nature.

L'angine folliculeuse chronique débute rarement à la suite d'une angine aiguë simple ; mais il ne serait pas impossible que cette dernière affection produisît une légère hypertrophie des follicules muqueux de la gorge.

Symptômes. — Les symptômes sont peu marqués, surtout au début; il y a de la gêne plutôt que de la douleur à la gorge avec sécheresse, et chatouillement sous le pharynx et jusque dans l'œsophage. On remarque aussi un besoin instinctif d'expuition qui chez quelques malades est remplacé par un mouvement ayant pour but d'avaler les mucosités de la gorge, qui cependant sont le plus souvent chassées par l'expuition. La déglutition n'est presque jamais affectée ; elle se fait régulièrement, quelquefois par quelques contractions successives. Les mucosités sécrétées ont de la cohérence et ressemblent assez bien à des boules d'empois, souvent sillonnées de lignes noirâtres plus ou moins marquées. Cette coloration cause quelquefois de grandes appréhensions aux malades, qui la rattachent à une affection tuberculeuse, tandis qu'elle n'est que le résultat du dépôt des matières pulvérulentes noires dont est chargé l'air que respirent les malades sur les mucosités visqueuses qui tapissent la gorge.

L'expuition de ces crachats a lieu assez souvent la bouche entr'ouverte, de sorte qu'ils peuvent dans quelques cas être lancés à une assez grande distance. La voix est presque toujours modifiée, et les malades éprouvent de la difficulté à parler longtemps et à haute voix. Le timbre de la voix est plus grave qu'à l'état normal; le soir il survient même à quelques malades une véritable aphonie. On a remarqué que chez les chanteurs affectés d'angine granulée la voix perd de son éclat, de sa netteté, et que les notes extrêmes leur échappent. L'examen de la gorge fait apercevoir sur la paroi postérieure du pharynx de petits points saillants d'un rouge vif, disséminés, groupés sur la ligne médiane, sur l'un des côtés ou sur les deux à la fois, ou enfin uniformément distribués sur toutes les parties de la muqueuse malade. Ces petits points, du volume et de la forme d'une lentille, sont disposés en lignes verticales, ou, comme nous l'avons dit, en groupes se rapprochant des larmes des draps mortuaires ou d'arabesques en relief. Quelquefois le fond de la gorge en est complétement couvert; généralement, cependant, le mal est disséminé et par points isolés. Dans quelques cas, les parties malades sont recouvertes d'un mucus spumeux sur lequel vient adhérer la salive, et alors il faut faire cracher les malades pour mettre les follicules hypertrophiés à découvert. La maladie siége ordinairement sur les piliers du voile du palais, sur ce voile lui-même, sur la luette et en général sur toute la muqueuse qui tapisse l'intérieur de la gorge : les follicules, assez petits le plus souvent, acquièrent leur plus grand développement sur la paroi postérieure du pharynx; les parties voisines de l'endroit malade sont généralement colorées en rouge vif ou même violacé.

Marche. — L'angine folliculeuse chronique a toujours la marche qu'indique son nom ; seulement, le malaise qui l'accompagne augmente sous l'influence du froid et du brouillard, l'action de parler, l'introduction dans la gorge de liquides irritants et la quantité de matière visqueuse sécrétée. Sa durée est presque toujours illimitée; seulement, en été les malades éprouvent une quasi-guérison par la diminution excessive des symptômes.

Pronostic. — Le pronostic n'a rien de grave, mais il est fâcheux relativement à la curabilité de la maladie, surtout chez les malades qui sont obligés de parler beaucoup.

Diagnostic. — Le diagnostic n'est pas difficile, et cependant, comme cette affection ne se trouve pas décrite dans les livres classiques, il n'est pas rare de la voir confondue par les praticiens avec des angines de toute autre nature : ainsi avec l'angine syphilitique.

Cependant, si on observe qu'il n'y a pas ici cette ulcération avec perte de substance, coloration quelquefois un peu grisâtre et sécrétion d'un liquide purulent qui caractérise l'affection spécifique, la confusion sera moins facile.

Quelques individus affectés d'angine folliculeuse chronique se croient phthisiques ; mais le caractère de la toux est bien différent : gutturale et d'expuition dans l'affection de la gorge, plus profonde et d'expectoration dans la phthisie. Les crachats, transparents dans le premier cas, sont opaques dans le second, et les phénomènes généraux, si différents dans les deux maladies, ne permettent pas la moindre confusion. D'ailleurs, l'hypertrophie des follicules de la gorge ne se présente qu'exceptionnellement dans l'affection tuberculeuse; elle constitue l'angine granulée.

Traitement. — Le traitement présente d'assez grandes difficultés ; car un organe hypertrophié ne revient pas facilement sur lui-même, surtout lorsqu'on ne peut pas interrompre complétement les fonctions de cet organe. La première indication est de mettre la gorge dans le plus grand repos possible ; ceci constitue les moyens hygiéniques, qui consistent à parler le moins possible et à diminuer la fréquence de la déglutition.

Le fait de la coïncidence de l'hypertrophie des follicules de la gorge avec les affections herpétiques de la peau a conduit M. Chomel à préconiser contre elle les sulfureux. Les malades qu'il a envoyés aux eaux thermales des Pyrénées sont revenus soulagés, mais pas guéris ; à Enghien, au contraire, il a obtenu une guérison relativement assez rapide. La présence de la chaux dans les eaux de cette source est la cause à laquelle il croit pouvoir attribuer les résultats obtenus. Les malades doivent se gargariser plusieurs fois le jour, et pendant cinq ou dix minutes, avec un mélange d'eau et de lait un peu tiède.

On a essayé les astringents, l'alun, le borax, les émollients sous toutes les formes ; les premiers augmentent le plus souvent la sécrétion visqueuse, les seconds semblent prolonger la maladie au lieu de la guérir.

La cautérisation, souvent employée jusqu'à vingt-cinq ou trente fois, soit avec le nitrate d'argent, soit avec le nitrate acide de mercure, n'a généralement produit que des résultats insuffisants. Outre qu'on a de la difficulté à toucher exactement les points malades, l'affection semble pénétrer plus profondément à mesure qu'on la détruit à la surface : aussi ne doit-on employer la cautérisation qu'après que les autres moyens ont échoué.

Chez quelques personnes, on rencontre un développement des follicules de la gorge qui peut être considéré comme normal, car les malades n'en éprouvent pas de gêne; on comprend qu'il faut se garder alors de lui opposer le traitement ordinaire de l'état pathologique correspondant.

John Lacase, élève des hôpitaux.

Observation de mort apparente;

Par M. le docteur Gibral, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Aménorrhée ; hémoptysies, faiblesse et spasme considérables, syncopes répétées. — Mort apparente; mesures prématurées d'inhumation. — Topiques puissamment stimulants. — Prompte cessation des phénomènes léthiformes. — Guérison complète.

Mademoiselle de C..., née dans le département de l'Aveyron, issue de parents sains, très impressionnable, est douée d'une complexion médiocre et d'un tempérament nervoso-lymphatique. Menstruée à quinze ans, elle a joui jusqu'en février 1845 d'une assez bonne santé. Elle éprouva alors, à la nouvelle de la mort d'une de ses sœurs, une suppression subite du flux périodique, suivie d'une attaque d'hystérie qui laissa après elle un spasme pharyngé des plus violents. La déglutition devint impossible pendant huit à dix jours, et on eut recours à l'administration de bouillons au moyen d'une sonde œsophagienne et en lavements. La malade se rétablit insensiblement, et, après une suspension de quatre mois, les menstrues reparurent.

Vers la fin de 1848, nouvelle suppression du flux cataménial ; hémoptysies abondantes et fréquemment réitérées pendant onze à quinze jours (révulsifs sur les membres inférieurs; dix à douze petites saignées du bras dans l'espace de trois mois ; tisanes et potions astringentes). Retour de la menstruation après quatre à cinq mois, se faisant dès lors d'une manière irrégulière et peu abondante.

Mademoiselle de C... habitait Montpellier avec sa mère depuis la fin de décembre 1849, lorsque, au commencement du mois d'avril 1850, une nouvelle suppression se déclara pour la troisième fois; elle fut accompagnée, comme la précédente, de pneumorrhagies considérables, de lipothymies et de vives douleurs épigastriques. L'estomac ne pouvait absolument rien tolérer; tous les liquides (bouillons, lait, tisanes, potions, glace, etc.) étaient également rejetés immédiatement après leur ingestion.

Le docteur Bertrand, professeur-agrégé, médecin de la malade, m'invita, à plusieurs reprises, à la voir avec lui. Ce praticien s'efforça de remplir par les moyens les mieux appropriés les indications suivantes :

1° Détourner la congestion pulmonaire ;

2° Rappeler le *molimen hemorrhagicum* vers la région utérine ;

3° Calmer l'excessive irritabilité de l'épigastre et de tout le système nerveux ;

4° Soutenir les forces (bouillon et lait en lavements pendant douze jours).

Il n'y eut pas d'améliorations, malgré le traitement employé. Trois syncopes eurent lieu en deux jours, et la dernière nous fit même craindre une mort imminente ; elle dura près de deux heures, et disparut enfin sous l'influence des moyens ordinaires (eau fraîche, éther, vinaigre, moutarde).

Vers la fin de ce mois, M. Bertrand étant obligé de s'absenter, me confia cette malade. Mandé en toute hâte auprès d'elle (25e ou 26e jour), je ne pus m'y rendre que cinq à six heures après.

Au bas de l'escalier, je rencontrai un domestique, qui me dit que mademoiselle de C... était morte depuis plusieurs heures. Ma première idée fut de me retirer. Mais, me dis-je après un instant d'hésitation, ne pourrait-il pas se faire qu'il ne s'agît que d'une syncope analogue à celle qui avait eu lieu quelques jours auparavant? Poussé, en outre, par un désir d'expérimentation scientifique, à une époque où je m'occupais beaucoup de l'étude de la chaleur animale pendant la vie et dans les premières heures qui suivent la mort, je demandai à être introduit auprès de la défunte. Madame de C... fondait en larmes sur la mort de sa fille, au milieu de quatre ou cinq personnes affligées. Une religieuse, qui n'avait cessé de veiller la malade avec un zèle admirable, la croyait morte. Le prêtre appelé auprès d'elle quelques heures avant avait aussi pensé que ce n'était qu'un cadavre. Une garde-malade était même allée commander la robe blanche *mortuaire*. Le linceul recouvrait la figure de mademoiselle de C..., et un cierge brûlait dans l'un des angles de la chambre. Bien que péniblement impressionné, je m'approchai de son lit sans trop me déconcerter, et l'examinai avec soin. Je la trouvai dans l'état suivant : face pâle, terne, froide, *flaccidité* des globes oculaires, joues affaissées; arcades dentaires serrées l'une contre l'autre, mucus brunâtre collé sur la muqueuse des lèvres; perte absolue du mouvement et de la sensibilité; absence du pouls, refroidissement extrême des mains et de la partie inférieure des avant-bras. L'auscultation de la région précordiale pendant *une ou deux minutes* ne me fit percevoir aucun battement. En appliquant la main sur l'épigastre et l'hypochondre droit, je ne sentis pas le moindre mouvement diaphragmatique. L'hypothèse d'une syncope ne me parut guère probable. Je la crus morte, à mon tour. Je voulus pourtant tenter quelque chose, dans le but de légitimer la longueur et la nécessité de mon examen : je présentai de l'ammoniaque sous le nez de la malade ; des frictions furent faites; je fis préparer des sinapismes, j'en appliquai un très large sur la région précordiale ; on en plaça d'autres à la nuque, aux bras et aux jambes. L'action de ces topiques me paraissant sans résultat, je me retirai.

Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque, une demi-heure après, M. B..., ami de cette famille, accourut chez moi pour m'annoncer que la malade semblait revenue à la vie ! Je retournai à l'instant auprès d'elle. Il me serait impossible de peindre la joyeuse anxiété des personnes présentes. On m'apprit que, dix minutes environ après mon départ, on avait entendu quelques soupirs et aperçu quelques mouvements. Peu à peu, la respiration était devenue haletante, la figure s'était ranimée; la malade avait articulé quelques mots. Elle put me parler. « Vous êtes mon sauveur, » me dit-elle, et la mère s'écria : « Sans vous ma fille eût été enterrée vivante! »

Les sinapismes furent changés de place, et je prescrivis du bouillon en lavements..... Cinq à six heures après, je revis la malade; son état s'était encore amélioré. Je lui adressai mille questions sur la crise qui, après une durée de six heures au moins, s'était terminée d'une manière aussi inattendue. Elle me répondit et m'a confirmé depuis à diverses reprises qu'elle avait éprouvé quelques sensations dont elle n'avait qu'un souvenir incomplet. Elle se trouvait dans une sorte d'anéantissement absolu. Elle me compara son état à un sommeil troublé par des rêves confus, dans lequel elle percevait sans souffrir diverses impressions qu'elle ne pouvait me rendre. Par moments, elle eût voulu parler, mais un *poids incommode sur le cou et la poitrine* l'empêchait de prononcer le moindre mot et d'exécuter le plus léger mouvement. La vue, qui avait beaucoup diminué dans le cours de la maladie, était complétement éteinte. L'audition n'était pas tout à fait abolie; mademoiselle de C... avait entendu quelques paroles qui s'étaient dites autour de son lit. L'idée de son enterrement l'avait surtout occupée; le mot de *robe blanche* avait frappé son esprit. Ne me mettez pas dans la caisse! s'était-elle écriée dès qu'elle put se faire entendre.

Trois jours après, une nouvelle syncope se manifesta pendant la nuit. M. Bertrand la dissipa à l'aide de nouveaux sinapismes et de vapeurs ammoniacales.

Enfin, vers le milieu du mois de juin, une métrorrhagie abondante mit encore en danger les jours de la malade; elle fut heureusement arrêtée, et le 30 août 1850 mademoiselle de C... se rendit en convalescence dans son pays natal; les menstrues reparurent trois mois après. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui (18 mars 1851), elle n'a cessé de jouir d'une parfaite santé. Mademoiselle de C... est actuellement à Montpellier; elle affirmerait au besoin la réalité de ce fait remarquable.

Réflexions. — L'observation qui précède est de nature à suggérer de profondes méditations. Il existait chez cette malade un ensemble des signes immédiats de la mort.

« La vie est éteinte là où le cœur a cessé de se mouvoir, et dans les maladies qui présentent les apparences de la mort toute méprise est impossible, à cause de la persistance des battements de cet organe. » Ainsi s'exprime le docteur Bouchut dans un ouvrage récemment couronné par l'Institut de France. — Le fait actuel infirme la proposition trop absolue de ce médecin distingué. A dire vrai, le pouls de mademoiselle de C... est d'une petitesse excessive dans l'état normal ; les divers praticiens qui l'ont traitée lui en ont même fait la remarque. En outre, l'existence de certains phénomènes sensitifs et intellectuels, coexistant avec l'abolition des principales fonctions de la vie, constitue un phénomène de la plus haute importance au point de vue psychologique et physiologique. — Il n'est pas nécessaire d'insister sur la prompte efficacité des topiques si puissamment excitants qui furent employés.

En admettant qu'un état pathologique aussi singulier n'eût été ni connu, ni traité, sa prolongation au delà de vingt-quatre heures aurait pu pour conséquence la cruelle alternative d'une mort réelle ou d'une sépulture anticipée. Mais ici, une question se présente : Cet état léthiforme eût-il pu se terminer spontanément par un retour à la vie apparente avant le moment légal de l'inhumation? Si, dans ce cas, il est permis de répondre par l'affirmative, vu les conditions favorables du milieu ambiant, n'est-il pas vraisemblable qu'il n'eût pu en être ainsi, dans certains hôpitaux, par exemple, où peu de temps après la cessation des signes de la vie le sujet est transporté dans une pièce basse, humide et glaciale? Pratique dangereuse qu'on ne saurait trop flétrir ! Je n'ai pas à discuter les diverses réformes proposées à cet égard ; et je termine par les conclusions suivantes :

1° L'insuffisance des signes immédiats de la mort ;

2° L'efficacité remarquable dans ce fait particulier d'une médication fortement excitante, d'où la nécessité de son emploi dans les cas analogues. (Les moyens à employer doivent consister en frictions générales, larges sinapismes, ventouses sèches, galvanisme, etc. Je me rappellerai toujours un fait fort curieux qui s'est passé en 1847 lors de mon internat à l'Hôtel-Dieu de Nîmes : un septuagénaire, ancien soldat de l'Empire, fut apporté à dix heures du soir. Mon collègue Falot et moi étions sur le point de nous coucher, lorsqu'un infirmier vint nous annoncer l'arrivée d'un vieillard agonisant. Nous nous rendîmes aussitôt auprès de lui. La face était profondément décomposée, la respiration stertoreuse, le corps froid, etc. Nous appliquâmes à l'instant une trentaine de ventouses sèches sur le thorax et sur divers autres points du corps ; nous donnâmes en outre du bouillon et du vin en quantité. (On nous avait appris que le malade était un mendiant qui s'était livré autrefois à des excès de boissons.) Le surlendemain, cet homme était sur pied. Il est probable qu'il serait mort d'inanition sans cette médication hardie.)

3° Le danger des inhumations lorsque la mort n'a pas été *sérieusement* constatée;

4° L'impérieuse nécessité de l'organisation de services *réels* de médecins chargés de la vérification des décès.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 mars 1851, — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Exemption du service de la garde nationale.

M. le ministre de l'intérieur invite l'Académie à dresser un tableau des maladies qui devront exempter du service de la garde nationale. (Commissaires : MM. Laugier, Bérard, Frédéric Dubois, Bégin et Lévy.)

Teigne.

Le préfet de la Seine-Inférieure demande l'avis de l'Académie sur le traitement de la teigne d'après la méthode des frères Mabon. (Commissaires : MM. Jobert et Gibert.)

Variole.

M. le docteur Duménil envoie la relation d'une épidémie de variole qui a régné à Fontaine-sur-Saône (Rhône). (Commission des épidémies.)

Typhus.

M. le docteur Monteils envoie la relation d'une épidémie de *typhus sidérant* qui a régné à Vébron, arrondissement de Florac. (Lozère).

Statistique médicale de Constantine et choléra.

M. le ministre de la guerre envoie deux mémoires de M. le docteur Bosio, médecin des établissements civils de Constantine, l'un sur la statistique médicale de cette contrée, l'autre sur l'épidémie de choléra qui a régné dans la province de Constantine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Écorce de Bebeerou.

M. le docteur Batka (de Prague) envoie une note sur l'écorce de Bebeerou (bois de Calenturas). M. Batka annonce que, d'après ses recherches, cette écorce appartient, non à la famille des laurinées, mais à celle des légumineuses.

Hydrophobie.

M. Dussourt, médecin ordinaire à l'armée d'Afrique, envoie la relation de deux cas d'hydrophobie communiquée à une négresse et à une femme blanche par un chien et par un chat.

Nouveau modèle de siphon.

M. le docteur Blatin envoie un nouveau modèle de siphon en caoutchouc de son invention.

Nouvel urétrotome.

M. Le Roy d'Etiolles envoie un nouveau modèle de *scarificateur des rétrécissements de l'urètre.*

J'ai l'honneur, dit-il, de placer sous les yeux de l'Académie un scarificateur des rétrécissements de l'urètre d'une construction fort simple et d'une action très sûre. Il est formé de deux branches articulées comme des ciseaux, très allongées, très minces, tranchantes vers leurs extrémités du côté du dos seulement, susceptibles d'un double mouvement de croisement, qui fait saillir en dehors à volonté tantôt les dos, tantôt les tranchants ; lorsque ces branches sont l'une sur l'autre, les deux dos masquent les deux tranchants ; c'est dans cette position que le rétrécissement doit être franchi. Lorsqu'on est parvenu en arrière du rétrécissement, les anneaux, rapprochés l'un de l'autre par la pression des doigts, font écarter les branches les dos en dehors et le rétrécissement est accroché en en arrière : alors le mouvement est renversé, les ciseaux s'ouvrent les lames en dehors et divisent l'obstacle ; leurs extrémités mousses empêchent l'action de dépasser l'épaisseur des parois de l'urètre. On peut encore protéger en avant la partie saine du canal en faisant entrer les lames toutes ouvertes dans un tube à deux rainures latérales ; c'est un surcroît de précaution dont à la rigueur on peut se passer.

Si le chirurgien ne veut faire l'incision que d'un côté, il substitue une branche complétement mousse à l'une des branches tranchantes par le dos ; ce qui est très facile, ces branches s'articulant ensemble comme celles d'un forceps. On arrive au même résultat au moyen d'une gaîne à glissement qui vient recouvrir le tranchant de l'une des lames.

Je désire que l'on ne se méprenne pas sur mes intentions : si je m'efforce de perfectionner les deux méthodes de l'incision et de l'excision ou résection des rétrécissements de l'urètre, je ne les considère pas moins comme exceptionnelles, plus spécialement applicables aux rétrécissements fibreux de la portion spongieuse, ainsi que je l'ai nettement exprimé dans mes aphorismes relatifs à la thérapeutique des rétrécissements.

Empoisonnement.

MM. Delpouve, médecin à Saint-Omer, et Derheims, pharmacien dans la même ville, adressent la relation d'un cas d'empoisonnement par le bi-oxalate de potasse.

Bâillement.

M. le docteur Liégey, médecin à Rambervilliers, adresse une note sur le *bâillement intermittent.*

Hernies.

M. Lecadre (du Havre) adresse une nouvelle observation de hernie à l'appui du mémoire qu'il a déjà adressé à l'Académie.

Candidatures.

MM. Chailly et Jacquemier se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

Mort apparente.

M. Girbal communique une observation de mort apparente. (*Voir* ci-dessus.)

RAPPORTS.

Ceintures et bas élastiques.

M. Hervez de Chégoin lit un rapport officiel sur des ceintures et bas élastiques confectionnés par M. Poullien, fabricant. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Velpeau, Gibert, Bégin et le rapporteur, l'Académie adopte les conclusions suivantes, que rédige M. le secrétaire perpétuel : répondre à M. le ministre que les perfectionnements apportés par M. Poullien dans la fabrication des ceintures et des bas élastiques portent uniquement sur le mode de tissage et l'emploi du caoutchouc. (Adopté.)

LECTURES.

Sulfate de cadmium.

M. Grimaud lit un mémoire sur les effets très avantageux du sulfate de cadmium dans le traitement de la syphilis. Il pense que cette substance est destinée à remplacer prochainement, et avec avantage, les préparations mercurielles.

Aliénation mentale et pertes séminales.

M. le docteur Lisle lit un mémoire intitulé : *Des pertes séminales involontaires et de leur influence sur la production de la folie.*

Le but et la portée de ce travail sont parfaitement indiqués par les propositions suivantes qui le terminent :

1° Les pertes séminales involontaires exercent une influence des plus pernicieuses sur le système nerveux et deviennent à la longue une cause fréquente de folie ;

2° Elles impriment aux symptômes de cette maladie un cachet tout particulier qui permet de distinguer les individus qui en sont atteints des autres aliénés ;

3° La folie causée par des pertes séminales involontaires est rebelle à tous les moyens de traitement dirigés uniquement contre la maladie du cerveau ;

4° Elle guérit au contraire rapidement et à peu près constamment lorsqu'on est parvenu à faire cesser les pertes involontaires de semence, et lorsque d'ailleurs les malades ne sont ni paralytiques ni en démence ;

5° La théorie moderne qui regarde la folie comme une maladie primitivement et essentiellement cérébrale n'est donc pas vraie d'une manière absolue. Il existe dans la science des faits constants, et ceux qui précèdent sont de ce nombre, qui prouvent que dans un certain nombre de cas le cerveau n'est affecté que secondairement et sympathiquement à la souffrance d'un autre organe.

Ces conclusions sont appuyées sur sept observations recueillies avec grand soin et racontées avec tous les détails nécessaires pour en bien faire apprécier toute l'importance. Elles ont eu pour sujets des aliénés très différents les uns des autres tant par leurs antécédents, leur âge, leur tempérament, etc., que par les symptômes les plus apparents de leur délire, mais qul tous avaient ceci de commun que des pertes séminales involontaires existaient depuis plusieurs années et étaient la cause unique du dérangement de leur santé physique et de leur aberration intellectuelle et morale.

M. Lisle fait remarquer en même temps que les différences si grandes qui séparent ces malades les uns des autres sont plus apparentes que réelles. Il signale entre eux des analogies essentielles qu'une analyse attentive rend évidentes, et résume ainsi ces caractères communs :

On pourra regarder comme affecté de spermatorrhée tout aliéné chez lequel, avec les irrégularités inexplicables dans la marche de la maladie que nous venons de signaler, on observera les symptômes suivants : souffrances physiques plus ou moins anciennes, bizarres et très irrégulières dans leur manifestation, mal définies dans leur nature et leur siége ; propension instinctive, irrésistible à la tristesse, à la mélancolie, et plus tard au suicide ; transformation graduelle et tous les jours plus complète du caractère, des idées, des affections, des habitudes ; affaiblissement parfois très prononcé de l'intelligence, et surtout de la force morale ; inaptitude au travail, irrésolution et inconsistance habituelle dans les idées et la conduite ; tendance à l'isolement et à la solitude ; susceptibilité extrême entretenue par la crainte du ridicule, et l'interprétation erronée des actes, des gestes, des paroles, etc., des personnes avec lesquelles le malade est en rapport ; enfin, disposition invincible au soupçon, à la défiance dans laquelle sont enveloppés, à la longue, les parents et les amis les plus chers.

M. Lisle se hâte de reconnaître que la réunion de ces différents symptômes permet, il est vrai, de soupçonner l'existence de la spermatorrhée ; mais que les observations microscopiques peuvent seules donner une certitude absolue. (Commissaires : MM. Ferrus, Longet et Rostan.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 décembre 1850. — Présidence de M. Pertus.

Une erreur ayant empêché le procès-verbal d'être publié en même temps que les noms des membres du nouveau bureau, nous réparons aujourd'hui cet oubli.

La Société de Médecine pratique, encore vivement émue de la perte qu'elle venait de faire dans la personne de M. le professeur Fouquier, son président, après avoir rendu l'hommage dû à sa mémoire, a cru devoir procéder à la nomination d'un confrère qui remplît les conditions attachées au titre que l'élection devait lui donner.

L'opinion avait déjà désigné M. le professeur Paul Dubois, digne héritier d'un père qui sut honorer la Société par toutes les qualités et les vertus qui constituaient, chez lui, le savant, l'habile praticien et le cœur le plus dévoué à ses confrères, à ses anciens élèves et amis.

Son élection fut le vœu unanime exprimé par la réciprocité des sentiments qu'il éprouvait pour ses confrères, et dont la Société de Médecine pratique a toujours conservé le reconnaissant souvenir.

La Société ne pouvait mieux faire que d'appeler dans son sein le fils de celui qui en fut l'ornement et l'appui.

En conséquence, M. Paul Dubois, ayant été nommé, a été invité officiellement à venir exercer la présidence.

Son acceptation a été, pour la Société, l'augure que ses travaux suivraient, sous ses auspices, la marche qui lui a mérité jusqu'à ce jour la considération de toutes les sociétés qui ont manifesté le désir de correspondre avec elle et de s'associer à ses études pratiques.

Le secrétaire général, Serrurier.

Séance du 9 janvier 1851. — Présidence de M. P. Dubois.

M. Perthus, vice-président, prononce l'allocution suivante et procède à l'installation du bureau nommé pour 1851.

Messieurs,

Au moment de quitter ce fauteuil, sur lequel j'ai senti mieux que jamais et mon insuffisance et tout ce que je devais à votre bonne confraternité, permettez-moi de vous remercier une dernière fois de l'honneur que vous m'avez fait et de la bienveillance qui m'a soutenu dans des fonctions que l'illustration de nos présidents rendait écrasante pour mon obscurité.

J'ai hâte d'appeler à cette place le nouveau président que nous nous sommes donné. Je le vois avec bonheur, héritier et continuateur d'un nom glorieux dans nos annales, venir restituer à la présidence de notre Société le lustre dont l'ont fait briller les noms de Dubois et de Fouquier ; de Fouquier, naguère au milieu de nous, et dont la perte nous laisse encore sous l'impression des regrets les plus douloureux ! Hommage, hommage profond et sincère à cette belle existence médicale ! Ce sont mes dernières paroles. Elles répondent, j'en suis certain, à votre sentiment unanime.

J'invite M. le président et MM. les membres du bureau à venir occuper leurs places.

M. Dubois s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Avant de remplir pour la première fois les devoirs de la présidence à laquelle vos suffrages m'ont appelé, je dois vous en exprimer ma vive et profonde reconnaissance.

Parmi les distinctions qui peuvent être justement désirées, parce qu'elles sont souvent la récompense d'une carrière honorablement parcourue, et toujours un témoignage de confiance et d'estime, il n'en est aucune qui puisse être l'objet d'une plus louable et plus légitime ambition que celle qui est due à une initiative confraternelle libre et spontanée. C'est assez vous dire combien, à ce titre, j'en suis touché et honoré. Je le suis encore, messieurs, pour un autre motif. Cette présidence, dont je suis redevable à votre bienveillance, vous l'aviez conférée dans un autre temps à un homme dont la mémoire, vénérée par tous les amis de la science, est restée chère à la plupart d'entre vous, et il l'avait conservée jusqu'à la fin de sa longue et illustre carrière. En accordant au fils la même faveur, vous trouverez bien naturel qu'il soit heureux tout à la fois du témoignage de votre reconnaissant et pieux souvenir et de l'honneur fait à sa personne.

J'ai reçu, messieurs, avec trop de gratitude la faveur que vous m'avez accordée, et j'y attache trop de prix pour ne pas m'appliquer désormais à m'en rendre digne. Diriger et maintenir vos discussions dans la seule voie où elles puissent être conformes à votre dignité et profitables à la science, telle est la mission que vous m'avez confiée, et que je m'efforcerai de remplir. Permettez-moi de penser que cette même bienveillance à laquelle je dois mes nouvelles fonctions me les rendra douces et faciles, et soyez convaincus que mon assiduité et mon zèle pour les remplir ne vous feront jamais défaut.

— M. Lucien Boyer. Monsieur, la Société de Médecine pratique, en décidant à l'unanimité qu'elle vous inviterait à accepter sa présidence, comptait sur le sentiment filial que vous venez d'exprimer d'une manière si noble.

Jalouse de ne pas déchoir, après avoir eu pour présidents successifs Portal, Chaussier, Antoine Dubois, et le respectable et si regrettable M. Fouquier, elle ne pouvait mieux faire que de renouer la chaîne des temps et de revenir à la famille des Dubois, qui représente pour elle, avec un précieux souvenir, le trésor acquis de l'expérience du passé et la mine féconde en progrès de l'avenir. La Société est heureuse que vous ayez bien voulu accéder à son vœu et vous associer à ses travaux.

La Société doit aussi des remerciments à notre collègue M. Pertus, notre honoble vice-président pour l'année dernière, qui a si dignement, quoi qu'en pense sa modestie, rempli le douloureux intérim de la présidence que nous venons de traverser.

Sur la demande de M. Belhomme, la Société décide que les discours de MM. Pertus, Paul Dubois et Boyer seront insérés au procès-verbal.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Carron. Dans la dernière séance, et à l'occasion du fait que j'ai rapporté de transmission de syphilis par une nourrice à son nourrisson, M. Foucart a fait, entre autres objections, celle-ci : « Il est étonnant que l'infection ne se soit pas faite par la bouche de l'enfant, » etc. Des renseignements que j'ai pris, il résulte que l'enfant a eu en effet à la bouche des ulcérations ou des aphthes qui expliquent très bien la transmission par contact direct du sein de la nourrice à la bouche de l'enfant.

M. Foucart fait remarquer que cette circonstance n'affaiblit en rien la portée de son objection. L'ulcération du sein était-elle primitive ou secondaire ? M. Carron admet que l'ulcération était secondaire. Eh bien, une ulcération secondaire ne peut se transmettre par contact. Les aphthes présentés à la bouche par l'enfant n'ont donc aucune valeur au point de vue de la contagion.

M. Carron. M. Cullerier a cependant lu à l'Académie, il y a quelques jours, un travail où il soutient la possibilité de la transmission de la syphilis constitutionnelle de la nourrice à l'enfant.

M. Foucart fait observer à son tour que M. Carron est dans l'erreur. Le but du travail de M. Cullerier était de prouver, et il l'a fait par des observations, que la transmission de la vérole constitutionnelle est impossible aussi bien de la nourrice à l'enfant que de l'enfant à la nourrice.

— M. Guersant. On doit à notre honorable président, M. Dubois, d'avoir réhabilité la pratique qui consiste à opérer le bec-de-lièvre chez les enfants dès les premiers jours de la naissance ; le bec-de-lièvre simple, bien entendu, car dans les autres cas la presque impossibilité d'une réunion des accidents graves, tels que les convulsions, doit ajourner l'opération.

J'ai obtenu des résultats heureux à l'aide de la suture entortillée, que je combine avec le procédé de M. Rigal (de Gaillac), lequel procédé consiste à fixer sur la plaie, au moyen d'aiguilles, un fragment de caoutchouc ; la suture entortillée peut se faire ensuite comme d'ordinaire. Avec l'ancien procédé j'éprouvais, lorsqu'il s'agissait de desserrer les fils, de véritables difficultés. En effet, au pansement, on les trouve secs, collés, agglutinés entre eux. A l'aide de la bandelette de caoutchouc, on n'a pas à redouter cet inconvénient, et de plus, grâce à ce tissu élastique, la compression demeure toujours la même.

M. Paul Dubois. J'ai, en effet, repris le premier cette question de l'opération du bec-de-lièvre chez les nouveau-nés, et les faits ont justifié mon opinion à cet égard.

Mais vous comprenez que, pour qu'il y ait succès en pareil cas, il est indispensable que le procédé opératoire ne soit ni long, ni douloureux ; enfin que la perte du sang soit très faible. S'agit-il d'un bec-de-lièvre compliqué, la prudence indique donc d'attendre.

J'approuve l'idée de M. Guersant ; mais je dois ajouter que le pansement qui consiste à renouveler les fils, lequel pansement appartient à la pratique d'Antoine Dubois, n'offre pas les difficultés qu'on paraît redouter. Considérant que la sécabilité des tissus est d'autant plus grande, que la vitalité est plus active, Antoine Dubois imagina de renouveler les fils chaque jour. Et pour éviter les tiraillements dus à l'agglutination de ces fils entre eux, il suffit de les faire imbiber à l'aide d'une éponge ou d'un linge trempé d'eau tiède, ou mieux à l'aide d'un petit cataplasme deux heures avant le pansement.

M. L. Boyer. J'emploie un procédé applicable non-seulement au bec-de-lièvre, mais à toutes les sutures exigeant un certain effort de contention. Ce procédé consiste dans deux bandelettes de diachylon divisées en deux parties égales dans les cinq sixièmes de leur longueur ; je fixe sur la plaie à l'aide d'aiguilles les deux extrémités non divisées, de telle sorte que les portions coupées s'entre-croisent, et qu'il est possible d'exercer un tiraillement en sens contraire aussi fort que cela peut être nécessaire. Il en résulte que,

s'il est urgent d'enlever les aiguilles, les bandelettes entre-croisées et collées sur la plaie maintiennent encore celle-ci convenablement.

M. Guersant. Je trouve l'appareil de M. Boyer très ingénieux; il offre des avantages à condition de l'employer sur les membres, sur les seins, etc.; mais, règle générale, on doit s'abstenir du diachylon sur le visage; car les éruptions, quelquefois graves, ont été constatées sous l'influence des applications de sparadrap.

M. Magne. Je suis d'autant plus partisan de la bandelette de caoutchouc appliquée au bec-de-lièvre que les fils n'ont plus l'inconvénient d'agir chacun séparément sur les tissus; ils ressemblent alors en quelque sorte à un ruban.

M. Coursserant, considérant que, si l'on devait adopter une méthode générale pour l'opération de la cataracte, cette méthode serait l'extraction, excepté chez les enfants, je demande si l'expérience ne prouve pas qu'une plaie accidentelle largement ouverte de la cornée ou de la sclérotique ne guérit pas rapidement d'elle-même. Or une plaie faite par un chirurgien, exempte de la commotion qui accompagne les accidents, faite avec soin et méthode, n'offre-t-elle pas à plus forte raison toutes les chances d'une prompte guérison?

D'un autre côté, une piqûre faite par une aiguille ou tout instrument agissant de la même manière n'exige-t-elle pas tout le cortége des antiphlogistiques? Telle est la première proposition sur laquelle j'appelle votre avis comme question d'ophthalmologie et comme question de pathologie générale.

M. Boyer. Je ne conçois pas comment la question de la plaie ou de la piqûre peut arriver à la solution de cette question : Laquelle des deux méthodes est la meilleure, de l'abaissement ou de l'extraction? Mais je dois dire que souvent les piqûres sont inoffensives, et je suis loin de leur attribuer la gravité dont parle M. Coursserant. Quant à la plaie de la cornée et aux plaies en général, je ne puis admettre qu'il existe entre elles des relations susceptibles de décider la question soulevée par notre confrère.

M. Magne. Il s'agit de savoir quels sont les inconvénients des piqûres et des plaies en général, afin d'arriver à décider ensuite s'il vaut mieux *piquer* ou *couper* dans l'opération de la cataracte; je ne vois pas plus que M. Boyer quels résultats cette discussion peut amener pour le choix d'une méthode; mais je dirai d'abord relativement aux plaies : S'agit-il d'une section de la sclérotique, souvent cette plaie guérit seule. Il n'en est pas de même de la cornée, qui offre en pareil cas assez souvent une kératite vasculaire exigeant un énergique traitement antiphlogistique et même plus tard la section et la cautérisation des vaisseaux. Reste la question de la piqûre, qui doit être mise hors de cause relativement à la cataracte, car il y a piqûre et piqûre, aiguille et aiguille. Or dans l'opération de la cataracte par abaissement l'aiguille n'est point un instrument piquant, mais bien un instrument tranchant agissant à la manière d'une lancette, incisant les tissus et n'y pénétrant pas en les déchirant et les écartant comme les instruments pointus. J'ajouterai que dans les opérations par abaissement, toutes les fois qu'il ne survient pas d'inflammation interne de l'œil, la plaie produite par l'aiguille est à peine visible au bout de trois jours.

M. Bossu dit que depuis longtemps la question des plaies ou des piqûres est jugée; qu'il considère l'inflammation due à la section de la cornée comme peu de chose; mais que l'inflammation de cette membrane arrive souvent sans cause connue, ainsi qu'on le remarque chez les enfants.

M. P. Guersant. Il m'est impossible d'admettre que les plaies présentent beaucoup moins de gravité que les piqûres; chacun sait en effet qu'on a pu piquer impunément des organes importants, même le péritoine et le cœur; il n'en serait certes pas de même d'une plaie faite avec un instrument tranchant. Quant à la piqûre considérée au point de vue de l'opération de la cataracte, je citerai comme exemple d'innocuité une petite fille chez laquelle j'ai ponctionné la cornée quatre fois dans un mois pour pratiquer l'abaissement une première, puis pour essayer de saisir à l'aide de pinces la capsule adhérente; malgré ces quatre ponctions, aucun accident inflammatoire grave ne s'est développé.

M. Pédelaborde n'admet pas que les questions nombreuses relatives à l'opération de la cataracte puissent être scindées comme le fait M. Coursserant. Une condition qui doit préoccuper le chirurgien, c'est l'état du corps vitré lui-même; car, dans certains cas, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, le corps vitré est tellement liquide que l'œil se vide immédiatement. M. Pédelahorde a été témoin d'un fait de ce genre.

M. Dubois fait observer que la question posée par M. Coursserant consiste seulement dans les résultats produits par la piqûre ou par une plaie, et que la discussion ne peut sortir de ces limites.

M. Masson n'admet pas que dans l'opération de la cataracte on doive attribuer l'inflammation à la piqûre, mais bien aux désordres qui se passent dans l'intérieur de l'œil.

M. Magne insiste sur ce point qu'il y a aiguille et aiguille, que l'aiguille à cataracte est une espèce de lancette qui ne pique pas à la manière des corps pointus, mais qui tranche sans tirailler ni écarter les tissus.

M. Coursserant. Je ferai une deuxième proposition qui, jointe à la première, décidera le choix du procédé opératoire à employer.

Si l'opération par abaissement ne réussit pas, et même dans certains cas de succès, les malades restent enfermés dans leur chambre et même dans leur lit des trois et quatre mois en proie à de vives douleurs, incapables de se livrer à aucune occupation, ils se ruinent en médicaments; la diète, les émissions sanguines, les vésicatoires se prolongent infiniment longtemps.

Au contraire, si l'opération par extraction est suivie d'insuccès, le malade a perdu son œil, c'est vrai; mais il échappe du moins à tout ce cortége antiphlogistique, à tous ces ennuis, à toutes ces douleurs.

C'est qu'en effet, dans l'extraction (j'entends l'extraction bien faite, pratiquée par un homme habile et avec tout le soin possible), vous ne touchez que deux membranes; tandis que dans l'abaissement toutes les membranes de l'œil sont atteintes, et, de plus, il reste au fond de l'organe un corps étranger.

M. Boyer. Notre collègue nous annonce que par une deuxième question il va décider le choix d'un procédé; mais sa seconde question est tellement complexe, elle en renferme tant d'autres, qu'il est véritablement impossible de discuter d'une manière sérieuse, en une séance, tout ce qui concerne les propositions énoncées. Si la Société décide que la discussion aura lieu successivement sur chaque point, alors nous pourrons obtenir des résultats intéressants; mais plusieurs séances sont nécessaires, et, en tout cas, je suis prêt.

M. Magne. Pour ce qui est des quatre mois de séjour à la chambre et au lit après l'abaissement, j'avoue que je ne sache pas que cela existe. Jadis on considérait comme indispensable le séjour au lit, l'absence complète de jour dans l'appartement; puis, comme on admettait qu'une cataracte remontait, on recommandait l'immobilité; mais aujourd'hui chacun sait que les voiles palpébraux, plus une compresse ployée en plusieurs doubles, plus une bande fixant le tout, constituent presque toujours un appareil suffisant pour protéger l'œil contre la lumière. D'un autre côté, si la cataracte remonte, comme elle sera absorbée dans le champ de la pupille au lieu de l'être dans le corps vitré, loin d'exiger des opérés le séjour au lit et à la chambre, je leur permets de sortir dès le premier jour, évitant avec le plus grand soin de les constituer malades. Survient-il une grave inflammation, je ne les caserne pas plus alors que s'il s'agit d'une kératite ordinaire violente, d'une violente iritis, etc.

Enfin, est-il constant que les suites de l'extraction se passent si simplement qu'on l'a dit? Les aveugles que nous rencontrons chaque jour, et dont les cornées présentent des traces de kératites vasculaires, d'iritis, etc., sont là pour prouver le contraire.

Je ne vois donc pas en quoi les accidents consécutifs peuvent éclairer le choix d'un procédé, je suis de l'avis de M. Boyer; la question est autrement complexe, et quand nous la discuterions, non pas durant des séances, mais pendant des années, nous sortirions d'ici en nous disant : *Adhuc sub judice lis est.*

M. Pédelaborde. Du moment qu'il s'agit de ramener la vision, peu importe la question de durée, pourvu que le résultat cherché soit obtenu. Il faut plutôt se demander lequel des deux procédés donne la meilleure vision. Or, à ce sujet, les statistiques donnent largement raison à l'abaissement.

M. Coursserant. Je n'accepte point la statistique. Quant à la question qui nous occupe, elle se compose d'éléments qui ne peuvent s'assimiler. De sorte, en fait de statistique, à mon avis, l'extraction réussit dix-sept fois et demie sur vingt.

M. Thore cite le cas d'une malade opérée d'un œil par abaissement il y a dix ans et avec un plein succès; l'autre œil, opéré dernièrement par la même méthode, a eu le même succès.

M. Magne n'admet pas qu'on puisse établir une statistique sérieuse sur vingt cas; c'est par millions que devraient se compter les opérations de cataracte, et encore courrait-on risque de ne pas obtenir un résultat complétement satisfaisant.

Le secrétaire, Al. Magne.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons avec reconnaissance et nous insérons avec plaisir la lettre suivante, qui n'aurait rien perdu de son intérêt à être privée des commentaires relatifs au spécialiste cosmopolite. Le diagnostic des deux chirurgiens auxquels on a fait allusion dans le feuilleton du 12 novembre 1850 avait dû être porté sans le secours du cathétérisme; il n'y aurait donc rien d'étonnant que ce diagnostic eût été erroné, et l'on n'y avait attaché d'autre importance que celle que peut avoir une causerie de feuilleton. Aujourd'hui nous devons ajouter que la description de M. Gomès est d'autant plus insuffisante que, si nous sommes bien informé, les renseignements qui ont servi à notre collaborateur venaient indirectement de M. Gomès lui-même.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre feuilleton du 12 novembre, vous avez raconté à vos lecteurs comme quoi le duc de Palmela avait voulu, par son testament, que son corps fût ouvert après sa mort, et que l'on avait trouvé dans sa vessie une pierre méconnue par un grand nombre de médecins et de chirurgiens de toutes les nations, excepté par deux praticiens français, dont l'un (je cite vos paroles) *« est un » spécialiste dont le nom n'est pas seulement européen, mais cos» mopolite, et dont l'autre, qui est un chirurgien jeune encore, ne » tardera pas à être aussi connu que son aîné. »* Vous ajoutiez : *« J'aurais maintenant un désir à exprimer, c'est que l'observation » du duc de Palmela et la relation de son autopsie fussent publiées » avec tous les détails qu'exige un fait scientifique. »*

Je suis en mesure, Monsieur le Rédacteur, de satisfaire votre désir, car j'ai été consulté par lettre d'abord, lorsque le duc de Palmela était en Angleterre entre les mains de sir Benjamin Brodie. Je lui ai donné ensuite, à Paris, des soins personnels conjointement avec MM. Andral et Gomès, pendant les mois de septembre et d'octobre 1850.

Je n'ai cependant pas pris pour moi vos éloges, qui, je le sais, n'étaient pas à mon adresse, et je pouvais d'autant moins me reconnaître dans le *spécialiste au nom cosmopolite*, que mon diagnostic n'avait pas été en rapport avec les résultats de l'autopsie que vous rapportiez. Je crus m'être trompé dans mon appréciation des phénomènes morbides et mon exploration, car j'avais sondé l'illustre malade, et je m'humiliai *in petto*. Toutefois, comme votre narration était empreinte d'un doute, j'attendis des informations ultérieures. Je viens de recevoir de M. le docteur Gomès une lettre qui a mis deux mois à me parvenir, parce qu'elle accompagnait un envoi de livres. Je transcris de son contenu ce qui a trait au duc de Palmela :

« Comme vous aurez pu le savoir, le duc est mort huit jours » après son arrivé à Lisbonne. La traversée a été sans accident » pour lui; mais malheureusement le jour du débarquement a été » bien mauvais, humide et froid. Peut-être cette influence et des » influences autres de nature morale ont aidé à hâter une termi» naison, d'ailleurs inévitable un peu plus tôt, ou un peu plus tard. » Le mal des reins est devenu très aigu; après lui les poumons sont » entrés aussi en scène, et le malade a succombé par l'effet de la » néphrite et de la pneumonie double qui s'est établie.

» L'autopsie a montré :

» L'engorgement inflammatoire à la base des deux poumons;

» Le ramollissement inflammatoire du rein gauche, et moins » considérable dans le rein droit; la dilatation du bassinet, des » calices et du tiers supérieur de l'uretère du côté droit;

» Injection et épaississement de la muqueuse vésicale.

» Dans les derniers jours de la maladie, chose remarquable, et » d'ailleurs observée déjà autrefois dans ces maladies, les urines, » qui étaient toujours purulentes dans les derniers temps, sont de» venues tout à fait limpides, sans aucun vestige de matière puru» lente. On peut dire que le mal a monté successivement, dispa» raissant presque de la vessie pour se transporter dans sa forme » aiguë sur les reins, antérieurement chroniquement malades, et » et dans les poumons, où la bronchite chronique appelait aussi la » maladie aiguë. »

Vous voyez, Monsieur, que dans tout cela il n'est pas dit un mot de pierre; et s'il en eût existé, M. le docteur Gomès, médecin ordinaire de M. de Palmela, qui était présent à l'autopsie, n'eût pas manqué d'en faire mention.

Agréez, etc. Le Roy-d'Etiolles.

NOUVELLES.

M. Alezais, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bordeaux, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

M. Vauthier, chirurgien sous-aide à Toulouse, détaché au Roule, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Bailly, chirurgien sous-aide à Bordeaux, détaché au Roule, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Sistach, chirurgien sous-aide à Perpignan, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Gosset, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour l'hôpital du Roule.

M. Allaire, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour l'hôpital du Roule.

Bagnol, chirurgien sous-aide à la succursale d'Avignon, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Devot, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Montmédy, est désigné pour celui du Roule, à Paris.

M. Dexpers, dit Faudoas, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour celui de Rennes.

M. Ferru, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour celui de Strasbourg.

M. Dimulle, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne, est désigné pour celui de Toulon.

M. Forcioli, chirurgien aide-major de 2e classe au 20e de ligne, est désigné pour le 67e de ligne.

M. Moreau, chirurgien aide-major de 2e classe au 67e de ligne, est désigné pour le 20e de ligne.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leur collection de 1850 pour la faire relier, peuvent la faire reprendre à notre bureau. Le prix de l'année 1850, reliée, est de 20 fr.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Exemple assez rare d'exstrophie de la vessie.

Le service de M. Gosselin, à l'hôpital des Cliniques, renferme en ce moment un exemple assez curieux et assez rare d'exstrophie de la vessie chez une jeune fille. On sait que, dans les cas d'exstrophie de la vessie, l'orifice qui fait communiquer cet organe avec l'air extérieur se trouve habituellement situé au-dessus de l'arcade pubienne. Cet orifice offre en outre habituellement une assez grande dimension, et il existe un renversement prononcé de la muqueuse vésicale ; on s'explique suffisamment ainsi que l'émission de l'urine soit tout à fait involontaire. Dans le cas que nous a fait voir M. Gosselin, le vice de conformation est beaucoup moins prononcé qu'il ne l'est d'habitude; l'orifice est situé immédiatement au-dessous de la symphyse pubienne, dont l'articulation est d'ailleurs beaucoup plus lâche que dans l'état normal, mais qui n'offre pas cependant l'écartement extrême qu'on observe ordinairement dans l'exstrophie. Cet orifice, d'un centimètre et demi environ d'étendue, ressemble beaucoup à un orifice urétral qui serait très dilaté, et la muqueuse vésicale ne fait qu'une faible saillie dans une partie seulement de la circonférence.

La malade peut retenir ses urines pendant un certain temps; mais une fois que le besoin d'uriner se fait sentir, elle est obligée d'y obéir immédiatement, sous peine de voir le fluide s'écouler involontairement. Le besoin d'uriner revient à peu près toutes les deux heures. Le clitoris, comme pour se conformer à l'écartement qu'ont éprouvé les branches du pubis, se trouve divisé en deux parties situées toutes deux parallèlement au-dessous de l'orifice anormal, et munies de deux prépuces assez bien conformés, de sorte qu'elles ressemblent moins à deux moitiés d'un clitoris qu'à deux clitoris distincts et même assez développés. Au-dessous de ces deux clitoris, et entre eux, existe un orifice vaginal dont la dimension est à peine supérieure à celle de l'orifice vésical, et qui est fermée par une membrane muqueuse résistante perforée à son centre. La malade est d'ailleurs bien réglée et paraît avoir une propension assez marquée aux rapprochements sexuels. Elle tiendrait beaucoup à être guérie de ce vice de conformation pour pouvoir se marier.

La médecine opératoire possède-t-elle des ressources qui puissent répondre à l'espoir qui a fait entrer la malade à l'hôpital ? M. Gosselin ne le pense pas, et c'est avec raison, suivant nous, quoique au premier abord ce cas paraisse moins incurable que les cas ordinaires d'exstrophie. On pourrait espérer à la rigueur qu'en traçant une voie artificielle entre la vessie et l'orifice du vagin on arriverait à faire passer les urines par cette voie et oblitérer ensuite à l'aide de l'autoplastie l'orifice congénial; mais, outre que le succès d'une pareille tentative est extrêmement douteux, on ne pourrait donner à la voie artificielle un sphincter propre à retenir les urines; on ne pourrait pas augmenter les dimensions de la vessie, dimensions très réduites sans aucun doute dans ce cas comme dans tous les cas d'exstrophie, et par conséquent on n'éviterait pas le plus grand inconvénient de cette difformité, c'est-à-dire l'émission très fréquente et jusqu'à un certain point involontaire de l'urine; peut-être même augmenterait-on cet inconvénient. Et comme, d'une autre part, la double opération qu'il s'agirait de faire n'est ni simple, ni dépourvue de dangers, nous croyons qu'il est parfaitement indiqué de s'en abstenir.

Poivrière dans le vagin. — Extraction.

Notre honorable confrère M. le docteur Mavel, d'Ambert, nous adresse l'observation suivante, qu'on ne rapprochera pas sans intérêt des cas assez nombreux de corps étrangers du vagin que nous avons eu l'occasion de publier dans ces dernières années.

Nous laissons parler M. Mavel.

Les observations de corps étrangers dans le vagin ne sont pas rares ; cependant la nature du corps étranger qui fait l'objet de mon observation et le moyen tout exceptionnel que j'ai employé pour son extraction me font un devoir de le porter à la connaissance de mes confrères.

Le 20 mars dernier, je fus appelé chez une sage-femme de la ville pour extraire une poivrière du vagin chez une femme âgée de quarante-six ans et enceinte de sept mois. Pour expliquer la présence de ce corps dans le vagin, cette femme essaya de nous faire croire qu'ayant souffert beaucoup dans les couches antérieures, elle avait cru pouvoir diminuer ses douleurs en s'élargissant les passages par l'introduction de ce corps, mais que celui-ci avait pénétré si avant qu'elle n'avait pu le retirer.

Six jours s'étaient écoulés depuis l'introduction de ce corps; les parois du vagin étaient boursouflées, irritées par la présence du poivre qui était encore, quoique en petite quantité, contenu dans le vase; les liquides qui s'écoulaient du vagin exhalaient une odeur infecte. Le toucher me fit reconnaître, à une profondeur de 9 centimètres, le fond du vase en bois dont la présence m'avait été dénoncée.

J'essayai de saisir ce corps avec une pince à polype; les mors de cette pince s'ouvrent tout juste assez pour saisir ce corps, mais par la moindre pression ces mors glissent et échappent; après quelques tentatives infructueuses, je me sers d'une vrille à pas de vis très délié, et, comme le corps étranger n'était pas très mobile, je pus la faire pénétrer; mais à peine un premier tour de vis avait-il pénétré que le corps étranger tournait dans le vagin avec ma vrille; alors mon index gauche fut introduit, et avec peine il arriva jusqu'au corps, qu'il empêcha de tourner, de suivre les mouvements de la vrille; je pus dès lors extraire sans beaucoup de peine et comme un bouchon de bouteille ce vase en bois, qui présentait les dimensions suivantes : largeur 6 centimètres, hauteur 10 centimètres; à sa partie supérieure, le diamètre est réduit à 25 millimètres; cette extrémité, qui était en contact avec le col utérin, est percée d'un trou qui ordinairement livre passage au poivre, mais qui dans cette circonstance a permis le passage dans la cavité de ce vase de quatre cuillerées d'un liquide roussâtre des plus infects.

Le repos et quelques injections émollientes ont procuré une prompte amélioration.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. P. GUERSANT.

Considérations sur les polypes du rectum chez les enfants.

Il existe plus souvent qu'on ne le croit des polypes dans le canal intestinal chez les enfants; nous en rencontrons cinq à six fois dans le courant d'une année. Ces végétations offrent un volume d'inégale dimension; leur forme, variable, est assez ordinairement ronde, de la grosseur d'une noisette; quelquefois elle est irrégulière. La plupart d'entre elles sont maintenues dans la membrane muqueuse par un pédicule de 3 à 4 millimètres, quelquefois même de 1 centimètre. Ce pédicule est d'autant plus mince que le polype est plus ancien, et par conséquent d'autant plus large que sa formation est récente.

L'extérieur de ces végétations ressemble à la membrane muqueuse, dans laquelle on est porté à croire qu'elles naissent, et dont on croirait qu'elles sont recouvertes; leur centre est un tissu muqueux hypertrophié, qui n'est ni cancéreux, ni fibreux; les vaisseaux qui les alimentent sont insignifiants; on y trouve cependant quelquefois une petite artériole.

Les selles sanguinolentes qu'occasionne un polype chez un enfant font plutot penser ses parents à une dyssenterie qu'à un polype ; ces selles ne sont suivies ni précédées de coliques; il n'y a ni diarrhée, ni constipation; elles durent longtemps, diminuent ensuite et disparaissent tout à fait : cela tient à ce que les matières fécales, passant dans le rectum et par conséquent sur le polype, agissent sur lui, occasionnent un suintement sanguin, tendent à le pousser vers la partie inférieure du rectum, à briser même le pédicule et à le faire disparaître. Beaucoup d'enfants guérissent ainsi, sans qu'on se soit douté qu'ils avaient un polype.

Ces végétations se développent le plus souvent, dans le rectum, à un pouce et demi, deux pouces, quelquefois plus haut ou plus bas. Les enfants éprouvent alors de fréquentes envies d'aller à la garde-robe; leurs matières, plus ou moins sanguinolentes selon la grosseur du polype, sont liquides ou dures; si elles sont dures, il n'est pas rare de les voir moulées, cannelées et présenter sur l'un des côtés une dépression longitudinale. Ce signe est un des plus positifs. Il n'est pas rare aussi de voir, dès que l'enfant finit d'aller à la garde-robe, le polype sortir et pendre à l'anus ; il représente alors un corps rouge saignant, qui rentre dans le rectum dès que l'intestin ne fait plus d'efforts pour expulser les matières. Si le toucher rectal est pratiqué, il donne une tumeur molle, glissant sous le doigt, mais qui peut cependant être ramenée à l'anus; il est des cas où on la sent sans pouvoir la ramener.

Les causes de ces végétations ne sont pas bien appréciables.

Une dyssenterie pourrait être la cause d'une erreur de diagnostic ; mais le polype n'est pas une affection passagère. La dyssenterie est aiguë, occasionne de la sensibilité et des douleurs vives dans le ventre ; il y a de la fièvre, etc... Le polype n'occasionne ni fièvre, ni douleurs ; il affaiblit lentement, et les évacuations sanguinolentes peuvent durer cinq à six mois. J'ai vu plusieurs enfants qu'on avait longtemps traités pour une dyssenterie, et qui portaient tout simplement un polype du rectum. Cela tient souvent à ce que plusieurs médecins négligent de pratiquer le toucher rectal.

Le pronostic varie selon que la végétation est près de l'anus ou dans le gros intestin. Dans la première position, le pronostic est favorable ; le polype peut tomber de lui-même, ou bien on peut facilement en débarrasser le malade. Dans le cas contraire, il faut aller chercher le polype, le ramener à l'orifice de l'anus et l'exciser ou le lier. Je donne la préférence à la ligature, qui n'est ordinairement pas accompagnée d'hémorrhagie. Je dois dire cependant que, lorsque le pédicule est petit, on peut l'exciser sans crainte ; dans le cas contraire, je crois que la ligature est préférable : en effet, elle peut occasionner la chute du polype, si ce n'est à l'ins-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Examen de la phrénologie; — De l'instinct et de l'intelligence des animaux; — Buffon, ses travaux et ses idées; Cuvier; — Fontenelle; par M. P. FLOURENS, membre de l'Académie française et secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences. — Cinq volumes in-12.

La phrénologie de Gall est la justification, par des systèmes abstraits, du matérialisme du dix-huitième siècle. M. Flourens a montré, avec une clarté puisée dans une logique concluante, le néant des doctrines de Gall et de ses continuateurs; il a d'un seul coup, par des arguments concis et forts comme la vérité, terrassé les navrantes erreurs des phrénologistes; il n'a laissé debout, à leur place, que les éclatantes révélations de la bonne et consolante philosophie.

Toute la philosophie de Gall consiste à substituer la *multiplicité* à l'*unité*. A un cerveau général et un, il substitue plusieurs petits cerveaux; à une intelligence générale et une, il substitue plusieurs intelligences individuelles.

Ces prétendues intelligences individuelles sont des facultés. Or, Gall admet vingt-sept de ces facultés, chacune desquelles (puisque chacune est une intelligence propre) a sa faculté perceptive, sa mémoire, son jugement, son imagination, et le reste.

« Si l'on en croit Gall, dit M. P. Flourens, chaque attribut n'est pas moins distinct que chaque faculté. La mémoire, le jugement, l'imagination, etc., d'une faculté, ne sont pas la mémoire, le jugement, l'imagination d'une autre.

» Ainsi donc, point de doute, il y a vingt-sept *facultés;* et, puisqu'il y a vingt-sept *facultés*, il y a vingt-sept mémoires, vingt-sept jugements, vingt-sept imaginations, etc.

» En un mot, plus d'intelligence générale, et vingt-sept intelligences particulières avec trois ou quatre fois vingt-sept attributs distincts pour chacune: voilà toute la psychologie de Gall. »

M. Flourens reconnaît avec Gall l'*innéité* de nos facultés ; mais il lui conteste qu'elles sont *indépendantes* :

« Si par indépendant il entend distinct, rien encore de moins contestable.

» Mais si par ce mot indépendant il entend que chaque faculté est une intelligence propre, la question change et la difficulté commence.

» Car, si chaque faculté est une intelligence propre, il y a donc autant d'intelligences que de facultés ; l'intelligence n'est donc pas une ; le moi n'est donc pas un. Je sais bien que cela même est précisément ce que veut Gall. Il le dit et le redit partout dans son livre; il le dit, mais il ne le prouve pas. Eh! comment le prouverait-il? Prouve-t-on contre le sens intime ? »

Après avoir examiné le problème physiologique et psychologique de Gall, M. Flourens établit qu'il y a dans Gall deux anatomies très distinctes : une anatomie générale, laquelle ne tient point à sa doctrine, et une anatomie particulière, laquelle, supposée vraie, ferait la base même de sa doctrine.

Certes Gall a enrichi l'anatomie de faits qui tiennent à l'idée heureuse qu'il a eue de suivre les fibres du cerveau, ou mieux, de substituer, dans la dissection de cet organe, la méthode des *développements* à celle des *coupes;* mais son esprit le poussait tellement aux hypothèses, que jusque dans son anatomie positive on sent l'auteur d'un *système*.

La question métaphysique de l'âme des bêtes a fourni matière à de nombreux écrits. Descartes en est l'auteur. Pour prouver l'*automatisme* des bêtes, il donne ces deux raisons : la première, « que jamais les bêtes ne sauraient user de paroles ni d'autres signes, comme nous faisons pour déclarer aux autres nos pensées; » et la seconde, « que, bien que les bêtes fassent plusieurs choses aussi bien et peut-être mieux qu'aucun de nous, elles manquent infailliblement en quelques autres, par lesquelles on découvre qu'elles n'agissent pas par connaissance, mais seulement par la disposition de leurs organes. » Descartes accorde aux animaux la vie et le sentiment; il ne leur ôte que la pensée.

Buffon leur accorde de plus la conscience de leur existence actuelle. Mais il leur refuse la pensée, la réflexion, la mémoire, ou la conscience de l'existence passée, et la faculté de comparer des sensations ou d'avoir des idées.

M. P. Flourens examine chacune de ces limites avec une remarquable lucidité. Nous ne pouvons résister au désir de citer les passages suivants :

« Les animaux ont la conscience de leur existence actuelle, et ils n'ont pas la pensée; mais qu'est-ce que la conscience de l'existence? Peut-il y avoir conscience sans connaissance, et connaissance sans pensée ?

» Ils n'ont pas la mémoire. Quoi! ce chien qui distingue, c'est-à-dire qui connaît les lieux qu'il a habités, les chemins qu'il a parcourus; ce chien que les châtiments corrigent, qui pleure le maître

tant même, du moins est-ce le lendemain ou le surlendemain.

La guérison est facile si le polype peut être ramené à l'orifice de l'anus ; l'indicateur introduit le ramène, et un aide porte la ligature le plus loin possible. Lorsqu'on le sent et qu'il est impossible de le ramener, à l'aide d'un *speculum ani*, on tâche de le saisir et d'en faire la torsion. S'il est plus haut encore, ne pouvant opérer, on fait donner quelques lavements astringents au ratanhia et même un purgatif, dans le cas où on pense qu'il y a polype ; mais il faut, avant d'administrer ce dernier, qu'on soit bien sûr qu'il n'y a pas de dyssenterie véritable.

Les enfants, abattus tant qu'ils portent un polype, reprennent facilement après l'opération. Aug. GUILLABERT.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. MALGAIGNE.

Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus d'une part, et, d'autre part, fracture par écrasement du calcanéum sur le même sujet. — Autopsie au quatrième jour.

(Observation recueillie par M. DUBREUIL, interne.)

Pierre Noël, âgé de cinquante ans, homme fort et robuste, étant monté sur une échelle de 5 mètres de haut, tomba de cette hauteur sur le pavé. Il toucha d'abord le sol par le pied gauche, la jambe étant dans l'extension et supportant tout le poids du corps; puis, perdant l'équilibre, il pencha à gauche, allongea le bras correspondant pour parer la chute, et tomba ainsi derechef sur la face palmaire de la main gauche, soutenant le tronc à la façon d'un arc-boutant. Il ne put se relever seul ; on le transporta à l'hôpital Saint-Louis, où il arriva le 1er décembre 1850, à six heures du soir, deux heures après l'accident.

Le moignon de l'épaule offrait une déformation manifeste. La saillie arrondie que forme ordinairement le deltoïde en dehors était remplacée par une surface presque plane, limitée en haut par l'acromion, au-dessous duquel apparaissait une légère dépression, que l'on augmentait en y appuyant les doigts. Le bord axillaire du grand pectoral était soulevé en avant par une tumeur osseuse, que l'on rencontrait également dans le creux de l'aisselle, et qui était évidemment la tête de l'humérus. Le bras pendait sur le côté du tronc ; le coude, écarté en dehors et un peu porté en arrière, ne pouvait être ramené au contact avec les côtes. Les mouvements volontaires d'extension et de flexion de l'avant-bras étaient conservés ; aucun de ceux qui se passent dans l'articulation scapulo-humérale ne pouvait être exécuté, et toutes les fois qu'on cherchait à imprimer au bras le moindre mouvement, le malade accusait une vive douleur dans la profondeur de l'épaule.

A ces signes, nous reconnûmes une luxation sous-coracoïdienne ; et, sans porter plus loin l'étude des symptômes, nous procédâmes à la réduction. Le malade fut couché horizontalement, endormi à l'aide du chloroforme ; des tractions furent faites sur le bras, écarté préalablement du tronc à angle droit ; et, lorsqu'elles parurent suffisantes, mon collègue et ami M. Piogey, chargé de la réduction, les fit cesser brusquement, en même temps qu'il rapprochait le bras du corps, tout en lui imprimant un mouvement de rotation de dehors en dedans. La tête humérale rentra dans sa cavité sans faire entendre aucun bruit. Après quoi, le bras fut maintenu dans la demi-flexion à l'aide d'une écharpe.

A peine revenu à lui, le malade cessa de se plaindre de son épaule, mais pour accuser une vive douleur dans le pied gauche, principalement au-dessous des malléoles. Il y avait là, en dehors, mais surtout en dedans, des ecchymoses très prononcées, s'étendant le long des bords interne et externe du pied et cessant brusquement par en haut. Un gonflement peu considérable occupait toute la face dorsale et les parties latérales du pied, et remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessus des malléoles. Le malade exécutait encore les mouvements d'extension et de flexion du pied, mais en souffrant beaucoup. Pendant ces mouvements, si l'on embrassait le pied avec la main, on sentait une crépitation sourde et profonde, revenant à intervalles, sans qu'on pût la produire à volonté. En imprimant des mouvements latéraux, on déterminait une douleur excessive ; mais alors il n'y avait pas de crépitation. La pression exercée sur le tibia et le péroné n'éveillait de douleur en aucun point, tandis qu'elle était très douloureuse au-dessous des malléoles ; le talon n'était ni aplati, ni projeté en arrière ; la coupe du bord interne du pied restait tout aussi prononcée que celle du pied sain.

La crépitation entendue indiquait nécessairement une fracture ; et le siége de la douleur devait la faire rapporter à l'astragale ou au calcanéum. L'absence de toute déformation du talon nous fit conclure pour la fracture de l'astragale.

Le pied, entouré d'un large cataplasme froid arrosé de laudanum, fut placé sur des coussins dans une position élevée, avec recommandation au malade de garder l'immobilité.

Le lendemain, à la visite, M. Malgaigne constate d'abord que la luxation ne s'est pas reproduite. Quant au pied, le gonflement est plus considérable et la douleur plus diffuse ; cependant, au récit des symptômes observés la veille, M. Malgaigne diagnostique une fracture du calcanéum, et il pense que l'on aurait pu, avant le gonflement, préciser mieux le siége de la douleur sur les faces latérales de cet os.

Le même soir, un délire furieux se déclare et persiste, malgré l'administration des opiacés. Le 3, le pouls est à 140, les mâchoires serrées; vers minuit, le délire fait place à un coma profond, et la mort survient le 4 à onze heures du soir.

Autopsie le 6, trente-quatre heures après la mort. — Cette autopsie présentait un double intérêt ; à part les lésions de la luxation, si rares à observer à l'état récent, il y avait un diagnostic important à vérifier pour la fracture.

Articulation scapulo-humérale.—Toutes les parties molles sont enlevées avec beaucoup de soin : une ecchymose assez considérable occupe en avant tout le tissu cellulaire sous-deltoïdien, et s'étend par en bas jusqu'à l'insertion du muscle deltoïde à l'humérus. Il y a rupture du sous-scapulaire à l'endroit où les fibres musculaires viennent s'attacher aux fibres tendineuses qui le fixent au petit trochiter et à la capsule. En haut, la capsule adhère intimement au ligament acromio-coracoïdien ; en avant et en dedans, elle paraît très distendue et fluctuante; en effet, le premier coup de bistouri en fait sortir environ deux cuillerées d'un liquide rougeâtre, filant, légèrement visqueux, et contenant de petits débris du tissu osseux pareils à des grains de sable.

La capsule ouverte en arrière, on aperçoit une déchirure à son insertion au bord intérieur de la cavité glénoïde, dans une étendue de 45 millimètres. L'ouverture qui en résulte est comblée par un caillot fibrineux, rougeâtre, à surface mamelonnée, adhérant à la base de l'apophyse coracoïde et à toute la partie antérieure du col de l'omoplate sur une surface de 4 centimètres carrés, et épais, en ce point, de près de 1 centimètre. Dans son épaisseur est engagée une petite esquille rugueuse ; mais, à partir de ce point, il va en s'amincissant et s'élargissant à la fois, à mesure qu'il s'étend sur la capsule qu'il recouvre dans toute sa partie antérieure, et avec la substance de laquelle il semble se confondre.

En arrière, le trochiter était arraché, de telle sorte que les insertions osseuses des muscles sus et sous-épineux et petit rond étaient entièrement détachées de l'humérus, laissant sur cet os une perte de substance capable de loger toute la pulpe du pouce. Le fragment détaché était tiré en haut et en arrière par les muscles de manière à ne permettre que difficilement le rapprochement des surfaces.

Il y avait, en outre, une fracture du rebord glénoïdien antérieur, complétement détaché du col de l'omoplate dans une étendue de 25 millimètres; et, par suite, la cavité glénoïde offrait en ce point une échancrure semi-lunaire de 7 millimètres de profondeur à sa partie moyenne. La petite esquille signalée plus haut dans l'épaisseur du caillot réparateur avait été détachée du rebord glénoïdien.

Le tendon de la longue portion du biceps n'était ni arraché, ni rompu. Enfin, la synoviale offrait, dans toute son étendue, une teinte rouge-foncé, que le lavage ne faisait pas disparaître.

Calcanéum. — La moitié postérieure, ou le corps de cet os, était complétement séparée de la moitié antérieure ou apophysaire par une fracture transversale. Une seconde fracture, tombant à angle droit sur la première, divisait la moitié antérieure en deux parties latérales : l'une interne, portant la petite apophyse ; l'autre externe, formée par la grande. Cette dernière portion présentait quatre fragments, dont trois supérieurs, et le quatrième inférieur, indépendants les uns des autres ; c'était là que s'était concentrée toute la violence du choc, et l'os, en ce point, était littéralement broyé.

L'astragale, ainsi que tous les autres os du tarse, étaient intacts.

Parmi les faits intéressants qui résultent de cette autopsie, je me contenterai d'insister sur les deux suivants :

1° La dissection de la capsule scapulo-humérale montre avec quelle rapidité la nature procède à la réparation des désordres qui accompagnent les luxations. Ainsi, le court espace de 79 heures avait suffi pour qu'un caillot épais et très consistant vînt oblitérer la déchirure de la capsule et isoler complétement des parties voisines l'intérieur de l'articulation.

2° On voit aussi que la fracture du calcanéum peut exister sans aucune diminution de la voussure du pied ; que la douleur à la pression peut manquer en arrière et ne se faire sentir que sur les côtés, lorsque la fracture occupe spécialement la moitié antérieure de l'os; et que, toutefois, cette absence de deux symptômes importants permet au chirurgien de porter un diagnostic.

Réflexions de M. Malgaigne. — J'ajouterai quelques mots à l'observation très importante qu'on vient de lire. La luxation était bien sous-coracoïdienne ; mais il faut ajouter qu'elle était incomplète, ainsi que nous nous en assurâmes en la reproduisant sur la pièce disséquée. C'est la première fois que la luxation sous-coracoïdienne incomplète est ainsi constatée à l'état récent ; c'est aussi la première fois, si je ne me trompe, qu'elle a été vue avec la double complication de la fracture du rebord glénoïdien antérieur et l'arrachement du trochiter.

Quant à la fracture du calcanéum, depuis longtemps il me suffit pour la diagnostiquer sur le vivant de ces trois points : chute sur le talon, ecchymoses latérales et douleur à la pression sur les côtés de l'os. Le diagnostic n'est pas absolument démontré sans doute, mais il l'est suffisamment pour la pratique. Tout récemment, à l'Hôtel-Dieu, un malade présentait ces signes; je n'hésitai pas à déclarer qu'il y avait fracture, qu'il était nécessaire d'appliquer un appareil pour immobiliser le pied, qu'avec cet appareil il faudrait un mois au malade pour recouvrer l'usage de son membre et que sans appareil il lui faudrait bien plus longtemps. Mon diagnostic fut révoqué en doute; nul appareil ne fut placé; et, après environ six semaines, le malade est sorti ne pouvant pas mettre le pied à terre. Je ne saurais trop appeler sur ce point l'attention des chirurgiens. (*Rev. méd.-chirurg.*)

HYDROCÈLE DU COU

survenue chez un nouveau-né. Guérison.

Par le docteur EVANS.

Les kystes du cou, sans être excessivement rares, ne sont pas tellement fréquents cependant que tous les praticiens en aient pu voir des exemples. Celui qu'a observé le docteur Evans est donc intéressant à connaître, non-seulement à cause de la nature de la maladie et du succès du traitement, mais aussi à cause de l'âge de l'enfant qui en était atteint, qui en fait un cas peut-être sans précédent.

En mars 1845, j'assistai une dame qui accoucha d'un enfant mâle bien portant. Quelques jours après je remarquai un pli de peau lâche et ridée au-dessous de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, au côté droit du cou, dans l'étendue d'un pouce carré. Au bout de deux ou trois mois on avait sur ce point une sensation de liquide; bientôt il se forma une petite tumeur ronde et molle, sans changement de couleur à la peau, de la grosseur d'une noix d'abord ; plus tard elle fut comme une petite orange.

Le 8 août 1846, elle fut examinée par feu M. Key, qui pensa qu'il devait y avoir du liquide, qu'il se pouvait qu'elle eût quelque connexion avec une glande salivaire, et que partant il ne fallait y toucher qu'après la dentition.

Le 7 février 1847, je fis une exploration avec une aiguille cannelée, sous les yeux de M. Crisp; je retirai quelques gouttes de sérosité. La tumeur égalait alors le volume de la tête d'un fœtus de sept mois, et s'étendait du sternum à la branche ascendante du maxillaire inférieur; le menton était entièrement effacé de ce côté.

Le 11 mars, augmentation de volume, élasticité, insensibilité à la pression. Une ponction pratiquée avec un petit trocart donna issue à trois ou quatre onces d'un liquide

---

qu'il a perdu, qui va jusqu'à mourir sur sa tombe, ce chien n'a pas la *mémoire* ?

» Buffon refuse aux animaux la réflexion, qu'il définit admirablement : « La puissance des idées générales et l'intelligence des choses abstraites. » Et en cela il a grande raison sans doute.

» Mais a-t-il également raison quand il leur refuse jusqu'à la faculté de comparer des sensations ?

» Ce chien que vous placez entre l'impression conservée d'un châtiment passé et l'excitation d'un plaisir présent, ce chien hésite. Comment peut-il hésiter s'il ne compare ? »

Si Buffon prétend expliquer mécaniquement toutes les actions des bêtes, Réaumur voit de l'intelligence jusque dans les animaux très inférieurs, c'est-à-dire dans les insectes.

« C'est que la distinction fondamentale entre l'instinct et l'intelligence des bêtes, observe M. Flourens, n'était pas encore faite. Partout, Réaumur et Buffon confondent l'intelligence; partout, en ne croyant nier que l'intelligence, Buffon nie jusqu'à l'instinct, et Réaumur accorde jusqu'à l'intelligence, en ne croyant peut-être accorder partout que l'instinct. »

Condillac n'a point éclairé cette distinction, et a laissé à l'état de question le problème des *facultés intérieures* des bêtes, G. Leroy lui-même confond aussi l'instinct avec l'intelligence; mais cette confusion mise à part, l'ouvrage de ce savant reprend toute son importance ; c'est l'étude la plus approfondie qu'on eût faite encore des facultés intellectuelles des animaux. Mais la question de l'intelligence des animaux reçoit enfin de nos jours un certain ensemble et comme une vie nouvelle des travaux de F. Cuvier.

Tout à l'heure, en analysant le système de Gall, en faisant tomber une à une ses erreurs, M. Flourens lui opposait un philosophe, un penseur comme Descartes, qui, cent ans auparavant, avait détruit cette mauvaise philosophie. Maintenant, tout préoccupé, tout absorbé par le grand génie du célèbre anatomiste, sa critique se tait, sa logique et sa conscience se contentent d'exposer avec clarté les recherches patientes, fécondes, révélatrices, du grave Cuvier. M. Flourens paraît lui-même ébloui des lumières de ce génie qui laisse Buffon bien loin derrière lui.

« Helvétius, philosophe, dit-il, cherche un principe, et il y arrive par une généralisation forcée; Buffon, écrivain, peint dans les animaux toutes les nuances des passions des hommes ; l'observation nue de Cuvier donne le fait tel qu'il est, et pose les seules bases de la science. »

Après avoir ainsi salué Cuvier comme le prophète des sciences naturelles, M. Flourens reprend son rôle de critique. Il combat Descartes lorsqu'il devient trop exclusif à l'endroit de l'intelligence humaine. Quand ce dernier refuse tout aux bêtes, il lui oppose alors Aristote, qui voit au contraire partout des analogies, des degrés et des nuances. L'académicien, qui est assez riche de ses axiomes, et ne veut pas s'approprier le mérite de dire une vérité lorsqu'elle a été proclamée avant lui, cite cette réflexion si juste, si précise, d'Aristote : « Un seul animal est capable de réfléchir, de délibérer, c'est l'homme. Il est vrai que plusieurs autres animaux participent à la faculté d'apprendre et à la mémoire, mais lui seul peut revenir sur ce qu'il a appris. »

Voici comment M. Flourens termine son remarquable ouvrage, *De l'instinct et de l'intelligence des animaux* :

« Toutes mes études me ramènent donc toujours à mes conclusions précédentes.

» Il y a trois faits : l'instinct, l'intelligence des bêtes et l'intelligence de l'homme ; et chacun de ces faits a sa limite marquée.

« L'instinct agit sans connaître ; l'intelligence connaît pour agir ; l'intelligence seule de l'homme connaît et se connaît.

» La réflexion, bien définie, est la connaissance de la pensée par la pensée.

» Et ce pouvoir de la pensée sur la pensée nous donne tout un ordre de rapports nouveaux. Dès que l'esprit se voit, il se juge ; dès qu'il peut agir sur soi, il est libre; dès qu'il est libre, il devient moral.

» L'homme n'est moral que parce qu'il est libre.

» L'animal suit le corps : au milieu de ce corps, qui l'enveloppe partout de matière, l'esprit humain est libre, et si libre qu'il peut, quand il le veut, immoler le corps même. »

M. Flourens, en publiant l'histoire des travaux de Cuvier et de Buffon, lie étroitement ces deux ouvrages qui n'en font réellement qu'un; car on ne comprend Buffon qu'après avoir lu Cuvier. Buffon devine, Cuvier démontre ; l'un, c'est l'hypothèse déguisée par un style brillant; l'autre, c'est le fait pur et simple dans toute sa sévère authenticité.

L'histoire des travaux de Cuvier a pour introduction son éloge historique lu à l'Académie des Sciences le 29 décembre 1834. Les chapitres qui suivent ont pour objet les travaux de Cuvier sur la zoologie, l'anatomie comparée, ses recherches sur les ossements fossiles; recherches aussi curieuses que celles de l'illustre anatomiste, puisque, avec l'ongle d'un pangolin trouvé dans l'ancien Palatinat, Cuvier connaît toutes les révolutions du globe.

Les travaux de Buffon, comme ceux de Cuvier, sont pour l'esprit humain la date d'une ère nouvelle. Avant ces deux génies, la

jaune-paille, peu épais; diminution légère ; écoulement médiocre pendant deux ou trois jours. — Teinture d'iode et doses altérantes de mercure et d'iodure de potassium.

Le 6 juin, aidé du docteur Crisp, je passai une aiguille à séton avec cinq ou six fils de soie. Il sortit un peu de liquide aqueux.

Le 7, issue du même liquide en petite quantité. Il n'y a ni fièvre, ni inflammation.

Le 8, assoupissement jusqu'à trois heures de l'après-midi ; convulsions de trois quarts d'heure de durée. Elles ont cessé à mon arrivée ; fièvre, chaleur intense à la tête, inflammation et augmentation du volume du kyste. — Le séton est enlevé ; bain chaud, cataplasme et fomentations sur la partie ; huile de ricin.

Le 9, fièvre intense, tête lourde, peau chaude, regard abattu, constipation. — Calomel et purgatif salin ; applications froides sur la tête ; fomentations sur le cou.

Du 10 au 13, l'état est moins inquiétant.

Le 14, sentiment de fluctuation ; je vois le malade avec le docteur Bransby Cooper, qui fait une ponction au lobe le plus saillant ; il en sort un peu de pus clair.

Du 15 au 21, écoulement peu appréciable.

Le 22, nuit mauvaise ; infiltration de la paupière droite ; diarrhée, inappétence.

Le 24, tuméfaction et dureté autour de l'articulation temporo-maxillaire ; la parotide paraît phlogosée.

Le 28, écoulement séro-purulent considérable de l'oreille droite ; diminution de la fièvre.

Les 29 et 30, abattement. — Quinine et citrate de fer.

Le 1er juillet, anxiété, amaigrissement, anorexie ; suintement considérable du conduit auditif.

Le 19, susceptibilité extrême ; toux fréquente et expectoration purulente.

Le 23, fièvre hectique, faiblesse et émaciation excessives. — Quinine, thé, bœuf, lait, arrow-root, vin ; opiacés pour la nuit.

Le 26, diminution rapide de la tumeur.

Le 31, mieux ; apparition sur tout le corps de larges pustules, qu'on ouvre aussitôt.

Les 19 et 20 août, la toux a cessé ; on commence à sortir le malade.

Le 30, il commence à marcher, prend de l'embonpoint ; la tumeur a presque complétement disparu.

Le 16 avril 1850, santé parfaite ; une petite portion de peau lâche et ridée, identique à celle qui fut observée quelques jours après la naissance, est la seule trace d'une tumeur auparavant énorme.

(*London med. Examiner* et *Gaz. méd. de Montp.*)

Empoisonnement par les fleurs de pivoine;

Par M. le Dr Thomsen, à Schwansen.

Voici un fait qui semblerait démontrer que la pivoine, dont la racine était autrefois employée en médecine, mais qui a été abandonnée pour son peu d'activité, possède dans les fleurs des propriétés plus énergiques, et qui la rapprochent de plusieurs autres renonculacées considérées à juste titre comme des poisons narcotico-âcres.

Une servante âgée de dix-neuf ans, d'une diathèse chlorotique, affectée de dysménorrhée depuis deux mois, prit, d'après le conseil d'une vieille femme, le matin à jeûn, une tasse d'une décoction faite avec une grosse fleur de pivoine, ce qui produisit chaque fois une douleur pongitive avec pesanteur extraordinaire à la tête, bourdonnements d'oreilles et étincelles devant les yeux, malaise, vomissements, selles liquides avec fortes coliques.

Au soir du cinquième jour, frissons, légers délires, douleurs avec mouvements spasmodiques dans les membres inférieurs et supérieurs ; alors seulement, le 29 juin 1841, M. Thomsen fut appelé ; il trouva la malade dans l'état suivant :

Face très rouge, un peu tuméfiée ; yeux rouges ; ventre dur, rétracté, très sensible à la pression, surtout le long du colon transverse et dans l'épigastre, parties génitales externes un peu gonflées et douloureuses au toucher ; urine parcimonieuse et brûlante ; soif forte ; déglutition accompagnée d'un serrement désagréable à la gorge un peu rouge ; appétit nul ; de temps en temps selles liquides, aceompagnées de fortes coliques ; prostration, douleur et pesanteur à la tête ; bourdonnement d'oreilles et étincelles devant les yeux ; au moindre mouvement, paroxysmes de douleurs déchirantes et élancements comme provoqués par des secousses électriques dans les extrémités, surtout inférieures, suivis d'un sentiment désagréable d'engourdissement et de froid des extrémités, se prolongeant le plus longtemps dans les doigts et les orteils. — Emulsion avec eau de laurier-cerise ; 16 ventouses scarifiées sur le ventre.

Le 30 juin, sommeil pendant quelques heures ; tête moins lourde. Vers le matin, selles d'une masse muqueuse, verdâtres ; ventre moins douloureux à la pression.

Le 1er juillet, transpiration ; pouls plus fréquent, mais petit et faible ; pas de selles ; ventre sensible, surtout à l'épigastre ; météorisme augmentant vers le soir ; soif encore forte ; langue moins rouge, souvent renvois et malaises. — Sangsues à l'épigastre.

Le 2, douleur à l'épigastre et météorisme moindres. Depuis la cessation des selles, la malade éprouve de vives douleurs en rendant l'urine, qui était trouble, brune et d'une odeur désagréable.

Le 3, pour produire des selles, on donna à la malade une tasse de thé séné, qui fut vomie et suivie d'une nouvelle irritation inflammatoire de l'estomac, de fortes congestions vers la tête et de douleurs dans les lombes. Ces symptômes diminuèrent après une selle provoquée par l'huile de ricin, suivie d'une émulsion huileuse avec de l'eau d'amandes amères et du nitre.

Le 6, amélioration sensible, douleurs dans les extrémités plus rares et moins fortes, de temps en temps encore quelques secousses faibles dans les bras, grande faiblesse et disposition continuelle à dormir.

Le 9, les douleurs et les secousses ont disparu, les forces et l'appétit reviennent très lentement ; après le manger, souvent dyspepsie ; le lait est le mieux supporté.

Le 11, la malade put reprendre ses occupations domestiques. (*Zeitschrift fuer die Gesamte medicin* et *Gaz. Méd.*)

Trichiasis cystata,

Par le Dr Kraemer.

Un homme de quarante-deux ans, hémorrhoïdaire et affecté depuis plusieurs années d'ischurie, observa que son urine, souvent trouble et sanguinolente, contenait des cheveux.

Lorsque l'émission de l'urine était accompagnée d'un fort prurit à la partie antérieure du canal de l'urètre, il constata ordinairement au méat la présence d'un cheveu qui sortait roulé sous la forme d'une petite boule quelquefois recouverte d'incrustations, et le prurit cessait. Pendant que M. Kraemer eut occasion d'observer le malade, l'urine, assez copieuse, était d'un jaune clair, trouble, avec un sédiment muqueux. La région vésicale était non douloureuse. Une sonde entra facilement dans la vessie. Pouls, 88 dans la minute.

Les cheveux sont fins, et les plus gros étaient encore plus fins que ceux de la tête, longs de 4 à 6 pouces, ainsi plus longs que ceux du scrotum. Ils étaient d'un blond clair ; les plus fins étaient complétement blancs et crêpus. A quelques endroits, ils formaient des pelotons composés d'un feutrage blanc excessivement fin. A l'état frais, ce feutrage paraissait rempli de matières terreuses, incrustées. Quelques cheveux avaient des bulbes ; les plus grands n'en avaient pas. Examinés sous le microscope, les cheveux se présentèrent comme des cylindres creux, de diamètre variable. Dans quelques points, ils présentaient une forme spirale ; dans d'autres, ils étaient comme couverts de moisissure.

Ces cheveux ne pouvaient pas être confondus avec ceux du scrotum, d'abord parce que ceux-ci étaient plus courts et d'un autre aspect, ensuite le prépuce était continuellement ramené en arrière.

Il était donc impossible que des poils provenant des parties génitales eussent pu se ramasser sur ce point. (*Ibid.*)

Iodure d'amidon soluble et sirop d'iodure d'amidon,

Par M. Magnes-Lahens.

Après les intéressantes remarques données par M. Gille, pharmacien à Paris, sur le sirop d'iodure de *dextrine*, dans un de nos derniers numéros, on ne lira pas sans utilité les suivantes, publiées par M. Magnes-Lahens dans le *Journal de Médecine de Toulouse.*

Je prends amidon convenablement grillé.	9	parties.
Iode.	1	—

Je réduis l'iode en poudre fine en ajoutant d'abord une petite quantité de l'amidon dont le surplus est ensuite mêlé à l'iode par un broyage vigoureux et rapide. Le mélange, intimement opéré, est introduit dans un petit madras, que je bouche et que je plonge dans un bain-marie d'eau bouillante. Au bout d'un temps plus ou moins long, un quart d'heure, une demi-heure, une heure, selon la quantité du mélange, celui-ci, qui était d'une couleur grise au moment où il a été introduit dans le matras, devient d'un bleu si intense qu'il paraît noir. Les petites quantités de vapeur d'iode qui se dégagent d'abord sont absorbées par la poudre, qu'on a soin d'agiter de temps en temps. Le produit obtenu pour être en tout point comparable à la poudre d'iodure d'amidon de M. Quesneville, doit être lavé à l'alcool, qui lui enlève les traces d'iode qui pourraient ne pas être intimement combinées à l'amidon.

Il est une condition indispensable à la réussite de l'opération : c'est de laisser exposer à l'air pendant quelque temps l'amidon torréfié pour qu'il reprenne l'état hygrométrique qu'il avait avant la torréfaction. J'ai échoué plusieurs fois dans mes tentatives, et j'ai failli abandonner comme mauvais ce mode de préparation, cependant très avantageux, pour avoir négligé d'abord la précaution que je viens d'indiquer.

Dès que j'ai eu découvert le secret de la préparation de la poudre d'amidon soluble, j'ai préparé avec elle du sirop d'iodure d'amidon, d'une limpidité parfaite et d'un bleu violacé magnifique, qui ne le cède en rien au sirop de M. Quesneville. Pour l'obtenir, j'ai essayé plusieurs modes opératoires ; voici celui auquel je me suis arrêté :

Iodure d'amidon soluble.	25	grammes.
Eau.	332	—
Sucre.	666	—

J'introduis l'iodure et l'eau dans un matras, que je plonge dans un bain-marie d'eau bouillante, et, quand la solution d'iodure est complète, j'ajoute le sucre finement concassé ; je bouche le matras, et je l'agite de temps en temps jusqu'à solution du sucre ; je renferme, enfin, le sirop encore chaud dans un flacon, que je bouche avec soin.

La poudre d'iodure d'amidon contenant le dixième de son poids d'iode, le sirop obtenu contient par kilogramme 2 grammes 5 décigrammes d'iode, c'est-à-dire la quantité d'iode assignée par M. Quesneville à son sirop dans son prospectus.

Il y a une double raison pour ne pas élever trop haut la température et pour ne pas la maintenir trop longtemps élevée dans la confection du sirop. En effet : 1° plus la température s'élève et plus elle est longtemps maintenue élevée, plus l'iode a des tendances à se transformer en acide iodhydrique ; 2° sous la même influence, le sucre de canne se transforme rapidement en glucose. J'ai constaté par plusieurs expériences la propriété que possède l'iodure d'amidon d'opérer cette curieuse transformation.

Je n'ai donc pas été surpris de voir que le sirop de M. Quesneville ne contient que du sucre modifié et qu'il se comporte vis-à-vis des réactifs, après qu'on en a précipité l'iodure d'amidon par le double de son poids d'alcool à 33 degrés, de la même manière que le glucose. Comme ce dernier, il est incristallisable, ne peut être transformé en sucre sablé, et, au lieu de passer par cet état particulier si bien connu des pharmaciens et des confiseurs, il devient visqueux et peut se filer comme du verre lorsque sa concentration est poussée très loin.

A froid, l'action de l'iodure d'amidon sur le sucre de canne se produit aussi, mais à un degré infiniment moindre ; il est cependant probable que la transformation finit par être totale avec le temps.

A un certain point de vue, il est fâcheux que cette transformation ait lieu, parce qu'elle donnera aux fraudeurs, malheureusement trop nombreux, la facilité de remplacer, dans la confection du sirop d'iodure d'amidon, le sucre de canne par le glucose, sans qu'il soit possible de déceler leur fraude. A un autre point de vue, la transformation pourrait devenir utile dans le cas où l'on aurait employé de l'iodure d'amidon imparfaitement lavé à l'alcool, et qui contiendrait de l'iode libre, parce que ce métalloïde se dissout mieux dans le glucose que dans le sirop de sucre de canne.

Sur les bochets,

Par M. le docteur J.-E. Pétrequin.

Ce sont de vieux remèdes de l'Hôtel-Dieu de Lyon. On les emploie comme dépuratifs dans les maladies lymphatiques et scrofuleuses de l'enfance et de l'adolescence.

Bochet simple. Pour un litre de tisane :

Gaïac râpé,		
Salsepareille,		
Squine,		
Sassafras, de chaque.	8	gram.
Fraisier.	16	—

F. s. a.

Bochet purgatif. On prend, comme purgatif, un verre ou deux du bochet simple, où l'on ajoute :

Pour un adolescent.

Séné.	8	gram.
Sel d'Epsom.	8	—
Manne.	45	—

J'ai fait remarquer que pour les enfants on diminuait un peu la dose ; c'est aussi ce qu'on trouve dans la formule officielle qui suit :

---

science naturelle n'était pas une science, mais plutôt une série de fables dont le merveilleux à lui seul faisait tous les frais. Avec ces grands hommes, les âges du monde sont marqués, la succession des êtres est prouvée, les temps antiques restitués, les populations éteintes du globe rendues à notre imagination étonnée.

Buffon, qui avait par-dessus tout la passion de la gloire, a trop sacrifié parfois aux errements de son siècle ; aussi, en courant trop vite après elle, a-t-il failli trébucher avant de l'atteindre.

Buffon, comme tous les génies du dix-huitième siècle, du reste, semble avoir reçu le mot d'ordre de Voltaire pour substituer la nature à Dieu.

Pour cet écrivain aussi, le mot nature se prête à tout ; elle a des projets, des erreurs, des caprices ; la *nature essaie, ébranle, choisit, tente*, etc.

Cependant ce ton de philosophe fanfaron se passe aussitôt, quand, livré plus sérieusement à l'étude, Buffon s'aperçoit que c'est l'étude seule qui donne la vraie gloire ; et il dit alors :

« La nature est le système des lois établies par le Créateur ; la nature n'est point une chose, car cette chose serait tout ; la nature n'est point un être, car cet être serait Dieu. »

Toutefois, comme s'il redoutait de n'être plus conséquent avec les premiers principes, il ajoute :

« Qu'est-ce que la nature ? Une puissance vive, immense qui embrasse tout, qui anime tout. »

» La nature » reprend M. Flourens, cet ennemi constant de l'erreur, « la nature n'est ni une chose, ni un être, ni une puissance, comme ce dernier le disait ; la *nature*, prise en un sens actif, n'est qu'un être idéal, c'est-à-dire un mot, et la philosophie devrait bien se débarrasser enfin de tous les mots qui ne sont que des mots. »

Comme on le voit, M. Flourens n'analyse pas seulement les systèmes, il ne se contente pas de vaincre les mauvaises philosophies, il redresse les pensées diffuses qui croyaient se faire accepter par l'attrait du style.

Buffon même, qui était très difficile sur le style des autres, n'aurait aujourd'hui rien à reprocher à celui de M. P. Flourens. Ce dernier est peut-être, sans le savoir, un peu d'accord avec le célèbre naturaliste qui a écrit quelque part : « La quantité des connaissances, la singularité des faits, la nouveauté même des découvertes, ne sont pas de sûrs garants de l'immortalité. Les ouvrages bien écrits seront les seuls qui passeront à la postérité. »

M. Flourens semble applaudir ces paroles du naturaliste lorsqu'il reprend après lui, en parlant de Fontenelle : « Nul, mieux que ce dernier, n'a secondé Descartes, destructeur de la philosophie scolastique ; nul, après les grands hommes qui l'ont fondée, les Descartes, les Bacon, les Galilée, les Leibnitz, les Newton, n'a mieux compris la philosophie moderne ; il est un des premiers qui aient vu la métaphysique des sciences, et le premier qui leur ait fait parler la langue commune. Son influence a été plus grande qu'on ne pense. Il lui est arrivé la même chose qu'à Buffon, l'*écrivain* a fait oublier le savant et le philosophe. »

M. P. Flourens, qui paraît n'avoir qu'un but dans ses ouvrages, celui d'arriver à la vue directe des choses, de supprimer tous vains intermédiaires, aura le sort de Fontenelle et de Buffon. Plus tard, peut-être, de nouveaux éclaireurs viendront faire pâlir sa logique, sa lucidité ; mais il lui restera cette gloire invariable et toujours acquise à l'homme de style.

Pascal Ramé.

Pour un enfant de cinq à six ans :

Séné.	5 gram.
Sel d'Epsom.	5 —
Manne.	30 —

J'ai fait observer que, pour les adultes difficiles à purger, on pouvait porter la dose de manne à 60 grammes, et même (ce qui est rarement nécessaire) celle de séné à 10 ou 12 grammes. Voici la formule de l'Hôtel-Dieu, qui démontre la justesse de mes inductions.

Pour les adultes :

Séné.	10 gram.
Sel d'Epsom.	10 —
Manne.	60 —

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

Erreur dans la formule du laudanum.

On écrit au *Répertoire de Pharmacie :*

« Dans l'intérêt de mes confrères, veuillez, par l'entremise de votre journal si justement répandu, rectifier la formule du laudanum de Sydenham, de la pharmacopée d'Henri et Guibourt, 3e édition. Cette formule porte la quantité de safran à 4 grammes au lieu de 34, erreur grave qui, pour mon compte, a donné lieu à des explications désagréables devant le jury, et qui a failli m'entraîner devant le tribunal de police correctionnelle. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 mars 1851. — Présidence de M. Trousseau.

Affection morveuse.

M. Trousseau. Messieurs, il m'est arrivé dans ma clientèle un fait étrange, et qui m'a présenté un assez haut degré d'intérêt pour que vous me permettiez de vous en donner le résumé succinct.

Une dame anglaise, mère de trois petites filles, m'en amena l'une d'elles, âgée de trois ans. Elle avait un petit abcès phlegmoneux près le sac lacrymal. Je ne vis rien de grave dans cet accident, qui n'était accompagné d'aucuns symptômes généraux. Je conseillai quelques cataplasmes sur la tumeur.

Le surlendemain, le mari vint me chercher, et m'inquiéta vivement en me signalant des symptômes généraux qui s'étaient manifestés. Je trouvai, en effet, l'enfant dans un état fort alarmant. Près de l'abcès, s'était développé un petit érysipèle. La petite fille avait du délire; le pouls battait 180 fois par minute. En outre, il s'était développé sur la surface du corps d'autres petits érysipèles circonscrits. Je remarquai de petites plaques rougeâtres sur les genoux, le poignet, l'avant-bras. Deux jours après, des pustules s'étaient manifestées. L'enfant était prise d'un écoulement nasal assez abondant. Les symptômes généraux prirent un tel état de gravité, que l'enfant ne tarda pas à succomber.

Ainsi, cette enfant fut prise, au milieu de la plus belle santé, de tous les accidents locaux et généraux que l'on a assignés à la morve; et, pour que le fait soit certain et positif, il n'a absolument manqué que le moment de l'inoculation, que je n'ai pu retrouver, malgré tout le soin que j'ai pris pour remonter à l'origine de cette affection. Je ne pense pas qu'on puisse voir dans cette affection un rhumatisme suppuré. Est-ce un farcin aigu? Est-ce une des variétés du charbon? J'ajoute que le fait de la causalité m'a manqué complètement. Le père de l'enfant est un ancien avocat général; il n'a jamais possédé de chevaux. Ses enfants, élevées à l'anglaise, ne sortent jamais sans une bonne; elles n'ont pu avoir de relations qu'avec les cochers de fiacre, et l'on croit que ces relations n'ont pu avoir d'influence réelle sur la maladie qui a fait périr cette enfant.

M. Requin. La communication de M. Trousseau est, quoique extraordinaire, des plus intéressantes. Cette affection ressemble bien certainement à un cas de morve aiguë; mais cependant, en présence d'une origine aussi douteuse, nous pourrions peut-être ranger ce fait dans les éruptions anormales, dans ces érysipèles de mauvaise nature qui se manifestent dans certaines circonstances. J'ai vu périr en quelques jours une femme de chambre qui fut prise d'une espèce d'érysipèle à la joue, érysipèle qui se manifesta au début par une fluxion, ne tarda pas à présenter une plaque gangréneuse, puis un abcès; le tout compliqué d'accidents généraux des plus graves, et qui, dans les quarante-huit heures, entraînèrent la mort de la malade. Il me fut impossible, dans ce cas, de remonter à la cause de cette singulière affection.

M. Vigla. Le fait de M. Trousseau a, à n'en pas douter, une grande analogie avec les accidents morveux; car il a présenté, en effet, les caractères gangréneux, purulents et pustuleux. Mais cependant l'absence d'inoculation m'ôte la pensée que ce puisse être un cas de morve. Il y a beaucoup de maladies qui se ressemblent, et il n'est pas rare de voir des érysipèles se développer avec des abcès. Les pustules d'ecthyma surviennent dans une foule de circonstances; c'est ce qu'on observe dans la moindre phlébite. N'y a-t-il pas eu ici une phlébite spontanée de la veine ophthalmique? On sait avec quelle facilité se produisent les abcès multiples dans la diathèse purulente.

M. Trousseau. Les circonstances dans lesquelles la morve peut se développer sont quelquefois très éloignées et difficiles à suivre et à saisir. Il y a six ans, une femme vint à l'hôpital Necker avec tous les caractères de la morve. Elle était cardeuse de crin rue Bichat. Ces crins venaient de Buenos-Ayres et étaient depuis deux ans dans le magasin. La nature de la maladie était si peu douteuse, que nous inoculâmes, M. Leblanc et moi, du pus à un cheval qui, neuf jours après, avait la morve.

L'année dernière, une fille de la campagne se présenta avec tous les signes de la morve; je pris du pus des abcès, j'inoculai ce pus à un cheval, qui mourut en très peu de jours de la morve aiguë. Je fis avec tout le soin possible une enquête, et il me fut impossible de trouver la moindre corrélation. Est-ce que cette maladie ne pourrait pas se développer d'une manière spontanée?

Goutte. Rhumatisme.

M. Legroux fait part à la Société d'un fait assez anormal de rhumatisme goutteux.

Un homme d'un tempérament sanguin fut pris, il y a une quinzaine de jours, de fièvre, de malaise; une angine se déclara. Cette affection fut traitée par une saignée et un purgatif. Quelques jours après, des douleurs articulaires se manifestèrent, et sur la face dorsale de la main se montra un gonflement de nature légèrement inflammatoire, gonflement un peu œdémateux. La fièvre accompagna cet état, qui fut combattu par des antiphlogistiques, puis par le sulfate de quinine, qui, ajoute M. Legroux, en ville a constamment échoué, et qui, au contraire, à l'hôpital, m'a donné les résultats les plus satisfaisants. Le pouls était à 82 pulsations; les urines rouges, sédimenteuses. Le malade ayant été purgé se sentait beaucoup mieux, quand il lui survint rapidement au front, au nez et sur les lèvres, un gonflement œdémateux énorme, que je traitai par une saignée, et sur la nature duquel il m'est difficile de me fixer, si ce n'est en le rattachant à un rhumatisme goutteux.

M. Guérard. A propos du fait intéressant raconté par M. Legroux, je citerai une observation que j'ai pu suivre chez une personne de ma famille, et qui, je pense, pourra présenter quelque intérêt au point de vue du rhumatisme goutteux.

Un monsieur, depuis dix ans, était atteint régulièrement, tous les ans à la même époque, subitement, d'une douleur au gros orteil avec rougeur œdémateuse, douleur s'étendant à la malléole, quelquefois au genou; l'attaque durait trois semaines. On lui conseilla de porter un bas lacé; les accidents disparurent, mais les attaques furent régulièrement remplacées par des accidents variables, portant sur les organes contenus dans les cavités splanchniques : ce furent des congestions cérébrales, des pleurésies avec épanchement, puis des accès de suffocation; enfin des anasarques survinrent, qui finirent par déterminer la mort. L'autopsie n'a pu être faite. J'ajouterai qu'une autre personne de ma famille, à la suite de rhumatismes longtemps prolongés, vit des déformations articulaires se produire par le fait seul du développement pathologique des téguments. Ces déformations articulaires, qui existent chez les goutteux, peuvent disparaître avec une grande rapidité quand on voit ces accidents venir se porter et attaquer d'autres points de l'économie.

M. Vigla. Il y a des différences considérables pour moi entre la goutte et le rhumatisme; ne serait-ce d'abord que la manière dont la douleur se manifeste : la sensation douloureuse chez les goutteux est beaucoup plus vive, et, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Honoré, il existe sur la surface douloureuse un endroit, un point encore beaucoup plus douloureux que les autres. La douleur chez les rhumatisants est réveillée avec une extrême intensité par le mouvement des jointures; rien de semblable n'arrive dans la douleur goutteuse. Si, par hasard, la goutte attaque une grande articulation, les accidents sont plus fixes, ne présentent pas ce caractère de mobilité qui caractérise le rhumatisme. Les concrétions tophacées, presque constantes chez les goutteux, n'existent jamais même dans les cas de rhumatisme chronique. Les accidents goutteux finissent par ankyloser les articulations, qui restent constamment douloureuses sans que la douleur se modifie, et ne change que pour se rajeunir par des paroxysmes qui se manifestent sans faire rougir l'articulation. On peut avoir dans sa vie une ou deux attaques de rhumatisme, mais on ne l'a jamais d'une manière indéfinie et continue.

Nous trouvons surtout des différences bien autrement grandes dans ces deux maladies pour les complications dont elles peuvent être affectées. C'est ainsi que les complications du côté du cœur sont nulles dans la goutte, tandis qu'elles sont très fréquentes dans le rhumatisme. Les complications goutteuses se portent plus volontiers sur le poumon, où l'on retrouve même des maladies générales désignées sous le nom d'asthme goutteux, des hémiplégies sans altération organique du poumon, sans que cette altération soit appréciable par l'auscultation. Un goutteux, que je vis en consultation avec M. Rayer, offrit successivement les crachats de l'apoplexie pulmonaire, puis des accidents diarrhéiques, puis de l'œdème avec des urines albumineuses. Cet état dura deux mois et se termina par la guérison. Ce malade a eu depuis trois accès de goutte, pour lesquels je n'ai rien fait. Ces accidents métastatiques sont très fréquents chez les goutteux.

M. Requin. Les doctrines que j'ai soutenues dans mes livres m'engagent à prendre la parole dans cette discussion. J'appellerai tant qu'on voudra goutte le rhumatisme fixé sur les petites articulations et rhumatisme la goutte qui attaque les grosses jointures. Mais, tant qu'on ne définira pas mieux la goutte et le rhumatisme, il me sera impossible de voir des différences entre la nature de ces deux affections; je ne dis pas entre les manifestations morbides, ce qui est bien différent. C'est, en définitive, dans les deux cas la même fluxion inflammatoire; il n'y a pas de molimen inflammatoire différent; les tissus des articulations sont les mêmes dans les petites et dans les grandes jointures. Il n'y a pas de spécifique pour l'une ou pour l'autre de ces deux affections; c'est donc en définitive une question de nature, et pour moi, dans l'état actuel de la science, je crois qu'il vaut mieux confondre ces deux affections que de les différencier si complétement.

M. Barthez fait observer que la présence d'acide urique chez les goutteux, l'altération acide des humeurs et le siége de la douleur établissent pour lui des différences essentielles.

M. Delasiauve. J'ajouterai aux excellentes remarques qu'a présentées M. Vigla que la goutte est une affection constitutionnelle, ce qui n'existe pas dans le rhumatisme; que le rhumatisme naît sous l'influence de causes appréciables, ce que l'on est tout au moins forcé de supposer pour la goutte; que l'engorgement rhumatismal se dissipe sans laisser de déformation, et que dans la goutte on observe des métastases sur les organes abdominaux, lésions qui se présentent avec des caractères spéciaux.

— La discussion sera continuée à la prochaine séance.

Le fait raconté dans cette séance par M. le professeur Trousseau m'engage à joindre à cette curieuse observation deux autres faits qui présentent quelque analogie avec les accidents qu'il a communiqués.

Il y a une quinzaine de jours, une dame de trente-deux ans, tenant un magasin de lingerie, fut prise de fièvre, de symptômes généraux assez graves et presque immédiatement d'une petite fluxion érysipélateuse bornée à la paupière de l'œil droit, fluxion s'étendant à la tempe et à la joue du même côté. Je pensai qu'elle allait avoir un érysipèle de la face, et je cherchai avec soin le point de départ de cet érysipèle sans pouvoir en découvrir la cause. J'administrai un émélo-cathartique, guidé par une indication fournie par l'état des premières voies : j'avais été d'ailleurs frappé du gonflement œdémateux de l'érysipèle, qui avait une couleur légèrement livide, et la nature de cet érysipèle m'avait empêché d'employer les antiphlogistiques.

Deux jours après, cet érysipèle, de forme anomale, avait disparu et était remplacé par trois ou quatre petits furoncles ressemblant assez à des pustules d'ecthyma et qui mirent un assez longtemps à se guérir.

Trois ou quatre jours après, une demoiselle de magasin fut prise absolument des mêmes accidents : érysipèle œdémateux circonscrit à la paupière inférieure, avec coloration livide et ayant présenté à sa terminaison les mêmes pustules. J'ai cherché en vain dans l'habitation, dans le genre de vie, dans l'alimentation surtout la cause de ces singuliers accidents sans qu'il m'ait été possible d'attribuer une cause à leur manifestation.

Je signalerai à propos de ces œdèmes une cause bien singulière de leur production à la face et notamment sur les paupières et au nez. Cette cause a été signalée par M. le professeur Piorry, qui fut appelé pour visiter un malade présentant un œdème assez considérable des paupières des deux côtés, œdème s'étendant aux tempes, au nez et envahissant surtout les paupières. M. Piorry rechercha en vain toutes les causes d'œdème, et, ayant remarqué la manière intermittente dont cet œdème se produisait sans altérer en rien la santé du consultant, il s'aperçut que le malade faisait usage d'un de ces pince-nez modernes, qui ont pour avantage d'éviter l'usage habituel des lunettes. Il conseilla au malade, pour constater la raison étiologique de son diagnostic, de ne plus se servir de cet instrument, qui comprimait les veines naso-palpébrales situées sur le bord externe de la racine du nez, et en effet l'œdème disparut. Plus tard, le malade, doutant de la cause singulière signalée par son médecin, voulut reprendre l'usage de son pince-nez et vit presque immédiatement l'œdème reparaître.

Ch. Fremy.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à dater du mois d'avril, à sept heures et demie du matin. Visites tous les jours à sept heures et demie. Leçons et opérations tous les jeudis, de sept heures et demie à dix heures.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 38. — MARDI 1er AVRIL 1851. (24e ANNÉE.) N° 38. — MARDI 1er AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Du typhus.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11 et 25 mars.)

Suite de l'anatomie pathologique du typhus. — Les altérations que nous avons décrites dans la dernière leçon sont constantes, et quelquefois accompagnées de deux accidents qui se rapportent à la fièvre typhoïde sans lui appartenir exclusivement. Nous voulons parler de l'*invagination* et de la *perforation des intestins*.

La *perforation*, au point de vue pathologique, est facile à comprendre; c'est le résultat de l'inflammation qui commence dans les cryptes de l'intestin, et s'étend jusqu'à sa couche la plus externe. La perforation peut encore arriver par la rupture de la membrane externe de l'intestin, réduite à l'épaisseur du péritoine. Dans cette circonstance, une simple distension de gaz peut déterminer la déchirure et mettre l'intestin en communication avec la cavité péritonéale dans laquelle s'épanchent les gaz, les matières liquides et les fèces: accident qui donne lieu à une péritonite partielle ou générale, mais dans tous les cas mortelle. Au moment où la perforation a lieu, la malade ressent, au point où la solution de continuité s'est faite, une douleur vive, brusque, s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen; quelquefois cependant, et c'est un fait clinique à noter, la douleur n'est qu'obtuse; à peine le malade en a-t-il conscience. A l'autopsie, on trouve sur la surface convexe des anses intestinales, sur le sommet des angles les plus saillants, suivant une ligne parallèle à l'axe de l'intestin, une injection vasculaire assez prononcée, et un dépôt de pseudo-membranes comme dans la pleurésie; dans l'abdomen on rencontre une quantité variable de matières liquides et stercorales.

Il est quelquefois assez difficile de trouver le point qui a été le siége de la perforation; cependant on y parvient si l'on passe avec soin entre les doigts les anses intestinales, car il y a ordinairement en cet endroit une injection plus grande; on est encore guidé dans ses recherches par une certaine quantité de fèces déposées entre les anses des intestins. Malgré ces précautions, on éprouve dans certaines circonstances les plus grandes difficultés à préciser le point de l'intestin où s'est faite la rupture. Il faut alors presser les anses sans les ouvrir, et les gaz ne tardent pas à sortir par l'ouverture accidentelle, en produisant un bruit de gargouillement, et l'on peut voir que la perforation du côté du péritoine est très petite. On aperçoit une tache de un millimètre de diamètre ordinairement, sur laquelle se trouve la perforation de la largeur d'une tête d'épingle. C'est là le cas le plus fréquent.

Quelquefois la perforation peut se faire dans un endroit qui ne communique pas avec le péritoine, mais avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Ainsi, que l'ulcération vienne à se produire dans l'appendice cœcal ou dans la portion du cœcum dépourvue du mésentère, les fèces vont se déposer dans le tissu cellulaire; il se formera alors une tumeur par suite de l'infiltration de matières purulentes et stercorales dans un tissu cellulaire enflammé; et un examen attentif pourra faire reconnaître au médecin l'existence d'un phlegmon derrière le cœcum ou l'appendice cœcal. Ce phlegmon pourra s'étendre sur les muscles psoas-iliaques, et même atteindre l'aqueduc de Fallope. On trouve quelquefois dans cette circonstance la raison d'être d'un des plus graves accidents du typhus. La base du cœcum renversée est repoussée par la tumeur vers la cicatrice ombilicale, de manière que la fin de l'iléon et le commencement du colon se tordent l'un sur l'autre, et apportent ainsi un obstacle à la circulation des matières contenues dans l'intestin.

Invagination intestinale. — C'est une complication moins commune qu'on ne l'a dit. A l'ouverture des sujets, on trouve quelquefois des portions d'intestin dont la partie supérieure s'est enfoncée dans la partie inférieure. Cette invagination, rétrécissant le calibre normal de l'intestin, correspond à une dilatation de ce dernier, au-dessus du point invaginé. L'étranglement de l'intestin peut être la suite de cet accident par l'accumulation d'une quantité plus ou moins grande de gaz, de liquides et de fèces au-dessus du point où s'est produite l'invagination; mais celle-ci n'existe pas toujours pour expliquer la stase des matières fécales, stase dont elle peut être le résultat. Quand le malade en est venu à ce point de prostration qu'il ne peut plus expulser les matières stercorales, et que celles-ci restent longtemps dans l'intestin, des gaz se forment et distendent bientôt le tube digestif qui ne peut réagir, car sa membrane musculaire a perdu sa propriété contractile; c'est alors qu'on voit survenir le météorisme, état dont l'invagination peut aussi devenir la conséquence. L'intestin, par son propre poids et par son action péristaltique qui n'est pas tout à fait abolie, est entraîné de telle façon que la partie supérieure, rencontrant la partie inférieure, s'y invagine; nous avons trouvé sur le cadavre la portion supérieure à l'état d'eschare gangréneuse, par suite de l'inflammation dont elle avait été le siége. Mais souvent la mort arrive avant cette époque.

Le météorisme de l'intestin et l'inertie des parois intestinales équivalent à un manque de mouvements péristaltiques; aussi cet accident a-t-il sur l'économie le plus grave retentissement : l'absorption d'aucune substance ne peut plus se faire par les parois intestinales, et vous voyez l'adynamie marcher avec une extrême rapidité. Chez certains sujets, l'invagination, comme la perforation, peut, nous l'avons déjà dit, se produire sans donner de signes bien prononcés; le médecin lui-même ne s'en aperçoit qu'à l'ouverture des cadavres.

Pour terminer l'étude de l'anatomie pathologique du typhus, il nous reste à parler des matières que l'on rencontre dans le tube digestif. On constate une couche de mucus comme chez ceux qui succombent aux dyspepsies graves et prolongées; sur les cryptes de l'intestin, cette couche de mucus est souvent malaxée avec une matière liquide rougeâtre, noirâtre, de petits grumeaux de sang qui sont dus à une *hémorrhagie par transsudation*. On ne peut les rapporter à une ulcération, car on les trouve quelquefois dans le gros intestin, là où cette dernière altération est des plus rares; et si l'on remarque des caillots de sang dans le duodénum, ils sont presque toujours situés plus haut que la perforation, et ne peuvent lui être attribués. Cependant l'ulcération peut atteindre quelque branche vasculaire; alors la présence d'un caillot cruorique au fond de l'ulcération, l'accumulation d'une certaine quantité de sang autour du point ulcéré, et quelquefois l'ouverture restée béante du vaisseau, viennent prouver que l'hémorrhagie est due à la rupture d'une artère dans les parois de l'intestin.

Appréciation et valeur des phénomènes. — Chez les sujets affectés de typhus, on trouve, dans la première période, un ensemble de symptômes qu'il faut diviser en plusieurs espèces, malgré leur connexité :

1° Symptômes incontestables d'une lésion du tube digestif; ainsi vous aurez à noter une soif assez vive, de la douleur à la fosse iliaque droite, des évacuations alvines liquides, etc.

2° Etat fébrile très intense au bout de quelque temps, brisement des forces, stupeur empreinte sur le visage, décomposition des traits : or l'inflammation intestinale, bien que portée à un très haut degré, l'entérite elle-même causée par les poisons âcres n'amènent jamais, dès le début au moins, cet état de stupeur, ni cette injection vasculaire de la peau qui peut, dans le typhus, aller jusqu'à la teinte scarlatineuse. S'il est donc impossible de méconnaître le travail inflammatoire qui se passe du côté de l'abdomen, il faut reconnaître aussi qu'il y a, par-dessus tout, un état morbide particulier caractérisé par la stupeur empreinte sur le visage et la prostration des forces.

La maladie continue; la phlogose de l'abdomen, qui occupe les cryptes de l'intestin et les ganglions du mésentère, persiste pendant un ou deux septenaires au moins; les plaques résultant de l'inflammation des cryptes agminés tendent à s'ulcérer: c'est donc une phlogose spéciale à laquelle une condition morbide *à tergo* imprime un cachet particulier.

Dans les fièvres typhoïdes, les inflammations du tube digestif se montrent à des degrés très variables; quelquefois elles se réduisent à peu de chose; néanmoins, le typhus a une intensité assez grande pour tuer le malade. L'inflammation seule n'est donc pas la raison d'être de l'état général qu'on remarque dans cette maladie, qui présente à un plus haut degré que toute autre l'atonie des muscles, le brisement des forces, la perturbation du système nerveux, la stase du sang dans les vaisseaux capillaires, l'adynamie de tous les tissus, et peut même amener la mort. Il y a donc un élément morbide spécial qui porte atteinte à l'économie en même temps que se développe du côté des intestins une phlogose qui est loin d'être en rapport avec l'intensité des accidents que le malade doit présenter. Quand le typhus est arrivé à un état plus avancé, l'adynamie diminue, la fièvre s'affaisse; il se produit alors dans les lésions inflammatoires un changement remarquable; on voit s'arrêter le travail ulcératif qui tendait chaque jour à éroder les parois crypteuses de l'intestin; une inflammation cicatrisante de bonne nature succède à la phlogose ulcéreuse, dont elle répare les désordres; s'il y a dans quelques points de la surface cutanée des excoriations artificielles, par suite de vésicatoires, par exemple, elles affectent une grande tendance à disparaître; si la plaie provenait du décubitus, la gangrène, qui croissait en silence, sans douleur, sans phlogose, et gagnait chaque jour en étendue, se limite tout d'un coup; une inflammation réparatrice s'allume pour faire tomber l'eschare et hâter la cicatrisation de la solution de continuité qui en résulte. Le travail inflammatoire change donc complétement de nature.

Dans la première période, il se produit une injection des capillaires appartenant aux muqueuses, qui sont alors rou-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Je ne suis jamais allé à l'Académie de Médecine sans en rapporter le sujet d'un feuilleton. On trouve là tant de types de toutes sortes, que je me suis souvent demandé si l'entrée du sanctuaire était soumise à de certaines pratiques magiques et destinées à métamorphoser les hommes, ou bien s'il était d'usage ou de rigueur de choisir les individualités les plus follichones, passez-moi le mot, de la gent médicale. Foi de journaliste! si je ne craignais d'abuser de la patience de mes lecteurs, je ne chercherais jamais ailleurs qu'à l'Académie de Médecine le sujet de mes feuilletons. C'est pour ne pas succomber à la tentation que je fréquente rarement le docte aréopage.

Aujourd'hui cependant nous ferons une courte apparition à la salle de la rue des Saints-Pères, et, sans nous arrêter à crayonner quelques-uns des types qu'elle renferme, nous irons droit au secrétariat pour y lire et commenter la lettre du ministre de l'intérieur, demandant la liste des infirmités et maladies qui doivent dispenser du service de la garde nationale.

Laissez-moi d'abord protester de mon profond respect pour les institutions de mon pays, et avertir M. le procureur de la République que la politique est entièrement étrangère à l'événement et à mon feuilleton.

Ce devoir accompli avec toute la déférence d'un journaliste *non cautionné*, je vous dirai que l'institution de la garde nationale, comme toutes les choses de ce monde, même les plus belles, fatigue et dégoûte bientôt dès qu'on en a joui. Les médecins, j'entends ceux qui ne portent pas le collet de velours, mais les infortunés que le règlement condamne à asticoter le briquet et la giberne, les médecins sont les premiers à ressentir le profond désenchantement dont je parle. Soit que la nature de leurs études, soit que le caractère de leurs occupations les éloignent d'un exercice purement physique et des réunions d'hommes nécessairement valides, toujours est-il que nous professons instinctivement un dégoût souverain pour la garde nationale; cette institution n'a pas de plus implacables ennemis que les médecins; je dirai tout à l'heure par quelle voie ténébreuse quelques-uns d'entre eux ont pensé la tuer sans rémission, et comment le ministre a cru devoir déjouer ces projets liberticides en adressant sa lettre à l'Académie nationale de Médecine.

En attendant, laissez-moi vous rapporter un fait qui vous dira jusqu'où peut aller l'aversion du service militaire chez les fils d'Esculape : aversion qui a privé la littérature médicale d'un écrivain plein d'avenir, et qui, indirectement, n'est peut-être pas étrangère au projet de réorganisation actuellement soumis à l'Assemblée législative. Ce récit est d'ailleurs nécessaire pour établir une échelle de gradation; car anciennement on se contentait de fuir la garde nationale, tandis qu'aujourd'hui on l'assassine.

C'était, je crois, en 1844; mon camarade X..., que je désignerai par le simple nom d'Eugène, venait de soutenir brillamment sa thèse de docteur, et se préparait à suivre la voie des concours et du professorat. En disant adieu à la vie d'étudiant, et pour entrer dignement dans le nouveau monde qui s'offrait devant lui, il meubla d'une façon coquette et convenable un petit appartement dans la rue Jacob. Trois mois à peine après son installation, alors qu'il jetait les bases d'un grand travail qui le devait produire et le recommander à l'attention de ses juges futurs, il reçut la visite d'un tambour, qui, avec une parfaite courtoisie, lui annonça son incorporation dans la garde nationale.

Notre ami prit la chose gaiement, et ne s'en occupa pas davantage.

Cependant, son tour de service arriva bientôt, et, en compagnie de quelques épiciers de son voisinage, Eugène fut envoyé au poste du Louvre. Soit que la rivière ne lui envoyât, pendant sa faction, qu'une brise glaciale et empestée, soit que les planches du lit de camp éloignassent le sommeil de ses paupières, soit que la lueur blafarde d'une chandelle brûlant dans le goulot d'une bouteille eût, comme les contes d'Hoffmann, éveillé en son âme de lugubres terreurs, toujours est-il qu'à partir de cette nuit fatale il voua une haine implacable à l'institution de la milice citoyenne. C'est cette haine qui l'a perdu et enlevé à son brillant avenir.

Il résolut de fuir le jour même son quartier maudit, et le soir, semblable à Coriolan sortant de Rome, il jeta son anathème contre la rue Jacob.

Hélas! il ne fut pas plus heureux dans son nouveau logement; le troisième mois de son installation n'était pas expiré, qu'il reçut encore la visite d'un tambour, porteur d'une nouvelle signification d'inscription sur les registres de la garde nationale.

A ce coup inattendu, Eugène, menaçant du poing le plafond de sa chambre : Une destinée affreuse, s'écria-t-il, me déclare la guerre; eh bien! j'accepte la lutte.

Et le jour même il quittait de nouveau son toit inhospitalier.

Dès ce moment il prit le parti désespéré de ne pas habiter plus d'un terme le même appartement, et, pour ne pas se condamner à perpétuité à l'ennui de chercher constamment un gîte, il s'arrêta à la bizarre détermination de n'y songer que le jour même de son déménagement.

Ce jour-là il entassait ses meubles, ses vêtements et ses livres dans une immense voiture, et, se faisant suivre par elle, il choisissait, séance tenante, ses nouveaux pénates qu'il n'arrêtait que pour un terme et qu'il abandonnait avec la même insouciance après les délais expirés.

Eugène avait vaincu la destinée. Mais pourquoi faut-il que toute médaille ait son revers, tout Austerlitz son Waterloo?

Un soir, c'était le 15 janvier, je rencontrai mon ami effaré,

geâtres, brunâtres, et perdent une partie de leurs fonctions. Les excrétions qui s'accomplissent sur les cryptes externes de la membrane cutanée sont suspendues, abolies; la peau est sèche; vers la fin du typhus, elle reprend ses attributions; la diaphorèse se rétablit; la sécrétion pileuse, qui s'était arrêtée, reparaît avec une nouvelle vigueur; les cheveux tombent pour être remplacés par d'autres; l'épiderme lui-même se renouvelle.

Pendant le typhus, adynamie, abolition des fonctions plastiques des capillaires. Après le typhus, rétablissement des forces et de toutes les fonctions.

On voit évidemment, par la différence d'allure de chacune des périodes, que la condition morbide typhode modifie d'une manière notable tous les actes organiques de l'économie; les changements survenus dans la circulation capillaire, dans les fonctions plastiques, excrétoires, etc., dépendent du nouvel élément introduit dans l'organisme. Et pourquoi toutes ces modifications morbides se changent-elles en conditions réparatrices? C'est dans l'état pathologique général qu'il faut chercher la raison de la marche de la maladie. Cet état pathologique est épuisé et contre-balancé par les efforts que fait la nature pour ramener l'équilibre.

Le typhus a donc pour effet de frapper d'imperfection toutes les fonctions. Cette cause de la maladie agit avec une intensité variable proportionnelle à la somme de forces et à l'*aptitude* individuelle de chacun des malades.

La dernière période du typhus présente des différences suivant les sujets. Ainsi, chez les uns la santé revient très vite, chez d'autres très lentement. Chez celui-ci, l'eschare du coccyx se cicatrisera en huit jours; chez celui-là, il faudra un mois.

Par ces simples remarques, qui sont de l'observation clinique, on voit que la condition morbide du typhus produit chez les sujets une impression profonde qui s'efface plus ou moins vite; tout jusqu'à la convalescence reste sous l'influence de l'empreinte que la maladie a posée sur toutes les grandes fonctions de l'organisme. Il est facile de voir alors que les accidents et les lésions locales, quoique constantes, sont subordonnés à cette cause qui fait que la maladie est générale, et que le typhus est une fièvre et non une gastro-entérite, comme le voulait Broussais.

C'est ici le moment d'expliquer la cause et les effets de la stase du sang qu'on voit se produire chez les individus affectés de typhus. La stase est le résultat de l'adynamie générale et de la langueur de la circulation capillaire. Les vaisseaux du plus petit diamètre deviennent alors la cause d'accidents secondaires; ainsi, quand l'organisme tend à se débarrasser des suffusions sanguines et des inflammations ulcératives, ces petits vaisseaux sont le siége de congestions passives qui deviennent l'origine de phlogose; c'est ainsi que naissent les complications du côté des poumons (pneumonie hypostatique). On entend de la sibilance dans tout le poumon, ce qui pourrait faire croire à une bronchite : la circulation capillaire dans les organes respiratoires est sous l'empire du cœur droit; si celui-ci fléchit un peu, la circulation dans les poumons devient imparfaite, languissante; la nullité complète des contractions musculaires rend les mouvements du cœur plus lents; le système nerveux lui-même n'apporte pas son incitation normale; tout vient donc contribuer à ralentir le cours du sang et favoriser la stase, qui obéit d'ailleurs aux lois physiques.

Elle se produit dans l'endroit le plus déclive par rapport à la position générale du corps; ainsi, c'est à la partie inférieure et postérieure des poumons qu'on voit survenir l'hypostase, mais de préférence au poumon droit, qui par sa position est plus loin de l'organe central de la circulation; les malades d'ailleurs se couchent plus souvent du côté droit, et favorisent ainsi la production de la stase dans le poumon correspondant.

Pour que cette hypostase disparaisse, il faut que la circulation capillaire reprenne son énergie; elle revient plus ou moins lentement, surtout aux poumons. Pendant ce temps, se manifeste cet état actif dont la phlogose est le phénomène saillant; cette phlogose se produit au siége de l'hypostase, comme à la surface cutanée autour des parties escharifiées. Voilà pourquoi cette inflammation ne naît guère qu'à la fin du typhus. Elle ne tarde pas ordinairement à entrer en résolution.

Crises. — Les crises se trouvent dans l'ordre des phénomènes qui se rattachent au rétablissement des forces. Dans l'adynamie, les sécrétions sont imparfaites, quelquefois abolies; quand l'économie commence à reprendre ses fonctions, il y a des principes dont elle ne s'est pas débarrassée depuis longtemps; il y a même des matières nuisibles qu'elle ne peut éliminer que par l'accomplissement des fonctions de l'appareil excrétoire; aussi voit-on les urines épaisses et sédimenteuses, des sueurs fétides entraînant des principes azotés ou chargées de sels acides, des excréments mêlés à des matières bilieuses qui jusque-là avaient cessé de se produire; enfin, des évacuations critiques dont la raison d'être se trouve dans la marche et la solution de la maladie. Ces évacuations ne guérissent pas; mais elles sont le phénomène apparent de l'organisme, se débarrassant des principes anormaux qui s'étaient accumulés dans l'économie pendant la suppression plus ou moins complète de toutes les fonctions. Ces phénomènes, auxquels on a donné le nom de crises, sont donc une preuve que la solution s'accomplit et marche à grands pas.

Il survient aussi des sudamina, petits points blancs, gros comme des grains de millet, le résultant des modifications de la peau dont toutes les fonctions ont été suspendues. La diaphorèse se rétablissant, la sueur rencontre une peau imperforée, dont elle soulève le feuillet le plus externe. Si vous rompez cette petite vésicule semi-globuleuse vous y trouvez un peu d'eau, point de pus ni de traces de phlogose; aussi n'est-ce pas un exanthème. Les sudamina sont au contraire un bon signe du rétablissement prochain, car ils indiquent le retour de la diaphorèse.

C'est vraiment une chose digne de remarque que le changement apporté par le typhus dans les phénomènes des affections locales. Ainsi pendant la période d'adynamie une perforation se fait; une péritonite en est la conséquence. Au lieu des accidents graves qui surviennent ordinairement dans cette circonstance, à peine aurez-vous quelque symptôme apparent; votre malade n'accusera souvent qu'une douleur obtuse, de l'affaiblissement, etc.

Si la perforation ne donne lieu qu'à un phlegmon cœcal, vous n'en serez pas averti par le malade, mais par la palpation; les accidents réactionnels seront à peine marqués.

La pneumonie peut avoir elle-même une grande intensité, et cependant vous n'avez ni toux, ni crachats rouillés, et elle passera inaperçue si vous n'avez le soin d'ausculter votre malade.

On voit par ces quelques faits combien les lésions locales accessoires peuvent changer d'aspect sous l'influence du typhus.

Pendant la période adynamique, et quand cette période décroît, un accident assez commun, c'est la surdité due au ralentissement de la circulation. La membrane muqueuse du pharynx et la membrane muqueuse de la trompe d'Eustache sont enflammées par suite de la phlogose déterminée par la stase sanguine capillaire. La raison de la surdité doit donc être recherchée dans le changement survenu dans les fonctions circulatoires, puis attribuée à la stase sanguine et à la phlogose résolutive qui en est la conséquence.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Syphilide squameuse primitive. — Iritis. — Traitement par la liqueur de Van-Swieten, l'iodure de potassium, les pilules de proto-iodure et de bi-chlorure de mercure. — Salivation, diarrhée, cachexie syphilitique. — Traitement par l'onguent mercuriel par la méthode endermique. Guérison.

Observation recueillie par M. le docteur Chausit.

Le 12 octobre 1844, est entré salle Sainte-Foy, n° 13, la nommée B.., (Delphine), âgé de vingt-trois ans, née à Paris, couturière, mariée. Cette femme est accouchée, pour la première fois, dans les derniers jours de juillet, sans avoir jamais eu, jusqu'à cette époque, aucun symptôme vénérien.

Trois semaines après son accouchement, elle eut des rapports avec son mari, et peu de jours après elle s'aperçut d'un écoulement vaginal peu douloureux, abondant. Elle ne fit aucun traitement. Depuis cette époque, ses règles ne sont pas revenues; elle n'a pas ressenti de maux de gorge, et actuellement encore, on n'y trouve aucune lésion, ni ulcération, ni rougeur. Elle éprouve des douleurs vives et généralement répandues dans la profondeur des membres, dans les reins, dans la tête. Nulles pendant le jour, elles s'exaspèrent chaque nuit, parcourent les jambes et se fixent dans les articulations, dans le col. Tous les jours elles deviennent plus intenses; à peine sensibles il y a huit jours, actuellement elles causent une insomnie continuelle.

Un mois après son accouchement, et quinze jours après le début de sa blennorrhagie, Delphine vit se développer dans la paume des mains une éruption boutonneuse assez confluente, qui peu à peu s'étendit sur tout le corps, et enfin au visage, où elle ne se montra qu'en dernier lieu, il y a quinze jours environ.

Aujourd'hui 12 octobre, Delphine se trouve dans l'état suivant : tout le corps est couvert d'une éruption syphilitique confluente, le visage surtout en est le principal siége; il en existe jusque sur le bord libre des paupières. Le nez se prend et commence à se déformer. Ce sont des élévations assez dures, d'une couleur cuivrée bien marquée, qui tiennent le milieu, pour la grosseur, entre le tubercule et la papule. Quelques-unes, à leur sommet, portent une petite squame mince et grisâtre. Cette éruption appartient évidemment aux affections squameuses par ses caractères. Dans la paume des mains et aux avant-bras, l'on trouve des taches d'un brun cuivré très caractéristique, qui offrent à leur pourtour un petit liséré blanc formé par une squame mince qui ne se détache que difficilement. Sur d'autres, le centre est occupé par une substance jaunâtre, dure, cornée, demi-transparente, fortement enchâssée dans l'épiderme. C'est la syphilide cornée.

Dans les points où l'éruption est plus récente, il n'y a que des taches ou colorations sans squames. Enfin, cette éruption n'est le siége nulle part ni de douleur, ni de démangeaison.

A l'examen des organes génitaux de la malade, on trouve les lésions suivantes : à l'orifice extérieur du vagin, du côté droit, un chancre qui ne paraît pas très récent, de la largeur d'une lentille, peu excavé, à fond gris et à bords plats et minces; il semble en voie de cicatrisation.

Il en existe un autre à la fourchette, auprès du méat urinaire; deux cicatrices, l'une ancienne et blanche, l'autre récente et rouge, déprimées toutes deux. Nulle part de trace d'induration.

Toute la muqueuse vaginale est assez rouge et enflammée; elle fournit un écoulement peu abondant. Pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

Le 15 octobre, la malade est soumise au traitement suivant : tisane de salsepareille; deux cuillerées de liqueur de Van-Swiéten; onctions mercurielles sur les ulcérations des organes génitaux.

Ce traitement, continué jusqu'au 21, dut être alors interrompu, parce qu'il avait occasionné des coliques. Le troisième jour, une stomatite des plus intenses se déclare, la malade ne peut pas desserrer les mâchoires, les joues sont très tuméfiées, les gencives rouges et un peu ulcérées vers le collet des dents, tuméfaction de la langue, engorgement des ganglions sous-maxillaires.

La diarrhée n'a pas diminué depuis l'apparition de la salivation. — Tisane de mauve sucrée (*bis*); frictions d'alun en poudre sur les gencives; gargarisme de quinquina; une pilule de cynoglosse; deux bouillons.

Le 25, la stomatite a fait des progrès; les joues, la langue et les gencives sont toujours fort gonflées, couvertes d'ulcérations enduites d'une couche pultacée, épaisse, adhérente; impossibilité complète d'avaler. Le soir, un peu de fièvre; sueurs abondantes la nuit. — Quinze sangsues sous l'angle de la mâchoire du côté droit; pédiluve; gargarisme au quinquina; frictions d'alun.

---

piétinant à travers les brumes de l'hiver, au milieu de la glace et de la boue, et poussant parfois des exclamations de rage et de désespoir. Je l'abordai : Ah! te voilà, s'écria-t-il en m'apercevant; peux-tu me dire où je demeure?

Cette étrange question me fit sourire.

— Ne ris pas, reprit-il avec un accent de rage concentrée; aujourd'hui je fuyais la garde nationale, je dînais en ville; il faisait froid, sombre de bonne heure...; j'étais en retard... Comprends-tu?

Je devinai presque la vérité, mais je ne pouvais y croire.

— Pressé par l'heure du dîner, continua-t-il sur le même ton, je n'eus que le temps de m'habiller à la hâte; je partis et, dans ma précipitation, j'oubliai de m'informer de la rue et du numéro où j'avais transporté mes dieux lares; je cherche à présent mon logis, et nulle indication ne peut me mettre sur les traces de ma demeure.

Tous les efforts de mon ami furent vains; il ne put jamais retrouver son logement au milieu de la grande babylone moderne.

Atterré par ce coup bizarre et terrible, Eugène, en perdant ses manuscrits, renonça à Paris, aux concours et au professorat, et se retira dans une petite ville, où la garde nationale avait été dissoute, et où il lui est toujours facile de reconnaître son logis.

Dans l'intervalle d'un pèlerinage à l'autre, notre infortuné confrère avait composé un long mémoire en faveur des professions et des infirmités incompatibles avec le service de la garde nationale; comme, après sa mésaventure, il est certain que sa bibliothèque aura été vendue, il se peut très bien que ce mémoire soit arrivé d'une manière ou d'une autre jusqu'au ministre de l'intérieur, qui en aura fait son profit pour l'élaboration du projet de loi soumis à l'Assemblée législative.

Ce qui me porte à adopter cette supposition, c'est que précisément le ministre, en demandant l'avis de l'Académie de Médecine, n'a voulu que faire sanctionner une partie du mémoire de mon ami, car il a à son entière disposition le règlement que possède l'administration de la guerre.

Il est une autre face de la question qui est peut-être aussi peu connue que la première, et dans l'ombre de laquelle éclate toute la haine du médecin contre la garde nationale. Cette haine va jusqu'à l'assassinat, dont je me suis promis de dévoiler la tentative et de l'exposer au grand jour.

Bien longtemps avant que l'Académie de Médecine eût été sollicitée par le ministre de dresser la liste des infirmités et des maladies *incurables* qui doivent exempter du service de la garde civique, les chirurgiens de l'état-major et quelques chirurgiens principaux de légion avaient reçu mission de faire eux-mêmes cette nomenclature. L'obéissance passive étant le premier devoir du militaire, nos confrères *haut gradés* se mirent à l'œuvre, et conçurent l'infernale pensée de frapper tout homme valide de vingt et un à cinquante ans d'incapacité maladive. C'était, comme on le voit, saper l'institution dans sa base fondamentale.

Vous désirez sans doute connaître, ami lecteur, le cadre nosologique qu'ont dressé nos confrères de l'état-major? Je comprends et j'excuse cette curiosité; eh bien! voyons : vous pensez peut-être aux borgnes, aux bossus, aux boiteux, aux édentés? Fort bien! Mais tous les Français de vingt et un à cinquante ans ne sont pas atteints d'une de ces infirmités, et, grâces à Dieu! notre nation n'est pas encore tombée à cet état de dégradation et de laideur! Allez plus loin. — Les myopes, les obèses? — Marchez toujours; allons, je prends pitié de votre embarras, je vais vous mettre sur la voie : vous trouverez comme infirmité incompatible avec le service de la garde nationale la scrofule! — Ah! — Modérez votre étonnement : vous y verrez aussi la sueur aux pieds. — Bah! — Ménagez vos exclamations : vous y rencontrerez encore..... je n'ose poursuivre, votre stupéfaction m'inquiète. — Rassurez-vous; mais, de grâce! achevez. — Eh bien! vous y rencontrerez..... la vérole.... — Vous plaisantez? — Sachez, monsieur, qu'un feuilletoniste ne plaisante jamais quand il s'agit des institutions de son pays; vous pouvez vous convaincre de ce que j'avance en vérifiant au secrétariat de l'Académie la pièce dûment détaillée et *signée* par les chirurgiens *haut gradés* de l'état-major et des légions, laquelle accompagne la lettre du ministre en guise sans doute de renseignement utile à consulter. — Mon cher confrère, votre confidence m'étonne; des hommes graves et sérieux appelés par le choix du général Changarnier ou de leurs confrères à des postes éminents..... — Sans doute; mais ne vous ai-je pas averti en commençant que la garde nationale avait les médecins pour ses ennemis les plus terribles, et n'est-il pas évident qu'en déclarant la vérole une infirmité incompatible avec le service de la garde civique, on raye des contrôles presque tous les hommes âgés de vingt et un ans et au-dessus, car il est peu de Français qui, dans cette période de la vie, n'aient ou n'aient pas eu la vérole. Ah! pourquoi le tableau nosologique de MM. de l'état-major n'a-t-il pas été dressé du temps de mon ami Eugène! Il eût surmonté toute fausse honte et se serait estimé heureux d'étaler quelque bon chancre induré ou quelque blennorrhagie bien virulente. Heureusement le type de mon ami n'est pas perdu, et je ne désespère pas de voir les pères de famille aller consulter les registres de la garde nationale avant de marier leur fille. — Mon cher feuilletoniste, parmi les signataires de la pièce annexée à la lettre du ministre n'y a-t-il pas un syphiliographe? — Je le crains. — Mais alors ne croyez-vous pas que la pensée d'augmenter sa clientèle.....? — C'est une idée; je vérifierai si parmi eux ne se trouve pas aussi un spécialiste pour la sueur des pieds; je saurai vous dire cela après ma première visite à l'Académie.

Félix Roubaud.

M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi 2 avril, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. La visite des malades se fera à 7 heures 1/2, et la leçon clinique à 8 heures 3/4.

Le lendemain, la malade se trouvait un peu soulagée; mais elle ne fut guérie qu'au bout de quinze jours.

Le 25 novembre, la santé de la malade permet de reprendre le traitement; seulement on remplace la liqueur de Van-Swiéten par une pilule de proto-iodure de mercure de deux centigrammes et demi; tisane de salsepareille; deux portions.

Le 28, la salivation reparait et, avec elle, un gonflement assez fort des gencives. Les cheveux tombent.

Le 2 décembre, la malade se plaint pour la première fois de douleurs dans les yeux et particulièrement dans l'œil gauche, et d'un affaiblissement de la vue.

En l'examinant, on voit que l'œil est très légèrement rouge. La conjonctive ne présente pas de vaisseaux développés; mais profondément, vers la partie inférieure et externe, il y a des vaisseaux enchâssés dans la sclérotique, convergeant vers la cornée; ils sont peu développés et peu nombreux. Une coloration d'un gris-rosé, vague et mal dessinée, occupe les limites de la sclérotique et de la cornée (celle-ci est un peu opaline); cette coloration, dont la forme est très irrégulière, s'étend principalement sur toute la partie inférieure de l'œil.

L'iris est un peu plus pâle que celui du côté opposé; la pupille est large et sa forme, irrégulière, plus large transversalement que dans le sens vertical. A sa partie inférieure et interne, une saillie de l'iris s'avance un peu dans le champ pupillaire.

Il y a bien encore un peu de mobilité dans l'iris, mais elle est très faible.

La vue est trouble au point que la malade ne peut distinguer les personnes à quelques pas de distance; photophobie légère; épiphora abondant; douleurs avec battements dans l'intérieur de l'orbite. — Tisane de riz gommé; frictions matin et soir avec un peu de la pommade suivante :

R. Onguent mercuriel. . . .	10 grammes.
Extrait de belladone. . . .	5 centigrammes.

Collyre au nitrate d'argent, 20 centigrames pour 30 grammes d'eau, pédiluve, gargarisme au quinquina.

Ce traitement est suivi avec régularité jusqu'au 9 décembre. Voici les changements qui se sont opérés dans l'œil pendant ce temps; les douleurs et les battements orbitaires ont disparu, les paupières se sont tuméfiées et sont devenues rouges, l'iris a repris sa coloration normale et la pupille sa forme, mais elle est contractée.

La cornée présente un nuage assez épais, opalin dans sa partie inférieure.

La forme de la pupille n'est pas toujours restée la même depuis le commencement jusqu'à présent. D'abord elliptique à grand diamètre transversal, elle offrit successivement ses plus grandes dimensions obliquement à gauche et en bas, et enfin verticalement.

La vue est presque complétement abolie; la malade ne peut que distinguer le jour de la nuit

L'œil droit commence à se voiler; l'iris est à l'état normal.

Trois jours après le commencement de ce traitement, lorsque déjà les douleurs orbitaires étaient calmées, M. Cazenave avait jugé convenable d'administrer de nouveau les pilules de proto-iodure de mercure; mais après la première, la salivation était revenue et il fallut les suspendre encore une fois.

Le 9 décembre. — Mêmes frictions, même collyre. Deux cuillerées par jour de la solution suivante :

R. Iodure de potassium.. . .	15 grammes.
Eau distillée.	500 —

Le 23 décembre, les douleurs sont aussi vives que jamais, elles empêchent le sommeil. La cornée présente, du côté gauche, une opacité considérable qui permet à peine de distinguer la pupille et sa forme; vaisseaux très profonds, rayonnés et injectés. Deux vésicatoires volants, appliqués successivement à la tempe gauche, n'avaient amené aucun résultat. L'état de la malade s'aggravait chaque jour. Aussi, vu l'inefficacité des moyens opposés à l'ophthalmie et même au risque de voir survenir une nouvelle salivation, M. Cazenave se décide, le 30 décembre, à redonner des pilules de proto-iodure de mercure, qui sont réduites à un huitième de grain. — Collyre et frictions comme les jours précédents.

Le 3 janvier 1845, l'injection des vaisseaux qui circonscrivent la cornée se dessinent davantage; l'opacité de cette dernière se complète; elle empêche de distinguer la pupille et l'iris. Photophobie des plus vives, épiphora très abondant, douleurs dans les orbites avec exaspération la nuit; les paupières sont tuméfiées et fermées.

Du côté droit, la vue est un peu plus confuse; l'iris est immobile, mais avec sa couleur naturelle.

Les joues et les gencives se tuméfient. Malgré l'imminence d'une nouvelle stomatite, l'usage des pilules est continué; la malade en prend trois par jour, seulement elles ne sont que d'un vingtième de grain. — Même collyre; sur la tempe gauche, nouveau vésicatoire que l'on panse matin et soir avec 2 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.

Le 7 janvier, une salivation légère est survenue, mais aussi avec elle une amélioration notable du côté des yeux. Le champ de la cornée gauche s'éclaircit; le cercle des vaisseaux est à peine visible, l'iris est immobile et plus pâle que celui du côté opposé. La pupille a une forme quadrangulaire. Les douleurs orbitaires ont beaucoup diminué; l'œil droit a recouvré la vision. — Même prescription, nouveau vésicatoire.

Le 17 janvier, la salivation continue, mais sans se compliquer de l'état fongueux des gencives, de l'exsudation pultacée qui avaient eu lieu la première fois. La cornée de l'œil gauche est redevenue transparente; l'iris commence à se contracter; la pupille est toujours déformée, mais transversalement.

Pendant que les yeux étaient le siége de semblables phénomènes, l'éruption syphilitique primitive s'éteignait de jour en jour; mais sur les avant-bras et les jambes il s'était développé quelques pustules d'ecthyma qui parcoururent leurs périodes, et dont les croûtes grisâtres, très épaisses et profondément enchâssées dans l'épaisseur de la peau, persistèrent jusqu'au 30 avril.

Le 29 janvier, la salivation devenue trop abondante oblige de suspendre l'usage des pilules et de donner à la malade un gargarisme avec

Eau d'orge.	250 grammes.
Eau de Rabel.	2 —
Sirop de mûres.	30 —

collyre au borax.

Les jours suivants, au menton, sur le front et jusque dans le cuir chevelu, se développent des boutons rouges qui se recouvrent de squames; quelques-uns suppurent. Deux tumeurs gommeuses paraissent à la jambe gauche.

Le 16 février, l'infection syphilitique prenait ainsi une grande extension; malgré l'état peu favorable de la muqueuse buccale, la malade est soumise au traitement suivant. — Tisane de salsepareille, une pilule de proto-iodure au huitième, une cuillerée de la solution d'iodure de potassium.

Pendant cette période l'état des yeux n'avait pas changé; mais le 24, en ouvrant les paupières de l'œil gauche, on voit qu'un cercle complet de vaisseaux sous-conjectivaux entoure la cornée, dont le champ a perdu un peu de sa transparence. La pupille qu'on peut distinguer encore est rétrécie, l'iris est plus pâle et immobile; vue nulle. — Six sangsues derrière l'oreille gauche, friction sur les sourcils avec la pommade mercurielle belladonisée, une pilule, une cuillerée d'iodure de potassium.

Le lendemain et les jours suivants s'annonçait une amélioration assez notable; l'iris se contractait un peu, les vaisseaux disparaissaient; les douleurs orbitaires et la photophobie étaient bien calmées, quand tout à coup la salivation reparut fort abondante et suivie d'un dévoiement considérable.

Le 7 mars, le traitement antisyphilitique est de nouveau suspendu et remplacé par un autre, dirigé contre ces deux accidents. Les gargarismes de quinquina, les tisanes de riz gommé, la décoction blanche, des lavements amidonnés et laudanisés, quelques pilules d'opium, furent tour à tour administrés sans efficacité jusqu'au 26 mars. Les douleurs ostéocopes fixées dans le crâne avaient acquis une très grande intensité. Si de temps à autre, pendant cette période, les yeux étaient devenus le siége de quelques fluxions passagères, il n'en était résulté rien de plus grave; mais ce qui était plus inquiétant et qui annonçait un envahissement croissant de l'infection syphilitique, c'était l'état de détérioration dans lequel se trouvait la malade. Delphine, en effet, avait maigri beaucoup; ses forces étaient affaiblies, et la peau présentait cette teinte jaunâtre particulière qui est l'indice infaillible de la *cachexie syphilitique*. L'appétit était nul. — Tisane de chicorée édulcorée avec 30 grammes de sirop de quinquina; 125 grammes de vin de Collioure; quatre pilules d'iodure de fer de 5 centigrammes chacune; collyre au nitrate d'argent.

Sous l'influence de ce traitement, suivi avec persévérance pendant cinq semaines environ, la santé générale s'améliore peu à peu.

Le 6 mai, les douleurs concentrées dans la tête et les orbites ont perdu de leur intensité. La cornée, moins opaque, permet de voir l'iris, qui reflète une teinte jaunâtre; sa surface et floconneuse. La pupille, immobile, ne semble pas déformée. Les croûtes des jambes et de la tête sont tombées.

Le 15 mai, un épanchement considérable se fait dans l'œil gauche. La cornée devient opaque, bombée; un dépôt rougeâtre se produit dans la chambre antérieure. Les douleurs s'exaspèrent et deviennent générales. Quelques vésicatoires volants pansés avec l'hydrochlorate de morphine procurent un peu de soulagement, qui n'est que momentané.

Le 20 mai, M. Cazenave voulut reprendre le traitement antisyphilitique; mais comme la malade n'avait pu jusqu'alors supporter aucune des préparations mercurielles essayées, il prescrivit une pilule de deuto-chlorure de mercure de 1/20e de grain. On augmente d'une chaque jour.

Le 1er juin, la malade prenait douze pilules par jour, et déjà il y avait une amélioration dans l'intensité des douleurs; la cornée était toujours très bombée, mais l'épanchement s'était éclairci.

Il fallut suspendre encore ce traitement; le dévoiement était revenu accompagné de vomissements assez opiniâtres, et qui cédèrent à l'usage du sous-nitrate de bismuth et de la glace à l'intérieur.

Le 19 juin, ces accidents passés, M. Cazenave essaie les frictions mercurielles sous les aisselles : un gramme d'onguent napolitain matin et soir.

Ce moyen réussit dès les premiers jours; les douleurs de tête et des yeux furent bien calmées. Mais le 27, on fut encore obligé de les suspendre, à cause du retour du dévoiement. La malade éprouvait aussi des douleurs très vives dans les dents. — Tisane de riz gommée; julep gommeux avec six gouttes de laudanum; bouillon et potage.

Le 8 juillet, le dévoiement a cessé; toutefois, les frictions ne furent recommencées que le 26. Pendant ce temps, on combattit par des sangsues et des vésicatoires volants les douleurs oculaires, dont l'acuité était extrême.

A dater de cette époque jusqu'au mois de décembre, les frictions furent alternativement, et selon que l'état des fonctions digestives le permettait, employées ou suspendues; elles ont constamment calmé les douleurs, et c'est sous leur influence que la maladie a été radicalement guérie.

Le 1er septembre, l'opacité complète de la cornée gauche empêche de voir les parties profondes, le staphylome a disparu, mais la vue est abolie. Du côté droit, la vision est intacte; l'état des yeux depuis ce moment jusqu'à la sortie de la malade n'a pas varié.

Peu à peu les boutons rares du front et de la tête disparaissent. A des intervalles éloignés et irréguliers, la malade éprouve des douleurs qui lui parcourent tous les membres. Elles cèdent à l'usage des bains de vapeur.

Les règles parurent pour la première fois au mois de décembre 1845, et depuis cette époque leur retour a été régulier. La malade a quitté l'hôpital au mois d'avril 1846. Elle avait repris de l'embonpoint; elle était débarrassée de l'éruption, mais l'œil gauche était perdu.

Nous avons revu la malade quatre ans plus tard; elle jouissait d'une santé parfaite, et, sauf la perte de l'œil gauche, rien n'indiquait qu'elle avait été autrefois si gravement malade.

Cette observation est curieuse et intéressante à plus d'un titre. Nous allons résumer et mettre en relief les principales phases de l'histoire de cette malade. Et tout d'abord, au point de vue théorique, cet exemple prouve que l'évolution dans un ordre absolu des accidents syphilitiques en primitifs, secondaires et tertiaires, évolution proclamée immuable, régulièrement fatale par les inoculateurs modernes, est loin d'être justifiée par l'expérience et l'observation cliniques. Que voyons-nous, en effet, chez la femme B...? Nous voyons un accident dit secondaire, selon le langage de cette École, une syphilide apparaître quinze jours après le début des symptômes primitifs, alors que ceux-ci se trouvaient encore à l'état aigu. L'accident secondaire s'est accouplé en quelque sorte à l'accident primitif. Comment et pourquoi ce phénomène a-t-il lieu? C'est un peu gênant pour la théorie de l'évolution. Les inoculateurs savent très bien que de tels faits sont contraires à leurs doctrines; ils n'en proclament pas moins l'immuabilité de leurs lois; et, pour cela, il leur suffit de faire une légère concession qui, à leurs yeux seulement, n'a pas une grande importance. Ils disent alors que les accidents secondaires sont *hâtifs*, *précoces*, *successifs*, que sais-je? On le voit, les inoculateurs ne sont jamais embarrassés. Le fait, s'ils l'acceptent, doit être ramené quand même sous la fatale loi de l'inflexible théorie. Pour nous, nous admettons avec M. Cazenave deux états dans la syphilis : l'état aigu et l'état chronique. Chez notre malade, la blennorrhagie, les chancres et la syphilide représentent cet état aigu de l'empoisonnement spécial; la syphilide est alors *primitive*. Que si l'on nous demande d'expliquer pourquoi dans certains cas cette apparition précoce des syphilides, nous répondrons que c'est une question qu'il faut adresser au virus qui s'empare de l'organisme et à l'individualité qui réagit contre cette infection. Cette distinction des syphilides en primitives et en consécutives, si bien établie et justifiée par les faits, peut servir à éclaircir plusieurs questions très importantes de la syphilis; mais il n'est ni opportun ni possible de les développer ici.

La femme B... était affectée de plusieurs chancres; aucun d'eux n'a présenté de traces de la plus légère induration, et cependant ils ont été promptement suivis des accidents qu'on nomme constitutionnels. Pour nous, induré ou non, le chancre traduisant déjà l'existence de la syphilis constitutionnelle, ce fait ne soulève aucune difficulté; mais il n'en est pas de même quand on se place au point de vue de l'École moderne pour laquelle ce symptôme primitif n'est qu'un accident local qu'on peut détruire sur place; c'est de lui seulement que procédera plus tard l'infection générale. Le public médical connaît l'omnipotence que les partisans de cette doctrine accordent à l'induration du chancre, refusant presque à celui qui n'est pas revêtu de ce stigmate la propriété de déterminer des accidents constitutionnels. L'observation qu'on vient de lire offre un exemple du contraire. De tels faits sont loin d'être rares.

Nous mentionnerons seulement l'iritis qui s'est développée chez cette malade. Les caractères présentés par cette affection et qu'on a lus plus haut, y compris la déformation de la pupille, prouvent qu'il n'existe pas encore de signe pathognomonique de l'iritis syphilitique.

Mais, envisagée au point de vue de la thérapeutique, l'observation qu'on vient de lire présente encore plus d'intérêt. Elle offre à la sérieuse méditation des praticiens un ordre de phénomènes fort remarquables et qui ne sont pas rares d'ailleurs dans la médication antisyphilitique; nous voulons parler de la lutte qui s'est établie au début du traitement et qui a existé jusqu'à la fin entre l'efficacité exclusive du mercure et la tolérance de la malade. Le mercure, en effet, a dû être essayé sous plusieurs de ses préparations les plus actives, celles dont la puissance est généralement reconnue. Néanmoins, à chaque tentative, les accidents qui survenaient soit du côté de la muqueuse buccale, soit du côté des voies digestives faisaient presque un impérieux devoir de cesser l'usage du médicament spécifique. Fallait-il voir dans cette récidive des mêmes accidents une preuve que l'économie était réfractaire à la toute-puissante efficacité du mercure, en un mot qu'elle était *mercurialisée*? Nous ne le pensons pas. Avec moins de foi dans la vertu absolue de l'hydrargyre, avec moins de persévérance surtout, on eût demandé à un autre ordre d'agents médicamenteux une action qu'on n'espérait plus obtenir avec le premier spécifique. Il est arrivé pour la femme B... ce que l'on voit se produire chez quelques sujets soumis à la médication arsenicale, chez lesquels la solution de Pearson, par exemple, réussit complétement là où la liqueur de Fowler avait été impuissante et réciproquement. Ici, dans cet exemple, c'est encore le mercure employé par la méthode endermique qui a fini par triompher. Nous ferons remarquer que, même dans ces conditions, les accidents du côté des voies digestives se sont renouvelés. Ainsi donc la prudence et la logique ne permettent pas de tirer d'un fait isolé des conséquences générales, nous pensons toutefois ne pas agir avec témérité en disant que, pour juger la saturation de l'économie, la *mercurialisation*, en un mot, il faut se placer à un autre point de vue que celui des accidents occasionnés par le mercure. Ces accidents ne prouvent pas que l'économie soit réfractaire, et ils ne légitimeraient pas eux seuls l'abandon des préparations hydrargyriques pour d'autres préparations à efficacité douteuse; mais ce sont là des questions de thérapeutique syphilitique et trop délicates et trop ardues pour être traitées en ce moment. Quoi qu'il en soit, nous

voyons par cet exemple que le mercure habilement manié finit par soumettre l'économie d'abord rebelle, et qu'il est en définitive l'antisyphilitique par excellence.

(*Ann. des mal. de la peau et de la syphilis.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. LARREY fait hommage de son rapport sur l'observation présentée à l'Académie de Médecine par M. Hutin, ayant pour titre : *Ablation complète du menton par un coup de canon.*

Tumeur située dans l'épaisseur du voile du palais. Extirpation.

M. MARJOLIN présente une tumeur qu'il a extirpée dans les conditions suivantes :

Une femme entrée dans un service de médecine pour y être traitée d'une angine et d'une bronchite chronique portait dans la voûte palatine une tumeur grosse comme une noix muscade. M. Béhier, après avoir guéri cette femme des affections pour lesquelles elle était entrée dans son service, l'adressa à M. Marjolin ; celui-ci, craignant d'avoir affaire à une affection syphilitique ancienne, sous l'influence de laquelle se serait développée la tumeur du voile du palais, soumit la malade à l'iodure de potassium. Ce médicament n'amenant aucune modification dans le volume de la tumeur, notre confrère se décida à en pratiquer l'ablation. Il agit de la manière suivante : il fit une incision de bas en haut, comprenant l'épaisseur de la muqueuse ; un doigt, porté derrière le voile du palais et ramené en avant, fit saillir la tumeur et en favorisa l'énucléation. Il faut ajouter que cette dernière n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines. La partie fibreuse du voile du palais n'a point été intéressée.

La tumeur est dure, inégale, et présente tout à fait l'aspect d'une tumeur cancéreuse. Un examen microscopique nous dira si elle présentait la cellule caractéristique. La malade est dans un état de santé parfaite.

Résection d'une grande partie de l'extrémité inférieure de l'humérus. Guérison.

M. CHASSAIGNAC présente l'homme sur lequel, il y a neuf mois, il pratiqua la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus. Cet homme, en ramassant des balles mortes au tir de Vincennes, avait reçu un coup de feu qui avait fracturé l'extrémité inférieure d'un des humérus. Le désordre qui avait été occasionné par ce coup de feu, le nombre des esquilles qu'il avait produites, firent hésiter un instant M. Chassaignac entre une amputation et une résection. Il s'arrêta à la résection, bien qu'elle dût enlever une grande partie de l'os. La section de l'os fut faite avec une scie à chaîne au point où le nerf radial contourne l'humérus, et toute l'étendue de cet os, depuis ce point jusqu'à l'articulation huméro-cubitale, fut enlevée. Après l'opération, le membre malade fut mis dans l'extension ; mais dès que la matière osseuse a commencé à se produire, pour prévenir la gêne que cause l'ankylose dans une position rectiligne, M. Chassaignac endormit son malade et produisit une fracture dans la continuité de l'os, et put alors mettre le membre dans une position fléchie, afin que, si on ne pouvait obtenir une fausse articulation permettant au malade d'accomplir certains mouvements, du moins on eût une attitude telle du membre, qu'il ne fût point à peu près inutile au malade. Ce dernier a très bien guéri ; il peut se servir de sa main ; cependant, il est certains mouvements, tels que ceux de pronation et de supination, qu'il ne peut point parfaitement accomplir ; cela pourrait tenir à la lésion du nerf radial pendant l'opération, bien que toutes les précautions aient été prises pour l'éviter.

M. LARREY. Le fait intéressant présenté par M. Chassaignac me rappelle un cas analogue que j'ai observé il y a une quinzaine d'années chez un vieux soldat des Invalides. Il s'agissait d'une fracture ancienne et non consolidée de l'humérus par un coup de feu, non pas vers son extrémité inférieure, mais près de l'articulation scapulo-humérale, qui était ankylosée. Les mouvements du bras, complètement abolis dans l'épaule, s'exécutaient dans la pseudarthrose, d'une manière imparfaite sans doute, mais assez librement encore pour suppléer en partie aux mouvements naturels. On s'était abstenu avec raison de toute tentative de traitement pour obtenir la consolidation de la fracture.

Il y aurait peut-être, d'après ce fait, à examiner un point nouveau de la double question des pseudarthroses et des ankyloses ; à savoir : si, dans le cas de fracture non consolidée près d'une articulation ankylosée, il ne faudrait pas quelquefois établir ou conserver la fausse articulation. Mais c'est seulement pour le membre supérieur que l'on pourrait soutenir cette proposition.

M. FORGET demande à M. Chassaignac s'il a fixé son attention sur une petite tumeur arrondie, plate, sous-cutanée, que son malade porte dans le pli du bras. Cette tumeur, qui a une dureté osseuse et une étendue de plus de 1 centimètre en travers, serait survenue, nous a dit le malade, à la suite des manœuvres opérées pour faire passer son avant-bras de l'état d'extension à celui de flexion. M. Chassaignac peut il expliquer la formation de cette petite tumeur qui pourrait fort bien être une esquille assez volumineuse, qui par migration serait ainsi venue se placer sous les téguments ?

M. DENONVILLIERS a reconnu également la tumeur placée sous la peau ; elle est mobile, adhérente à celle-ci, et ressemble assez bien à une moitié de balle. A propos de ce malade, M. Denonvilliers donne l'histoire d'un autre qui a séjourné quelque temps dans son service. Cet homme avait fait une chute sur le coude, qui n'avait amené aucun désordre grave. Pendant qu'il était à l'hôpital il se forma une tumeur grosse comme une noix au-dessus du pli du coude, et assez profondément placée ; elle paraissait avoir son siége dans le brachial antérieur, l'artère humérale, double à sa partie inférieure, passait de chaque côté de la tumeur, et lui imprimait des mouvements anormaux, et pouvait de la sorte induire le chirurgien en erreur. Cette tumeur est allée en diminuant ; et quand le malade quitta l'hôpital, la tumeur était notablement réduite, et les mouvements, qui étaient singulièrement gênés au début de la maladie, étaient revenus à peu près à l'état normal. Quant à l'origine de cette affection, il est probable, ajoute M. Denonvilliers, que du sang épanché dans l'épaisseur du brachial antérieur et dans les parties environnantes s'est modifié de certaine façon, de manière à produire la tumeur fibro-cartilagineuse sur laquelle M. Denonvilliers a appelé l'attention.

Fistules vésico-vaginales guéries.

M. Maisonneuve revient sur les malades affectées de fistules vésico-vaginales et qu'il a opérées récemment. On sait qu'une commission, chargée d'examiner deux femmes affectées de fistules vésico-vaginales et opérées par M. Maisonneuve, l'une des deux femmes avait été regardées comme complètement guérie, tandis que l'autre, sur laquelle d'ailleurs une perte de substance considérable avait obligé le chirurgien à une dissection de l'urètre, conservait encore un petit pertuis. Ce pertuis a été comblé, et M. Cullerier, qui a vu la malade avec M. Maisonneuve, a constaté qu'une injection pratiquée dans la cavité vésicale, le doigt étant placé sur l'orifice du méat urinaire, ne laisse couler aucune goutte de liquide, ce qui a lieu quelquefois quand la malade est debout et qu'elle fait un effort. Une troisième malade présentait une perte de substance telle, que, pour arriver à pratiquer la dissection nécessaire à l'affrontement des bords de la plaie, M. Maisonneuve a été obligé d'inciser le périnée pour se donner du jour. Cette malade n'est point encore complètement guérie ; il reste encore quelque chose à combler. Dans ce cas comme dans le cas précédent, il a été obligé de disséquer l'urètre pour le reporter en arrière. Toutefois, M. Maisonneuve espère bien arriver à une guérison définitive chez cette femme, comme chez les deux autres.

M. LENOIR fait observer que, l'urètre ayant été disséqué et reporté en arrière, la direction de ce conduit est changée et que c'est là la cause pour laquelle cette femme laisse échapper quelques gouttes d'urine quand elle est debout et qu'elle fait des efforts.

M. Maisonneuve a constaté que l'urètre est reporté en arrière et que sa direction est plus verticale que cela n'existe habituellement. La malade, couchée sur le dos, garde bien ses urines ; quand on l'examine et qu'on écarte les jambes, il s'exhale une odeur vulvaire et nullement urineuse.

Du pronostic dans la tuberculisation d'un seul testicule.

M. VIDAL (de Cassis) fait à la Société la communication suivante :

Il y a quelques mois, dit-il, en vous présentant une prostate tuberculeuse, je fus conduit à vous parler de la tuberculisation des organes génitaux de l'homme, de celle du testicule en particulier. Je vous fis remarquer le nombre considérable de sujets portant des tubercules dans les testicules et qui ne paraissaient nullement souffrir ni des poumons ni des autres viscères. Je dis que la tuberculisation testiculaire la plus grave ne paraissait être celle qui n'envahissait qu'un côté. Je vous citais deux faits de ma pratique, il vient de s'en présenter un troisième à l'hôpital du Midi. C'est un malade de la salle n° 11, qui a eu une blennorrhagie, puis un engorgement du testicule gauche ; cet engorgement a revêtu une forme chronique ; un foyer s'est formé sur un point de l'épididyme ; il s'est ouvert, et il en est sorti une humeur comme du pus mal lié ; plus tard, il y a eu une pareille évacuation ; enfin, le cordon spermatique du même côté s'est engorgé, et aujourd'hui, sur un point du canal déférent, existe une tumeur grosse comme une noisette, dure et un peu douloureuse à la pression : c'est là évidemment une masse tuberculeuse identique aux masses qui ont envahi le testicule, l'autre testicule, l'autre canal déférent étant complétement sains. Je déclarai à mes élèves qu'il s'agissait d'un cas grave, d'un cas qui pouvait être rapporté à la catégorie des tumeurs malignes des testicules, lesquelles ne sont observées que d'un côté des bourses. Je portai ce pronostic sans examen préalable des viscères de l'abdomen et de la poitrine.

Un mois après son entrée à l'hôpital, on put constater un boursouflement, un empâtement du ventre, comme cela se remarque dans le carreau. Peu à peu les symptômes d'une ascite ont apparu, et aujourd'hui tout prouve qu'il y a dans l'abdomen des lésions organiques qui feront périr le malade. Je cite ce nouveau fait non pas pour vous prouver qu'il n'y a de tuberculisation grave que celle qui ne porte que sur un côté des bourses, mais pour fixer votre attention sur la question de savoir s'il n'y aurait pas deux espèces de tubercules des testicules.

En terminant, M. Vidal insiste sur l'inopportunité des opérations lorsqu'il s'agit de tubercules développés dans le testicule ; ou c'est une manifestation locale, et elle guérira, ou c'est le résultat d'une diathèse, et l'opération ne fera que hâter la marche des accidents.

M. LARREY. Il me paraît difficile d'admettre en principe la première proposition énoncée par M. Vidal, à savoir : que la tuberculisation du testicule d'un seul côté soit plus grave que celle des deux côtés. De nouveaux faits seraient nécessaires pour confirmer cette opinion assez exceptionnelle aux règles de la pathologie des organes pairs. Cependant, j'ai eu occasion de remarquer aussi que la tuberculisation simultanée ou successive des deux testicules semble offrir de la tendance, sinon à une guérison définitive, du moins à une amélioration notable. Il y aurait donc en effet des recherches à faire sur ce sujet.

Quant à la seconde proposition soutenue par M. Vidal, elle est généralement admise, c'est-à-dire que l'on doit s'abstenir de pratiquer la castration dans les cas de testicule tuberculeux.

Qu'il me soit permis à cet égard de rappeler un souvenir déjà éloigné : j'avais présenté en 1831 à la Société anatomique différents cas de sarcocèles opérés par mon père au Gros-Caillou. L'un d'eux offrait les caractères de la dégénérescence tuberculeuse. Delpech, qui en eut connaissance, me fit l'honneur de m'écrire pour m'indiquer les inconvénients de l'opération dans les cas du même genre, et j'ai constaté plus d'une fois depuis que le savant professeur de Montpellier avait raison.

M. VIDAL répond qu'il n'a pas voulu établir une loi générale ; seulement il a voulu fixer l'attention de la Société sur certains faits, peu nombreux il est vrai, où la tuberculisation d'un seul testicule a entraîné des conséquences graves.

Ligature de la carotide primitive.

M. LENOIR revient sur la maladie de la jeune fille à laquelle il a pratiqué la ligature de la carotide primitive. La tumeur érectile de la région temporale et orbitaire n'a point encore subi de modification importante ; le fil est tombé aujourd'hui, quinze jours après l'opération, entraînant avec lui une faible portion du tissu artériel. Prochainement M. Lenoir présentera l'histoire complète de la malade, et des considérations spéciales sur la tumeur dont elle est affectée.

— M. CHASSAIGNAC cite un nouveau cas de fistule génienne traitée par l'isolement de la joue, de la paroi externe du maxillaire. Un malade se présente à M. Chassaignac portant sur l'une des joues une fistule tenant à une carie dentaire. Pour tarir cette fistule, M. Chassaignac détache la joue du maxillaire supérieur, en incisant profondément le sillon muqueux qui réunit cette dernière à la mâchoire supérieure ; cela fait, il fait passer un fil dans le trajet fistuleux, et il entraîne avec ce fil un peu de charpie suffisant pour tenir écartée la joue du point malade et permettre à la fistule ancienne de se fermer. Cette opération fut suivie d'un plein succès ; la maladie extérieure fut promptement guérie.

M. MARJOLIN combat le procédé préconisé par M. Chassaignac ; en effet, notre collègue ne s'applique qu'au symptôme et laisse subsister la maladie, qui est ou une maladie dentaire, ou une petite carie, ou une nécrose du maxillaire. On sait depuis longtemps que ces fistules guérissent très bien en faisant disparaître la cause. M. Duval, grand-père de M. Marjolin, a insisté sur le meilleur mode de traitement de ces maladies. Ce procédé ne devrait être employé qu'autant que le traitement vraiment essentiel a échoué.

M. CHASSAIGNAC convient qu'il n'institue qu'un traitement palliatif qui convertit une fistule externe en fistule interne ; mais ce symptôme est souvent dégoûtant, il rend les malades malheureux, et on ne peut obtenir toujours facilement la mobilisation du point osseux qui occasionne la maladie : il supprime de la sorte une affection dégoûtante, et le malade attend patiemment.

M. FORGET fait observer que le procédé opératoire préconisé par M. Chassaignac n'est point nouveau, il l'a vu employer par M. Laborie dans le but de guérir une fistule génienne ; cette opération, à laquelle M. Forget assistait M. Laborie comme aide, a parfaitement guéri, et le procédé opératoire décrit par M. Chassaignac a été employé.

— M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société un testicule cancéreux énorme, sur lequel on constate que la tunique vaginale est intacte. A propos de ce fait, M. Chassaignac discute la question de l'opportunité d'un traitement spécifique quand ces affections ne sont qu'au début. Il a pu observer que la tumeur cancéreuse qu'il présente à la Société a pris un grand accroissement du jour où le malade a été soumis à un traitement antisyphilitique.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

NOUVELLES.

Concours pour la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de Paris. — Les thèses ont été déposées samedi dernier ; les argumentations commenceront mercredi prochain, et auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mercredi 2 avril, M. Gosselin ; le vendredi 4, M. Robert ; le lundi 7, M. Richet ; le mercredi 9, M. Jarjavay ; le vendredi 11, M. Giraldès ; le lundi 14, M. Bouisson ; le mercredi 16, M. Voillemier ; le vendredi 18 (Vendredi Saint), pas de séance ; le lundi 21, M. Sanson ; le mercredi 23, M. Nélaton ; le vendredi 25, M. Morel ; le lundi 28, M. Chassaignac ; le mercredi 30, M. Michon.

— *Concours pour la chaire de pathologie médicale vacante à la Faculté de médecine de Paris.* — La liste d'inscription pour ce concours est close. Contrairement à toutes les prévisions, le nombre des candidats n'est que de cinq : ce sont MM. Beau, Grisolle, N. Guillot, Monneret et Requin. Quand on songe au nombre de jeunes médecins qui auraient pu figurer avec avantage dans ce concours, on se demande si les médecins sont moins forts ou plus sages que les chirurgiens. Nous pencherions volontiers pour la seconde alternative.

— M. le docteur Folley, médecin en second de l'hôpital d'Alger, auteur d'un travail remarquable sur la statistique médicale de l'Algérie, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 39. — JEUDI 3 AVRIL 1851 (24e ANNÉE.) N° 39. — JEUDI 3 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 1er AVRIL 1851

Séance de l'Académie de Médecine.

Une pièce intéressante de correspondance envoyée par M. Nièpce, un rapport de M. O. Henry sur une eau minérale inconnue, un rapport de M. Soubeiran sur les appareils médicaux électro-magnétiques, et une lecture de M. Lenoir sur les articulations du bassin, tel a été le butin scientifique de la séance, lequel butin, pour continuer une comparaison déjà consacrée par l'usage (banquet scientifique), pourrait être appelé un *bon ordinaire*.

Dans sa lettre, que nous rapportons textuellement, M. Nièpce insiste de nouveau sur le peu d'action, sinon sur l'inaction complète de la magnésie dans la production du goître. Il signale, de plus, un fait qui serait d'une grande portée s'il était général; c'est l'existence de goîtreux et de crétins nombreux dans l'un des côtés d'une même rue, tandis que l'autre côté en était parfaitement exempt. Ce passage, ainsi que plusieurs autres, permettent d'espérer que le livre de M. Nièpce, dont l'impression est terminée, renfermera des documents précieux sur la question mise à l'ordre du jour par M. Ferrus; nous aurons soin d'apprécier ces documents avec toute l'exactitude dont nous sommes capable.

On sait que les rapports sur les eaux minérales se votent à l'Académie à peu près comme les rapports sur les remèdes secrets, c'est-à-dire de confiance. Il y a là toute une série d'abus, non pas réels sans doute, non pas même probables, mais possibles et extrêmement faciles, et touchant lesquels l'Académie est d'une apathie incurable. Donc n'en parlons plus.

Le rapport de M. Soubeiran a déjà reçu tant d'éloges justement mérités en pleine séance, que ce serait chose au moins inutile de les répéter ici. Pour rompre la monotonie, disons plutôt quelques mots de critique, qui sera d'ailleurs bien timide.

Nous avons observé dans le rapport quelques propositions ou plutôt quelques phrases qui nous paraissent peu conformes aux saines doctrines physiologiques, et qui nous ont d'autant plus surpris que M. Bérard faisait partie de la commission; nous sommes bien certain que M. Bérard n'était pas présent quand ces phrases ont été rédigées; telle est, par exemple, la suivante :

« Elles sont propres (les chaînes électro-magnétiques) à développer des phénomènes chimiques, tels que la coagulation du sang ou la modification de quelques sécrétions. »

Cette phrase nous suggère deux réflexions : la première, qui est conforme à celle qu'a faite M. Bouchardat, est relative au plan même du rapport de M. Soubeiran; peut-être aurait-il été convenable, dans ce rapport, de diviser en deux parties complétement distinctes ce qui est relatif à la description des appareils et ce qui est relatif aux applications physiologiques et thérapeutiques. Une telle division aurait sans doute prévenu les réflexions critiques suivantes :

D'abord, a-t-il été bien constaté que l'électrisation, n'importe par quel appareil, ait modifié une sécrétion quelconque? Cela valait la peine d'être rigoureusement vérifié, et le rapport s'est contenté d'une simple affirmation. En second lieu, pourrait-on considérer comme une action chimique cette modification? Ici nous n'hésitons pas à répondre non. M. le rapporteur a donné au mot sécrétion la seule signification qu'il puisse avoir en physiologie, c'est-à-dire s'il a entendu désigner par ce mot l'acte par lequel se forme un produit de sécrétion, et non ce produit lui-même. On comprend bien qu'un courant électrique, de même qu'un agent chimique, puisse modifier *chimiquement* un *produit* de sécrétion; mais on ne voit pas ce qu'il pourrait y avoir de chimique dans l'action d'un courant qui influencerait une glande de manière à faire que cette glande, au lieu de sécréter de l'urine normale, par exemple, sécréterait de l'urine albumineuse, alcaline, sucrée, etc. Ce serait là une influence toute vitale et avec laquelle l'action chimique, telle qu'il nous est permis de la comprendre dans l'état actuel de la science, n'a absolument rien à faire. Si la commission avait suivi la marche indiquée par M. Bouchardat, il est probable qu'elle aurait prévenu l'objection que nous faisons ici. Il est probable qu'en laissant à un physicien le soin de faire la description des appareils, elle aurait chargé un médecin ou un physiologiste de la seconde partie du rapport, et qu'elle nous aurait ainsi mis à même de savoir ce qu'il y a de vrai ou de faux dans les faits physiologiques et thérapeutiques annoncés, tandis que, à cet égard, la commission a raconté, mais non critiqué et apprécié.

M. Lenoir a commencé par une lecture pleine d'intérêt, mais qui n'aurait peut-être pas complétement le cachet d'une facture académique, la série des *lectures de candidats*. Ce travail, riche d'érudition et de recherches anatomiques minutieuses, ne peut être jugé que le scalpel en main; mais l'habileté bien connue de M. Lenoir nous porte à croire que la dissection confirmera ce qu'il dit lui-même avoir constaté. La lecture de ce savant chirurgien nous conduirait naturellement à dire un mot sur les candidatures à la prochaine place vacante. C'est ce que nous ferons dans un de nos prochains numéros, avec d'autant plus de franchise, qu'on paraît s'être singulièrement mépris sur l'attitude que nous avons prise dans la dernière nomination.

H. de Castelnau.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Du rhumatisme.

(1er article.)

Il est des affections qui, présentant dans certains cas la forme inflammatoire, n'occupent pas toujours un point spécial de l'économie, mais apparaissent disséminées; le rhumatisme nous paraît être une de ces maladies que l'on pourrait appeler *phlegmasies disséminées*, bien que l'inflammation ne soit pas leur caractère distinctif, et que ce phénomène ne soit, au contraire, qu'un symptôme de leur évolution, et ne se montrant pas dans toutes les formes de la maladie.

Ces phlegmasies disséminées, qui sont nombreuses, peuvent occuper la peau, le tissu cellulaire, les muqueuses, les organes fibreux, les follicules intestinaux. Dans quelques-unes des formes qu'elles affectent, elles présentent de grandes analogies avec ce qu'on appelle, en pathologie, *phlegmasies;* mais elles s'en distinguent par des caractères spéciaux qu'il est impossible de méconnaître.

Parmi ces maladies, nous rangerons la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la fièvre larvée, le rhumatisme. Ces affections, nous l'avons dit, présentent des formes variées; le rhumatisme, par exemple, ne se manifeste, dans quelques cas, que par le phénomène douleur, sans lésion anatomique appréciable; d'autres fois, la lésion anatomique, au contraire, est le seul fait constaté, et le dépôt de concrétions tophacées dans les articulations, dépôt qui se fait souvent sans occasionner au malade la moindre souffrance, est un exemple irrécusable de cette seconde forme. Le rhumatisme prend aussi quelquefois la forme chronique, et ne présente, dans ce cas, aucun des phénomènes d'une inflammation. Enfin, la forme aiguë, qui se caractérise par des phénomènes inflammatoires.

Etudions quelques variétés de phlegmasies disséminées d'après le siége qu'elles affectent, et d'abord à la peau. Il est une foule d'affections herpétiques; et par ce mot nous entendrons les maladies cutanées proprement dites, ou celles dont les manifestations affectent cet organe, maladies qui présentent des signes, une marche et des types différents, suivant la nature des tissus où elles se sont développées. Quelques-unes sont sous la dépendance d'une cause spécifique. Ainsi dans la variole, sous sa forme ordinaire, l'état de la peau pendant l'éruption est certainement un état phlegmasique, état qui, comme on sait, n'est pas sous l'influence des causes ordinaires de l'inflammation, mais bien sous l'influence d'un virus introduit dans l'économie.

Il y a, du reste, ce qu'on appelle *variolæ sine variolis*, une variole sans éruption à la peau, et dans ce cas là la lésion inflammatoire n'existant pas, ne peut pas être regardée

---

FEUILLETON.

NOTICE
sur les hôpitaux de Londres,

Par M. A. CHEVALLIER fils.

(Suite. — *Voir* le numéro du 15 mars.)

HÔPITAUX PAR SOUSCRIPTION POUR LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES.

Loock hospital. — Il fut fondé en 1721. Il consistait en deux établissements qui, il y a vingt ans, furent démolis pour cause d'utilité publique. Il fut rebâti en 1828 dans un nouveau quartier.

Le nouvel hôpital se divise en trois parties :

1° L'hôpital proprement dit:

2° La maison où l'on place des jeunes filles qui veulent s'amender;

3° L'asile.

L'*hôpital* est divisé en deux parties très distinctes; l'une affectée aux hommes, l'autre affectée aux femmes.

Au rez-de-chaussée, il y a une salle de consultation, une salle de conseil, une pharmacie. Cette dernière a deux guichets; l'une pour le service des hommes, l'autre pour celui des femmes.

Le pharmacien loge à l'hôpital.

Il y a consultation tous les mercredis pour les malades du dehors et pour l'admission des malades dans l'hôpital, où ils sont reçus par recommandation d'un administrateur ou d'un souscripteur.

Au premier, on trouve les salles des malades.

Une *matrone*, assistée de femmes séculières, fait le service chez les hommes et chez les femmes.

Le médecin suppléant et le chirurgien suppléant, avec le pharmacien, font le service tous les jours à une heure, et ils ont un registre sur lequel sont inscrits la date de l'arrivée des malades, la nature de la maladie, le mode de traitement employé et le résultat de la médication.

Le médecin principal est un médecin *consultant;* c'est-à-dire que si un médecin du service des hommes ou des femmes a besoin d'un conseil, le médecin principal le donne. Il est, en outre, chargé de soigner les maladies des femmes de l'asile.

La literie se compose d'un lit de fer, d'un matelas, d'un oreiller, d'une couverture de laine grise et d'une petite table de nuit avec lavabo.

Les salles sont parquetées, et contiennent vingt à vingt-cinq lits. On les chauffe, au moyen d'une cheminée à foyer, avec du charbon de terre.

A l'extrémité de chaque salle se trouve un lavoir. Dans une partie de la salle, on a pratiqué une ouverture entourée d'un bâtis. Cette ouverture communique avec la cuisine, et à l'aide d'une corde et d'une poulie, on amène dans la salle les aliments destinés aux malades. Ces aliments sont distribués à des heures déterminées.

Les malades portent leurs habits, et sont forcés de se fournir de sucre, de bière et de linge, comme dans les autres hôpitaux.

Ils vont à la chapelle dans une travée, et sont cachés aux yeux du public.

Maison de correction. — Les filles déclarent, avant d'y entrer, le faire volontairement; et là, après trois mois de résidence, sous la surveillance de deux maîtresses, elles passent à l'asile.

Dans cette maison de correction, elles portent un costume en toile bleue.

Les filles qui ne savent ni lire ni écrire reçoivent des leçons; elles confectionnent en outre des ouvrages de grosse couture.

L'*Asile.* — Les filles qui sortent de la correction, une fois reçues dans l'asile, apprennent à faire la cuisine, à blanchir le linge, à faire le service domestique et à se perfectionner dans la lecture, l'écriture et le calcul. Elles couchent dans un dortoir où chaque lit est séparé par des planches qui forment alcôve et qui empêchent toute communication pendant la nuit. Elles font de trois à cinq ans de stage avant de sortir de cette maison pour devenir domestiques.

Le blanchissage et la couture confectionnés dans la maison rapportent une somme employée à l'amélioration de l'établissement, qui est simple, mais confortable.

L'asile possède une bibliothèque de livres instructifs et moraux à l'usage des filles repentantes.

La buanderie est parfaitement établie. On y trouve un lavoir bien construit, un tordeur français à rotation, des détendoirs mobiles qu'on fait arriver et qu'on retire à volonté d'une étuve qui les reçoit, et dans laquelle le linge est ramené à un état de siccité convenable.

On trouve aussi dans cette buanderie un poêle pour le chauffage des fers à repasser, qui sont disposés sur deux rangs.

Le repassage ne se fait qu'après que le linge a été visité. Le linge repassé est mis dans des tiroirs qui se trouvent sous la table où se fait le repassage.

La matrone de l'asile préside, avec une sous-maîtresse, à la buanderie; une autre sous-maîtresse veille au service de la cuisine, qui est fait par les pénitentes. Là, on leur montre à faire la cuisine.

Les habillements des pénitentes sont faits par elles; elles font aussi des ouvrages de couture pour le dehors, et surtout de la lingerie.

Dans la maison intermédiaire, les femmes font aussi de gros ouvrages de couture.

L'asile est entièrement séparé de l'hôpital; et pour y arriver, il faut traverser la maison intermédiaire, qui elle-même est séparée complétement de l'hôpital.

Le rez-de-chaussée de l'asile donne sur une cour, où ces filles peuvent se promener à certaines heures de la journée. Quand elles sont entrées dans cette maison, elles n'ont pas de communication avec le dehors.

Sainte-Magdelaine hospital. — Cette maison fut fondée en 1758 pour assurer une retraite aux prostituées qui se repentiraient de leur égarement.

L'établissement n'était pas assez vaste en raison des pénitents; un nouveau bâtiment fut construit en 1769, sous le patronage du comte d'Herfort.

Sainte-Magdelaine a une partie de ses bâtiments qui sert d'asile

comme constituant le phénomène essentiel de la maladie, qui cependant se manifeste encore par des symptômes bien tranchés. La variole n'est donc pas une phlegmasie dans le sens rigoureux du mot. La rougeole, la scarlatine, sont des maladies de même nature, et ce qui tendrait encore à prouver que ces affections ne sont pas des phlegmasies dites spontanées, c'est que les praticiens qui ont expérimenté contre elles les antiphlogistiques conviennent qu'ils sont comme base du traitement plutôt nuisibles qu'utiles, et qu'ils ne doivent être mis en usage que dans des cas exceptionnels et dans des circonstances déterminées.

La roséole, l'urticaire, peuvent sous ce rapport se rapprocher des maladies dont nous venons de parler. L'urticaire, par exemple, développé chez quelques sujets, après l'ingestion dans l'estomac de moules ou de certains poissons ou fruits, se caractérise chez les individus qu'on pourrait regarder comme ayant subi une sorte d'intoxication par cette alimentation, et présente les phénomènes suivants : une heure ou deux après l'ingestion de ces aliments apparaissent à la peau des plaques rouges disséminées sur tout le corps, assez nombreuses, et accompagnées d'un mouvement fébrile très manifeste. Il y a donc ici un véritable état maladif. La cause s'épuise dans les vingt-quatre heures, et la maladie guérit spontanément. Dans les urticaires qui se prolongent, pas plus que dans celui-ci, la saignée n'a donné de résultats satisfaisants. Ici évidemment le poison introduit s'est porté à la peau.

Dans le pemphygus, l'érythème noueux, on observe de la rougeur et du gonflement dans dix, vingt, trente endroits de la peau, et la maladie cesse ensuite après avoir parcouru ses périodes, qui ne présentent pas les phénomènes propres à l'inflammation.

Outre les affections cutanées à marche aiguë que nous venons de signaler, et d'autres dont la cause est connue, et qui. disséminées comme les précédentes, tendent à prendre une marche chronique, les maladies syphilitiques sont dans ce cas.

Dans quelques circonstances, les pustules, les papules syphilitiques, les syphilides elles-mêmes se présentent avec des symptômes inflammatoires, rougeur, douleur, saillie, et cependant un traitement antiphlogistique rationnel échoue contre elles, tandis que les mercuriaux ou l'iode, selon les cas, attaquant la maladie dans son principe, dans sa cause efficiente, détruisent par là la manifestation locale.

Dans quelques cas exceptionnels de confluence de ces affections papuleuses, pustuleuses ou croûteuses, quelques antiphlogistiques peuvent accidentellement être indiqués, mais ce n'est jamais comme base de traitement.

Les muqueuses peuvent, comme la peau, présenter des phlegmasies disséminées; les aphthes nombreux développés dans la bouche des enfants ou les parties sexuelles de la femme sont un exemple de cette forme caractérisée par l'apparition de points blanchâtres, arrondis, plus ou moins confluents, sur le voile du palais, la langue et les organes sexuels des nouveau-nés. Chez la femme, ils siégent sur les petites lèvres principalement; chez les enfants on en rencontre quelquefois aussi à la marge de l'anus. Les antiphlogistiques sont plutôt nuisibles qu'utiles dans le traitement des aphthes. La syphilis détermine aussi dans certains cas dans ces mêmes parties des lésions disséminées analogues à la forme aphtheuse; mais qui, quoique ayant débuté avec des caractères inflammatoires, prennent bientôt une forme spéciale qui les fait reconnaître pour une lésion de cause spécifique. Ici nous devons mentionner la lésion des follicules de Brunner et des plaques de Peyer dans l'affection typhoïde.

Le tissu cellulaire est aussi quelquefois le siége de phlegmasies disséminées; aussi, dans les cas de phlébite et de résorption purulente, le pus transporté par les veines et par voie de résorption dans le torrent circulatoire est déposé dans les organes de l'hématose et y produit des abcès dont la conséquence ordinaire est la mort : la saignée ne ferait dans ces cas que favoriser l'absorption du pus. A la suite de la variole confluente, il n'est pas rare de rencontrer sous la peau un certain nombre de petits abcès, qu'on doit regarder comme une conséquence de la variole et qui peut-être sont le résultat de la résorption du pus par les lymphatiques ou les radicules veineux, qui, après l'avoir puisé dans les pustules varioliques en suppuration, l'ont porté dans le torrent circulatoire et le ramènent à la peau par voie d'exhalation.

Dans les maladies diverses que nous venons de mentionner, l'inflammation ne constitue pas la maladie; il y a quelque chose qui précède et qui est cause; dans les cas de ces abcès multiples consécutifs à la variole, c'est la variole; dans les cas de lésions syphilitiques, c'est le virus syphilitique. Dans les affections herpétiques, pas de virus; mais il y a ce que les anciens appelaient le vice herpétique, qui agit encore ici comme cause spécifique.

Les clous nombreux qui se développent chez quelques sujets peuvent être regardés comme rentrant dans le cadre des phlegmasies disséminées, non-seulement parce qu'ils ne sont pas sous l'influence des causes ordinaires de l'inflammation, mais aussi à cause de l'inefficacité des antiphlogistiques et de la saignée en particulier dans leur traitement.

Outre les divers tissus que nous venons de mentionner comme pouvant être le siége de phlegmasies disséminées, le tissu fibreux doit aussi être rappelé, car le rhumatisme l'occupe exclusivement. Le rhumatisme, en effet, qui, dans sa forme la plus fréquente, occupe les articulations, paraît frapper surtout le tissu fibreux qui les entoure; outre que par son siége multiple il appartient aux phlegmasies disséminées, il peut encore être rangé parmi elles à cause des formes diverses, inflammatoires ou non, qu'il présente, et aussi à cause de sa mobilité, de son intermittence et de l'insuffisance des antiphlogistiques pour le guérir, insuffisance telle que Sydenham parmi les anciens et M. Husson parmi les modernes avaient, après avoir pendant longtemps usé largement de la saignée, renoncé à son emploi dans le traitement de cette affection. Il ne faut rien exagérer, et, si la maladie se présente avec un caractère grave, le pouls fort, large, fréquent, le sujet pléthorique, on ne devra pas hésiter à employer une, deux émissions sanguines, ne fût-ce que pour prévenir toute autre phlegmasie spontanée, qui pourrait se développer plus facilement pendant cet état de turgescence de l'organisme.

Du reste, en employant la saignée comme base de traitement, ou en ne l'employant que comme moyen rationnellement indiqué, la durée moyenne de la maladie n'a pas été moindre dans le premier cas que dans le second. Nous reviendrons sur les résultats obtenus par MM. Bouillaud et Chomel, agissant dans des directions diverses à propos du traitement du rhumatisme, que nous donnerons dans un prochain article. Toujours est-il que la convalescence devra être plus longue chez un sujet qui a perdu beaucoup de sang que chez celui qui n'a été saigné que selon les indications les plus impérieuses. Au reste, même dans la forme inflammatoire du rhumatisme, la brièveté des phénomènes inflammatoires est, dans certains cas, si remarquable, que nous la regarderons comme une des raisons les plus péremptoires pour séparer le rhumatisme des phlegmasies dites spontanées et le rattacher, au contraire, à une cause spécifique.

Des phlegmasies disséminées on doit rapprocher les phénomènes inflammatoires de courte durée, n'occupant qu'un organe à la fois, mais disséminées par le temps, comme les autres l'étaient par le siége. La fièvre larvée, par exemple, se localisant par une pleurésie ou une pneumonie, ne durant que quelques heures pour reparaître plus tard, nous en offre un exemple des plus frappants.

Un malade est pris d'ophthalmie qui ne dure que quelques heures, s'accompagne de frisson, de chaleur et de sueur, puis disparaît pour reparaître à des intervalles réguliers plus ou moins espacés, et présenter absolument les mêmes phénomènes à chaque apparition. Les émissions sanguines ne font rien contre ces accidents, tandis que le sulfate de quinine est spécifique dans ces cas. Du reste, le gonflement de la rate et les phénomènes consécutifs des fièvres intermittentes ne permettent pas de douter qu'on n'ait affaire à une intoxication paludéenne.

Dans cette forme intermittente de phlegmasies disséminées il y a donc l'écorce inflammatoire; mais au-dessus il y a la cause spécifique agissante qui, sous l'influence des idiosyncrasies, produit des phlegmasies disséminées ayant des manifestations locales différentes.

En résumé donc, des quelques exemples de phlegmasies disséminées que nous venons de citer, nous nous croyons autorisé à conclure que, si, dans la plupart des cas, ces maladies ont l'écorce inflammatoire; ce n'est pas là leur caractère spécial; elles se développent sous l'influence d'une cause spécifique quelquefois inconnue, mais dont l'existence est suffisamment révélée par l'inefficacité des moyens qui guérissent ou font avorter les inflammations simples.

Ces considérations serviront d'introduction à une série d'articles que nous donnerons prochainement sur les diverses formes de rhumatisme.

John Lacaze,
Elève des hôpitaux.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er avril 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Médaille des deux Franck.

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes adresse un exemplaire de la médaille frappée en commémoration des deux Franck (Pierre et Joseph).

Approbation de nomination.

Le même ministre envoie une ampliation du décret présidentiel qui approuve la nomination de M. Cazeaux.

Legs.

Le même ministre envoie ampliation du décret du président de la République approuvant le legs de 1,000 fr. de rente fait à l'Académie par M. Capuron pour la fondation d'un prix dont elle déterminera elle-même le programme et les conditions.

Concours.

M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris invite l'Académie à réunir la section de pathologie médicale et la section de thérapeutique et d'histoire naturelle pour désigner les cinq juges qui doivent faire partie du jury pour le prochain concours ouvrant le 1er mai, devant cette Faculté, pour une chaire de pathologie interne.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Eaux minérales.

M. le docteur Nièpce adresse un mémoire sur l'action des eaux minérales sulfureuses d'Allevard (Isère). (Commission des eaux minérales.)

Goître et crétinisme.

Le même médecin envoie une lettre sur le goître et le crétinisme, dont nous extrayons ce qui suit :

La première idée que le goître et le crétinisme pouvaient être dus à la présence de la magnésie dans les eaux n'appartient pas à M. Grange, mais bien à M. le docteur Billerey, qui était directeur de l'Ecole de médecine de Grenoble, médecin en chef de l'hospice de cette ville et médecin inspecteur des eaux d'Uriage. Ce qui le prouve, c'est que, dans le procès-verbal de la séance de la Société de statistique de l'Isère du 13 avril 1849, il y a douze ans, on trouve les lignes suivantes : « M. Pellenc, préfet de l'Isère, fait » part à la Société de l'opinion de M. le docteur Billerey, qui, » ayant remarqué que les goîtreux se trouvaient dans les vallées » composées de schistes magnésiens, a été conduit à penser que le » goître pourrait être attribué à l'usage d'eaux tenant en dissolu- » tion des sels de magnésie. Cette opinion paraît peu fondée à plu- » sieurs membres de la Société. Afin de le vérifier, il est décidé, » sur la proposition de M. Emile Gueymard, ingénieur en chef » des mines, professeur de chimie à la Faculté des Sciences de » Grenoble, qu'il sera fait au laboratoire de la Faculté une analyse » des eaux que boivent les habitants des vallées infectées. »

Ces analyses ont été faites par ce savant professeur, qui non-

---

aux filles repentantes. Elles font des travaux pour subvenir à leurs dépenses, et reçoivent sur ces travaux des gratifications. On leur fournit ce qui est nécessaire à leur industrie, et on éloigne d'elle toute idée de correction.

Après trois ans de bonne conduite ces filles rentrent dans leur famille ou bien en service, et si leur conduite est constamment bonne, elles reçoivent des primes d'encouragement.

Pendant les trois ans de stage elles ont une chambre particulière, et quelquefois, de plus, un petit cabinet où elles couchent seules. L'habit est uniforme et de couleur grise. Chaque classe a une table particulière sous la surveillance d'une matrone.

Elles se lèvent à six heures en été, et se couchent à dix heures; l'hiver elles se lèvent à sept heures, et se couchent à neuf heures.

Les femmes repenties qui se comportent bien reçoivent quelquefois des dots des gouverneurs de cette maison.

HÔPITAUX OU L'ON TRAITE LA FOLIE.

Bethléem (1) ou *Bedlam*. — Cet hôpital était, en 1247, un prieuré. Ce prieuré avait été fondé par Simon Fitz-Roi pour les deux sexes.

Henri VIII ayant aboli ce prieuré, donna ce local à la ville de Londres pour servir d'hôpital destiné aux fous.

Le nombre des aliénés ayant augmenté, et l'édifice menaçant ruine, la cité donna en 1675, aux gouverneurs de l'hôpital, un terrain contigu, sur lequel on construisit en quinze mois l'édifice qui se trouve au fond de la cour. Cet édifice, d'une architecture assez noble, est surmonté d'une terrasse portant trois tourelles. A la porte d'entrée se trouvent deux statues remarquables faites par Cibber. Ces statues représentent la Folie triste et la Folie gaie.

Les jardins sont assez beaux. Les hommes et les femmes sont séparés par des grilles de fer. Au premier est la salle des gouverneurs, et en bas celle des médecins. Dans la partie supérieure se trouvent des logements pour les matrones, les gardes-malades, les domestiques, et pour tous les officiers nécessaires au service.

Il y a aussi dans les caves des bains qui s'administrent chauds ou froids selon l'ordonnance. Le nombre des malades de cet hôpital s'élève à plus de 200; ils ont chacun une cellule où ils sont enfermés la nuit. Ils ont un lit ou de la paille fraiche, suivant leur état.

L'aliéné, pour être admis, est présenté au gouverneur, et ce n'est que sur un rapport de deux médecins qu'il est reçu. Les personnes qui le présentent s'engagent par écrit à le retirer après guérison, à le faire ensevelir en cas de mort, à lui donner le linge et autres choses nécessaires pendant le temps de la maladie. Après guérison il reçoit gratis les médicaments pour continuer le traitement, afin d'empêcher une rechute.

Saint-Lucks hospital. — Il fut fondé en 1751 par donation et souscriptions volontaires. Cet hôpital est aussi destiné aux aliénés; il est simple et fort bien bâti. Les chambres des malades sont d'une construction et d'une commodité supérieures à celles de Bethléem; là les malades vivent presque en liberté. Les règlements de cet hôpital diffèrent de ceux de Bethléem. On ne reçoit à Saint-Lucks que des malades qui sont atteints d'aliénation depuis un an et qui n'ont point été traités dans d'autres hôpitaux, enfin qui ne sont point affectés d'autres maladies. Lorsque le malade est sorti, si une attaque de folie se renouvelle, le malade est reçu de nouveau.

Hamwell asile (fous). — Hamwell est une maison de charité principalement destinée à recevoir des aliénés; elle peut contenir de 150 à 200 lits.

HOPITAUX DITS WORKS-HOUSES.

Charter-house (1611). — Ancien prieuré de chartreux. Henri VIII donna ce prieuré à Thomas Audley, qui le vendit à Thomas Sutton, qui, sous Jacques Ier, en fit un hôpital de 80 indigents, qui reçoit par an 7 livres sterling (175 fr.) pour leur habillement. Les femmes reçoivent de plus une robe.

Mary Bone work-house. — Cet hôpital ou maison de charité est sous la direction d'une matrone générale assistée de gouverneurs; elle a des salles pour les aliénés, les estropiés, les malades. On emploie les malades à tels ou tels travaux qui rapportent à la maison. C'est parmi les malades les moins souffrants qu'on prend en Angleterre les balayeurs et les balayeuses des rues.

Tous les trois ans des réparations sont faites à l'établissement par les malades. Mary Bone contient plus de 200 lits.

On y reçoit la mère et l'enfant malade. On apprend aux jeunes enfants la lecture et l'écriture.

Particularités sur les works-houses (1). — Les hommes reçus dans ces établissements sont employés : 1° au balayage des rues; 2° au battage des tapis qui appartiennent à des personnes étrangères, qui pour ce travail payent une somme déterminée; 3° d'autres s'occupent du soin et des réparations à faire dans l'hôpital.

Les femmes reçues dans ces hospices s'occupent d'ouvrages pour les particuliers, qui payent ces travaux à l'administration de l'hôpital; d'autres apprennent le service et sont placées par l'administration comme domestiques : mais, en général, on a remarqué que leur service était difficile à cause de leur caractère et de leurs mœurs.

Les jeunes filles qui ont eu des enfants sont accueillies, et, lorsqu'elles ont conservé leur lait, elles sont placées comme nourrices.

ENFANTS TROUVÉS.

Christ hospital. — Cette maison est destinée à recevoir les orphelins des deux sexes. Henri VIII donna cet hôpital à la cité et Edouard VI le dota de terres et de rentes.

En 1552, il contenait 340 orphelins. Charles II le renta pendant quatre ans de 1,000 livres sterling pour l'école de quarante garçons dans le but d'en faire des mathématiciens pour la marine anglaise.

L'école mathématique reçut plus tard 80 élèves. On y fonda aussi des classes de grammaire, de langue et de dessin.

(1) Le nom de Bethléem lui vient de ce que les frères et sœurs qui faisaient partie de la congrégation fondée par Simon Fitz-Roi portaient sur leur vêtement une étoile en commémoration de celle qui avait dirigé les mages vers Bethléem.

(1) Nous avons dit qu'il y a à Londres presque autant de works-houses qu'il y a de paroisses; nous ne nous étendrons pas davantage sur ces établissements, les règlements et les occupations étant en général les mêmes.

seulement n'a pas trouvé de magnésie à Sassenage, à Vaulnayes, localités qui avaient été désignées plus particulièrement, mais qui en a signalé, au contraire, dans les eaux des fontaines de la ville de Grenoble, où il n'y a ni goîtreux ni crétins.

M. Grange, qui est de Grenoble et qui a été l'élève de M. Billerey, a emprunté cette théorie à ce savant praticien, qui en a souvent parlé dans ses cours à l'Ecole de médecine et à sa clinique.

Dans sa lettre, M. Grange ajoute encore : « Que le goître et le crétinisme sont endémiques sur les terrains magnésiens ; que l'on trouve d'abord quelques goîtreux sur la mollasse marine; que cette affection augmente sur le lias; qu'elle est générale sur les terrains des trias marnes irisées, Muschelkalk, Zechstein ; qu'elle diminue sur les terrains houillers et disparaît très généralement sur les formations granitoïdes ; que son intensité maximum s'observe toujours au dessous des grandes formations dolomitiques, etc.

La position des différents terrains des Alpes explique la distribution du goître et du crétinisme dans les vallées influencées plutôt sur cette formation que sur telle autre. Tous les observateurs qui ont parcouru les Alpes savent très bien que dans les vallées ouvertes, à l'entrée comme à la terminaison des grandes vallées profondes, sinueuses, qui descendent à la chaîne principale, on rencontre d'abord uniquement des goîtreux, puisque à mesure que l'on s'approche de la partie moyenne les cas de crétinisme deviennent de plus en plus fréquents, et qu'au centre de ces vallées on trouve les véritables foyers du goître et du crétinisme. Ainsi la mollasse marine se trouve près d'Aix, en Savoie, où elle constitue de petites collines légèrement ondulées; ce n'est pas sur les terrains du trias, qui est très rare dans les Alpes de la Savoie et du Dauphiné, si toutefois il y existe, ce qui n'a pas encore été signalé, que l'on trouve le plus grand nombre de goîtreux et de crétins. C'est sur les formations du lias, si bien décrites par M. Elie de Beaumont dans la Savoie, dans la Tarentaise, dans tout le groupe du Mont-Blanc, dans la vallée d'Aoste, et dans la chaîne qui s'étend depuis Villeneuve à l'extrémité du lac de Genève jusque dans la vallée du Rhône que l'on trouve le plus de goîtreux et de crétins. Il en est de même dans la vallée de l'Isère qui s'étend depuis Albert, ville en Savoie, jusqu'à Grenoble.

Toutes ces vallées si profondes, si tortueuses, si étroites, si humides, si pauvres de toute la Savoie, celles du canton d'Allevard, du Graisivaudan, sont entièrement creusées dans le lias, qui y a pris un développement gigantesque, et c'est là que l'on observe les véritables foyers du goître et du crétinisme dans les parties moyennes de ces vallées.

M. Elie de Beaumont a bien signalé dans ces terrains du lias, au milieu de ses roches stucteuses des amas de gypses encaissés dans des dolomies ; mais ces calcaires dolomitiques ne sont pas d'une grande puissance, et l'on doit plutôt les considérer comme formant des taches irrégulières, comme l'a si bien dit M. Gras, ingénieur en chef des mines, allongées suivant la direction des couches, et présentant dans ce sens des indices de stratification. Ces calcaires dolomitiques, ces amas de gypse, n'appartiennent pas au trias, mais sont considérés par tous les géologues comme des roches métamorphiques. Les émanations qui ont opéré le métamorphisme des couches du lias contenaient, outre le soufre, de la magnésie, qui a été introduite dans le calcaire, de manière à former une combinaison intime avec ces éléments.

Dans mon travail sur le crétinisme, j'indique que dans les Alpes on voit indéfiniment au-dessus et au-dessous de ces amas de gypse et de dolomie des cas nombreux de goître lorsque ces roches se trouvent dans la partie moyenne des vallées profondes; mais que si ces dolomies se trouvent dans la partie supérieure, où l'on ne rencontre généralement que quelques cas isolés de goître, on rencontre des villages qui en sont complétement exempts. Ainsi dans la Tarentaise, Sainte-Foy, Mont-Valnisan, Tigne, villages situés sur des roches dolomiées, ne renferment ni goîtreux ni crétins, bien que les eaux qui servent de boissons aux populations contiennent de la magnésie.

Le sol sur lequel sont bâtis ces villages a été analysé par M. Gueymard, et je crois devoir donner ici le résultat de ses analyses.

Sol de Vaugelas et du fonds de France.

Argile.	28,3
Carbonate de magnésie. . .	4,2
Carbonate de chaux.	67,5
	100,0

Calcaires altérés où se trouvent les sources qui fournissent les eaux à ces villages.

	N° 1.	N° 2.
Argile.	13,3	8,6
Carbonate de magnésie.	20,3	26,1
Carbonate de chaux. . .	65,4	65,3
	99,0	100,0
Perte.	1	
	100,0	

Les eaux contiennent par litre 0,27 de sels de magnésie.

Tous ces faits prouvent à M. Grange que je trouve de la magnésie dans les Alpes, mais que je ne lui attribue pas l'importance que lui attachait autrefois M. Billerey et depuis lors M. Grange.

A la page 387 de mon travail, il verra que, si la magnésie avait la propriété de donner le goître, il devrait y avoir dans le département de Saône-et-Loire des cas nombreux de cette infirmité, puisque les eaux des fontaines de Mâcon contiennent 1 gramme 23 centigr. de magnésie par litre; que les eaux des villages de Saint-Sorlin, de Berzé, la ville de Berzé-le-Châlet, etc., situés à 15 kilomètres de cette ville, sont saturées de sels magnésiens; que les formations du trias y sont d'une grande puissance, et cependant on n'y trouve ni goîtreux ni crétins; qu'il en est de même pour toute la vallée de la Dheune près de Châlons-sur-Saône, dont le sol est dolomitique et dont les eaux contiennent aussi beaucoup de magnésie. M. Grange verra aussi à la page 421 qu'il y a dix ans il existait à Allevard des goîtreux et des crétins; or, à cette époque, de ce côté de la rue les maisons étaient enterrées et en partie construites sur un ruisseau qui les traversait en dessous. On n'arrivait dans ces habitations que par des allées humides, sombres, où le soleil ne pénétrait jamais. Au côté opposé, dont les maisons étaient saines, mieux bâties, mieux aérées et qui recevaient les rayons du soleil levant, on ne rencontrait ni goîtreux ni crétins : les habitants de cette rangée de maisons formaient un contraste frappant par leur air de santé avec les êtres chétifs, étiolés, goîtreux, qui vivaient au milieu des émanations humides et pestilentielles du ruisseau servant à l'écoulement des marais de Saint-Pierre et de l'atmosphère fétide de leurs tanneries. Depuis la création de l'établissement sulfureux d'Allevard, cet état d'insalubrité a disparu; tout le côté de la rue où vivait une population goîtreuse et crétine a été démoli et reconstruit en suivant les lois d'une bonne hygiène. Depuis lors, il ne naît plus de goîtreux ni de crétins dans cette rue; et cependant depuis que les nouvelles maisons ont été réédifiées la population fait usage de l'eau d'une source amenée de fort loin, source qui est partagée entre l'établissement thermal et ce quartier, et qui est fortement saturée de magnésie.

Pendant trois années consécutives, moi et mes deux enfants n'avons jamais bu d'autre eau que celle provenant de cette source, et aucun de nous n'a la moindre apparence de goître. Il en est de même de mes domestiques.

RAPPORTS.

Eaux minérales de Sail.

M. Henry fait un rapport sur l'analyse des eaux minérales de l'établissement thermal de Sail-lès-Château-Morand (Loire). Ce rapport conclut à l'autorisation des sources. (Adopté.)

Appareils électro-magnétiques.

M. Soubeiran, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Bouvier, Poiseuille, Gaultier de Claubry, Gueneau de Mussy, Longet et du rapporteur, lit un rapport sur les appareils de MM. Pulvermacker, Breton frères et Duchenne. Ce rapport, fort étendu, se termine par les conclusions suivantes :

1° Les chaînes voltaïques de M. Pulvermacker donnent un courant pareil à celui des piles ordinaires. Elles sont applicables quand il s'agit de produire des effets calorifiques, depuis la simple rubéfaction jusqu'à la cautérisation de la peau. Elles sont propres encore à développer des phénomènes chimiques, tels que la coagulation du sang ou la modification de quelque sécrétion. Leur courant excite au plus haut degré la sensibilité de la rétine. Ce courant est moins convenable que les courants d'induction pour produire les phénomènes de contraction des muscles et de sensibilité, à cause des effets chimiques et calorifiques qui l'accompagnent.

Cet appareil, comme tous ceux du même genre, a l'inconvénient de fournir des courants dont la force diminue avec une grande rapidité; et à un moment donné, il est impossible à l'opérateur d'apprécier le degré d'énergie.

La commission, faute d'expérience, s'abstient de se prononcer sur les effets thérapeutiques de chaînes voltaïques qu'on laisserait séjourner sur quelque partie du corps.

2° L'appareil magnéto-électrique des frères Breton ne fournit qu'une seule espèce de courant; c'est un courant d'induction du premier ordre.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations, savoir : l'enroulement direct du fil inducteur sur l'aimant, ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction; et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant.

Les courants obtenus avec l'appareil des frères Breton sont nécessairement intermittents. On peut les avoir toujours dirigés dans le même sens, ou alternativement dirigés en sens contraire. Ces courants sont très propres à produire les phénomènes de contraction musculaire et de sensibilité; leur action chimique et calorifique est presque nulle; ils n'ont pas non plus la puissance d'excitabilité sur la peau qu'elle réserve aux courants d'induction de deuxième ordre. Leur action sur la rétine est très faible.

L'appareil des frères Breton aura à subir quelque modification qui permette d'accroître ou de diminuer dans une proportion plus régulière l'intensité des courants. Leurs inventeurs auront surtout à se préoccuper de la nécessité d'ajouter à leur appareil une disposition qui puisse éloigner à volonté le retour des intermittences.

3° L'appareil magnéto-électrique du docteur Duchenne, de Boulogne, fournit des courants induits de premier et de second ordre; il les donne, suivant le besoin, faibles ou énergiques. Par une disposition analogue à celle qui a été employée par les frères Breton, la distance entre l'aimant et le fer doux peut affaiblir assez l'appareil pour qu'il puisse être appliqué aux expériences les plus délicates. Dans la pratique médicale, M. Duchenne se borne à l'emploi d'un régulateur formé par un cylindre de cuivre qui règle la force des courants suivant un rapport qui reste constant.

L'appareil magnéto-électrique de M. Duchenne est dépourvu des propriétés qui appartiennent au courant de la pile; mais il possède deux courants d'induction, lesquels ont tous les caractères que nous avons signalés déjà; de plus on peut, à l'aide du courant de second ordre, exciter vivement la sensibilité cutanée et même agir efficacement sur la rétine.

4° L'appareil volta-électrique de M. Duchenne possède presque tous les avantages de l'appareil précédent. Il est muni également des moyens de mesurer avec précision les courants et les intermittences. Il a ceci de particulier, que le courant du second ordre n'exerce sur la rétine qu'une action plus faible encore que celle du courant correspondant de l'appareil magnéto-électrique.

L'emploi d'une pile est un inconvénient; il est compensé par la propriété toute particulière qui en résulte pour cet appareil, savoir: de donner des intermittences très rapides, seules capables d'agir très vivement sur la sensibilité, et de déterminer des contractions dans les muscles les plus résistants.

5° Les observations intéressantes faites par M. Duchenne, et qui lui ont fait reconnaître certaines propriétés distinctives des divers courants, sont pleines d'intérêt et constituent un progrès important dans l'application de l'électricité au traitement des maladies.

Ces observations, en lui faisant apprécier plus sûrement les conditions que doivent remplir les appareils électriques destinés à l'usage médical, lui ont permis d'obtenir des appareils plus parfaits et de porter sur ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour un jugement que l'étude attentive de votre commission a confirmé sur tous les points.

6° La commission propose à l'Académie de faire adresser des remerciments à M. Pulvermacker, à MM. Breton frères et à M. le docteur Duchenne, pour leurs intéressantes communications.

M. Bouvier. Je pense, tout en approuvant le rapport si bien fait de M. Soubeiran, qu'il n'a pas envisagé l'appareil de M. Pulvermacker tout à fait à son véritable point de vue. Cet appareil n'a sans doute pas la précision des autres, et peut être moins avantageux pour les expériences délicates de physiologie; mais il leur est de beaucoup supérieur en ce qu'il est portatif, d'une application facile et d'un prix qui le met à la portée de tous les praticiens. Or, en médecine pratique, un moyen n'est vraiment bon qu'à la condition de pouvoir devenir d'un usage vulgaire.

M. Bouchardat. La description si exacte que M. le rapporteur a faite des divers appareils offre un vif intérêt; mais il y a quelque chose de bien plus intéressant encore, ce sont les actes physiologiques nouveaux, les propriétés électro-magnétiques nouvelles que les expériences récentes ont mis en lumière. Je crois qu'il aurait été bien préférable de scinder ces deux ordres de matières et de présenter un rapport sur chacune d'elles.

Le nombre des orphelins fut porté à 1,000. Une partie des enfants est envoyée à Herfort et à Ware.

Un asile en faveur des filles fut fondé dans un local attenant, en 1758, par souscription. On y reçoit des enfants du sexe féminin, mais elles ne doivent avoir que douze ans.

Foundlin hospital. — Sous le règne de la reine Anne quelques personnes eurent l'idée de fonder un hôpital pour y recueillir les enfants abandonnés; n'ayant pu mettre à exécution leurs idées, elles firent des donations qui devaient être appliquées à ce seul emploi. Vers 1739, Thompson Coram, commandant de navire marchand, qui depuis longtemps sollicitait l'ouverture d'un pareil établissement, put installer cet hôpital sous le patronage du duc de Bedfort.

En 1745, on y fit entrer quelques enfants; en 1747, on construisit à l'aide de souscriptions une chapelle. Depuis cet établissement s'est accru, et on y reçoit les enfants au-dessous de deux mois lorsqu'ils n'ont pas de maladies contagieuses; mais la mère, pour faire recevoir son enfant, doit se présenter avant d'être accouchée et faire une déclaration.

La nourriture donnée aux enfants est saine; deux administrateurs assistent au dîner et goûtent les mets.

On peut, au moyen de certaines précautions, retirer de Foundlin hospital les enfants qui y ont été placés, mais jusqu'à vingt-quatre ans pour les garçons et vingt et un ans pour les filles; à cette époque, ils sont déclarés majeurs; ils sont libres alors de s'occuper de leur position. Les filles, lorsqu'elles se marient, reçoivent un trousseau et 10 liv. sterl. (250 fr.).

Hogart, Haymann, Wigmor, Wilton ont doté cet hôpital de tableaux remarquables; Hændel, le musicien, y fit placer des orgues, sur lesquels il exécuta ses plus beaux morceaux.

Cet hôpital ne peut recevoir que 500 enfants.

MODE SUIVI POUR LA RÉCEPTION DES MALADES.

Il faut, pour être admis dans les hôpitaux anglais, souscrire à des conditions tout à fait inconnues en France.

Dans les hôpitaux rentés, un parent ou un ami du malade doit prendre à l'hôpital une lettre de supplique tout imprimée qu'il remplit, et dans laquelle il recommande humblement le malade à la bienveillance et à l'humanité des gouverneurs de l'hôpital; il s'engage, par cette lettre, à remplir diverses conditions que nous indiquerons plus tard.

La signature du médecin qui fait la consultation suffit ensuite pour faire placer le malade dans telle ou telle salle qu'il indique sur la lettre, ou bien à lui faire donner les médicaments à la pharmacie de l'hôpital.

Dans les hôpitaux par souscription, les souscripteurs et les administrateurs adressent le malade avec une lettre de recommandation le jour d'assemblée hebdomadaire, et, après visite du médecin, le malade reçoit une feuille d'admission ou une carte de malade externe, carte au moyen de laquelle il reçoit les médicaments nécessaires à son traitement.

Les souscripteurs et les gouverneurs ont droit à faire admettre un plus ou moins grand nombre de malades, selon le chiffre de leurs souscriptions.

Dans les work-houses, les malades sont reçus à la consultation en justifiant qu'ils habitent la paroisse, ou bien encore ils sont admis par ordre d'un chef de police.

OBLIGATIONS DES MALADES.

Dans les hôpitaux rentés, le parent ou l'ami du malade dépose, en le faisant entrer, une certaine somme pour le faire ensevelir, s'il vient à décéder (1).

Dans les hôpitaux par souscription, outre cette condition, il y en a d'autres. Le malade doit se fournir de linge, de sucre et de bière; mais relativement à la condition de sépulture, le souscripteur qui a adressé un malade, par ce seul acte, doit faire enterrer à ses frais les individus qu'il a envoyés à l'hôpital.

Dans les works-houses, les malades n'ont d'autres obligations que celle de travailler dans l'hôpital quand ils en ont encore la force (1).

RÉFORMES A ÉTABLIR DANS LES HOPITAUX ANGLAIS.

Dans presque tous les hôpitaux anglais, excepté dans les works-houses, les malades conservent leurs vêtements, ce qui est, selon nous, une cause grave d'insalubrité. Cette manière de faire n'est pas en harmonie avec l'aération pratiquée dans les salles, aération qui a beaucoup d'avantages sur les modes mis en pratique dans nos hôpitaux.

Malades internes et malades externes. — On entend par malade *interne* celui qui est traité à l'hôpital, et, par malade *externe*, celui qui, après avoir apporté une lettre de supplique, n'est pas jugé assez malade pour entrer dans l'établissement, quoiqu'il ait besoin des conseils des praticiens et des médicaments nécessaires à la guérison.

Les médicaments sont donnés aux malades externes pendant tout le cours de la maladie, et on ne refuse pas à ces malades les médicaments actifs, comme on le fait dans quelques pays dans le but de faire des économies, économies mal entendues, car il s'agit de guérir le malade et non de savoir si on le guérira à *bon marché*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Nous pensons que les diverses administrations des hôpitaux devraient faire cesser ce mode de faire, qui affecte douloureusement les malades forcés d'entrer dans l'hôpital.

(1) On y reçoit de préférence les paroissiens qui ont payé à l'église et à l'Etat des taxes pendant un certain laps de temps.

AVIS AUX ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres poste joints à la lettre de demande.

LECTURES.

Articulations du bassin.

M. Lenoir, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire sur les articulations des os du bassin entre eux. M. Lenoir cherche à démontrer que ces articulations, contrairement à l'opinion générale reçue, sont des arthrodies, et non des amphiarthroses. Il pense que l'écartement de ces articulations, qui s'observe dans certaines circonstances, et qu'on s'explique mal généralement, est dû à un épanchement de sérosité dans la synoviale, et s'exprime ainsi à ce sujet :

Oui, c'est bien ainsi que se produit le relâchement des articulations du bassin dans la grande majorité des cas où il se présente, c'est-à-dire quand il n'existe qu'à un faible degré; alors il n'y a pas écartement des os qui forment ces articulations; seulement cet écartement est possible, et il a lieu dans de certaines limites, quand la tête de l'enfant, ou toute autre cause, vient à agir excentriquement sur le canal pelvien. Mais quand le relâchement existe à un plus haut degré, et qu'il se complique de l'écartement permanent des os dans les points par lesquels ils se touchent dans l'état normal, alors il faut, pour expliquer ce nouvel état, faire intervenir autre chose que cette infiltration séreuse des ligaments. On ne peut pas admettre que ce soient les cartilages de ces articulations qui, en se gonflant, agissent à la manière des coins de bois que l'on place dans les fentes des rochers pour les faire éclater. Baudelocque, qui, nous l'avons dit plus haut, a reconnu un des premiers que l'articulation des pubis était une arthrodie, nie avec F. Meckel que ces cartilages présentent plus d'épaisseur pendant la grossesse, et il réfute la théorie de Louis en disant que la structure des symphyses du bassin, mieux connue aujourd'hui, n'admet plus ces comparaisons ingénieuses.

Quelle est donc, en définitive, la cause de cet écartement des os du bassin ? La nature arthrodiale, que nous avons été amené par nos recherches à reconnaître aux articulations de cette cavité, nous porte à penser que, sous l'influence de l'état fluxionnaire propre à la grossesse, il se forme lentement dans les cavités synoviales de ces articulations une supersécrétion du liquide visqueux qui les lubréfie, et que c'est ce liquide accumulé entre les surfaces osseuses qui les désunit et les tient écartées. Nous ne voulons, pour preuve de l'existence de la synovie dans ces articulations, que le fait déjà cité de Morgagni. Toutefois, nous ne dissimulerons pas que ce fait est à peu près unique dans la science, et que peut-être il ne se rapporte pas assez clairement à l'hydropisie articulaire dont il s'agit ici; aussi aurions-nous désiré lui en joindre quelques autres plus complets et, partant, plus probants. Malheureusement les observations d'écartement des symphyses du bassin après l'accouchement sont rares, et nous sommes forcé de ne produire ici que comme vue de l'esprit une théorie qui ne s'appuie encore que sur l'analogie, mais qui plus tard, nous l'espérons du moins, sera confirmée par les faits.

Conclusions. — En résumé, dit M. Lenoir en terminant, nous nous sommes efforcé de démontrer dans ce travail :

1° Que les articulations propres du bassin de la femme adulte, qui de nos jours encore sont considérées par la majorité des anatomistes et des accoucheurs comme des *amphiarthroses*, doivent être rangées parmi les *arthrodies;*

2° Que l'analogie de composition et de structure nous porte à penser qu'il se fait quelquefois dans ces articulations des épanchements de synovie comme il s'en fait dans toute cavité tapissée par une membrane synoviale, et que c'est ce liquide qui en s'accumulant lentement produit l'écartement des os du bassin qu'on observe pendant la grossesse et après l'accouchement. (Commissaires : MM. Moreau, Villeneuve et Cazeaux.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de Biologie.

(Extrait des procès-verbaux.)

Du sillon dans la gale, et quelques observations sur le porrigo scutulata.

M. Piogey communique à la Société des observations qu'il a faites sur le sillon qu'on trouve dans la gale. Ce sillon, manifestation essentielle de la maladie, n'aurait pas, selon lui, été décrit avec soin par les pathologistes qui se sont occupés de cette affection. Dans le travail qu'il soumet à la Société, M. Piogey insiste en décrivant ce sillon sur les parties du corps où l'on en constate la présence, sur les différences qu'il présente quant au siége, sur le siége anatomique de ce sillon, sur le diagnostic de ce sillon dans l'espèce humaine, fait important pour comparer les accidents qu'il entraîne avec ceux de la syphilis (plaques muqueuses). M. Piogey insiste aussi sur la situation de l'acarus par rapport au sillon et par rapport à la vésicule, enfin sur la destruction de l'acarus.

M. Piogey montre, à l'appui de ses idées, trois malades atteints de gale. Chez eux le pénis est le siége d'une éruption papuleuse résultat du sillon. Deux acarus sont extraits d'une papule située sur le gland, et une autre d'une papule qui siége sur la face dorsale du pénis.

Le même observateur montre aussi un malade atteint depuis dix ans d'un porrigo scutulata. Le porrigo a envahi le cuir chevelu, l'épaule, le bras, le tronc, et enfin le membre abdominal gauche. On rencontre des favi à toutes les périodes d'évolution; il est impossible d'y reconnaître la présence d'une pustule.

Le favus le plus petit, celui qui est à peine visible à l'œil, est constitué par de la matière faveuse, et non par du pus; il peut être énucléé, et son examen au microscope montre qu'il est de la même nature que les plaques faveuses les plus larges.

Troisième examen d'un œil opéré de la cataracte par extraction quinze ans avant la mort du malade.

Un homme succomba dans le service de M. Rayer, dit M. Follin, le 12 septembre 1850, à une phthisie tuberculeuse; il portait à l'œil gauche une cataracte, et à l'œil droit il avait été opéré, il y a quinze ans, par M. Roux d'une affection analogue. Le procédé mis en usage avait été l'extraction, et l'on voyait encore sur la cornée de l'œil opéré une ligne cicatricielle blanchâtre, demi-circulaire, à convexité inférieure, d'un centimètre environ d'étendue. Cette cicatrice linéaire siégeait à une ligne de l'union de la sclérotique avec la cornée.

Les résultats de l'opération avaient été satisfaisants, et de l'œil opéré le malade pouvait facilement distinguer les objets et même lire. A l'œil gauche, la vision avait presque complétement disparu.

Ces détails, que j'avais recueillis de la bouche même du malade, m'engagèrent à examiner avec soin l'état anatomique de ses deux yeux. J'avais surtout le désir de constater la disposition de l'œil que M. Roux avait opéré par l'extraction.

Voici dans quel état je trouvai les parties :

La sclérotique, la choroïde, la rétine et le corps vitré sont à l'état normal.

La cornée présente seulement à son bord inférieur la ligne cicatricielle que j'ai déjà mentionnée.

La couleur de l'iris est grisâtre; sa face antérieure semble parcourue par un très grand nombre de stries grises posées sur un fond noir. Mais ce qu'il y a de plus remarquable dans la disposition de l'iris, c'est l'adhérence du segment inférieur de son bord pupillaire à la cicatrice de la cornée. Par suite de cette adhérence, la régularité de la pupille est détruite.

La place du cristallin est occupée par une lentille qui m'a paru formée par la capsule antérieure et la capsule postérieure du cristallin rapprochées l'une de l'autre. Cette lentille, d'un volume moindre qu'à l'état normal, est d'un blanc opaque à sa circonférence, et au centre elle est transparente dans une assez petite étendue. C'est par ce trou dépourvu d'opacité que la vision pouvait se faire distinctement.

Je poussai plus loin l'examen. En disséquant avec soin l'appareil cristallinien, je constatai facilement la présence :

1° De deux feuillets primitifs de la capsule, assez transparents lorsqu'on avait détaché les fragments d'une matière blanchâtre qui la doublait à l'intérieur.

2° Entre ces deux feuillets, dans la portion de la lentille qui avoisinait sa circonférence, j'ai dit qu'il existait une matière blanche et grumeleuse. Cette matière, examinée au microscope, contenait une masse amorphe, quelques globules arrondis, des plaques formées par une réunion de fibres parallèles du cristallin. Dans l'autre cristallin, le microscope montrait au milieu des fibres qu'on voit à l'état normal dans cet organe, des cristaux très manifestes et assez nombreux de cholestérine.

L'existence de produits cristallisés dans l'intérieur des cristallins cataractés est un fait qui n'a point été signalé par les anatomo-pathologistes. Un membre de cette Société, que la mort nous a malheureusement enlevé, M. le docteur Désir, avait déjà constaté, avec M. Rayer, l'existence de cristaux dans l'intérieur d'une cataracte, mais il n'avait point déterminé la nature de ces produits cristallisés. Dans le cas que j'ai pu observer, il est certain que j'avais sous les yeux des plaques de cholestérine.

Cette pièce est intéressante au point de vue de ce qu'on a nommé la reproduction du cristallin. On ne peut pas avancer ici qu'il y ait eu reproduction de cette lentille.

En effet, ce que nous avons trouvé entre les deux feuillets de la capsule, c'est un dépôt qu'on laisse constamment quand on extrait le cristallin. Tout le monde sait que les couches du cristallin sont d'inégale densité; les plus extérieures sont les plus molles; les plus internes ont, au contraire, une certaine dureté. Dans l'extraction du cristallin, en laissant la capsule en place, ces couches extérieures, molles, ne se détachent qu'en partie de la capsule; la portion qui reste adhère à la face interne des feuillets capsulaires, et, à la suite de la rétraction qu'ils éprouvent, il se forme un noyau d'une masse blanchâtre que, dans beaucoup de cas, on a pris pour une reproduction du cristallin.

Cette pièce est encore intéressante quand on considère l'adhérence du bord pupillaire de l'iris à la plaie de la cornée : cette tendance de l'iris à venir se placer entre les lèvres d'une plaie de la cornée fait que, dans le plus grand nombre des plaies pénétrantes de cet organe, l'adhérence se fait avec l'iris; mais, quoi qu'il en soit, cette adhérence, dans ce cas, ne nuisait en rien aux facultés visuelles. (*Gazette Méd.*)

NOUVELLES.

Le fait suivant, dont on trouve la relation dans le *Journal de l'Ain*, pourra augmenter la liste déjà bien longue des faits analogues et merveilleux, trop merveilleux peut-être, consignés dans les annales de la science. M. le professeur Bérard, dans ses leçons de physiologie, fait remarquer que la plupart de ces faits ont été observés sur des femmes; il aurait même pu dire sur de jeunes filles, et ajouter que c'est sur des jeunes filles aussi qu'on a vu des vomissements d'urine et d'autres phénomènes capables de renverser toute théorie physiologique.

« Il existe maintenant à Jujurieux une jeune fille sur laquelle on peut remarquer un singulier phénomène de physiologie. Il est constaté que depuis trois ans cette jeune fille ne prend aucune espèce de nourriture : elle ne mange rien, ne boit rien. Elle est excessivement faible, et comme paralysée des jambes et de la partie inférieure du corps; mais, à part cette débilité, elle se porte bien et ne ressent aucune souffrance.

» Sa maigreur est extrême, et l'on nous assure que ses intestins sont tellement desséchés que, lorsqu'elle fait un mouvement, on les entend remuer dans son ventre.

» Cette jeune fille reste constamment au lit. Nul besoin matériel ne se manifeste chez elle; seulement, elle urine un peu à des intervalles fort éloignés, trois ou quatre fois par an, par exemple.

» Quel problème à résoudre qu'une telle existence! Les hommes de l'art disent qu'il n'y a aucune raison pour que cet état cesse. La vie de cette jeune fille peut se prolonger ainsi au delà de toute limite raisonnable. »

— *Distribution des thèses.* — Malgré l'invitation d'élèves bien inspirés, et malgré notre recommandation, aucune mesure générale n'a été adoptée par les candidats pour la distribution de leurs thèses. Nous savons seulement que la plupart d'entre eux distribueront à leur domicile, le jour où ils seront argumentés, et à tous les élèves qui se présenteront, des cartes sur la présentation desquelles le libraire dépositaire délivrera *gratis* les thèses.

— Nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro le compte-rendu de l'Académie des Sciences, qui renferme une communication trop importante pour être analysée.

— *Société de Médecine de Caen. — Programme de prix.* — La Société de Médecine de Caen a eu l'avantage de provoquer la publication de plusieurs ouvrages d'un mérite éminent qui ont beaucoup contribué à fixer l'opinion du monde médical sur la doctrine dite physiologique, lorsqu'elle a proposé cette grande question pour sujet de prix en 1845. Ce prix fut partagé, *ex æquo*, par MM. Lepelletier (de la Sarthe), Saucerotte (de Lunéville) et Coste (de Bordeaux).

La même compagnie a cru que le temps est peut-être arrivé de tenter de reconstruire une doctrine générale en rapport avec les progrès de la science et les besoins de l'enseignement médical; elle propose donc à cet effet, comme conséquence et complément de son dernier concours, la question suivante :

« Peut-on, dans l'état actuel de la science, établir les bases d'une » doctrine ou d'un système général de pathologie qui paraisse le » plus convenable pour l'enseignement de la médecine et la pratique de l'art?

» Dans le cas de l'affirmative, établir cette doctrine sommairement, en la fondant sur les faits observés et sur ce qu'ont offert » d'incontestablement vrai les divers systèmes pathologiques qui » ont successivement prédominé dans la science médicale. »

Ce prix, qui consistera dans une médaille d'or de la valeur de 300 fr., sera décerné en 1852.

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés, francs de port, dans les formes ordinaires des concours académiques, à M. Etienne, secrétaire de la Société de Médecine de Caen, avant le 31 mars 1852.

— *Loi sur la répression des fraudes commises dans la vente des marchandises (spécialement dans les denrées alimentaires et dans les médicaments).* — Ainsi que nous l'avions prévu, la loi a été adoptée d'une manière définitive dans une troisième délibération, sans aucune modification importante.

— M. le docteur Demarquay commencera un cours de médecine opératoire, au pavillon n° 3 de l'Ecole pratique, le lundi 7 avril à 1 heure, et le continuera les jeudi, samedi et lundi de chaque semaine à la même heure.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 7 avril, par la chimie, la physique, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Il les continuera tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, celui de mathématiques à midi.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Edouard Robin déduira, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie à la toxicologie et à la thérapeutique. Il se propose de montrer que la toxicologie se prévoit quand on sait la chimie, et que la thérapeutique médicale n'est également qu'une branche des connaissances chimiques, où, en général, tout se rattache à quelques règles.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Nº 40. — SAMEDI 5 AVRIL 1851 (24e ANNÉE.) Nº 40. — SAMEDI 5 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Observation sur l'emploi des cataplasmes galvano-électriques de M. Récamier.

Les réflexions fort judicieuses qu'a faites M. Bouvier dans la séance de l'Académie de Médecine de mardi dernier sur les avantages des chaînes électriques de M. Bulvermaker au point de vue de la facilité de leur application donnent un intérêt nouveau aux faits suivants, dont nous devons la communication à la bienveillance de notre célèbre confrère M. le professeur Récamier.

On se rappelle que dans notre numéro du 4 janvier nous avons rendu compte d'une note adressée par ce célèbre praticien à l'Académie de Médecine, dans laquelle il décrivait un nouveau mode d'emploi de l'électricité en thérapeutique, mode d'emploi, disions-nous, aussi ingénieux que pratique. Il restait à décider si ce procédé aurait les mêmes avantages que les autres; voici des faits qui sont le commencement d'une solution favorable à cette question.

Disons d'abord que, depuis sa communication, M. Récamier a modifié son appareil. Au lieu de paillettes de zinc et cuivre, il a pris des rubans de chacun de ces métaux; il les a superposés en séparant chaque couple, zinc et cuivre, par une rondelle de laine, en sorte que l'appareil galvano-électrique actuel, sur la description duquel nous nous réservons de revenir, forme une véritable pile à colonnes malléable, portative, facilement applicable et d'une force *calculable*.

En attendant la brochure que prépare sur ce sujet le célèbre praticien, et qui sans doute résoudra définitivement l'important problème thérapeutique qu'il a posé, voici les faits auxquels nous avons fait allusion et qui constatent l'efficacité du nouveau procédé galvano-électrique.

Accès fébrile périodique.

Madame de L. S..., âgée de vingt-cinq ans, grande et svelte, à la suite d'une première ou d'une seconde couche était restée faible, avec un aspect anémique. Cependant, elle avait parfois de l'énergie pour soutenir la marche, lorsque je fus consulté.

Les phénomènes dominants étaient :

1° Une faiblesse remarquable qui obligeait la malade à rester dans une position horizontale une grande partie de la journée;

2° Un affaissement considérable et prolongé, après le repas du soir surtout, et malgré cet affaissement une insomnie opiniâtre;

3° Un paroxysme fébrile vers cinq heures de l'après-midi, durant trois à quatre heures, avec une chaleur brûlante, paroxysme augmenté par le sulfate de quinine. L'étude du régime : des promenades en voiture et des lavages généraux faits de haut en bas avec de l'eau à 20, 19, 18 et même 16 degrés Réaumur avaient déjà modifié avantageusement les phénomènes dont je viens de parler, lorsque les lavages cessèrent d'être suivis de mieux-être; du matin à jeun, ils furent transportés au soir avant le dernier repas, et leurs bénéfices recommencèrent. Nous en étions là, lorsque des vomissements vinrent annoncer quelque chose de nouveau dans la situation de la malade. Vérification faite, elle était devenue enceinte, et les phénomènes de la grossesse se combinaient avec les phénomènes morbides antérieurs. Plus tard, un refroidissement amena une complication grippale et une toux quinteuse qui se prolongeait des nuits entières. Cependant, les accidents de la grippe s'étaient civilisés, les vomissements de la grossesse diminuèrent, mais il restait le paroxysme fébrile de cinq heures, l'inappétence, le labeur des digestions, l'insomnie et la faiblesse. C'est dans cette situation que fut appliqué l'appareil électro-galvanique, un disque sur l'épigastre et l'autre dans le dos. Vers quatre heures de l'après-midi, à peine le paroxysme fut-il sensible; l'affaissement consécutif au repas, qui durait ordinairement plusieurs heures, ne se fit sentir qu'un quart d'heure, après quoi vint le calme et le bien-être, et pourtant la malade ne s'endormit qu'après minuit.

Le lendemain, même conduite. Cette fois l'accès a manqué tout à fait et la nuit a été parfaite.

Angina pectoris.

M. D... est âgé de cinquante-trois ans.

Il est fils d'un père doué d'une santé robuste et qui a maintenant près de quatre-vingt-huit ans, le fils d'une mère morte assez jeune d'une affection de poitrine.

Il est le père d'un jeune homme dont l'enfance a été strumeuse et maladive.

De tout temps, M. D... a eu la poitrine délicate; il s'enrhumait très facilement.

A l'âge de vingt-huit ans, une affection herpétique fit irruption à la peau.

Vingt ans après, c'est-à-dire à l'époque de quarante-huit ans, survinrent tous les symptômes d'un catarrhe vésical, et puis tous les signes d'un calcul; douleurs, tantôt impossibles, tantôt aussi faciles que dans l'état normal, rétentions momentanées, cédant toujours sans bougies, etc.; finalement, M. Heurteloup constata la présence d'une pierre assez volumineuse, et la broya par le lithotriteur.

Enfin, il y a deux ans environ que M. D. éprouva, pour la première fois, des douleurs sousternales; ces douleurs s'irradiant jusque dans les deux bras, revenant par crise, ont été en augmentant à chaque crise nouvelle, et elles sont arrivées au point d'amener des lypothimies et des suffocations. Ces accidents, dont le caractère *angineux* est incontestable, se réveillaient, se produisaient par toute espèce de fatigue physique, marche, ascension d'un escalier, etc.

L'aspect du malade, le 24 janvier 1851, est pâle-jaune, anémique; mais on n'entend au cœur aucun bruit anormal.

Il existait des alternatives de diarrhée et de constipation.

Remarques. — 1° Le calcul survenu au septième septénaire de la vie, de quarante-deux à quarante-neuf ans, et extirpé par M. Heurteloup, indique un principe constitutionnel désigné ordinairement sous le nom de *goutte mal placée*, principe arthritique, auquel il est permis de rattaher les attaques de rhumatismes éprouvées, voire même les dartres et la dureté de l'ouïe, qui ont été modifiés par les eaux de Plombières.

2° Les accidents thoraciques et les douleurs brachiales, compliquées de menaces lypothimiques appartiennent aux anomalies angineuses.

3° On n'a pas de raisons de supposer un vice spécifique.

Dans cet état de choses, une consultation eut lieu entre MM. Blache, Heurteloup et moi.

Voici quels furent les conseils donnés :

Conseils. — M. D. doit observer un régime et suivre scrupuleusement un traitement destiné à combattre les accidents nerveux qu'il éprouve. Dans ce cas il aura recours aux moyens suivants :

1° Eloignement attentif et le plus complet possible des causes qui précipitent l'action du cœur et accélèrent la respiration, comme la marche rapide, surtout en montant; les efforts pour soulever un fardeau, les émotions vives, les boissons spiritueuses et fermentées; le thé, le café; 2° éloignement des causes qui augmentent la quantité et le volume du sang, en élevant la chaleur du corps, comme les aliments trop riches en principes nutritifs, les viandes noires, les fécules, le pain en abondance, le sommeil trop prolongé, la constipation, l'exposition au soleil ardent, le séjour dans une chambre très chaude, l'usage des boissons prises à une température élevée, le mouvement rapide, etc.

Et, par suite de ces indications :

Essayer de faire journellement un exercice doux et modéré, à pied ou en voiture, ou même à cheval; chercher la distraction, éviter toute fatigue;

Vivre principalement de viandes blanches et rouges, rôties ou grillées, de légumes herbacés, de racines, de poisson frais, d'œufs à la coque, de fruits bien mûrs ou cuits; boire de l'eau pure aux repas; tenir le ventre libre;

Faire tous les jours, avant le dîner, pendant une minute à une minute et demie, des lavages sur tout le corps avec de l'eau à 22, 20, 18, 16, et même 14° Réaumur, s'il est possible, et graduellement;

Essayer les eaux minérales de Marienbad ou de Kissengen, à la dose d'un verre tous les matins;

Pour s'opposer à la constipation, prendre tous les soirs, en se mettant au lit, 2 centigrammes de poudre de racine de belladone dans une cuillerée d'eau sucrée froide, et boire tous les matins, à jeun, un verre d'eau fraîche non sucrée;

Lors des spasmes, s'arrêter immédiatement, et prendre, s'il est possible, une goutte d'essence de menthe anglaise sur un morceau de sucre, dans un peu d'eau fraîche;

Cependant les accidents ne diminuaient pas; ils résistèrent à la décoction de polygala, aux pilules de gomme ammoniaque et de savon amygdalin, enfin aux potions calmantes prescrites en février par M. le docteur Blache.

Le 13 mars, les accidents continuaient avec les formes lypothimiques, et accompagnées de douleurs sousternales, répondant non-seulement au bras gauche, mais aussi au bras droit.

L'insomnie persistait, l'affaiblissement augmentait. On fit sortir M. D. en voiture le vendredi 14 mars. Les accidents acquirent une telle intensité, que le malade se trouva bientôt dans un état lypothimique continuel, s'exaspérant au moindre mouvement de la voiture. On se procura de l'eau de menthe, et ce fut à grand'peine que l'on put ramener le malade chez lui. La nuit fut mauvaise, avec insomnie et constante menace de lypothimie.

Le samedi 15, au soir, on appliqua l'appareil galvano-électrique, un disque sur l'épigastre, le second disque, réuni au premier par le fil conducteur, fut appliqué entre les

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies du cuir chevelu, suivi de conseils hygiéniques sur les soins à donner à la chevelure; par M. le docteur A. CAZENAVE.

Précis de chimie industrielle; par M. PAYEN, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de la Société nationale et centrale d'agriculture, professeur an Conservatoire des Arts et Métiers, etc. — 2e édition, augmentée de plusieurs chapitres (1).

De toutes les affections médicales ou chirurgicales qui affligent l'humanité, il n'en est peut-être pas qui, par leur fréquence, en même temps que par leur opiniâtreté et la difficulté de leur guérison, méritent plus d'attirer l'attention des praticiens. Et parmi elles encore, les maladies qui ont pour siége le cuir chevelu ne sont ni les moins intéressantes, ni les moins dignes d'études. En effet, un des premiers effets de l'existence de ces maladies, c'est la chute des cheveux, l'un des ornements naturels les plus précieux chez l'homme comme chez la femme. Puis, par suite de nos habitudes sociales, la tête, toujours découverte, est un des endroits du corps où se fixent le plus volontiers et le plus aisément les yeux, celui dont les infirmités peuvent le moins se dissimuler.

Dans son *Traité des Maladies de la peau*, ce livre devenu classique, et dont le succès a déjà nécessité trois éditions, M. Cazenave n'avait pas négligé l'étude des affections du cuir chevelu; elles y sont traitées avec autant de soin que toutes les autres dermopathies, et l'on se demandera peut-être pourquoi ce nouveau traité spécial dans la spécialité dermatologique. Certes, à la rigueur, on eût pu s'en passer, et les descriptions, comme les préceptes thérapeutiques contenus dans l'ouvrage auquel nous faisons allusion, eussent pu sembler suffisants. Mais, dit M. Cazenave, longtemps encore il y aura beaucoup à faire dans le champ de la pathologie cutanée. Combien de formes n'ont pas encore été accusées d'une manière assez précise! Pour combien d'éruptions ne retrouve-t-on pas l'influence funeste du préjugé et de la routine! Combien d'affections présentent entre elles des points spécieux de rapprochement, qui cependant doivent être soigneusement séparées! Que de fois il y a confusion dans les limites, incertitude dans les détails! A côté des questions de forme, combien de difficultés dans les questions de siége et de nature! Et si l'on envisage ces maladies au point de vue de la pratique, quels embarras ne menacent pas le médecin, alors qu'il s'agit de contagion, de répercussion, d'affections qu'il faut respecter, d'éruptions qu'il faut se hâter de guérir! etc.

Ces réflexions sont surtout applicables à ces maladies, si curieuses à tant de titres, qui affectent le cuir chevelu. Pour la plupart sans doute elles sont aujourd'hui parfaitement connues, quant à leur expression physionomique; mais de la communauté de siége naissent certaines analogies apparentes qui ne contribuent pas peu à entretenir et à perpétuer une confusion que tous les efforts de nos maîtres n'ont pu faire cesser complétement. On ne sait pas encore assez positivement ce que c'est que la teigne, si c'est une affection à part qu'il faille définitivement conserver. On n'a pas encore nettement mesuré la distance énorme qui sépare de cette maladie les éruptions que l'on a confondues sous le nom de fausses teignes.

C'est pour faire cesser ces incertitudes, pour combler ces lacunes, que M. Cazenave a entrepris l'ouvrage à l'occasion duquel nous publions cet article. Plus que tout autre, il convenait à cette tâche; praticien consommé, chargé depuis longues années d'un service spécial à l'hôpital Saint-Louis, où depuis plus de quinze ans il professe publiquement la clinique au milieu d'un nombreux concours d'auditeurs toujours renouvelés, il avait, et dans son service d'hôpital et dans son immense clientèle, plus d'occasions que qui que ce fût d'observer les maladies du cuir chevelu, sous toutes leurs faces, dans toutes leurs variétés, au point de vue de tous les traitements divers qu'on leur a opposés.

Cette œuvre, M. Cazenave, pas n'est besoin de le dire, l'a menée à bonne fin. Un beau volume, orné de planches gravées et coloriées avec le plus grand soin, renferme l'histoire aussi complète qu'il est possible de la faire aujourd'hui des maladies du cuir chevelu. Donnons une idée du livre, de son plan et des développements étendus dans lesquels est entré l'auteur à propos des plus importantes de ces affections.

Un coup d'œil historique sur la chevelure sert d'introduction. Dans ce court exposé, M. Cazenave trace l'histoire de la chevelure chez les peuples anciens, et présente sur ce sujet, qu'il étudie avec les poètes et les historiens des premiers âges, les considérations les plus curieuses. Ceci le conduit tout naturellement à des recherches anatomiques et physiologiques sur les cheveux, qui, pour lui, comme pour la plupart des anatomistes modernes, ne sont autre chose qu'une matière inerte, inorganique, analogue à l'épiderme et aux ongles. Nous passons rapidement sur ces préliminaires, dont nous recommandons la lecture à ceux qui parcourront ce compte-rendu, pour arriver à la partie vraiment pratique du livre.

Nous y trouvons quatre sections principales.

La première comprend les éruptions, qui sont elles-mêmes divisées en deux chapitres : le premier, consacré aux éruptions non contagieuses, les achores, nom sous lequel les anciens comprenaient essentiellement les ulcérations sécrétantes siégeant à la tête, l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis et le pityriasis; le second, aux éruptions contagieuses. Ici nous trouvons le *favus*, la clef de voûte de tous les travaux relatifs aux affections du cuir chevelu; l'*herpès tonsurant*, cette éruption bizarre qui depuis peu de temps, du

(1) Chez L. Hachette et Cie, rue Pierre-Sarrazin, nº 14.

deux épaules. Le malade était effrayé au dernier point de ce moyen. Bientôt le calme et le mieux-être s'établirent, et il eut sept heures de sommeil.

La journée du dimanche fut excellente; les repas furent bien digérés, sans dyspnées et sans menaces d'accidents angineux.

Le dimanche 16, au soir, on renouvela l'application de l'appareil, et il y eut onze heures de sommeil suivi d'une bonne journée.

Le lundi, même conduite, mêmes résultats.

Le mardi, état parfait. Je le vois en consultation avec M. Blache et M. Nathalis Guillot. Les mouvements et les digestions étaient devenus sans inconvénients.

On convint de continuer le moyen qui avait si bien réussi.

RÉCAMIER.

P. S. — L'*angina pectoris* a repris un peu d'intensité après cinq jours de suspension due à l'application des *topiques galvaniques*. Le même moyen n'ayant plus autant d'efficacité, on a jugé nécessaire de recourir à des vésicatoires, avec l'intention de revenir au galvanisme quelques jours après. On comprend que, dans une maladie aussi tenace que l'*angine de poitrine*, on ne pouvait espérer avoir arrêté le mal sans retour; mais n'est-ce pas déjà un précieux encouragement que les modifications obtenues pendant cinq jours?

Sur un nouveau cas de développement de gaz dans le foie.

Un jeune médecin qui était, il y a quelques mois encore, un de nos internes les plus distingués, M. le docteur Notta, de Lisieux, nous adresse l'observation suivante, qu'on rapprochera avec intérêt de celle qui a été recueillie dans le service de M. le professeur Piorry.

« L'observation ayant pour titre: *Foie contenant une grande quantité d'air, observé chez un variolé*, etc., que vous avez publiée dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 27 février dernier, m'a rappelé un fait tout à fait semblable que j'ai observé en 1848, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Nélaton. Voici les notes que j'ai recueillies à cette époque.

» Un jeune homme de dix-huit ans était à l'hôpital depuis un mois pour une dénudation considérable du tibia par un coup de pied de cheval, lorsqu'il fut pris d'accidents d'infection purulente bien caractérisés. Il n'accusa aucune douleur du côté du foie. La veille de sa mort, la peau et les conjonctives prirent une teinte ictérique, et il mourut sept jours après le début des symptômes de l'infection purulente.

» L'autopsie est faite quarante heures après la mort, par une température froide. La roideur cadavérique est très prononcée. Aucune apparence de décomposition putride. L'articulation du genou gauche est pleine de pus. Les poumons offrent plusieurs abcès métastatiques à divers degrés de développement. Le cœur est flasque, rempli de caillots mous, noirâtres. Le gros intestin est normal. L'intestin grêle présente çà et là quelques plaques rouges et des arborisations. Le foie est volumineux: coupé par tranches minces, on n'y découvre pas la moindre trace d'abcès métastatiques. A sa partie supérieure, le scalpel, en pénétrant dans son tissu, fait entendre comme une sorte de crépitation, et sur la coupe on aperçoit de petites cellules de 1 à 3 millimètres de diamètre, juxta-posées, de forme polyédrique. Ces cellules sont vides; leur surface interne est parfaitement lisse, formée par la substance du foie, sans changement de coloration, sans injection. Ces cellules sont agglomérées, et forment des groupes de 1 à 5 centimètres de diamètre, isolés au milieu de la substance saine du foie. Çà et là se remarquent quelques cellules isolées; en les examinant avec soin, il est facile de voir qu'elles ne communiquent pas avec les vaisseaux. Lorsqu'on comprime entre les doigts une portion du foie présentant cette altération, on entend une crépitation très distincte produite par le gaz qui s'échappe des cellules. La coloration du foie est normale et uniforme dans toutes ses parties. On n'y trouve pas de teinte verdâtre ni ecchymotique; seulement, au niveau de l'altération décrite, la substance du foie se laisse pénétrer par le doigt plus facilement que dans les autres parties. Il n'y avait pas de traces d'emphysème dans les autres organes.

» Ici, comme dans l'observation rapportée par M. Hutin, on éprouve un grand embarras pour donner une explication un peu satisfaisante de cette altération. On ne peut évidemment l'attribuer à la putréfaction, puisque le sujet n'en présentait aucune trace. Du reste, ce n'est qu'à un degré avancé qu'elle s'accompagne d'un dégagement de gaz. On ne saurait donc se méprendre sur cette cause, si elle existait.

» D'un autre côté, pour expliquer cette lésion, pourrait-on invoquer la présence d'un ferment qui aurait amené la décomposition du glucose, et par suite un dégagement d'acide carbonique? Or, remarquons que si les choses se fussent ainsi passées, cette sorte de fermentation se serait effectuée dans les vaisseaux eux-mêmes, et le gaz eût amené leur rupture, ou du moins les eût fortement distendus, tandis que, dans notre observation, les parois des cellules étaient lisses, et on ne voyait l'orifice d'aucun vaisseau s'ouvrir à leur surface. Cette explication est donc loin d'être satisfaisante. D'ailleurs, il eût fallu s'assurer que le foie ne contenait plus de sucre, et que le gaz contenu dans les cellules était de l'acide carbonique, ce qui n'a pas été fait. Bornons-nous donc à constater et à décrire cette lésion, qui, jusqu'à ce jour, a passé inaperçue, en attendant que de nouveaux faits viennent nous donner la raison d'être de cette altération. »

Nous nous associons complétement aux réflexions de notre honorable correspondant; et ces réflexions nous semblent d'autant plus judicieuses, que le foie n'est pas le seul organe où des développements gazeux aient été observés, et qu'ailleurs comme dans le foie, la cause et la nature de ces gaz sont encore à déterminer. Nous avons nous-même publié une observation de développement spontané de gaz, à laquelle les observations de MM. Notta et Hutin nous semblent donner un nouvel intérêt; en voici un extrait.

Il s'agit d'une femme ayant succombé à une tuberculisation pulmonaire ramollie. Un épanchement de gaz dans le péricarde est ainsi constaté:

« Après l'ouverture de l'abdomen, une ponction pratiquée » au diaphragme donne issue à un courant de gaz qui souffle » assez fortement une bougie placée dans sa direction; on » dissèque avec soin le péricarde, et en le pressant on fait » sortir de nouveau du gaz par l'ouverture indiquée. Après » l'avoir incisé, on acquiert la certitude que le scalpel avait » pénétré dans la cavité péricardique *sans intéresser aucun* » *autre organe que le diaphragme*. On trouve dans cette » cavité environ 4 onces de sérosité verdâtre et très *limpide;* » le péricarde viscéral et pariétal est *parfaitement lisse,* » *transparent, sans aucune couche albumineuse; il est par-* » *faitement intact, et n'offre aucune communication avec la* » *plèvre ou le poumon*. Le cœur, de volume normal, n'offre » aucune altération de ses orifices; son tissu est d'une cou- » leur un peu feuille-morte, mais bien résistant; il contient » des caillots de sang en grande partie noir, mais en partie » aussi fibrineux. » (H. de Castelnau, *Recherches sur la cause physique du tintement métallique*, in *Arch. gén. de Méd.*, t. XII, 3e série, p. 246.)

Lorsque cette observation fut publiée, le but principal auquel elle était destinée était de démontrer que le tintement métallique pouvait se produire sans l'intervention de liquide dans une caverne pulmonaire. Pour cette raison, nous n'insistâmes point alors sur la présence du gaz dans le péricarde; cependant nous eûmes soin d'appeler en ces quelques mots l'attention des observateurs sur ce fait curieux:

» Qu'il me soit permis d'appeler un instant l'attention sur » la présence du gaz qui se trouvait dans le péricarde. Ce » gaz, sur la présence duquel il ne peut pas y avoir de doute, » était-il le résultat d'une exhalation cadavérique, ou bien » existait-il pendant la vie? Est-ce à lui qu'il faut attribuer » la légère saillie du mamelon gauche? C'est ce qu'il est fort » difficile de décider. L'exploration de la région précordiale » n'a pas été faite le jour de la mort; et d'ailleurs, son dé- » veloppement serait aussi difficile à expliquer après que » pendant la vie, si l'on songe que l'autopsie a été faite quinze » heures après la mort, lorsqu'il n'existait encore aucune » trace de putréfaction. On a cru d'abord qu'il y avait quel- » que communication entre le péricarde et les bronches; » mais l'intégrité de la séreuse a été parfaitement constatée. » (Mémoire cité, page 251.)

Depuis le moment où ce fait a été publié, quelques autres plus ou moins analogues se sont produits dans la science; et parmi les plus curieux, sans aucun doute, se trouvent ceux de développements gazeux dans les cavités du cœur, chez quelques-uns des individus qui ont succombé à l'intoxication par le chloroforme. Dans les cas de ce genre, l'espèce de mousse trouvée dans le cœur semblait bien indiquer que le développement avait eu lieu pendant la vie; et c'est en cela surtout que ces faits sont curieux, et peuvent servir peut-être à expliquer les cas comme ceux de MM. Notta et Hutin, ou analogues au nôtre. On a cherché, à l'époque de la grande discussion sur le chloroforme, à expliquer la présence du gaz dans le cœur par l'introduction de ce gaz dans les veines pulmonaires; mais c'est là une improbabilité tellement grande, qu'elle touche à l'absurdité; d'autant plus que le gaz a été trouvé dans le ventricule droit, et que, pour admettre la pénétration (déjà à peu près impossible) par les veines pulmonaires, il faudrait admettre aussi que l'air a parcouru tout le circuit vasculaire sanguin, après avoir pénétré dans l'oreillette et dans le ventricule gauches!

Il est très probable que tous ces développements de gaz ont des causes analogues, sinon identiques, et qu'en observant attentivement les circonstances qui les accompagnent, en les soumettant eux-mêmes à l'analyse, on finira par découvrir ces causes. Il est probable aussi que l'on pourra découvrir ainsi le rôle qu'ils jouent dans l'état pathologique, et c'est là un point pratique qui peut être important, et qui, pour le moment, n'est pas moins obscur que tous les autres.

H. de Castelnau.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les modifications imprimées à la température animale

par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques;

Par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Nous publions aujourd'hui les résultats d'expériences commencées depuis près de trois ans. Dans ce travail, nous nous sommes proposé de déterminer l'influence que la plupart des médicaments actifs exercent sur la température animale, quand ils sont donnés à certaines doses successivement croissantes.

Toutes ces expériences ont été faites au Jardin-des-Plantes, dans le laboratoire de M. Flourens. Les animaux sur lesquels nous avons agi sont des chiens adultes. Autant que possible, ils ont été privés d'aliments depuis la veille au soir du jour où ils devaient être soumis à l'expérimentation. La durée de celle-ci, ou plutôt le temps pendant lequel les animaux ont été examinés, autant que cela nous a paru nécessaire, a varié de six à douze heures.

Les médicaments ont été introduits par trois voies différentes; tantôt, et c'est le plus souvent, par l'estomac; tantôt par les veines; tantôt enfin par le tissu cellulaire. Avant de tenter toute expérimentation, nous nous étions assurés que la ligature de l'œsophage, destinée à empêcher les vomissements, ne faisait point varier la température de l'animal pendant une période d'un certain nombre d'heures, temps égal à celui de la durée de l'expérience.

Nous avons pris toutes nos températures avec des thermomètres centésimaux bien gradués, et pouvant, en cas d'accidents, être remplacés l'un par l'autre. Toutes les températures ont été prises dans le rectum, le thermomètre étant toujours introduit à la même profondeur. L'instrument était laissé en place jusqu'au moment où il restait fixé au même point pendant cinq minutes au moins.

En s'entourant de toutes ces précautions, et en répétant, dans quelques cas, nos expériences jusqu'à dix ou onze fois avec la même substance, nous avons pu nous convaincre à plusieurs reprises que l'action d'un médicament donné, soit

---

moins en France, a fixé l'attention des praticiens et dont, un des premiers, M. Cazenave a fait connaître avec détail les caractères particuliers; le *porrigo decalvans*, à propos duquel des idées inexactes étaient nées de l'emploi de dénominations indécises et mal appliquées, et auquel il importait de rendre ses signes vrais et la position qui lui appartient au milieu des affections du cuir chevelu.

Si, par un caractère important, la contagion, les éruptions, qui font le sujet du second chapitre de la première section, méritent d'être rapprochées, il importe beaucoup de les séparer avec d'autant plus de soin que, par le fait même de la contagion, par une ressemblance d'aspect, au moins pour deux formes particulières, par l'obscurité que jette encore sur leur histoire l'emploi des mêmes dénominations, ces maladies sont confondues tous les jours au grand détriment de la science et de la pratique. Les maladies contagieuses du cuir chevelu sont représentées par deux types: l'un vésiculeux, l'herpès tonsurant; l'autre pustuleux, c'est le favus, dont, pour le dire en passant, les pustules ont un caractère tout spécial.

Le diagnostic différentiel de ces deux éruptions est, de la part de M. Cazenave, l'objet de recherches du plus haut intérêt et d'une utilité pratique incontestable. Il insiste surtout, et avec raison, dans l'histoire de l'herpès tonsurant sur la nécessité de le bien distinguer du *porrigo decalvans* ou vitiligo, avec lequel il a été confondu si longtemps et dont il diffère sous mille rapports, et quant à la nature et quant au traitement.

La seconde section comprend les décolorations, le vitiligo, la canitie;

La troisième, l'*acne sebacea* et la plique, qui, pour M. Cazenave, ne sont qu'une seule et même maladie. On sait que l'on désignait sous le nom de plique une intrication, une agglutination des cheveux d'une nature particulière, qui donnait lieu, croyait-on, à toutes les maladies possibles et devenait la source de toutes les calamités pathologiques. Pour le savant professeur dont nous analysons le livre, la plique n'est autre chose qu'une hypersécrétion de la matière sébacée, une *acne sebacea* du cuir chevelu; on comprend, une fois cette hypersécrétion admise, qu'à l'aide d'habitudes particulières à certains pays, à certains individus, par suite de conditions hygiéniques, de pratiques usuelles, de préjugés même, et peut-être en vertu d'une influence endémique, cette maladie prenne des caractères particuliers qui lui donnent ce cachet insolite qui l'a fait décrire sous le nom de plique.

Une dernière section comprend, enfin, l'histoire de l'alopécie, que l'auteur divise en naturelle et pathologique, en symptomatique d'un état général ou d'un état local.

Après avoir étudié avec autant de soin la pathologie du cuir chevelu, on ne sera pas étonné que l'auteur, ne dédaignant pas les considérations qui pourraient sembler d'un ordre secondaire, consacre la troisième et dernière partie de son ouvrage à l'hygiène complète de la chevelure. Réunie à l'introduction historique et à l'histoire anatomique et physiologique des cheveux, cette division du volume complète un travail d'une haute valeur, qui pourrait, avec bien plus d'avantage que les informes et charlatanesques élucubrations de certains spéculateurs, être mis entre les mains des gens du monde si fréquemment inintelligents lorsqu'il s'agit des soins à prendre de cet ornement naturel si précieux au point de vue non-seulement de la beauté, mais aussi de la santé de l'homme et de la femme.

Les femmes, par exemple, qui ont la funeste habitude de serrer avec des liens, de tordre et de tirailler leurs cheveux pour satisfaire aux caprices de modes souvent ridicules, de les enduire de corps gras en abondance, de les mouiller et de les lustrer avec des mucilages, y trouveraient de sages préceptes dont les résultats seraient des plus salutaires. Elles y apprendraient à redouter l'usage des cosmétiques, des compositions à l'aide desquelles on change la couleur des poils, etc. Qu'on nous pardonne encore cette citation, mais nous ne pouvons donner une meilleure idée de l'importance de cette dernière partie de l'ouvrage de M. Cazenave qu'en reproduisant les quelques lignes par lesquelles il résume les conseils hygiéniques relatifs à l'entretien de la chevelure.

« 1° Si, pour les nécessités de la coiffure, dit-il, ou pour obvier aux inconvénients inhérents à certaines chevelures, il devient nécessaire de se servir de cosmétiques, les plus simples, les plus inoffensifs sont toujours les meilleurs.

» 2° Il faut, à peu d'exceptions près, s'abstenir de l'emploi des préparations actives destinées principalement à faire repousser les cheveux.

» 3° Toutes les pratiques ayant pour but la teinture des poils sont plus ou moins funestes, et il vaut mieux en tout cas se résigner à ce que l'on regarde comme un déshonneur que de s'exposer aux inconvénients plus ou moins graves qui peuvent résulter de l'emploi de ces cosmétiques.

» 4° Enfin, le traitement hygiénique de la chevelure, si l'on peut dire ainsi, consiste dans des soins bien entendus de propreté, dans un culte assidu, mais sage et bien réglé, dans un entretien incessant, dans l'emploi prudent de cosmétiques rationnels, dans l'observation rigoureuse de ce principe qui domine toute la matière: que, pour tout ce qui touche à l'organisme humain, il faut toujours suivre et aider la nature; il ne faut jamais la fausser ni la contraindre. »

M. Cazenave est un de ces hommes dont l'éloge n'est plus à faire. Nous ne serons que juste en disant que son *Traité des maladies du cuir chevelu* est un beau fleuron de plus ajouté à sa couronne scientifique.

Dr A. Foucart.

Précis de chimie industrielle, par M. Payen.

Il y a bien peu de temps, M. Payen, l'un des vétérans, nous pourrions dire l'un des créateurs de l'enseignement industriel en

par l'estomac, soit par les veines, est toujours la même sur la température animale.

Toutes les substances employées ont été préparées par M. Mialhe. Nous nous sommes servis tantôt de poudres ou d'extraits, tantôt d'alcoloïdes ou de sels. Ces dernières préparations ont seules été introduites dans les veines. Elles étaient toutes tenues en suspension ou dissoutes dans une quantité d'eau, d'huile ou de mucilage, qui a varié depuis 25 jusqu'à 100 grammes, suivant que nous voulions faire pénétrer le liquide dans les veines ou dans l'estomac.

Il importe de signaler que le milieu où l'animal était placé était à la température de 12 à 15°, et que le liquide injecté, tenant en suspension ou en dissolution le médicament, était élevé à la température de 20 à 35°.

Nous ne donnons que le résultat de nos expériences sur la température animale. Il en est d'autres que nous ferons connaître quand nous publierons nos expériences en détail.

Pour mettre de l'ordre dans notre travail, nous avons suivi la classification de médicaments proposée par MM. Trousseau et Pidoux dans leur *Traité classique de thérapeutique et de matière médicale*. On comprend que nous ayons négligé les médicaments dont l'action sur l'organisation n'est point assez active pour amener certains troubles dans la température animale.

EXCITANTS.

Cette classe de médicaments a été expérimentée avec soin; mais l'attention n'a pu être portée que sur ceux de ces agents dont l'action est puissante : les autres, si nombreux, d'ailleurs, ont été négligés. Les substances expérimentées sont les cantharides, la cannelle, le sulfate de quinine, le seigle ergoté, l'acétate d'ammoniaque, le phosphore et la strychnine. D'une manière générale, on peut dire que toutes ces substances ont donné une élévation de température qui a varié entre quelques dixièmes de degré et plusieurs degrés.

Cantharides. — Elles ont été expérimentées quatre fois et données aux doses de $0^{gr.},08$, de $0^{gr.},20$, de $0^{gr.},40$. A la dose de $0^{gr.},08$, le thermomètre a monté de 2°,1 dans une période de six heures, temps pendant lequel la température a été observée de deux en deux heures. Dans les trois autres expériences faites de la même façon et avec autant de soin, et dans lesquelles il a été deux fois $0^{gr.},20$ et une fois $0^{gr.},40$, il y a eu encore une augmentation de la température qui approche de 2° avec $0^{gr.},20$, mais qui ne dépasse plus 1° avec $0^{gr.},40$. On verra, dans le cours de ce travail, que les cantharides ne sont pas la seule substance qui donne des résultats différents, même parfois opposés avec des doses variées.

Cannelle. — Trois expériences ont été tentées avec ce médicament. Il a été donné en décoction deux fois à la dose de 30 gr. et une fois à celle de 45 gr. Les animaux furent mis en expérimentation de dix à onze heures du matin. Leur température a été prise pour la dernière fois à onze heures du soir. A la dose de 30 gr. chez deux animaux, la cannelle a amené une augmentation de température de 1°,7; tandis que, à 45 gr., la température s'est élevée de 2°,7. Ici donc, l'augmentation a été en rapport direct avec la dose du médicament, et l'action de ce dernier persistait à la douzième heure de l'expérience.

Seigle ergoté. — Cette substance, dont les propriétés spéciales comme excitant des contractions de l'utérus sont si connues, a été donnée une seule fois à la dose de 4 gr.; et dans une période de cinq heures, temps pendant lequel la température a été notée plusieurs fois, on a constaté une augmentation de 0°,8.

Acétate d'ammoniaque. — Six expériences ont été tentées sur cet agent thérapeutique. Cinq fois il a été introduit dans l'estomac et une fois dans les veines. Dans l'estomac, à la dose de 5, 10, 20 et 50 grammes, toujours la température a été élevée, non-seulement quand il a été porté dans l'économie par cette voie, mais encore quand il été injecté dans les veines. Toutefois, l'élévation a varié. Ainsi, 5 gr. de ce sel mis dans les veines donnent une augmentation de 0°,8; 5 et 10 gr. portés dans l'estomac donnent pour résultat + 1° et 1°,3. La dose du médicament a été ensuite élevée successivement, comme il a été dit plus haut; mais la température, qui augmente, ne dépasse cependant pas les premières doses.

Sulfate de quinine. — Il a été introduit deux fois dans l'estomac aux doses de 1 et 2 gr. Dans ces deux expériences, on a constaté, pour résultat final, une augmentation de la température qui a varié de 1°,5 à 2°,2. Mais un phénomène qui doit être signalé, c'est qu'au début de l'expérience la température a baissé, pendant les deux premières heures, de quelques dixièmes de degré.

Phosphore. — Six expériences ont été faites. A la dose de $0^{gr.},02$ et de $0^{gr.},05$, il y a eu augmentation constante et successive de 1°,7 chez le premier, de 2°,2 chez le second; tandis que, chez les quatre derniers chiens à qui le médicament a été administré aux doses de $0^{gr.},10$, $0^{gr.},15$ et $0^{gr.},20$, il est survenu un abaissement constant, mais fort peu considérable, car il n'a pas dépassé 0°,2, si ce n'est chez l'un d'eux qui a succombé en 50 minutes. Ainsi, le phosphore à petites doses élève très manifestement la température, tandis qu'à une dose plus élevée il la déprime très légèrement.

Sulfate de strychnine. — Quatre expériences ont été faites avec cette substance. Deux fois elle a été portée dans l'estomac et deux fois dans les veines. Peu de résultats ont été obtenus. La température cependant a été un peu élevée. L'animal, d'ailleurs, a succombé toujours rapidement sous l'influence de cet agent.

Falsification de la gentiane.

La lettre suivante a été adressée à M. Chevallier sur la falsification de la gentiane par M. Houdbine, pharmacien à Niort :

A l'article Gentiane de votre excellent *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires et médicamenteuses*, dont j'attends le second volume, vous dites : La poudre de gentiane a été falsifiée par l'ocre jaune; M. Pelletier, de Douai, en a trouvé qui en contenait 25 à 50 pour 100, et M. Devallon, de Lyon, 50 pour 100; c'est la seule falsification que vous indiquiez de cette poudre.

Afin de répondre à l'appel que vous faites aux pharmaciens, je viens, monsieur, vous en signaler une autre que j'ai pu vérifier dans les circonstances suivantes :

Dans le mois d'août dernier, j'eus un pressant besoin d'extrait de gentiane. Je n'avais que peu de cette racine, que je fais souvent pulvériser chez moi. Je demandai donc à un droguiste de province, afin de les recevoir plus promptement, 5 kilogrammes de poudre de gentiane pure; je la demandais en poudre grossière, observant que je la destinais à faire de l'extrait. Je la reçus trois ou quatre jours après. Avant de la mettre en œuvre, je l'examinai avec soin. Je crus reconnaître à première vue qu'elle était mélangée d'une autre poudre sans doute plus pesante, car le sac qui contenait ces 5 kilogrammes était peu volumineux. Je ne lui reconnus pas l'odeur franche de la gentiane. J'en pris une pincée, que je froissai fortement entre les deux mains, et, l'odeur caractéristique du gaïac s'étant fait sentir, je crus être sur la trace de la fraude, et je pensai que je pourrais apprécier à peu près dans quelle proportion le gaïac y était en en épuisant un poids donné par l'eau froide, ce bois ne cédant qu'une très faible quantité d'extrait à ce véhicule à la température ordinaire.

J'en pris 250 grammes, que j'épuisai entièrement à froid au moyen d'un petit appareil à déplacement, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'hydrolé fourni n'eut qu'une teinte légèrement ambrée. Je réunis tous les produits, et je les fis évaporer avec beaucoup de soin au bain-marie. L'extrait obtenu, qui devait être au moins d'un quart du poids de la poudre employée si elle avait été pure, soit de 60 grammes, ne fut que de un dixième, c'est-à-dire de 25 grammes. La poudre de gentiane qui m'avait été envoyée contenait donc environ un tiers de gentiane et deux tiers de gaïac. Voulant mettre plus en évidence la nature de la poudre employée comme moyen de falsification, j'en fis macérer 10 grammes pendant quelques jours dans 60 grammes d'alcool à 40°. J'obtins une teinture assez chargée; j'en versai une petite quantité dans un peu d'eau; elle devint laiteuse, et, par l'addition d'une solution gommeuse, elle prit une couleur bleu-clair très beau. Je n'eus alors plus de doute; le gaïac était bien la substance employée.

J'ai trouvé aussi dans cette poudre toutes les impuretés qu'on rencontre dans le gaïac râpé et entre autres de la limaille de cuivre, qui y est presque toujours en plus ou moins grande quantité.

Plusieurs fois, afin d'être plus certain du produit que je désirais, j'ai demandé du gaïac varlopé, tel qu'on nous envoie le sassafras. Je n'ai reçu qu'une seule fois du gaïac en copeaux sans être écrasé par le pilon, ce qui n'est pas facile. Comment donc faire pour avoir cette substance pure? Un seul moyen reste, c'est de l'acheter en bûches : c'est ce que je ferai à l'avenir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 mars 1851. — Présidence de M. Rayer.

Modifications imprimées à la température animale par l'introduction, dans l'économie, de différents agents thérapeutiques (Médicaments excitants).

MM. les docteurs Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe, adressent la première partie d'un mémoire sur ce sujet. (*Voir* ci-dessus.)

Nouveau mode d'administration de l'huile de foie de morue.

M. Loze, chirurgien de première classe de la marine, rappelle qu'en 1843 il s'assura, par des essais directs, que l'action souvent douteuse de l'huile de foie de morue contre la phthisie pulmonaire ne devait être attribuée qu'à la non-absorption. Il avait imaginé alors de l'émulsionner à l'aide de l'albumine. Mais depuis le mémoire de M. Bernard sur l'influence du suc pancréatique sur la digestion des corps gras, M. Loze a eu recours au procédé suivant, dont il a obtenu, dit-il, de bons résultats :

Lorsqu'on mêle 1 partie de mucilage de légumine additionnée de 1/20 ou 1/24 de suc pancréatique à 6 parties d'huile de foie de morue, celle-ci se solidifie, se conserve, peut se dessécher et se délayer ensuite à volonté en une espèce de chyle artificiel. Ainsi traitée, cette huile s'absorbe entièrement et acquiert par là une énergie d'action assez grande pour combattre avec succès la phthisie pulmonaire.

Statistique médicale.

M. Carnot adresse une note ayant pour titre : *Essai de statistique médicale.*

M. Carnot a constaté que, dans le cours de l'année 1838, sur un effectif de 24 à 25,000 hommes, il y eut 491 décès constatés, dont 243 par suite de maladies gastro-intestinales de toute espèce, 34 par suite de maladies cutanées, 159 par suite de maladies diverses du poumon, et 55 par suite de maladie du cœur, des nerfs et du cerveau.

M. Carnot déduit de la statistique de l'hôpital militaire du Gros-Caillou les résultats suivants:

Les affections gastro-intestinales détruisent aujourd'hui à elles seules presque autant de jeunes soldats que toutes les maladies réunies en enlevaient autrefois, c'est-à-dire 1 p. 100 annuellement.

M. Carnot fait remarquer, en outre, que, sur 100 décès, on en compte 56 provenant des maladies intestinales et cutanées réunies. Sur 701 décès constatés et officiellement enregistrés avec leurs causes, à l'hôpital militaire de Lyon, dans les deux années 1848 et 1849 réunies, on en compte 322 par suite de maladies gastro-intestinales de toute espèce, 68 par suite de maladies cutanées — ensemble 56 p. 100 — et 311 par suite d'affections diverses de poumon, du cœur, des nerfs et du cerveau.

Les documents officiels donnés par les ministres de la guerre et de la marine, en 1848, prouvent, suivant l'auteur, que la mortalité annuelle des troupes, à l'intérieur, est de 2 p. 100, double de son chiffre en 1802.

Ces recherches font reconnaître dans les décès, tant à Paris qu'à Lyon, deux grandes divisions; savoir :

Sur 100 décès actuels de jeunes soldats, 56 sont produits par des maladies gastro-intestinales ou éruptives, 44 par des maladies du poumon, du cœur, des nerfs ou du cerveau.

Dans ces deux subdivisions générales, les maladies se compensent réciproquement; mais l'ensemble reste à peu près invariable. Où les maladies de la peau sont plus fréquentes, les affections des intestins le sont moins; où les décès pulmonaires sont en moindre nombre, il s'en trouve plus par suite d'affections des nerfs, du cœur ou du cerveau.

France, publiait un *Précis de chimie industrielle*. A peine mis au jour, ce livre était recherché par les nombreux élèves que ce professeur, si zélé pour la science et pour ses applications, a vu se serrer sur les bancs du Conservatoire des Arts et Métiers ou sur ceux de l'Ecole centrale des Arts et Manufactures, et cet empressement était partagé par les professeurs de nos lycées, ainsi que par les hommes qui depuis trente ans sont en rapport avec ce chimiste, soit comme ingénieur civil, comme membre du conseil de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, comme secrétaire de la Société d'agriculture, comme membre du conseil de salubrité du département de la Seine, soit enfin comme membre de l'Académie des Sciences.

La seconde édition de cet ouvrage constate le succès prédit à la première.

Une lecture attentive nous a fait reconnaître avec plaisir que l'auteur avait enrichi son œuvre d'un très grand nombre de détails sur des nouveautés qui n'étaient encore ni bien nettement classées, ni suffisamment appréciées lors de la première rédaction du livre. Ainsi, la révolution qui s'opère sous nos yeux dans l'extraction du sucre et dans son raffinage, révolution à laquelle la France a contribué tout autant, pour le moins, que l'Allemagne et que l'Angleterre, a trouvé sa part dans les nombreuses additions qui ont considérablement grossi la première édition et dans les nouvelles planches du bel atlas qui l'accompagne. Ainsi, la rénovation presque complète qu'a subie, dans ces dernières années, la fabrication de ces bougies nouvelles que la chimie, la physique et la mécanique réunies savent si économiquement produire avec les suifs inférieurs et même avec d'autres matières grasses jadis abandonnées; ainsi, la cuisson des chaux, des plâtres par la vapeur; ainsi, la fabrication des charbons dits de *Paris*, avec les poussiers résidus du commerce et avec le goudron du gaz d'éclairage, fabrication dont le principe a été jadis posé, mais dont l'exploitation n'a été réalisée en grand que depuis deux ans; ainsi encore, les progrès récemment accomplis dans le traitement du caoutchouc que les Etats-Unis d'Amérique, que l'Angleterre exploitent sur une échelle bien plus large que la France, mais qui en France joue déjà un rôle si important. Enfin les détails qui concernent la *gutta-percha*, cette sœur cadette du caoutchouc, encore si peu connue parmi nous et dont cependant l'emploi commence à prendre un si grand développement dans la chirurgie, dans nos usines de diverses espèces, dans la télégraphie électrique, etc., etc.

L'agriculture, qui depuis longtemps préoccupe si vivement l'auteur du *Précis de Chimie industrielle*, et pour les progrès de laquelle il s'est livré à tant de recherches physiologiques et chimiques, l'agriculture ne doit pas à ses seules applications manufacturières les additions intéressantes dont s'est enrichie la deuxième édition. Des pages nouvelles ont été consacrées à la culture même du sel, à la préparation des engrais, à ce desséchement des terres, par imitation des procédés anglais, dont nous devons l'importation au savant agronome Thackeray, et que le nom spécial de *drainage* distingue nettement des anciens modes si coûteux, si incomplets de desséchement par les pierres et les rigoles à ciel ouvert.

Dans le drainage, comme dans le traitement du caoutchouc et de la *gutta-percha*, comme dans l'épuration des sucres, entrent des opérations essentiellement mécaniques que M. Payen a eu le bon esprit de décrire avec soin, et dont les mécanismes sont représentés dans les planches de son atlas ou dans les belles vignettes sur bois qui sont intercalées dans le texte.

Nous nous arrêtons, malgré nous, à l'indication de quelques-uns des détails qui méritent de fixer l'attention des lecteurs; mais il y aurait injustice à ne pas signaler ici la beauté de l'exécution matérielle de ces deux volumes. La typographie française, qui de tout temps a su lutter avec honneur contre celle des autres nations de l'Europe, s'est particulièrement distinguée depuis quelques années dans le genre des *illustrations* (qu'on nous pardonne l'emploi de ce barbarisme); et parmi ces illustrations, nous avons remarqué plus particulièrement celles qui sont consacrées à la propagation des notions scientifiques pures ou appliquées, parce que cette espèce de livre laissait naguère beaucoup à désirer chez nous, et que la *vignette* ajoute beaucoup à la clarté des explications et à la séduction du livre. Sous ce rapport, le livre de M. Payen ne laisse également rien à désirer.

Sainte-Preuve.

NOUVELLES.

Nous nous faisons un plaisir d'annoncer que notre confrère M. le docteur A. Legrand, qui a publié récemment un travail remarquable sur l'emploi de l'or dans les maladies scrophuleuses, vient d'être nommé, dans la séance du 17 mars dernier, membre correspondant de la *Société de médecine de Lyon.*

— *Société de médecine d'Alger.* — Parmi les Sociétés médicales de province, celle d'Alger est une de celles qui s'occupent avec le plus de zèle de sa mission. Après avoir couronné en 1849 un travail remarquable, elle avait mis au concours pour 1850 la question suivante :

« Etude comparative des préparations de quinquina et de celles » succédanées pouvant les remplacer avantageusement sous le double rapport économique et clinique. »

Cette question, n'ayant pas été convenablement traitée au gré de la Société, se trouve remise au concours pour l'année 1851. Dans le compte-rendu qui nous parvient, on a oublié d'indiquer l'époque où devront être remis les mémoires destinés au concours. Nous signalons cette lacune à MM. les membres du bureau.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 mars 1851. — Présidence de M. Trousseau.

Goutte. Rhumatisme. (Suite.)

M. Barthez. J'ai déjà fait entrevoir combien j'admettais de différence entre les deux maladies qui font le sujet de cette discussion, et il me sera facile d'opposer à chacune d'elles des manières d'être qui en font pour moi deux affections bien distinctes. Sous le rapport de l'étiologie surtout, nous trouvons des différences essentielles. Dans la goutte, il existe constamment des causes prédisposantes; rien de semblable dans le rhumatisme, qui n'est jamais une maladie acquise. La goutte est une maladie héréditaire, qu'on observe surtout dans l'âge mûr. Le rhumatisme devient rare à partir de l'âge de quarante-cinq ans. Les substances alimentaires, la vie sédentaire, le sexe, la condition sociale, ont sur la production de la goutte une influence que nous ne retrouvons pas dans le rhumatisme.

La durée de la goutte est indéfinie, tandis que l'attaque de rhumatisme est à peu près de six semaines. Nous rencontrons encore des différences essentielles dans l'invasion de l'accès, dans la nature de la douleur, dans le siége primitif de cette affection, dans la nature des tissus affectés que, chez les goutteux, on voit prendre vivement, en commençant par les tissus fibreux, puis par les tissus cellulaires et séreux, tandis que chez les rhumatisants ce sont les tissus séreux et musculaires qui sont attaqués primitivement; et secondairement, les tissus fibreux et cellulaires. Les complications ne sont plus les mêmes dans les deux cas. Les urines, dans la goutte, et presque tous les liquides, contiennent des quantités quelquefois considérables d'acide urique. Dans le rhumatisme, il n'y a que très rarement des gravelles dans les urines. Les urines sont très acides et rares chez les goutteux; elles sont copieuses et peu acides chez les rhumatisants. Le sang des goutteux ne contient une augmentation de fibrine que vers la fin de l'accès, et lorsque la fièvre s'est développée; la couenne est très forte et très intense dans l'affection rhumatismale.

Enfin, à l'état chronique, dans la goutte, les articulations sont altérées par des granulations thophacées, composées d'acide urique de soude et de chaux. Ces affections laissent après elles de la sérosité, du pus, des cartilages ulcérés, écaillés; des tumeurs blanches, des exsudations gélatiniformes. Les anciens pathologistes, Barthez, Sydenham, ont décrit et différencié ces deux affections que, selon la prédominance, on pourrait appeler goutte rhumatismale ou rhumatisme goutteux.

M. Requin. J'ai réfléchi longtemps à cette question, et je n'ai pas trouvé de motifs suffisants pour reconnaître deux genres nosographiques dans ces affections de même nature. Les assertions invoquées sont tout à fait gratuites et insoutenables. Au lit du malade, on ne s'occupe guère, en général, de la nature de la maladie, et on fait bon marché d'une définition; mais cependant il faut en donner une, une qui puisse fournir des caractères constants, certains de la maladie. La définition scolastique est presque toujours facile, et elle se comprend facilement. Vous venez invoquer comme un des caractères de la goutte la présence de la gravelle; mais les goutteux qui ne rendent pas de gravelle n'auront donc pas la goutte. Dans les derniers siècles, les pathologistes, et, entre autres, Sauvages, confondaient ces deux affections sous le nom d'*arthritis*; le mot *rhumatismus* ne s'appliquait qu'au rhumatisme musculaire. Les raisons étiologiques qu'on vient invoquer ne sont véritablement que des assertions. Est-il vrai que le rhumatisme ne soit jamais héréditaire? S'il est héréditaire, vous ne pouvez donc pas dire qu'il soit jamais acquis. Ne dites pas non plus qu'il faut une prédisposition, car, quand vous le voudrez, vous pourrez faire à volonté ou des goutteux, ou des rhumatisants. Je vous estime aussi très heureux de ne voir des affections rhumatismales qui n'ont que six semaines de durée; j'en connais qui durent six mois, et qui ne sont souvent pas guéries dans cet espace de temps. On peut, en outre, parfaitement soutenir le contraire de ce qu'on avance, en prétendant que la goutte attaque les tissus fibreux, et le rhumatisme les tissus séreux. J'ai rencontré souvent, chez les goutteux, des bruits de souffle au cœur. Enfin, vous n'avez pas pour la goutte, ni pour le rhumatisme, de traitement spécifique qui puisse nous éclairer sur la nature de ces affections. Nous sommes généralement d'accord au lit du malade, parce que nous ne faisons alors que le traitement des indications.

M. Guérard. M. Requin a, ce me semble, parfaitement plaidé la cause que je viens soutenir ici, en établissant qu'il existe des différences essentielles entre la goutte et le rhumatisme, au triple point de vue de l'étiologie, des lésions et du traitement. M. Requin nous a dit, avec beaucoup de raison, qu'il était possible de faire à volonté un goutteux ou un rhumatisant; mais il n'a pas dit comment il pourrait faire un goutteux en l'exposant au froid humide, et un rhumatisant en lui donnant une nourriture trop animalisée. D'où naît cette divergence d'opinions? C'est peut-être de la nature de la maladie, que nous ne connaissons ni les uns ni les autres. Cette différence ne peut venir que de ce qui est palpable; aussi la trouvons-nous dans la diathèse différente de ces deux affections. Nous savons trop quelle est la fécondité stérile du traitement; ne lui demandons donc rien pour nous éclairer, car il ne s'agit pas de guérir seulement l'accès, mais bien plutôt cette diathèse: et c'est là que nous trouvons tous les écueils dans la volonté des malades, qui, souffrant et se racontant leurs douleurs, à Vichy même, ne songent qu'à recommencer le genre de vie qui les a rendus malades. Le chasseur au marais, à peine guéri du rhumatisme qu'il a contracté en restant exposé au froid humide, ne pense qu'à reprendre ce plaisir qu'il sait bien lui être fatal. On peut guérir évidemment ces prédispositions, mais les malades n'ont jamais le courage de vouloir leur guérison.

Quand la goutte et le rhumatisme sont portés à un haut degré d'intensité, au moment de l'accès il n'y a vraiment pas de différences entre ces deux affections, ou du moins l'élément inflammatoire domine tellement qu'il est entièrement difficile de les saisir; mais ces différences existent dans l'élément diathésique.

La goutte ne se montre pas seulement chez les gens riches, car ce n'est pas simplement de la qualité des aliments que naît cette affection, mais c'est de leur nature, et les ouvriers qui mangent de la viande de médiocre qualité, qui font abus de liqueurs spiritueuses ont aussi la diathèse goutteuse; chez eux seulement elle s'établit moins facilement, car les conditions de combustion sont activées par les dépenses que leur donnent le travail, l'activité. Les habitudes sédentaires font beaucoup plus pour la goutte que la délicatesse de la vie.

Un traitement hygiénique peut faire disparaître rapidement les concrétions tophacées; jamais cela n'arrive pour le rhumatisme, où l'hypertrophie des tissus fibreux ne se détruit pas. On dit à tort que c'est le froid qui produit le rhumatisme; cela est faux, car le rhumatisme est moins fréquent dans les pays froids que dans les pays chauds et tempérés. Il vaudrait mieux dire que c'est le chaud qui produit le rhumatisme, ou mieux la transition du chaud au froid, qui n'est, en définitive, que relative. Certains rhumatisants ne peuvent quitter le feu sans ressentir des endolorissements dans les membres de la région postérieure du corps.

M. Vigla. Il me semble avoir entendu dire que le traitement par les émissions sanguines n'empêchait pas les complications du côté du cœur dans les rhumatismes articulaires; je suis très étonné de cette proposition, quand le contraire est passé en loi et a été vérifié et contrôlé en Angleterre et en Allemagne.

M. Trousseau. Depuis dix ans je n'ai pas saigné un seul rhumatisant, et j'ai, dans la plupart des cas, entendu des bruits de souffle au cœur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 février 1851. — Présidence de M. Lucien Boyer, vice-président.

Adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance comprend une lettre de M. Bayard, médecin à Cirey, sur la gastro-entérite varioleuse (M. Foucart, rapporteur). — Le compte-rendu de la séance annuelle des médecins de Toulouse. — Le Bulletin médical du nord de la France, année 1850 (M. Guersant, rapporteur).

— M. Duperthuis rend compte d'un fait qu'il a eu à observer dans ces derniers temps. Une femme récemment accouchée se trouvait dans une situation des plus graves par suite de la suppression des lochies. Il introduisit une sonde dans l'intérieur de la matrice, fit des injections; les lochies reparurent, et il eut alors l'idée de laisser cette sonde à demeure; les accidents cessèrent. M. Duperthuis tiendra la Société au courant du résultat produit par l'application de son procédé.

M. Pédélaborde demande à parler sur les injections intra-utérines, et la Société, en l'absence de son président, remet à la prochaine séance cette importante question.

— M. Coursserant. Les moyens employés à combattre la fistule lacrymale échouent en général, et je crois que le clou modifié par moi est seul destiné à donner de bons résultats. On a préconisé la canule, le séton, les cordes à boyaux, le clou dit de Scarpa, et la cautérisation du sac, employée jadis par Nannoni et remise en honneur par notre collègue M. Magne. Quant à la canule, la physiologie, l'anatomie pathologique et les faits suffisent pour la juger et la condamner. Le séton et tous les moyens dilatateurs ont un inconvénient que je ne tarderai pas à signaler. Pour ce qui est de l'oblitération du sac, dont M. Magne a beaucoup à se louer, je ne puis en apprécier la valeur, n'ayant pas encore eu occasion de voir un malade opéré par cette méthode. Pourtant, je crois cette opération douloureuse, et je redoute l'épiphora consécutif. Reste le clou, qui n'a pas produit de bons résultats, parce que, d'après le procédé de Scarpa, on ne tient pas compte des aphthes valvulaires, du gonflement des parties, et que le calibre de ce clou est égal à celui d'un canal nasal normal. Mais la guérison ne peut manquer d'avoir lieu si le clou affecte la forme conique; la partie la plus fine, qui pénètre la première, ne donne pas lieu aux déchirures, à l'enfoncement de la muqueuse, et la partie supérieure, plus volumineuse, permet une dilatation convenable. On peut ensuite augmenter les dimensions de ces clous, qui doivent être en plomb, et l'on arrive à la guérison complète parce que la dilatation a lieu progressivement et sans refouler sur elle-même la muqueuse, grâce à l'amincissement de la partie qui pénètre la première dans le sac.

M. Boyer. Je n'ai pas encore employé le procédé de M. Magne; mais je trouve un grand avantage au séton modifié comme il suit:

Par l'ouverture de la fistule ou par l'incision de la paroi antérieure du sac, j'introduis dans le canal nasal la canule de Méjean, et par cette canule je conduis de haut en bas dans la narine un fil de soie de pêche un peu roide et préalablement roulé en spirale. La portion contenue dans la canule se redresse nécessairement, et offre assez de roideur pour pouvoir être poussée comme une bougie; mais aussitôt que l'extrémité est parvenue dans la narine, son élasticité la replie sur elle-même, et l'on peut ainsi facilement entasser dans la narine un bout assez long pour qu'il suffise d'une expiration nasale un peu forte pour l'amener en dehors. Je retire alors la canule.

A l'extrémité supérieure de ce premier fil je noue les deux chefs d'un fil de soie cirée replié en anse, et je les attire presque dehors de la narine. Le premier fil est supprimé. Dans l'anse qui sort encore par l'ouverture fistuleuse, j'engage le milieu d'un fil pareil; alors je noue ensemble les deux chefs de chaque fil d'un nœud un peu plus gros que j'entoure même d'une petite boulette de cire pour éviter qu'il puisse dans une traction accidentelle être entraîné au dehors à travers le canal. Je possède alors un véritable séton formé de deux anses de rappel, engagée l'une dans l'autre, et que je puis à volonté amener au dehors, soit par en bas, soit par en haut, en tirant sur l'un ou l'autre chef. Toutefois, c'est à l'ouverture de la narine qu'il est ultérieurement utile d'amener leur entre-croisement. Il en résulte que le fil inférieur peut n'avoir de longueur que la distance qui sépare le sac de l'ouverture antérieure de la narine. La boulette qui le termine peut rester cachée près de cette ouverture, et il est facile de la tirer avec une pince lorsqu'il en est besoin. Le fil supérieur doit être plus long, puisqu'il faut que, la boulette étant retenue au dehors de la fistule, l'anse amenée en bas puisse être facilement déployée. Entre chaque pansement l'extrémité supérieure de ce fil est fixée soit au front, soit près de l'œil, et cachée au besoin par des conserves.

Les choses ainsi disposées, rien n'est plus facile que d'opérer graduellement la dilatation. L'anse supérieure étant amenée en bas, je place sur elle un nombre de brins de charpie suffisant pour former une mèche du volume approprié à la circonstance, et enduite de cérat ou d'une pommade médicamenteuse quelconque, et je l'attire de bas en haut à travers le canal jusque dans le sac. Chaque jour on retire la mèche par en bas, on la remplace de même, en graduant son volume.

La dilatation qui opère ainsi sur le point rétréci du canal s'associe à l'action du médicament dont la mèche est enduite. L'on peut à chaque pansement combiner avec elles l'emploi des injections, soit détersives, soit médicamenteuses, faites par la fistule ou par le point lacrymal.

L'ouverture de la fistule, n'ayant à donner passage qu'à un double fil de soie, se rétrécit graduellement jusqu'à n'être plus qu'un simple pertuis presque capillaire. La paroi membraneuse du sac n'étant plus, comme dans le procédé ordinaire du séton, attirée en dedans par le frottement de la mèche destinée à opérer la dilatation du canal, ne forme plus cet enfoncement en cul de poule qui suit ordinairement la cure de la tumeur lacrymale par ce procédé. Elle peut même à chaque pansement être soutenue en dedans par l'extrémité supérieure de la mèche.

Lorsque la cure est présumée suffisante, je supprime la mèche et laisse seules pendant quelques jours les deux anses du fil de soie; c'est un temps d'épreuve de quelques jours, pendant lequel je continue les injections. En cas de besoin je puis, sans nouvelle opération, réappliquer la mèche et reprendre le traitement actif; sinon, je retire tout, et l'ouverture de la fistule se ferme alors en vingt-quatre heures.

Déjà plusieurs fois j'ai employé ce procédé, et avec succès.

M. Magne. Je suis heureux que l'occasion se présente de dire deux mots sur l'opération de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal. J'ai proposé dans ces derniers temps l'*oblitération du sac lacrymal* comme méthode générale et voici pourquoi: là où le traitement médical échoue, là aussi échouent tous les procédés chirurgicaux mis en usage, clou, séton, canule, corde à boyau, etc., etc. Ceci ne veut pas dire que l'un ou l'autre de ces procédés ne puisse réussir, seulement le succès qu'on leur doit est momentané; la cure radicale ne saurait exister par tous ces moyens, pas plus qu'on n'est à l'abri des pleurésies parce qu'on a guéri d'une pleurésie. Et puis tous les modes opératoires employés jusqu'ici sont très douloureux et surtout très longs, sans parler des récidives. L'*oblitération*, comme je la pratique et comme je la conseille, détruit la tumeur et la fistule du sac lacrymal en trois semaines au plus. Elle ne peut récidiver, puisque le sac n'existe plus. Donc la question de temps est en faveur de l'oblitération. En outre, le malade est assuré d'être à tout jamais guéri. Enfin, l'épiphora consécutif finit par disparaître, et ce fait, bien qu'inexpliqué, avait déjà été reconnu par M. Vidal. J'ajouterai que notre honorable confrère M. Deguise père a opéré deux fistules d'après ma méthode et que ces deux opérations ont été suivies de succès.

M. Guersant pense que ce qui fait surtout la valeur d'une méthode, c'est la manière dont elle est mise en pratique; il ne doute pas des résultats que peut produire celle de M. Magne; mais ce qui doit, suivant lui, passer avant tout, c'est le *modus faciendi*: aussi a-t-il à se louer de la canule, mais c'est à condition qu'aucune indication, qu'aucune précaution ne sera négligée.

Le secrétaire, Al. Magne.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis leur collection de 1850 pour la faire relier, peuvent la faire reprendre à notre bureau. Le prix de l'année 1850, reliée, est de 20 fr.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 41. — MARDI 8 AVRIL 1851 (24e ANNEE.) N° 41. — MARDI 8 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 7 AVRIL 1851

Loi sur les hospices et hôpitaux.

L'Assemblée nationale a repris samedi dernier la loi sur les hôpitaux et hospices, et, malgré les réflexions de tous les hommes compétents et pratiques, malgré le dépôt du projet de loi de la commission instituée par M. Dufaure pour étudier les principes généraux de l'assistance publique, malgré les observations très judicieuses de plusicurs représentants et de M. le ministre de l'intérieur, les premiers articles de la loi de M. de Melun ont été adoptés à peu près sans modification; les articles suivants semblent devoir l'être sans modifications plus importantes. Il ne nous reste donc qu'à enregistrer ce projet de loi, conçu dans un excellent esprit de charité sans doute, mais avec une ignorance complète des faits pratiques qui peut seule expliquer les vices de la loi.

L'article 1er est divisé en deux paragraphes, dont le premier est ainsi conçu :

« Lorsqu'un individu privé de ressources *tombe malade dans une commune*, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune. »

On sait les réflexions que nous avons déjà faites sur ces mots, *tombe malade*, etc. M. Delebecque voyant, comme nous les avions vus, les inconvénients et même l'esprit antichrétien, anticivilisateur, si nous pouvons ainsi dire de cet article, M. Delebecque a proposé en vain de faire adopter l'amendement qui suit :

« Tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru ou à son domicile de fait ou dans un hôpital. »

M. le rapporteur a combattu cet amendement par des raisons qu'on peut s'étonner d'avoir vu adopter par l'Assemblée.

« Vous concevez, a dit M. de Melun, que le jour où il serait écrit dans la loi que tout individu qui habite même une commune rurale n'ayant aucun rapport avec les communes possédant des hospices ou des hôpitaux pourrait entrer gratuitement dans ces établissements, à l'instant même les communes, qui ne jouiraient plus du privilège qu'elles ont aujourd'hui, retireraient leurs subsides, et à mesure que les dépenses s'accroîtraient les ressources diminueraient. On arriverait ainsi à l'égalité formulée par la convention, c'est-à-dire à une ruine commune. »

C'est abuser singulièrement de la terreur qu'inspire le socialisme pour tirer de telles conséquences de l'amendement de M. Delebecque. Que l'on combatte par de tels arguments les utopistes qui pensent que la nature a taillé toutes les intelligences sur le même patron, qu'au travail de toutes doit être attribué le même salaire; qui s'imaginent enfin que la terre produira du champagne et l'industrie du cachemire pour tout le monde, nous le concevons facilement; car avec de telles doctrines on ne peut que développer de mauvaises passions et des appétits insatiables; mais qu'on nous présente ces arguments quand il s'agit de soulager un homme malade, voilà ce qui nous paraît par trop abusif. Croit-on, par hasard, que, pour le plaisir d'aller ruiner les hospices d'une commune, tous les habitants des communes voisines s'empoisonnent et se rendent malades? Nous ne voyons pourtant que cette raison qui puisse justifier le rejet de l'amendement de M. Delebecque; car refuser le secours à un malheureux par cela seul qu'il est tombé malade à quelques mètres de la commune où il se présente, c'est agir, suivant nous, d'une manière contraire à l'humanité, contraire aux lois de la véritable charité chrétienne, et non moins contraire, fort heureusement, à nos mœurs actuelles, qui veulent qu'on s'efforce d'abord de soulager la douleur avant de lui demander son origine. Ajoutons que le principe de la commission de Melun n'est pas moins contraire aux lois de la logique qu'à celles de l'humanité; car, dès qu'on a admis, et il est impossible de ne pas l'admettre, qu'un malheureux qui grelotte la fièvre ne peut être abandonné sur un grabat aux progrès du mal, peu importe le lieu où ce malheureux sera secouru : le lieu ne doit, ne peut être déterminé que par la proximité. Plus il sera rapproché du patient, plus il conviendra. Quant à la question de savoir qui devra supporter la dépense, cette question est tellement secondaire qu'elle ne peut occuper le législateur. Ce sera la commune à laquelle appartient le patient; ce sera le département; ce sera l'Etat, si l'on veut; mais il faut d'abord que celui qui souffre soit soulagé.

Le second paragraphe de l'article 1er est une disposition tout administrative que nous avons déjà approuvée, que nous approuvons encore, quoiqu'elle ne nous semble guère être applicable qu'aux établissements de quelques grandes villes. Cette disposition est ainsi conçue :

« L'administration des hospices et hôpitaux peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, contre les membres de la famille du malade désignés par les articles 205 et 206 du Code civil. »

Nous avons dit qu'à Paris et dans les grands centres de population les grandes réputations médicales ou chirurgicales attiraient dans les hôpitaux des malades appartenant à des familles aisées ou au moins non nécessiteuses, et que ces malades venaient ainsi absorber indûment le patrimoine des pauvres. Il est juste, il est moral que les malades de cette catégorie restituent ce qu'ils ont pris injustement. Nous pensons d'ailleurs que les administrations n'éprouveront aucune difficulté pour l'exécution de ce paragraphe; car nous croyons que très souvent les malades dont il s'agit ne demanderaient pas mieux que de payer un prix de journée dans l'hôpital. Ce qui les attire, en effet, ce n'est presque jamais l'avantage d'être traité gratuitement, mais bien celui d'être traité par un homme qui leur inspire plus de confiance. Peut-être la création de salles payantes dans chaque hôpital aurait-elle atteint en grande partie le but qu'on a en vue dans le paragraphe deuxième de l'article 1er.

L'article 2 est relatif à l'admission dans les hospices; il est ainsi conçu :

« Art. 2. Aucun individu ne peut être admis dans un hospice destiné aux vieillards et infirmes s'il n'a pas résidé cinq ans dans la commune. »

Sur cet article, M. Schœlcher a présenté l'amendement suivant, qui nous paraît beaucoup mieux que l'article remplir le but de l'institution des hospices :

« Tout individu, quel que soit son âge, atteint d'une maladie incurable ou entraînant incapacité de travail, sera admis, s'il est privé de ressources et s'il est sans famille qui puisse le soutenir, dans un hospice du département où il aura résidé le plus longtemps avant de tomber malade. »

Pour montrer tous les inconvénients de l'article 2 de la commission, il nous suffira de dire qu'un ouvrier peut devenir impotent et incurable sans avoir jamais résidé pendant cinq ans dans une commune; il faudra alors que ce malheureux soit abandonné aux hasards de la charité privée.

L'article 3 est une disposition administrative qui n'est pas susceptible de provoquer des objections.

Voici cet article.

Art. 3. Les malades et incurables indigents des communes privées d'établissements hospitaliers pourront être admis aux hospices et hôpitaux du département désigné par le conseil général sur la proposition du préfet, suivant un prix de journée fixée par le préfet, d'accord avec la commission des hospices et hôpitaux. »

L'article 4 n'est qu'un mode d'exécution de l'article précédent :

« Art. 4. Les communes qui voudraient profiter du bénéfice de l'article 3 supporteront la dépense nécessaire pour le traitement de leurs malades et incurables.

» Toutefois, le département, dans les cas et les proportions déterminés par le conseil général, pourra venir en aide aux communes dont les ressources sont insuffisantes. »

L'article 5 est conçu dans un esprit de respect pour la volonté des testateurs qui lèguent tout ou partie de leurs biens aux hôpitaux et hospices, et qui ont quelque-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Il est dans la vie des hommes en général, et dans celle des feuilletonistes en particulier, des faits si bizarres, des circonstances si singulières, que la raison s'arrête étourdie et se demande avec étonnement si ces faits et ces circonstances ne sont pas le résultat d'un calcul ou les conséquences d'une combinaison adroite de l'esprit et de l'imagination.

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable.

a déjà dit Boileau, et j'ajouterai à cet argument péremptoire que les coïncidences étranges, les faits imprévus, les circonstances surhumaines qui se remarquent dans la vie du journaliste deviennent simples, naturelles et explicables, si l'on considère que le journaliste n'a de mission sur cette terre que celle de courir après l'étrange, l'imprévu et le surhumain, afin de satisfaire l'insatiable curiosité de ce monstre à mille têtes qui s'appelle le public ou l'abonné. Tel est donc le but que se doit proposer le journaliste en cette vallée de larmes, et pour mon compte si je ne réussis pas toujours à l'atteindre, il n'en faut accuser qu'une affreuse destinée qui me condamne trop souvent au terre à terre de la vie et me traite à cet égard en indigne marâtre.

Cependant à force de répéter, les poings fermés et les yeux en courroux, comme je ne sais plus quel Oreste :

Je te bénis, ô ciel ! de ta persévérance,

je fléchis ses rigueurs, et j'accroche tantôt un brochet reconnaissant, et tantôt la *vérole-infirmité* des chirurgiens de l'état-major de la garde nationale.

Pendant cette semaine le destin m'a fait les yeux doux et m'a traité en véritable favori; par deux fois j'ai été le mignon de ce maître bizarre, et sa première faveur, aussi étrange qu'imprévue, s'est manifestée à mes yeux en plein soleil, sur la place de l'Ecole-de-Médecine, sous la forme d'une lettre ouverte et déjà maculée par le contact d'une poche remplie de divers objets.

Cette lettre, que son auteur et son propriétaire me le pardonnent, j'eus la curiosité de l'ouvrir et de la lire. Elle était ainsi conçue :

« Mon cher maître et ami,

» J'ai eu l'honneur de me présenter deux fois chez vous sans avoir eu celui de vous rencontrer (*sic*). Je me détermine à vous écrire, car le temps presse, et c'est aujourd'hui que se décide l'affaire pour laquelle je voulais vous entretenir.

» Le nom illustre que je porte et mon ambition personnelle me font un devoir de poursuivre *jusqu'à la mort* une chaire de professeur. Malheureusement la chaire vers laquelle me poussent mes goûts et la spécialité de mes études est occupée par un homme qui ne me semble pas décidé à abandonner de sitôt la place; mais, comme, par le système de permutation que vous avez consacré, il m'est encore permis de jeter un regard de convoitise sur cette chaire bénie, il est avant tout essentiel que j'entre dans l'aréopage, et que je m'assoie quelque part au milieu de vous.

» Des deux chaires actuellement vacantes, et qui vont être mises au concours, celle de pathologie interne me paraît trop importante pour que vous n'y appeliez pas un homme spécial et déjà connu par des travaux importants. Evidemment, je ne suis pas cet homme.

» Reste la chaire d'hygiène, qui, à tort ou à raison, est mise au troisième rang, et à laquelle peuvent convenir toutes les spécialités; je n'en veux pour exemple que le dernier titulaire, Royer-Collard, qui, avant de s'y asseoir, avait été tour à tour chef de la division des beaux-arts au ministère de l'intérieur, et chef de division à l'instruction publique.

» Malheureusement je n'entends pas grand'chose à l'hygiène; et sans avoir fait une étude spéciale pour en occuper la chaire, il faut au moins faire preuve de quelques connaissances sur la matière.

» Je viens donc vous demander que, pour me donner le temps d'acquérir ces connaissances, vous souteniez la proposition de faire passer le concours pour la chaire de pathologie avant celui qui doit donner un successeur à Royer-Collard..... »

La lettre se terminait par l'énumération de certains services dont le récit compromettrait l'anonyme sous lequel je dois et veux cacher les acteurs de cette comédie.

Tout d'abord, faut-il le dire à ma honte? je ne compris pas la portée de cette épître. M. Fouquier étant mort quelques mois avant M. Royer-Collard, il était tout naturel de penser que la chaire du premier devait être mise au concours avant celle du second; mais j'avais compté sans les considérants des intéressés et sans les conséquences que peut avoir le système de permutation.

En effet, disait-on, la chaire de pathologie interne est la tribune la plus importante de l'enseignement; c'est là que se peuvent montrer et soutenir les doctrines et les systèmes; c'est là où se résument les principes d'une école; c'est là enfin où est la base de l'instruction médicale. Il est donc nécessaire que toute la génération actuelle prenne part à la lutte; il faut que ce concours soit le réveil de l'esprit endormi et le signal d'une activité fiévreuse et régénératrice. Pour cela faire, il importe de donner le temps de fourbir les armes et d'aiguiser les arguments. Profitons de l'heureux hasard qui met à notre disposition un autre concours, et réservons celui de pathologie interne pour une époque plus reculée, afin que la lice soit pleine de combattants sans peur et sans reproche.

D'ailleurs, ajoutaient quelques membres plus timides et qui voulaient s'abriter à l'ombre d'un semblant de légalité, la chaire de pathologie interne n'est devenue vacante qu'après celle d'hygiène; car M. Piorry n'a permuté que longtemps après la mort de Royer-Coltard.

O Escobar! toutes tes arguties ne sont pas perdues!

Ces démêlés, dont la Faculté de Paris était le théâtre, me donnèrent la clef de la lettre que j'avais si miraculeusement trouvée. Alléché par ce premier succès, je voulus savoir si l'argument contenu dans l'épître en question avait été de quelque valeur dans la décision de MM. les professeurs, et je ne tardai pas à apprendre qu'il avait suffi à lui seul pour renverser tout l'échafaudage dont j'ai tout à l'heure donné un aperçu rapide. Je dois ajouter, pour l'honneur de l'Ecole, que le *spécialiste scientifique* n'a remporté la victoire qu'à la majorité d'une seule voix.

Je ne dois pas également oublier de dire que les vaincus se frot-

fois désigné la manière dont ils entendaient que leurs fonds fussent administrés. Cet article a malheureusement le tort de ne remplir qu'incomplètement son but, ainsi que l'a parfaitement fait ressortir M. Delcbecque. Ainsi, il y a beaucoup de donataires qui n'ont pas laissé par écrit leurs volontés expresses, que la tradition seule des commissions administratives connaissait et pouvait exécuter. Ainsi, les hôpitaux de Lyon ont reçu de donataires piémontais et italiens des legs sans conditions écrites, mais uniquement parce que ces donataires savaient que leurs compatriotes trouvaient des secours dans les hôpitaux de cette grande cité. Avec l'article 5 de la loi nouvelle, les intentions de ces donataires ne seront remplies qu'autant qu'il sera bien constaté que les Piémontais ou les Italiens qui se présenteront seront bien tombés malades dans la ville.

« Art. 5. Les précédentes dispositions ne porteront aucune atteinte aux droits des communes rurales sur les lits des hospices et hôpitaux d'une autre commune, ni aux droits quelconques résultant de fondations faites par les départements, les communes ou les particuliers, qui doivent toujours être respectés. »

L'article 6 est un article important d'administration. Les excellentes réflexions présentées sur cet article par M. le ministre de l'intérieur nous obligent à en renvoyer l'examen à notre prochain numéro. Cet article n'est d'ailleurs point encore adopté. — H. de Castelnau.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Du rhumatisme.

(2e article.)

Les affections rhumatismales sont intéressantes à étudier, parce qu'elles forment un groupe *sui generis* bien limité, dont les divers éléments présentent des analogies frappantes, mais aussi des dissemblances telles qu'on serait porté à les regarder comme des maladies de nature différente, si bien que nous serons obligé à la fin de cette étude de rassembler les caractères qui montrent l'identité de nature des diverses formes dont nous aurons tracé l'histoire.

Les unes, en effet, caractérisées par des lésions fonctionnelles, peuvent être regardées comme névralgiques; d'autres, s'accompagnant de transformations organiques des tissus malades, affectent le plus souvent la forme chronique; d'autres, enfin, présentent la plupart des caractères des inflammations simples et ont une marche plus ou moins aiguë. Nous étudierons en leur temps chacune de ces formes.

Les affections rhumatismales sont essentiellement mobiles et intermittentes; ce double caractère se retrouve dans toutes les formes de la maladie. Mais l'irrégularité dans la marche et une durée des plus variables, soit en plus, soit en moins, sont aussi des phénomènes constants. Nous avons dans nos salles depuis quelques jours une femme d'un tempérament lymphatico-sanguin, qui a eu il y a trois ans une première attaque de rhumatisme qui l'a tenue pendant deux mois au lit, mais dont elle a été parfaitement guérie. Cette attaque était survenue après une nuit que pour des raisons particulières elle avait été obligée de passer, comme on dit, à la belle étoile. Depuis quelques jours, et sans cause occasionnelle appréciable, et au milieu d'un état de santé parfaite, elle est prise pendant la marche ou la station debout de douleurs atroces dans les articulations et surtout dans celles des membres inférieurs. Ces douleurs durent pendant quelques secondes, quelquefois deux ou cinq minutes, et se reproduisent jusqu'à huit ou dix fois par jour. Tout mouvement est impossible pendant qu'elles existent. Ces douleurs, du reste, sont excessivement mobiles, et se manifestent tantôt dans une articulation et tantôt dans une autre. La mobilité de ces douleurs, qui d'ailleurs ont une si courte durée, ne permet pas de penser qu'on ait affaire à une inflammation simple.

Chez quelques malades, les douleurs persistent, au contraire, pendant des mois et des années, bien qu'elles aient toujours pour origine le même principe morbifique; il y a donc une indétermination manifeste dans la durée courte ou longue des affections rhumatismales.

Ces affections, si bien déterminées dans leur nature, ont probablement aussi pour siége un tissu spécialement affecté par elles; ce tissu paraît être le tissu fibreux blanc et rouge. La contiguïté des deux espèces de fibres et leur assemblage dans les diverses parties de l'économie animale rendent difficile la solution de la question de savoir si l'un des deux est pris isolément, ou s'ils le sont au contraire simultanément et dans tous les cas. Il est probable que la pratique doit faire observer à cet égard une foule de variétés.

Dans les affections articulaires, on rencontre le plus souvent un épanchement dans la synoviale qui revêt les surfaces articulaires. Faut-il admettre que la synoviale est le point de départ de la lésion rhumatismale, ou qu'elle n'est prise que secondairement? Puisqu'il y a épanchement dans la synoviale, elle souffre. Dans les petites articulations, l'affection rhumatismale s'accompagne de tension, de chaleur et de rougeur de la peau avec une sensibilité exagérée; il y a évidemment, dans ce cas, inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Mais on ne doit pas croire, pour cela, que la maladie ait son point de départ dans ces organes; partie du tissu fibreux de l'articulation, elle s'est propagée par continuité de tissus aux organes voisins, et le peu d'épaisseur de ces couches a permis que la phlegmasie se manifestât au dehors. De même la synoviale ne paraît pas être le siége d'une inflammation primitive, et la phlegmasie, de nature spécifique du reste, qui a produit l'épanchement séreux, mais ne le transforme pas en pus, a probablement eu pour point de départ le tissu fibreux de l'articulation malade.

En résumé, la mobilité, car la maladie peut siéger partout où il y a des muscles; la *diversité de forme* en vertu de laquelle on pourrait croire avoir affaire à une névralgie, une phlegmasie simple ou une lésion organique; l'*intermittence*, et enfin le *siége* spécial dans le tissu fibreux: tels sont les caractères spécifiques des affections rhumatismales.

Suivant les organes qu'il affecte, le rhumatisme a reçu diverses dénominations: 1° rhumatisme musculaire quand il affecte les muscles; 2° rhumatisme articulaire quand il siége sur les articulations. Dans quelques cas plus obscurs, ou peut admettre que le rhumatisme se porte sur les viscères, et constitue ce qu'on appelle le rhumatisme viscéral; enfin, il est aigu ou chronique.

Les causes générales du rhumatisme sont difficiles à déterminer. Le refroidissement ou le séjour plus ou moins prolongé dans un endroit humide sont toujours celles qu'on invoque; mais dans un grand nombre de cas, ces influences sont bien accessoires. L'habitation des lieux humides serait peut-être la cause la plus importante; et cependant, nos paysans, qui sont sous ce rapport dans les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, ne sont pas plus affectés que le reste de la population. Quoi qu'il en soit, l'humidité ne produit pas le rhumatisme; il faut qu'il y ait autre chose, qui est sans doute une prédisposition personnelle, une cause inaccessible à nos moyens d'investigation et qu'on regarderait comme une espèce de principe rhumatismal. Pour le rhumatisme goutteux, par exemple, qui siége sur les petites articulations, on admet comme cause les excès de toute espèce, la bonne chère; et cependant on rencontre tous les jours des exemples qui viennent contredire cette règle accréditée d'une façon trop absolue.

La transmission héréditaire est une des causes qui ont le plus de valeur. Dans quelles proportions se fait-elle? Il est difficile de le déterminer, car elle présente quelquefois des interruptions. Toujours est-il que des individus nés de parents non rhumatisants peuvent avoir des prédispositions personnelles qui leur donnent des rhumatismes sans que pour cela on puisse accuser l'influence héréditaire. Cette influence doit être recherchée au moins du grand-père et du père rhumatisant au fils ou au petit-fils.

L'influence de l'hérédité est surtout remarquable dans la forme articulaire, peut-être parce que les autres causes ont moins d'action sur elles que sur les autres organes qui peuvent être affectés de rhumatisme.

(La suite à un prochain numéro.)

EMPOISONNEMENT

par un lavement contenant 40 grammes de camphre.

Par M. le Dr Lemaistre Florian.

M. V..., rue du Temple, n° 89, âgé de cinquante-six ans, d'une assez bonne constitution, n'ayant jamais eu d'autre maladie qu'un abcès de la fosse iliaque droite causée par la sortie d'une arête de poisson à travers les parois intestinales, éprouvait presque toutes les nuits, depuis un mois, un priapisme fort incommode. Inutilement il avait pris de fréquents bains de corps, bu de l'eau de laitue avec du lait d'amandes, cessé l'usage du café, du vin, et adopté un régime lacté, cet état d'éréthisme persistait sans s'amender, lorsqu'il se décida à réclamer les secours de la médecine. Entre autres prescriptions qui lui furent faites, se trouvait l'injection suivante, destinée à être introduite et conservée dans le rectum, après avoir nettoyé cet intestin à l'aide d'un lavement d'eau commune, le soir avant de se mettre au lit. — Décocté de têtes de pavot, 125 grammes; thridace, 40 centigrammes; camphre, 40 centigrammes; jaune d'œuf, quantité suffisante.

Au lieu d'envoyer l'ordonnance chez son pharmacien, M. V... lui fit demander 40 grammes de camphre, qu'il mit lui-même en suspension dans un verre d'eau de pavot. A peine se fut-il administré ce demi-lavement, qu'une sensation de froid piquant, suivie d'alternatives de chaleur et de refroidissement, se fit sentir dans le bas-ventre au niveau du sacrum, et se propagea avec la rapidité de l'éclair aux régions lombaires, dans toute la longueur de l'échine jusqu'à la nuque, et enfin envahit tout le corps. Presque aussitôt des vertiges, des hallucinations grotesques du sens de la vue, une excessive fréquence du pouls, de l'accélération et de la gêne dans la respiration, des vomissements, du ténesme urinaire, et une grande faiblesse apparurent successivement dans l'ordre indiqué, en moins de deux minutes.

Tel est l'exposé qu'on me soumit à neuf heures et demie, le 25 février, lorsque j'arrivai près du malade. Une demi-heure s'était écoulée depuis l'ingestion du camphre, et tous les symptômes signalés persévéraient avec une intensité croissante, se compliquant d'un délire tout à fait exhilarant. La peau, couverte d'une sueur visqueuse, sans odeur, était glaciale au toucher; la langue, large et tremblottante, participait à ce refroidissement général. La physionomie, profondément altérée par l'affaissement des traits, par la pâleur du visage, par l'aspect terne des yeux, par la fixité du regard et par la dilatation soutenue des pupilles, frappait aussi l'attention. Les battements des artères brachiales étaient précipités, filiformes, et les contractions du cœur évidemment incomplètes produisaient au palper l'effet d'un mouvement vermiculaire, sans choc ni impulsion, mais à la fois profond et accéléré. Interpellé avec force et insistance, M. V... échappe pour ainsi dire un moment à la pression toxique, parvient à dominer le trouble des fonctions intellectuelles, et répond, sans tourner la tête ni mouvoir les yeux, qu'il éprouve un malaise indéfinissable dans la région précordiale, qu'il a très froid, et qu'il se sent irrésistiblement entraîné au sommeil. A sa réponse succèdent des vomissements de matières aqueuses, colorées en jaune, d'une odeur prononcée de camphre et interrompus par des intervalles de prostration lipothymiques avec résolution absolue des membres. C'est en vain que le corps avait été couvert de serviettes chaudes et de sinapismes, la peau ne s'était pas réchauffée, la sensibilité s'affai-

---

tent joyeusement les mains depuis huit jours, et que, montrant la liste fort courte des candidats inscrits pour le concours de pathologie, ils raillent leurs adversaires et chantent sur tous les tons leur perspicacité et leur pronostic. Au fait, et eu égard à l'époque, beaucoup de gens ont cru que cette liste n'était qu'un poisson d'avril.

Hélas! je viens d'écrire trois mots qui doivent être bien durs à certaines oreilles et bien indigestes pour certains estomacs: poisson d'avril! Vocables mille fois plus terribles que le *Mane thecel phares* du festin de Balthazar! Faut-il dire les tortures et les humiliations dont vous avez rempli le cœur et le ventre de cinq de nos confrères? Je devrais me taire, je le sais, devant une pareille infortune et acclamer l'abomination de la désolation. Mais vraiment, puis-je me condamner au silence? Considérez, mes maîtres, que si je ne remplis pas les six colonnes de ce feuilleton, ma conscience me crie racca, le rédacteur en chef me boude, le prote me prend en pitié, et l'abonné..... ah! je frémis à la seule pensée de ce qu'il peut dire de moi. De plus, je ne puis m'aliéner le hasard qui me traite aujourd'hui en enfant gâté, et vraiment je dois me contenter de vous demander pardon de ma liberté grande et vous assurer, comme fiche de consolation, que vous avez été battus par des gens d'esprit et surtout..... d'un terrible appétit.

Dans la dernière semaine du mois de mars entrait, à Paris, une caisse soigneusement clouée, à l'adresse de M. X..., docteur-médecin, et portant sur une de ses faces ces mots très lisiblement écrits: *Fragile; produits pharmaceutiques.* Cette étiquette était une ruse pour tromper l'œil vigilant de la police, car elle renfermait un faisan magnifique qui, vu la loi sur la chasse, n'avait le droit ni de courir les grands chemins, ni d'entrer à Paris.

Aussitôt en possession de son trésor, notre confrère, que son amour de la gastronomie a depuis longtemps mis en rapport avec les principales cuisines de la capitale, courut chez les Frères Provençaux, et ayant fait appeler le maître: — J'ai reçu, lui dit-il en empruntant le langage de Brillat-Savarin, un faisan digne d'être servi à des anges, s'ils voyageaient encore sur la terre comme du temps de Loth. — Vous êtes capable, M. le docteur, répondit le cuisinier, de remplacer convenablement les anges. — J'espère que mes convives s'en feront gloire, ce sont quatre médecins. — Diable! interrompit le restaurateur, se rappelant la *Physiologie du goût.*

Le faisan fut examiné avec la plus minutieuse attention, et, après avoir constaté qu'il fallait quelques jours encore pour qu'il fût arrivé à *son point*, on décida, avec la précision mathématique que possède l'odorat des gastronomes, que le moment le plus favorable serait mardi passé, qui, par une simple coïncidence, se trouvait être le 1er avril. La carte fut dressée séance tenante, et je laisse à penser tout ce qui devait accompagner *un faisan à son point, piqué en toupet, gisant sur une rôtie travaillée à la Sainte-Alliance!!!*

L'amphitryon de ce superbe festin est un candidat du concours actuellement ouvert à la Faculté de médecine; ses convives, on l'a peut-être déjà présumé, étaient quatre juges pour qui une séance chez les Frères Provençaux a certainement plus de charmes qu'une séance du plus beau concours scientifique.

Il ne m'est pas permis de sonder la pensée de l'ordonnateur de la fête; je me dois borner à raconter les faits.

Eu égard à certaines convenances professionnelles, l'heure du repas fut fixée à sept heures du soir.

Heure fatale! heure maudite! Je ne sais par quel indiscret Asmodée un des rivaux de l'Amphitryon fut instruit de l'existence et de la destinée réservée au faisan, toujours est-il que cet homme, dont le cœur est logé dans le ventre, non-seulement conçut une pensée infernale, mais encore l'exécuta.

Le jour du festin, vers midi à peu près, le restaurateur reçut par un commissionnaire une lettre qui le priait d'avancer l'heure du dîner et de tenir le faisan prêt pour cinq heures, un des convives ayant une opération chirurgicale à faire à sept heures.

Le cuisinier se conforma à cet ordre signé par le héros de la fête.

A quatre heures et demie, nouvelle missive annonçant que l'Amphitryon lui-même est forcé d'aller voir sans retard un riche client à Passy et portant invitation de servir à dîner aux convives et l'expression du doux espoir d'arriver à temps pour le faisan.

A cinq heures précises, les convives se présentent: le dîner ne peut attendre, le cuisinier serait déshonoré, l'ordre du maître est d'ailleurs formel, il faut se mettre à table.

En moins de deux heures, les bourrées de truffes du Périgord, les pâtés de foie gras de Strasbourg, les carpes du Rhin, les asperges, le faisan, tout était défloré! Tout était dévoré! Pantagruel et Gargantua n'eussent pas fait mieux! Mais, hélas! parmi ces nobles membres de l'*Académie de la gueule* vous eussiez vainement cherché un membre de l'Académie de Médecine! Prodige étrange! les quatre juges du concours qui se devaient asseoir à ce banquet digne des anges étaient remplacés par quatre combattants du même concours!

Au dessert, après que le dernier champagne frappé eut été vidé, on demanda de l'encre et du papier, et conseil fut tenu touchant le contenu de la lettre qui devait être laissée à l'Amphitryon. Diverses opinions étaient débattues, quand tout à coup l'un des convives, s'emparant vivement de la plume, écrivit en capitales au milieu de la feuille de papier ces mots qu'accueillit un hourah universel: POISSON D'AVRIL!

Un quart d'heure après la salle était vide, mais jonchée de débris de toutes sortes.

A sept heures, les véritables convives arrivèrent, l'Amphitryon en tête..... Hélas! la plume me tombe des mains et les pleurs me voilent les yeux! Ainsi que dans une oraison funèbre, l'émotion m'empêche de continuer. . . . . Félix Roubaud.

Les cours de remplacement faits par les agrégés à l'École de Médecine pendant le semestre d'été commencent cette semaine. Ont été désignés par la Faculté, M. Fleury, pour l'*hygiène* (les mardi, jeudi, samedi, à une heure); M. Sapey, pour la *clinique chirurgicale* (tous les matins à l'hôpital des Cliniques); M. Voillemier, pour la *pathologie chirurgicale* (les lundi, mercredi et vendredi, à trois heures); M. Henri Roger, pour la *pathologie médicale* (les mardi, jeudi, samedi, à trois heures). M. Voillemier traitera, pendant ce semestre, des *maladies chirurgicales du tube digestif*, et M. H. Roger, des *maladies de l'enfance*.

blissait de plus en plus, la respiration devenait haletante, embarrassée; tout enfin annonçait que la vie était près de s'éteindre.

Dans l'espoir de satisfaire à toutes les indications, on eut recours immédiatement au traitement qui suit :

1° Lavement avec séné, 20 grammes; sulfate de soude, 50 grammes; eau, 500 grammes;

2° Toutes les cinq minutes, un tiers d'un mélange composé de : vin de Beaune chaud et sucré, 250 grammes; alcoolé simple de cannelle de Ceylan, 8 grammes; laudanum de Sydenham, 3 grammes;

3° Frictions incessantes avec des flanelles imprégnées d'eau distillée chaude de graines de moutarde, 90 grammes; alcoolé de romarin, 60 grammes; ammoniaque liquide, 6 grammes;

4° Tamponnements répétés avec l'eau bouillante à l'épigastre et dans la région du cœur; sinapismes sur les coude-pieds, autour des poignets, entre les épaules; repassage le long de la colonne vertébrale avec des fers chauffés et recouverts de flanelle.

L'action de ces divers moyens sur l'économie ne se manifeste qu'à dix heures et demie, trois quarts d'heure après leur application. Des selles nombreuses, liquides et saturées de camphre se déclarent; bientôt le pouls perd de sa fréquence; le calibre des artères se remplit graduellement, et les pulsations ne tardent pas à se dessiner d'une manière rassurante; puis le visage, moins abattu, moins altéré, s'anime par degrés; le regard perd de sa fixité et annonce que le malade prend part à ce qui se passe autour de lui. Les vomissements s'éloignent; la respiration, plus large, moins laborieuse, se ralentit, et le retour gradué de la chaleur coïncide avec une modification dans la sueur, qui tend à devenir halitueuse et prend l'odeur du camphre.

Attendu cet amendement favorable dans les symptômes, à partir de onze heures le vin composé n'est plus donné que par cuillerées à soupe toutes les dix minutes; les frictions, les tamponnements, les sinapismes sont interrompus à minuit; la tendance aux lipothymies n'existe plus; les vertiges, les hallucinations ont cessé. M. V..., qui n'a plus la langue froide ni tremblottante, a repris la faculté d'appréciation, parle sans être provoqué, exprime un sentiment d'inquiétude, et, en proie par instants à une espèce de terreur, supplie qu'on ne le laisse pas s'endormir.

On abandonne le vin laudanisé; 225 grammes d'hydrolé de café mélangé avec 75 grammes de rhum lui sont administrés par cuillerées à soupe dans l'espace d'une heure et demie.

Dès que ce breuvage est terminé, les vomissements s'arrêtent complétement; il n'est plus question de ténesme urinaire; le pouls tombe à 70; les contractions du cœur se rapprochent du rhythme normal et l'état général continue à s'améliorer.

A deux heures et demie du matin, la situation du malade ne laissant plus de préoccupation sérieuse, on abandonne l'usage du grog au rhum et au café pour le remplacer par une limonade vineuse cinamomée et coupée avec l'eau minérale de Seltz.

Le 26, à neuf heures du matin, M. V... ne se plaignait plus que de chaleur, de pesanteur à la tête et de lassitude générale. On lui fit prendre un bain avec addition d'acide acétique, et huit affusions sur la tête avec de l'eau à température décroissante lui furent données pendant la durée du bain.

Au sortir du bain, un sommeil paisible durant trois heures fit disparaître ces derniers malaises, et deux bouillons et un potage furent prescrits.

La nuit suivante fut bonne, et le 27 février il ne restait plus aucune trace notable de cet empoisonnement qui avait inspiré de si justes alarmes. Quant au priapisme, non-seulement il n'a pas reparu, mais il a fait place à une espèce d'aphrodysie durant plusieurs semaines.

Il n'est pas à ma connaissance que semblable quantité de camphre (40 grammes) ait été ingérée dans les voies digestives. La publication des phénomènes pathologiques qu'elle a déterminés, et qui ont été scrupuleusement reproduits, pourra peut-être ajouter quelque chose à ce que l'on sait déjà sur l'action de ce médicament. Sédatif, calmant par excellence pour les uns; excitant, tonique, phlogistique pour les autres, il n'est qu'un puissant hyposthénisant pour l'école italienne. Pour nous, la comparaison des expériences sur les animaux et des faits cliniques connus nous porte à croire que la médication du camphre n'a rien d'absolu; qu'elle peut, comme celle de bien d'autres médicaments, offrir les formes les plus opposées, se modifier en raison des conditions individuelles, physiologiques ou morbides, et surtout en raison des proportions dans lesquelles il est administré. Cette manière de voir, que je crois rationnelle, expliquerait, si elle est fondée, la divergence des opinions.

Du reste, chez notre malade, l'action produite par le camphre s'est montrée évidemment hyposthénisante : l'abaissement de la température, la prostration générale, la résolution des forces musculaires, qui ont été les phénomènes dominants, justifient cette idée que confirme l'effet neutralisant de l'alcool et du café. L'accélération du mouvement circulatoire elle-même pourrait être considérée comme le résultat de l'anxiété hyposthénique.

Quoi qu'il en soit, la promptitude avec laquelle se sont développés le refroidissement et les troubles fonctionnels du cerveau autorise à supposer que le début des symptômes d'empoisonnement appartient à l'absorption du camphre, et qu'il résulte de l'intoxication directe et immédiate du système nerveux dont les extrémités se trouvaient plongées dans le milieu toxique. Sans fausser les idées physiologiques généralement admises, cette opinion peut, ce me semble, être soutenue avec avantage. Sans doute les veines subissent facilement l'imbibition et le sang entraîne avec une si grande vitesse les éléments vénéneux, que l'absorption est devenue, pour beaucoup de personnes, la seule voie conductrice des poisons; mais, quelque rapide qu'ait été sa marche dans la circonstance actuelle, il est probable qu'un effet morbide a devancé celui qui lui est propre. Cet effet, inhérent pour ainsi dire à l'action locale, s'est évidemment produit sur l'axe cérébro-spinal et sur les ganglions du grand sympathique par l'intermédiaire des nerfs et avec l'instantanéité du fluide électrique; tandis que l'imbibition et le transport par la circulation ne sont venus qu'après coup ajouter à l'intoxication primitive, en saturant les organes par l'afflux des molécules toxiques.

Du reste, dans les empoisonnements analogues à celui qui fait le sujet de cette observation, il nous paraît aussi important de combattre le refroidissement que de faire évacuer et de neutraliser, s'il est possible, le poison. Aussi, près de M. V..., avons-nous mis la plus grande activité dans l'emploi des moyens de calorification, sans toutefois négliger ceux destinés à remplir les autres indications. Ce qui se passe dans le choléra, où le danger s'est toujours montré en raison directe du refroidissement, nous a guidé dans cette voie, convaincu que, si la chaleur accumulée à la surface du corps ne sauve pas tous les malades, elle diminue du moins les chances de mort. Les expériences n'ont-elles pas prouvé qu'une dose de poison suffisante pour tuer un animal dont la température s'abaisse sans obstacle peut rester impuissante si la chaleur de cet animal est artificiellement maintenue au degré naturel ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 mars 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Hydrorachis. Injection iodée. Guérison.

M. Chassaignac présente à la Société un enfant âgé de cinq mois, portant à la partie inférieure de la colonne vertébrale les traces d'un hydrorachis guéri par les injections iodées. Cet enfant fut porté à l'hôpital au mois de janvier dernier. Déjà il avait été soumis à l'examen de M. Dubois, qui devait tenter quelque chose pour sa guérison, mais qui avait été arrêté par la difficulté de donner à ce dernier une nourrice convenable. Quand M. Chassaignac vit l'enfant, il était chétif. La tumeur qu'il portait à la partie inférieure de la colonne vertébrale avait le volume d'un œuf à grand diamètre vertical; la peau était amincie, transparente. On sentait une fluctuation évidente; la pression ne diminuait pas le volume de la tumeur; les cris de l'enfant lui donnait au contraire une certaine tension. Craignant une rupture prochaine, M. Chassaignac se décida à faire une injection iodée le 14 janvier dernier. Deux cuillerées de liquide citrin furent évacuées de la poche formée par l'hydrorachis, et une injection à partie égale de teinture d'iode et d'eau fut faite dans la tumeur, le pouce d'un aide étant préalablement placé sur le pédicule de la tumeur afin de prévenir toute pénétration de l'injection dans le rachis. Après cette opération, des bandelettes de diachylum furent appliquées sur le siége du mal. Pendant environ six semaines la tumeur resta à peu près avec son volume primitif. L'injection paraissait avoir échoué, quand elle se mit enfin à revenir sur elle-même et à disparaître. Actuellement l'enfant ne porte plus que des traces de sa tumeur, et le rachis offre encore un écartement correspondant au pédicule de celle-ci. Depuis l'opération la santé de l'enfant est bonne. Les mouvements des membres inférieurs sont normaux.

M. DEBOUT. Le fait de M. Chassaignac n'est pas unique dans la science, et tout récemment il a vu M. Velpeau pratiquer une injection iodée dans des circonstances analogues à celles où s'est trouvé notre confrère. Ce professeur, se fondant sur les nombreuses expérimentations et l'absence de toute inflammation du péritoine lorsqu'il pratiqua des injections iodées dans des sacs herniaires ou des hydrocèles congénitaux, crut devoir agir de la même façon sur un enfant de cinq mois affecté d'hydrorachis. Deux injections furent, à trois semaines d'intervalle, poussées dans le sac, sans amener le moindre accident.

M. LENOIR. Le traitement mis en usage par M. Chassaignac ne peut être qu'exceptionnel. En effet, en dehors des conditions où se trouvait l'enfant traité par notre collègue, l'opération eût été irrationnelle. Ici la tumeur a un pédicule fort étroit; peut-être même ce dernier était-il oblitéré. Supposez au contraire le pédicule perméable, et alors vous vous trouverez dans les conditions analogues à celles du chirurgien qui opère une hydrocèle congénitale. Qu'on ne dise pas que les injections iodées pratiquées dans des sacs herniaires sont inoffensives; ne sait-on pas qu'Auguste Bérard, en pratiquant une injection iodée dans ces circonstances, vit son malade succomber à une péritonite ?

M. GUERSANT attache une grande importance au fait rapporté par M. Chassaignac; lui-même a fait un certain nombre d'opérations de ce genre, mais toujours sans succès. Il désirerait que M. Chassaignac fît revenir l'enfant à la Société de Chirurgie. Ici le fait n'est pas douteux, la tumeur a disparu, mais il reste une division anormale du rachis. Il faut voir ce que cette anomalie va devenir si la tumeur ne se reproduit pas,

M. DANYAU a vu un certain nombre d'hydrorachis. Dans tous ces cas, la peau était mince, transparente, comme épidermique au centre, et présentait tous ses caractères à la circonférence. La pression exercée sur celle-ci amène quelquefois des convulsions. D'après la description même donnée par M. Chassaignac, M. Danyau se demande si notre confrère n'aurait point eu affaire à un kyste plutôt qu'au *spina bifida*.

M. CHASSAIGNAC répond à M. Lenoir qu'avant la tentative qu'il vient de faire il partageait toutes ses appréhensions. Il n'a été porté à agir que par la crainte de la mort prochaine de cet enfant et par cette circonstance de la possibilité d'empêcher le liquide de l'injection de pénétrer dans le rachis. D'ailleurs, il espérait que l'injection iodée ne développerait point d'inflammation vive. Pour ce qui est des objections faites par M. Danyau, M. Chassaignac fait observer que M. Dubois, qui avait vu l'enfant avant-hier, n'avait eu aucun doute sur la nature de la maladie. Revenant alors sur les caractères assignés plus haut à la tumeur, il conclut à la guérison d'un véritable hydrorachis obtenue par une injection iodée. Suivant le désir de M. Guersant, l'enfant sera de nouveau présenté à la Société.

M. DEMARQUAY. Les conditions anatomiques de la tumeur opérée par M. Chassaignac rendent compte du succès qu'il a obtenu. En effet, cette dernière est située à l'extrémité inférieur du rachis formé par le cul-de-sac méningien qui existe dans ce point. Aucune portion du système nerveux n'entre dans sa composition; elle est pédiculée, et ce pédicule peut être comprimé par la pulpe du doigt. On comprend parfaitement qu'une injection iodée ne pénétrant pas dans le rachis, et amenant là une exsudation plastique plutôt qu'une véritable inflammation, l'enfant ait guéri sans accident.

M. LARREY rappelle que M. Laborie a publié dans les *Annales de la Chirurgie* un travail spécial sur l'hydrorachis, et tracé les indications qui peuvent permettre de recourir au traitement chirurgical, en considérant la mobilité de la tumeur, sa transparence et la structure normale de la peau comme des caractères favorables à l'opération. Or ces caractères semblaient réunis chez l'enfant que M. Chassaignac vient de présenter à la Société.

Voici le résumé de son travail; l'hydrorachis peut être opéré :

1° Si l'enfant paraît bien constitué et si la tumeur est unique;

2° Si la tumeur est pédiculée;

3° Si la peau qui revêt la tumeur est complétement formée et qu'elle ne soit point ulcérée, et si à travers la peau on reconnaît une transparence uniforme de la tumeur;

4° Si la pression exercée sur tous les points de la tumeur ne détermine que peu ou point de douleurs;

5° Si les mouvements imprimés à la douleur sont indolores;

6° Si la tumeur est franchement fluctuante.

Au contraire, il faudra s'abstenir :

1° Quand l'enfant présente quelque autre vice de conformation;

2° Quand la tumeur présente une base très large, surtout verticalement;

3° Quand la peau qui revêt la tumeur est incomplétement formée et ulcérée;

4° Quand la tumeur paraît très sensible à la pression, et surtout quand cette sensibilité se révèle énergiquement lorsqu'on exerce la pression sur la partie la plus saillante de la tumeur;

5° Quand on ne peut faire exécuter à la tumeur aucun mouvement sans déterminer de la douleur;

6° Quand la fluctuation se perçoit inégalement et qu'elle arrive d'une manière plus immédiate au doigt de l'observateur, si on cherche à la reconnaître au sommet de la tumeur.

M. BOINET. L'opinion qui arrête la plupart des chirurgiens dans l'emploi des injections iodées est une opinion que je crois fausse; c'est l'opinion que ces injections développent des inflammations. Eh bien! jamais ces injections ne développent d'inflammation suppurative; s'il n'y a pas pénétration d'air, elles amènent l'épanchement d'un liquide séreux plus abondant, qui avec le temps est repris par l'absorption, sans laisser aucune adhérence dans les membranes séreuses.

M. MARJOLIN. Si les injections iodées ne déterminent point d'inflammation, comment alors expliquer la rougeur qui survient dans les enveloppes du testicule, le gonflement et l'état douloureux de cette glande? Ne sait-on pas que plusieurs fois les injections iodées ont amené la formation du pus dans les parties où elles ont été faites même avec grand soin ?

M. LARREY. Je ne voudrais pas m'écarter du point de départ de cette discussion, ni du sujet spécial qui s'y rattache; mais, puisque la question des injections iodées vient de se reproduire, elle me permet de soumettre une remarque à la Société.

Tous les chirurgiens, sans doute, sont intéressés, dans leur pratique, au succès des injections d'iode, et, pour ma part, j'en ai déjà fait un assez fréquent usage; mais l'avenir de cette méthode thérapeutique pourrait bien ne pas réaliser tout ce qu'elle promet encore à présent. Déjà même divers accidents seraient à signaler, si on pouvait en réunir les observations éparses.

Nous savons, par exemple, que notre honorable collègue M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de-Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. Il est permis d'en douter pour quelques cas au moins; et il y a à craindre, malgré toutes les précautions prises, soit la formation nouvelle de l'abcès par congestion; soit l'aggravation elle-même du mal vertébral, et sa terminaison mortelle par la suppuration colliquative ou par l'altération profonde des tissus. Tel a été le sort de deux malades observés par nous au Val-de-Grâce, tel sera peut-être celui de quelques autres observés ailleurs, si on n'apporte pas une grande réserve dans l'emploi de cette médication, quels que soient d'ailleurs ses avantages.

M. FORGET. Au point où en est arrivée cette discussion et d'après ce qui a été dit, il semblerait que les injections iodées fussent appelées à guérir partout et toujours, et qu'elles dussent être à l'abri des accidents communs à la plupart des autres méthodes de traitement. Je ne puis croire que telles soient les prétentions de ceux qui la préconisent, et notamment de M. Boinet; l'infaillibilité n'est dévolue à aucune des puissances thérapeutiques dont nous faisons usage. Qu'on cesse donc de promettre et d'espérer des préparations iodées plus qu'elles ne peuvent donner; il arrivera pour elles ce que nous voyons se produire pour tous les autres agents curatifs, c'est-à-dire qu'elles guériront dans certains cas, et que, dans d'autres, elles échoueront; c'est là la loi commune à laquelle l'expérience a prouvé qu'elles n'ont pas le privilége de se soustraire.

Revenant sur le fait communiqué par M. Chassaignac, je m'associe, dit M. Forget, aux vues pratiques si bien exposées par M. Lenoir. Il serait dangereux de généraliser l'emploi des injections iodées au traitement du spina-bifida, surtout en se fondant sur un fait dans lequel le diagnostic anatomique n'est pas à l'abri de toute contestation. En effet, M. Danyau a déjà fait observer que les caractères extérieurs de la tumeur ne semblaient pas avoir été ceux qu'il a constamment observés chez plusieurs enfants atteints de cette maladie. En outre, M. Chassaignac a dit qu'en comprimant la tumeur il n'avait pas vu qu'elle diminuât sensiblement de volume, ce qui n'aurait pas manqué s'il y avait eu une communication bien évidente entre elle et la cavité arachnoïdienne. Peut-être, ajoute M. Forget, cette communication, réelle primitivement, avait-elle déjà cessé par le fait d'une oblitération spontanée et antérieure à l'injection, auquel cas celle-ci eût porté sur un véritable kyste; l'extrême étroitesse du cercle osseux limitant le pédicule de la tumeur tend à justifier cette manière de voir, et, de la sorte, on s'expliquerait l'innocuité de l'injection dont le liquide n'aurait pas pénétré dans le canal rachidien.

M. DEMARQUAY. M. Forget, en combattant M. Boinet à propos des avantages très grands qu'il trouve dans les injections iodées et de l'innocuité de ces dernières, a rappelé la pratique de M. Blandin dans les derniers temps de sa vie et fait appel à mes souvenirs. Je dirai à cet égard que ce chirurgien n'était pas très partisan des injections iodées : il ne les rejetait pas, mais il ne trouvait pas que dans le traitement de l'hydrocèle elles eussent la supériorité sur les injections vineuses; il a fait des essais comparatifs sur des malades affectés de double hydrocèle; je l'ai vu injecter d'un côté de la teinture d'iode et de l'autre du vin; et, quant au résultat final, il m'a paru être le même.

Relativement à l'innocuité de ces injections, je dirai que je ne

partage en rien l'opinion de M. Boinet. J'ai été témoin de plusieurs faits qui prouvent, au contraire, qu'elles peuvent amener des accidents sérieux. Il y a cinq ou six ans, j'allai aider M. Blandin dans une opération d'hydrocèle double qu'il devait pratiquer au général P.... M. Blandin lui avait déclaré qu'il n'éprouverait aucune douleur, qu'il ne ferait point d'injection vineuse, mais une injection iodée, qui amènerait également la guérison sans avoir aucun des inconvénients du vin. Quelques injections faites par lui à l'hôpital avaient été en effet presque sans douleur. Une certaine quantité de teinture d'iode, dans la proportion de 60 grammes de teinture pour 40 grammes d'eau, fut poussée dans la tunique vaginale. Mais à peine le liquide avait-il pénétré qu'une douleur vive se manifeste dans les bourses, le cordon testiculaire et se répand dans toute la cavité abdominale. Bien que le malade ne portât aucune hernie et qu'une compression bien faite eût été exercée à l'orifice externe du canal inguinal, nous crûmes un instant au passage du liquide dans la cavité péritonéale. Eu effet, il survint immédiatement après cette injection une décoloration et une altération profonde des traits, le corps se couvrit de sueur froide et visqueuse, le pouls devint petit, filiforme; il survint des nausées, des vomissements avec un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Cette scène, qui nous inquiéta vivement, dura deux heures environ, et tout rentra dans l'ordre.

Je citerai encore un fait qui prouve que les injections iodées peuvent dans certaines circonstances amener les mêmes accidents que les injections vineuses.

Il y a dix-huit mois, j'ai vu un chirurgien distingué pratiquer une injection iodée dans la tunique vaginale; le liquide passa en partie dans le tissu cellulaire des bourses; une gangrène survint, et bientôt les deux testicules furent dépouillés de leur enveloppe naturelle; il fallut une opération autoplastique ingénieuse, comme ce chirurgien sait en faire, pour recouvrir les testicules de son malade. En rapportant ces faits, je n'ai point la prétention de combattre les injections iodées, mais de prémunir; si je le puis, certains esprits contre des illusions que des revers viendraient sûrement dissiper.

— M. Danyau présente un placenta qui offro plusieurs dispositions remarquables.

Bien que ce placenta appartint à un enfant solitaire, il se composait de deux lobes presque égaux, réalisant ainsi la disposition normale du placenta de l'espèce singe. Ces deux lobes étaient distants l'un de l'autre par un intervalle de trois travers de doigt rempli par les membranes.

Le cordon est implanté sur la circonférence du lobe le plus grand; à partir de ce point d'insertion, les vaisseaux destinés au lobe le plus petit s'écartent les uns des autres et gagnent dans l'épaisseur des membranes la circonférence de la masse placentaire dans laquelle ils doivent se distribuer. C'est au milieu de ces vaisseaux et dans l'intervalle qu'ils laissent entre eux que les membranes se sont rompues pendant le travail, mais de manière qu'aucune branche artérielle ou veineuse n'ait été intéressée : aussi l'enfant est-il né vivant. Cette disposition des vaisseaux dans les membranes, dont Benckiser a signalé les dangers quand la rupture de la poche amniotique a lieu précisément au niveau de cette distribution anormale, n'expose cependant pas toujours aux conséquences fâcheuses que l'élève du professeur Naegelé a fait connaître. Le cas présenté par M. Danyau n'est pas le seul où les vaisseaux aient été ainsi épargnés. Mais il est remarquable par la présence tout autour de l'ouverture des membranes d'un cercle de vaisseaux artériels et veineux formant une sorte d'ourlet très saillants.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Cour d'appel de Bruxelles.

Droit international. — Tromperie sir la nature de la chose vendue. — Contrefaçon du Rob de Boyveau-Laffecteur. — Trois mois de prison, etc.

(Audiences des 6, 7, 8, 20, 21 et 22 février 1851.)

La cour d'appel a consacré six audiences à une cause qui intéresse au plus haut degré le commerce français dans ses relations avec l'étranger. La question était celle-ci : Peut-on, soit en Belgique, soit ailleurs, tromper l'acheteur sur la nature d'une chose vendue à l'aide de fausses étiquettes et marques de fabrique, et accessoirement par d'autres moyens, quels qu'ils soient, servant de complément à la fraude? Cette question vient d'être résolue avec l'indépendance qui est inséparable de la justice dans tous les pays. Il s'agissait du *Rob de Laffecteur*. Ce médicament jouit, en Belgique, d'une grande réputation. En 1847 et 1848 ce remède avait été prohibé, attendu que, par les matières saccharines qu'il contient, il devenait passible d'une loi de douane sur les sucres; mais un arrêté du 22 mars 1849 leva cette prohibition; il put alors entrer librement en Belgique, et des commandes eurent lieu pour l'approvisionnement de la pharmacie centrale de l'armée belge. De tels priviléges accordés à un produit étranger exaltèrent le génie industriel de la contrefaçon. Mais il survint des accidents; des plaintes furent déposées. Le ministère public s'en émut, et des poursuites furent dirigées d'office contre un pharmacien de Bruxelles, M. Brunin-Labiniau. Ce procès jetta le trouble dans le camp des aspirants contrefacteurs, et une seule maison, dans la crainte d'être poursuivie, consentit à annuler trois ou quatre cents bouteilles, tant pleines que vides, de Rob de Boyveau-Laffecteur. Le procès contre Brunin eut son cours. Le prévenu invoqua en sa faveur des jugements et des arrêts rendus dans des affaires analogues, et fit arriver des experts qui vinrent critiquer les expertises ordonnées par le parquet de Bruxelles; il invoqua la discussion académique du 28 décembre 1850. Mais à côté des attaques de MM. Pasquier, Seutin et Lombard, il y eut l'apologie la plus complète du Rob de Laffecteur, et il suffira de mentionner les discours de MM. Cunier, Marinus, Fallot et Vleminckx. Le président de l'Académie, qui est en même temps inspecteur général du service de santé de l'armée belge, produisit, dans la discussion, treize observations de guérisons recueillies en 1850 dans les hôpitaux militaires de la Belgique. Ces observations sont publiées textuellement dans le *Bulletin de l'Académie*; nous les reproduirons dans un de nos prochains numéros; elles prouvent que le Rob a réussi là où les autres méthodes avaient échoué.

Voici comment s'est exprimé à ce sujet M. Orts fils, membre de la chambre des représentants, un des défenseurs du prévenu devant la cour royale :

« Dans ces circonstances était-il vrai, oui ou non, que Brunin-Labiniau ait contrefait le Rob, ainsi que les étiquettes, griffe, bouteilles, etc. ?

» Il a employé des moyens indélicats pour faire croire qu'il avait le remède préparé par Giraudeau, et là est son crime.

» Si de ce chef il y a un reproche à adresser à quelqu'un, ce n'est pas à Brunin qu'il doit remonter, mais au gouvernement belge; oui, messieurs, au gouvernement belge! Veuillez, messieurs, m'accompagner jusqu'au ministère des finances, et vous y acquerrez d'irréfutables preuves que, si culpabilité morale il y a, par votre arrêt vous avez déclaré qu'il n'y a pas culpabilité dans le sens de la loi; si dis-je, culpabilité morale il y a, c'est à notre gouvernement qu'il faut l'attribuer, car il ne fait que demander à ses agents consulaires de lui faire parvenir les marques et estampilles de l'étranger, et il engage vivement nos fabricants à venir les imiter; il leur en fournit les moyens, afin de les apposer ensuite sur leurs produits, de manière à faire croire à l'acheteur par ces estampilles de contrebande « qu'il achète réellement des produits ve» nant de l'étranger. Est-ce là une tromperie sur la nature de la » marchandise? Nullement, messieurs, et je pense, comme le gou» vernement, que l'on peut bien faire cela sans commettre une ac» tion indigne d'un honnête homme! Aussi, je prétends que si » Brunin a fait cela il n'a usé en définitive que de ce qu'il est per» mis de faire dans le commerce. Sa manière de faire a été très » loyale; je la considère comme un acte de légale et libre concur» rence.

» Quoi qu'il en soit, on connaît cet adage : « La loi permet tout » ce qu'elle ne défend pas. » Or la contrefaçon des étiquettes, ca» chets, timbres, etc., des fabricants étrangers n'est pas défendue : » c'est ce qui a été jugé par le tribunal correctionnel de Bruxelles » le 23 avril 1847, par la cour d'appel le 15 janvier 1848, et enfin » par la cour de cassation le 20 mars 1848, et ce dans l'intérêt de » l'industrie indigène. »

La plaidoierie de M. Orts a été reproduite dans les mémoires de Brunin et dans la *Gazette des Familles* du 23 mars 1851.

M. Keymolen, avocat général, a répliqué en ces termes :

« En octobre 1849, Brunin désignait sa pharmacie comme le » seul dépôt du Rob de Boyveau-Laffecteur, et ici je fais une re» marque, c'est que je trouve singulier que tous ceux qui préten» dent connaître la composition de ce remède n'en fabriquent pas; » nul ne dit que c'est du Rob de Laffecteur préparé dans telle ou » telle pharmacie; on dit qu'il est préparé par Giraudeau, ou l'on » use de retenue pour tromper l'acheteur. Voilà ce qu'a fait Brunin » en faisant croire dans les annonces que le Rob qu'il vendait était » du docteur Giraudeau. A-t-il dit qu'il était composé par lui? » Non, et l'homme de bonne foi a dû croire que le Rob vendu par » Brunin était tiré de Paris, où réside le propriétaire de la formule.

» Que vendait Brunin? La démonstration est facile à cet égard; » on vous prouve d'abord qu'il vendait plus de bouteilles qu'il n'en » achetait chez Giraudeau; qu'il faisait fabriquer des bouteilles » avec des étiquettes contrefaites. Et quoique cette imitation de mar» ques de fabrique ne tombe pas sous l'application de la loi pénale, » c'est du moins un acte indigne d'un honnête homme. Cette trom» perie sur la marchandise a toujours un caractère odieux; elle » est surtout odieuse quand elle s'attaque aux remèdes mêmes qui » devraient rendre la santé à l'homme, et qui, en supposant qu'ils » n'aient fait aucun mal, ont empêché au moins les malades de se » guérir. Nous requérons la confirmation du jugement, tant pour » la condamnation de Brunin à un an de prison, que pour les in» térêts à payer aux parties civiles. »

« Vu par la cour l'acte d'appel interjeté le 17 juillet par M. le » procureur du roi et par Brunin-Labiniau, pharmacien, au juge» ment rendu le 13 juillet, qui le condamne à une année de pri» son, deux cents francs d'amende, aux frais du procès taxés à neuf » cent deux francs, aux dépens taxés à deux cent trente-neuf francs » et à quinze cents francs de dommages et intérêts envers les par» ties civiles, déclare la condamnation à l'amende, aux dommages» intérêts et aux frais exécutable par la voie de la contrainte par » corps, ledit Brunin-Labiniau prévenu d'avoir, à Bruxelles, dans » le courant de 1849, vendu à plusieurs personnes sous le nom de » *Rob de Boyveau-Laffecteur*, un remède secret, et annoncé par af» fiche le débit de ce remède, trompé les acheteurs sur la nature » de la marchandise vendue, en vendant à diverses personnes un » liquide médicamenteux qu'il a fait passer pour le véritable Rob » Boyveau, et qui n'en était pas;

» Ouï le rapport de M. le conseiller Van Mons, entendu les té» moins cités :

» Attendu qu'il résulte de l'instruction que ce n'est point un Rob » de Boyveau-Laffecteur quelconque, mais bien celui préparé et » mis dans le commerce par le docteur Giraudeau de Saint-Gervais » que les plaignants ont entendu acheter; que cela est d'autant » moins douteux, que le prévenu s'étant annoncé comme unique » dépositaire de ce remède, le seul véritable, disait-il, et avait mis » en œuvre les moyens les moins délicats pour donner le change, » à cet égard, aux acheteurs, et les induire en erreur;

» Attendu qu'il est constant qu'il a vendu aux parties civiles et » autres du Rob autre que celui prémentionné, et qu'entre ces deux » Robs il a été signalé des différences notables par les experts » nommés par la justice;

» Attendu que ces faits tombent sous l'application de l'art. 423 » du Code pénal, qui punit le fait de tromper l'acheteur sur la na» ture de la chose vendue;

» Par ces motifs, émendant et statuant à nouveau, condamne » Brunin-Labiniau à cinquante francs d'amende, à six cent vingt» cinq francs de dommages-intérêts, à trois mois de prison, à tous » les frais et dépens de première instance et d'appel.

» Ainsi fait et prononcé en audience publique de la Cour d'ap» pel séant à Bruxelles, le samedi 8 mars 1851. »

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution; mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 42. — JEUDI 10 AVRIL 1851 (24e ANNEE.) N° 42. — JEUDI 10 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 9 AVRIL 1851.

L'importance du fait qu'on va lire, et qui a été présenté hier à l'Académie par M. Danyau, nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro nos réflexions sur la séance, ainsi que celles que nous avons à faire sur la seconde partie de la loi sur les hôpitaux et hospices.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS

constituant un obstacle invincible à l'accouchement, opérée avec succès. Accouchement heureux probablement pour la mère et pour l'enfant, à la suite de cette opération;

Par M. DANYAU, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien adjoint de la Maternité.

Je viens communiquer à l'Académie une observation de tumeur fibreuse développée dans la paroi postérieure du col utérin, reconnue pour la première fois au moment même du travail de l'accouchement, dont le volume était assez considérable pour obstruer presque complétement l'excavation pelvienne et rendre la parturition absolument impossible, et qui a pu être enlevée en totalité par énucléation, de manière à rendre ensuite très facile l'extraction du fœtus.

Je communiquerai aujourd'hui le fait brut, sans commentaires, sans réflexions, sans rapprochements aucuns. Si j'ai, dès cette séance, demandé la parole, c'est pour faire voir fraîche encore, la tumeur que je vais mettre sous vos yeux. Je prends l'engagement, non-seulement de faire connaître ultérieurement le résultat définitif, quel qu'il soit, de l'opération que j'ai pratiquée, mais encore d'offrir à l'Académie un travail plus complet et moins indigne d'elle à l'occasion du fait dont je vais avoir l'honneur de l'entretenir.

Dans la nuit de jeudi à vendredi dernier, je fus mandé par M. le docteur Beaumetz auprès d'une dame demeurant rue Basse, à Passy, dont l'accouchement présentait des difficultés insolites. A mon arrivée, vers trois heures du matin, j'appris de mon honorable confrère que sa cliente, âgée de 31 ans, déjà mère de trois enfants, dont elle était accouchée naturellement, avait eu ses règles pour la dernière fois du 5 au 9 août; qu'elle était devenue enceinte du 10 au 15; qu'elle avait, par conséquent, dépassé le septième mois et demi de sa grossesse; que depuis trois semaines elle avait presque constamment perdu un peu de sang par la vulve. J'appris en outre que depuis 40 heures les membranes étaient rompues; que l'écoulement du fluide amniotique, très abondant tout d'abord, avait ensuite continué de temps en temps jusqu'au début du travail; que les contractions utérines s'étaient manifestées et se succédaient assez régulièrement depuis cinq heures, s'accompagnant d'une perte de sang médiocre, mais qui se renouvelait à chaque douleur; enfin, que depuis une époque voisine de la rupture des membranes, les mouvements de l'enfant n'avaient plus été perçus par la mère.

L'exploration vaginale, à laquelle je procédai ensuite, me fit reconnaître des dispositions étranges, dont je ne pus me rendre compte qu'en redoublant d'attention. Le doigt rencontrait tout d'abord une tumeur volumineuse occupant la presque totalité de l'excavation pelvienne; au-devant de cette tumeur, la lèvre antérieure mince et aplatie, entre elles deux un trajet de 5 à 6 centimètres de long, conduisant à l'orifice interne de l'utérus, qui était dilaté en forme de croissant à concavité postérieure, et offrait 3 à 4 centimètres d'étendue transversale; enfin, au niveau de cet orifice, un petit pied qui ne pouvait s'y engager, et dont on ne touchait que la rangée des orteils; mais point de placenta, comme on aurait pu le croire d'après la perte qui se manifestait pendant les contractions utérines. De lèvre postérieure, il n'y avait point de vestige, ou plutôt c'était la lèvre postérieure elle-même qui était démesurément renflée, et formait la tumeur dont je viens de parler.

J'en avais eu l'idée tout de suite, et bientôt ma conviction devint entière lorsque, avec ma main libre ayant imprimé quelques mouvements au fond de l'utérus, j'eus reconnu qu'ils se communiquaient à la tumeur faiblement sans doute, mais pourtant d'une manière évidente, et exactement d'ailleurs comme la même manœuvre en communique à l'orifice dont on cherche pendant le travail à corriger la déviation. Autrement cette tumeur paraissait immobile et pour ainsi dire enclavée dans le bassin; il était impossible de la soulever, impossible de l'attirer en bas, impossible de la mouvoir seule à droite ou à gauche. Elle descendait fort au-dessous de la lèvre antérieure du col, se recourbait en arrière, remplissant en grande partie la concavité du sacrum, où le toucher rectal la faisait encore mieux reconnaître. En ce sens, elle semblait atteindre et dépasser même l'angle sacro-vertébral. En avant, elle n'était distante de la symphysienne pubienne que de 2 à 3 centimètres; quant à ses limites supérieures, elles ne pouvaient être reconnues. Toute la paroi postérieure du col était certainement envahie, mais il était impossible de dire si la tumeur s'étendait ou ne s'étendait pas à la paroi postérieure du corps. Cette tumeur n'était point bosselée; elle paraissait régulière et assez exactement arrondie; sa consistance générale était très ferme; seulement tout le long de la paroi postérieure de la cavité du col utérin, c'est-à-dire à la face antérieure de la tumeur et même un peu à sa partie inférieure, le tissu, au moins superficiellement, était mou, inégal, presque fongueux. En avant, en bas, en arrière, partout où le doigt pouvait être porté la pression ne déterminait aucune douleur.

Cette tumeur s'était développée à l'insu de la malade, chez laquelle aucun dérangement menstruel antérieur à la conception n'en avait révélé la présence, qui n'avait pas cessé de se bien porter, dont le teint était excellent, dont les traits n'étaient nullement altérés et qui seulement, moins grasse et moins fraîche à cette grossesse qu'aux trois précédentes, s'était aussi sentie un peu plus fatiguée et avait éprouvé des douleurs de reins plus fortes et plus prolongées. J'ajouterai que cette tumeur s'était probablement développée très rapidement; car la malade avait été examinée à six semaines de grossesse par M. Récamier, qui n'avait reconnu qu'un peu de gonflement du col et quelques granulations.

Je crus pouvoir conclure de tous les renseignements que j'avais recueillis et de l'exploration très attentive à laquelle je m'étais livré que nous avions très probablement affaire à un énorme corps fibreux développé dans la lèvre postérieure du col utérin. M. Beaumetz partagea mon avis.

Quant à la conduite à suivre, trois partis se présentaient :

Devait-on, pouvait-on abandonner ce cas grave aux seules ressources de la nature? Bien que dans un cas analogue cité par madame Lachapelle le fœtus, putréfié, ramolli, eût franchi à la longue le passage étroit qui restait et que la femme se fût rétablie, la chance paraissait ici bien incertaine, et d'ailleurs dans beaucoup d'autres cas l'issue avait été fatale. Le rôle de spectateur impassible nous eut paru bien coupable.

Un second parti ne me paraissait pas beaucoup meilleur. Pouvait-on songer à pratiquer l'opération césarienne, cette extrême et triste ressource? Pourquoi? Pour extraire un enfant dont la mère ne sentait plus les mouvements depuis longtemps et dont la mort nous était attestée par l'absence absolue des pulsations fœtales? Restait un dernier parti et ce fut celui auquel je m'arrêtai. Si cette tumeur était véritablement une tumeur fibreuse, ne serait-il pas possible de l'énucléer? L'énucléation faite, tout obstacle disparaissait, et l'accouchement devenait possible par les voies naturelles. En tout cas, j'espérais pouvoir en enlever une assez grande partie pour me faire un passage par lequel je parviendrais de façon ou d'autre à extraire le fœtus.

Avant de rien entreprendre, pour donner dans un cas si grave toutes les garanties possibles à la malade et à sa famille et diminuer en même temps la responsabilité que nous allions assumer, je proposai, ce qui fut accepté avec empressement, que M. le professeur P. Dubois fût prié de nous apporter le concours de ses lumières et de sa vaste expérience. Le rendez-vous eut lieu le vendredi soir à cinq heures. M. Dubois constata toutes les dispositions que je viens de faire connaître et partagea l'avis que j'avais émis relativement au parti à prendre. Vingt-quatre heures d'attente nous parurent l'extrême limite qu'il ne fallait pas dépasser malgré le bon état de la malade, et le rendez-vous fut fixé pour l'opération au lendemain samedi à quatre heures du soir.

Dans l'intervalle de ma première visite à la consultation, les douleurs avaient presque cessé; mais elles reprirent ensuite et continuèrent de la manière la plus fatigante et sans résultat jusqu'au moment de l'opération.

M. Dubois avait bien voulu promettre d'assister à l'opération, et je comptais beaucoup sur l'encouragement que sa présence nous donnerait à tous. Malheureusement il fut empêché au moment même, et ce fut à notre grand regret que nous dûmes nous priver de ses lumières. La malade était fatiguée, sa figure était rouge, le pouls à 112, le ventre légèrement sensible dans toute son étendue; l'opération ne me parut pas devoir être différée. M. le docteur E. Blanche voulut bien s'adjoindre à nous et m'assister conjointement avec M. Beaumetz dans les différentes manœuvres.

FEUILLETON.

NOTICE

sur les hôpitaux de Londres,

Par M. A. CHEVALLIER fils.

(Suite. — *Voir* les numéros du 15 mars et 3 avril.)

Médecins et pharmaciens.

Les médecins des hôpitaux de Londres ne reçoivent aucun traitement; mais ils ont en revanche des élèves qui, pour apprendre la médecine, leur donnent une rétribution qui s'élève bien au-dessus de celle que l'administration des hôpitaux de Paris peut offrir aux praticiens. Cette rétribution donne le droit à l'élève d'étudier dans le service du médecin auquel il s'est attaché. Les médecins sont indépendants les uns des autres et maîtres absolus dans leur service.

Les médecins les plus anciens sont dits médecins consultants, c'est-à-dire que dans les cas graves ils sont appelés par leurs confrères qui veulent avoir un avis sur le traitement à employer. Les médecins anglais n'ont jamais plus de 50 malades à traiter, sauf dans les cas d'épidémie. Ils sont assistés par un interne ayant le titre de médecin *adjuvant*.

Le médecin ne fait pas de service tous les jours, car il est remplacé par le médecin adjuvant, dont il vient en général contrôler trois fois par semaine le mode de traitement.

Le médecin a un jour de consultation et d'admission par semaine. En recevant le malade, il indique la nature de la maladie et la salle où il doit être placé.

Il traite aussi les maladies externes, et il suit ce traitement à l'aide d'une feuille sur laquelle se trouvent indiquées les prescriptions précédentes, feuille que le malade externe doit rapporter à chaque visite sous peine de renvoi de la consultation.

Internes. — Les internes ou médecins adjuvants doivent être reçus licenciés du Collége médical de Londres. Ils logent à l'hôpital et payent une pension de 1,200 fr. pour frais de logement et de nourriture. Ils font la visite et traitent les malades sous la surveillance du médecin.

Elèves externes. — Le nombre des élèves externes varie beaucoup dans chaque service, car les élèves payent au médecin par mois une somme qui varie selon la réputation du médecin; ils tiennent surtout à suivre un médecin en renom.

Le pharmacien dépend des médecins; mais il a droit lui aussi à des honoraires, qui lui sont payés par les élèves attachés à chaque service. Ce pharmacien paye son logement et sa nourriture. Chaque pharmacien est tout à la fois pharmacien et chirurgien. Il fait conjointement avec les élèves externes les saignées, mais tous deux ne peuvent commencer les saignées qu'après avoir prouvé leur habileté au médecin.

Service des salles.

Le service médical des salles se fait généralement de midi à une heure.

Le service matériel est fait par des femmes séculières, qui sont désignées sous le nom de *matrones* et de *servantes*. La matrone dirige et commande aux servantes qui sont sous sa dépendance; elle-même est sous la direction d'une *matrone-chef*. Ces femmes doivent avoir de trente à quarante ans. Elles sont généralement douces et patientes avec les malades. La matrone et ses aides sont chargées de faire prendre les remèdes ordonnés.

La matrone présente au médecin la pancarte du malade, sur laquelle il inscrit chaque jour depuis son entrée le traitement qu'il a suivi.

Dans quelques hôpitaux, les prescriptions sont inscrites sur un registre.

La matrone suit le médecin tout le temps de la visite pour entendre les explications données par lui sur l'administration des médicaments qu'il prescrit.

Elle est entièrement sous la dépendance du médecin, dont la moindre plainte pourrait la faire remplacer.

Les salles sont toutes parquetées. Le couchage se compose d'un lit en fer, d'une paillasse, d'un matelas, d'une couverture de laine brune, de deux draps et d'un oreiller extrêmement exigu.

Dans les hôpitaux rentés, on trouve à la tête du lit une tringle en fer présentant la forme ovoïde allongée et supportant deux rideaux qui garantissent le malade de l'air; mais ces rideaux n'entourent que la moitié du lit.

La ventilation des salles a lieu par des vasistas placés en haut et en bas.

On fait le nettoyage des salles le matin vers huit heures et demie. Ce mode de faire laisse aux malades un repos souvent très nécessaire. Il serait à désirer qu'on fît de même en France, car nous avons entendu bien souvent des malades se plaindre de ce qu'on les privait de sommeil, parce que le nettoyage des salles commence à cinq heures du matin.

La direction de chaque hôpital est confiée à des administrateurs annuels, qui acquièrent le titre d'administrateur par les donations qu'ils ont faites ou par de fortes souscriptions.

Dans les hôpitaux rentés, les administrateurs sont nommés par le parlement.

Comptes-rendus.

Les hôpitaux rentés ne publient pas leurs recettes ni leurs dépenses, mais ils font des mémoires qu'ils présentent au parlement et à la reine quand on le demande.

Les hôpitaux par souscription publient leurs comptes, qui sont remis aux gouverneurs et aux souscripteurs.

Les works-houses font des mémoires qui sont remis à la paroisse d'où elles dépendent.

Nous donnons ici un exemple de l'emploi des fonds dans les hôpitaux de Londres en 1849 et 1850.

Dépenses et recettes en général de King's College.

	LIV. ST.	SCHIL.	PENC.	FR.	C.
Viande.	667	18	0	16,699	50
Pain et farine. . . .	237	10	0	5,937	50
	906 £	8 s.	0 p.	22,637 f.	0 c.

La malade fut placée sur une commode recouverte d'un matelas et maintenue par deux aides dans la position qu'on donne aux femmes pour les opérations obstétricales importantes. J'introduisis l'index et le médius de ma main gauche en pronation à travers la vulve, le vagin et le col utérin jusqu'à l'orifice interne ; avec la main droite, je glissai jusqu'à cet orifice un bistouri à garde avec lequel je fis sur la partie antérieure et supérieure de la tumeur une incision ; la présence du périnée m'empêcha d'abaisser assez le poignet pour la prolonger tout de suite jusqu'en bas. Une bonne palette de sang veineux s'écoula. L'index et le médius de la main droite, portés au niveau de l'incision, opérèrent à droite et à gauche un commencement d'énucléation. J'augurai bien tout de suite des résultats. Je m'attachai aussitôt à énucléer la partie inférieure de la tumeur, après quoi je pus continuer avec des ciseaux, jusqu'à l'insertion du vagin, l'incision commencée avec le bistouri. La tumeur, déjà assez largement mise à nu, fut ensuite énucléée dans une plus grande étendue avec les doigts de la main droite et ceux de la main gauche portés successivement dans tous les sens. De fortes pinces de Museux, implantées dans des parties de plus en plus élevées de la tumeur, l'attiraient de plus en plus en bas et facilitaient l'action de mes doigts à une hauteur de plus en plus grande. Un moment arriva où la tumeur, assez abaissée pour commencer à s'engager dans la vulve, la remplissait si exactement que mes doigts ne pouvaient plus pénétrer. Je dus faire écarter à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, et faire dans la tumeur, obliquant d'arrière en avant et de droite à gauche, une section qui la sépara presque en deux parties égales ; l'introduction des doigts redevint possible ; leur action, combinée avec les tractions des aides et les efforts même de la femme, nous permit d'extraire enfin en totalité la tumeur que je vais mettre sous vos yeux.

Je portai ensuite ma main jusqu'à l'orifice interne, où je trouvai, non-seulement le pied dont nous avions déjà constaté la présence, mais encore la tête et une main. Il s'agissait donc d'une présentation du sommet avec une double procidence. Je saisis le pied, le fis descendre sans peine, mais ne pus engager le siége qu'après avoir fait en arrière trois petits débridements sur l'orifice interne qui résistait, n'ayant prêté ni pendant la grossesse, ni pendant le travail. Le tronc glissa ensuite sans peine ; les bras et la tête furent dégagés sans difficulté. Le placenta s'étant engagé tout de suite, j'en fis l'extraction immédiatement. L'enfant mort, et dont l'épiderme enlevé par places annonçait déjà un commencement de putréfaction, avait bien le volume d'un enfant de près de huit mois. L'opération, supportée avec beaucoup de résignation, de calme, de courage, avait duré un peu plus de trois quarts d'heure.

La malade fut reportée dans son lit ; trois doses de seigle ergoté furent données pour assurer la rétraction de l'utérus, et une potion calmante administrée ensuite. Trois jours se sont écoulés depuis l'opération. Il n'est pas survenu depuis lors le plus léger accident. Les lochies coulent régulièrement, pas plus abondantes que de coutume, sans odeur particulière. Le ventre est souple et indolent. Le pouls est resté à peine fréquent, de 78 à 90; la peau fraîche, le sommeil bon.

La tumeur que je mets maintenant sous les yeux de l'Académie a toutes les apparences du corps fibreux de l'utérus. Elle n'a point encore été examinée au microscope. Elle pèse 650 grammes. Son grand diamètre a 15 centimètres ; sa largeur et son épaisseur, à peu près égales, sont de 0m,095. Elle a une forme un peu conique ; sa grosse extrémité est tournée en bas; l'autre, un peu plus petite, correspondait au niveau de l'orifice interne, ou peut-être même s'engageait dans la partie inférieure de la paroi postérieure du corps de l'utérus. Je pense qu'elle était un peu obliquement placée et comme couchée dans l'excavation. L'aspect lisse de toute sa surface ne laisse pas de doute sur l'énucléation complète.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Du rhumatisme.

(2e article.)

(Suite. — *Voir* le numéro du 8 avril.)

Nous avons observé dernièrement un cas de rhumatisme articulaire qui vient à l'appui des idées que nous avons émises sur l'influence héréditaire ; nous allons le résumer.

Le 14 mars 1851, il est entré, au n° 4 de la salle Sainte-Agnès, un jeune homme, coiffeur de son état, qui raconte que ce n'est pas la première fois qu'il est pris des douleurs qui l'amènent à la clinique. A l'âge de dix-sept ans, c'est-à-dire il y a deux ans à peu près, il fut affecté de douleurs vives limitées aux articulations des pieds; il suppose que des bains froids de rivière trop souvent répétés (jusqu'à trois fois par jour) et trop longtemps prolongés (une heure chaque fois), et à une époque de l'été encore peu avancée, sont la cause occasionnelle de ces douleurs. Une application de sangsues et des frictions sèches le débarrassèrent en huit jours de cette première attaque.

Avant cette époque, sa santé avait été habituellement assez bonne; seulement, pendant son enfance, il a dû avoir une affection grave de l'articulation coxo-fémorale gauche, car le membre inférieur de ce côté est resté plus grêle et plus court que celui du côté opposé.

Il a eu dès son bas âge ce qu'il appelle la respiration courte et des palpitations de cœur après une marche rapide ou longtemps prolongée. Il ne sait pas dire si les palpitations précèdent l'oppression qu'il éprouve dans ces circonstances, ou si elles lui succèdent. De bonne heure, il a eu l'habitude de la masturbation, qu'il a conservée jusqu'à seize ou dix-sept ans, époque à laquelle il a commencé à voir des femmes et il a fait quelques excès en ce genre. Il n'a du reste jamais fait abus de boissons.

Mais si, comme on le dit, les excès en tout genre ont de l'influence sur le développement du rhumatisme, il y avait ici une cause bien plus directement active, c'est l'influence héréditaire : son père et son grand-père avaient été rhumatisants.

Dans l'intervalle de la première attaque à l'apparition des douleurs actuelles, le malade s'est toujours bien porté ; il ressentait bien de temps à autre un peu d'engourdissement dans les membres, ce qui l'obligeait à mouvoir les articulations ainsi affectées, mais il n'a pas éprouvé de véritables douleurs.

Le début de la maladie actuelle remonte au mercredi 12 mars. Cette fois, pas de cause occasionnelle apparente. Déjà depuis plusieurs jours le malade avait le matin les doigts des pieds un peu gonflés, mais il pouvait néanmoins mettre sa chaussure et vaquer à ses occupations habituelles. Mais le mercredi matin le gonflement des orteils, plus considérable, était un peu douloureux; il put encore marcher une partie de la journée, mais vers le soir il fut obligé de s'arrêter: les douleurs étaient devenues plus vives, et occupaient comme le matin les deux malléoles, et le tarse et le métatarse du côté gauche.

Dans la nuit suivante, le malade eut de l'insomnie, et le pied droit et le genou droit devinrent douloureux. Dans la journée du jeudi, les mouvements de flexion de la colonne vertébrale étaient gênés.

Le vendredi, troisième jour, les mêmes parties restaient douloureuses, et l'épaule droite, le genou gauche et la hanche droite le devenaient aussi. Il est à remarquer que dans ces cas, comme c'est du reste la règle, non-seulement les douleurs existantes s'exaspèrent la nuit, mais encore c'est l'époque de l'apparition des nouvelles.

Apporté à l'hôpital sur un brancard, le malade présente le matin, samedi 15 mars (quatrième jour), l'état suivant : les deux pieds sont malades; rougeur de la largeur de la paume de la main vers la malléole interne droite, un peu moins large sur la malléole interne gauche. Un peu de rougeur aussi sur le tarse et le métatarse des deux pieds. Les deux genoux sont tuméfiés, et laissent constater la présence d'une assez grande quantité de liquide dans leur intérieur, un peu plus à droite qu'à gauche.

Quelques crachats striés de sang sans importance, et paraissant venir de la gorge ; dans la poitrine, deux ou trois bulles humides disparaissent après quelques inspirations. La selle est libre, le cœur bat normalement, seulement son impulsion est faible, et on pourrait avoir le soupçon d'un léger bruit de souffle au premier temps, que nous serions porté à rapporter plutôt à une lésion des valvules urétrales qu'à un emphysème, qui, s'il existe, est dans tous les cas très limité. Le pouls bat 112 pulsations par minute. Une saignée de deux palettes, des cataplasmes émollients, la tisane de chiendent nitré et la diète: tels sont les premiers moyens employés.

Les jours suivants, la maladie marche normalement, les pieds deviennent de moins en moins douloureux ; mais déjà, le 16, le poignet et la main droite se prennent, et le 17, le pouls étant à 108, on croit devoir prescrire une seconde saignée de deux palettes, qui est couenneuse comme la dernière.

Le 18, le poignet gauche étant très rouge, très douloureux et fortement tuméfié, on continue le même régime, en ajoutant dix sangsues appliquées sur le poignet gauche.

Le 21, quelques douleurs se manifestaient dans l'épaule gauche, plus tard dans l'épaule droite; mais les phénomènes s'amendent de plus en plus dans les articulations primitivement affectées ; et bien qu'il survienne par trois fois un peu de délire pendant la nuit, et que l'emploi d'une nouvelle saignée et d'un léger laxatif soit jugé nécessaire, le malade ne ressent plus dans les articulations que de la gêne ; le liquide épanché dans les genoux se résorbe progressivement, et actuellement (premiers jours d'avril) tout fait espérer un rétablissement complet très prochain.

On le voit, dans le cas que nous venons de rapporter, la cause occasionnelle est nulle, et l'influence héréditaire est la seule à laquelle on puisse rapporter les faits observés.

J. L.

HOPITAL BEAUJON. — M. Bouvier.

Note sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle par un diverticule de l'iléon.

(Communiquée à l'Académie de Médecine.)

S'il est un sujet grave, digne des méditations et des études du médecin comme du chirurgien, c'est assurément cet étranglement intestinal caché dans les profondeurs de l'abdomen, si promptement et si fatalement mortel sous les yeux même de l'homme de l'art, impuissant à prévenir une terminaison qu'il prévoit, dont il suit les approches sans pouvoir le conjurer.

Il y a quatre-vingt-dix-sept ans, à pareille époque, c'était dans le carême, un homme, après avoir mangé beaucoup de légumes, dit Moscati, est pris d'iléus et meurt en cinq jours. On l'ouvre, et on trouve un diverticule de l'iléon faisant deux fois le tour d'une portion d'intestin à laquelle il n'adhérait que par son extrémité. Un fait semblable vient de se produire dans mon service de l'hôpital Beaujon ; en voici l'observation, recueillie avec soin sous mes yeux par M. Vassor, interne distingué des hôpitaux :

Obs. — *Inflammation chronique du tissu cellulaire péri-utérin ; étranglement interne ; péritonite suraiguë. Mort.*

Legagneur (Julie), âgée de vingt-quatre ans, couturière, demeurant à Montmartre, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 37, le 21 mars 1851.

D'un tempérament lymphatique, à peau décolorée, cette jeune fille a présenté de bonne heure des signes de chlorose. La menstruation, quoique s'étant établie difficilement à l'âge de dix-huit ans, continue sans interruption, mais avec de

Report. . . .	906 £	8 s.	0 p.	22,637 f.	0 c.
Lait.	137	1	6	3,426	85
Bière	151	5	4	2,711	45
Fromage	90	18	6	2,273	10
Epiceries	49	14	5	1,243	0
Pommes de terre et lég.	52	0	7	1,300	70
Orge.	1	1	11	27	35
Poisson.	17	14	2	442	70
Objets divers, etc. . .	6	15	4	169	15
	1411	15	9	35,301	30
Dépenses domestiques.					
Blanchissage. . . .	195	19	5	4,899	25
Charbon et bois. . .	159	14	10	3,094	50
Savon, chandelle, huile.	44	8	18	1,110	40
Gaz.	97	10	0	2,457	50
Glace, linceul. . . .	8	15	3	2,219	05
Quincaillierie. . . .	31	13	0	791	25
Laine, toile p. matelas.	100	8	4	2,510	40
Fournitures diverses. .	11	14	4	292	90
	450	3	0	18,163	25
Pharmacie.					
Médicaments. . . .	437	6	11	10,933	10
Herbes.	15	18	3	397	80
Instruments	87	6	4	2,182	10
	133	7	6	3,334	35
Glace.	12	4	10	306	0
Esprit-de-vin. . . .	61	9	6	1,536	85
Bière et esprit. . . .	290	14	0	7,267	50
Carbonate de soude. .	1	10	4	27	90
Farine de lin et mout. .	25	17	6	456	85
Choses diverses . . .	19	9	10	486	25
Gages et salaires. . .	1,047	7	0	26,183	25
Commiss. de l'acheteur.	45	9	0	1,127	25
	1,092 £	16 s.	0 p.	27,320 f.	0 c.

Réparations.					
Charpentier	17	6	3	332	80
Maçon.	47	4	6	1,180	60
Plombier.	17	19	6	349	35
Peintre et glacier. . .	17	9	11	337	35
Serrurier.	24	17	0	621	25
Poseur de gaz. . . .	6	4	4	130	60
	130	1	8	3,252	05
Objets imprimés.					
Actes et lettres. . . .	108	10	4	2,718	90
Liv. saints, avertissem.	75	1	6	2,876	85
Poste.	12	5	4	301	65
	195	17	2	3,896	35
Objets divers.					
Bons à payer. . . .	16	6	4	377	90
Imprimés	9	11	0	238	75
Nourriture des hommes.	17	15	0	343	75
Nourriture des femmes. .	14	1	3	351	55
Collage d'affiches. . .	2	0	0	50	0
Horloger.	1	11	0	38	75
Ramoneur	3	0	0	75	0
Objets divers.	23	1	0	676	25
Malades externes. . .	7	7	0	183	75
A payer sur 1845. . .	765	16	0	19,145	0
— sur 1847. . .	514	11	11	12,864	85
Sur le banquier. . . .	161	16	4	4,045	40
	1,538	11	2	38,340	55
Résumé.					
	1,411	19	9	35,301	30
	650	3	8	18,163	25
	1,031	6	0	27,033	50
	1,192	16	0	27,320	0
	130	1	8	8,252	05
	4,418 £	7 s.	0 p.	116,070 f.	0 c.

Report. . . .	4,418 £	7 s.	0 p.	116,070 f.	0 c.
	195	17	2	3,896	35
	1,538	11	2	38,340	55
	6,150	14	9	158,307	00
Recettes.					
Donations.	2,511	10	8	62,502	50
Inscriptions.	1,340	6	0	33,507	50
1/5 paiem. de S.-Clém. .	300	0	0	7,500	0
Sermons.	36	14	7	967	50
A King's College. . .	26	2	10	677	10
A St-Wedast	56	0	6	1,400	60
A Saint-Georges Society Darmouth-Blackeaster. .	624	1	5	15,601	75
Frais de l'église . . .	19	2	11	478	80
Reste de 1848. . . .	385	11	8	9,639	55
Legs.	39	19	0	998	75
Billets à ordre	516	4	4	14,405	40
Dimin. sur les bâtisses.	6	8	0	160	0
	690	5	11	14,757	10
	1,640	8	1	39,960	80
Donations de 1849. .	4,364	10	6	137,151	10
Souscriptions. . . .	1	12	5	39	50
Legs	37	19	0	998	75
Donations.	6	8	0	160	0
	4,409	9	11	138,349	35
Surplus de cote d'établissement pour 1849. .	148	5	3	3,706	55
Pour les années suiv. .	380	4	4	9,405	10
	528	9	7	15,111	65
A recevoir.					
Diverses donations. .	690	5	11	17,257	35
Souscriptions . . .	161	16	4	4,445	40
	852 £	1 s.	19 p.	21,302 f.	75 c.

(La fin à un prochain numéro.)

alternatives de plus ou de moins dans la quantité de sang, jusqu'au moment où elle devint enceinte.

Elle est accouchée à terme d'un premier enfant vivant dans le courant de janvier dernier. Le travail ne présenta rien de particulier, et aucune complication ne s'était montrée pendant la grossesse. Au bout de dix jours, cette femme, dont les lochies coulèrent assez mal, put cependant reprendre ses travaux; mais sa santé ne se rétablit pas parfaitement. Elle ne tarda pas à ressentir dans le ventre quelques douleurs paraissant siéger exclusivement dans la fosse iliaque droite, avec pesanteur dans la région lombaire, alternatives de constipation ou de diarrhée. Ces divers symptômes allant toujours croissant, la malade se décida à entrer à l'hôpital le 21 mars dernier.

Pâle, amaigrie, présentant un souffle à double courant dans la région carotidienne, n'offrant rien de particulier dans les bruits ni dans le rhythme du cœur, elle dit cependant éprouver des palpitations à la moindre fatigue. Elle se plaint de coliques quelquefois assez violentes dans l'abdomen; le ventre n'est pas douloureux à la pression, même dans la fosse iliaque droite où la palpation fait reconnaître la présence d'une tumeur.

Les organes thoraciques sont sains; la malade ne tousse pas; le pouls est normal; la peau a la température ordinaire; constipation depuis trois ou quatre jours.

Par le palper abdominal, on constate que la tumeur qui existe dans la fosse iliaque droite est superficielle et paraît avoir au moins le volume du poing; elle est très dure, bosselée, mobile; elle ne paraît pas dépasser la ligne médiane à gauche. La peau qui la recouvre glisse parfaitement sur elle, et n'est ni chaude ni douloureuse; une pression même assez forte de la main ne provoque qu'une très légère souffrance, que la malade dit ressentir profondément quand, embrassant la tumeur des deux mains, on lui imprime des mouvements de latéralité. Les mouvements de bas en haut sont plus bornés que les précédents.

Le doigt introduit dans le vagin permet de constater que le col est très élevé et sain en apparence, quoique encore un peu mou. Des mouvements imprimés de bas en haut sur le col sont communiqués à la tumeur *et vice versâ*. Aucune saillie anormale n'existe dans le vagin; seulement on trouve un peu en avant et à droite du col, à peu près à l'origine de celui-ci, une saillie lisse, dure et non douloureuse, faisant corps avec la tumeur extérieure.

Par le toucher anal, on sent parfaitement le col et le corps de l'utérus.

Le spéculum fait voir une suppuration verdâtre assez abondante s'échappant du col, avec rougeur du vagin, sans granulation ni de celui-ci ni du col, qui n'est que difficilement atteint.

M. Huguier, ayant constaté les caractères précédents et ayant vu de plus par l'introduction de son hystéromètre que l'utérus offrait une capacité normale, que l'axe de cet organe est très légèrement dévié à droite, déclare que la tumeur n'est pas formée par l'utérus, qu'elle a son siége très probablement dans le ligament large et qu'elle n'appartient pas à l'ovaire.

On s'arrête pour le diagnostic à une inflammation chronique dans le ligament large droit ou dans le tissu cellulaire péri-utérin.

La malade n'allant pas à la garde-robe depuis quelques jours, on lui prescrit le lendemain de son entrée (22 mars) une bouteille d'eau de Sedlitz, qui amena trois selles et un peu de soulagement dans les coliques; des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur la tumeur et la malade fut mise à un cinquième de portion; eau de Seltz.

Le 26 mars, aucun symptôme nouveau ne s'étant manifesté jusque-là, la malade se plaint de la réapparition de quelques coliques, que l'on attribue aux explorations faites à plusieurs reprises tant à travers l'abdomen que par le vagin. Un bain simple calme ces coliques et la défécation s'accomplit régulièrement.

Le 28, la malade demande et obtient un second cinquième de portion. Elle est gaie et peut rester levée une partie de la journée.

Le 30 et le 31, deux selles un peu diarrhéiques; pas de garde-robe le 1er avril.

Le 2 avril au matin, l'état de la malade est fort satisfaisant; à son déjeuner, on lui donne des pommes de terre, qui ne sont pas digérées et qu'elle vomit vers deux heures, ainsi que tout ce qu'elle a pris le matin. Elle ressent quelques coliques, des nausées dans le reste de la soirée; elle fait diète le soir; à la visite du soir, elle présente un état légèrement fébrile; elle n'a pas eu de garde-robe.

La nuit est assez calme; pas de nouveau vomissement, pas de selle; quelques coliques assez vives; le ventre est douloureux, la peau légèrement chaude; le pouls un peu plus fréquent qu'à l'ordinaire. — Diète absolue; cataplasme laudanisé; sinapismes.

Les coliques continuent pendant la journée et deviennent plus violentes. A quatre heures du soir, vomissement d'une assez grande quantité de matières grumeleuses jaunâtres, d'odeur fortement stercorale. Le ventre est très douloureux, chaud, un peu ballonné; les yeux sont cerclés de noir, la face cholérique, le pouls misérable. — Onctions mercurielles répétées sur tout le ventre, cataplasmes par-dessus; sinapismes aux extrémités; potion avec 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

La nuit est agitée; la malade repose un peu cependant; pas de nouveau vomissement; pas de selle.

Le matin du 4, la face est encore anxieuse, mais un peu moins flétrie que la veille; le pouls s'est un peu relevé. Le ventre cependant est un peu plus ballonné; les coliques continuent avec une certaine violence. Application de trente sangsues sur le ventre; elles tirent beaucoup de sang. Quelques éructations gazeuses dans la journée; pas de vomissement. Cependant la malade s'affaisse, et succombe à six heures du soir, sans agonie.

Autopsie le 6 avril à neuf heures du matin, trente-neuf heures après la mort.

En cherchant à ouvrir l'abdomen par l'hypogastre, le bistouri est arrêté par une adhérence de la paroi abdominale avec les parties profondes, au niveau de l'arcade crurale droite. On ouvre alors le thorax par en haut, puis l'abdomen; aussitôt les intestins s'échappent, comme contenus dans une cavité trop étroite; le grand épiploon, qui les recouvre presque entièrement, contracte, à partir de l'ombilic, des adhérences assez fortes avec la paroi abdominale. Le scalpel les détache avec précaution, et permet d'arriver jusque dans la fosse iliaque droite, où l'on constate d'autres adhérences plus intimes entre l'intestin, l'épiploon, les annexes de l'utérus et la paroi abdominale antérieure.

L'estomac est très dilaté; il renferme beaucoup de gaz et fort peu de liquide. Les parois sont décolorées et d'un gris ardoisé, principalement vers le grand cul-de-sac.

Le gros intestin est complétement recouvert par l'iléon, qui est très dilaté, comme l'estomac, par des gaz; de plus, il présente une injection arborisée générale, plus marquée çà et là; en bas il recouvre complétement la vessie et l'utérus; au niveau du ligament de Fallope, une portion d'intestin grêle présente une teinte grisâtre-ardoisé et des adhérences intimes avec les parties que nous avons mentionnés plus haut.

La plupart des circonvolutions intestinales, superficielles, principalement les inférieures, sont recouvertes et unies entre elles par une exsudation de lymphe coagulable de récente formation, peu solide, et cédant à une légère traction; pas de fausse membrane sur le péritoine qui tapisse la paroi abdominale antérieure; il est seulement injecté. Trois à quatre verres d'un liquide un peu foncé sont contenus dans la cavité du ventre. Pas de fausses membranes flottantes.

En écartant les circonvolutions superficielles, on trouve le gros intestin rétréci et beaucoup moins volumineux que l'intestin grêle, d'un aspect grisâtre; il est refoulé contre la paroi postérieure de l'abdomen.

A la partie supérieure de la région pelvienne, la portion d'iléon qui avoisine le cœcum est affaissée sur elle-même, manifestement plus rouge que le reste de l'intestin grêle, et l'on aperçoit aussitôt que cette portion d'intestin, composée de cinq ou six anses intestinales, est étranglée par un appendice qui paraît appartenir à l'intestin lui-même et qui, décrivant un tour de spirale presque complet autour de l'intestin, vient s'implanter par une extrémité multipédiculée au point de la fosse iliaque où nous avons déjà dit exister de si nombreuses adhérences.

Comme l'étranglement s'est fait au voisinage du cœcum, on commence par s'assurer qu'il n'est point dû à l'appendice vermiforme que l'on retrouve libre au fond de la fosse iliaque droite. On enlève alors avec précaution l'estomac et le plus possible d'iléon, en faisant des ligatures. Ces parties laissent échapper un liquide jaunâtre, grumeleux, peu abondant, et une plus grande quantité de gaz. On détache encore avec beaucoup de précaution les adhérences qui unissent l'intestin grêle à la paroi abdominale ou à la tumeur, sans cependant pouvoir éviter qu'il ne s'opère en ce point de l'intestin une rupture par laquelle s'écoule une assez grande quantité d'un liquide muco-purulent. Une dernière ligature est alors appliquée au niveau du cœcum, et on peut examiner à loisir la partie intestinale étranglée.

A une distance d'environ 1 mètre du cœcum (mesure prise sur le bord libre de l'intestin), l'iléon se bifurque à angle très obtus en deux canaux à peu près égaux de calibre: l'un est la continuation réelle de l'intestin; l'autre, qui va en se rétrécissant à mesure qu'il s'éloigne de son origine, se termine par une extrémité multidigitée après un trajet de 10 centimètres environ presque immédiatement au-dessous de son point de départ, en prenant des insertions intimes à une anse voisine d'intestin grêle, et en même temps à l'épiploon et à la paroi abdominale, au niveau de l'arcade de Fallope. Ce diverticulum est creux, au moins dans la plus grande partie de son étendue, et il étrangle, dans l'anneau qu'il forme, toute la partie d'iléon située au-dessous de la bifurcation, moins 10 centimètres, c'est-à-dire une longueur de 90 centimètres environ.

En effet, immédiatement après son origine, ce diverticulum passe en arrière du mésentère des dernières anses intestinales en décrivant une courbe assez régulière; puis son extrémité vient sauter comme un pont et sans y adhérer sur les deux extrémités de la portion d'intestin comprise dans sa spirale.

Au moment où cet appendice (qui a 10 centimètres de long, mesuré sur sa circonférence) vient adhérer à l'intestin supérieur, il fait subir à celui-ci un angle rentrant très prononcé; de sorte que la portion d'intestin grêle comprise entre le point d'adhérence du diverticulum et celui où commence l'étranglement d'une part, d'autre part la portion étranglée, figurent une sorte de 8 de chiffre, ou même encore une rosette double, les deux bouts de l'intestin, le supérieur et l'inférieur, paraissant être les deux extrémités du ruban.

Enfin, pour terminer tout ce qui a rapport à l'étranglement, nous dirons qu'il est assez lâche, qu'il serait facile d'y faire passer toute la portion de l'iléon qu'il embrasse; que, de plus, l'intestin est affaissé, très injecté, et même d'un rouge violacé dans toute son étendue, principalement aux deux points terminaux; que là, brusquement et sans gradation aucune, l'intestin supérieur et l'intestin inférieur offrent une coloration grisâtre, avec cette différence entre eux que le bout inférieur est vide et rétréci, tandis que le bout supérieur est gonflé comme tout le reste de l'intestin grêle.

En essayant d'isoler chacune des parties qu'unissent les adhérences déjà signalées au niveau de l'arcade crurale droite, on détermine une perforation intestinale avec épanchement d'un liquide purulent abondant et exhalation de gaz très fétides; au fond du cul-de-sac utéro-vésical, on trouve un petit foyer contenant quelques gouttes seulement d'un pus sanieux.

La matrice et la vessie ayant été complétement détachées du bassin, ainsi qu'une partie du vagin, on constate que l'utérus, quoique encore plus volumineux qu'à l'état physiologique, est parfaitement sain et indépendant de la tumeur. Les ovaires, également volumineux tous deux, mous, sont exempts de lésions et flottent librement dans la cavité abdominale; il en est de même des trompes. Quant aux ligaments larges et aux ligaments ronds, ils sont perdus dans une sorte de magma qui constitue la tumeur sentie à l'extérieur. Cette tumeur, qui réellement est beaucoup moins volumineuse qu'on ne l'avait cru, est formée par une couche de tissu cellulaire indurée, offrant, suivant les points où on l'examine, un demi-centimètre à un centimètre de profondeur.

La coupe verticale de l'utérus n'offre rien de particulier à noter, si ce n'est que sa capacité ne paraît pas aussi considérable que semble le comporter le volume de son corps.

La vessie est saine; les reins, de volume ordinaire, sont un peu décolorés, et présentent un peu de mucus dans les bassinets; rien d'anormal dans les uretères, le foie ou la rate.

Les organes thoraciques sont parfaitement sains. Le cerveau n'a pas été ouvert.

Résumé. — De l'examen des pièces anatomiques, il résulte qu'il existait avant l'invasion de la péritonite: 1° une inflammation chronique dans le tissu cellulaire péri-utérin et dans le ligament large droit; 2° un appendice osseux, anormal à l'iléon; 3° que par suite de l'inflammation chronique des adhérences se sont établies entre les annexes de l'utérus d'une part, et une anse d'intestin grêle d'autre part, avec la paroi abdominale au niveau du pli de l'aine, et que l'extrémité caudale multidigitée de l'appendice avait depuis quelque temps contracté des adhérences avec toutes ces parois et le grand épiploon, en formant un anneau dans lequel est venue s'étrangler une portion considérable de l'iléon.

Maintenant, y a-t-il longtemps ou non que la portion intestinale étranglée se trouve dans cet anneau? Question difficile à résoudre; car d'une part la laxité du collet d'étranglement, qui n'a encore contracté aucune adhérence avec l'intestin qu'il étrangle, les lésions inflammatoires peu avancées de cet intestin permettent de croire qu'il a pu passer ces derniers jours à travers l'anneau jusqu'alors flottant, à l'occasion de l'indigestion produite par les pommes de terre données l'avant-veille de la mort. La rapidité et la soudaineté des accidents péritonéaux corroborent cette opinion. Mais, d'autre part, on pourrait invoquer cette laxité de l'anneau, l'absence d'adhérence entre lui et l'intestin, pour fixer au moment où l'extrémité caudale du diverticulum a contracté ses adhérences l'origine de l'étranglement assez lâche pour permettre la circulation du sang et des matières fécales, jusqu'au moment où une indigestion a déterminé le développement des gaz en abondance dans l'intestin, par suite sa distension, et comme conséquence, une pression plus considérable de l'anneau sur les parties contenues devenues plus volumineuses. De là étranglement, arrêt de matière fécale, péritonite et mort.

En rapprochant cette observation des faits analogues déjà publiés, soit avant, soit après celui de Moscati, à quelles conclusions générales peut-on s'élever relativement à la conduite du médecin, à la possibilité de sauver les malades dans des cas semblables? Notre honorable collègue M. Rayer, à la suite d'un fait de ce genre qu'il a fait connaître en 1824, a présenté des réflexions fort judicieuses sur la question qui domine ici toutes les autres, sur la question de thérapeutique chirurgicale. L'idée d'ouvrir l'abdomen, d'aller à la recherche de l'obstacle qui arrête le cours des matières et de le détruire, se présente naturellement lorsqu'on jette un coup d'œil sur des pièces semblables à celle que je place sous les yeux de l'Académie,

---

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 avril 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Fièvres délirantes.

M. Liegey, de Rambervilliers (Vosges), envoie un mémoire sur les *fièvres délirantes*, considérées sous le point de vue de la tendance au suicide. Il a constaté que cette tendance était générale chez les individus atteints d'une fièvre délirante.

Scarificateur de l'urètre.

M. Panzéris (de Constantinople) adresse un scarificateur de l'urètre, de son invention.

Emploi thérapeutique des enduits imperméables.

M. Robert-Latour adresse la note suivante sur les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de plusieurs phlegmasies par l'application du collodion.

Parti de la raison du dogme, et non des hasards de l'empirisme, l'emploi des enduits imperméables, dirigé avec tant de bonheur contre l'érysipèle et les autres inflammations de la surface du corps, ne devait pas rester maintenu dans un cercle ainsi limité. Confiant dans la valeur du principe qui m'avait inspiré une telle innovation thérapeutique, j'en ai promptement étendu l'application à d'autres inflammations bien dessinées; et déjà, il y a quelques mois, j'ai fait part à l'Académie de la facilité remarquable avec laquelle j'ai dompté, par cette médication, le travail phlegmasique, soit de la goutte, soit du rhumatisme articulaire aigu. Le succès, depuis cette époque, ne s'est point démenti; plusieurs rhumatismes articulaires, plusieurs accès de goutte, se sont présentés dans ma pratique; et je le dis avec un juste sentiment d'orgueil, jamais principe n'obtint des résultats thérapeutiques une plus éclatante sanction. Un laps de temps de trois jours au plus, ordinairement d'un seul jour, a constamment suffi à vaincre le mal, et ce qui rassurera sans doute sur les conséquences d'un triomphe si rapide, c'est la disparition toujours simultanée des symptômes généraux de l'affection. Quelque idée que vous ayez à cet égard, qu'à vos yeux l'inflammation locale soit cause du résultat, il faut ici vous humilier devant le fait: *jamais, en se retirant, cette inflammation locale n'a laissé derrière*

elle aucun des phénomènes généraux de la maladie. Certes, c'en est assez pour établir la parfaite innocuité d'une telle pratique, et c'est là un titre qui devra placer la médication isolante au premier rang dans la thérapeutique des affections que je viens de désigner.

Mais d'autres destinées encore sont réservées à ce genre de traitement. Si l'inflammation relève de la calorification, comme l'ont démontré mes travaux; si un excès de calorique, dégagé au sein des tissus, constitue réellement le phénomène essentiel et initial de cet acte morbide, phénomène dont procède, sous l'action des lois physiques, la dilatation du sang; et avec cette dilatation, l'accroissement de calibre des tuyaux élastiques dans lesquels chemine le fluide; si la rougeur et la tuméfaction ne sont que la traduction rigoureuse de ces effets du calorique; si, en un mot, l'inflammation n'est autre chose que l'explosion exagérée de la température organique dans un point déterminé; si, d'un autre côté, l'action de l'air sur la peau est une des conditions essentielles de la fonction calorisatrice, comme l'ont établi les expériences du docteur Fourcault; si, dans quelque région que s'accomplisse la production du calorique animal, viscères profonds ou surface du corps, toujours cette intervention de l'air est indispensable. Certes, alors la pratique se présente parfaitement logique et rationnelle, qui a pour objet de défendre, contre cette intervention même, les parties de la peau correspondant à l'organe enflammé. En définitive, pour le médecin qui reconnaît de tels principes physiologiques, l'enduit imperméable devient l'antiphlogistique par excellence. Aussi, n'ai-je point hésité à diriger une telle médication contre des phlegmasies viscérales de la plus haute gravité; contre ces phlegmasies redoutables auxquelles le praticien, dans son juste effroi, oppose ses plus puissantes ressources, et dont l'issue, malgré les efforts les mieux combinés, vient trop souvent encore attrister l'exercice de notre art. C'est ainsi que j'ai attaqué l'ovarite; c'est ainsi que j'ai combattu la péritonite avec un succès qu'aucun traitement jusqu'à ce jour ne pourrait balancer. Le fait suivant en fournira un frappant témoignage. Mademoiselle X..., forte fille de vingt-deux ans, après avoir subi l'impression prolongée du froid, est saisie d'un frisson qui dure fort intense pendant une heure, et auquel succède une chaleur brûlante, avec anxiété, céphalalgie et douleur abdominale, douleur qui, jusqu'au lendemain, ne cesse de s'accroître, s'étend, devient enfin générale et tellement aiguë, qu'elle interdit le moindre toucher. Le ventre alors est tuméfié, la respiration précipitée, le malaise indéfinissable, la fièvre ardente, et à tous ces symptômes s'ajoutent les vomissements qui se sont rapprochés de plus en plus. L'explosion d'une péritonite ne pouvait être douteuse pour personne, et l'indication était bien ici, d'après les errements de la science, de procéder à de larges émissions sanguines. Une telle méthode thérapeutique était assurément légitime, et les avantages en ont été assez souvent éprouvés pour la mettre au-dessus de tout blâme. Mais fidèle au dogme que j'ai développé touchant le mécanisme de l'inflammation, je songeai à frapper la maladie par la chaleur animale, et, sans tirer une goutte de sang, j'enduisis toute l'étendue de l'abdomen d'une couche de collodion. Ici j'éprouve, en vérité, quelque embarras à énoncer les résultats obtenus. Dire que les vomissements furent immédiatement arrêtés; qu'après deux heures à peine l'anxiété avait fait place au calme; que la douleur abdominale était sensiblement allégée; dire qu'en moins d'un jour la peau avait repris sa fraîcheur, et le pouls ses conditions normales de 60 pulsations par minute, après en avoir fourni 112; dire enfin que cette alarmante phlegmasie, moins de vingt-quatre heures suffirent à la subjuguer définitivement, c'est assurément me heurter contre une incrédulité que doit mesurer toute la distance qui sépare mes dogmes et ma médication des dogmes et des médications de l'Ecole.

Mais je n'ai point à flatter ici les doctrines du jour, je dis les faits; et la faute n'est point à moi si, laissant à l'écart la chaleur animale, et constituée de la sorte en dehors d'un des principaux éléments du jeu de l'organisme, la science rencontre dans ces faits une condamnation; la faute n'est point à moi si, méconnaissant dans la chaleur animale la force dynamique en vertu de laquelle le sang pénètre et parcourt le réseau capillaire, cette science est impuissante à fixer le caractère, comme à saisir le véritable mobile des actes morbides qui s'accomplissent au sein de ce grand département vasculaire; la faute, enfin, n'est point à moi si, dans cette défaillance du dogme, repoussant l'alliance d'une physiologie trop débile encore, la thérapeutique reste asservie à l'empirisme, préférant ainsi les chances d'aventureux essais aux périls, ou du moins à la fatale stérilité de principes sans fondement ni portée. Fâcheuse séparation! funeste isolement! qui enchaîne et paralyse dans l'avenir les bienfaits de l'art, comme il amortit et comprime dans le présent l'essor de la science! Non, rien de commun ne saurait exister entre les errements en faveur de la médication isolante; et cette médication, vous n'en pénétrerez le sens, vous n'en comprendrez la valeur que du jour où, agrandissant l'orbite de la science, vous y ferez graviter la chaleur animale comme puissance dynamique de la circulation capillaire à la fois et comme mobile vital de l'inflammation.

Je ne saurais affirmer que toutes les péritonites céderont à ce genre de traitement, et j'ignore à quelle limite doit s'arrêter la puissance de l'enduit imperméable; mais, ce que j'affirme, c'est que, autant de fois je l'ai mis en usage dans cette dangereuse affection, autant de fois j'en ai retiré d'heureux effets. N'oubliez pas cependant qu'une telle médication s'adresse, non aux résultats matériels, mais bien à l'élément organique de l'inflammation, et que, si déjà, remontant à une date éloignée, la péritonite s'est compliquée d'épanchement et d'altérations textiles, on ne saurait élever la prétention d'effacer immédiatement tous ces désordres. La seule ambition alors qu'il soit permis de nourrir, c'est, en domptant la maladie, d'en arrêter l'action aux ravages jusqu'ici accomplis. Tel fut l'avantage que je recueillis chez une dame âgée de quarante-cinq ans, d'une santé détériorée depuis longtemps, et qui, portant une ovarite chronique du côté droit, avait été frappée d'une péritonite générale dont la gravité se trahissait par une douleur des plus vives étendue à tout l'abdomen, par une fièvre ardente, une anxiété fatigante et des vomissements qui, survenus le troisième jour du début, se signalaient le lendemain par une grande fréquence, alors que fut réclamée mon intervention dans le traitement. A ce moment, le ventre se présentait fort tuméfié, douloureux à l'excès, malgré le sang qui depuis la veille s'échappait en abondance par vingt morsures de sangsues, et la malade, en proie à une agitation extrême, demandait avec instances un soulagement immédiat. Elle l'obtint. L'écoulement du sang fut arrêté aussitôt, et l'abdomen revêtu d'une couche de collodium. Cette seule pratique suffit, en peu d'heures, à calmer les vomissements et, à modérer la douleur; et si la convalescence ne se dessina pas le jour même d'une manière évidente, la vie au moins fut sauve, la vie qui un instant auparavant était si menacée, déjà même sérieusement compromise. Quelques jours furent encore nécessaires pour rendre la malade à son état antérieur, état de malaise et de souffrance dont l'ovarite chronique est le point de départ, et qui ne s'amendera qu'à la faveur de soins bien entendus et longtemps continués.

Je pourrais ici multiplier les exemples de phlegmasies subitement conjurées par cette seule thérapeutique si simple à la fois et si puissante; je pourrais vous montrer l'ovarite aiguë, ici attaquée au moment de l'explosion de la fièvre, s'évanouir en quelques heures d'une manière complète et définitive; ailleurs la même affection, après avoir déjoué pendant plus d'un mois toutes les ressources ordinaires de l'art, arrêter tout à coup, comme à un signal donné, sa marche alarmante sous l'action du vernis fulmi-éthéré, pour s'apaiser ensuite graduellement. Je pourrais encore faire passer sous vos yeux plusieurs engorgements inflammatoires des glandes mammaires promptement résolus par le même traitement. Partout c'est une application identique de la même conception scientifique, application heureuse qui vient en témoignage à cette pensée du célèbre auteur de l'*Esprit des Lois*: « Que si vous avez trouvé un principe juste, il ne faut pas craindre d'en sonder toute la profondeur, d'en poursuivre toutes les conséquences, et que vous arrivez alors à des résultats aussi précieux qu'inattendus. » Jusqu'ici les résultats ne m'ont point fait défaut, et l'idée, quelque étrange qu'elle ait pu paraître, les faits en ont prononcé l'amnistie avec éclat. Puisse une telle sanction, à cette époque de scepticisme scientifique et d'observation toute matérielle, contribuer à imprimer à la médecine une impulsion plus digne à la fois et plus féconde!

LECTURES.

Phosphènes.

M. Larrey, au nom de M. Serres (d'Alais), membre correspondant, lit le commencement d'un mémoire sur les phosphènes. La lecture de la fin de ce mémoire est renvoyée à la prochaine séance.

RAPPORTS.

Colonies agricoles.

M. Ferrus lit un rapport sur une note de M. Dancy relative à la question de savoir s'il ne serait pas plus avantageux, au point de vue de la salubrité, de fonder des colonies agricoles au milieu des terres qu'aux bords de la mer. M. le rapporteur, considérant que le travail de M. Dancy ne contient aucun document propre à éclaircir la question qu'il a posée, propose de passer à l'ordre du jour. (Adopté.)

COMMUNICATIONS.

Étranglement interne.

M. Bouvier présente un cas d'étranglement interne. (*Voir* ci-dessus.)

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Danyau communique le fait très important que nous publions à la première page. L'abondance des matières nous oblige à supprimer pour aujourd'hui les remarques intéressantes présentées à l'occasion de ce fait.

Corps étranger de la vessie et de l'urètre.

M. Velpeau présente au nom de M. Lüer deux instruments représentés par la figure ci-jointe.

LÜER

L'un est une pince à deux branches construite de telle façon que, lorsqu'on saisit dans la vessie un corps étranger de forme allongée comme un fragment de sonde, ce corps se place de lui-même dans le sens de sa longueur, et qu'il peut être ainsi retiré sans difficulté.

Le second instrument est un simple tire-fond appliqué à l'extraction des sondes et bougies laissées dans l'urètre; ce tire-fond s'enfonce avec une grande facilité dans la sonde et y adhère ensuite assez fortement pour qu'en le retirant on ramène la sonde avec lui.

La séance est levée à cinq heures.

— M. Baillarger, médecin de la Salpêtrière, commencera son cours public de clinique sur les maladies mentales, le dimanche 13 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous dimanches à la même heure.

— M. le docteur Pajot commencera un cours complet d'accouchements le lundi 14 avril 1851, à onze heures du matin, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, 4, près l'Ecole de Médecine.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1851. (24e ANNEE.) N° 43. — SAMEDI 12 AVRIL 1851.



Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 11 AVRIL 1851.

Loi sur les hospices et hôpitaux.

(Suite. — *Voir* le numéro du 8 avril.)

Nous en étions, on se le rappelle, dans l'examen de cette loi, à l'article 6, qui n'avait point encore été voté. Avant de résumer les discusions importantes qui ont eu lieu sur cet article, et la délibération plus importante encore à laquelle il a donné lieu, nous devons revenir sur l'article 2, qui avait été renvoyé à l'examen de la commission, et qui est revenu ainsi conçu :

Un règlement particulier déterminera les conditions de domicile et d'âge nécessaires pour être admis dans chaque hospice destiné aux vieillards et aux infirmes, conformément au dernier paragraphe de l'article 8.

En laissant à l'appréciation de chaque administration particulière le soin de déterminer les conditions qu'il faudra remplir pour être admis dans un hospice, la rédaction nouvelle a fait disparaître une partie des inconvénients de l'ancienne rédaction. La commission a déclaré que la loi sur les bureaux de bienfaisance ferait disparaître les autres inconvénients auxquels voulait remédier, par son amendement, l'honorable M. Schœlcher. Espérons que la promesse faite par la commission ne tardera pas à être remplie, et regrettons, avec M. Dufaure, que deux parties de l'assistance aussi intimement unies que les hôpitaux et les bureaux de bienfaisance n'aient pas été régies par une même loi, ou que du moins on n'ait pas présenté simultanément deux lois, dont l'une est le complément nécessaire de l'autre.

Nous arrivons maintenant à l'examen de l'article 6, que la commission avait rédigé de la manière suivante :

« Art. 6. Dans toute commune possédant des hospices ou hôpitaux, il sera formé une commission administrative composée ainsi qu'il suit:

» Le maire de la commune, président ;

» Le curé de la paroisse ; quand il existe plusieurs paroisses dans la commune, l'un des curés, désigné par l'évêque.

» Partout où il existe un consistoire, un pasteur protestant, désigné par lui ;

» Deux membres désignés par le préfet parmi les habitants de la commune ;

» Deux membres choisis par le conseil municipal dans son sein ou parmi les autres habitants de la commune ;

» Le membre du conseil général élu par le canton, lorsque les revenus des hospices et hôpitaux excèdent 20,000 fr. ;

» Si la commune renferme plusieurs cantons, le plus âgé de leurs conseillers généraux ;

» Un membre du bureau de bienfaisance, désigné par ce bureau ;

» Un membre élu par les maires des communes dont les indigents seront admissibles dans les établissements, conformément à l'article 3.

» Lorsque les revenus des hôpitaux et hospices excéderont 400,000 fr., le nombre des membres choisis par le conseil municipal et le préfet pourra être augmenté dans une égale proportion.

» Un décret du président de la République désignera les villes où cette disposition sera applicable et le nombre des membres qui devront être ajoutés.

» Toutes ces fonctions sont gratuites. Les membres choisis par le conseil municipal et le préfet sont renouvelés tous les deux ans par moitié ; les membres choisis par les maires sont renouvelés tous les trois ans : tous peuvent être réélus.

» La dissolution des commissions des hospices et hôpitaux pourra être prononcée par le ministre de l'intérieur, après avoir pris l'avis du conseil d'Etat.

» Dans ce cas, les membres électifs ne pourront être réélus dans la prochaine élection.

» Ne sont pas éligibles ou sont révoqués de plein droit ceux qui se trouveraient dans les cas d'incapacité prévus par l'article 8 de la loi du 31 mai 1850. »

On peut dire que toute l'économie de la loi, au point de vue administratif, se trouvait dans cet article 6. On se rappelle les objections que nous avons élevées contre lui lorsque nous avons fait l'examen général du projet de loi. Ces objections, et d'autres encore, ont été faites à la tribune par M. le ministre de l'intérieur, M. Waïsse, et par M. Dufaure. On a reproché avec raison à cet article :

De créer des commissions administratives beaucoup trop nombreuses pour certaines localités;

De former ces commissions avec des éléments d'origine diverse, et qui pourraient apporter les passions de la politique là où il ne doit y avoir d'autre rivalité que celle de faire le bien ;

D'apporter dans la constitution des commissions une instabilité qui serait on ne peut plus nuisible à la bonne administration des deniers des pauvres, et de détourner par cela même les bonnes intentions des testateurs, qui ne donnent souvent qu'en raison de la confiance qu'ils ont dans les administrateurs des hôpitaux, administrateurs qui ne sont connus et qui n'inspirent de la confiance qu'en raison même du long dévouement dont ils ont pu faire preuve ;

De renverser immédiatement toutes les commissions administratives, lesquelles ont rendu tant de services, malgré les abus qui existent encore, pour les remplacer par d'autres commissions dont les membres auront d'autres intérêts à soigner, d'autres devoirs à remplir que ceux qui se rattachent à l'administration hospitalière, et qui pourront ainsi négliger ces derniers;

Enfin, M. Dufaure, avec cette haute raison, ce sens pratique supérieur qui le caractérise, a reproché à l'article 6 de régir d'une manière uniforme des administrations qui, en réalité, devaient être si différentes, suivant l'importance des établissements, des villes, etc.

Ma conclusion, a-t-il dit en terminant son remarquable discours, est celle-ci :

Je crois que, quand on a voulu organiser d'une manière uniforme toutes les commissions administratives de France, on n'a pas fait une bonne chose. Je crois qu'elles ne peuvent pas être uniformément organisées. Il fallait consulter les constitutions des hospices et hôpitaux, l'importance qu'ils ont dans les villes; faire la différence entre les villes qui en ont quatre ou cinq et les villes qui n'en ont qu'un seul, entre l'importance des revenus, le nombre des malades qu'on y reçoit, et prendre quelques renseignements pratiques que, peut-être, la commission d'assistance, malgré son dévouement, n'a pas assez recueillis auprès du ministère de l'intérieur.

Mon opinion serait de faire, pour cette question, ce qu'on a fait pour la loi d'assistance de la ville de Paris.

Quand on en est venu à l'organisation de la commission de surveillance des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, on a déclaré qu'un règlement d'administration publique déciderait cette organisation. Ce règlement a été fait sous le ministère de l'honorable M. Léon Faucher. Il a parfaitement bien organisé la commission de surveillance de l'assistance publique dans la ville de Paris.

Si l'Assemblée y consentait, si la commission y consentait aussi, le conseil d'Etat proposerait un règlement d'administration publique, consulterait les faits, conserverait les organisations existantes, auxquelles on doit toucher aussi peu que possible; réglerait d'une manière uniforme celles qui pourraient être réglées d'une manière uniforme; introduirait dans ce règlement les diversités nécessaires; cela vaudrait mieux, je crois, qu'un article unique et uniforme. Celui qu'on voudrait vous faire voter est, à mon sens, inacceptable.

En un mot, je dirai qu'un règlement d'administration publique déterminerait l'organisation des commissions administratives pour les hospices et hôpitaux de France. Il vous resterait à déterminer les attributions, et, comme vous l'avez fait dans la loi d'assistance de la ville de Paris, vous le feriez dans la loi d'assistance actuelle.

A la suite de cette conclusion, suivie de nombreuses marques d'approbation, M. Dufaure a proposé l'amendement suivant, qui a fort heureusement obtenu la majorité des suffrages de l'Assemblée, et qui remplacera l'article 6 dans la nouvelle loi.

« Un règlement d'administration publique déterminera la composition des commissions administratives des hôpitaux et hospices. »

M. Dufaure, en faisant triompher son amendement, a rendu un service, nous ne dirons pas plus grand qu'il ne pense, car il n'ignore certainement pas la portée de cet amendement, mais beaucoup plus grand qu'il n'a voulu le dire. Le but de l'article 6 de la commission était avant tout, ainsi que l'a du reste déclaré M. le rapporteur, d'enlever toute action directe à l'administration centrale ; l'amendement rendra à cette administration le pouvoir nécessaire pour détruire des abus entretenus par la routine et quelquefois par l'incapacité ou la mauvaise volonté des administrations loca-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai thérapeutique sur l'iode, ou *Application de la médication iodée ou iodurée au traitement des maladies;* par M. le docteur PAYAN (d'Aix).

L'étude des préparations iodées et iodnrés et de leurs propriétés thérapeutiques n'est pas chose nouvelle pour M. Payan. Si nous ne nous trompons, cet auteur a publié, il y a quatre ou cinq ans au plus, une remarquable monographie sur l'emploi de l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques, mémoire couronné par une société médicale de Paris, et imprimé également dans la *Revue Médicale*. Ce n'est plus aujourd'hui l'examen de l'emploi d'une seule préparation à base d'iode dans une seule classe de maladies que s'est proposé M. Payan. Elargissant son cadre, utilisant en leur lieu et place ses précédentes recherches, y en joignant d'autres plus récentes, complément des premières, il a entrepris cette fois de tracer l'histoire complète des médicaments dans la composition desquels entrent non-seulement l'iode, mais toutes celles de ses combinaisons dont la thérapeutique a fait son profit. Le résultat de ce labeur, de ces essais, a été le volume que nous avons sous les yeux, et auquel la Société des Sciences médicales de Bruxelles a reconnu un tel mérite, qu'elle lui a fait l'honneur de le publier à ses frais.

Disons, avant d'aller plus loin, un mot du plan adopté par M. Payan. L'ouvrage est divisé en quatre parties. Dans la première, l'auteur rappelle de quelle manière l'iode s'est à peu près introduit dans la thérapeutique, contre quels états morbides on l'a successivement employé, et présente un historique succinct des divers médicaments iodurés. Dans la seconde, il expose suivant quelle méthode doit être combinée, à son avis, la médication iodurée, et quelle est la préparation qui doit, dans la généralité des cas, mériter la préférence. La troisième traite du mode d'administration des remèdes iodurés et des doses auxquelles il convient de les administrer. Enfin, la dernière, la plus longue et la plus importante, puisqu'il s'agit du résultat pratique, est consacrée à l'étude des applications spéciales de l'iode au traitement des maladies, applications qui sont toutes soigneusement appuyées de faits scrupuleusement recueillis, de telle sorte que l'exemple se trouve constamment à côté du précepte.

L'histoire de l'introduction de l'iode dans la thérapeutique, par Coindet, de Genève, en 1820, et des expérimentations subséquentes faites par de nombreux praticiens dans une foule de maladies aussi diverses par leur siége que par leur nature, constitue un des chapitres les plus curieux au point de vue de l'histoire de l'art et des transformations successives qu'a subies la médication iodée. Elle comprend, entre autres détails intéressants, l'énumération de toutes les préparations iodées ou iodurées employées en médecine avec leur mode d'administration succinctement exposé, et l'indication des doses communes auxquelles on peut en faire usage. Nous regrettons cependant d'être obligé de signaler ici quelques petites lacunes, et de ne pas voir figurer dans cette énumération l'éther iodhydrique proposé par M. Huette il y a déjà plus de dix-huit mois pour les inhalations dans certains cas de phthisie pulmonaire encore peu avancée, l'huile iodée artificielle, préparation inventée au commencement de 1848, et appliquée au traitement des malades par notre ami le professeur Marchal (de Calvi), et inventée de nouveau avec les mêmes applications deux ans après par M. Personne, pharmacien de l'hôpital du Midi. Ces médicaments, dont le second, qui a déjà trois ans de date, aurait dû être connu de l'auteur, sont peut-être trop récents pour que M. Payan en ait pu faire mention dans le corps de son livre; mais ils eussent au moins mérité d'être indiqués dans un appendice à la fin du volume.

Nous avons dit que dans le second chapitre l'auteur s'occupait du choix à faire entre les médicaments iodurés et s'efforçait de déterminer celui qui doit dans la généralité des cas mériter la préférence. C'est à l'iodure de potassium qu'il s'arrête comme possédant des propriétés bien autrement étendues, bien autrement généralisées et universelles que les autres combinaisons iodées. Peut-être ici ne serons-nous pas complétement d'accord avec M. Payan. L'iodure de potassium est, il est vrai, l'un des plus précieux agents de la thérapeutique moderne; mais son action est toutefois limitée, et il est plus d'une circonstance où il ne pourrait être substitué à l'huile de foie de morue, par exemple, à l'iodure de fer, à l'iode pur même; les travaux de M. Ricord ont prouvé qu'autant l'iodure de potassium était héroïque dans la période tertiaire de la syphilis, autant il est inutile et inefficace, le plus souvent, dans le traitement des affections scrofuleuses, du rachitisme, etc.

C'est sous l'empire de la même préoccupation, à savoir : que l'iodure de potassium peut remplacer généralement, pour ne pas dire toujours, les autres produits ses congénères, qu'a été écrit le chapitre où l'auteur annonce devoir s'occuper du mode d'administration de l'iode et des remèdes iodurés, comme aussi des doses auxquelles il convient de les donner. C'est à peine si quelques lignes sont consacrées à d'autres composés qu'à celui dont nous parlons, et ici encore nous devions signaler cette petite lacune. M. Payan nous pardonnera ces légères critiques. Elles lui prouveront tout le cas que nous faisons de son livre, que nous avons lu avec grande attention, et sur les légères imperfections duquel nous insistons d'autant plus que cet important travail aura un grand succès et sera bientôt entre les mains de tous les médecins désireux de s'instruire. Ces remarques n'ôtent rien au mérite du traité dont il s'agit et pourront peut-être engager quelques-uns des lecteurs de

les, et pour lui permettre, en un mot, de continuer le bien qu'elle a déjà accompli.

La commission ne s'est point méprise sur l'importance du succès obtenu par M. Dufaure ; elle a demandé que les articles 7 et suivants de la loi lui fussent renvoyés, et, dans la séance suivante, ces articles ont été votés dans l'ordre et dans les termes suivants :

Art. 7. On pourrait dire : « La commission administrative est chargée de diriger et de surveiller le service intérieur et extérieur des établissements hospitaliers. »

Art. 8. La commission des hospices et hôpitaux règle par ses délibérations les objets suivants :

Le mode d'administration des biens et revenus des établissements hospitaliers;

Les conditions des baux et fermes de ces biens, lorsque leur durée n'excède pas dix-huit ans pour les biens ruraux et neuf pour les autres;

Le mode et les conditions des marchés pour fournitures et entretien dont la durée n'excède pas une année, les travaux d'une nature dont la dépense ne dépasse pas 3,000 fr.

Toute délibération sur l'un de ces objets est exécutoire si, trente jours après la notification officielle, le préfet ne l'a pas annulée, soit d'office pour violation de la loi ou d'un règlement d'administration publique, soit sur la réclamation de toute partie intéressée.

La commission arrête également, mais avec l'approbation du préfet, les règlements du service tant intérieur qu'extérieur et de santé, et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières reconnues par l'autorité diocésaine.

Art. 9. La commission délibère sur les objets suivants :

Les budgets, comptes, et en général toutes les recettes et dépenses des établissements hospitaliers;

Les acquisitions, échanges, aliénations des propriétés de ces établissements, leur affectation au service, et en général tout ce qui intéresse leur conservation et leur amélioration ;

Les projets de travaux pour constructions, grosses réparations et démolitions dont la valeur excède 3,000 fr. ;

Les conditions ou cahier des charges des adjudications de travaux et marchés pour fournitures ou entretiens dont la durée excède une année;

Les actions judiciaires et transactions;

Les placements de fonds et emprunts;

Les acceptations des dons et legs.

Art. 10. Les délibérations comprises dans l'article précédent sont soumises à l'avis du conseil municipal et suivent, quant aux autorisations, les mêmes règles que les délibérations de ce conseil.

Art. 11. Le président de la commission des hospices et hôpitaux peut toujours, à titre conservatoire, accepter, en vertu de la délibération de la commission, les dons et legs faits aux établissements charitables.

Le décret du pouvoir exécutif ou l'arrêté du préfet qui interviendra aura effet du jour de cette acceptation.

Art. 12. La comptabilité est soumise aux règles de la comptabilité des communes.

Art. 13. *La commission nomme son secrétaire, l'économe, les médecins et chirurgiens, mais elle ne peut les révoquer qu'avec l'approbation du préfet.*

Les receveurs sont nommés par le ministre de l'intérieur sur la proposition des commissions des hospices et hôpitaux et de l'avis des préfets.

Lorsque le revenu des établissements hospitaliers n'excède pas 30,000 fr., les fonctions de receveur sont exercées par le receveur de la commune.

Dans tous les cas, la commission des hospices et hôpitaux exerce, à l'égard du receveur de ces établissements, les droits attribués au conseil municipal à l'égard du receveur des communes.

L'aumônier est nommé par l'évêque et révocable par lui.

M. Bourboussou a proposé de remplacer le premier paragraphe de cet article par l'amendement suivant :

« La commission nomme l'économe. Les médecins et chirurgiens sont nommés par la même commission, à laquelle il aura été adjoint un nombre de docteurs en médecine égal à la moitié de ses membres, et désignés par leurs confrères domiciliés sur l'arrondissement. »

Cet amendement pouvait remédier en partie aux inconvénients de l'article 13, qui laisse la porte largement ouverte à l'intrigue et qui ne donne aucune garantie au talent. Mais il est aussi singulier que triste de constater que cet amendement n'a pas même été appuyé par un seul représentant médecin. Au reste, cette indifférence de nos confrères de l'Assemblée a été complète pour toute la loi ; si l'on avait discuté une question de stratégie, il est probable qu'il se serait trouvé quelque confrère disposé à prendre la parole. Avouons donc que, si l'on nous maltraite parfois, il y a bien un peu de notre faute.

Art. 14. Lorsque les revenus des établissements n'excèdent pas 10,000 fr., la commission, d'accord avec le conseil municipal et sous l'approbation du préfet, pourra traiter de gré à gré, ou par voie d'abonnement, de la fourniture des aliments et objets de consommation nécessaires aux établissements hospitaliers. — Adopté.

Art. 15. Lorsque la commune ne possédera pas d'hospices ou d'hôpitaux, ou qu'ils seront insuffisants, le conseil municipal pourra traiter avec un établissement privé pour l'entretien des malades et des vieillards, après avoir consulté la commission des hospices et hôpitaux qui sera chargée de veiller à l'exécution du contrat passé avec l'établissement privé.

Si cette commission n'existait pas, elle serait créée conformément à l'article 7.

Les traités devront être soumis à l'approbation du préfet.

Art. 16. La commission des hospices et hôpitaux pourra, avec les mêmes approbations, et en se conformant aux prescriptions de l'article 5, convertir une partie des revenus attribués aux hospices, jusqu'à concurrence du cinquième, en secours à domicile annuels en faveur des vieillards ou infirmes placés dans leurs familles. — Adopté après quelques observations de M. Carteret.

Art. 17. Toutes les dispositions contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

Art. 18. Il n'est pas dérogé, par la présente, à la loi du 10 janvier 1849 sur l'organisation de l'assistance publique dans la ville de Paris.

En terminant cet examen, nous ne reproduirons pas toutes les remarques que nous avons faites quand nous avons examiné le projet de loi. Ces réflexions persistent à peu près toutes, malgré les quelques modifications qui ont été faites à la seconde délibération. Une seule de ces modifications est importante ; c'est celle qui a été introduite, grâce au talent et à la haute raison de M. Dufaure. Espérons que le nouvel article 6 préviendra les abus qu'aurait nécessairement entraînés l'adoption du projet pur et simple de la commission. — H. de Castelnau.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Danyau a eu, comme nous l'avons dit dans notre dernier numéro, tous les honneurs de cette séance très intéressante. Le fait qu'il a communiqué est en effet un cas rare et curieux; mais il est de plus et surtout de ceux qui font le plus grand honneur à l'art, et qui entraînent les conséquences pratiques les plus importantes et les plus heureuses. Un instant nous avons cru cependant que ce fait était moins précieux que nous ne le pensions en entendant M. Moreau prendre la parole pour en raconter quelques-uns de *semblables;* mais l'un de ces cas avait avec celui de M. Danyau les ressemblances suivantes : la tumeur avait son siége dans la paroi antérieure; elle ne mit point obstacle à l'accouchement, qui se fit même sans difficulté; cette tumeur ne fut point enlevée, faute d'instruments; enfin la malade qui en était *porteuse*, suivant l'expression de l'honorable académicien, mourut à cause du départ trop prompt du chemin de fer qui devait emporter le médecin consultant.

M. Velpeau a commenté avec plus de bonheur le fait capital de M. Danyau; il a signalé dans ce fait trois circonstances qui lui ont surtout paru remarquables :

« Dans les faits analogues, a-t-il dit, les tumeurs qui ont fait obstacle à l'accouchement ont toujours eu, je crois, leur siége en dehors du vagin et de l'utérus ; dans celui-ci, c'est dans l'épaisseur même des parois utéro-vaginales qu'existait la tumeur. Dans les cas de tumeurs fibreuses de la matrice, ces tumeurs se développent très lentement, tandis que, dans le fait de M. Danyau, la tumeur aurait acquis le volume considérable que nous observons dans l'espace de cinq mois et demi au plus, puisque la femme a été complétement explorée à six semaines de grossesse sans qu'on ait rien trouvé dans les organes génitaux, et qu'elle est accouchée à sept mois. Enfin M. Danyau a appliqué à l'obstétrique un procédé que j'ai moi-même mis depuis très longtemps en usage sur l'avis de M. Chassaignac, et qui est aujourd'hui employé par plusieurs chirurgiens pour enlever des tumeurs de l'utérus qu'on ne pourrait enlever par les procédés ordinaires. »

M. Paul Dubois, craignant à bon droit que l'attention de l'Académie s'égarât sur des circonstances accessoires, a voulu concentrer toute cette attention sur ce qu'il y a de capital dans l'observation de M. Danyau. Nous le laissons parler, car on ne saurait dire de meilleures choses, ni se servir de meilleurs termes.

« Je n'ai que peu de mots à dire, et je veux les restreindre à la communication qui vient d'être faite à l'Académie par notre collègue M. Danyau; il me paraît nécessaire, en effet, après les digressions qui viennent d'avoir lieu, de rappeler le sens et le mérite de cette communication.

» Les obstacles qui résultent pendant la parturition de la présence dans l'excavation pelvienne de tumeurs de diverses espèces ne sont malheureusement pas très rares. Quels qu'ils fussent, lorsque les efforts naturels étaient inefficaces, on n'y opposait autrefois que des manœuvres obstétricales ou d'autres procédés opératoires dont les mères et les enfants étaient le plus souvent victimes. Les résultats des faits nombreux de ce genre qui ont été publiés ne peuvent laisser le moindre doute à cet égard. La considération de l'impuissance de l'art obstétrical, dans ces cas, ne saurait manquer de rendre évidente l'importance de celui que vous a fait connaître M. Danyau. En effet, je n'hésite pas à penser que, dans des circonstances analogues, l'emploi des moyens dont l'art disposait autrefois n'aurait abouti qu'à un résultat malheureux.

» Si notre collègue a plus heureusement triomphé des difficultés insolites qu'il vous a exposées, c'est que, grâce aux progrès récents de la science, il était averti du développement possible des corps fibreux dans la portion vaginale du col de l'utérus, et surtout de la possibilité de leur énucléation par des procédés convenables.

» Il a donc supposé avec raison que la tumeur qui faisait obstacle à l'accouchement devait être un corps fibreux, et que celui-ci était développé dans l'épaisseur de la lèvre postérieure de l'orifice utérin, énormément amplifiée par cette cause. Il a été dès lors naturellement conduit à présumer qu'il pourrait l'extraire par une opération, et procurer ainsi une voie suffisante pour l'extraction du fœtus.

» Lorsque je vis la malade avec notre collègue, il m'avait fait connaître les obstacles qui s'opposaient à sa délivrance; mais je ne crois pas qu'il m'eût exprimé son opinion sur leur cause réelle et sur le procédé opératoire auquel il se proposait de recourir. Les mêmes notions scientifiques me conduisirent à mon tour à la même appréciation quant à la nature du mal et quant aux moyens d'y remédier. C'est ainsi qu'il fut convenu qu'une incision serait d'abord faite de haut

M. Payan à répéter par eux-mêmes des expérimentations thérapeutiques desquelles il est impossible qu'il ne sorte rien d'utile.

Comme nous l'avons dit, la partie la plus importante du livre de M. Payan est celle où il s'occupe des applications spéciales de l'iode au traitement des maladies, où il cherche à apprécier et à indiquer les états morbides auxquels ce médicament convient ou sur lesquels il doit exercer une salutaire influence. Placé à la tête d'un grand hôpital, ayant eu fréquemment l'occasion d'administrer l'iode et ses composés dans la plupart des maladies où l'on a voulu en recommander l'usage, et par conséquent ayant pu par lui-même apprécier les résultats thérapeutiques qu'ils ont pu fournir contre elles, il était mieux que personne compétent sur la matière, et il s'est cru, avec grande raison, parfaitement en droit d'entreprendre avec suffisante connaissance de cause la solution de cette intéressante question.

L'ordre suivi par l'auteur dans cette section de son travail est des plus simples ; il étudie la médication iodurée dans ses rapports avec les diverses maladies contre lesquelles on l'a recommandée, et cela dans autant de paragraphes séparés, afin que la question pratique les concernant y soit convenablement étudiée. C'est ainsi qu'il passe en revue les scrofules, la syphilis, la phthisie tuberculeuse, le goître, le cancer, diverses affections rebelles de la peau, les maladies des os, plusieurs affections viscérales aiguës, les hydropisies, les maladies nerveuses, etc. Dans ces différents articles, c'est à l'aide des faits recueillis au lit du malade que l'auteur discute les opinions de ses devanciers, et ce n'est qu'appuyé sur de nombreuses observations qu'il se décide à poser des conclusions définitives sur le mode d'action et l'efficacité plus ou moins grande de la médication iodée dans chaque série d'affections. C'est là, on peut le dire, la vraie philosophie médicale, celle sans laquelle il n'est pas de progrès possible, et il serait à désirer que la science médicale comptât beaucoup d'observateurs aussi consciencieux et aussi instruits que l'habile chirurgien en chef de l'hôpital d'Aix.

Sous le titre trop modeste d'Appendice, M. Payan consacre un dernier chapitre non moins important que les précédents à l'étude des injections iodées, si fréquemment employées dans ces dernières années et si préconisées par des chirurgiens du plus haut mérite, parmi lesquels nous citerons en première ligne le professeur Velpeau. C'est, en effet, à ce dernier que revient l'honneur d'avoir tiré de l'injection iodée le parti le plus séduisant, d'avoir définitivement établi les règles qui doivent présider au dosage, au manuel opératoire de ces injections, et de les avoir vulgarisées par ses écrits, ses discours et sa pratique.

Avec M. Velpeau et le plus grand nombre des chirurgiens modernes, M. Payan donne la préférence, dans le traitement de l'hydrocèle, aux injections iodées sur les injections vineuses, sur lesquelles elles l'emportent, dit-il, sous le rapport de l'innocuité et de l'efficacité. De l'innocuité, car, bien faite, elle ne détermine jamais aucun des accidents que l'on voit quelquefois survenir après les injections vineuses ; et s'il arrive que, par malheur, quelques gouttes du liquide pénètrent dans le tissu cellulaire du scrotum, le plus souvent il n'en résulte aucun désordre sérieux, et, en survînt-il, ces désordres n'ont jamais l'effrayante gravité de ceux produits par l'extravasation de l'injection ancienne. Sous le rapport de l'efficacité, car il paraît résulter des discussions soulevées plusieurs fois à ce sujet dans les Académies que la récidive est moins fréquente, la guérison plus rapide, la réaction moins vive, la simplicité plus grande dans le manuel opératoire, etc.

Après le traitement des hydropisies des bourses muqueuses et des hydarthroses, M. Payan traite des injections iodées dans le péritoine pour la guérison de l'ascite, et cite, outre le premier fait de M. Dieulafoy, de Toulouse, quatre autres cas dans lesquels cette médication fut suivie de succès. « Ces cinq faits, ajoute l'auteur, les seuls que nous connaissions comme applications de l'injection iodée dans la vaste séreuse du péritoine, résolvent donc par l'affirmation le problème de la possibilité de cette injection dans sa capacité. Les quatre guérisons obtenues par ce moyen et constatées dans les quatre premières observations, ainsi que l'absence de tout accident tant soit peu sérieux dans les cinq cas, nous paraîtraient propres à encourager à s'y adresser plus souvent peut-être. Restent à déterminer les cas dans lesquels l'art, sans une témérité blâmable, peut recourir à ce moyen thérapeutique. » Et l'auteur expose les circonstances qui lui semblent devoir formellement contre-indiquer l'emploi de cette méthode. Nous avouons, pour notre part, que, malgré l'autorité de ces cinq faits, nous aurions de la peine à nous décider à mettre en pratique une méthode pareille, et nous croyons que, dans tous les cas, ceux-là seront plus sages qui s'abstiendront.

L'appendice, ou cinquième chapitre, se termine par des considérations sur l'emploi des injections iodées dans les cavités closes accidentelles, les cavités pathologiques suppurantes, les trajets fistuleux, et par un résumé général, sous forme de propositions, des doctrines et des faits exposés dans le cours de l'ouvrage.

On a déjà vu, par l'analyse que nous venons de faire du livre de M. Payan, que le principal reproche que nous lui adressons, c'est d'avoir peut-être un peu sacrifié à l'iodure de potassium les autres médicaments dont l'iode et ses combinaisons forment la base. Sauf cette légère préoccupation, dont il ne faudrait cependant pas s'exagérer la portée, car l'iodure de potassium est une des plus précieuses conquêtes de la matière médicale, on peut dire, sans crainte de se tromper, que l'ouvrage de M. Payan est une des monographies les plus remarquables qui aient paru depuis longtemps, et qu'il est à désirer qu'il fasse successivement d'autres médicaments l'objet de travaux aussi consciencieux. Dr A. Foucart.

M. Auzias-Turenne exposera publiquement les principes de la syphilis expérimentale le lundi 14 avril et les jours suivants, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole Pratique.

en bas, et qu'une autre, dirigée transversalement, y serait ajoutée si la première paraissait insuffisante, que l'énucléation serait tentée; qu'enfin, dans le cas où nous nous serions trompés sur la nature de la tumeur, et où l'énucléation serait impossible, il faudrait en extirper une assez grande partie pour rendre facile l'extraction du fœtus. Ainsi que vous l'a dit notre collègue, une seule incision verticale fut suffisante, et l'énucléation du corps fibreux put être pratiquée.

» Cette opération, indépendamment des motifs tout à fait scientifiques sur lesquels elle a été fondée, a un autre mérite; c'est la première de ce genre qui ait été faite dans le cours d'une parturition. On a bien enlevé des tumeurs polypeuses parfaitement visibles et saillantes à travers l'orifice utérin, pour rendre un accouchement ultérieurement possible. Un accoucheur anglais, Burns, a bien fait l'extraction d'une tumeur fibreuse placée, si je ne me trompe, dans l'épaisseur de la cloison rectovaginale et très rapprochée de la vulve, afin de faciliter la naissance d'un enfant. Des tumeurs fibreuses d'un volume assez considérable et renfermées dans la partie inférieure de l'utérus ont bien été énuclées dans des circonstances tout à fait étrangères à une grossesse et à un accouchement; mais il n'existe pas, à ma connaissance du moins, d'exemple d'une opération de ce genre pratiquée dans les circonstances difficiles et embarrassantes d'une parturition. Aussi notre collègue a-t-il certainement le mérite, que je désirerais faire particulièrement ressortir, d'avoir fait à l'art obstétrical une judicieuse et heureuse application de notions scientifiques et d'un procédé opératoire qui peuvent être considérés comme une des conquêtes de la chirurgie moderne. »

Cette remarquable allocution, qui a bien fait comprendre à l'Académie toute la valeur de la communication de M. Danyau, ne doit point cependant nous faire oublier le fait fort intéressant communiqué par M. Bouvier, et relatif à un cas d'étranglement interne dont la disposition se rapprochait de celle qu'a fait connaître le premier, et qu'a décrite avec tant d'exactitude et d'intelligence M. le professeur Parise (de Lille). M. Bouvier a fait suivre son observation de réflexions judicieuses que le temps ne lui a pas permis de compléter, et qui augmenteront encore le mérite de sa communication.

Enfin nous devons aussi mentionner la note de M. Robert-Latour, le rapport sévère et judicieux de M. Ferrus, et la lecture que M. Larrey a bien voulu se charger de faire au nom de M. Serres, et sur laquelle nous aurons à revenir dans la prochaine séance.

H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Kystes muqueux du plancher de la bouche et de la région thyro-hyoïdienne.

Les kystes muqueux de la bouche désignés par le nom de *grenouillette* sont aujourd'hui assez généralement connus pour que la publication de faits relatifs à cette maladie ne puisse avoir qu'un médiocre intérêt, à moins de renfermer quelque circonstance inusitée. Il n'en est pas de même de ces kystes qu'on observe beaucoup plus rarement sur la région laryngée, et dont l'observation n'a indiqué exactement jusqu'à ce jour ni la marche, ni le mode de développement, ni même le traitement. C'est sur un kyste de cette nature, dont l'observation nous a été communiquée par M. Gaillet, interne très distingué des hôpitaux, que nous allons appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Voici d'abord l'observation rédigée avec beaucoup de soin par M. Gaillet.

Kyste muqueux du plancher de la bouche, placé sur le trajet du canal de Warthon du côté droit, guéri par excision. — Kyste contenant de la cholestérine dans la région thyro-hyoïdienne. Ponction, injection iodée. Guérison.

Pretet (Rosalie), âgée de vingt-cinq ans, couturière, entrée le 5 mars, 1851, à l'hôpital des Cliniques, salle des femmes, n° 14, sortie le 21 du même mois.

Cette femme est d'une assez bonne constitution; pas d'antécédents ni trace de scrofules; habituellement bien portante, bien réglée; elle a eu un enfant. A la suite de sa couche, il lui est resté une surdité incomplète qui a résisté à un certain nombre de traitements.

Depuis son enfance, elle porte à la partie supérieure du cou, dans la région thyro-hyoïdienne, une petite tumeur arrondie, saillante, située presque sur la ligne médiane, mais néanmoins un peu plus à droite qu'à gauche. Elle a à peu près le volume d'un œuf de pigeon; elle est sans changement de couleur à la peau, sans adhérence à cette membrane, qui glisse avec la plus grande facilité sur elle, et qui ne présente aucune altération. Cette tumeur est molle, manifestement fluctuante, peu mobile, adhérente par sa face profonde, à parois très souples. Elle ne donne, au toucher, aucune autre sensation spéciale. L'indicateur, porté à la racine de la langue, au point où la muqueuse de cet organe se porte sur l'épiglotte, ne sent pas de saillie appréciable. Mais si l'on repousse la tumeur en arrière avec la main qui reste libre, on peut sentir une légère saillie et déterminer même de la fluctuation. Pendant la déglutition, cette tumeur suit les mouvements de l'hyoïde et du larynx. Ces explorations ne sont nullement douloureuses; et comme, du reste, la malade n'a jamais souffert de cette tumeur, qui reste stationnaire depuis longtemps. Ce n'est pas pour cette affection qu'elle a songé à entrer à l'hôpital.

Depuis quinze jours environ, une petite tumeur a commencé à se développer sur la partie latérale droite du plancher de la bouche, entre celui-ci et la face inférieure de la langue. Depuis lors cette tumeur a grossi lentement, sans causer aucune douleur, mais seulement un peu de gêne de la parole et de la déglutition. C'est pour le traitement de cette dernière affection que la malade est venue demander des soins à l'hôpital. Cette tumeur est placée, comme je l'ai dit, entre le plancher de la bouche et la moitié latérale droite de la langue, qu'elle soulève un peu, sur le trajet du canal de Warthon; elle a le volume et la forme d'une grosse amande; elle est légèrement aplatie de haut en bas. Sa coloration est grisâtre; elle se voit parfaitement à travers la muqueuse, qui, à ce niveau, est mince, très fine, transparente, et présente seulement quelques vaisseaux sanguins peu nombreux, mais placés surtout à la périphérie de la tumeur. Elle a une mollesse que l'on peut facilement constater avec le doigt; elle est peu adhérente, non réductible, de sorte qu'une pression, même prolongée, ne la fait nullement diminuer de volume; elle ne paraît pas communiquer avec le kyste du cou, ni avec le canal de Warthon, qui n'en est même pas comprimé. Ainsi, si l'on place sur la langue une substance sapide quelconque pendant qu'on tient relevée la pointe, on voit la salive sortir de chaque côté de la ligne médiane par l'ostiolum ombilicale. Ajoutons que ces explorations ne sont nullement douloureuses, et que les symptômes fonctionnels se bornent à une gêne peu prononcée de la parole et de la déglutition.

Le 7 mars, M. Gosselin excise toute la paroi superficielle de ce kyste au moyen d'une pince à dissection et de ciseaux courbes. Il donne ainsi issue à une cuillerée à café d'un liquide filant, ayant la couleur et la consistance de l'albumine liquide; il ne s'écoule que quelques gouttes de sang. La tumeur du cou ne s'affaisse nullement, ce qui prouve de nouveau l'indépendance des deux kystes. On recommande à la malade de se gargariser plusieurs fois dans la journée.

Elle ne souffre nullement à la suite de l'opération; elle mange et dort comme d'habitude. Le lendemain on excise un petit lambeau de kyste flottant dans la cavité buccale. Il y a un peu d'injection de la muqueuse de la bouche; mais la malade ne ressent aucune douleur appréciable. Les jours suivants, les suites de l'opération sont aussi simples que possible, et la malade paraît complétement guérie.

Le 11 mars, elle demande qu'on lui opère la tumeur du cou. On fait une ponction avec le trocart, et l'on donne issue à une bonne cuillerée à bouche d'un liquide jaunâtre, citrin, assez ténu, non filant, présentant un aspect pailleté très remarquable, dû à une grande quantité de cristaux de cholestérine et à quelques globules huileux. On distend ensuite légèrement la poche par une injection iodée (teinture d'iode, 1 partie; eau, 2 parties). On laisse le liquide en contact avec les parois pendant quelques minutes, puis on le laisse s'échapper. La piqûre de la ponction est recouverte d'une petite plaque de diachylon, maintenue elle-même par une compresse et une bande. La malade n'a ressenti aucune douleur pendant l'opération.

Pendant la journée, elle éprouve quelques douleurs dans la gorge, surtout au moment de la déglutition. On n'a pu cependant apercevoir aucune rougeur sur les piliers postérieurs ni sur la paroi postérieure du pharynx; du reste, pas de fièvre, sommeil, appétit.

Durant les quatre premiers jours, cette douleur persiste; elle s'accompagne d'un peu de gonflement et d'empâtement du kyste, sans douleur notable à la pression et surtout sans symptômes généraux. Puis cette douleur diminue et cesse tout à fait; en même temps, le gonflement devient moins considérable et se réduit à un petit noyau de la grosseur d'une très petite noisette, qui persiste encore lorsque la malade sort de l'hôpital, le 21 mars, dix jours après la ponction.

L'espace nous manque aujourd'hui pour faire sur cette observation les remarques qu'elle peut suggérer; nous les présenterons dans notre prochaine *Revue*.

De l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée dans le traitement des fièvres intermittentes.

Plusieurs fois déjà nous avons entretenu nos lecteurs de ce succédané nouveau qu'on a voulu donner au quinquina. Les faits étant encore bien insuffisants pour juger la question thérapeutique soulevée par M. Baud, nous continuerons à publier les faits qu'on nous adressera, et nous n'avons pas besoin de dire que nous accepterons également ces faits, qu'ils soient favorables ou défavorables à la nouvelle médication; la seule condition que nous mettrons toujours à notre acceptation, c'est que les observations qu'on nous adressera nous offrent de suffisantes garanties d'authenticité, et que ce ne soient pas des observations *choisies*, mais bien le résumé exact de *toutes* les expériences tentées; car si dans une série nombreuse de faits thérapeutiques, on ne voulait choisir que ceux qui sont contraires ou favorables à telle méthode, rien ne serait plus facile de prouver avec les mêmes faits le blanc et le noir, c'est-à-dire qu'il serait impossible de rien prouver à des esprits sérieux. Or comme c'est surtout à ces derniers que nous nous adressons, on nous permettra d'être quelque peu exigeant. Les faits qui nous sont communiqués par M. Colass, d'Ennezat (Puy-de-Dôme), nous paraissent offrir les garanties que nous exigeons, nous les publions, non comme des preuves (il ne saurait, avons-nous dit, en exister encore de suffisantes), mais comme des documents.

Voici ce qu'a écrit M. Colass à M. Baud :

Depuis quelques mois que vous nous avez fait connaître votre composition, nous l'avons essayée sur neuf malades, dont je vais vous fournir l'histoire succincte. Si vous voulez plus de détails, faites-le-moi savoir, je vous les enverrai.

Obs. I. — Marie Grenet, de Champeyroux, commune de Saint-Ignat, canton d'Ennezat. Cette fille, âgée de quatorze ans, est d'un tempérament lymphatique. Elle a eu une fièvre tierce en 1849, que nous avons coupée avec la quinine, cinq ou six fois. Elle a duré sept mois.

Le 8 août 1850, elle est prise de vomissements, de douleurs de tête, de frissons, chaleur et sueur, qui se renouvellent tous les deux jours. Le 15 août, je fais acheter un flacon de vos pilules, que je donne en cinq fois les jours d'accès; guérison qui s'est maintenue jusqu'aujourd'hui.

Obs. II. — Madame Tridou, âgée de cinquante-huit ans, fermière à Palerue, canton d'Ennezat, est prise, à la suite d'une fièvre typhoïde qui avait duré depuis les derniers jours de juin jusqu'au mois d'août, d'accès erratiques survenant surtout dans la soirée, de douleurs dans les yeux et de resserrements nerveux au niveau de la poitrine. Cette dame, qui est impressionnable, prend un de vos flacons, suivant mon indication; elle supporte bien vos pilules; ce qui n'avait pu avoir lieu pour la quinine. Ses accès et ses douleurs sont diminués; elle prend de l'appétit. Après un flacon elle reste assez bien pendant trois semaines. Retour de la maladie dans les premiers jours de septembre. Elle revient à votre remède; elle est soulagée; je lui conseille d'en prendre deux flacons de suite. Sa santé est revenue, et s'est maintenue jusqu'aujourd'hui.

Obs. III. — Le mari de cette dame, âgé de cinquante-six ans, forte constitution sanguine, est pris de frissons, de dégoût, le 13 août. Une fièvre quotidienne se régularise; il prend un flacon de pilules. Le troisième accès, à partir de ce moment, n'est pas venu; il s'est bien porté depuis.

Obs. IV. — Jean Lubin, âgé de vingt-quatre ans, domestique, d'Entraigues, tempérament lymphatique, se mouille en allant à une noce. Il est saisi, en revenant chez lui, de douleurs violentes dans les reins, l'estomac et la tête. La fièvre est violente; il a un délire sourd toute la nuit. Ces accidents se renouvellent avec plus d'intensité dans la nuit du lendemain 23 août. Après l'avoir saigné et purgé à l'huile de ricin, n'ayant pas encore une assurance expérimentale en votre remède, je donne, le 8 septembre, 1 gramme de quinine en pilules; le 9, même dose; le 10, diminution de l'intensité du mal; le délire a été plus calme. J'ordonne alors vos pilules, qui ont terminé la guérison. Il n'y a pas eu de retour après un flacon.

Obs. V. — Anne Marchadié, âgée de quarante-sept ans, tempérament sanguin, nerveuse, est frappée de douleurs violentes de tête dans la nuit du 12 septembre. Elle m'appelle le 16. Je la trouve en proie à une fièvre ardente; il y a de l'oppression; les yeux sont hagards. Il y a eu du délire toute la nuit précédente; il y a suspension de tous les symptômes pendant l'apyrexie. Enhardi par le cas précédent, je donne votre sel immédiatement à la chute de l'accès du 16, qui arrivait entre sept et huit heures du soir. J'en fis prendre quinze pilules dans la soirée. Le lendemain 17, même dose; le 18, à ma visite, je trouvai ma malade calme, couverte de sueur; il y avait un mieux sensible. Je fis continuer le remède pendant cinq autres jours, à la dose de huit pilules chaque jour.

Le 29 septembre, cette femme voulut aller laver; elle fut reprise de frissons, de fièvre complète, sans délire. Un seul flacon eut raison de ces nouveaux accidents. Il n'y a plus eu de rechute.

Obs. VI. — Edouard Gaubin, enfant nerveux, âgé de onze ans, habitant à Palerue, canton d'Ennezat. Ce petit garçon revenait de Corse avec son père, chef d'un bataillon de garde mobile; il avait la constitution délabrée par une fièvre quarte qu'on lui avait coupée peut-être dix fois, en Corse, avec de la quinine. Arrivé en mars dans notre marais, il fut repris de sa fièvre avec grincements de dents, perte de connaissance et roideur convulsive. Je l'arrêtai, au bout de quelques jours, par un vésicatoire sur la rate engorgée et plusieurs doses d'acide arsénieux qu'il supporta assez bien. Il se porte tant bien que mal jusqu'au mois de septembre; à cette époque, sa fièvre revient avec le type quotidien. Je lui fais prendre un flacon à la dose de six pilules par jour; il a été complétement remis. A la troisième dose, le mal a disparu.

Obs. VII. — Antoine Jay, ouvrier maçon, employé aux travaux de l'église d'Ennezat, jeune homme de vingt-sept ans et d'un tempérament lymphatique, est pris de fièvre tierce dans le courant de septembre. Je lui fais prendre deux doses de dix grains de quinine pendant deux jours d'accès; la fièvre persiste. J'ordonne un flacon de votre sel à la dose de dix pilules chaque jour de fièvre; elle ne reparaît pas après la première dose. Le mal n'est pas revenu.

Obs. VIII. — Françoise Richon, femme nerveuse, mariée, âgée de trente-neuf ans, demeurant aux Marty-sur-Morges, canton d'Ennezat, est prise le 27 septembre de douleurs violentes dans tout le flanc gauche; il y a sueurs copieuses, pesanteur de tête. Ces symptômes augmentent tous les jours dans la matinée pour diminuer le soir. Je fais prendre un flacon, qui produit du sommeil, ce qui n'avait pas lieu avant, de la diminution dans le rhumatisme. Son mari n'a pas voulu lui acheter un autre flacon.

Obs. IX. — Marie Bussière, femme mariée, âgée de cinquante-sept ans; depuis plusieurs années, elle est tourmentée de douleurs vagues qui existent tantôt dans un point, tantôt dans un autre du corps. Depuis le 3 septembre, ces douleurs se sont portées dans le front et lui enlèvent le sommeil; toute la nuit elle souffre; elle prend huit pilules tous les soirs pendant cinq jours, et la douleur quitte la malade, ce qui lui permet de dormir.

Nous consignerons ici à la suite des faits précédents une observation qui nous avait été adressée depuis longtemps par M. Boireau, de Mantes, et que nous n'avons pas publiée jusqu'à ce jour, parce qu'elle ne paraissait pas présenter un grand intérêt considérée isolément; jointe aux précédentes, elle contribuera à éclaircir une question qui depuis plusieurs années déjà préoccupe à juste titre l'esprit des praticiens.

L'appel que vous avez fait à tous les médecins de notre pays, dit M. Boireau, afin de constater l'effet d'un sel par vous appliqué si heureusement comme succédané du sulfate de quinine, doit être compris et entendu de tous. Comme toutes les découvertes utiles à la science et à l'humanité, celle qui consiste dans l'emploi de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, sagement administré, ne peut qu'attirer à son

auteur la reconnaissance des médecins en général et du public en particulier, qui trouveront toujours dans ce remède sinon guérison, du moins soulagement dans nombre de cas, et aussi, ce qui est à considérer, comme vous le dites fort bien, chez des populations pauvres, une dépense moindre que le sulfate de quinine, auquel bien des bourses ne peuvent atteindre.

Quoique n'habitant pas un pays marécageux (Mantes, Seine-et-Oise), quelques cas isolés de fièvres intermittentes franches s'observent ici, surtout chez les personnes qui habitent les bords de la rivière et qui sont employées, comme nos mariniers, le jour et la nuit au rude métier de conducteur de bateaux. Celui dont je vous adresse l'observation m'a inspiré, à cause de la violence des accès et de l'inefficacité du sulfate de quinine, l'emploi de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, et j'ai été assez heureux pour voir mon malade soulagé d'abord, puis guéri sous son influence.

Le 29 juillet 1850, je fus appelé près du nommé A. G..., marinier, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse et très laborieux.

Cet homme me raconte que dans le cours de l'été il conduisit souvent à la promenade, le soir, des personnes qui le faisaient attendre fort avant dans la nuit pour les ramener au port; que dans ces longues attentes, fatigué déjà par le travail du jour, il s'endormait étendu à terre sur la berge de la rivière; en joignant à cela une nourriture insuffisante, qu'il ne prenait qu'à la hâte dans ces jours de fatigue extraordinaire, on peut supposer que toutes ces causes réunies ont pu déterminer la fièvre intermittente très intense qui s'est allumée et que j'étais appelé à combattre.

C'est le premier accès violent que le malade dit avoir eu, quelques petits frissons s'étant fait sentir les jours précédents. Il est une heure de relevée, et il y a une heure que le frisson a débuté. Sous mes yeux, la période de chaleur s'établit, le pouls bat 95. Il n'y a ni vomissements, ni garde-robes; les urines sont rares et rouges, briquetées.

Comme l'accès a débuté à midi et qu'il s'est terminé à trois heures de l'après-midi, je prescris toutes les deux heures à partir de ce moment une pilule de 0,15 centigr. de sulfate de quinine, infusion de petite centaurée comme boisson, diète absolue.

Le 30 juillet, retour de l'accès aussi violent qu'hier, mais retardé de deux heures; c'est à quatre heures de l'après-midi que le malade ressent à la plante des pieds une espèce d'engourdissement qui monte, dit-il, et le frisson est établi. Même durée du frisson et de la période de chaleur, c'est-à-dire une heure pour chaque période. Au moment de l'établissement de la chaleur, le pouls bat 105, la face se congestionne; abattement général après cet accès. — Même prescription : sulfate de quinine, 0,15 centigr. ; extrait gommeux d'opium, 0,02; diète.

Le 31 juillet et les 1[er] et 2 août 1850, la fièvre a toujours reparu à quatre heures de l'après-midi, malgré l'administration régulière et persévérante du sulfate de quinine. C'est alors que je dus penser à changer de médicament et que j'eus recours à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée.

Le 3 août, le malade avait pris jusqu'au moment où l'accès devait venir, toutes les deux heures, une pilule de 0,20 centigr. du nouvel antipériodique, la même tisane; diète.

Le 4, l'accès n'a débuté qu'à onze heures du soir, ce qui faisait sept heures; il fut moins violent. Seulement, dans le cours de la journée, il y eut deux vomissements bilieux que j'attribuai au nouveau médicament, plus une selle ordinaire. Je fis continuer le médicament, et la même prescription que précédemment fut suivie.

Le 5, à quatre heures de l'après-midi, la fièvre a débuté par un frisson formidable des plus intenses. M'appuyant alors sur l'expérience du docteur Baud, malgré deux selles bilieuses très abondantes (effets du médicament), je persévérai à prescrire la même dose, toujours toutes les deux heures, 0,20 centigr.

Les 6 et 7, les vomissements bilieux persistaient; le pouls était à 110; le malade accusait une douleur obtuse de l'abdomen, et continuellement un léger frissonnement de tout le corps. Je crus devoir suspendre toute espèce de médicament, et dus administrer l'eau de Seltz pour couper la tisane de petite centaurée froide.

Comme je craignais qu'une inflammation gastro-intestinale survînt, je crus prudent de pratiquer une saignée de quatre palettes, qui soulagea le malade. A dater de ce jour, 8 août, aucun accès tranché n'a reparu; seulement, comme le malade était couché dans une salle au rez-de-chaussée, je crus devoir le faire transporter dans une chambre d'une maison voisine exposée au midi.

Pendant dix jours, c'est-à-dire jusqu'au 19 août, aucun accès n'avait menacé, et le malade mangeait déjà des potages, quand, le 20 août, il fut repris d'un nouvel accès, toujours avec cette espèce d'*aura* que j'ai indiqué plus haut. Cet accès dura moins de temps que les précédents, *deux heures*, les autres étant de *quatre* et *cinq heures*. Je prescrivis donc de nouveau le nouvel antipériodique, toujours à la dose de 0,20 centigr. toutes les deux heures pendant douze heures, et ensuite quatre pilules seulement dans les vingt-quatre heures pendant huit jours.

A partir de cette époque jusqu'au 2 septembre, époque à laquelle je cessai de voir le malade, la convalescence marcha lentement, il est vrai, le malade éprouvant une lassitude extraordinaire, et toujours ce qu'il appelait des picotements dans la paume des mains et à la plante des pieds.

Je pouvais considérer le malade comme guéri, puisqu'il avait repris ses travaux; seulement je craignais que les brouillards et le froid ne rappelassent cette rebelle maladie, dont un accès seul aurait pu emporter mon malade s'il n'avait eu la force dont il est doué.

Vers le 8 janvier 1851, il fut repris légèrement de frissons avec tremblement. Alors j'administrai de suite, pendant deux jours, trois pilules chaque jour d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, de 0,20 centigr. chaque pilule; et depuis, cet homme a repris et ses travaux et ses habitudes, avec la recommandation de toujours porter de la flanelle et de ne jamais la quitter, de même que de ne pas se livrer avec autant d'opiniâtreté à une fatigue qui pourrait ramener ces accidents qu'il redoute aujourd'hui beaucoup.

P. S. — J'expérimentai aussi l'application de votre sel sur une malade atteinte de tic douloureux de la face. J'ai été bien loin d'obtenir le résultat que j'aurais désiré; cependant il y a eu soulagement, et la malade, qui déjà a subi nombre de médications, entre autres, celle qui consiste à administrer le sulfate de quinine, m'a dit avoir éprouvé, après la prise du nouvel antipériodique, les mêmes effets physiologiques que ceux que lui ont fait éprouver les pilules au sulfate de quinine (abattement général, prostration des forces, bruissements dans les oreilles, pertes de l'appétit, selles liquides et fréquentes avec épreintes).

HOPITAL BEAUJON. — M. Bouvier.

Note sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle par un diverticule de l'iléon.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Le moindre effort eut en effet suffi pour détacher avec le doigt l'extrémité adhérente de l'appendice intestinal et pour rétablir ainsi instantanément la liberté des évacuations alvines. Des portes du tombeau la malade eût été rappelée à la vie par cette opération, en apparence si légère et si facile. Et cependant les chirurgiens paraissent à peu près unanimes pour rejeter cette pratique, malgré les succès de Nuck dans un cas d'invagination de l'intestin, pour lequel il conseilla et fit exécuter la gastrotomie. C'est que l'on n'a pas tardé à reconnaître que, hormis cette facilité séduisante de lever l'obstacle une fois qu'on l'a atteint, tout est difficulté quand on veut parvenir jusqu'à lui : difficulté pour diagnostiquer le mal, pour le distinguer d'un iléus nerveux, d'une simple accumulation de matières dures dans l'intestin, d'un rétrécissement de son calibre, qui arrête également le cours des fèces; difficulté par conséquent de poser l'indication véritable d'opérer, au risque de pratiquer sans utilité une opération grave pouvant devenir mortelle; mais, en outre, difficulté pour fixer le lieu précis où siége l'obstacle, autre risque de s'égarer dans la cavité abdominale, comme il est arrivé à Dupuytren, et de pratiquer encore en vain une opération dangereuse.

Mais, à supposer même qu'on ne se soit pas trompé sur la nature du mal, que l'on ait ensuite atteint l'obstacle, qu'on l'ait détruit, n'est-il pas à craindre que la péritonite déjà développée n'ait acquis un tel degré d'intensité qu'elle emporte le malade épuisé par la vivacité de ses souffrances, comme il arrive après l'opération de hernie étranglée quand on la fait trop tard? Chez notre malade, en particulier, des perforations eussent pu s'établir consécutivement à l'opération, puisque l'intestin était déjà traversé par des ulcérations qui n'étaient formées que par les adhérences de leurs bords aux parties voisines. Notre savant confrère M. Parise a lu dernièrement à l'Académie son intéressant mémoire sur les étranglements produits par des nœuds appartenant à des diverticules de l'iléon. Il pose en principe dans une de ses conclusions l'indication de la gastrotomie *lorsque la péritonite n'est pas encore généralisée.* Déjà Fréd. Hoffmann et Fél. Plater conseillaient cette opération, pourvu qu'il n'y eût point une inflammation abdominale très considérable (Rayer, *Bulletin de l'Académie*). Mais comment être assuré du diagnostic dans cette période commençante, alors que les accidents encore peu intenses ne peuvent donner à penser que l'opération soit le seul moyen de salut? Peu de temps après l'opération malheureuse de Dupuytren que j'ai rappelée plus haut, un jeune homme se présenta dans son service avec quelques symptômes qu'on pouvait rapporter à un étranglement interne; Dupuytren lui déclare que l'opération de la gastrotomie est la seule ressource qui lui reste; le malade, s'y refusant, passe dans un autre service et guérit au bout de trois jours par de simples purgatifs.

Cet exemple, dont je dois la connaissance à notre honorable secrétaire perpétuel, ne met-il pas dans tout son jour l'extrême difficulté de distinguer des cas analogues en apparence, et au fond si dissemblables? Je termine en concluant que, *dans l'état actuel de nos connaissances*, on ne saurait poser avec quelque exactitude l'indication de la gastrotomie dans les étranglements internes de la nature de celui que j'ai décrit.

La nomination de M. Alph. Guérin comme chirurgien du Bureau central avait créé une situation qui ne s'était pas encore présentée dans l'administration des hôpitaux. M. Guérin se trouvait cumuler, par cette nomination, les fonctions de chirurgien du Bureau central et de prosecteur des hôpitaux; il s'agissait de décider s'il n'y avait pas incompatibilité entre ces deux fonctions. L'administration vient de décider qu'il y a incompatibilité; mais, considérant que le cas ne s'était pas encore présenté, elle a maintenu M. Alph. Guérin dans l'exercice de ses fonctions jusqu'au terme fixé par le règlement relatif au prosectorat. L'administration nous semble avoir concilié, par cette décision, les bons principes avec ce qu'on doit aux droits justement acquis.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 44. — MARDI 15 AVRIL 1851. (24e ANNÉE.) N° 44. — MARDI 15 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

MAISON NATIONALE DE SANTÉ. — M. VIGLA.

Excès antérieurs. — Séjour en Afrique. — Fièvres intermittentes et choléra. — Diarrhée, dyspnée, douleurs thoraciques; amélioration. — Réapparition de la dyspnée avec symptômes graves. — Pneumo-hydrothorax. — Mort. — Autopsie. — Fistule hépatique pulmonaire et pleurale.

Le 3 mars dernier, entre à la Maison de santé, salle 1re, n° 1, un homme âgé de trente-cinq ans, dont la face blême, les chairs molles et amaigries témoignent d'une souffrance déjà ancienne et d'une constitution débilitée. Il est d'ailleurs dans un état de suffocation imminente, et semble être en proie à un accès d'asthme des plus intenses.

Les renseignements obtenus ultérieurement de ce malade nous apprennent que depuis l'âge de quinze ans il a la respiration gênée, courte, selon son expression. Une marche un peu rapide, une course de quelques pas suffisaient pour provoquer l'essoufflement. Sa mère et une de ses tantes, toutes deux asthmatiques, sont mortes vers l'âge de cinquante ans. Ses frères et ses sœurs, plus jeunes ou plus âgés que lui, ne sont pas sujets à une semblable dyspnée.

Il accuse une jeunesse des plus orageuses; il a fait toutes sortes d'excès, surtout au service militaire, de vingt-cinq à trente-deux ans. Pendant trois années passées en Afrique, il a eu plusieurs fois la fièvre intermittente; mais celle-ci a toujours facilement cédé au quinquina. Il a éprouvé aussi une légère atteinte de choléra.

Mais c'est surtout depuis son retour en France que la santé du malade s'est altérée. Il est d'abord pris d'une inflammation d'intestin qui dure environ deux mois. Dans la même année (1850) la respiration devient beaucoup plus pénible. A trois fois différentes, il est pris d'un point de côté qui cède à l'emploi de vésicatoires, puis il revient à un état de santé supportable.

Quelques jours avant son entrée à la Maison de santé, le rhume dont il était affecté depuis longtemps acquiert une intensité nouvelle. La respiration devient très gênée; il y a en même temps perte d'appétit, malaise général, fièvre, douleur de côté au-dessous du sein droit.

Le jour de son entrée (3 mars), nous constatons, avec l'orthopnée déjà indiquée, une fréquence et une petitesse extrêmes du pouls, une pâleur remarquable de la peau, couverte de sueur froide.

Examen de la poitrine. — A gauche, sonorité normale par la percussion; murmure respiratoire faible, mêlé à des râles sibilants et ronflants pendant les deux temps de la respiration. A droite, matité complète dans les trois quarts inférieurs de la poitrine; sonorité moindre qu'à gauche dans le quart supérieur. Absence de bruit respiratoire, de souffle bronchique, d'égophonie.

Diagnostic. — Emphysème pulmonaire et bronchite à gauche; pleurésie avec épanchement abondant à droite.

Traitement. — Tartre stibié, 10 centigrammes; poudre d'ipécacuanha, 1 gramme; julep avec acétate d'ammoniaque et éther sulfurique; tisane de polygala avec oxymel scillitique; 60 centigrammes de poudre de Dower; vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.

Sous l'influence de cette médication, continuée les jours suivants (moins l'éméto-cathartique), l'oppression diminue un peu, mais ne cesse pas, et cinq jours après l'arrivée du malade, nous réitérons l'examen de la poitrine. A gauche, nous trouvons les mêmes signes. A droite, persistance de la matité à la percussion; même absence de bruit respiratoire, de souffle et d'égophonie dans les trois quarts supérieurs. Mais je suis frappé, après avoir ausculté longuement la fosse sus et sous-épineuse, d'un bruit qui me rappelle, quoique confusément, le souffle, ou plutôt le bourdonnement amphorique du pneumo-hydrothorax. Cependant, le son obtenu par la percussion est mat dans le quart supérieur comme dans le reste de ce côté de la poitrine; et celui des parties symétriques, à gauche, est relativement très clair. J'ai recours immédiatement au seul procédé opératoire capable de lever tous les doutes, la succussion hippocratique, et j'entends la fluctuation thoracique la plus caractéristique; un bruit exactement semblable à celui que l'on produit en agitant fortement une carafe de cristal à moitié remplie d'eau et d'air. Le malade lui-même éprouve la sensation d'un liquide en mouvement.

Certain dès lors de l'existence d'un pneumo-hydrothorax, je cherche inutilement, les jours suivants, le tintement métallique, la résonance amphorique de la voix; je ne saisis même pas, le plus souvent, ce bourdonnement amphorique confus, éloigné, qui m'avait mis sur la voie de la maladie réelle. La résonance, à la percussion de ce côté, manque toujours dans les trois quarts inférieurs, et est moindre dans le quart supérieur que celle du côté gauche. L'un des deux ou trois derniers jours de la vie du malade, je crois entendre le tintement métallique; mais l'état d'épuisement rend l'exploration difficile, et j'attache beaucoup moins d'importance à ce résultat qu'à celui obtenu dans des conditions bien autrement favorables les jours précédents.

Je vais parler maintenant des signes fonctionnels qui m'ont frappé dans le cours de cette maladie. Je mentionne d'abord la persistance de la dyspnée avec des alternatives variées d'intensité, offrant le plus souvent le degré d'orthopnée, obligeant le malade de rester sur son séant, lui permettant quelquefois de se coucher sur le côté droit, plus rarement sur le dos, jamais sur le côté gauche. Les crachats, d'abord rares, spumeux, blanc de lait et non sans quelque analogie avec des blancs d'œufs battus en neige, deviennent ensuite plus abondants, et sont formés pendant quelques jours de sang rosé, puis rouge comme celui des hémoptysies, ou mieux encore de l'apoplexie pulmonaire; la proportion et les qualités du sang diminuent les jours suivants, et ils passent à la couleur chocolat; plus tard, enfin, ils deviennent séro-muqueux, aérés, diffluents, grisâtres, d'une odeur alliacée, spermatique pour les uns, rappelant un peu pour moi celle des matières animales qui commencent à se putréfier; toutefois, quoique sous l'influence de cette appréciation, ils me paraissent encore plus comparables, sous le rapport de l'odeur, aux crachats de certaines bronchites chroniques qu'à ceux d'une véritable gangrène pulmonaire, et je remarque en même temps que l'air expiré n'a pas la fétidité qu'on lui trouve dans cette dernière maladie. Le pouls reste constamment petit, très fréquent; des sueurs très abondantes, presque continuelles, affaiblissent le malade sans diminuer la dyspnée; ajoutons des défaillances de plus en plus fréquentes, de la diarrhée, de l'insomnie, des révasseries nocturnes, et nous avons le tableau des symptômes les plus importants de cette maladie, dont la nature tuberculeuse nous parut de plus en plus probable, malgré sa marche insolite, dans l'admission de cette hypothèse. La mort survient le 3 avril, un mois après l'entrée du malade à la Maison de Santé.

Autopsie le 5 avril, environ 40 heures après la mort.

Etat extérieur. — Aucun signe de putréfaction. Dilatation manifeste du thorax à droite.

Abdomen. — Le foie descend jusqu'à l'ombilic. Adhérences celluleuses anciennes entre le diaphragme et le foie, qui ne présente d'autre altération que celle qui sera indiquée plus tard en parlant de la perforation pulmonaire. Etat normal de la rate, du pancréas et des reins. Partie inférieure du gros intestin très rouge par injection, parsemée de plaques fongueuses, comme végétantes; lésions qui deviennent moins marquées vers la partie supérieure, excepté dans le cæcum, où l'inflammation atteint son maximum d'intensité. Etat normal de l'intestin grêle. Injection pointillée et ecchymotique très prononcée de la paroi postérieure de l'estomac. Dans le mésentère, deux ganglions de la grosseur d'une noisette transformés en une coque dure, crétacée, remplie de matière concrète, friable, d'apparence tuberculeuse.

Thorax. — Poumon droit réduit à une lame très mince, refoulé contre la colonne vertébrale; le sommet n'arrive guère qu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale, et la cavité thoracique de ce côté est entièrement libre d'adhérences, si ce n'est à l'endroit de la partie moyenne de la troisième côte, où on trouve une bride assez épaisse (0m,009 d'épaisseur), formée par une portion du poumon. Un litre 25 centil. de liquide paraissent occuper le tiers de la capacité pleurale, dont les deux autres tiers sont remplis par de l'air. Dans ce liquide séro-purulent nagent des masses fibrineuses et albumineuses considérables de nombre et de volume.

Le lobe inférieur du poumon est appliqué sur le diaphragme sous forme d'une lame amincie, et lui adhère d'une manière intime. On trouve vers la partie moyenne de ce lobe inférieur une excavation très anfractueuse traversée par des brides de substance pulmonaire. Cette cavité, profonde de 2 ou 3 centimètres, est formée aux dépens du poumon, qui est détruit en ce point; le pourtour, très irrégulièrement circulaire, est déchiqueté et nettement séparé par une ligne rouge de la fausse membrane qui revêt la plèvre de toutes parts; à ce pourtour la fausse membrane est infiniment mince. Lorsqu'on insuffle par la trachée le poumon placé sous l'eau, on voit que l'air s'échappe par une large ouverture située en haut et à gauche au fond de l'excavation que nous venons de décrire; autour de cette ouverture centrale sont disséminés d'autres petits orifices imperceptibles par lesquels l'air se fait également un passage lors de l'insufflation; le diamètre de l'ouverture principale, qui est assez irrégulière, est de 6 à 7 millimètres.

En bas et à gauche de l'excavation du lobe inférieur vient s'ouvrir l'orifice supérieur d'une fistule qui, après un trajet de 5 millimètres, arrive à la partie supérieure d'une cavité anormale du foie à travers une portion de poumon et de diaphragme. Ce trajet fistuleux, dirigé un peu de dehors en dedans et de droite à gauche, présente 8 millimètres de diamètre et se trouve très nettement enkysté, de même que la cavité du foie que nous allons décrire. Cette cavité qui, au moment de son ouverture ne nous a paru contenir aucun liquide, est placée vers la partie médiane du bord postérieur du lobe droit, et se trouve creusée aux dépens de la partie convexe sur laquelle elle s'étend; elle offre assez exactement l'apparence des trois quarts d'une sphère, dont le grand diamètre est de 0m,025. A sa partie supérieure la cavité du foie est recouverte par le diaphragme, en partie détruit sur une largeur moyenne de 3 centimètres et demi. Le péritoine et la capsule de Glisson, également détruits dans une étendue correspondante, adhèrent intimement au pourtour de la cavité du foie, et cette adhérence se continue à quelque distance; de telle sorte qu'il est impossible de les détacher dans une zone de 2 ou 3 centimètres. Dans ces limites, et surtout à la ligne d'insertion du diaphragme altéré aux bords de la cavité hépatique, le péritoine et la capsule de Glisson paraissent notablement épaissis et devenus plus résistants. Les parois de la cavité sont formées par une fausse membrane épaisse, où l'on remarque de petits cryptes; au-dessous de cette fausse membrane la substance du foie a pris une couleur d'un vert ardoisé foncé, et elle est devenue très compacte dans une étendue de 3 millimètres. Autour de cette couche, et dans une épaisseur environ deux fois et demie plus considérable, le tissu du foie est encore un peu induré et d'un gris jaunâtre; mais dans tout le reste de sa substance le foie ne présente aucune altération, et il offre une couleur rouge-brique foncée.

Le diaphragme est violacé et comme fibreux aux alentours de la fistule pneumo-hépatique; dans la portion à peu près ellipsoïde qui recouvre la cavité du foie, cette altération est plus manifeste; une fausse membrane très résistante le double en cet endroit.

La plèvre costale et pulmonaire est revêtue de toutes parts d'une couche fibrineuse concrète; au-dessous de cette couche la plèvre conserve une couleur verdâtre-violacé. Cette couleur est aussi celle du poumon réduit, comme nous l'avons dit déjà, à une épaisseur de 2 ou 3 centimètres tout au plus. Par l'insufflation, le poumon reprend son volume à peu près normal; dans cet état sa couleur devient peu à peu couleur lie-de-vin après quelque temps d'exposition à l'air.

Ce poumon, examiné avec le plus grand soin, ne présente aucune trace de tuberculisation récente ou ancienne. Il y a du mucus purulent dans plusieurs ramifications bronchiques, surtout dans le voisinage de l'excavation. Le parenchyme pulmonaire placé autour de celle-ci n'offre ni induration, ni ramollissement. On passe par des transitions insensibles d'une sorte de détritus grisâtre, sans odeur de gangrène, qui existe à l'intérieur de cette cavité, à celle du poumon présentant l'aspect normal. Aucune séparation intérieure ne continue la ligne rougeâtre signalée à l'extérieur sur la plèvre; celle-ci se détache du poumon avec facilité, et paraît un peu épaissie. A sa surface libre elle est un peu tomenteuse et comme charnue.

Le poumon gauche est parfaitement sain; le lobe supérieur contient une granulation grise très petite. Nous en cherchons inutilement une seconde.

Les ganglions bronchiques de l'un et l'autre côté n'offrent rien de remarquable quant à leur volume, et ne contiennent pas de tubercules.

Pas d'altérations dans le péricarde. Le cœur a les parois légèrement hypertrophiées; les valvules n'ont subi aucune altération.

Réflexions. — I. Les altérations anatomiques consignées dans cette observation fournissent un nouvel exemple de fistule hépatique pulmonaire et pleurale. Le poumon est creusé à sa base d'une cavité, sorte de cloaque communiquant d'une part avec le foie à travers une ouverture étroite et arrondie du diaphragme, lequel adhère intimement à ces deux organes, d'autre part avec la plèvre par une large ouverture aux dépens du feuillet pulmonaire de cette membrane séreuse. Ajoutons encore une troisième communication de la cavité pulmonaire avec les bronches par un orifice assez large et par une infinité d'autres très petits, comme l'a démontré l'insufflation.

II. L'examen cadavérique fournit quelques données d'une grande valeur sur le mode de formation de cette triple lésion. En effet, la lésion du foie et du diaphragme est évidemment d'une date très ancienne. Celle du poumon et de la plèvre est beaucoup plus récente. L'orifice fistuleux du diaphragme a établi d'abord une communication entre le foyer, sans doute primitif, du foie et une bronche de la base du poumon droit. Réduite à ces termes, la maladie a pu durer longtemps sans donner lieu à des symptômes graves, et on entrevoit même la possibilité d'une guérison assez prochaine, ne fût survenu l'inflammation du poumon dans le voisinage de la fistule, et la perforation de la plèvre. L'état du poumon nous fait penser qu'il s'est produit dans ce point une sorte d'eschare dont l'élimination a eu pour conséquence un pneumothorax et une autre série de communications bronchiques. Nous appelons l'attention, au point de vue de ce travail pathologique, sur l'état du poumon transformé en un véritable bourbillon sphacélé, sur le liséré rouge qui le sépare des parties vivantes et qui est surtout reconnaissable à la surface de la plèvre, enfin sur l'absence de suppuration et

d'hépatisation. Nous signalons aussi comme un fait exceptionnel l'absence d'odeur manifestement gangreneuse : il semble qu'il se soit passé là quelque chose d'analogue à certaines gangrènes sèches dites séniles. Ainsi, pour nous, la théorie anatomique de ce fait serait la suivante :

1° Formation d'un abcès dans l'épaisseur du foie près de la convexité de cet organe ;

2° Adhérence du foie avec la partie correspondante du diaphragme ;

3° Perforation de cette cloison musculaire et séreuse, devenue elle-même adhérente au poumon ;

4° Perforation du poumon et élimination de la suppuration par cette voie ;

5° Travail d'élimination bientôt suivi d'un commencement de cicatrisation ;

6° Intercurrence d'une gangrène pulmonaire circonscrite suivie de pneumothorax et de pleurésie purulente déterminant la mort.

III. Cherchons maintenant si les déductions symptomatiques concordent avec celles tirées de l'anatomie pathologique. Excès nombreux, séjour en Afrique, plusieurs atteintes de fièvres intermittentes; plus tard, après le retour du malade en France, inflammation d'intestins qui dure deux mois. Dans cette même année (1850), point de côté, qui reparaît trois fois (l'observation ne dit pas si ce fut à droite, mais n'est-ce pas plus que probable?); puis retour à un état de santé supportable.

N'est-il pas rationnel d'admettre que ces phénomènes puissent correspondre à la formation d'un abcès du foie, à une ouverture de celui-ci dans les bronches et à un commencement de travail de guérison? Enfin, quelques jours seulement avant son entrée à l'hôpital, une funeste complication se déclara, et ici la corrélation des symptômes ultimes avec les lésions récentes est trop évidente pour que je croie devoir m'y arrêter.

IV. Un mot maintenant sur les phénomènes acoustiques qui furent pendant la vie du malade l'objet d'une attention sérieuse de notre part. Notre intention n'est pas d'entrer dans l'examen des nombreuses théories relatives à la production des différents bruits qui se produisent dans le pneumo-hydrothorax. Nous voulons seulement apporter un fait que nous avons observé de notre mieux, laissant à d'autres plus exercés le droit de l'interpréter.

A. *Percussion.* — Nous sommes encore à nous demander si nous n'avons pas été dupes d'une erreur ou si nous avons mal pratiqué la percussion; mais toujours est-il que jusque dans les derniers jours de la vie non-seulement le son obtenu par ce mode d'exploration ne fut pas tympanique, mais il fut moindre que celui obtenu du côté gauche. Et cependant, convaincu par la fluctuation thoracique de l'existence d'un pneumothorax, nous devions plutôt être prévenu en faveur de l'existence de ce signe que tomber dans l'erreur opposée qui eût consisté à le méconnaître. Je le répète donc, évidemment le son tympanique a manqué, et cependant à l'autopsie pas d'adhérences pleurales, pas de fausses membranes; deux volumes de gaz pour un volume de liquide.

B. *Auscultation.* — Il est intéressant de rappeler que pendant les deux ou trois premiers jours la matité thoracique, l'absence de tout bruit respiratoire, nous avaient fait conclure à l'existence d'une pleurésie avec épanchement considérable du côté droit. A l'une des explorations suivantes, je crus entendre un peu de bourdonnement amphorique lointain, qui m'engagea à pratiquer la succussion hippocratique et me fit constater la fluctuation thoracique. Je cherchai inutilement le tintement métallique; la voix et la toux n'eurent pas le caractère amphorique.

Bien convaincu désormais de l'existence d'un pneumo-hydrothorax avec une quantité d'air et de liquide considérable, comme il m'était permis d'en juger par le refoulement du foie et du diaphragme, l'agrandissement latéral de la poitrine, l'écartement des côtes et la masse de liquide mis en mouvement par la succussion du malade, qui avait la conscience très nette de cette fluctuation, je cherchai inutilement pendant plus de quinze jours les signes caractéristiques autres que celui qui vient d'être indiqué, et toujours la voix, la toux et même le bourdonnement amphorique, le tintement métallique manquèrent, si ce n'est, je l'ai dit, peut-être un jour ou deux avant la mort, quand le malade était déjà épuisé et l'expectoration devenue difficile. L'absence de ces signes me parut une circonstance qui devait donner un grand intérêt à l'examen des parties malades. Or, ce que celui-ci présente de frappant, c'est l'aplatissement du poumon réduit à une lame d'une extrême minceur sur la colonne vertébrale et une partie de la convexité du diaphragme ; c'est, pour ainsi dire, l'annihilation du poumon, fait qui me paraît apporter un argument d'une certaine valeur à la théorie proposée par le rédacteur en chef de ce journal, auquel je laisse le soin de développer ce point de doctrine.

V. Je n'ai plus qu'une remarque à faire au point de vue de la curabilité d'une semblable affection. J'ai dit comment le malade était en voie de guérison lors de l'intervention du pneumo-hydrothorax. Si le malade eût été moins épuisé par les excès de tout genre à la suite desquels sa constitution était si sensiblement altérée, l'absence de tubercules et de lésion grave du poumon, la facilité avec laquelle cet organe put être insufflé sont des éléments d'une certaine importance dans le pronostic et dans l'appréciation de l'opportunité de la thoracentèse. Mais les cas de ce genre sont si rares en comparaison de ceux où la phthisie pulmonaire est le fond de la maladie, le diagnostic négatif des tubercules est si difficile que j'hésiterai toujours à pratiquer la thoracentèse pour un pneumo-hydrothorax survenu dans le cours d'une maladie chronique ; et d'ailleurs, l'air, ce grand obstacle aux suppurations de bonne nature, ne pourrait être soustrait par cette opération, ou du moins serait facilement remplacé par la fistule du poumon.

OBSERVATION

pour servir à l'histoire de la pathologie du caillot qui se forme dans les artères à la suite de leur ligature.

Par M. le docteur Notta, de Lisieux, ex-interne des hôpitaux de Paris, etc.

Le caillot qui se forme dans les artères à la suite de leur ligature est sujet à certaines altérations qui, amenant sa destruction, peuvent être la cause d'hémorrhagies secondaires. Déjà, dans ma thèse inaugurale (Paris 1850), j'ai appelé l'attention sur ces altérations, que j'ai désignées sous le nom de *fonte purulente* et de *fonte putride* du caillot. J'ai montré qu'après la chute de la ligature le pus de la plaie baignait l'extrémité inférieure du caillot et que dans quelques cas il déterminait sa *fonte purulente;* d'un autre côté, j'ai cité des observations dans lesquelles le caillot avait éprouvé, soit à sa périphérie, soit à son centre, un ramollissement particulier, noirâtre, sanieux, fétide (*fonte putride*). Mais je n'avais pas signalé au centre du caillot la présence du pus parfaitement séparé de la plaie et de la cavité du vaisseau. Cette lacune, l'observation suivante me permet de la combler, et d'ajouter ainsi un fait de plus à l'histoire de la pathologie du caillot artériel, dont on paraît ne pas avoir senti toute l'importance, car les auteurs qui ont fait des travaux sur les ligatures artérielles n'en font pas mention.

Obs. — Rubus, bonnetier, âgé de quarante-six ans, meurt à l'hôpital Saint-Louis d'infection purulente, dix-neuf jours après une amputation de la jambe faite au lieu d'élection pour un écrasement de la partie inférieure de la jambe.

Autopsie. — La plaie est grisâtre ; la ligature est tombée; l'artère est entourée de tissus souples, sains, non enflammés. Elle cesse brusquement à 12 millimètres de la surface de la plaie. Dans ce point, elle est béante, et l'extrémité du caillot qui remplit son calibre baigne dans le pus. Cette artère, qui est le tronc tibio-péronier, n'a pas diminué de calibre. En l'incisant, on la trouve oblitérée par un caillot dans une hauteur de 17 millimètres. Ce caillot, en procédant de bas en haut, est, dans une hauteur de 7 millimètres, fibrineux, rougeâtre, adhérent à la paroi interne de l'artère. Là il cesse brusquement, et est remplacé par une collection purulente dans une hauteur de 5 millimètres ; ce pus est jaune, bien lié et remplit tout le calibre de l'artère. Au-dessus est un caillot fibrineux, rougeâtre, de 4 millimètres de hauteur, remplissant les deux tiers du calibre de l'artère, libre dans toute sa circonférence, adhérant seulement par sa base à la circonférence du cylindre artériel et empêchant ainsi le contact du pus avec le reste du sang. Ce caillot a la forme d'un tronc de cône à base dirigée en bas, à sommet tourné vers le cœur. Au niveau de son sommet se trouve l'embouchure de l'artère tibiale antérieure. Au niveau de la collection purulente, la membrane interne a une teinte très légèrement rosée, sans arborisation ; elle est peut-être un peu ramollie, mais elle a conservé son poli, et les tuniques moyenne et externe ne sont pas épaissies, ni vascularisées. Il n'y a pas de foyer purulent en contact avec ce point de l'artère. J'ai déposé la pièce au Musée Dupuytren. (*Maladies du système circulatoire*, n° 108.)

Je n'insisterai pas sur la gravité d'une semblable lésion ; tout le monde comprend comment son extension eût amené fatalement la destruction du caillot et l'hémorrhagie secondaire.

M. Lebert, auquel j'ai communiqué ce fait, pense que cette matière jaune, qui offrait toutes les qualités physiques du pus, était constituée par un amas de globules blancs du sang. Malgré l'autorité de M. Lebert, il me paraît difficile d'admettre que le liquide que j'ai observé soit autre chose que du pus. L'examen microscopique eût levé tous les doutes, mais il a été rendu impossible par l'immersion de la pièce dans l'alcool.

Si, n'adoptant pas l'opinion de M. Lebert, on regarde le liquide puriforme comme étant bien réellement du pus situé au centre du caillot, on se trouve en présence d'une question sur laquelle on ne s'accorde guère, du moins pour la phlébite ; savoir : Le pus a-t-il été formé par une sorte de transformation du caillot, ou bien provient-il des parois enflammées ?

La première de ces deux hypothèses paraît ici la plus probable ; car il me semble difficile d'admettre que le pus ait été sécrété par les parois artérielles dont les membranes interne et moyenne sont enkystées à l'état normal, et qui, dans le cas actuel, ne présentent aucune vascularisation. La membrane interne *était peut-être un peu ramollie ;* mais ce léger ramollissement n'implique pas nécessairement l'idée d'une inflammation, et peut être déterminé par le contact du pus longtemps prolongé.

Quoi qu'il en soit, laissant le champ des hypothèses, nous ferons remarquer, en terminant, que les diverses altérations que nous avons signalées ailleurs dans le caillot artériel (*thèse citée*), et dont l'observation précédente nous a montré une nouvelle forme, présentent la plus grande analogie avec celles que l'on observe dans les caillots de la phlébite.

DE L'ALTÉRATION DES QUINQUINAS

et des moyens de la constater ;

Par M. Adolphe Bobierre, professeur du cours municipal de chimie de Nantes.

On a proposé plusieurs moyens dans le but de constater l'altération du quinquina. L'un d'eux consiste à agiter la matière suspecte avec de l'éther parfaitement pur. Si la liqueur accuse une coloration jaune plus ou moins intense, on en conclut que du santal ou plutôt que de la gentiane a été ajoutée à la substance soumise à l'essai. Des expériences multipliées nous ont permis de reconnaître que ce moyen est vicieux, et qu'il y aurait souvent danger à prononcer d'après ces indications.

Qu'on prenne du quinquina rouge entier, du quinquina jaune et de la gentiane ; qu'on pulvérise le tout séparément, et qu'on agite dans trois tubes avec de l'éther pur : le quinquina rouge donnera une coloration tellement intense que, dans certains cas, la liqueur aura la teinte de l'alcool de lavande ; le quinquina jaune donnera, dans le plus grand nombre de cas, une belle couleur jaune-ambré ; et enfin, la gentiane pure ne colorera que faiblement l'éther. Quant au santal, la coloration qu'il fournit est extrêmement intense.

Pure ou mélangée avec du quinquina jaune épuisé, la gentiane ne se comporte donc pas, en présence de l'éther, de telle sorte qu'on puisse, par la coloration obtenue, prononcer sur sa présence ; c'est ce que nous voulions seulement constater.

Hâtons-nous de dire, d'ailleurs, que l'épuisement préalable de la plus grande quantité des quinquinas actuellement livrés à bas prix dans la droguerie est le fait le plus fréquent en matière d'altération, et sur lequel les jurys médicaux ne s'appesantissent pas assez, selon nous.

Livrer à la consommation du quinquina sans quinine, c'est évidemment ajouter du ligneux à de la poudre de quinquina pure. Une telle falsification ne manque pas de gravité.

(*Journ. de Chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 avril 1851. — Présidence de M. Rayer.

M. Dumas présente au nom de M. Lewy la note suivante sur le cédron :

Dans les parties les plus chaudes de la Nouvelle-Grenade, dans les Sierras Calientes, on trouve un arbre qui atteint de grandes dimensions et que dans le pays on nomme cédron (simaba cédron); le fruit de cet arbre est une espèce de graine qui rappelle jusqu'à un certain point par son aspect la fève de Saint-Ignace. Comme cette substance, elle se distingue par une amertume extraordinaire. Les naturels lui attribuent une grande efficacité contre les morsures des serpents et dans le traitement de la rage et des fièvres intermittentes; ils l'administrent à la dose de 5 centigrammes et sous forme de poudre délayée dans l'eau-de-vie. A une dose plus élevée, cette graine agit comme un poison violent.

J'ai réussi à retirer des cédrons deux principes particuliers qui me paraissent bien définis et qu'il est facile de se procurer en soumettant le fruit pulvérisé à des traitements successifs par l'éther et par l'alcool.

L'éther en extrait une matière grasse, neutre, cristalline, presque insoluble dans l'alcool froid.

Le résidu épuisé par l'éther cède à l'alcool une substance que j'ai obtenue à l'état cristallisé et que je regarde comme le principe actif du cédron. Peu soluble dans l'eau froide, cette matière, que je nomme *cédrine*, se dissout assez bien dans l'eau bouillante et dans l'alcool et cristallise de ses dissolutions en aiguilles soyeuses. Elle est neutre au papier de tournesol. Sa saveur est d'une amertume comparable à celle de la strychnine et plus persistante encore. Jusqu'à présent, je n'ai pas essayé de combiner la cédrine avec les acides, de sorte que j'ignore si elle possède des propriétés alcalines bien définies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 avril 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Homolle et Quevenne font hommage à la Société de leur travail sur la digitaline.

— M. Boinet, à propos du procès-verbal, rappelle que la *Gazette des Hôpitaux*, dans un des numéros du mois de février 1849, a publié une observation de spina-bifida guéri par deux injections iodées. Il s'agit d'une jeune fille de treize ans ayant sur le sacrum une tumeur de neuf pouces de circonférence et trois pouces de hauteur, avec des parois minces. Cette tumeur était accompagnée de paralysie et d'incontinence recto-vésicale. La guérison du spina-bifida fut obtenue par deux injections iodées, mais il resta toujours du trouble de l'intelligence accompagné de paralysie et d'incontinence recto-vésicale.

— M. Boinet communique à la Société quatre observations de hernies inguinales successives qu'il a eu occasion d'observer chez des vieillards. Chez ces malades, M. Boinet est parvenu, bien que les phénomènes de l'étranglement fussent assez intenses, à réduire leur hernie par un taxis prolongé et secondé par des inhalations de chloroforme pendant un temps assez long. Notre collègue pense que cette manière de faire est destinée, si elle est bien appliquée, à mettre beaucoup de malades à l'abri de l'opération de la herniotomie.

M. Demarquay. Je ferai remarquer à M. Boinet que l'application des anesthésiques comme moyen de rendre plus efficace le taxis dans le cas d'étranglement herniaire est un fait acquis à la science; depuis l'introduction de cet agent thérapeutique dans la chirurgie pratique, il n'est point de chirurgien qui n'emploie souvent le chloroforme dans le même but que M. Boinet; les mémoires et les thèses qui ont été publiés sur l'application des agents anesthésiques à la pratique de la chirurgie relatent un certain nombre de faits d'étranglement herniaire vaincus par le taxis secondé par l'action de l'éther ou du chloroforme.

Mais, quant à la pensée que le taxis prolongé secondé de l'action du chloroforme peut mettre la plupart des malades à l'abri de la herniotomie, c'est là, suivant moi, une idée trop absolue, contre laquelle je proteste; sans doute, le chloroforme peut être utile; mais, comme seul il est impuissant et qu'il a besoin d'être secondé par un taxis poussé trop loin, ce taxis ainsi fait devient un danger dans certaine circonstance bien déterminée. M. Boinet aurait dû nous dire dans quelle espèce de hernie il avait agi, à quelle époque de l'étranglement il avait appliqué sa méthode de traitement; si notre collègue ne détermine point nettement ces deux points, sa communication trop absolue, loin d'éclairer le traitement des hernies, peut au contraire devenir funeste en donnant l'espoir de faire céder tout étranglement herniaire par un taxis prolongé aidé de l'action du chloroforme.

M. Huguier. Le chloroforme agit comme la syncope; il relâche les tissus et peut favoriser la réduction d'une hernie. Tout le monde

d'ailleurs emploie ce moyen avant de pratiquer l'opération de la hernie étranglée; mais il échoue souvent, et cela doit être; il est tel étranglement contre lequel le taxis seul ou aidé du chloroforme ne peut rien. On rencontre des hernies dont le débridement une fois levé ne continue pas moins d'être irréductible; tout récemment, M. Huguier fut obligé de faire trois incisions sur les parties exerçant la constriction pour obtenir la réduction. Ces difficultés se rencontrent surtout chez les sujets jeunes, vigoureux et porteurs de petites hernies bien serrées. Dans ces cas, le chloroforme secondé du taxis réussit rarement; tandis que dans les hernies d'un certain volume, se produisant par un large canal, la réduction s'obtient assez facilement.

Appendice au procès-verbal de la précédente séance.

M. Boinet. Mon intention n'était point de prendre part à cette discussion; mais j'entends émettre des idées si contraires à la vérité concernant l'action de la teinture d'iode sur nos tissus que je ne puis ne pas rappeler des faits qui sont connus de tous ceux qui ont fait usage convenablement des injections iodées. Une opinion généralement admise, mais qui est une erreur, c'est que les injections iodées déterminent souvent des inflammations graves, suppuratives, gangreneuses, et qu'il y a par conséquent danger à les employer. Plusieurs fois déjà j'ai cherché à combattre cette erreur et à montrer que les effets immédiats et consécutifs des injections iodées étaient différents suivant les tissus sur lesquels on les appliquait, ensuite suivant la concentration plus ou moins grande du liquide iodé. Ainsi plusieurs chirurgiens les accusent de produire des inflammations vives, des gangrènes dans l'hydrocèle; je n'hésite pas à le croire, puisqu'ils le disent; mais je soupçonne fort que ces injections n'ont pas été faites convenablement. M. Chassaignac lui-même nous en fournit la preuve; il a éprouvé des accidents avec les injections iodées dans l'opération de l'hydrocèle, mais il ajoute que ces accidents n'ont jamais eu lieu que lorsqu'il a fait usage d'injections composées de teinture pure d'iode; mais, lorsqu'il a employé la formule de M. le professeur Velpeau, il n'a jamais vu survenir les mêmes accidents. En effet, dans l'hydrocèle les injections iodées formulées convenablement et employées de même produisent tout au plus une inflammation adhésive et ne vont jamais au delà; je dis produisent tout au plus une inflammation adhésive, car il y a des cas, et nous en avons observé, où après l'injection iodée les parois de la tunique vaginale n'adhèrent pas entre elles, et où la cavité vaginale est parfaitement libre, accomplissant ses fonctions comme dans l'état normal. Ce point, à savoir: si l'injection iodée produit dans l'hydrocèle une irritation qui va jusqu'à l'inflammation adhésive, ne nous paraît pas résolu d'une manière positive, et nous prions nos collègues de vouloir bien le vérifier toutes les fois qu'ils auront l'occasion d'examiner des tuniques vaginales dans lesquelles on aura injecté de la teinture iodique; seulement, nous leur recommandons d'y apporter la plus grande attention, car dans ces cas les parois de la tunique vaginale sont tellement contiguës, qu'on pourrait croire, à première vue, qu'elles sont adhérentes. D'ailleurs, pour nous rendre compte des phénomènes primitifs et consécutifs qui naissent sous l'action de la teinture d'iode injectée dans une cavité séreuse, examinons ce qui a lieu lorsqu'on applique cette même teinture sur la peau. Ici on opère à ciel ouvert, et tout est facile à constater; les phénomènes qui surviennent sont patents. Sont-ils ceux de l'inflammation ou bien tout simplement ceux d'une irritation portée aussi loin que possible, et jusqu'aux limites de l'inflammation. Ainsi après plusieurs couches de teinture d'iode sur la peau, on remarque, non pas immédiatement, mais au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la finesse de la peau et la sensibilité du malade, que celle-ci se sèche, se parchemine; puis l'épiderme se soulève, s'écaille, et un suintement de sérosité a lieu, suintement qui se renouvelle à chaque nouvelle application, etc. Il est probable que, si on répétait plus longtemps ces applications, on arriverait à produire de l'inflammation et tous ses phénomènes. Dans ce cas donc il y a tout simplement augmentation forcée, exagérée de l'action naturelle de la peau. Le suintement qui a lieu n'est qu'un liquide aqueux, séreux, qui probablement a beaucoup d'analogie avec le sérum du sang, mais qui n'est pas de la lymphe plastique et ne le deviendrait qu'autant qu'on arriverait plus près de ce qu'on appelle l'inflammation. On sait que lorsque l'irritation a dépassé certaines limites elle devient inflammation, et celle qui, restreinte dans certaines bornes et privée du contact de l'air, reste adhésive devient suppurative si elle dépasse ces bornes. Ces phénomènes, que nous observons pour le tissu cutané, sont les mêmes pour les séreuses. Une injection iodée, dosée convenablement et injectée dans la tunique vaginale, dans le péritoine, n'est qu'un stimulant qui produit une irritation simple, insuffisante le plus souvent pour amener l'inflammation adhésive, mais assez grande pour produire une sécrétion et une absorption plus grandes. Dans ces cas, les injections iodées produisent donc une impression qui donne naissance à une action restaurratrice. Sous l'influence d'une irritation modérée, les vaisseaux ne sont que peu modifiés; la sécrétion n'est pas encore de la lymphe coagulable, mais seulement de la sérosité. Si l'irritation est plus forte ou poussée plus loin, la sécrétion devient de la lymphe coagulable mêlée avec un peu de sérosité; l'irritation étant plus forte encore, la matière sécrétée est de la lymphe plastique, et ressemble à celle qui est produite dans la période adhésive de l'inflammation; et à mesure que l'irritation devient plus vive, une nouvelle disposition modifie à chaque instant les vaisseaux et les amène à la période suppurative; la matière sécrétée subit donc ainsi des modifications constantes depuis le moment où elle n'est qu'un simple liquide extravasé jusqu'à celui où elle constitue la substance de la nouvelle formation qui appartient en propre à la suppuration. Il est donc facile de voir maintenant que l'effet immédiat des modes d'action de la teinture iodée, suivant la concentration plus ou moins grande, est la formation de sécrétions qui varient suivant l'intensité plus ou moins grande de l'irritation, car il est probable que, lorsque les surfaces irritées forment du pus, ce sont les mêmes vaisseaux qui le secrètent; seulement, le mode d'action des vaisseaux est modifié d'une manière fort remarquable.

Maintenant, quels sont les phénomènes qui ont lieu dans une tunique vaginale après une injection iodée? Celle-ci stimule donc plutôt qu'elle n'irrite; car si elle dépasse le stimulus, elle devient une cause d'irritation. Si l'action stimulante n'est pas assez forte pour rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, il y a récidive, et l'hydrocèle se reproduit; si cette action est convenable, la guérison a lieu, et l'équilibre entre la sécrétion et l'absorption a lieu; si, enfin, cette action dépasse les limites d'un stimulus et si elle produit une inflammation, alors naissent les phénomènes de l'inflammation adhésive, etc. Avec l'injection iodée, nous sommes, pour ainsi dire, maîtres de faire naître le degré convenable d'irritation. Mais une question qui n'est pas encore résolue pour tout le monde, c'est la véritable théorie de la guérison de l'hydrocèle.

Les idées attachées à la méthode des injections sont qu'elles produisent l'adhérence des parois du sac entre elles et au testicule par première intention. Cet effet peut avoir lieu quelquefois sans aucun doute; mais c'est lorsque le liquide injecté est trop concentré, c'est-à-dire trop irritant, probablement qu'il se forme alors quelques adhérences; mais quelques observations récentes ont montré d'abord que l'adhérence générale et même partielle du sac est loin d'être la conséquence commune de cette opération, qui guérit en modifiant l'action morbide des vaisseaux sécréteurs, modification dont la nature n'est point connue. Le succès de l'opération n'est nullement en proportion de la somme d'inflammation produite, bien qu'une certaine quantité d'irritation, d'inflammation modérée paraisse indispensable pour que l'effet curatif soit produit; et l'inflammation causée par l'injection iodée va rarement jusqu'à la période adhésive, et ne la dépasse jamais quand le liquide injecté est dosé convenablement. L'observation clinique peut d'ailleurs, jusqu'à un certain point, donner l'explication de la guérison. Que produit l'injection? L'exsudation prompte d'une grande quantité de sérosité et de lymphe coagulable, ou simplement de sérosité, ou bien de lymphe coagulable seule. Souvent la tunique vaginale devient plus distendue qu'elle n'était avant la ponction; cet épanchement considérable d'un liquide nouveau, dû à l'action de l'injection sur les parois de la tunique vaginale, distend, écarte, éloigne l'une de l'autre et du testicule ces parois du sac vaginal, de façon que ce nouveau liquide tient séparés les uns des autres les points de cette membrane séreuse pendant douze ou quinze jours et même plus longtemps, et dans la période où les phénomènes de la période adhésive, c'est-à-dire les adhérences, devraient se former. La tunique vaginale étant très élargie dans de telles circonstances, son affaissement ne pouvant avoir lieu à cause du liquide qu'elle contient, il est donc, sinon impossible, au moins très difficile, de voir s'établir des adhérences, car le contact ne pourrait être assez uniforme pour mettre toutes les parties de la cavité en rapport réciproque, et quand le liquide résorbé permet aux parois de la cavité de se mettre en contact, les phénomènes de la période adhésive de l'inflammation ont disparu depuis longtemps.

On m'a encore objecté, comme preuve de l'inflammation produite par les injections iodées dans la tunique vaginale, la douleur si vive que ressentent les malades, le gonflement du testicule, sa sensibilité, la fièvre, les vomissements, etc. Mais tous ces phénomènes, qui existent, à la vérité, ne sont jamais si sensibles, pour la plupart, qu'au moment de l'injection, et avant même que l'inflammation ait eu le temps de se développer; ils sont dus à l'impression du liquide injecté sur le testicule et sur son cordon, impression qui retentit jusque sur les côtés de la colonne vertébrale, là où l'injection n'a pas pénétré, où elle n'a pas pu par conséquent produire de l'inflammation. Cette douleur gravative du testicule, qui fait naître les nausées, la douleur dorsale et la douleur lombaire, ne peut donc être attribuée à l'inflammation. Quant à la tuméfaction considérable qui suit l'injection pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines, elle est considérable, et, à raison de la douleur, on pourrait croire qu'elle a son siége dans le testicule; mais elle a pour cause principale l'exsudation du liquide épanché dans la tunique vaginale sous l'influence de l'irritation produite par l'injection. Au bout d'un certain temps, cette augmentation de volume disparaît peu à peu par l'absorption de la sérosité qui a été sécrétée, et le malade est guéri.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. Robert les deux lettres suivantes :

Paris, 14 avril 1851.

Cher confrère,

Un article publié par M. J. Guérin, il y a deux jours, sur l'argumentation de ma thèse, m'oblige à lui répondre immédiatement. Mais comme son journal ne paraît que le samedi, et qu'il m'importe beaucoup de ne pas rester sous le coup de reproches immérités, j'ose espérer de votre obligeance l'insertion dans votre journal de la lettre ci-jointe, que je viens de lui adresser.

Veuillez agréer, etc. Robert.

A Monsieur J. Guérin, *rédacteur en chef de la* Gazette Médicale.

Paris, 13 avril 1851.

Monsieur et honoré confrère,

Le dernier numéro de votre journal renferme un compte-rendu des récentes épreuves du concours de clinique chirurgicale, et entre autres une note sur la thèse que j'ai soutenue devant le jury le 7 de ce mois. Comme homme public, mes travaux appartiennent à la critique, et je vous laisse parfaitement libre, comme tout autre, de commenter la manière dont je sais traiter un sujet et le défendre dans une argumentation. Je ne veux donc entamer avec vous, quant aux questions de doctrine, aucune polémique pour soutenir les opinions que j'ai formulées.

Votre appréciation me paraît bien quelque peu injuste et empreinte de partialité; néanmoins je passe outre à son endroit, aussi bien qu'à l'égard des expressions acerbes et désobligeantes qui la traduisent. Mais je ne saurais passer sous silence quelques-uns de vos paragraphes qui tendraient à faire croire que j'ai altéré gravement les faits en interprétant d'une manière inexacte des indications puisées dans vos paroles ou dans vos écrits.

Trois observations de ma thèse sont incriminées :

1° M. Voillemier me demandait de lui fournir des preuves de la nature congéniale d'une luxation de l'humérus, observée par vous-même sur un sujet de dix ans; j'alléguai que la lésion existait des deux côtés. Je suis heureux de voir que vous approuvez ma réponse; mais, suivant vous, j'aurais dû ajouter les preuves suivantes : le sujet dont il s'agit offrait « en outre plusieurs autres » difformités articulaires qu'il avait apportées, comme la luxation » double de l'épaule, en naissant : la luxation était donc congéni» tale. » Pardonnez-moi, monsieur, de n'avoir pas puisé dans mes inspirations ces détails précieux, qui m'eussent sans doute mieux donné gain de cause contre mon honorable aggresseur. Vous m'excuserez, avec ceux qui me liront, lorsque vous saurez que j'ai puisé ce fait aux bonnes sources, c'est-à-dire dans le remarquable article dû à votre plume, et qu'on trouve inséré dans la *Gazette Médicale*, année 1841, page 101. Voici, du reste, l'observation textuelle :

« *Luxation scapulo-humérale directement en bas.* La tête de » l'humérus était située à deux centimètres au-dessous du rebord » inférieur de la cavité glénoïde, chez un jeune homme de dix ans, » dont voici le plâtre. Cette luxation s'est effectuée à la suite d'une » paralysie complète du deltoïde et de la plupart des autres mus» cles scapulo-huméraux, et d'un allongement de la capsule par le » seul poids du membre. L'épaule gauche du même sujet présen» tait la même difformité à un degré beaucoup moins prononcé. »

Dans cette observation, qui brille au moins par sa concision, je cherche en vain la mention de ces autres difformités apportées en naissant et qui m'eussent été une arme si utile dans ma défense.

2° Je passe à un autre fait : J'ai commis, suivant vous, la faute de donner le nom de tumeur blanche à une coxalgie survenue chez un fœtus. Grâce à votre obligeance, j'avais vu, sur cette pièce, « le » cotyle altéré, la tête fémorale déformée, chagrinée, ayant con» tracté des adhérences avec les parties environnantes au moyen » de brides celluleuses partant de différents points de cette surface. » Les parties molles étaient, il est vrai, desséchées; mais, aidé de vos souvenirs, je fus convaincu que cette pièce, des plus rares du reste, était un exemple incontestable d'arthropathie fœtale. J'osai et j'ose encore la qualifier de tumeur blanche, crime de lèse-nomenclature que la science absoudra sans doute. Cette dénomination n'ôte, d'ailleurs, pas au fait *toute sa valeur scientifique*, comme vous semblez le croire; et je pense qu'elle convient au moins aussi bien que celle de *maladie articulaire quelconque* que vous paraissez adopter.

3° Mais j'arrive à un point plus grave. Qu'il me soit permis, en mettant deux textes en regard, d'écarter le soupçon de vous avoir prêté une opinion qui vous serait étrangère. Il s'agit de la subluxation occipito-atloïdienne en arrière. On lit dans ma thèse, p. 44 : « M. Jules Guérin nous a montré dans sa belle collection » un exemple de subluxation occipito-atloïdienne en arrière. Deux » fois chez des anencéphales, il a observé ce déplacement, qui con» siste en un glissement des condyles occipitaux en arrière sur les » cavités glénoïdes de l'atlas; il existait une flexion exagérée de la » tête sur la face antérieure du cou et de la poitrine. »

Vous commentez cet article et ajoutez : « M. Giraldès a eu rai» son de faire des réserves contre cette assertion; non-seulement » M. Robert n'a pas vu dans notre collection le fait qu'il cite, mais » nous ne l'avons jamais rencontré et nous le regardons comme » impossible. L'observation trop rapide et les souvenirs trop va» gues de M. Robert l'ont trompé. »

En lisant ce paragraphe, nous avons tout d'abord pensé que notre mémoire avait pu nous mettre en défaut et qu'au milieu de notre préoccupation nous avions pu commettre quelque erreur à votre préjudice. Nous avons été bientôt rassuré; car, en portant les yeux sur la première colonne de la page 101 (article déjà cité, *Gazette Médicale*, 1841), nous y avons lu le passage suivant dû à votre plume : « Subluxation occipito-atloïdienne, deux variétés A en ar» rière, B en avant. Les exemples que j'ai constatés jusqu'ici sont » les suivants :

» A en arrière, consistant dans une flexion exagérée de la tête » sur la face antérieure du cou et de la poitrine avec un commen» cement de glissement en arrière des condyles occipitaux sur les » fascettes articulaires de l'atlas. En voici deux exemples sur des » fœtus anencéphales. »

Ces pièces, que vous montriez à votre clinique en 1841, ont donc disparu de votre collection et avec elles le souvenir fugace de ces faits importants. Sans doute vous serez désormais plus indulgent à l'endroit du manque de mémoire. *Verba volant, scripta manent.*

Si vous avez lu notre thèse, monsieur et honoré confrère, n'avez-vous pas parfois songé à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet, à la rapidité du temps? N'avez-vous point vu que nous avons cherché à rendre justice à chacun et à vous en particulier? C'est avec indépendance et probité que nous avons écrit et parlé. Nous sommes peut-être resté au-dessous de notre tâche, mais nous demandons, sinon l'éloge, au moins la justice pour nos efforts.

Agréez, etc. Robert.

Corps étrangers de la vessie.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de Médecine que M. Velpeau a présenté au nom de M. Lüer un instrument destiné à extraire les corps étrangers tombés dans la vessie. « Cet instrument, dites-vous, est une pince à deux branches, construite de telle façon que, lorsqu'on saisit dans la vessie un corps étranger de forme allongée comme un fragment de sonde, ce corps se place de lui-même dans le sens de la longueur, et qu'il peut être ainsi retiré sans difficulté.

Permettez-moi de vous prier de placer sous les yeux de vos lecteurs le passage suivant d'un mémoire présenté à l'Académie des Sciences en 1840, et publié en 1843.

« Avec les instruments usités et connus, disais-je, il serait impossible de pratiquer l'extraction de tiges métalliques solides qui se présentent en travers; mais cela m'est devenu facile au moyen d'une échancrure sur la gaîne : « La » tige à extraire, » étant saisie par » les branches, » vient arc-bouter » contre les bords » de l'extrémité de » la gaîne, bas» cule obéissant à » la traction, et » vient se placer » longitudinalement dans l'échancrure. » Les figures 4, 5 et 6, montrent les temps de cette manœuvre. » (*Sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers solides, autres que les pierres et leurs débris.* — In-8°. Paris, 1843, page 9.)

Je joins à ma lettre la gravure sur bois qui a servi pour l'impression du mémoire.

Vous voyez, monsieur le Rédacteur, que l'instrument de M. Lüer, présenté par M. Velpeau, est construit sur le principe des miens, et agit exactement de la même manière. Il y a dans la disposition des branches une légère différence dont je ne veux pas examiner la valeur, mais qui ne peut m'enlever le mérite de l'invention.

Maintenant, si ce n'est pas abuser de votre complaisance et de la patience de vos lecteurs, permettez-moi de transcrire les conclusions du rapport lu à l'Académie des Sciences dans la séance du 6 septembre 1841, sur cet instrument et d'autres appropriés à la forme, à la nature des corps à extraire.

« En examinant les instruments que M. Le Roy-d'Etiolles a pré» sentés pour extraire de la vessie certains corps métalliques, et

» sans avoir besoin de les essayer sur le cadavre, vos commissaires » estiment que ces instruments n'offrent aucun des avantages que » ce médecin leur attribue. Certes, dans de semblables cas, il se» rait plus rationnel, plus simple et d'une exécution plus facile de » pratiquer au périnée une incision qui s'étendrait jusqu'au col de » la vessie pour aller chercher les corps étrangers. En résumé, » vos commissaires pensent que ce procédé nouveau ne peut inté» resser l'Académie, et ils ont l'honneur de lui proposer de ren» voyer ces instruments à leur auteur. »

Dix ans plus tard, ce même procédé présenté, non plus par un médecin, mais par un fabricant, ne paraît plus indigne d'intéresser une académie. *E sempre bene!*

Agréez, etc. LE ROY-D'ETIOLLES.

Nous croyons devoir placer à la suite de la lettre de notre savant confrère la réclamation suivante que nous adresse M. Lüer.

Paris, 14 avril 1851.

Monsieur le Rédacteur,

M. le docteur Le Roy-d'Etiolles a fait une réclamation relativement à mon instrument pour extraire les corps étrangers de la vessie, et dit, en citant un mémoire présenté à l'Académie des Sciences en 1840 : « Avec les instruments connus et usités il serait » impossible d'opérer l'extraction de tiges métalliques solides qui » se présentent en travers; mais *cela m'est devenu facile au moyen* » *d'une échancrure pratiquée sur la gaîne.* »

Comme mon instrument n'est pas basé sur ce principe, et qu'il ne présente *aucune* échancrure sur la *gaîne*, ce qui le rend complétement différent de l'instrument défini par M. Le Roy, il ne peut partager la désapprobation formulée par M. Velpeau, et de laquelle M. Le Roy-d'Etiolles se plaint. Je ne suis donc pas le plagiaire de M. Le Roy, et je vous suis bien obligé, monsieur le Rédacteur, de le faire connaître.

Veuillez agréer, etc. A. LUER.

NOUVELLES.

Le congrès central d'agriculture séant au Luxembourg a émis les vœux suivants touchant le service médical des campagnes :

« Art. 1er. En ce qui concerne l'hygiène et la salubrité publiques :

» 1° Etablissement d'un conseil d'hygiène et de salubrité dans chaque canton, avec leurs attributions déterminées par les comités d'arrondissement établis par l'article 12 du décret du 18 octobre 1848, et dont feraient partie, indépendamment d'un ou de plusieurs hommes de l'art, le juge de paix, l'un des membres du clergé de la circonscription et l'un des cultivateurs du canton;

» 2° Libre initiative pour les conseils en ce qui concerne soit la réunion de leurs membres, soit la délibération des mesures ou projets de règlements à soumettre à l'autorité départementale ;

» 3° Stricte exécution des lois et règlements sur les inhumations, sur l'établissement et la tenue des cimetières, et, en général, sur l'hygiène et la salubrité publiques.

» Art. 2. En ce qui concerne le service médical :

» 1° Que les préfets et conseils généraux soient invités à prendre les mesures qui leur paraîtront les plus efficaces et le mieux appropriées aux besoins de chaque département pour l'amélioration du service médical et pharmaceutique des indigents dans les communes rurales ;

» 2° Que des encouragements et des distinctions honorifiques soient accordés aux médecins et aux autres personnes qui se seront consacrés au soulagement des malades indigents.

» Art. 3. Réitération des vœux précédemment émis :

» 1° Publication, distribution gratuite et admission au nombre des livres d'instruction élémentaire de manuels d'hygiène à l'usage des campagnes, par les soins et avec les encouragements de l'administration;

» 2° Conditions égales de capacité et d'études pour tous les membres à admettre dans le corps médical;

» 3° Protection et encouragement aux associations particulières, religieuses ou laïques, ayant pour but le soulagement des malades dans les communes rurales. »

— Le 22 février est mort, à Vallauris, petite commune du département du Var, un des glorieux débris des guerres de la République et de l'Empire, M. Sicard, ancien chirurgien-major des armées d'Italie.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Cuisinier, chirurgien aide-major, commissionné au 7e dragons, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Chatelain, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Nancy, est promu médecin ordinaire de 1re classe au même hôpital.

M. Rivière, pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Belfort, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Devresse, pharmacien major de 2e classe aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital militaire de Belfort.

M. Bachelet, pharmacien aide-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Alger, est désigné pour l'hôpital militaire de Valenciennes.

— La *Gazette de Gênes* annonce qu'il s'est présenté dans cette ville et le voisinage quelques cas de pustules malignes ou charbon, provenant du contact de mouches qui ont touché des matières animales en putréfaction. Les autorités ont donné des ordres pour combattre le développement de cette maladie.

— Le docteur Magne, médecin oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, commencera le lundi 21 avril, à midi, rue Louis-le-Grand, n° 3, son cours de clinique des maladies des yeux, et le continuera tous les lundis à la même heure.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera un cours public de médecine opératoire le mardi 22 avril, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— Nos lecteurs se seront facilement aperçus de l'erreur typographique qui s'est glissée dans le titre de l'importante observation de M. Danyau, puisqu'il est dit dans le courant de cette observation que le fœtus est venu mort au monde.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

M. VLEMINCKX, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, inspecteur général du service de santé de l'armée, a présenté à l'Académie, dans sa séance du 4 janvier 1851, les documents suivants, relatifs aux effets thérapeutiques du Rob de Laffecteur.

PREMIÈRE OBSERVATION (1).

« M. D..., d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatico-nerveux, avait eu trois fois la maladie vénérienne lorsqu'il vint réclamer mes soins.

» La première fois, en 1839, il eut un chancre qui rongea le frein, fut traité par les mercuriaux et céda à nne médication interne (le deuto-chlorure en pilules, combiné avec les pansements an précipité rouge en pommade), et qnelques cautérisations faites avec le nitrate d'argent fondu.

» La seconde fois, en 1844, une blennorrbagie qui dura trois mois, et guérit au moyen d'injections d'nne solution de sulfate de zinc, après qu'on eut renoncé à faire prendre le copabu, qui avait déterminé un érytbème sur tout le corps.

» La troisième fois, en 1848, des chancres au prépuce et des bubons inguinaux qui s'abcédèrent et furent ouverts avec la lancette. Cette affection fut aussi traitée par les composés mercuriels, et on n'en obtint la cure qu'après quatre mois de traitement. Les chancres s'étaient indurés, et l'un des bubons avait été remplacé par une large ulcération, quoiqu'on eût employé la médication dès le début de la maladie.

» Depuis cette dernière infection, M. D... avait vu sa santé se détériorer ; il attribuait son état maladif habituel à la grande quantité dn mercure ingéré, lorsqu'il y a dix-huit mois, sept ans après la disparition des symptômes de la dernière affection, il éprouva de la douleur à la gorge en avalant, et s'aperçut de la chute des cheveux et de l'apparition de taches ronges sur tout le corps. On lui fit prendre des pilules et des tisanes amères dont il ignore la composition. Après un traitement de trois mois religieusement suivi, voyant sa maladie s'aggraver, il vint me consulter. Voici quelle était sa position : maigreur excessive ; chute presque complète des cheveux ; syphilides papuleuses, confluentes au cuir chevelu, à la face et sur le reste du corps; ulcérations caractéristiques au voile du palais (une d'elles avait déjà détruit deux tiers de la luette). Le malade accusait des douleurs nocturnes des membres ; nne grande prostration morale et physique ; des transpirations abondantes la nuit, principalement vers le matin. Il existait un léger mouvement fébrile; une petite toux sèche, fréquente, sans expectoration ; des râles muqueux à petites bulles, audibles dans toute la poitrine. L'appétit etait nul; la digestion très pénible, avec constipation habituelle.

» En présence de pareils symptômes, je n'hésitai pas à admettre l'existence d'une syphilis consécutive grave. Je prescrivis l'iodure de potassium (un demi-gros sur trois onces d'eau, avec addition d'une demi-once de sirop de menthe), à prendre, en débutant, une cnillerée à bouche dans les vingt-quatre heures.

» Le médicament fut laissé et repris, à cause du mauvnis état des voies digestives. N'ayant obtenu aucune amélioration après un traitement de trois semaines ; de plus, ayant remarqué qne les ulcérations du septum staphylin gagnaient en étendue, malgré plusieurs cantérisations pratiquées avec la teinture d'iode et le nitrate d'argent, j'engageai le malade à faire usage du Rob antisyphilitique de Laffecteur.

» Je commençai, vn l'état des premières voies, par le prescrire à la dose d'une cuillerée dans un verre d'eau, à prendre en trois fois dans la journée ; en même temps j'ordonnai une alimentation lactée. Huit jours plus tard, deux cuillerées du Rob pur étaient parfaitement supportées. Dès lors, l'appétit revint; les garde-robes reprirent leur cours et leur consistance habituels; la nourriture fut changée : je permis un peu de viande blanche et du vin coupé.

» La dose du médicament fut progressivement portée à douze cuillerées dans nne journée. J'augmentai sensiblement l'alimentation, et complétai le traitement par quelques bains généraux sulfureux.

» Six semaines étaient à peine écoulées, que déjà les douleurs et les transpirations nocturnes avaient complétement cessé ; la toux et l'affaissement moral et physique n'existaient plus ; les ulcérations de l'arrière-bouche marchaient vers la cicatrisation ; les syphilides étaient en voie de résolution, et les voies digestives revenues à leur état normal.

» Après avoir pris quinze bonteilles de Rob en cinq mois, M. D... ne conservait d'une affection aussi grave que le souvenir des maux passés. Je le revis quelque temps après qu'il eut cessé tout traitement ; il avait de l'embonpoint, jouissait d'une santé parfaite, et ne présentait d'autres traces de sa maladie que la perte de la luctte. »

DEUXIÈME OBSERVATION (1).

« M. V..., officier au 1er régiment de lanciers, fut atteint à plusieurs reprises de la maladie vénérienne. En 1825, époque de la première invasion, il eut des chancres à la verge, accompagnés de gonorrhée. Cette affection fut traitée par le calomel à l'intérieur et les frictions mercurielles à l'extérieur.

» En 1828, de nouveau atteint de syphilis, il eut tout à la fois gonorrhée, chancres et bubons. Le traitement consista en pilules composées de deuto-chlornre de mercure ; il en prit jusqn'à deux grains dans les vingt-quatre beures, pendant sept mois.

» Depuis lors, cet officier se rappelle avoir en plusienrs gonorrhées qui cédèrent à l'emploi du poivre de Cubèbe.

» En 1835, une dartre squameuse, de la longuenr de trois ponces sur deux de largeur, apparut à la partie externe et inférieure de la jambe droite, et quelques taches violacées se montrèrent aux membres et sur la poitrine. N'ayant fait aucnnement attention à ces phénomènes, le malade continua son genre de vie habituel. Ce n'est qu'il y a environ trois ans qne, l'affection dartreuse faisant des progrès, il eut reconrs aux conseils d'un médecin. A ces symptômes s'étaient jointes des douleurs sourdes et nocturnes que le malade attribuait au rhumatisme, maladie pour laquelle il obtint un congé de denx mois pour aller prendre les eaux à Aix-la-Chapelle. *(La suite à un prochain numéro.)*

(1) Communiquée par M. le médecin de régiment Fromont (L.), du 4e de ligne.

(1) Communiquée par M. le médecin de régiment Lefèvre, du 1er lanciers.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 16 AVRIL 1851.

Séances des Académies.

Après avoir excité, en 1830, cet enthousiasme dont tout le monde conserve encore le souvenir, l'institution de la garde nationale, grâce à cet esprit de persévérance qui nous caractérise, en est arrivée aujourd'hui à ce point, de ne plus guère servir que de cible aux vaudevillistes et de plastron aux émeutiers.

Nous avions compté toutefois que l'Académie résisterait à ce penchant général, et qu'elle discuterait sérieusement un rapport qui lui avait été sérieusement demandé par l'administration. Notre attente n'a été remplie qu'à demi, et nous avons vu le moment où les lazzis égrillards de M. Ricord allaient transporter sous les voûtes de l'hôpital de la Charité les coulisses de la Montansier. Constatons cependant, en nous en félicitant, que ces propos ont été accueillis avec une réprobation aussi marquée que générale, et tâchons, avec la grande majorité de l'Académie, d'examiner sérieusement et en quelques mots le rapport de M. Bégin.

Disons d'abord que le nom du rapporteur répondait du mérite qu'aurait le rapport. A ce point de vue, l'espoir du public et de l'Académie n'a point été trompé. Mais, le mérite du travail étant bien reconnu, était-il convenable de le discuter immédiatement après une simple audition? Nous ne le pensons pas, et nous aurions voulu que la motion faite par un honorable membre d'autographier le rapport avant de le discuter eût été adoptée, au moins en ce qui concerne la seconde partie de ce rapport; car, cette partie n'étant autre chose qu'une simple énumération de maladies, on comprend que des omissions auraient pu être faites sans qu'au fond le mérite du travail en fût le moins du monde atteint. C'est précisément ce qui a eu lieu. Plusieurs membres, MM. Roux et Robert, entre autres, ont signalé des omissions que M. le rapporteur s'est empressé de réparer, et qui peuvent n'être pas les seules; car on comprend bien qu'il faudrait une mémoire et une présence d'esprit prodigieuses pour compléter instantanément un tableau de quatre-vingts noms où il y aurait quatre, six ou dix lacunes.

Nous pensons aussi que quelques-unes des maladies qui ont été mentionnées dans le tableau auraient pu en être rayées, si une discussion mieux préparée et partant plus approfondie avait pu s'établir. Pour n'en citer qu'un exemple, on a placé parmi les causes d'exemption le varicocèle volumineuse. Or la varicocèle, même volumineuse, guérit presque toujours avec l'âge, même sans opération, nous dirons peut-être tout aussi bien sans opération qu'avec opération; ct cela est si vrai, qu'on ne citerait que difficilement un cas de varicocèle chez un homme de cinquante ans. On conçoit donc qu'une varicocèle puisse constituer un motif d'exemption temporaire, mais non d'exemption définitive.

Quoi qu'il en soit de ces imperfections, nous n'en devons pas moins des félicitations à la commission et à son honorable rapporteur pour la promptitude avec laquelle ce rapport a été rédigé; il serait bien à désirer que d'aussi bons exemples se renouvelassent un peu plus souvent.

— L'Académie des Sciences a reçu deux communications intéressantes : l'une de M. Clément (d'Alfort), l'autre de MM. Demarquay, Duméril et Lecointe, sur un sujet extrêmement intéressant à la fois pour le physiologiste et pour le médecin. Cette communication n'est qu'une seconde partie d'un grand et consciencieux travail entrepris par ces laborieux observateurs, et qui promet d'être fécond en conséquences pratiques. Nous avons déjà publié la première partie de ces recherches; nous continuerons à tenir nos lecteurs au courant des autres parties qui seront successivement publiées.

H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

De l'emploi de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Les maladies, dit Hippocrate, guérissent quelquefois sans médecin. C'est un axiome incontestable encore aujourd'hui; et vraiment il y aurait, de notre part, excès de présomption à revendiquer toujours, et pour nous seuls, le mérite de certaines guérisons qui se produisent entre nos mains. Mais si la nature peut, dans certains cas, opérer par ses propres forces, il en est d'autres cependant où elle a besoin d'un instrument qui dirige et modifie ses actes : cet instrument, c'est le remède. C'est assez dire combien il nous importe de posséder ou de recevoir des notions exactes sur les propriétés des médicaments étudiés jusque dans les plus minimes nuances de leurs effets.

Sans doute, la précision du diagnostic est une des conditions fondamentales de toute méthode thérapeutique; mais elle n'est pas la seule indispensable; le choix des moyens pharmaceutiques a une importance au moins égale. Or, tant que les efforts de la science ne seront pas dirigés de manière à introduire simultanément le progrès dans l'étude du diagnostic et de la matière médicale, évidemment le praticien ne sera armé que d'une main pour combattre la maladie qu'il a devant lui. C'est donc une fâcheuse opinion que celle qui tend à faire considérer comme purement accessoire la connaissance des substances médicinales.

Avant d'employer un instrument, le chirurgien a soin d'en vérifier la qualité et le mécanisme. Combien y a-t-il de médecins qui se familiarisent ainsi avec les médicaments qu'ils prescrivent? La plupart se soumettent servilement à la tradition, ou s'abandonnent avec une incorrigible légèreté aux séductions d'une formule nouvelle. Ce n'est qu'après que la drogue a fait des dupes et des victimes que viennent la défiance et l'abandon; encore la leçon ne profite-t-elle qu'aux plus sages. Aussi, les remèdes vieillissent et se succèdent, en France, avec une rapidité qui essouffle les inventeurs, même les plus féconds.

« Quand j'étais jeune, dit Prateliffe, j'avais vingt remèdes pour une seule maladie; à présent, que j'ai vieilli dans la pratique, je sais plus de vingt maladies qui n'ont pas un seul remède. » Franchement, n'en sommes-nous pas là, malgré la quantité de recettes que l'on vante souvent très haut?

Il n'est pas donné à un homme seul de réviser toute la matière médicale, de systématiser l'emploi de ses ressources si nombreuses et si variées. Bien des efforts néanmoins ont été tentés dans ce but; mais ces efforts, étant isolés, s'éparpillent et se perdent, faute d'une coordination méthodique entre eux. Il n'y a guère que l'Académie qui puisse utilement entreprendre et accomplir cet immense travail, en s'aidant toutefois des recherches faites par les médecins dignes de sa confiance. Un jour peut-être l'Académie avisera cette importante question pour s'en occuper avec une sérieuse attention. En attendant qu'elle s'y décide, il faut que chacun de nous s'applique à lui fournir les éléments d'une sanction définitive. C'est dans cette pensée que je crois devoir publier un cas très remarquable de phthisie pulmonaire guérie par l'emploi de l'huile brune de foie de morue.

Cart..., qui fait l'objet de cette observation, est un ouvrier vigneron, âgé de vingt-trois ans, originaire d'un village du département de la Sarthe. La taille de ce jeune homme est élevée, ses membres bien nourris; son thorax offre une ampleur très convenable; pas d'antécédents morbides du côté de la poitrine, ni chez ses ascendants, ni chez ses collatéraux, ni chez lui-même.

Dans les derniers jours du mois de février 1850, Cart... fut atteint d'une pleurite gauche avec fièvre, et suivie d'un épanchement considérable du même côté. Comme les moyens employés pour obtenir la résorption du liquide avaient été infructueux, et que la dyspnée devenait chaque jour plus insupportable, M. Guérin pratiqua la thoracentèse. Mais bientôt après cette opération l'épanchement se reproduisit avec la même abondance. Cette fois, néanmoins, les vésicatoires répétés sur le pourtour du côté malade finirent par vider la plèvre, et Cart... prit le parti de retourner dans sa famille pour y rétablir sa santé (28 mars).

Revenu à Paris six mois plus tard, Cart..., qui avait repris ses occupations habituelles, celles de palefrenier, fut atteint, sans causes appréciables, de pleuro-pneumonie gauche avec épanchement. Le 1er décembre, on pratiqua une saignée de 500 grammes; le 2, une seconde saignée; puis, douze ventouses scarifiées et quatre vésicatoires furent successivement appliqués sur le côté malade. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes caractéristiques de la pneumonie disparurent graduellement, mais plus lentement que d'ordinaire.

Je vis le malade pour la première fois le 24 décembre. Voici en quel état je le trouvai :

Amaigrissement notable; matité et craquement humide dans tout le tiers supérieur du sommet du poumon gauche; résonance et respiration normales du côté droit; crachats nummulaires abondants; soif, anorexie; 91 pulsations; exaspération de la fièvre et coloration des pommettes à partir de six heures du soir; sueurs nocturnes limitées à la tête, au cou, à la paume des mains; douleur obtuse à la hauteur de la septième côte. — Vésicatoire sous le mamelon, puis sous la clavicule gauche; eau de gomme; looch.

Le 6 janvier 1851, l'état du malade se complique de diarrhée séreuse. — Décoction blanche opiacée; continuation des potions béchiques.

Le 14, persistance de la fièvre; la toux augmente, les sueurs deviennent générales; les crachats présentent une teinte grisâtre puriforme; ils sont un peu fétides. — Même prescription.

Le 21, la matière expectorée et rendue à flots a une consistance semi-liquide, une teinte bistre uniforme; elle est

---

FEUILLETON.

NOTICE
sur les hôpitaux de Londres,
Par M. A. CHEVALLIER fils.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros du 15 mars, 3 et 10 avril.)

Règlement en général de tous les hôpitaux de Londres.

1° Administrateur d'un hôpital et conditions nécessaires pour devenir souscripteur;

2° Priviléges qui en résultent.

1° L'hôpital est sous la direction d'administrateurs assemblés tous les trois mois à des jours spéciaux.

Parmi ces administrateurs, on en nomme un qui est chargé de décider quelques affaires.

2° Chaque bienfaiteur payant de suite, ou en trois ans, 787 fr. 50 c. a titre d'administrateur (ou une somme plus forte de 787 fr. 50 c.)

3° Chaque souscripteur payant, par an, 78 fr. 75 c., ou une somme plus forte, sera administrateur durant le temps de sa souscription.

4° Ceux qui ont fait une donation à un hôpital d'une somme de 1,250 fr, et d'une somme plus forte, seront administrateurs leur vie durant.

Dans les cas où ils n'auraient pas été administrateurs pendant leur vie, leurs exécuteurs testamentaires seront à leur place administrateurs leur vie durant.

Les donations de 2,500 fr. seront inscrites au grand livre de l'Etat.

5° Les souscriptions annuelles sont obligées d'être payées un an d'avance. Les souscripteurs et les administrateurs ne jouissent de leurs priviléges qu'une fois que la souscription est payée.

6° Aucun administrateur ne pourra être à la fois administrateur et fournisseur d'un hôpital.

S'il est fournisseur, il sera obligé de s'absteuir de voter pendant tout le temps qu'il remplira ces fonctions.

7° Aucun médecin salarié ou élève salarié, étant administrateur, ne pourra voter.

8° Quand un administrateur aura attiré sur lui un blâme, il ne pourra voter.

9° Les ladies, les membres du parlement, les juges pourront voter par billet écrit remis par un administrateur.

10° Chaque souscripteur annuel, durant sa souscription, aura droit, par chaque 25 fr. qu'il donne, de faire entrer un malade et d'en faire soigner deux dehors, c'est-à-dire de leur faire donner des médicaments.

Chaque administrateur par donation, ou son exécuteur testamentaire, a droit à un malade et deux externes par 262 fr. donnés la vie durant.

Chaque chapelain qui aura fait mettre un tronc en faveur d'un hôpital dans l'église aura droit, par chaque 797 fr. 50 c. reçus, à faire admettre un malade interne et deux externes pendant la durée de son ministère dans l'hôpital. La seule condition de réception sera la résidence du malade dans la paroisse.

Administration. — 1° Il y aura chaque trois mois une assemblée. Cette assemblée sera au moins de neuf membres; s'il n'y avait pas neuf membres, elle serait remise à quinze jours.

2° Toute question sera portée à cette assemblée. Les questions adressées par neuf membres seront transmises au président, qui les présentera à une assemblée générale.

3° Si le président veut mettre aux voix une question, il devra la donner au secrétaire avant la séance, afin que cette question se trouve écrite dans le livre des assemblées.

4° Les décisions de l'assemblée seront inscrites par le secrétaire et signées du président.

5° Pour révoquer ou faire un nouveau règlement, il faudra qu'il soit affiché quelque temps d'avance dans la salle du conseil.

6° A la première assemblée de l'année, on fera la nomination du trésorier et des administrateurs de l'année. Ils seront au nombre de 24, qui se diviseront en divers comités. Parmi eux seront le président et le vice-président, choisis par les 24; les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens, les auditeurs et les gouverneurs annuels de l'hôpital, le secrétaire.

7° Quatorze jours après la convocation du secrétaire, il sera procédé à la nomination d'un trésorier choisi parmi les neuf administrateurs annuels de l'hôpital.

Comité de direction. — 1° Le comité de direction sera chargé des affaires intérieures de l'hôpital, donnera des règlements pour l'administration intérieure qui auront force de lois jusqu'à une assemblée générale les ayant approuvés ou rejetés; on les fera exécuter une semaine ou deux pour en faire l'épreuve.

Dans le cas où l'assemblée serait en vacances, on nommerait des membres pour examiner ces règlements; le président d'office serait le trésorier.

d'une odeur tellement intolérable qu'elle rend l'abord du malade repoussant; souffle caverneux, pectoriloquie, gargouillement bruyant dans toute l'étendue du sommet du poumon gauche. La percussion sur ce point produit un bruit de cliquetis très sonore, résultant de l'expulsion de l'air de la caverne et de sa brusque sortie par les tuyaux bronchiques. — 15 grammes d'huile brune de foie de morue.

Les 22, 23, 24 et 25, même état; continuation de l'huile à la même dose.

Le 29, la diarrhée a cessé; les sueurs sont un peu moins abondantes; la toux et l'expectoration ont diminué; les crachats sont toujours fluides, purulents et exhalent une forte odeur de paille moisie. — Tisane de lichen; 15 grammes d'huile.

Les jours suivants, l'amélioration se soutient et augmente.

Le 6 février, l'appétit se fait sentir pour la première fois depuis quarante-deux jours. — Panade au beurre; lichen; 15 grammes d'huile.

Le 10, la fièvre a totalement disparu, ainsi que les sueurs; le sommeil est bon, rarement interrompu par la toux; les crachats sont purement muqueux, inodores, aérés; l'appétit a beaucoup augmenté; la digestion se fait bien, les forces se relèvent, la face se remplit et prend un peu de couleur; le gargouillement est à peine sensible, la pectoriloquie et le cliquetis persistent, mais à un faible degré. — Cessation de l'emploi de l'huile de foie de morue.

Le 18, le malade se lève, mange la demi-portion qui lui profite. La région sous-claviculaire gauche est fortement déprimée; on n'entend plus ni pectoriloquie, ni gargouillement, ni cliquetis. L'embonpoint a reparu avec une remarquable promptitude.

Le 14 mars, Cart..., en fort bon état, quitte Paris pour retourner dans sa famille, où s'achèvera son entier rétablissement, à moins cependant qu'une nouvelle éruption tuberculeuse ne vienne mettre ses jours en péril.

L'ensemble des symptômes notés dans cette observation caractérise bien évidemment une phthisie aiguë. Cette affection a-t-elle été la cause ou l'effet de la pleuro-pneumonie? Je ne saurais le dire, parce que je n'ai vu le malade qu'à une période déjà avancée de la tuberculisation.

Ce qu'il m'importait d'établir, c'est qu'il existait une vaste caverne, et que la maladie marchait rapidement vers une terminaison funeste lorsque l'huile brune de foie de morue a été administrée pour la première fois. A peine ce médicament est-il mis en usage, qu'une amélioration inespérée se manifeste dans l'état du malade; la diarrhée et les sueurs diminuent, la matière expectorée change de nature. Au bout de vingt jours de ce traitement, et après avoir pris trois cents grammes seulement d'huile de foie de morue, Cart... entre en pleine convalescence.

Est-ce abuser de l'induction que d'attribuer la guérison de cette phthisie à l'huile de foie de morue; ou bien y a-t-il eu là simplement une fortuite coïncidence? Je sais combien il est difficile de constater l'action pure des médicaments; je sais aussi que, dans quelques cas, la phthisie peut guérir spontanément; mais ces cas sont bien rares, rares surtout après les grandes excavations qui détruisent une bonne partie du poumon. Quand la phthisie guérit ou s'arrête dans sa marche, c'est presque toujours lorsqu'elle sévit d'une manière sourde ou qu'elle limite ses effets à des désordres peu considérables.

Les recherches anatomiques faites par Laennec ne sembleraient laisser aucun doute sur la curabilité spontanée de la phthisie, même après la formation des cavernes. Chacun sait que Laennec a cherché à justifier son opinion en donnant les froncements de la surface pleurale des poumons comme un signe et une preuve de la cicatrisation des cavernes. Mais M. Fournet a démontré qu'il n'y a aucun rapport entre l'existence de cavernes dans l'intérieur des poumons et les froncements de leur surface extérieure. Suivant ce judicieux pathologiste, ces plissements sont produits par les fausses membranes qui enveloppent le poumon dans les cas de pleurite avec épanchement, le dépriment çà et là, le déforment quand, après la résorption du liquide, la pression atmosphérique intérieure tend à dilater cet organe. La preuve qu'il en est ainsi, ajoute M. Fournet, c'est que toutes les prétendues cicatrices de cavernes citées par Laennec sont superficielles, au lieu de siéger dans le centre même du parenchyme du poumon.

Si la guérison spontanée de la phthisie pulmonaire est un fait très peu commun; s'il est vrai, d'autre part, que les succès sont rares avec les procédés ordinaires de la thérapeutique, tandis qu'ils sont assez fréquents avec le secours de l'huile de foie de morue, n'aurions-nous pas le droit de conclure que cette substance est douée de propriétés curatives relativement supérieures à celles que nous offrent les autres médicaments employés contre la tuberculisation pulmonaire? Assurément, cette conclusion, peut-être légitime, ne saurait être prise sur un fait isolé; il faut absolument statuer sur des observations nombreuses bien pesées, bien analysées. C'est là une tâche compliquée et difficile à accomplir; je me suis appliqué à en recueillir les éléments, et j'en formulerai bientôt les principaux résultats dans une série de propositions motivées.

Si je reviens sur la question de l'huile de foie de morue avec une sorte de persistance importune, c'est parce que j'ai à cœur de calmer les enthousiastes, d'ébranler les sceptiques, et de contribuer pour une part, si petite qu'elle soit, au progrès de la vérité dans la thérapeutique.

PLEURO-PNEUMONIE RÉMITTENTE.

Saignées modérées relativement à l'intensité apparente de la maladie. — Sulfate de quinine. Guérison rapide.

Par le docteur A. Raciborski.

Fanny Richard, âgée de vingt-six ans, femme d'un cordonnier en chambre, demeurant à Paris, rue du Four-Saint-Germain, convalescente depuis trois mois à peine d'une fièvre typhoïde grave l'ayant tenue au lit pendant plus de deux mois, éprouve dans la nuit du 21 au 22 mars dernier, un frisson intense pendant environ deux heures, et plus tard une très forte chaleur accompagnée d'une grande agitation et d'un sentiment de picotement dans les différentes parties du corps, mais particulièrement dans le côté gauche de la poitrine. Ayant vu la malade le lendemain matin vers neuf heures, je l'ai trouvée ayant la peau très chaude, sèche, visage animé, pouls fort, développé, battant 120 fois par minute; soif ardente. La malade accusait des inquiétudes dans les membres et une espèce de picotement dans le côté gauche de la poitrine, sans que pourtant la douleur ait occupé un point fixe et bien déterminé, comme cela se remarque dans les points de côté pleurétiques. D'un autre côté, il y avait absence de toux, et la percussion comme l'auscultation ne nous signalaient encore rien de remarquable du côté des organes respiratoires. — Limonade; expectation.

Peu de temps après notre départ il est survenu un peu de toux, suivie de l'expectoration de crachats dont quelques-uns safranés, et d'autres fortement colorés de sang avaient presque l'apparence de gelée de groseilles. Cette expectoration continuait encore à notre visite du soir. Le pouls battait toujours 120 fois par minute, mais il était plus concentré et déprimé que le matin. Respiration gênée s'effectuant par plus de trente mouvements respiratoires par minute. Peau chaude un peu moite. Persistance de la douleur du côté gauche. La malade ne la rapporte pas à un siège fixe, mais l'éprouve dans plusieurs points successivement. Matité assez marquée dans la région sous-épineuse gauche jusque vers l'aisselle. Souffle bronchique très prononcé dans la même région, sans la moindre apparence de râle crépitant; bronchophonie. Le souffle semble provenir des portions centrales du poumon. Plus bas, et tout autour, on entend la respiration vésiculaire; tout à fait en bas, en dehors, on retrouve de la matité qui se prolonge sur le côté et occupe une grande partie de l'hypochondre gauche sans dépasser en bas le rebord de fausses côtes. Cette matité, qui ne change pas de place avec le changement de position de la malade, semble appartenir évidemment à la rate. — Saignée de trois palettes. Cataplasmes laudanisés sur le côté gauche de la poitrine. Infusion de quatre fleurs.

Le 23, même état que la veille; pas de soulagement marqué; 120 pulsations; peau chaude, un peu moite. Persistance des signes physiques du côté du poumon et de la rate. Le sang n'offre qu'un nuage couenneux; cependant le caillot, quoique peu rétracté, offre une assez bonne consistance et se laisse soulever et secouer sans rupture. — Potion avec 25 centigrammes de tartre stibié et 30 grammes de sirop diacode. Dans la journée, la malade vomit à plusieurs reprises; pas de selles.

Le 24, la malade paraît mieux. Chaleur douce accompagnée d'une transpiration assez abondante; toux rare; douleur de côté moins sensible; crachats toujours mêlés de sang, mais moins colorés. 100 pulsations; pouls plus souple et développé. Persistance du souffle bronchique et de la matité dans la région sous-épineuse. Même matité dans la région de la rate. — Julep gommeux avec 20 centigrammes de kermès minéral.

Le 25, le mieux constaté dès hier matin allait en augmentant dans le reste de la journée. Ce matin, la malade est gaie, triomphante d'avoir réchappé pour la seconde fois d'une maladie très grave, et demande du bouillon, qui lui est néanmoins refusé par prudence. Crachats rares, quelques-uns blancs et d'autres un peu safranés, ou plutôt teinte abricot. 76 à 80 pulsations; peau douce, d'une température presque normale. Cependant la matité de la région sous-épineuse persiste encore, ainsi que le souffle bronchique, quoique celui-ci soit évidemment infiniment moins prononcé; on cherche en vain le râle crépitant de retour. Dans quelques inspirations profondes, après la toux, on distingue seulement quelques bulles crépitantes sèches, mais très rares et presque imperceptibles. Je n'oserais pas affirmer que ces bulles n'aient pas existé dès le premier jour; mais je n'ai pas voulu alors trop fatiguer la malade.

Toute la journée du 25 se passe parfaitement bien; la malade se sent avoir faim, et demande à plusieurs reprises, mais en vain, qu'on lui accorde au moins du bouillon.

Dans la nuit du 25 au 26, frisson pendant au moins une demi-heure, avec une douleur dans le côté gauche beaucoup plus vive que la première fois.

Le 26, la malade est de nouveau brûlante; elle accuse une vive douleur du côté gauche. Cette douleur se fait sentir par pointes aiguës, tantôt dans la région du cœur, tantôt vers le dos, tantôt vers l'aisselle; mais, si elle paraît changer de place, elle est incessante, rend la respiration excessivement gênée, et augmente au moindre mouvement du tronc. 120 pulsations. Toux plus fréquente que la veille. Crachats fortement colorés offrant l'aspect de gelée de groseilles. Souffle bronchique dans la fosse sous-épineuse, plus prononcé que les deux derniers jours jours. — Saignées de trois palettes; julep avec 20 centigrammes de kermès.

Dans la soirée, la malade était encore dans le même état. Le caillot de la saignée offrait absolument les mêmes caractères que la première fois.

Le 27, mêmes symptômes. La douleur de côté étant toujours très vive, on applique 12 sangsues *loco dolenti*. Cataplasmes laudanisés.

Le 28, le matin, pas de changement notable. La douleur de côté est encore vive. Persistance de la matité et du souffle; matité toujours très étendue dans la région de la rate. Le soir, amélioration notable; 100 pulsations; peau moite; crachats toujours fortement teints en rouge. — 60 centigrammes de sulfate de quinine en trois prises.

Le 29, la malade a eu hier soir une épistaxis assez abondante et une autre encore ce matin; il a paru aussi un peu de sang par les organes sexuels, mais cet écoulement ne continue pas; la malade avait eu d'ailleurs ses règles quelques jours avant de tomber malade. Elle se trouve très bien ce matin, n'a que 80 pulsations. La respiration est sans aucune gêne apparente, la douleur de côté à peine sensible; le souffle bronchique est à peine distinct; crachats rares, peu colorés. — 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre dans la journée; trois tasses de bouillon.

Le 30, la malade se trouve tout à fait bien, demande à manger davantage, éprouve toujours un peu d'indolorissement dans le côté gauche; plus de toux, pas d'expectoration, respiration vésiculaire, sans trace de souffle ni de râle crépitant. La matité splénique diminue considérablement, rentre presque dans ses limites normales. — Potages, eau rougie; 60 centigrammes de sulfate de quinine en vingt-quatre heures.

Depuis ce moment, la malade est tout à fait bien. Cependant, le 31 elle vomit les aliments. Les vomissements se répètent dès qu'elle prend un peu de viande. Je conseille l'usage d'eau de Seltz aux repas, qui dissipe ce nouvel accident et tout rentre ensuite dans l'état normal.

Aujourd'hui 4 avril, la malade se lève et commence à s'occuper un peu de ses affaires.

Les pneumonies rémittentes, assez fréquentes dans certai-

Le vice-président sera pris dans les comités; il sera choisi parmi les membres de direction.

2° Le comité d'admission des malades sera de trois membres.

3° Le comité d'administration entendra dans ses séances le compte-rendu de l'état de l'hôpital.

4° Le comité gouvernant demandera aux marchands leurs soumissions pour la fourniture de l'hôpital.

5° Le comité fera un compte-rendu pour les administrateurs.

Auditeurs. — Les membres auditeurs seront appelés pour réviser le budget, qui leur sera transmis par le comité de direction.

Médecins. — 1° Le comité médical examinera le prix et la qualité des médicaments; il veillera à ce que la pharmacie soit bien tenue, bien propre, bien rangée; que les instruments de chirurgie soient en bon état. Il fera un rapport à ce sujet. Il indiquera les améliorations à apporter.

2° Chaque premier mardi du mois, ce comité s'assemblera pour demander, s'il y a lieu, des améliorations au comité de direction et pour faire son rapport sur l'établissement.

Hôpital. — 1° L'hôpital est placé sous le patronage soit de la reine ou d'un grand du royaume, avec le titre de président ou de vice-président.

2° Il se compose d'un trésorier, d'un chapelain, de plusieurs médecins, de chirurgiens, de médecins assistants, de chirurgiens assistants, de pharmaciens assistants, d'un secrétaire, d'un agent d'affaires, d'infirmiers et d'une maîtresse infirmière.

3° Les médecins et chirurgiens assistants seront choisis parmi les étudiants de l'hôpital.

4° Le chirurgien assistant pansera les malades, et l'étudiant de l'hôpital ne pourra panser que lorsqu'on aura examiné s'il en est capable.

5° Les médecins et le chapelain, le trésorier, le secrétaire, la matrone, le collecteur seront choisis parmi les administrateurs de l'hôpital et par le comité de direction.

6° Les autres nominations seront faites aussi par le comité de direction.

7° Dans le cas d'une vacance de place par les administrateurs, la direction désignera des personnes pour remplir la place vacante. Elle indiquera un jour pour la nomination, et présentera les divers titres des candidats. Dans le cas où il y aurait plusieurs candidats, la nomination aurait lieu sous douze jours.

8° Chaque candidat médecin sera licencié de l'Académie de Londres.

Chaque médecin assistant devra avoir ce titre, et ne sera ni pharmacien, ni accoucheur pratiquant.

Secrétaire. — 1° Le secrétaire, homme d'affaires de l'établissement, quatorze jours après son élection déposera comme caution entre les mains des directeurs 12,500 fr.:

2° Il sera protestant, et demeurera, si on l'exige, dans l'hôpital; il recevra 2,500 fr. d'appointements, ou même plus si la direction le décide;

3° Il convoquera toutes les assemblées et y assistera;

4° Il donnera, à chaque séance, au président, une note de ce qu'il a à faire; il écrira un résumé de la séance, promulguera les règlements et les ordres donnés dans la séance, et fera un double de ce qui a été fait pour être gardé;

5° Si un malade vient à mourir, il en avertira la famille;

6° Dans le cas où un malade recommandé par un souscripteur ne pourrait être admis pour défaut de place, il fera savoir le motif de non-admission au souscripteur;

7° Il écrira les règlements nouveaux et les règlements anciens dans un livre exprès pour les séances trimestrielles, ou pour le comité spécial qui a été chargé de les faire;

8° Dans le cas où il recevrait des souscriptions ou des donations, il rapporterait la somme à la première assemblée;

9° Le secrétaire ne pourra s'absenter sans que la matrone ou qu'un médecin interne ne le remplace;

10° Le secrétaire devra veiller à l'exécution des règles promulguées. Dans le cas ou quelqu'un ne s'y conformerait pas, il en avertirait le comité de direction;

11° Il ne pourra, sans le consentement du médecin, renvoyer un malade se conduisant mal, ni aucun garde-malade sans avoir fait un rapport au comité de direction;

12° Il veillera à ce qu'on aille chercher le chapelain quand un malade le demandera;

13° Il enverra à l'église les malades, les garde-malades, et pour ceux qui seront d'une autre religion, il pourra accorder à leur prêtre de les voir;

14° Il visitera chaque jour les dortoirs, et sera dans cette visite assisté de la matrone pour la salle des femmes;

15° Il aura soin que les provisions et les articles reçus à l'hôpital soient de bonne qualité, de juste poids, et en rapport aux soumissions faites;

16° Il ne donnera aucun médicament que pour le jour même;

17° Il ne donnera du vin ou des esprits que sur le bon du pharmacien et inscrira la quantité donnée;

nes localités pour avoir fourni matière à quelques travaux intéressants, sont au contraire très rares à Paris. Peut-être les observerait-on plus souvent si, préoccupé moins exclusivement des signes de l'altération anatomique du poumon, on donnait plus d'attention à l'ensemble de la maladie et si l'on avait la possibilité de revoir plus souvent les malades dans la même journée.

Le mois de mars dernier a été, comme on le sait, très fécond en affections de poitrine; on y a vu surtout un grand nombre de fluxions de poitrine graves et offrant quelque chose d'insolite dans leur aspect et dans leur marche. Dans ce nombre, il devait y avoir pas mal de pneumonies rémittentes méconnues ou, si l'on aime mieux, confondues avec les pneumonies ordinaires. Rien de plus facile, en effet, que de commettre cette erreur de diagnostic; nous dirons même plus, il est presque impossible de l'éviter au début d'une épidémie tant qu'on n'est pas éclairé soit par les fautes avouées par d'autres, ce qui arrive malheureusement rarement, soit par ses propres échecs. Quoi de plus facile, en effet, que de se tromper dans l'appréciation du caractère de la *rémittence?* N'est-on pas naturellement disposé à regarder l'amélioration survenue dans l'état de son malade comme étant le résultat de l'action des médicaments? Et puis, quand cette amélioration cesse tout d'un coup, quand elle fait place au bout d'un certain temps aux mêmes symptômes, qui reparaissent souvent avec des caractères plus graves qu'au début, n'est-on pas encore plutôt disposé à croire à une rechute qu'à un nouvel accès d'une affection rémittente? Pour notre propre compte, nous avons observé à quelques jours d'intervalle deux exemples de pneumonie rémittente au mois de mars. Chez la première malade, nous n'avons reconnu le caractère rémittent de la maladie qu'au second accès, qui s'est terminé par la mort. La malade était âgée, il est vrai, de soixante-dix ans; nous l'eussions peut-être sauvée si nous n'avions pris pour une amélioration durable le calme trompeur de la rémittence, qui quelques heures plus tard détruisit toutes nos prévisions par l'apparition d'un nouvel accès accompagné de phénomènes ataxiques et devenu fatal.

La malade qui est le sujet de l'observation ci-dessus avait présenté dès le premier jour tous les caractères d'une fluxion de poitrine, et sa constitution délicate a été d'abord le seul motif qui nous ait engagé à rester sobre des émissions sanguines et à ne pas employer, comme nous en avons l'habitude, la méthode de saigner coup sur coup, que nous avons vu être suivie des plus beaux résultats à la clinique de M. le professeur Bouillaud. Nous avons cherché à remplacer les saignées par des antimoniaux, et, malgré l'enseignement que nous aurions dû tirer de la première malade, nous étions tout disposé à attribuer à ce traitement les honneurs de la guérison, en prenant cette fois encore, quoique avec quelque hésitation, la rémittence pour le commencement de la convalescence. Eclairé péremptoirement par le retour du second accès sur la véritable nature de la maladie, il ne nous restait qu'à attendre impatiemment l'arrivée d'une autre rémittence pour pouvoir prescrire le sulfate de quinine. Les signes physiques de l'altération pulmonaire qui avaient persisté même au milieu du plus grand calme de la rémittence disparurent alors comme par enchantement après l'administration de cette substance.

C'est un fait vraiment curieux et riche en sujets de méditation pour tout médecin et particulièrement pour les partisans de l'école anatomique que celui de voir des altérations qui caractérisent l'inflammation du parenchyme pulmonaire se terminer par une sorte de *délitescence* sous l'influence du sulfate de quinine, lequel dans les circonstances ordinaires n'aurait aucune prise sur ces altérations. C'est que les phlegmasies rémittentes et les pneumonies rémittentes en particulier, loin d'être de pures complications de la pneumonie ordinaire avec la fièvre intermittente comme le prétendent la plupart des auteurs modernes et entre autres les auteurs du *Compendium*, ne constituent, à notre avis, qu'une seule et même affection. De même que cela se voit également dans la plupart des cachexies. Dans les fièvres rémittentes, l'élément anatomique existe en quelque sorte à l'état de combinaison pathologique avec un autre état de l'économie, lequel, quoique le plus souvent latent, imprime à lui seul le caractère à la maladie. C'est cet état de combinaison qui nous a engagé à donner à ces affections le nom d'affections *combinées* pour les distinguer des affections *compliquées.* (Voyez notre *Précis pratique et raisonné du diagnostic*, pages 11, 165, etc.) Cette différence est essentiellement pratique et fondée sur les résultats thérapeutiques.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 avril 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Fièvres intermittentes.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse des observations sur le traitement des fièvres intermittentes par différents moyens, et entre autres par l'*agaric*, recueillies par M. Lautour, de Damas.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Pellarin adresse une nouvelle note sur le choléra de Givet.

Calculs, graviers et corps étrangers de la vessie.

M. Mercier adresse une sonde évacuatoire à double courant de son invention, et qui serait propre à extraire les graviers de la vessie.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une réclamation que nous avons déjà fait connaître dans notre dernier numéro.

M. Duverger, de Montpellier, envoie un mémoire sur un instrument propre à extraire les corps étrangers de la vessie sans opération sanglante.

Eaux minérales.

M. Filhol adresse un mémoire étendu sur les eaux de Bagnères-de-Luchon et de Labassère, et sur les eaux sulfureuses des Pyrénées en général.

Mort subite.

M. Marchal (de Calvi) adresse une observation de mort subite qu'on peut rapporter à une cause morale.

Artérite.

M. le docteur Notta adresse un travail sur l'oblitération et l'inflammation de l'artère ombilicale. Nous ferons un extrait étendu de cet intéressant travail.

RAPPORTS.

Infirmités qui peuvent exempter du service de la garde nationale.

M. Bégin, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Bégin, Laugier et Lévy, lit un rapport officiel sur les infirmités qui peuvent devenir un cas d'exemption de la garde nationale.

Aux termes du § 6 de l'article 8 du projet de loi sur la garde nationale, dont l'Assemblée législative se trouve actuellement saisie, « ne doivent point faire partie de la garde nationale les citoyens » que des infirmités mettent pour toujours hors d'état de faire au- » cun service. »

Le même paragraphe dispose, en outre, que « la nature de ces » infirmités et le mode de les constater seront déterminés par un » règlement d'administration publique. »

Pour obtenir la solution la plus conforme au texte et à l'esprit du projet de loi des difficultés soulevées par les dispositions qui précèdent, M. le ministre appelle l'Académie nationale de Médecine à exprimer son avis sur la nature des infirmités qui lui paraîtront constituer des causes péremptoires d'exemption du service de la garde nationale.

M. le ministre fait observer qu'il ne peut s'agir en aucun cas que des infirmités réputées incurables, et que c'est de celles qui ont ce caractère que l'Académie doit s'occuper exclusivement.

Bien que le service de la garde nationale diffère sous beaucoup de rapports de celui de l'armée active, cette différence n'est cependant pas assez considérable pour que les mêmes règles, en ce qui concerne les cas d'exemption et de réforme, ne doivent pas, à de légères modifications près, être appliquées à l'une et à l'autre : si le soldat doit être jeune, robuste, d'une complexion vigoureuse pour lutter contre les influences des climats, résister aux privations, braver et surmonter les vicissitudes, les fatigues et les travaux que comporte le métier des armes en temps de guerre et même en temps de paix, le garde national doit incontestablement, sauf la condition de l'âge, posséder en grande partie les mêmes qualités. Il peut, en effet, avoir à lutter pour la défense de l'ordre; il peut être mobilisé, appelé à des distances plus ou moins grandes de ses foyers, et soumis pendant un temps plus ou moins long à toutes les exigeances de la vie du soldat. Même dans le service plus sédentaire des cités, le garde national doit supporter les intempéries et suffire de jour et de nuit aux éventualités et aux fatigues qui dérivent de devoirs souvent pénibles. La loi ne peut vouloir qu'il soit dans le cas de devenir un objet de dégoût ou une cause d'incommodité pour ses concitoyens placés dans les mêmes rangs ou réunis dans les mêmes lieux, ni qu'il ait à souffrir notablement lui-même dans sa santé par la privation de soins habituels ou par l'interruption forcée de certains régimes, de précautions hygiéniques rendues nécessaires par diverses maladies ou infirmités.

En ce qui se rapporte à la constatation des faits, l'opération médicale, qui a pour objet l'exemption ou la réforme par suite de maladies ou d'infirmités, sera toujours pour la garde nationale comme pour l'armée une opération des plus délicates, qui ne devra être confiée qu'à des médecins signalés par leur expérience et investis de la confiance de leurs concitoyens, aussi bien que de celle de l'autorité. De même que les médecins chargés de donner leurs avis devant les conseils de révision, les médecins qui auront à remplir les fonctions d'expert dans les conseils de recrutement devront se prémunir contre l'exagération affectée de certains accidents, contre la supposition et parfois même la simulation de certains autres, et il leur sera nécessaire de faire preuve à la fois d'une sagacité et d'une impartialité qui sont les conditions premières et essentielles de la justice.

Ces considérations répondent en partie à un vœu exprimé par M. le ministre de l'intérieur dans sa lettre à l'Académie. M. le ministre témoigne le désir que l'Académie joigne à sa désignation scientifique des infirmités indiquées comme cause d'exemption quelques définitions énoncées le plus possible dans les termes qui soient à la portée de l'intelligence commune. Il se montre préoccupé de la crainte que les conseils et les jurys auxquels la loi confie le soin de prononcer les exemptions ne soient pas, surtout dans les localités éloignées des centres de la science, suffisamment familiarisés avec les termes scientifiques pour qu'ils en comprennent la véritable portée et en fassent une judicieuse application.

Votre commission a compris les appréhensions de M. le ministre, et s'est attachée à y pourvoir dans tous les cas qui ont paru le comporter. Mais les définitions explicatives ont été nécessairement assez brèves, et peuvent encore n'être pas toujours parfaitement comprises. Cette circonstance, toutefois, ne lui semble pas devoir exercer une influence notable sur les opérations relatives aux exemptions. Nulle part, en effet, les conseils de recrutement et les jurys institués par la loi ne pourront prononcer avec équité et une connaissance de cause suffisante, lorsqu'il s'agira de maladies ou d'infirmités, s'ils ne sont assistés d'un ou de plusieurs docteurs en médecine offrant des garanties notoires de savoir et d'expérience. Pour ces médecins, les termes scientifiques n'ont besoin d'aucun commentaire. Quc si, comme il arrive presque toujours devant les conseils de révision, des explications plus étendues que les désignations contenues dans la nomenclature sont nécessaires ou demandées, on peut et on doit s'en rapporter à eux pour les donner dans la forme et dans les développements les plus propres à éclairer les autorités chargées de prononcer.

Quant au plan qu'elle devait adopter pour la rédaction de son travail, votre commission avait à choisir entre deux dispositions principales. Elle pouvait ajouter à la dénomination des maladies ou infirmités susceptibles de devenir cause d'exemption ou de réforme, des indications plus ou moins détaillées, destinées à diriger les experts dans la constatation et l'appréciation de certains cas, dont la détermination n'est pas toujours facile. Elle pouvait, d'une autre part, se borner à la simple nomenclature des lésions physiques et des altérations fonctionnelles qui doivent faire dispenser du service de la garde nationale.

Considérant que les conseils et les jurys ne devront jamais prononcer en ces matières qu'après avoir entendu l'avis de docteurs en médecine, c'est au dernier des partis indiqués que votre commission s'est arrêtée. La nomenclature devra suffire à l'administration, en lui fournissant les éléments des prescriptions dont elle a besoin pour le règlement qu'elle prépare.

Les médecins experts trouveront également dans cette nomenclature des règles assez positives et des limites assez tranchées pour prévenir des écarts et des abus contraires à l'esprit de la loi. En ce qui concerne les moyens de distinguer les maladies ou infirmités, d'apprécier leurs conséquences, de démêler et de déjouer la fraude ou les subterfuges, ces moyens sont du domaine général de la science, et les médecins appelés près des conseils et des jurys ne peuvent être supposés les ignorer.

Cependant, on ne saurait méconnaître, à un autre point de vue, combien il est important d'imprimer à des opérations qui touchent aux intérêts les plus chers des personnes et des familles, et qui doivent se répéter sur toutes les parties du territoire, un caractère d'uniformité qui prévienne des divergences possibles dans des localités même rapprochées, et par suite d'embarrassantes réclamations. Dans cette intention, et aussi dans celle de répandre parmi les populations des connaissances positives d'une application générale, votre commission vous propose d'exprimer à M. le ministre de l'intérieur le vœu qu'une instruction spéciale analogue à celle du 14 novembre 1845, publiée par le ministre de la guerre, soit rédigée et adressée partout où il sera nécessaire. Cette instruction servirait de guide à la fois aux médecins chargés, près des conseils et des jurys, de l'appréciation des infirmités ou maladies qui peuvent rendre impropre au service de la garde nationale, et aux jurys et anx conseils eux-mêmes appelés à prononcer sur la validité des motifs allégués devant eux.

18° Il ne permettra aucun changement sans l'ordre du comité de direction, si ce n'est en cas d'épidémie, et dans ce cas il dira au comité ce qu'il a fait;

19° Quand il y aura des ouvriers employés dans la maison, il veillera à leur travail;

20° Il écrira dans un livre particulier les effets, l'argent, les divers objets que les malades auront, et en cas de mort on les rendra aux parents;

21° Il n'emploiera aucun malade sans la permission du médecin de la salle.

Des employés. — Aucun employé ne recevra d'argent des malades sous peine d'être renvoyé par les administrateurs.

Trésorier. — Tout à-compte sera reçu par le trésorier, qui en disposera selon les ordres du comité de direction;

2° Avant de donner de l'argent, le trésorier demandera au comité de direction une copie de la dépense. Cette copie sera signée du président et du secrétaire;

3° Tout le revenu de l'hôpital sera dépensé à ce qui lui est nécessaire;

4° En l'absence du président et du vice-président, le trésorier présidera à l'assemblée des administrateurs. En cas d'absence, il désignera quelqu'un pour présider;

5° Tous les papiers, les registres, les bills de l'hôpital, seront enfermés dans une caisse de fer, dont le trésorier aura la clef.

Collecteur. — 1° Avant d'entrer en charge, il donnera pour caution 5,000 fr.;

2° Il aura un droit fixé par le comité de direction sur les souscriptions faites;

3° Il payera chaque semaine un à-compte au trésorier sur ce qu'il aura reçu la semaine d'auparavant;

4° Des reçus imprimés seront donnés aux souscripteurs et inscrits en double pour être présentés à l'assemblée des administrateurs en temps opportun:

5° Il gardera un livre sur lequel il inscrira les sommes reçues et celles qu'il aura remises au banquier, avec la date. Le livre sera produit sur la demande des membres;

6° Une fois par semaine il remettra au secrétaire, pour être remis au comité de direction, un compte-rendu de ce qu'il a reçu d'argent pendant la semaine précédente, les noms des nouveaux souscripteurs, les fonds remis au banquier, et le compte de ce qui lui reste entre les mains;

7° A la fin de chaque trimestre il donnera le total de ce qu'il aura reçu et remis au banquier pendant ce temps. Ce qui lui est dû pour son droit ne lui sera payé qu'à la fin de l'année.

Matrone. — 1° La matrone devra avoir, au moment de son élection, au moins trente ans, et pas plus de cinquante. Elle habitera l'hôpital, et recevra 1,250 fr. par an, ou plus, d'après les décisions du comité de direction;

2° Elle veillera à ce que les règlements relatifs au service des salles soient exactement suivies, et sera responsable de leur observation par les garde-malades;

3° Elle prendra momentanément une servante, qui ne pourre être engagée définitivement que lorsque la direction le voudra; it

4° Elle ne pourra employer de malade sans la permission d, médecin de la salle. ui

Dans le cas de mauvaise conduite, elle pourra suspendre une fiès-

de salle; mais pour faire sanctionner cette susnensio... ptômes
donner les raisons de cette punition ...uence des bains, du
des directeurs. ...es lavements purgatifs. Des

Elle ne pourra sortir une enflure considérable de ces mêmes
tal lui en ait donnéent bientôt aux symptômes précédents, et
...arche, sinon impossible, au moins extrême-
...te.

. plus tard la malade, ayant pris en peu de temps
*Conco*p d'embonpoint, vit s'accroître davantage encore sa
siéger, qui se porta en bas et distendit autre mesure la peau,
qui d...rme de sac appendu à la région hypogastrique et au
d'hu...is.
Bé

Par suite de cetle augmentation de volume et du déplacement de la hernie, les symptômes dont il vient d'être question redoublèrent et forcèrent la malade de tenir presque constamment la situation horizontale; de là à un étranglement complet, la distance était petite.

Le 12 janvier 1850, en effet, à la suite d'une fatigue plus grande qu'elle s'était donnée en vaquant aux soins de son ménage, Mme R... fut prise tout à coup, vers la fin de la journée, de coliques vives qui allèrent successivement en augmentant; il s'y joignit aussi de l'excitation générale, de l'élévation dans le pouls, des nausées sans vomissements. Les coliques persistèrent toute la nuit, nonobstant le laudanum, des lavements émollients et des embrocations calmantes.

Le lendemain, même état. Cependant, 35 gouttes de laudanum administrées en plusieurs doses amenèrent un peu

Parmi les maladies et infirmités qui peuvent devenir cause d'exemption ou de réforme au service de la garde nationale, il en est qui se présentent pour ainsi dire d'elles-mêmes, et qui peuvent être reconnues à l'aide du plus simple examen, tandis que d'autres exigent une exploration plus attentive et plus délicate; mais la distinction que l'on voudrait établir entre elles, sous ce rapport, en les classant séparément, est illusoire en principe et sans aucune utilité dans la pratique, même pour les infirmités les plus évidentes. L'intervention du médecin sera indispensable, tant pour apprécier le degré d'empêchement qu'elles produisent que pour donner à l'énoncé des faits le caractère d'authenticité qui lui est nécessaire. Répartir les deux ordres d'affections dans deux nomenclatures distinctes serait donc créer une complication, non pas seulement superflue, mais nuisible dans un travail qui tire ses principaux avantages de sa simplicité et de la facilité de son application.

Quant à la classification des maladies dans la nomenclature, votre commission en a rangé suivant l'ordre des appareils organiques ou des parties du corps qui peuvent en être le siége. L'ordre alphabétique recommandé par quelques personnes pourrait convenir, si l'expert se reportait du tableau à l'individu qu'il examine, afin de rechercher si cet individu est atteint de l'affection dont il a le nom sous les yeux. Mais cette méthode ne saurait être suivie, et ne l'est jamais. L'expert procède, au contraire, de la personne examinée au tableau. Il parcourt sur le sujet les différentes parties du corps, en suivant un ordre méthodique; et lorsqu'il rencontre dans quelques organes ou dans quelques régions un état anormal quelconque, il se reporte à la nomenclature pour s'assurer si cet état est de ceux qui doivent entraîner l'exemption ou la radiation du cadre. Suivant ce procédé, il est manifestement plus facile à l'expert de trouver d'abord sur le tableau l'appareil affecté, et dans le petit nombre des lésions indiquées pour cet appareil, celle qui excite son attention, que de parcourir une liste alphabétique au risque de laisser échapper le mot qu'il cherche, ou de se méprendre à raison des variations que le synonyme comporte. Au surplus, l'inscription du cas de réforme par ordre d'appareils fonctionnels et de régions est en usage pour l'armée depuis l'origine des opérations des conseils de révision, et ses avantages, qui sont d'être conforme à la nature de l'opération et de se prêter merveilleusement aux besoins de la statistique, ont été de plus en plus confirmés par cette longue expérience.

Après une discussion assez confuse et tant soit peu extra-académique de la part de quelques membres, l'Académie adopte le tableau suivant :

NOMENCLATURE DES MALADIES ET INFIRMITÉS RECONNUES INCURABLES QUI SONT INCOMPATIBLES AVEC LE SERVICE DE LA GARDE NATIONALE.

I. *Système cutané.*

1. Dartres étendues, invétérées.
2. Teignes.
3. Lèpre et éléphantiasis.
4. Ulcères anciens rebelles.
5. Tumeurs diverses (loupes, kystes) ne permettant pas la coiffure ou le port de l'équipement militaire.
6. Cicatrices adhérentes ou brides gênant les mouvements des membres et du tronc.

II. *Appareil de la vision.*

7. Perte totale, ou affaiblissement considérable de la vue, quelle qu'en soit la cause (opacité et staphylome de la cornée atrésie ou occlusion de la pupille; cataracte amaurose ou goutte sereine; atrophie et désorganisation des yeux.)
8. Perte ou affaiblissement très prononcé de la faculté visuelle de l'un ou des deux yeux.
9. Ophthalmies chroniques, constitutionnelles, avec altération des tissus, affectant les deux yeux ou un seul.
10. Myopie très prononcée.
11. Héméralopie.
12. Nyctalopie.
13. Blépharite chronique, ou inflammation ancienne des paupières, avec altération des bords ciliaires, perte de cils et gêne de la vision.
14. Renversement des paupières avec larmoiement continuel.
15. Fistule lacrymale ancienne et compliquée.

III. *Appareil de l'audition.*

16. Surdité ou affaiblissement considérable de l'ouïe.
17. Otite chronique avec suppuration et perforation de la membrane du tympan.

IV. *Appareil de l'olfaction.*

18. Perte total du nez.
19. Ozène ou ulcère des cavités nasales, ou punaisie très prononcée.

V. *Appareil du goût et de la mastication.*

20. Perte de substance et difformité de l'une ou des deux mâchoires gênant notablement leurs fonctions.
21. État scorbutique et ulcéreux invétéré des gencives.
22. Haleine très notablement fétide.

Le vice-président ...lement involontaire de la salive par perte de substance les membres de direction. ...ires.

2° Le comité d'admission des ma...

3° Le comité d'administration entendra le compte-rendu de l'état de l'hôpital.

4° Le comité gouvernant demandera aux march... missions pour la fourniture de l'hôpital.

5° Le comité fera un compte-rendu pour les admini...

Auditeurs. — Les membres auditeurs seront appelés po... le budget, qui leur sera transmis par le comité de direction

Médecins. — 1° Le comité médical examinera le prix et l... lité des médicaments; il veillera à ce que la pharmacie soit bi... nuc, bien propre, bien rangée; que les instruments de chiru... soient en bon état. Il fera un rapport à ce sujet. Il indiquera ... améliorations à apporter.

2° Chaque premier mardi du mois, ce comité s'assemblera pou... demander, s'il y a lieu, des améliorations au comité de direction et... pour faire son rapport sur l'établissement.

Hôpital. — 1° L'hôpital est placé sous le patronage soit de la reine ou d'un grand du royaume, avec le titre de président ou de vice-président.

2° Il se compose d'un trésorier, d'un chapelain, de plusieurs médecins, de chirurgiens, de médecins assistants, de chirurgiens assistants, de pharmaciens assistants, d'un secrétaire, d'un agent d'affaires, d'infirmiers et d'une maîtresse infirmière.

3° Les médecins et chirurgiens assistants seront choisis parmi les étudiants de l'hôpital.

4° Le chirurgien assistant pansera les malades, et l'étudiant de

24. Perte de toutes ou du plus grand nombre des dents rendant impossible l'usage des aliments ordinaires.

VI. *Appareil de la voix et de la parole.*

25. Bégaiement très prononcé et altération considérable de la parole par division du voile du palais, perforation de la voûte palatine ou autre lésion analogue.
26. Aphonie permanente.
27. Mutité.

VII. *Région du cou.*

28. Goître considérable gênant la respiration.
29. Tumeurs volumineuses et ulcères étendus de nature scrofuleuse.

VIII. *Appareil de la respiration.*

30. Conformation vicieuse de la poitrine ou du rachis gênant la respiration ou ne permettant pas l'usage de l'équipement militaire.
31. Asthme.
32. Hémoptysie (crachement de sang) habituelle ou périodique.
33. Diminution notable de la respiration par une affection organique permanente.
34. Phthisie pulmonaire.

IX. *Appareil de la circulation.*

35. Maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux.
36. Varices volumineuses et multipliées; anévrismes.

X. *Appareil de la digestion.*

37. Hernies irréductibles ou ne pouvant être contenues que difficilement ou incomplétement.
38. Tumeurs et engorgements prononcés des viscères abdominaux.
39. Ascite.
40. Anus anormal, incontinence des matières fécales.
41. Chute habituelle et altération organique du rectum et de l'anus.
42. Hémorrhoïdes volumineuses, compliquées, persistantes.

XI. *Appareil urinaire.*

43. Gravelle constatée et calculs urinaires.
44. Catarrhe vésical ancien et rebelle.
45. Hématurie (pissement de sang).
46. Lésion organique constatée de la prostate et de l'urètre.
47. Fistules urinaires.
48. Incontinence d'urine.

XII. *Appareil de la génération.*

49. Engorgement chronique, sarcocèle ou cancer du testicule.
50. Varicocèles très volumineuses, ou varices très considérables du cordon testiculaire.
51. Hydrocèle très volumineuse.

XIII. *Système nerveux.*

52. Congestions cérébrales répétées, ayant leurs causes dans des lésions du crâne; une conformation ou une disposition constitutionnelle spéciale; un état apoplectique antérieur, etc.
53. Epilepsie.
54. Convulsions générales ou partielles.
55. Tremblement habituel de tout le corps ou d'un membre.
56. Paralysie d'une ou de plusieurs parties du corps.
57. Névralgies anciennes rebelles.
58. Aliénation mentale ou folie, quel qu'en soit le caractère.
59. Imbécilité.
60. Idiotie.
61. Crétinisme.

XIV. *Système osseux et articulaire.*

62. Rachitisme.
63. Altération organique des os (spina-ventosa, ostéosarcome, exostose).
64. Carie et nécrose étendues ou profondes, devant laisser après la guérison des incapacités dans les fonctions.
65. Tumeurs blanches.
66. Corps étranger articulaire.
67. Goutte ancienne et invétérée.
68. Ankylose, même incomplète, lorsqu'elle limite considérablement les mouvements ou les rend difficiles.

XV. *Membres.*

69. Perte d'un membre.
70. Perte du pouce, de l'index ou de deux doigts de l'une ou de l'autre main.
71. Perte irrémédiable du mouvement de ces parties.
72. Perte d'une des phalanges de l'indicateur de la main droite; ankylose des articulations phalangiennes de ce doigt.
73. Perte du gros orteil ou de plusieurs orteils.
74. Difformités congéniales ou accidentelles des membres et des doigts, capables de rendre la marche ou le maniement des armes difficiles.
75. Sueur infecte des pieds.
76. Amaigrissement, suite de douleurs rhumatismales anciennes.
77. Atrophie et rétraction des membres, de la main ou des doigts, quelle qu'en soit la cause.
78. Claudication permanente, quelle qu'en soit l'origine.

XVI. *Imperfections générales.*

79. Insuffisance de la taille (la loi fixera la limite).
80. Faiblesse de complexion.
81. Obésité excessive.
82. Cachexies, ou altérations anciennes et profondes de la constitution par cause scorbutique, syphilitique, tuberculeuse ou scrofuleuse.
83. Cancer.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 avril 1851. — Présidence de M. Rayer.

MM. A. Duméril, Demarquay et Lecointe communiquent la suite de leurs recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie des différents agents thérapeutiques. (Nous continuerons la publication de ce travail.)

— M. Clément, chef des travaux chimiques à l'école vétérinaire d'Alfort, communique le résultat de nouvelles recherches qu'il vient de faire sur le sang dans ses rapports avec les fonctions de la respiration et de la nutrition. L'auteur conclut de ces nouvelles recherches :

1° Que le poumon est le siége d'une combustion réelle;

2° Que le principe du sang qui brûle est l'albumine, et que, dans cette combustion, elle cède à l'oxygène de l'air une partie de son carbone et de son hydrogène;

3° Que les produits de la combustion sont de l'eau, de l'acide carbonique et de la fibrine, ou albumine modifiée en fibrine;

4° Que, s'il n'en était pas ainsi, le sang veineux, qui, à son passage dans le poumon, a perdu de l'eau et de l'acide carbonique, devrait donner du sang artériel moins chargé que lui de ces deux principes, ce qui n'a pas lieu;

5° Que l'eau produite par la combustion passe dans le sang artériel, afin de lui donner la fluidité nécessaire pour qu'il puisse se porter avec facilité et rapidité tout à la fois dans les différents organes de l'économie;

6° Que l'acide carbonique produit passe aussi dans le sang artériel, qui, d'après M. Magnus, en contient plus que le sang veineux; en outre, que son usage semble être soit de former les carbonates utiles aux organes, soit de tenir à l'état de sels acides, c'est-à-dire à l'état de dissolution et de sels assimilables par conséquent, les carbonates et les phosphates de chaux destinés particulièrement à la nourriture des os, ces sels étant, comme on sait, complétement insolubles à l'état neutre et incapables alors d'être assimilés;

7° Que ce qui semble justifier cette manière de voir, c'est que l'acide carbonique est le *seul acide* libre que contienne le sang;

8° Que le petit excès de fibrine que le sang artériel contient provient de l'albumine modifiée en fibrine par la combustion pulmonaire;

9° Que les globules colorés se chargent dans le poumon de l'oxygène destiné à la combustion interstitielle ou intra-organique;

10° Que cette combustion a pour but : 1° de mettre de la fibrine du sang en liberté, afin de le rendre assimilable; 2° d'aider, de concourir au mouvement de décomposition des organes en brûlant les éléments organiques devenus inutiles et éliminables à la suite de leur usure;

11° Que dans cette combustion il y a encore, comme dans la première, production d'eau et d'acide carbonique;

12° Que cette eau et cet acide carbonique passent dans le sang veineux, que l'eau y remplace celle que les organes de sécrétion et d'exhalation ont enlevée au sang artériel, que l'acide carbonique y reprend les sels calcaires qui n'ont pas été assimilés et que c'est cet acide qui sort du poumon quand une nouvelle inspiration pulmonaire a produit une nouvelle quantité de ce composé acide;

13° Que les éléments azotés et oxygénés des organes, qui à l'état solide ne peuvent être éliminés après leur usure et que l'oxygène n'a pu et ne peut brûler, entrent en dissolution pendant la combustion interstitielle, en se combinant dans un autre ordre deviennent solubles, passent dans le sang et en sont éliminés plus tard par les urines, sortant sous forme d'urée, d'acide urique, hippurique, selon les espèces, et tous produits éminemment azotés et oxygénés;

14° Enfin qu'un autre but que semblent avoir encore les globules colorés est de tenir par leur état demi-solide, leur interposition, leur suspension, leur mouvement dans le sang la fibrine dissoute dans l'albumine et de s'opposer à la coagulation.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1851. (24e ANNEE.) N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sns pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés le lundi de Pâques, la GAZETTE ne paraîtra pas mardi prochain ; mais un double numéro sera publié jeudi 24.

PARIS, LE 18 AVRIL 1851.

De la contagion de la syphilis secondaire.

Par le Docteur WALLER.

(*Journal trimestriel de Médecine pratique de Prague*, 1er volume, 8e cahier. 1851.)

Traduit par M. Marc Sée, interne des hôpitaux de Paris.

Avant de résumer les discussions, les assertions et les faits qui se sont produits récemment sur la syphilis, nous avons voulu mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les documents sérieux, ou au moins d'apparence sérieuse, livrés à la publicité. C'est ce qui nous engage à publier aujourd'hui les observations suivantes, de M. le docteur Waller, médecin du service des vénériens à l'hôpital de Prague, dont nous devons la traduction à l'obligeance d'un de nos internes les plus distingués, M. Marc Sée. Nous élaguerons seulement du travail de M. Waller ces longueurs allemandes dont le savant auteur n'a pas toujours su se garantir. Il n'a pas su non plus accorder à ses prédécesseurs le mérite qu'ils ont eu, pour tous les médecins qui savent préférer les enseignements de l'observation clinique aux fausses conséquences de systèmes bâtis *à priori*, celui d'avoir démontré par des faits irrécusables la propriété contagieuse des accidents secondaires. L'inoculation n'a donc fait, dans ce cas, comme dans bien d'autres, que confirmer les résultats d'une saine observation. Quoi qu'il en soit, voici un extrait étendu et fidèle du travail de M. Waller, sur lequel d'ailleurs nous présenterons quelques remarques en terminant.

En ce qui touche la question de savoir si la syphilis secondaire est susceptible de contagion, on n'a pu encore arriver à un résultat satisfaisant, puisque :

1° Jusqu'à présent l'inoculation des formes secondaires de la syphilis n'a été faite que dans le but de s'assurer si elle pouvait produire un chancre primitif ;

2° L'inoculation, à peu d'exceptions près, a toujours été pratiquée sur des individus syphilitiques, et ordinairement sur le même malade affecté de syphilis secondaire qui fournissait la matière inoculée.

Ainsi, M. Ricord, qui fit tant d'inoculations rapportées dans son ouvrage, n'inocula jamais que sur un seul individu sain le pus d'un ecthyma syphilitique. Le malade cessa d'être observé ultérieurement, et toute son histoire est réduite à cette mention : que l'inoculation fut faite le 17 juin 1835, et que, le 20 juin, aucun accident, c'est-à-dire aucune pustule de chancre ne lui avait succédé.

Depuis que je suis à la tête de la division des syphilitiques, j'ai répété tous les essais d'inoculation de M. Ricord ; à peu d'exceptions près, j'eus les mêmes résultats que lui ; aussi devins-je un partisan et défenseur de ses principes, en tant que mes convictions le permettaient. Je n'en continuai pas moins à croire toujours à la contagion de la syphilis secondaire, et les résultats négatifs de l'inoculation obtenus jusqu'à ce jour n'avaient pu détruire en moi cette croyance. Mais il me fallait une preuve positive, inattaquable. Des recherches suivies me donnèrent enfin la conviction que la syphilis secondaire est vraiment contagieuse. Mes preuves sont les suivantes ; elles résultent d'observations cliniques et d'inoculations répétées.

I. *Observations cliniques.*

Je les place en tête de mes recherches par l'inoculation, parce qu'elles constituent une preuve puissante en faveur de la contagion de la sypbilis secondaire, et parce qu'elles m'engagèrent à tenter la voie des inoculations.

1° Il n'est pas rare de voir se présenter au médecin des individus qui portent des *condylomes plats* (tubercules muqueux, pustules muqueuses, papules muqueuses), qui affirment n'avoir jamais eu ni chancre primitif, ni blennorrhagie, et chez lesquels on ne trouve aucune cicatrice de chancre. Si l'on néglige les cas dans lesquels on a pu se tromper, on en trouve cependant encore assez dans lesquels il apparaît évidemment que les plaques muqueuses ont été la première manifestation de la syphilis. Ceux que j'ai eu l'occasion d'observer sont les suivants :

A. Dans une respectable famille bourgeoise, une petite fille âgée de deux ans, bien portante auparavant, fut affectée de plaques muqueuses occupant les grandes lèvres, le périnée et les environs de l'anus. Le père et la mère m'assuraient n'avoir jamais eu la syphilis; huit enfants plus âgés sont et ont toujours été bien portants. Après des recherches attentives, on découvrit que la bonne d'enfant, qui n'était dans la maison que depuis trois mois environ, portait des plaques muqueuses à la commissure et à la face interne des lèvres buccales, et qu'elle présentait en outre sur la langue, les amygdales et le voile du palais des plaques couvertes d'une exsudation très ferme. Il y avait des pustules plates sur les grandes lèvres, et l'on voyait évidemment une cicatrice de chancre sur la fourchette. Cette bonne s'était uniquement livrée aux soins de l'enfant la plus jeune, la même qui fut affectée plus tard de syphilis.

B. Trois cas analogues se montrèrent à moi en 1847 dans ma subdivision à très peu d'intervalle. Trois mères furent reçues pour des exsudations qu'elles portaient sur la muqueuse des lèvres, des commissures et de la langue, avec des plaques muqueuses aux parties génitales, du catarrhe vaginal et des cicatrices de chancres, et chacune d'elles portait un enfant âgé de deux ou trois ans qui présentait les mêmes symptômes à la muqueuse buccale et des pustules plates aux parties génitales; deux de ces enfants avaient, en outre, une roséole syphilitique sur tout le corps. Les mères n'avaient contracté des chancres qu'après l'accouchement et les accidents secondaires étaient survenus plus tard. La syphilis des enfants n'était donc pas héréditaire; on ne trouvait, du reste, chez eux aucune cicatrice de chancre.

C. Pour ne pas fatiguer le lecteur par l'histoire de cas moins concluants, je me contenterai d'ajouter ici que, chez trois individus adonnés à la pédérastie, des plaques muqueuses (qui s'ulcèrent au bout de quelques semaines) se montrèrent, comme première manifestation de la syphilis, autour du sphincter et même sur la muqueuse du rectum, et que l'un d'eux, qui couchait dans le même lit que son frère plus jeune, lui transmit également des pustules plates. Autant que j'ai pu m'en assurer, il n'y avait pas trace d'ulcération.

Du reste, Biett mentionne un fait analogue, et l'histoire de la syphilis confirme également l'infection par les plaques muqueuses. Aussi beaucoup de syphiliographes les rangent-ils également bien parmi les accidents primitifs et parmi les accidents secondaires, et M. Ricord lui-même, bien que ne réussissant jamais à produire un chancre par l'inoculation des plaques muqueuses, ni à les inoculer elles-mêmes, poussé par l'observation clinique, est de cet avis.

Il fait des efforts extraordinaires pour faire concorder les résultats contradictoires de l'observation clinique et de l'inoculation; il n'aboutit ainsi qu'à des hypothèses obscures. Puisque la plaque muqueuse se montre parfois comme première manifestation de la syphilis, elle est un accident primitif; et parce qu'on ne peut la propager par inoculation, elle constitue un accident secondaire, ou peut-être un passage des premiers aux seconds. Mais j'en suis convaincu, il n'y a dans la vérole que des symptômes primitifs et des symptômes secondaires. Quant aux symptômes intermédiaires, c'est-à-dire ceux qui jouent un double rôle dont la nature varie au gré du système de tel auteur, ils n'existent pas heureusement. Des inoculations mieux faites, comme celles que je rapporterai plus loin, eussent démontré à M. Ricord que les plaques muqueuses peuvent être des accidents secondaires, malgré leur pouvoir contagieux. Elles l'auraient empêché de chercher à expliquer la prétendue infection par les plaques muqueuses au moyen d'explications superficielles, comme il s'en trouve dans les propositions finales 3 et 4 qu'il énonce dans son ouvrage au sujet de ces plaques.

De même que la plaque muqueuse, tout autre accident secondaire de la syphilis peut apparaître primitivement. Aux observations des anciens médecins, tels que Musitanus, Portal, Dibon, Van Swiéten, Sydenham, Royer, Massa, Cullerier, Biett, Cazenave, j'ajouterai les deux cas les plus importants de ma pratique.

A. Le 6 mars 1848, on envoya dans mon service une femme âgée de trente ans (Watzka, n° 2,950), qui présentait sur la peau des mamelles, à la base du mamelon de chaque côté, une plaque muqueuse allongée, à large base, recouverte d'exsudations plastiques; celle de droite avait le volume d'un haricot, celle de gauche celui d'uu pois. — *Une ulcération profonde sur chaque tonsille*, et *du catarrhe pharyngé*. Le 9 mars vint s'y joindre une éruption très confluente de taches et de papules sur tout le corps. A l'exception des cicatrices résultant de plusieurs accouchements, les parties génitales n'offraient rien d'anormal. Le mari de la malade jouissait d'une bonne santé. Watzka assurait qu'elle avait été infectée par un enfant que l'institution des Enfants-Trouvés l'avait chargée d'allaiter trois mois auparavant (décembre 1847. Vers la fin du troisième mois (15 février) elle avait remarqué au sein gauche, et sept jours après au sein droit, une plaque rouge un peu ulcérée, légèrement saillante, qui avait ensuite revêtu la forme des plaques muqueuses ci-dessus décrites. En l'absence de symptômes subjectifs, la malade ne put déterminer le début de son mal de gorge. Du reste, un traitement par le proto-iodure et les bains continués pendant quatre semaines suffirent pour la guérir. L'enfant qu'elle allaitait était une petite fille (Catherine Holub) qui, à l'époque de sa sortie de l'institution des orphelins, était en parfaite santé, et n'avait conséquemment ni accident primitif, ni accident secondaire. Mais elle eut bientôt sur le visage, et principalement sur les lèvres, une éruption de pustules (d'après la description donnée par la nourrice). Ce ne fut qu'au bout de trois mois que l'enfant fut rendue à l'institution, où elle mourut bientôt, âgée de quatre mois.

Je n'ai pu avoir de renseignements sur la forme de son affection syphilitique pendant la vie. J'ai trouvé seulement sur le registre de notre hôpital que l'enfant a été traitée dans le service des enfants malades d'une maladie diagnostiquée pemphygus syphilitique; sous la rubrique examen extérieur, il était mentionné : croûtes, eschares, plaques d'un rouge bleuâtre sur la face, principalement à la bouche et au cou. On avait assigné comme cause de la mort une anémie générale avec catarrhe bronchique et intestinal.

Pendant qu'elle allaitait cet enfant trouvé, Watzka nourrissait sa propre enfant, petite fille fortement constituée. Celle-ci eut à l'âge de neuf mois, peu de jours avant sa réception à l'hôpital, au dire la mère, une éruption à la région supérieure de la cuisse, éruption que je reconnus formée de tubercules cutanés syphilitiques disséminés sur la face externe de la cuisse; ils avaient le volume d'un pois, une forme presque circulaire, une couleur rouge-sale. Les uns étaient secs, d'autres couverts de squames; quelques-uns étaient le siége d'ulcérations. La peau du reste du corps présentait une éruption de macules et de papules semblables à celles de la mère. Quelques doses de calomel, suivies de lotions de sublimé et de bains chauds, amenèrent la guérison de la petite malade en trois semaines.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hernie ombilicale volumineuse et depuis longtemps irréductible. Etranglement suivi de la perforation d'une ou de plusieurs anses intestinales. Gangrène consécutive occupant toute la partie moyenne et antérieure des parois abdominales. Guérison.

L'observation suivante, que nous adresse notre honorable et très distingué confrère M. le docteur Arnal, nous paraît intéressante sous plusieurs rapports, et enrichira d'un fait utile l'histoire importante des hernies. Nous laissons parler M. Arnal :

Mme R..., demeurant à Crécy (Seine-et-Marne), âgée de cinquante-quatre ans, d'une forte constitution, généralement bien portante, a eu successivement six grossesses qui n'ont présenté rien de particulier, excepté l'avant-dernière, à la suite de laquelle survint une hernie ombilicale. D'abord mal contenue, cette hernie augmenta rapidement de volume, et particulièrement après la dernière grossesse, qui eut lieu deux ans après, en 1823.

Jusque-là, Mme R... n'avait rien fait à l'adresse de sa hernie; mais des tiraillements douloureux s'étant fait sentir, elle consulta M. Adrien, son médecin, qui lui conseilla une plaque fixée à son corset. Un peu plus tard, la masse herniée devint trop volumineuse pour être contenue par la plaque, et celle-ci fut remplacée par une ceinture appropriée. Plusieurs années s'écoulèrent ainsi sans autres accidents que, de loin en loin, des coliques, des maux de reins, des envies de vomir, quelquefois même des vomissements, tous symptômes qui s'amendaient rapidement sous l'influence des bains, du repos, du décubitus dorsal et des lavements purgatifs. Des varices aux jambes et une enflure considérable de ces mêmes parties se joignirent bientôt aux symptômes précédents, et rendirent la marche, sinon impossible, au moins extrêmement fatigante.

Un peu plus tard la malade, ayant pris en peu de temps beaucoup d'embonpoint, vit s'accroître davantage encore sa hernie, qui se porta en bas et distendit autre mesure la peau, en forme de sac appendu à la région hypogastrique et au pubis.

Par suite de cette augmentation de volume et du déplacement de la hernie, les symptômes dont il vient d'être question redoublèrent et forcèrent la malade de tenir presque constamment la situation horizontale; de là à un étranglement complet, la distance était petite.

Le 12 janvier 1850, en effet, à la suite d'une fatigue plus grande qu'elle s'était donnée en vaquant aux soins de son ménage, Mme R... fut prise tout à coup, vers la fin de la journée, de coliques vives qui allèrent successivement en augmentant; il s'y joignit aussi de l'excitation générale, de l'élévation dans le pouls, des nausées sans vomissements. Les coliques persistèrent toute la nuit, nonobstant le laudanum, des lavements émollients et des embrocations calmantes.

Le lendemain, même état. Cependant, 35 gouttes de laudanum administrées en plusieurs doses amenèrent un peu

de calme, et la malade put dormir de minuit à quatre heures du matin; mais à dater de ce moment, les coliques redoublèrent d'intensité et s'accompagnèrent de vomissements répétés.

Les garde-robes étant complètement suspendues depuis trois jours, on donna à la malade la teinture de rhubarbe, qui fut rendue par la bouche peu de temps après son ingestion; et la journée du 14, malgré un grand bain et l'emploi des opiacés à hautes doses, se passa tout entière comme la précédente, au milieu des coliques et des vomissements.

Le 15, pas de changement. M. Adrien administra quelques pilules purgatives, composées de jalap, de calomel et de savon amygdalin, mais sans résultat; car s'il y eut deux garde-robes le soir, on les dut à deux lavements purgatifs. Déjà le ventre était fortement tendu et douloureux à la pression, particulièrement vers la région hypogastrique. — 15 sangsues à l'anus; bain; petit lait pour boisson.

Le 16, même état, sauf que les vomissements sont un peu moins fréquents; mais vers le soir, la fièvre redouble, le ventre se ballonne davantage, surtout à la région épigastrique, et la sensibilité devient générale. — Bain d'une heure; calmants intérieurs et extérieurs à doses successivement croissantes.

Le 17, augmentation de tous les symptômes précédents. Les vomissements se rapprochent, et la malade rend en peu de temps deux cuvettes d'un liquide alternativement brun, jaunâtre et verdâtre, d'une extrême amertume, mais sans odeur de matières fécales; c'est du moins ce qui nous a été assuré. La partie inférieure du ventre étant devenue extrêmement sensible, on y applique 15 sangsues; embrocations d'huile camphrée à l'épigastre et dans la région ombilicale.

Le 18, les vomissements cessent, et le ventre est, dans son ensemble, moins tendu; mais la peau paraît, en plusieurs points, livide et boursouflée. On sent pendant la nuit une odeur fétide, et on trouve le lit de la malade inondé d'un liquide qui colore le linge en brun.

A sa visite du matin, M. Adrien constate, en effet, que la tumeur formée par la hernie est tout entière noirâtre et présente plusieurs ouvertures qui laissent échapper le liquide en question. La peau de la région hypogastrique est elle-même frappée de mort jusqu'à quatre travers de doigt du pubis, de même que la plus grande partie de celle qui recouvre les régions lombaires. On remarque çà et là des phlyctènes remplis d'un liquide noirâtre. La malade est calme, mais affaissée, le pouls petit et concentré, la sensibilité du ventre presque nulle; cessation complète des coliques. Le soir, survient une garde-robe abondante qui paraît soulager beaucoup la malade. — On recouvre le ventre de compresses trempées dans une décoction de quinquina avec addition d'eau-de-vie camphrée; pour boisson, alternativement une infusion de mélisse, une décoction de quinquina et de l'eau vineuse.

Les 20, 21 et 22, la gangrène fait de nouveaux progrès; des portions de peau considérables se détachent spontanément ou tombent sous les ciseaux du chirurgien. De divers points de cette immense surface d'odeur infecte et d'aspect repoussant, on voit s'échapper, à travers l'épiploon, des matières fécales et un liquide d'un brun verdâtre qui salit promptement les pièces de l'appareil. — Injections d'eau chlorurée dans les anfractuosités de l'épiploon et sous les nombreux et profonds décollements de la peau; application de plumasseaux de charpie enduits d'onguent styrax; on soutient les forces de la malade avec du bouillon et du vin vieux.

Le 23, appelé en consultation près de M[me] R..., nous la trouvâmes dans l'état suivant : Elle était calme et rassurée sur le résultat d'un mal dont elle était loin de soupçonner la gravité; visage bon, quoique notablement amaigri; pouls à 92, petit et facilement dépressible. Toute la peau de la partie moyenne du ventre, depuis l'épigastre jusqu'à quatre travers de doigt du pubis, était détruite par la gangrène; sur les côtés, la mortification s'étendait jusqu'au niveau d'une ligne qui, partant du milieu du pli de l'aine, remonterait un peu obliquement en arrière vers la base du thorax. En haut et à droite, la peau était, en outre, décollée dans une si grande étendue, que le fond du décollement se rapprochait des fausses côtes correspondantes; en bas, au niveau de la fosse iliaque gauche, on constatait un autre décollement qui remontait en arrière près de la région lombaire. Ajoutons que, dans tout le contour de cette plaie, pour ainsi dire sans limites, la peau, irrégulièrement mortifiée, présentait alternativement des languettes et des dépressions, du fond desquelles la pression faisait sourdre une grande quantité d'une sanie brunâtre tenant en suspension des flocons de tissu cellulaire mortifié.

Au centre de cette affreuse désorganisation qui avait aussi frappé une portion des muscles abdominaux, on remarquait l'épiploon chargé de graisse qui recouvrait le paquet intestinal et qui, en raison des adhérences qu'il avait contractées avec lui et avec les parois du ventre, le contenait et l'empêchait de sortir en masse de sa cavité; il présentait, vers sa partie moyenne, quinze à vingt perforations qui lui donnaient l'aspect d'un arrosoir, et dont la plus grande aurait pu aisément loger l'extrémité du petit doigt. Un peu au-dessous et à gauche, l'épiploon présentait, en outre, une crevasse large et profonde du fond de laquelle s'échappait continuellement une grande quantité de sérosité floconneuse et de matières fécales, et qui s'étendait obliquement en haut à une profondeur de plus de deux pouces; elle aurait pu aisément loger un gros œuf de poule.

A droite de l'ombilic, on remarquait une seconde crevasse, moins large et moins profonde, qui, comme la précédente, laissait échapper des matières fécales. L'une et l'autre correspondaient probablement à une anse intestinale perforée; peut-être cependant recevaient-elles les matières d'un même point, car elles communiquaient entre elles, ainsi qu'il a été facile de s'en convaincre par des injections.

Enfin, pour donner une idée de l'étendue de cette plaie, nous dirons qu'après la chute des eschares elle avait de haut en bas 35 centimètres de longueur, 29 à 30 dans son diamètre transverse, et cela sans compter les décollements dont il a été question.

Nous ajouterons encore qu'à dater du troisième jour de l'étranglement M[me] R... a été prise d'une toux fréquente, sèche et quinteuse qui a persisté, quoi qu'on ait fait, jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie; à chaque effort de cette toux, le paquet intestinal était fortement poussé en avant, et nous faisait craindre de le voir sortir à travers l'épiploon.

En présence d'un pareil désordre, on devine aisément notre pronostic. La gangrène et l'inflammation qui l'avait précédée et suivie avaient déjà considérablement affaissé la malade; que sera-ce donc, nous disions-nous, quand la fonte purulente de l'épiploon se sera effectuée, quand la suppuration nécessaire pour déterger une si grande plaie aura eu lieu? Comment admettre, en outre, qu'après une destruction aussi étendue de la peau on puisse jamais voir combler une pareille perte de substance et la cicatrisation se faire, pour ainsi dire, sur le vide? Bref, quelque effort que pût faire la nature en faveur de notre malade, nous doutâmes de l'efficacité de ses ressources, et la mort par épuisement nous parut être la conclusion inévitable d'une aussi extrême désorganisation. Ce fut aussi l'opinion de M. Adrien et de notre confrère le docteur Cusco, bien que ce dernier n'ait vu la malade qu'un peu plus tard et lorsqu'on remarquait déjà une notable amélioration. Nous arrêtâmes qu'on continuerait ce qu'on avait déjà fait, c'est-à-dire l'extraction du tissu cellulaire mortifié qui existait encore dans les crevasses et sous les décollements de la peau, les lotions et les injections chlorurées, les applications locales de styrax et de vin chaud miellé, les toniques intérieurs, les consommés, le vin de Seguin, et que, quand viendrait le moment des aliments réparateurs, on choisirait de préférence ceux qui font le plus de chyle et le moins de matières fécales, etc.

Cependant, à dater du 23 janvier, la mortification a fait peu de progrès, et a paru se concentrer dans la portion de peau comprise entre la branche horizontale du pubis gauche et l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté. Là, en effet, le tégument s'est boursouflé dans une assez grande étendue, s'est couvert de phlyctènes, mais n'a été que partiellement détruit.

Du 24 janvier au 10 février, le reste de la plaie s'est rapidement détergé et a pris un aspect louable; la suppuration, quoique abondante, s'est maintenue dans des limites telles que la malade a pu y pourvoir sans trop s'épuiser. Il est vrai qu'alors les fonctions digestives s'exécutaient déjà comme en pleine santé, et qu'on soutenait de plus en plus les forces par une nourriture substantielle. Aussi, au 10 février, lors de notre seconde visite, avons-nous, à notre grande surprise, trouvé la malade dans un état presque satisfaisant. La figure, en effet, était naturelle; le pouls plus fort, sans être fébrile; l'appétit bon; le sommeil lui-même n'aurait rien laissé à désirer sans la toux dont il a été question. Quant à la plaie, elle n'était déjà plus reconnaissable. Déjà, en effet, la peau décollée commençait à adhérer aux parties sous-jacentes; déjà la suppuration était de bonne nature en divers points; et quelques bourgeons de cicatrisation commençaient à se montrer près de la circonférence. Cependant les crevasses de l'épiploon étaient à peu près dans le même état et continuaient de verser sur la plaie des matières fécales en assez grande abondance, bien que la malade eût tous les jours une ou deux garde-robes naturelles.

Au haut et à gauche les adhérences de l'épiploon ayant faibli, le paquet intestinal était descendu avec lui vers la fosse iliaque droite, et pendait sur la partie supérieure et antérieure de la cuisse du même côté, en laissant supérieurement un vide considérable. Pour remédier à ce double inconvénient, M. Adrien avait eu la bonne pensée d'employer une longue et large bande de sparadrap, dont le milieu fut appliqué sur la tumeur, et dont les chefs, après avoir fait le tour du corps en passant obliquement sur les hanches, furent ramenés de chaque côté au-dessous du nombril, et fixés l'un à l'autre par quelques points de suture. Cinq à six jours plus tard, en effet, l'épiploon s'était réuni avec les parties voisines, et avait comblé le vide supérieur dont il vient d'être question. Déjà alors on ne pansait plus la plaie qu'avec un linge fenêtré enduit de cérat jaune ou animé avec du styrax, et ce n'était que par intervalles qu'on appliquait des compresses trempées dans du vin miellé. De grosses mèches de charpie étaient, en outre, introduites dans les crevasses de l'épiploon et sous les portions de peau les plus profondément décollées, dans le but d'éviter la stagnation du pus et des matières fécales.

A dater du 10 février, la cicatrisation a marché avec une rapidité sur laquelle nous étions loin de compter, et en peu de temps toute la portion de peau décollée s'est greffée aux parties sous-jacentes. Bientôt aussi les bourgeons charnus, avant-coureurs de la guérison, se sont montrés par groupes isolés, et ont fini par envahir la grande circonférence de la plaie dans l'étendue ici d'un travers de doigt, là d'un pouce. Enfin les matières fécales ont diminué rapidement, et la grande crevasse dont nous avons parlé s'est rétrécie considérablement et cela en quelques jours.

Cependant vers le 23 février, la portion de peau située à la partie supérieure et droite de la plaie est devenue le siége d'un gonflement douloureux avec rougeur, chaleur et fièvre; bref, un abcès s'est formé, et quatre jours plus tard le pus, forçant les adhérences, s'est vidé à la surface de la plaie. Des injections d'eau chlorurée, quelques mèches et une compression méthodique en ont eu promptement raison, et bientôt la peau s'est définitivement recollée.

Du 23 février au 10 mars, époque à laquelle nous avons revu la malade, il n'est survenu aucune particularité digne de remarque : cicatrisation successivement croissante; diminution de plus en plus notable et de la suppuration et de l'écoulement des matières fécales; pouls normal; appétit bon; digestions faciles; accomplissement régulier de l'acte de la défécation; enfin la malade était si bien, que M. Adrien avait pu lui permettre de se lever plusieurs heures par jour, à dater du commencement de mars. Nous devons dire pourtant qu'elle éprouva tout d'abord dans la région de l'estomac des tiraillements très douloureux qui la forcèrent de tenir le corps fortement penché en avant, et d'éviter avec soin tout mouvement de redressement; mais ce fut l'affaire de quelques jours, car ces tiraillements n'existaient déjà plus lors de notre troisième visite.

Pour éviter des répétitions et des longueurs inutiles, nous dirons ici, d'une manière générale, qu'à partir du 12 mars, la cicatrisation a fait des progrès de plus en plus rapides. Qu'au 1[er] avril elle avait envahi les deux tiers de la plaie; que, par suite de cautérisations pratiquées tour à tour avec la pierre infernale et l'acide muriatique, les perforations dont il a été question plus haut se sont successivement fermées; que des injections pratiquées dans les crevasses, tantôt avec de l'eau chlorurée, tantôt avec de l'eau iodée, en ont eu peu à peu raison. Si bien qu'à la fin du mois de mai plus rien ne s'écoulait, et qu'à la place de cette immense perte de substance il ne restait plus qu'une cicatrice rougeâtre, déjà assez solide pour remplacer la paroi abdominale et contenir l'intestin; une ceinture appropriée lui vient en aide et la protége elle-même contre les violences extérieures. Cette cicatrice, formée exclusivement aux dépens de l'épiploon devenu fibreux, avait encore, au mois de décembre dernier, 22 centimètres de longueur, et 12 centimètres dans son diamètre transverse.

Quant à la santé générale, nous dirons que la malade a plutôt gagné que perdu à l'accident que nous venons de décrire; car, depuis ce moment, elle peut se tenir longtemps debout, marcher et se livrer à ses occupations habituelles sans éprouver ni ces coliques, ni ces tiraillements douloureux qui tourmentaient si cruellement son existence.

Nous ne terminerons pas cette observation sans parler d'une erreur de sensation qui nous a paru mériter d'autant plus d'être signalée qu'elle est très rare. Peut-être même est-elle, dans la science, le seul fait de ce genre qui se soit produit dans les mêmes circonstances avec une évidence et une persistance semblables.

Voici ce fait :

Plusieurs fois, dans le cours du premier mois, la malade, pressée par le besoin d'aller à la garde-robe, s'est mise sur le vase de nuit, a fait des efforts comme si elle allait réellement à la selle, et chaque fois elle a été convaincue qu'elle avait rendu par l'anus des matières fécales abondantes. Il n'en était rien, cependant, car ses efforts n'avaient abouti qu'à amener une sortie plus grande de ces matières par les perforations et les crevasses de l'épiploon.

Cette erreur de sensation mérite un certain intérêt au point de vue de la physiologie; elle pourrait peut-être, en effet, modifier l'opinion qui place exclusivement dans le rectum le besoin qui précède l'acte de la défécation, et aussi celle qui fait dépendre ce besoin de l'action locale des matières stercorales sur la membrane muqueuse du même intestin.

Pendant le cours de ce grave accident, comme on a pu le remarquer, l'art a dû rester spectateur inactif ou à peu près, et laisser la nature faire à elle seule tous les frais de cette remarquable et inespérée guérison. Ce fait témoigne une fois de plus de la merveilleuse fécondité de ses ressources. Il nous apprend, en outre, à compter sur elle un peu plus que nous ne l'avions fait nous-même et à ne pas trop nous hâter, dans des circonstances analogues, de porter un pronostic de désespoir que le résultat peut prochainement démentir.

Du traitement des engorgements chroniques de nature douteuse par les préparations mercurielles.

Tous les praticiens connaissent le précepte qui conseille, dans le cas douteux de plusieurs espèces et en particulier dans les engorgements chroniques des testicules et des ganglions, de recourir au traitement mercuriel, qui est à la fois un moyen diagnostique et curatif. Cependant il est encore un certain nombre de cas où ce précepte est trop oublié.

Voici un fait que nous avons observé il y a quelque temps déjà dans le service de M. le professeur Velpeau, et qui ne confirme pas médiocrement cette proposition.

Le sujet de cette observation est un homme âgé de cinquante et un ans; il est d'un tempérament robuste et d'une bonne santé habituelle. Jamais il n'a eu de maladies graves; son père et sa mère ont toujours été bien portants. A l'âge de vingt-cinq ans il a contracté une blennorrhagie qui a été guérie dans l'espace de cinq jours, et dont la disparition a été suivie pendant quelque temps d'une légère démangeaison dans l'urètre, démangeaison surtout marquée au moment de la miction. A partir de ce moment, il assure n'avoir jamais eu ni écoulement, ni ulcération à la verge. Depuis quinze ans il porte à la face interne de la jambe droite, un exanthème qui nous paraît devoir être rattaché à l'une des formes du lichen; cet exanthème est souvent le siége de vives douleurs, et force le malade à se gratter. Il ne présente pas d'une manière très évidente la teinte caractéristique des syphilides.

L'affection pour laquelle ce malade est entré à l'hôpital a commencé il y a trois semaines par un petit bouton qui s'est montré du côté gauche au bas de la joue, au-devant du muscle masseter. Ce petit bouton était de couleur rouge et de forme ovoïde; il ne paraît pas avoir été entouré d'une aréole inflammatoire; il causait des démangeaisons très vives. Un jour le malade, en y portant la main, fit sortir quelques gouttes d'une eau sanieuse et roussâtre. Au bout de sept à huit jours apparut, au niveau de l'angle de la mâchoire, une tumeur de forme arrondie, indolente, et sans changement de couleur à la peau, qui augmenta progressivement de volume et fut bientôt suivie du développement d'une tumeur semblable dans la même région. Aucune de ces tumeurs n'a été le siége de douleurs, dans la véritable acception du mot; le malade a seulement ressenti à deux ou trois reprises quelques élancements; il accuse une gêne des mouvements de la

mâchoire et une sensibilité à la pression, qui sont devenues de plus en plus marquées. Il a appelé un médecin, et, sur son conseil, il s'est fait poser deux fois des sangsues, à trois jours d'intervalle. La tuméfaction a plutôt augmenté que diminué; il s'est décidé à entrer à l'hôpital. L'état dans lequel il se trouvait a suggéré à M. le professeur Velpeau les considérations suivantes :

« La tumeur que porte le malade dont nous avons à nous occuper est située dans la région parotidienne gauche, à la hauteur de l'angle de la mâchoire; elle a le volume d'un gros œuf de dinde; sa forme est plutôt globuleuse qu'ovoïde; elle offre quelques légères bosselures; ses limites sont vagues et mal déterminées. Elle paraît avoir pour siége les ganglions lymphatiques; la pression y développe de la douleur. Nous n'avons pas constaté la fluctuation, bien que certains points de la tumeur, par leur mollesse et par leur couleur rouge, semblent annoncer qu'elle existe. La peau adhère aux ganglions.

» Tels ne sont point les caractères ordinaires de l'adénite, ou plutôt les caractères de l'adénite chronique sont ici modifiés à ce point et de cette manière que nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas d'une dégénérescence cancéreuse. Il est difficile de le supposer si l'affection, comme l'assure le malade, ne remonte qu'à trois semaines; nous devons dire cependant que le cancer, dans des circonstances très rares à la vérité, suit une marche des plus aiguës et qui peut à juste titre étonner le praticien. Nous avons été témoin d'un cas de ce genre. Un malade avait une tumeur que nous avions considérée comme un hématocèle, que M. Mayor avait regardée comme un abcès et sur la nature de laquelle plusieurs autres praticiens s'étaient trouvés en dissidence; il succomba dans l'espace d'un mois aux progrès toujours croissants d'un vaste encéphaloïde.

» Le bouton qui s'est montré en premier lieu, et dont l'existence se reconnaît aujourd'hui à la présence d'une croûte noirâtre, par l'ensemble des caractères qu'il a présentés, par l'eau rousse qui s'en est écoulée, aurait pu nous autoriser à soupçonner une affection charbonneuse si la marche ultérieure de la maladie n'était venue éloigner sur ce point tous les doutes.

» L'impossibilité d'admettre une adénite de nature scrofuleuse n'a pas besoin d'être démontrée; l'âge du malade, sa bonne constitution, tout s'oppose à une pareille explication. Il ne nous reste donc plus, pour nous rendre compte de la forme particulière de l'affection, qu'à rechercher s'il n'existe pas de complication syphilitique. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu ni chancres, ni bubons; il avoue qu'une seule fois il a été atteint d'un écoulement dont il s'est guéri très vite; d'un autre côté, il assure qu'il a été allaité par une nourrice qui avait contracté une affection vénérienne. Ces révélations, qui nous autorisent à soupçonner autre chose, ont une grande valeur, dans l'état d'incertitude où nous sommes relativement à la nature véritable de l'adénite que nous avons à combattre, non-seulement au point de vue du pronostic, mais encore du traitement. Ainsi, d'une part, l'indication d'un traitement antisyphilitique est de toute évidence; de l'autre, il est bien démontré que, si notre diagnostic est exact, il nous sera facile de triompher de la maladie.»

Des topiques émollients ont été appliqués sur la tumeur, qui, au bout de huit jours, s'est ramollie dans deux points différents; une double incision a été pratiquée, elle a donné issue à un pus assez bien lié. La cicatrisation s'est faite avec rapidité; elle a été accompagnée d'une prompte résolution dans les parties indurées. Le malade a pu sortir entièrement guéri seize jours après son entrée à l'hôpital; il lui a été recommandé de continuer le traitement mercuriel.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques.

Par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Deuxième mémoire sur les évacuants (vomitifs et purgatifs).

1° *Vomitifs.* — Les substances employées sont le sulfate de cuivre, l'émétique et l'ipécacuanha, et, pour en rendre les effets durables, on s'est opposé au vomissement par la ligature de l'œsophage, comme on l'a fait, au reste, dans toutes ces expériences quand les médicaments ont dû être introduits dans l'estomac.

Sulfate de cuivre. — Il a offert ce résultat vraiment curieux qu'il abaisse constamment la température animale, comme l'ont prouvé six expériences. Il a été administré par l'estomac deux fois à la dose de 0,25, trois fois à la dose de 1 gr. et une fois à celle de 10 gr., et dissous dans 25 ou 50 grammes d'eau chauffée à 35°. L'abaissement de la température est promptement survenu : il a varié de 1°,4 à 3°,6. Au bout d'une heure, dans un cas, avec 0,25 le thermomètre a baissé de 2°, et dans un autre 1 gr., dans le même temps, a déprimé la température de 3°,3. Ce résultat n'est pas fugitif, car dans une expérimentation avec 0,25 l'animal au bout de douze heures avait encore sa température diminuée de plusieurs degrés, et il n'est mort que le lendemain seulement dans l'après-midi.

L'émétique, dont le rôle en thérapeutique a tant d'importance et particulièrement au point de vue des théories de l'École italienne, a été expérimenté sept fois : chez quatre chiens, il a été introduit dans les veines et chez trois autres dans l'estomac. Ses effets spéciaux et ceux qu'il produit sur la calorification ont toujours été obtenus par ces deux procédés, et ils ont été très prompts par le premier, comme l'avait déjà démontré M. Flourens, dont les recherches expérimentales sur le mécanisme de la rumination ont prouvé combien l'action de ce médicament sur la caillette est énergique et rapide lorsqu'il est porté par le sang dans l'économie. A petite dose, c'est-à-dire de 0,05 à 0,10 injectés avec 50 grammes d'eau à 35°, il a constamment déterminé une élévation qui a varié de quelques dixièmes de degré à 1°,3.

Introduit dans l'estomac à la dose de 0,30, il amène encore de l'élévation; mais, comme si son action était alors moins prononcée que dans le précédent mode d'expérimentation, le thermomètre n'est monté que de 0°,6. Si cependant on porte la dose à 0,50, la scène change, car la température baisse rapidement et dans un cas tombe de 2° en deux heures. Cette influence déprimante de l'émétique à haute dose avait été déjà signalée par M. Demarquay dans sa thèse inaugurale.

Avec l'ipécacuanha les modifications de la température n'ont pas été identiques à celles qu'a produites le tartre stibié. Les essais avec de faibles doses n'ont pas été assez nombreux pour que des conclusions bien décisives puissent en être déduites : 0,50 de cette substance ont cependant amené un abaissement de 0°,6. Il y a toujours eu, au contraire, une élévation quand elle a été employée à des doses plus considérables. Ainsi 2 gr. ont déterminé une augmentation très légère dans une expérience et de 2°,2 dans une autre. Avec 4 gr., le thermomètre est monté une fois de 0°,9 pour revenir à son point de départ douze heures après le début de l'expérimentation, et une autre fois de 1°,3; 6 gr., enfin, ont graduellement élevé la température en quatre heures et demie de 1°,6, et dix heures plus tard, après une faible oscillation, cette élévation persistait encore.

A petites doses, cette substance semble donc déprimer un peu la température, tandis que des doses plus considérables l'élèvent d'une façon évidente. Au point de vue de la thérapeutique, cette opposition entre les effets produits sur la calorification, soit par le tartre stibié, soit par l'ipécacuanha, est très digne de remarque.

2° *Purgatifs.* — L'huile de croton tiglium, la gomme gutte et la coloquinte ont été expérimentées. Tant qu'on n'a pas dépassé certaines doses permettant à l'animal de vivre, il est survenu dans les deux ou trois premières heures après l'ingestion du médicament un abaissement suivi d'une élévation qui a pu aller à 2° environ. Si, au contraire, ces purgatifs sont administrés à dose toxique, l'abaissement est permanent et gradué.

Huile de croton tiglium. — Elle a été donnée trois fois aux doses de 2, 6 et 12 gouttes émulsionnées dans un jaune d'œuf, comme cela a été fait toutes les fois que la substance n'était pas miscible à l'eau. 2 et 6 gouttes dépriment un peu la température pendant les premières heures, mais bientôt le thermomètre dépasse le chiffre initial de 1°,3 et de 1°,4; mais avec 12 gouttes la chaleur animale va diminuant; au bout d'une heure, l'abaissement, dans une expérience, était de 1° et deux heures plus tard de 5°,3; aussi la mort survint-elle assez promptement.

Gomme gutte. — Les phénomènes qu'elle a produits sont sensiblement les mêmes que les précédents. Trois expériences ont été faites avec 0,50, 1 et 2 gr. Dans les deux premières, la température baisse tout d'abord de 0°,3 dans l'une et de 0°,5 dans l'autre, puis elle s'élève graduellement et finit par dépasser son point de départ de 0°,7 dans le premier cas et de 1°,7 dans le second. A la dose beaucoup plus considérable de 2 gr., la dépression est en quarante minutes de 1°,8, mais la réaction ne se fait pas longtemps attendre; le thermomètre remonte peu à peu, et au bout de six heures il n'est plus qu'à 0°,5 au-dessous du chiffre qu'il indiquait avant toute expérimentation.

Coloquinte. — Elle a agi à peu près de la même façon que les autres purgatifs, seulement les résultats sont peut être un peu moins tranchés. Elle a été mise en usage trois fois aux doses de 1, 2 et 4 gr.; avec 1 et 2 gr., il survient un très faible abaissement, suivi, dans l'expérience où les phénomènes ont été le plus marqués, d'une élévation de 0°,9. L'effet définitif avec 4 grammes a été une diminution de la chaleur de 1°.

Voilà donc une série de substances vomitives et purgatives qui exercent sur la calorification une influence digne de fixer l'attention du médecin physiologiste désireux de déterminer d'une façon précise l'action du médicament qu'il administre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 mars 1851. — Présidence de M. Lucien Boyer, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Duperthuis donne des nouvelles de la malade dont il a déjà entretenu la Société. Cette dame va parfaitement bien, et supporte la voiture sans inconvénient.

M. Bossu. Je n'ai pas laissé, comme chez la malade de M. Duperthuis, une sonde à demeure dans l'utérus; mais je me souviens qu'il y a huit ans, à la suite d'un accouchement laborieux, une femme mit au monde un enfant mort; le placenta était inséré sur le col; il demeura en partie. Je fis des injections à l'aide d'une sonde conduite dans l'utérus et guidée par le doigt. La malade guérit sans que le délivre sortît.

M. Duperthuis n'admet pas que les débris du placenta aient pu rester dans l'utérus.

M. Pertus se rappelle qu'il y a dix ans on repoussait les injections intra-utérines; il s'étonne de la facilité avec laquelle on se décide à les employer aujourd'hui, et n'admet d'ailleurs, pas plus que M. Duperthuis, que les débris du placenta soient restés dans la matrice.

M. Pédelaborde. Je vis, il y a quelques années, à Pau, une dame envoyée dans les Pyrénées pour une affection chlorotique; elle avait une maladie utérine méconnue. Je trouvai une large ulcération du col, qui était envahi dans la largeur d'une pièce de 1 franc. Au moindre attouchement, il survenait un écoulement sanguinolent. Je constatai, en outre, la présence de granulations; absence de menstruation depuis cinq mois. La malade, âgée de trente-deux ans, offrait tous les symptômes de l'anémie; toutes substances alimentaires étaient rejetées par le vomissement; à peine pouvait-elle digérer six cuillerées de potage par jour, ce qui avait fait craindre un rétrécissement de l'œsophage. De plus, elle avait une coloration d'un jaune paille qui avait fait supposer une disposition cancéreuse. Je prescrivis le repos au lit; je pratiquai environ vingt cautérisations avec le nitrate acide de mercure, puis avec l'azotate d'argent. Après cinq mois d'un traitement antispasmodique et antiphlogistique, la sécrétion d'un liquide analogue à du blanc d'œuf avait remplacé un écoulement puriforme très abondant qui existait depuis des années. Je voulus essayer d'une injection. Je me servis de la canule de M. Vidal; je m'entourai de toutes les précautions possibles, et j'injectai dans la matrice la valeur d'une cuillerée à bouche de liquide.

Au bout de deux heures, je suis appelé en toute hâte. La malade est en proie à des douleurs atroces de l'abdomen; elle compare ses souffrances à celles d'un accouchement. Il existe un ballonnement considérable; les douleurs vont toujours croissant, la malade les accuse par des cris déchirants; le ventre a quadruplé de volume; la chaleur est considérable; le pouls est à 120. Après avoir cru à des accidents hystériformes, je suis obligé de reconnaître les symptômes d'une péritonite grave, et je me demande s'il n'est pas entré de liquide dans le péritoine; je dois ajouter qu'à mesure que j'avais poussé l'injection, celle-ci avait reflué extérieurement en partie. Un bain de deux heures ne déterminant aucune amélioration, je prescris des cataplasmes tièdes sur le ventre; ils sont trouvés trop lourds, je les fais enlever; une onction d'onguent napolitain recouvre les parois abdominales, et la malade ne cesse de crier qu'elle se sent mourir. Application de 20 sangsues à l'hypogastre, sur la région utérine : « Je suis en paradis! » s'écrie alors la patiente. J'arrête le sang à la sortie du bain.

Une heure après, je suis rappelé; même état, même douleurs. Nouvelle application de 15 sangsues, lavements à l'eau de son et de tête de pavots, potion antispasmodique; calme sérieux. A la fin de la journée restaient seulement un peu de faiblesse et une grande courbature. M. Vidal, à la suite de la publication de ce fait a cru qu'il s'agissait ici d'une attaque d'hystérie, d'autant plus que ma malade avait été jadis sujette à cette affection; mais je crois, eu égard à l'ensemble des symptômes, avoir eu affaire à une péritonite des plus intenses.

M. Duperthuis. Je suis convaincu, d'après ce que dit M. Pédelaborde, qu'il n'a pas pénétré dans l'utérus une seule goutte d'injection; d'ailleurs, on ne guérit pas ainsi une péritonite en quelques instants.

M. Pédelaborde fait observer que la malade avait 120 pulsations, ce qui n'arrive pas dans l'hystérie.

M. Magne. Je regrette vivement que notre savant président n'ait pas pu assister à la séance, son opinion nous eût été d'un grand secours; en son absence, je puis vous donner à cet égard l'avis de M. Chomel, avis qui date de quelques heures à peine. J'ai vu aujourd'hui, avec M. le professeur Chomel, une dame atteinte d'ulcération et de granulations du col. J'ai proposé à M. Chomel la solution d'azotate d'argent pour cautériser cette ulcération; le célèbre professeur a préféré le crayon d'azotate, parce que, m'a-t-il dit, avec un liquide j'ignore jusqu'où je puis pénétrer. Du reste, il me semble que la question pourrait se résumer ainsi :

Après l'accouchement, les injections peuvent être utiles et ne sont jamais nuisibles eu égard à l'état des parties; s'agit-il, au contraire, de la situation anatomique normale des mêmes parties, les injections sont-elles favorables ou dangereuses? Tel est le second point à examiner.

M. Bossu. Je crois aussi qu'autre chose est d'injecter après l'accouchement ou dans l'état ordinaire; je ne crois pas à une péritonite chez la malade de M. Pédelaborde; il n'y a pas eu vomissement.

M. Pédelaborde. Non, mais de fréquentes nausées ont eu lieu; et puis cette péritonite était survenue à la suite d'un liquide introduit dans le péritoine; c'était donc une inflammation traumatique. Promptement développée, elle devait aussi disparaître promptement et par l'absorption du liquide et par les agents antiphlogistiques que j'ai employés.

M. C. Masson. Je commence par déclarer que tout praticien eût pu croire à un cas de péritonite chez la malade de M. Pédelaborde; mais cette amélioration rapide, suivie de recrudescence, puis cette guérison complète non moins prompte me font croire à des accidents hystériformes. Je sais qu'il y avait fréquence du pouls, sensibilité du ventre, mais j'ai constaté cet état chez des personnes hystériques.

M. Perthus ne trouve pas que les accidents soient suffisamment expliqués par la présence d'un liquide dans le péritoine; ces accidents pouvaient avoir lieu sans cette circonstance; ainsi le contact seul de la canule de la seringue suffit pour qu'on se rende compte des phénomènes qui se sont développés. Néanmoins, M. Perthus dit qu'il sera très prudent à l'avenir à l'endroit des injections intra-utérines.

M. Masson rappelle que les maladies nerveuses simulent parfois les inflammations : deux médecins soignaient un malade qu'ils croyaient atteint d'une pneumonie; la mort était imminente; M. Masson reconnut une fièvre larvée; l'un des médecins fut de son avis; un traitement en conséquence fut prescrit, et la guérison ne tarda pas à arriver.

M. Pédelaborde insiste sur ce point que les symptômes dont il a parlé ne doivent point être isolés et que réunis sa certitude est assurément qu'il avait affaire à une grave péritonite.

M. Boyer. Pour les injections faites après l'accouchement, la disposition anatomique des parties n'est plus la même, et M. Paul Dubois dans la prochaine séance pourra nous donner d'utiles enseignements à ce sujet. Accessoirement, M. Pédelaborde a parlé d'un cas tout différent; il s'agit, en effet, d'une injection faite dans une cavité fictive. Ici l'introduction de l'air est peut-être pour quelque chose; peut-être aussi les accidents n'ont-ils été déterminés que par la dilatation artificielle qui a produit l'excitation des parois de l'utérus.

— M. Magne. A propos de l'opération de la cataracte par abaissement, qui, suivant un de nos collègues, alors qu'il existe une violente inflammation, nécessite un séjour au lit de plusieurs mois, je vous ai entretenus d'un général que j'ai opéré il y a quelques mois par abaissement. Ce malade m'a présenté un cas d'hypopion, que je crois devoir vous signaler, car je ne sache pas qu'il en existe un semblable. Jusqu'ici on a vu, et j'ai vu de même, que toutes les fois qu'il existe un hypopion et que le pus n'est pas absorbé et ne disparaît pas peu à peu, on a vu, dis-je, qu'une ponction donne issue à ce pus, et que les milieux de l'œil ne tardent pas à revenir à l'état normal. Je ne connais pas d'exemple d'un hypopion ayant récidivé à la suite de cette ponction.

Or voici ce qui m'est arrivé. Chez la personne dont je parle je fis une ponction pour un hypopion survenu à la suite de l'opération de cataracte et datant de dix jours. Je pus extraire alors un véritable caillot de pus, ou bourbillon, et la vision se rétablit en partie. Six jours après, même hypopion, même ponction, même

-issue de caillot, même amélioration; ces phénomènes se représentèrent une troisième fois, et se terminèrent de la même façon. J'eus recours alors à un large vésicatoire au bras s'étendant de l'articulation de l'épaule à celle du coude. Sous cette influence, le malade a vu disparaître toute inflammation, et à l'heure qu'il est il commence à voir les gros caractères d'imprimerie. J'ajouterai que, malgré cette violente inflammation, malgré les ponctions réitérées, il n'a pas cessé d'assister aux séances de l'assemblée, dont il est membre.

M. Boyer. Le cas remarquable dont parle M. Magne me rappelle que je fus consulté pour un garde forestier qui portait dans la chambre antérieure une tache blanche masquant le contour de l'iris. Cette tache s'était manifestée à la suite d'un coup d'une branche d'arbre reçu sur l'œil. Sous l'influence des antiphlogistiques, cette tache, qui n'était autre qu'une sécrétion purulente, finit par disparaître, et la pupille étant désobstruée, la vue fut rétablie.

Le secrétaire, Al. Magne.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur,

Plus qu'à aucune autre juridiction, il incombe à la presse de motiver ses jugements et de les défendre au besoin. C'est pourquoi, monsieur et très honoré confrère, je viens vous prier d'accueillir quelques lignes de réponse à la lettre de M. Robert insérée dans votre avant-dernier numéro.

Qu'il me soit permis de faire remarquer d'abord que notre confrère eût sans doute eu meilleure grâce de ne pas prendre pour juges entre nous les lecteurs d'un journal complétement étranger à l'article contre lequel il réclame. La critique que j'ai faite de son argumentation a paru dans la *Gazette Médicale*; c'est donc à la *Gazette Médicale* et non à la *Gazette des Hôpitaux* et à l'*Union Médicale* que M. Robert se fût plus convenablement adressé. En faisant différemment, il m'a donné le droit de croire qu'il a voulu se donner le facile et commode mérite de poser et de résoudre les objections à sa guise, et de rester triomphant au moins pendant les quatre jours qui ont suivi sa lettre et précédé ma réponse.

Dans la première partie de sa lettre, M. Robert se plaint amèrement de la critique que j'ai faite de sa thèse et de son argumentation. Il me reproche des paroles *acerbes* et *désobligeantes*, et une appréciation empreinte d'*injustice* et de *partialité*. La seconde partie de sa lettre est consacrée à combattre les reproches que j'ai adressés aux trois observations qu'il a citées, d'après moi, dans sa thèse. Je vais le suivre sur l'un et l'autre terrain.

Les hommes qui se piquent de rigueur et de précision scientifiques devraient avoir le même scrupule dans leurs allégations contre les personnes.

M. Robert m'impute des expressions *acerbes* et *désobligeantes*. Désobligeantes, cela est possible, car on désoblige toujours un auteur quand on trouve à redire à ses ouvrages; et, à cet égard, M. Robert a dû être extrêmement désobligé du jugement que j'ai porté, de concert avec ses compétiteurs, sur la conception et l'exécution de sa thèse. Pour des paroles acerbes, je suis bien sûr de ne m'en être permis aucune, parce qu'elles répugnent autant à mes habitudes qu'à mon caractère. Je renvoie donc à M. Robert son allégation. Je ne relèverai pas davantage son accusation d'injustice et de partialité, qu'il eût bien fait aussi d'appuyer de preuves; car de pareils reproches non motivés témoignent tout simplement de la mauvaise humeur qui les dicte.

Je passe au fond de la réclamation de M. Robert.

Avant de discuter les trois observations qui ont motivé la récrimination de notre confrère, j'ai besoin d'instruire le lecteur d'une circonstance qui domine toute la discussion.

Au moment de traiter le sujet de sa thèse (*des vices de conformation des articulations*), M. Robert m'a fait l'honneur de venir me consulter. Pendant les plusieurs heures qu'a duré notre conférence, j'ai mis loyalement à sa disposition mes pièces, mes planches, mes ouvrages, publiés ou inédits, en un mot, tout ce que je croyais capable de l'aider dans l'accomplissement de sa tâche difficile. En retour je priai notre confrère, afin de m'assurer, dans son intérêt comme dans le mien, de l'exactitude de ses citations ou emprunts, de vouloir bien me les communiquer en épreuves, ce qu'il me promit. Cependant je n'eus plus aucune nouvelle de M. Robert ni de sa thèse, sinon par l'exemplaire que m'en a remis son libraire le jour même de l'argumentation. En revanche, je trouvai dans cette dernière un assemblage de choses qui ne venaient certes pas de moi, mais en ce qui me concerne, des citations tronquées, des observations incomplètes, des critiques hasardées; toutes choses que M. Robert aurait pu si facilement s'éviter en n'acceptant pas, je le veux bien, tous mes conseils, mais en s'assurant auprès de moi de l'exactitude du peu qu'il avait accepté. A défaut de cette précaution, il m'a mis dans la nécessité de rectifier ses erreurs, de compléter ses observations et de lui laisser l'entière responsabilité des unes et des autres. On va voir jusqu'où M. Robert a été fondé à repousser mes rectifications.

1° Il s'agissait dans le premier fait d'un cas de luxation congénitale de l'humérus directement en bas, à l'égard duquel M. Voillemier avait demandé à M. Robert quelle preuve il avait que la luxation fût congénitale. — « La coexistence d'une luxation semblable du côté opposé », a répondu avec raison M. Robert. A cette circonstance déjà probante, j'ai dit que M. Robert aurait *pu* ajouter les suivantes: Le sujet offrait, en outre, plusieurs autres difformités articulaires qu'il avait apportées, comme la luxation double de l'épaule, en *naissant*. Dans sa réclamation, M. Robert allègue qu'il n'a pu puiser dans ses *inspirations* les circonstances complémentaires dont il s'agit; que l'*observation* relative à ce malade insérée dans la *Gazette Médicale* (p. 101, 1841) ne mentionne aucune de ces circonstances. Je ferai remarquer, en premier lieu, que mon article ne dit pas (comme me le prête M. Robert) qu'il aurait *dû*, mais *pu*, donner ces renseignements complémentaires. Comment l'aurait-il pu? En se renseignant auprès de moi, en me communiquant avant l'impression l'indication du fait qu'il a cité? Il le devait d'autant plus que l'article auquel il a emprunté ce fait ne le donne pas comme une *observation*, mais comme une simple indication, comme le rappel d'un fait énuméré avec beaucoup d'autres pendant le cours d'une leçon clinique, dont l'article n'est que la reproduction textuelle. J'ai donc eu raison de dire à M. Robert qu'il aurait *pu* et non *dû* compléter les renseignements qui auraient prévenu la critique de M. Voillemier, et ces renseignements, il n'avait pas à les puiser dans ses inspirations, mais auprès de moi qui m'étais mis à sa disposition, et qui me serais fait un devoir et un plaisir de lui communiquer en entier l'observation du cas que je n'avais fait qu'indiquer dans ma leçon clinique.

2° Le second passage de mon article contre lequel M. Robert réclame est ainsi conçu: « A l'égard de la luxation fémorale par » maladie de l'articulation chez le fœtus, qualifiée par M. Robert » de *tumeur blanche*, M. Voillemier a fait remarquer que la ma- » nière incomplète dont ce fait est rapporté d'après une pièce sè- » che et la qualification de tumeur blanche chez un fœtus ne per- » mettent de lui accorder aucune valeur scientifique. Nous sommes » obligé de le reconnaître, la critique de M. Voillemier est parfai- » tement fondée. » J'ai ajouté ce qui suit: « En faisant voir la » pièce dont il s'agit à M. Robert, il n'a nullement été question de » tumeur blanche chez le fœtus, mais d'une maladie quelconque » de l'articulation qui avait altéré la tête fémorale et le cotyle. Avec » un souvenir plus exact, M. Robert aurait pu ajouter que la sur- » face de la tête fémorale, déformée, chagrinée, avait contracté des » adhérences avec les parties environnantes au moyen de brides » celluleuses partant de différents points de cette surface. »

Comme on le voit dans ce passage, d'accord avec M. Voillemier, j'ai reproché deux choses à M. Robert: d'avoir indûment donné le nom de *tumeur blanche* à une maladie articulaire insuffisamment déterminée chez un fœtus, et d'avoir reproduit très incomplétement les indications que je lui avais données, d'où M. Voillemier avait conclu qu'il n'y avait aucune raison pour croire que ce cas de tumeur blanche ne fût pas un cas de luxation congénitale ordinaire. Pour se tirer de là que fait M. Robert? Il commence par justifier la dénomination de tumeur blanche, et il ne la justifie pas d'après les seules indications reproduites dans sa thèse, mais avec les indications que je lui reproche de n'avoir pas reproduites; et quant à ce second reproche, d'avoir tronqué la description de la pièce et d'avoir ainsi justifié les dénégations de M. Voillemier, il l'esquive en reproduisant cette fois mot à mot l'indication détaillée que dans ma critique j'ai substituée à l'indication obscure et tronquée de sa thèse. Il suffit de signaler un tel expédient pour qu'il ne donne le change à personne. Mais nous ne pouvons nous dispenser d'ajouter encore que M. Robert aurait pu s'éviter l'ennui d'une telle contradiction et la critique de son compétiteur en se renseignant plus complétement auprès de nous lors de l'impression de sa thèse.

3° Le troisième point de la réclamation de M. Robert n'est pas le moins curieux. Il avait imprimé dans sa thèse ce qui suit: « M. J. Guérin *nous a montré*, dans sa belle collection, un exem- » ple de subluxation occipito-atloïdienne en arrière. Deux fois, » chez des anencéphales, il a observé ce déplacement, qui consiste » en un glissement des condyles occipitaux en arrière sur les cavi- » tés glénoïdes de l'atlas. » Dans mon article, j'ai dit que les souvenirs de M. Robert l'avaient trompé, que je ne lui avais pas montré la pièce qu'il cite, et que je regardais la subluxation occipito-atloïdienne en arrière comme impossible. Dans sa réplique, M. Robert ne soutient plus qu'il a vu la pièce qu'il cite dans ma collection, mais, par compensation, il reproduit un passage de la leçon clinique insérée en 1841 dans la *Gazette Médicale*, où se trouvent indiqués les deux cas de subluxation en arrière de l'occipital sur l'atlas. Et là-dessus M. Robert de triompher. Mais son triomphe ne sera que de courte durée. D'abord, le passage qu'il a lu dans un article de 1841 de la *Gazette Médicale* n'est pas la pièce qu'il aurait vue dans ma belle collection en 1851. M. Robert est sans doute de cet avis. Quant à la contradiction qu'il signale entre l'opinion exprimée dans ma critique de 1851 et celle que j'ai émise dans l'article de 1841, elle n'est pas moins facile à expliquer. Je commence par relever une légère suppression commise par M. Robert dans l'énoncé de mon opinion de 1841.

J'avais imprimé que la subluxation occipito-atloïdienne en arrière consistait en une flexion exagérée de la tête sur la face antérieure du cou et de la poitrine, avec *un commencement* de glissement. M. Robert me fait dire dans sa thèse: « Deux fois M. Guérin » a observé cette subluxation, qui consiste en *un glissement* des » condyles occipitaux en arrière sur les cavités glénoïdes de l'at- » las. » *Glissement* et *commencement de glissement* ne sont pas absolument la même chose, surtout quand il s'agit d'un déplacement aussi important. Or, en examinant les faits de plus près, je me suis assuré, depuis 1841, que ce commencement de glissement, qui n'est pas un glissement complet, n'est pas assez important pour constituer une subluxation; qu'il est plus rigoureux de regarder les cas en question comme de simples flexions exagérées en avant de la tête sur le cou, et dès lors j'ai renoncé à croire qu'il y eût et qu'il pût y avoir de véritables subluxations occipito-atloïdiennes en arrière, attendu que les muscles qui, par leur rétraction, produisent ces flexions, sont incapables d'aller jusqu'à la subluxation, comme cela se voit en arrière. Mon opinion d'aujourd'hui est donc une simple rectification de mon opinion de 1841, et les faits qui m'avaient fait croire, à cette époque, à la possibilité d'une subluxation occipito-atloïdienne en arrière peuvent bien n'avoir pas disparu de ma collection, sans que pour cela je les aie montrés en 1851 comme spécimen d'une lésion que je regarde aujourd'hui comme impossible. J'en reviens donc encore à dire à M. Robert que, s'il m'avait communiqué cet article avant de l'imprimer, il se serait évité ce double inconvénient de dire que je lui avais montré ce que je ne lui ai pas montré, et de m'attribuer en 1851 une opinion imprimée en 1841, mais que j'ai rectifiée depuis.

M. Robert me demande, en terminant, si j'ai lu sa thèse, si je n'ai point parfois songé à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet, à la rapidité du temps. Oui, j'ai lu sa thèse d'un bout à l'autre, et c'est pour cela que j'ai été peu porté à l'indulgence; et, quant à l'immensité du labeur, à la difficulté du sujet et à la rapidité du temps, j'y avais tellement songé que, lorsque mon savant confrère m'a fait l'honneur de venir me consulter, je lui ai immédiatement signalé tous les écueils de ce sujet trop vaste et les innombrables difficultés devant lesquelles il succomberait nécessairement s'il avait la prétention de les résoudre dans un espace de temps aussi court. M. Robert et ses autres conseillers en ont jugé autrement: qu'il nous pardonne de ne pas l'avoir approuvé dans sa téméraire et malencontreuse entreprise.

Agréez, etc.

Jules Guérin.

L'Académie de Médecine a désigné aujourd'hui cinq de ses membres qui doivent siéger comme juges du prochain concours de pathologie interne. Ce sont MM. Bricheteau, Michel Lévy, Patissier, Roche et Bouquet.

— M. le professeur Rostan commencera son cours de clinique à l'Hôtel-Dieu, mardi prochain, 22 avril.

La visite et les exercices cliniques auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à sept heures du matin.

Les leçons à l'amphithéâtre, les mêmes jours à neuf heures.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 47. — MARDI 22 ET JEUDI 24 AVRIL 1851. (24e ANNÉE.) N° 47. — MARDI 22 ET JEUDI 24 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 23 AVRIL 1851.

Séances des Académies.

Les fêtes de Pâques semblent être en honneur auprès de l'Académie de Médecine. A en juger par la lenteur avec laquelle les banquettes se sont remplies hier, on aurait pu se croire en vacances. Ce peu d'empressement n'a pas néanmoins porté malheur à l'ordre du jour, et la séance d'hier comptera certainement parmi les bonnes séances qui se sont renouvelées si fréquemment cette année. Ce n'est pas qu'il n'y ait à reprendre dans tout ce qui s'y est dit, et que la critique doive faire abandon de ses droits. Nous allons voir, au contraire, qu'elle peut les revendiquer sans passer pour être trop exigeante.

M. H. Gaultier de Claubry est monté le premier à la tribune, et a présenté une analyse rapide d'un intéressant travail de M. Gobley sur la composition chimique de la laitance de carpe. Ne pouvant reproduire les détails des nombreuses analyses conçues et exécutées par l'auteur, nous avons dû nous contenter d'en transcrire les résultats dans notre compte-rendu.

A M. Gaultier a succédé M. Larrey, qui a terminé la lecture du mémoire de M. Serres (d'Alais) sur les phosphènes. S'il nous était permis de donner un avis au médecin distingué qui a écrit ce mémoire, nous lui conseillerions de laisser sommeiller quelque temps les questions, d'ailleurs fort intéressantes, qu'il a soulevées à propos des phosphènes; de continuer pendant ce temps ses ingénieuses observations, et de les résumer ensuite, soit dans une communication académique, soit dans une publication. Nous croyons que cette marche serait non-seulement plus fructueuse pour M. Serres lui-même, mais aussi plus utile à l'éclaircissement des faits qu'il a énoncés, et par conséquent au progrès de la science.

Après la lecture de M. Larrey, est venue celle de M. Chailly sur la compression de l'aorte dans la métrorrhagie puerpérale. M. Chailly, on le sait, est candidat à la place vacante dans la section d'accouchements; c'était une raison de plus pour nous d'écouter sa lecture avec attention et de la juger avec impartialité. Nous sommes certain d'avoir rempli le premier devoir; tâchons de ne pas faillir au second. Nous sommes pour cela en excellente situation, quoique certaines personnes et peut-être M. Chailly lui-même puissent penser le contraire. Nous ne connaissons M. Chailly que sous les rapports les plus honorables; nous en avons appris beaucoup de bien comme praticien; enfin, le peu de relations que nous avons eues avec lui nous l'ont montré comme un très galant homme. Mais de ce que l'on est un homme honorable, un bon praticien et un galant homme s'ensuit-il qu'on ait des droits suffisants au titre d'académicien? Cette question n'a pas besoin de réponse, car à ce compte-là l'immense majorité des médecins de Paris devraient être académiciens. Il faut donc des titres, c'est-à-dire des travaux scientifiques. Or, nous le disons franchement, suivant notre habitude, les travaux de M. Chailly ne nous paraissent avoir ni pour le fond ni pour la forme les qualités académiques. Sous ce rapport, le nouveau travail de M. Chailly ressemble à tous ses précédents : il ne renferme aucune idée nouvelle, et il ne présente pas d'une manière heureuse les idées qui ont cours dans la science.

Dans le fond, M. Chailly s'est proposé de montrer les avantages de la compression de l'aorte dans les cas de métrorrhagie puerpérale grave; mais il n'a produit en faveur de cette manœuvre aucun argument nouveau; il a même affaibli, en rapportant des faits sans critique, les arguments donnés par d'autres auteurs en faveur de la compression. Comment, par exemple, M. Chailly a-t-il pu citer ainsi sans réflexions un accoucheur allemand?

Le docteur Ulsamer rapporte quatre observations de succès complet, et ajoute qu'il pourrait en rapporter *quantité* de semblables.

N'est-il pas évident qu'il fallait repousser tous les documents fournis par un auteur qui, parlant d'une manœuvre qu'on a l'occasion de pratiquer aussi rarement que la compression, dit qu'il pourrait citer *quantité* de cas où elle a été faite avec succès. Si un tel auteur ne ment pas effrontément, on peut assurer du moins qu'il a pratiqué maintes fois la compression sans nécessité, et, dans l'un comme dans l'autre cas, son opinion et ses faits sont dénués de toute valeur. Nous avouons que les dix-huit cas rapportés par M. Chailly nous portent à croire qu'il a fait un peu comme M. Ulsamer, dans le cas, bien entendu, où ce dernier aurait été véridique, car il est bien loin de notre pensée de suspecter la bonne foi de M. Chailly. Mais, à moins d'admettre que M. Chailly ait fait la compression pour arrêter des lochies un peu abondantes, c'est-à-dire sans nécessité aucune, il nous est presque impossible de croire, quelque étendue que puisse être sa pratique, qu'il ait rencontré dix-huit fois en quelques années l'indication précise de comprimer l'aorte. Nous ne pensons pas qu'il se trouve un seul accoucheur plus crédule que nous. Enfin, pour en terminer sur la question de fond, M. Chailly a dit en terminant, et peut-être sans prétextes suffisants, que les transfusions opérées par MM. Nélaton et Marmonier auraient été inutiles, si l'on avait préalablement fait la compression; ce jugement, qui serait hasardé en tout état de cause, prouve, en outre, au moins en ce qui concerne le fait de M. Nélaton, que M. Chailly a commenté ce fait sans en avoir pris une idée exacte, probablement même sans en avoir lu la relation complète, et qu'il n'a pas su en conséquence traiter avec assez de sévérité le fond de son sujet.

Dirons-nous maintenant un mot de la forme? Cette forme rachète-t-elle ces nombreuses imperfections du fond? Qu'on en juge par le passage suivant, que nous prenons au hasard entre plusieurs.

M. Chailly, voulant réfuter les accoucheurs qui, s'appuyant sur les données anatomiques, ont rejeté la compression de l'aorte comme un moyen illusoire ou dangereux, s'exprime en ces termes :

> Il sera facile d'abord de répondre par la rigueur des faits observés par un grand nombre d'esprits pratiques, et d'ajouter que, bien que la compression de l'aorte n'arrête directement que la petite quantité de sang qui se rend à l'utérus par les artères ovariques, et est sans influence immédiate sur les sinus veineux utérins, cette compression, outre qu'elle fait cesser l'écoulement du sang fourni par les artères, n'en diminue pas moins la circulation veineuse utérine en cessant de fournir aux veines quelques-uns des matériaux de l'hémorrhagie.

Si M. Chailly n'avait point de prétentions au style, on pourrait se contenter de ne pas comprendre ce passage et passer outre; par malheur, M. Chailly veut non-seulement être clair, mais encore élégant et fleuri.

> Oui, dit-il ailleurs, j'ai comparé la compression de l'aorte à la main providentielle qui retient au-dessus de l'abîme l'homme qui est près d'y tomber, jusqu'à ce que des secours plus effectifs lui soient portés.

A cette phrase pompeuse, on reconnaît l'écrivain qui a lancé l'anathème contre les anatomistes, et qui définit gravement le périnée : « *Une toile d'araignée, à laquelle sont attachés l'avenir moral de la femme et l'existence physique et morale de l'accoucheur!* — Eh bien, nous n'hésitons point à le dire à M. Chailly, pour qui nous n'avons que des sympathies quand nous le considérons comme homme, lorsqu'on habille un tel fond avec une telle forme, il faut savoir se contenter d'être un galant homme, un citoyen honnête, un bon praticien, et ne point briguer les honneurs académiques.

M. Chailly a fait place à M. Moreau (de Tours); ç'a été un autre sujet et aussi un autre style. Comme sujet, celui qu'a traité M. Moreau est un des plus élevés qui puissent occuper l'esprit humain; car ce sujet, c'est l'esprit humain lui-même considéré dans ses aberrations. M. Moreau est venu une fois de plus soulever la grande question du spiritualisme. Son but a été de démontrer que la folie est une névrose pure et simple, comme la chorée, comme la coqueluche, comme l'amaurose et comme la sciatique, et que par conséquent la raison est le produit d'un acte physiologique tout matériel. C'est du moins là la conséquence implicite, sinon explicite du travail de M. Moreau.

Ce travail, quoique un peu long, quoique moins fait pour être lu à une tribune académique que pour être médité dans le silence du cabinet, a néanmoins été écouté avec une attention soutenue et méritée. Nous n'avons pas la prétention de le discuter aujourd'hui : les discussions de ce genre sont de celles qu'on n'improvise pas, et, moins que personne, nous pourrions nous le permettre. Nous ne dissimulerons pas cependant que de longues méditations sur le sujet traité par M. Moreau nous ont conduit à peu près aux mêmes conséquences que lui. En ne consultant que la plus rigoureuse logique, on est irrésistiblement conduit à dire avec conviction et intention ce que M. Bérard a dit aujourd'hui avec conviction, mais sans intention, d'un expérimentateur : Les expériences qu'il a faites *sur lui-même et sur d'autres animaux* : oui, c'est bien là la vérité, telle du moins que peut la comprendre l'entendement humain; mais, il est triste de l'avouer, cette vérité, qui est une doctrine, ne s'applique pas seulement aux dérangements de la raison; elle a d'autres conséquences qui touchent aux intérêts généraux des sociétés; or ces conséquences conduisent à des extrémités si déplorables que, malgré soi, on se prend quelquefois à douter de la puissance de l'esprit humain, et que l'on se demande involontairement si le premier des animaux, comme l'a répété M. Bérard, n'est pas destiné, ainsi que tous les autres, à obéir aveuglément à une force supérieure, au lieu de prétendre instituer lui-même ses règles de conduite et ses institutions. Mais en voilà trop déjà sur ce sujet : la commission nommée pour examiner le travail remarquable de M. Moreau traitera sans doute beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire les hautes questions soulevées dans ce travail.

Nous terminerons en mentionnant le mémoire extrêmement intéressant de M. Bonnafond sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides du crâne. Nos lecteurs pourront apprécier prochainement les applications pratiques importantes des recherches de cet habile observateur. — H. de Castelnau.

De la contagion de la syphilis secondaire,

Par le Docteur WALLER.

(*Journal trimestriel de Médecine pratique de Prague*, 1er volume, 8e cahier. 1851.)

Traduit par M. Marc Sée, interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin. — *Voir* le n° du 19 avril.)

S'il est vrai que la maladie de la mère et de l'enfant me causa déjà de la surprise et me fit songer à une infection par l'enfant trouvé, ma présomption fut singulièrement fortifiée lorsque, le 1er avril, la mère de Watska, femme maigre et débile, vint se faire soigner dans mon service. Sauf les pustules plates des mamelons, elle offrait les mêmes accidents syphilitiques que sa fille, savoir : des ulcérations profondes sur les tonsilles, une roséole et des papules sur tout le corps. L'éruption était surtout abondante et s'était montrée d'abord sur la joue gauche et sur le côté gauche du cou, parties contre lesquelles la vieille, qui avait soin des enfants dans la maison de sa fille, avait l'habitude de presser la malade étrangère pour calmer ses cris ou l'endormir. Absence de toute trace d'affection syphilitique antérieure sur les parties génitales. Guérison par l'usage du sublimé à l'intérieur.

B. Nowak (Rosalie), âgée de quarante ans, est une robuste villageoise, mariée en seconde noce, et n'a jamais eu de maladie vénérienne. Ses deux maris n'ont jamais, dit-elle, contracté d'affection de cette nature. Au mois de janvier 1850, elle se chargea d'un enfant pris à l'institution des Enfants-Trouvés, et elle lui donnait le sein comme à la petite fille sa propre enfant. Déjà, lors de sa réception, l'enfant trouvé aurait présenté sur la tête une place chauve couverte d'une éruption, et peu de jours après il serait survenu sur tout le corps une éruption de taches dont quelques-unes étaient saillantes au toucher. L'enfant maigrit pendant ce temps; on le rendit à l'institution au bout d'un mois, et il mourut peu de temps après. On avait reconnu l'existence d'une roséole et de tubercules syphilitiques.

Vers le milieu du mois de février, la nourrice vit d'abord une ulcération dans le voisinage du mamelon gauche; bientôt apparurent d'autres accidents, si bien que, le 28 mars, jour de sa réception à l'hôpital, elle présentait l'état suivant : Sur le sein gauche, pustule plate de la grandeur d'un haricot, ovale, ulcérée; éruption de taches sur tout le corps, entremêlées de tubercules du volume d'un pois; sur les membres inférieurs, érythème noueux dont quelques nodosités avaient le volume d'un œuf de pigeon et même de poule, étaient assez douloureuses et laissèrent, après leur disparition graduelle, une tache bleu-verdâtre semblable à une ecchymose; exsudation pseudo-membraneuse sur les amygdales et sur le

voile du palais ; pustules plates couvertes d'exsudation purulente dans le conduit auditif gauche, et ganglion lymphatique engorgé, du volume d'un œuf de pigeon, sur le côté gauche du cou. Etat normal des organes génitaux, sauf les modifications déterminées par les accouchements. Guérison après un traitement de huit semaines, suivant la méthode de Dzondi.

Avec elle entra sa plus jeune enfant, âgée de six mois, qu'elle avait allaitée en même temps que l'enfant trouvé, et qu'elle allaitait encore : c'était une petite fille bien portante en apparence. La syphilis se serait montrée chez elle quatorze jours plus tard que chez la mère, et d'abord sous forme de tubercules plats siégeant sur les grandes lèvres. Ceux-ci avaient déjà disparu à cette époque ; mais il y avait tout autour de l'anus des plaques muqueuses avec de profondes rhagades saignantes, qui m'ont paru très douloureuses, à en juger par les cris de l'enfant ; je trouvai de plus, sur le dos de la langue, un tubercule du volume d'un haricot, supporté par une base rouge et saillante. Je cautérisai les deux foyers du mal avec le crayon de nitrate d'argent ; je donnai des bains à l'enfant, sans le soumettre à un traitement interne, attendu que la mère, qui l'allaitait encore, prenait du sublimé. Le 27 avril, une roséole syphilitique apparut sur les membres inférieurs ; le 25 mai, elle avait complètement disparu, ainsi que les accidents précédents. La mère revint à l'hôpital le 15 juin, parce que, disait-elle, son éruption s'était reproduite peu après sa sortie (25 mai). Je vis sur le front, le visage, le dos et le bras des tubercules cutanés syphilitiques, dont plusieurs, siégeant sur le bras et l'épaule droits, s'ulcérèrent et formèrent des ulcères arrondis ou allongés qui grandissaient de jour en jour ; en outre, ulcères profonds sur les amygdales et la gencive avoisinante. Vers la fin de juillet, à la suite de l'usage du sublimé, beaucoup de tubercules avaient disparu, mais la malade maigrit, quelques ulcérations prirent de l'extension et fournirent une sanie de mauvaise nature ; le tout se compliqua enfin d'une périostite de l'épine de l'omoplate droite. Je prescrivis une bonne alimentation et de l'iodure de potassium. A la fin d'août tout avait disparu, et la malade avait repris son ancienne apparence de santé.

Le 28 septembre, elle se présenta derechef à l'hôpital ; toutes les cicatrices des ulcères qu'elle avait eus au bras, sur le dos, sur l'épaule étaient détruites, et de nouveaux tubercules s'étaient développés au siége, sur le dos, et s'étaient rapidement ulcérés ; tous ces ulcères étaient rongeants.

Elle amenait cette fois avec elle un beau-fils, enfant de quatorze ans. Depuis le milieu du mois de juin il était affecté d'une périostose syphilitique des deux tibias, avec gonflement notable de ces os et violentes douleurs nocturnes. De plus, les deux amygdales présentent une exsudation avec ulcération superficielle ; le pourtour de l'anus et le périnée sont le siége de plaques muqueuses. Deux filles plus jeunes (enfants de Nowak), qui habitent la maison paternelle avec leur frère consanguin, se plaignent aussi depuis longtemps de douleurs ostéocopes, au dire de la mère, et vont être portées à l'hôpital, suivant mon conseil. Les filles aînées (enfants du mari) sont servantes hors de la maison et sont bien portantes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est évidemment la maladie du jeune homme de quatorze ans, chez lequel il est impossible d'élever le moindre soupçon de syphilis héréditaire.

De pareils cas de transmission de la syphilis secondaire par des enfants trouvés s'offrent tous les ans à mon observation. M. Bouchut en a rassemblé sept (*Gaz. Méd.*, 1850). Je n'ai choisi les deux précédents que parce qu'on a pu y mettre en relief toutes les circonstances, autant que cela est possible. Si, dans ces observations, on ne trouve pas infecté tout un village, comme dans le cas de Portal, ou même toute une ville, comme dans celui de Vercellon, on y peut voir cependant une preuve d'infection par des accidents secondaires, pour peu que l'on veuille ne pas pousser trop loin l'esprit de doute et l'incrédulité.

Tous les auteurs affirment que dans la syphilis secondaire il y a affection du sang, ce que présument aussi les médecins ; peu admettent que le sang soit déjà malade lorsqu'il n'existe encore que des chancres primitifs. Quant à la nature de l'altération du sang dans la syphilis constitutionnelle, on l'ignore presque absolument. L'hypothèse d'une chlorose syphilitique, d'une diminution des globules sanguins, comme le veut M. Ricord, est justifiée en partie par le facies et quelques troubles que présentent ceux qui sont affectés de syphilis secondaire ; mais elle n'a pas encore été prouvée par des analyses précises. Sur mon invitation, le professeur Lerch voulut bien, il y a deux ou trois ans, faire l'analyse quantitative du sang de quelques syphilitiques de mon service ; mais il n'arriva à aucun résultat déterminé. L'état du virus syphilitique dans le sang a été de même l'objet de maintes discussions ; il paraît qu'aujourd'hui on est généralement convenu d'admettre que le virus n'est pas seulement mélangé mécaniquement avec le sang, et qu'il a perdu ses propriétés vitales. Le mélange mécanique me paraît inconciliable avec certains principes physiologiques ; il est d'ailleurs réfuté par l'inoculation, puisque jamais, en inoculant du sang, on n'a pu reproduire un chancre primitif. De ce peu de succès des inoculations du sang on conclut à une modification vitale du virus syphilitique. Néanmoins, il s'est montré de tout temps des cas qui pouvaient faire croire à une transmission de la syphilis secondaire par l'intermédiaire du sang. Il arrive, en effet, que des personnes bien portantes, sans antécédents syphilitiques, sont prises d'accidents secondaires après avoir eu des rapports sexuels avec des individus qui, à la vérité, ont eu la vérole antérieurement, mais qui, au moment du contact des organes génitaux, ne portent aucune trace de maladie vénérienne. Carmichael rapporte des cas de cette espèce, et je puis moi-même en citer deux analogues.

1° Un jeune homme qui n'avait point encore eu commerce avec une femme, et qui n'avait eu ni chancre ni chaudepisse, contracta des relations avec une jeune fille, et vécut longtemps avec elle. Pendant le coït, qu'ils exerçaient fréquemment, il leur arrivait quelquefois de perdre quelques gouttes de sang. Après quelques mois de ces rapports, le jeune homme remarqua sur la couronne du gland des végétations pointues qui persistèrent pendant deux mois, malgré plusieurs ablations et cautérisations, et auxquelles vint se joindre ensuite un psoriasis syphilitique sur tout le corps. Le malade n'avait jamais pu trouver le moindre mal syphilitique chez sa maîtresse, et une inspection minutieuse ne m'en fit pas découvrir la moindre trace.

A lui seul ce cas serait de peu de valeur ; mais il donne plus de probabilité à la transmission de la syphilis par le sang, si nous considérons aussi le suivant, communiqué par le docteur Cejka. Un homme d'une trentaine d'années, du reste fort et bien portant, eut, au mois de décembre 1848, un chancre qui se cicatrisa vers le milieu de février par l'usage des pilules de Dzondi. Il aurait eu, en avril, un léger mal de gorge qui disparut spontanément. A la fin de juin apparut une iritis syphilitique qui dura trois semaines, et fut traitée par un médecin. Quatorze jours après, l'autre œil se prit également. Les deux ophthalmies durèrent en tout sept semaines, et ne laissèrent aucune trace. Quelques semaines plus tard cet homme épousa une jeune fille que le docteur Cejka voyait presque tous les jours, dont il connaissait parfaitement toutes les relations dans la maison paternelle, et qui n'avait jamais eu de rapports sexuels avec un homme. Au commencement, le jeune ménage usa sobrement du coït. En décembre 1849, il y eut pendant le coït une légère hémorrhagie. En janvier 1850, survint chez la femme une éruption de psoriasis syphilitique sur le cuir chevelu et le visage, et des taches sur tout le corps. Au mois de mars apparurent deux petites ulcérations sur les lèvres, et plus tard des condylomes sur les grandes lèvres. Le mari n'avait aucun symptôme de syphilis primitive ou secondaire, et se porte encore très bien aujourd'hui. Après le coït mentionné, aucune affection ne se développa chez lui.

Les observations faites récemment par Viari (*Gaz. Med. Lombarda*) et par Wegeler (Preuss. Vereinszig, n° 14) donnent aussi la preuve de la transmissibilité de la syphilis secondaire par le sang. Tous deux, en effet, racontent que la syphilis a été transmise par la vaccination. Le premier donne le fait d'un enfant à la mamelle, vacciné et syphilitique, qui avait déjà infecté trois nourrices, et qui infecta ensuite son oncle et sa tante. Revaccinés au moyen de ces pustules de vaccin, il décrit les accidents qui survinrent chez eux, et dans lesquels il est impossible de méconnaître la syphilis. Wegeler raconte que dix-neuf personnes revaccinées au moyen du vaccin pris sur un enfant syphilitique contractèrent la syphilis, tandis que sept autres, revaccinées avec le même vaccin, n'en éprouvèrent point les atteintes.

Enfin la syphilis congéniale parle bien en faveur de la transmission de la syphilis secondaire par le sang ; on doit encore placer ici celle qui se communique par le lait de la mère ou de la nourrice. Les partisans de l'inoculation euxmêmes accordent ces deux voies d'infection, bien qu'ils persistent à ne voir dans ce mode de développement de la syphilis héréditaire par le sang qu'une exception, et la seule importante, aux résultats fournis par l'inoculation.

III. L'inoculation.

Bien que les observations et les considérations précédentes rendent déjà très vraisemblable la contagion des accidents secondaires, je n'ai cependant pu ni voulu m'en contenter. Je voulus arriver à la certitude, et ne crus pouvoir le faire que par l'inoculation. Toutes mes inoculations précédentes, comme aussi celles des autres médecins, étaient insuffisantes pour la solution du problème, et cela pour les motifs dont j'ai parlé sommairement au commencement de cet article. Pour atteindre mon but, je choisis, pour les inoculer, des individus qui n'avaient jamais été infectés de syphilis, et qui pouvaient être soumis pendant longtemps à mon observation. Ils devaient être purs de syphilis, puisque sans cette condition le résultat de l'inoculation eût été incertain, et même, en cas de succès, la démonstration eût été moins irréfragable. Les malades doivent être observés pendant un long temps, puisqu'il est impossible de se prononcer au bout de quelques jours sur les résultats de l'inoculation, et qu'il est d'un grand intérêt pour la science d'étudier et d'observer minutieusement le mode de succession des accidents en particulier de la syphilis.

Après avoir attendu longtemps, je trouvai, pendant l'été de cette année, deux individus qui me parurent parfaitement convenables à mes recherches.

Première expérience : *Avec le pus de tubercules muqueux.*

Duret, garçon âgé de douze ans, traité au n° 1,396, est affecté depuis plusieurs années d'une *teigne faveuse de la tête*, pour laquelle il a été soigné à plusieurs reprises dans notre hôpital. Du reste, très bien portant ; il n'eût jamais d'éruption ni d'affection scrofuleuse. Comme sa maladie exige un long séjour à l'hôpital et qu'il n'avait jamais eu de syphilis, il me parut propre à l'inoculation, et je la pratiquai le 6 août de cette année.

A la face antérieure de la partie supérieure de la cuisse droite, je fis des scarifications à l'aide d'un scarificateur bien propre sur les plaies récentes et encore saignantes ; j'y portai du pus de pustules muqueuses. Ce pus fut introduit dans les plaies en partie au moyen d'une spatule étroite de bois, en partie à l'aide de frictions faites sur la région scarifiée avec de la charpie imbibée de pus, qu'on y maintint ensuite appliquée. On avait pris la matière inoculée sur une femme qui présentait, à la vérité, une cicatrice de chancre, mais qui n'avait point de chancre primitif. Elle portait des tubercules plats occupant les grandes et petites lèvres, et couverts d'exsudations pseudo-membraneuses et purulentes, elle avait en outre des exsudations pseudo-membraneuses sur toute la muqueuse pharyngienne, avec ulcération commençante des amygdales, et des taches répandues sur tout le corps. Il existait en même temps une blennorrhée vaginale.

Le 7 août et les jours suivants, les petites plaies et la peau intermédiaire étaient légèrement enflammées ; mais au bout de quatre jours les incisions s'étaient cicatrisées, toute trace d'inflammation avait disparu ; la région offrait alors l'aspect d'une scarification guérie. Le malade se portait bien.

Le 15 août, je remarquai, au lieu de l'inoculation, quelques taches rouges, et le 30 du même mois (c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'inoculation), quatorze tubercules cutanés, dont la plupart prenaient naissance dans les cicatrices mêmes des scarifications. Ils se réunirent ensuite en un seul, à l'exception de quatre situés à la circonférence, qui restèrent isolés. Ils avaient une base large, le volume d'une lentille ou d'un pois ; ils étaient durs au toucher, et de couleur rouge sale ou jaunâtre, presque circulaires.

Les jours suivants les tubercules augmentèrent encore de volume, et se confondirent complètement. Ils formaient ainsi une plaque de la largeur d'un écu, élevée de 1 à 1 1/2 ligne au-dessus de la peau, et recouverte de squames blanc-grisâtre. Celle-ci gagnèrent en épaisseur, et finirent par constituer une croûte écailleuse commune sur tous les tubercules. La croûte tomba le 20 septembre après quelques lotions avec de l'eau tiède, laissant les tubercules à nu sous forme de tumeurs plates, légèrement excoriées, mais qui ne tardèrent pas à se recouvrir de squames minces, sèches, blanc-grisâtre.

Le 27 septembre (vingt-sept jours après l'apparition des tubercules, cinquante-deux après l'inoculation), se montra sur la peau de l'abdomen, de la poitrine et du dos une éruption de roséole syphilitique. Elle était formée de taches, les unes lisses, les autres un peu saillantes, de grandeur variant de celle d'un grain de millet à celle d'une lentille, ovalaires ou allongées, d'un jaune pâle ou d'un rouge grisâtre, non entourées d'une auréole, ne s'accompagnant point de démangeaison ni de douleur, sèches, sans squames ni furfur. Les jours suivants, leur nombre s'accrut d'une manière extraordinaire, et tout le corps en fut couvert. Il n'y avait, du reste, ni fièvre, ni symptômes catarrheux, etc...

Dans les premiers jours d'octobre, quelques taches s'élevèrent en papules, d'autres en tubercules. Le tableau était alors si frappant, que tous les médecins qui virent le malade, sans être guidés par le moindre renseignement, reconnurent immédiatement la syphilide. Il n'y a pas, jusqu'à présent, d'affection de la gorge. Mais comme l'éruption syphilitique (macules, papules et tubercules) suffit à elle seule pour prouver le succès de l'inoculation, j'ai cru pouvoir dès aujourd'hui livrer ce cas à la publicité.

Deuxième expérience : *Avec le sang d'un malade affecté de syphilis secondaire.*

Frisderich, traité au n° 5,676, âgé de quinze ans, avait une déviation de la colonne vertébrale (cyphose et scoliose), et était affecté depuis sept ans d'un lupus de la joue droite et du menton. Le lupus, de la grandeur d'un écu, fut guéri après des essais nombreux (principalement des cautérisations et l'iodure de potassium), à l'exception d'une petite place sur la joue. Le malade n'avait jamais eu de vérole, et était, par conséquent, convenable pour l'inoculation. Je la fis le 27 juillet 1850, à la partie supérieure de la cuisse gauche.

Le sang qui devait servir à l'inoculation fut pris sur une malade (Freund) dont la syphilis secondaire s'était développée sous nos yeux. Jeune fille belle et pleine de santé, elle avait, dans ces derniers temps, contracté cinq ou six fois des ulcères primitifs, et n'avait pas encore eu d'accidents secondaires. Pendant le traitement des deux derniers chancres, qu'elle eut à quatorze jours d'intervalle, elle devint maigre, pâle ; et après la guérison du dernier, alors qu'il n'existait plus qu'un écoulement par l'urètre, il survint des tubercules cutanés sur la face et une roséole sur tout le corps.

L'inoculation fut faite de la manière suivante : on scarifia la peau du malade avec un scalpel tout neuf ; pendant ce temps on tirait à la femme, au moyen d'une ventouse scarifiée, quelques drachmes (3 ou 4) de sang. Malgré la rapidité de cette opération, presque tout le sang était coagulé avant d'arriver de la salle de la malade au lieu de l'inoculation. Des lotions et des tamponnements avec de l'eau tiède débarrassèrent les scarifications de tout caillot sanguin, puis on y introduisit le sang à inoculer, partie à l'aide d'une petite baguette de bois, partie en y appliquant de la charpie qui en était imprégnée. Il n'y eut ni inflammation, ni suppuration. Au bout de trois jours les plaies se trouvèrent cicatrisées ; l'inoculé était toujours bien portant.

Le 31 août (34 jours après l'inoculation), je remarquai à l'endroit de l'inoculation, sur la cuisse gauche, deux tubercules bien distincts, du volume d'un pois, rouge-pâle, sans suppuration, sans démangeaison ni douleur. Les jours suivants ils grandirent, se réunirent par leur base, se couvrirent de squames et s'entourèrent d'une auréole rouge-foncé. Celle-ci s'étendit graduellement et prit une teinte cuivrée ; la base des tubercules (c'est-à-dire la peau et le tissu cellulaire sous-jacent) devint dure, dense (s'indura), et il s'établit à la surface des tubercules une ulcération sur laquelle se forma une mince croûte brune. Il s'était ainsi développé, le 15 septembre, un ulcère dont la base, du volume d'un œuf de pigeon, était entourée d'un cercle rouge-cuivré, et dont la croûte mentionnée recouvrait la surface.

Après la chute de cette croûte, le fond de l'ulcère devint infundibuliforme, lardacé et saignant. Depuis quelques jours il existait sur l'épaule droite un tubercule isolé du volume d'un pois, rougeâtre et couvert de quelques écailles, sans que le malade en pût exactement indiquer le début. L'état général était encore intact.

Le 26 septembre, le malade accusa de l'anorexie et de l'insomnie, et le 1er octobre, 65 jours après l'inoculation, 32 jours après l'apparition du premier tubercule, se montra

une éruption occupant la peau du bas-ventre, du dos, de la poitrine et des cuisses, éruption que nous reconnûmes constituée par une aréole syphilitique. Les taches étaient absolument analogues à celles qui ont été décrites plus haut (dans la première expérience); elles étaient seulement plus saillantes çà et là.

L'ulcère de la cuisse avait pris l'étendue d'un écu; il conservait sa forme en entonnoir, son fond lardacé et sa zone cuivrée. L'éruption des taches augmenta si bien les jours suivants, que tout le corps, y compris le visage, en était parsemé et comme tigré. Du reste, ni démangeaison, ni douleur, ni fièvre catarrhale.

Le 6 octobre, plusieurs taches, notamment à la face interne des cuisses et sur l'abdomen, s'étaient changées en papules et tubercules, et le diagnostic des syphilides était aussi facile que dans le cas précédent, même en l'absence de tout renseignement sur l'état antérieur du malade.

Je fis voir à dessein ces deux malades au directeur de la maison, à tous les médecins de l'hôpital, à plusieurs médecins de la ville, à quelques professeurs, à presque tous les médecins des hôpitaux et à beaucoup de médecins étrangers. Ils furent unanimes pour confirmer le diagnostic de l'exanthème syphilitique, et m'offrirent tous leur témoignage en faveur de la vérité de mes observations. Si l'on désire connaître leurs noms, j'en citerai quelques-uns: le directeur Riedl, les professeurs Jaksch, Pitha, Arlt, Hamernick, le médecin principal Boehm, le docteur Cejka, V. Hasner, le docteur Kraft, les professeurs Kubik, Oppolzer, Dittrich, etc.

La question est donc décidée. Des faits qu'on ne peut nier sont là et parlent en faveur de la contagion de la syphilis secondaire avec une précision que l'expérimentation seule pouvait atteindre. A des individus sains on inocula des produits de la syphilis secondaire, et quelque temps après on les vit atteints de la syphilis secondaire. Tel est le fait dans sa nudité. Il n'y avait ici aucune des circonstances qui auraient pu développer la syphilis, et l'on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'inoculation en a été la seule cause. La description des accidents montre évidemment à tout lecteur qu'ils appartiennent réellement à la vérole, et le témoignage de tant de médecins doit suffire pour convaincre ceux qui pourraient encore avoir des doutes.

S'il est donc bien prouvé que la syphilis secondaire est contagieuse, il faut considérer quelles sont les données qui découlent de cette notion; et nous devons reconnaître quelles ont un immense intérêt, non-seulement pour la science en général, mais encore pour l'hygiène, la police sanitaire, et particulièrement la médecine légale.

a. *Intérêt pour la science.* — Un dogme très répandu est que la syphilis primitive seule est inoculable, mais non la syphilis secondaire. M. Ricord et tous ceux qui firent des inoculations déduisirent ce principe de l'expérimentation, puisque, dans des circonstances déterminées, un chancre reproduit un chancre, tandis que l'inoculation ne donne que des résultats négatifs avec les produits de la syphilis secondaire, c'est-à-dire qu'elle ne produit pas de chancre. Mais la proposition précédente est fausse; car (a) elle affirme plus qu'on ne peut déduire de l'expérimentation (b); elle est en contradiction avec mes expériences.

De ce que l'inoculation du pus d'un chancre donne lieu à un chancre, tandis que celle des produits de la syphilis secondaire n'engendre point de chancre, il ne s'ensuit pas logiquement que ces produits ne sont pas inoculables. Quand on parle de l'inoculabilité d'un corps, on veut dire la propriété qu'il a de reproduire la maladie dont il est lui-même le produit. Pourquoi veut-on que les produits des accidents secondaires développent, non ces accidents, mais des accidents primitifs? Et de quel droit les déclare-t-on non susceptibles d'inoculation parce qu'ils ne produisent pas de chancres? La conclusion logique de toutes les expériences antérieures eût dû être : le pus des chancres, dans certaines conditions, donne naissance à un chancre, les produits des accidents secondaires n'engendrent pas l'ulcère primitif.

Si déjà il est certain que des expériences de M. Ricord on ne peut déduire la vérité de sa proposition, celle-ci est contredite par mes recherches, qui prouvent évidemment que les produits de la syphilis secondaire, transportés par inoculation sur des individus sains, donnent naissance à la syphilis secondaire, et que, par conséquent, ils sont inoculables. De l'ensemble des expériences, on doit donc tirer ces principes :

« La syphilis primitive et la syphilis secondaire sont inoculables; le pus des chancres produit le chancre; les produits des accidents secondaires donnent naissance à des accidents secondaires. »

2. L'école de M. Ricord pose en principe que la syphilis secondaire ne se développe qu'à la suite de chancres antécédents: c'est-à-dire que tout individu affecté de syphilis secondaire a eu nécessairement un chancre. On ne considérait comme exception que la syphilis congéniale, dans laquelle on accusait le sang d'être la cause du transport de la syphilis des parents à l'enfant. Cette proposition est également renversée par mes expériences, dont il résulte que la syphilis secondaire peut se développer sans l'existence antérieure d'un chancre, et que, chez tout individu, un accident secondaire peut être la première manifestation de la syphilis.

3. Il est inutile de démontrer que cette proposition de M. Ricord : « L'inoculation fournit un caractère distinctif entre la syphilis primitive et la syphilis secondaire, » n'est plus vraie dans le sens que M. Ricord lui a donné. On peut dire seulement : l'inoculation est un moyen de distinguer la syphilis primitive de la syphilis secondaire, et réciproquement, lorsqu'elle donne un résultat positif, c'est-à-dire lorsque, après elle, se développe un chancre ou un accident secondaire. En effet, l'inoculation produit où non un chancre. Dans le premier cas seulement, elle démontre qu'il y a syphilis primitive. Si, après l'inoculation, il ne se forme pas de chancre, on n'en peut conclure que la matière inoculée n'a pas été prise sur un chancre, ni que l'accident était secondaire, attendu que le pus du chancre n'est pas inoculable dans tous les états ni dans toutes les conditions.

4. Mes expériences démontrent, de plus, que le sang des individus affectés de syphilis secondaire est aussi le siége du virus. Celui-ci n'a donc pas perdu ses qualités spécifiques dans le sang, comme on le prétend communément; il n'a fait que les modifier de manière à produire la syphilis secondaire, mais non plus le chancre.

5. Il est indifférent d'inoculer le sang ou le pus des tubercules plats : dans les deux expériences se développèrent les mêmes syphilides. Des expériences prochaines, faites avec les autres produits de la syphilis secondaire, les sécrétions des malades, etc., promettent encore beaucoup d'intérêt.

6. La syphilis secondaire s'est d'abord localisée au lieu d'inoculation; c'est ce qu'on pouvait déjà conclure des deux observations cliniques citées; la propagation des plaques muqueuses aux parties qui sont en contact avec elles a depuis longtemps confirmé cette vue. Il existe cependant des faits contradictoires; il faut donc réserver pour l'avenir toute assertion plus précise.

b. *Pour la police sanitaire.* — Comme non-seulement la syphilis primitive, mais encore la syphilis secondaire est contagieuse, les causes de la propagation de cette maladie sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne l'a cru généralement. Les observations rapportées plus haut montrent combien la vérole se multiplie par la vaccination; combien il se fait d'infections par des enfants trouvés, des nourrices, etc. Les infections par des embrassements, des vases, des vêtements, sont souvent, à la vérité, des fables dont quelques malades veulent amuser leur médecin; mais leur possibilité ne peut plus être niée complétement du moment qu'il est prouvé que la syphilis secondaire est contagieuse. Le médecin doit connaître exactement les voies par lesquelles la maladie vénérienne se transmet, et il est du devoir de l'autorité et de ses agents de donner à ce sujet toute l'attention convenable. Au moyen de règlements et de lois en rapport avec le but qu'on se propose, la propagation de la vérole dans les maisons publiques pourrait être singulièrement restreinte.

C'est particulièrement en médecine légale que la preuve de la contagion de la syphilis secondaire a de l'importance, parce qu'elle permet de juger avec plus de certitude certains cas litigieux de l'infection. En partant de ce principe de M. Ricord, qu'une affection secondaire fait toujours supposer, chez l'individu malade, l'existence antérieure d'un chancre, on ne pouvait prononcer aucun jugement, ou seulement un jugement mal fondé. Il devait même quelquefois être injuste, en suspectant à tort la moralité des personnes. Les plaintes des nourrices contre les institutions d'enfants-trouvés, celles des maîtres contre leurs servantes et réciproquement, et la manière dont elles ont été jugées jusqu'à présent renferment des preuves suffisantes à l'appui de mon assertion, et démontrent par cela même quelle est l'importance de ma découverte pour la médecine légale.

Les résultats de mes recherches ultérieures seront consignés dans les volumes suivants de ce journal (1).

Pour terminer, encore quelques mots sur les inoculations faites par M. Diday, à l'hôpital des Vénériens de Lyon, avec le sang d'un individu affecté de syphilis tertiaire. Poussé par le désir de trouver un prophylactique contre la syphilis secondaire, il laisse à son imagination le soin de réunir les matériaux d'un édifice qui, une fois terminé, ne pouvait être qu'un produit de l'imagination. Il est impossible de se livrer à une critique de l'article inséré dans la *Gaz. Méd.* (1850), nos 39 et 40. Sauf cette proposition : « la syphilis héréditaire se transmet par le sang », il faudrait déclarer fausses ou sans preuves une à une toutes ses propositions. La conclusion qu'il tire de ses expériences est aussi fausse que ses prémisses, et il est impossible d'en déduire quelque chose de déterminé. Je me bornerai ici à donner quelques extraits des propositions de M. Diday.

Partant de ce principe de M. Ricord, qu'on n'est affecté qu'une fois dans sa vie de syphilis constitutionnelle, et sachant par la syphilis héréditaire que le sang est le siége du virus, il voudrait faire contracter aux personnes saines un faible degré de syphilis constitutionnelle, et trouve que le sang des syphilitiques est convenable pour atteindre ce but. Le sang de ceux qui ont une syphilis secondaire pourrait agir avec trop d'énergie, tandis que celui des personnes affectées de syphilis tertiaire a précisément le degré convenable pour produire la diathèse (impossible à reconnaître chez l'inoculé) qui préserve des accidents secondaires. Ceci posé, M. Diday décrit ses expériences et leurs conséquences. Le sang d'un homme en traitement à l'hôpital pour des périostoses fut inoculé le même jour à seize individus affectés de chancres, qui n'avaient jamais eu d'accidents secondaires : ces malades sortirent de l'hôpital au bout de quelque temps. Huit mois après un seul d'entre eux, dont le chancre était déjà induré au moment de l'inoculation, eut des accidents secondaires; les autres, après le même laps de temps, n'en offraient pas de traces. D'où l'on tire cette conclusion que l'inoculation du sang des malades affectés de syphilis tertiaire constitue un moyen préservatif contre la syphilis secondaire.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer nos réflexions sur ce travail à notre prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Du rhumatisme.

(3e article.)

Rhumatisme musculaire. — La forme de rhumatisme que nous appelons musculaire a son siége sur les muscles, et peut se manifester à une assez grande distance des articulations, surtout lorsqu'il n'y a pas de gaînes tendineuses entre la partie malade et l'articulation la plus voisine; mais cela peut aussi apparaître sur les muscles qui entourent une articulation qui, elle, peut rester saine. Le mal peut donc être en dehors des surfaces articulaires; et, bien que les douleurs augmentent pendant les mouvements des articulations, elles sont dues à la contraction des muscles qui déterminent les mouvements des leviers sur lesquels ils agissent. Se modérant par le repos, ces douleurs se présentent avec des degrés divers d'intensité; les mouvements sont gênés, mais pas impossibles; le plus souvent la pression augmente la douleur, et ce n'est qu'exceptionnellement et dans quelques cas très légers qu'on l'a vue la diminuer.

Le rhumatisme musculaire est presque toujours apyrétique, et n'engendre guère de troubles fonctionnels; seulement, les mouvements involontaires exécutés pendant le sommeil occasionnent des douleurs très aiguës qui réveillent les malades.

Le rhumatisme musculaire peut se montrer sur tous les points du corps, partout au moins où il y a des muscles. Il peut affecter un ou plusieurs muscles ou toute une région. Il a le plus souvent une marche aiguë, puis se dissipe après avoir duré un certain nombre de jours. Quelquefois, au contraire, sa marche est chronique, et alors il peut persister plus ou moins longtemps, mais en présentant des intermissions pendant lesquelles les individus pourraient se croire guéris, tant les symptômes sont peu marqués. Il est des douleurs qui ne se manifestent que dans les grandes contractions des muscles; d'autres, au contraire, apparaissent à la suite des mouvements beaucoup plus limités. Mobile comme les autres, la forme musculaire du rhumatisme peut changer de place dans la même région, et occuper, par exemple, d'abord les extenseurs, et plus tard les fléchisseurs d'un membre; quelquefois elle passe d'un membre à l'autre; dans quelques cas enfin la mobilité est encore plus grande.

Les principales variétés de rhumatisme musculaire sont le torticolis et le lumbago. Il en est d'autres cependant qui ont aussi leur importance : ainsi la pleurodynie, rhumatisme des muscles des parois thoraciques; les parois abdominales, le péricrane peuvent être affectés de rhumatisme, mais les membres sont sans contredit les parties du corps qui le sont le plus fréquemment. Dans quelques circonstances, on a vu les muscles de la langue et des yeux être spontanément rhumatisés.

Le torticolis, qu'on rencontre si fréquemment, siége dans les muscles de la région postérieure ou latérale du cou; il occupe un des côtés ou tous les deux à la fois; le plus souvent, la douleur est légère, mais elle est quelquefois si vive qu'on l'a comparée à celle que produirait une violente décharge d'électricité. Elle est en général de courte durée; mais, quand elle persiste plus ou moins longtemps, elle est intolérable, et l'insomnie en est la conséquence.

Une fois que le rhumatisme s'est manifesté aux lombes, il y a bien des raisons de penser qu'il s'y reproduira. On a rarement vu les douleurs se propager du cou aux muscles du dos. La douleur qui caractérise le lumbago augmente par les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale; il affecte la forme aiguë, mais sa durée est ordinairement assez longue; il n'occasionne jamais d'accidents graves. Lorsqu'une douleur lombaire persiste depuis longtemps, s'accompagne de vomissements, revient par accès et que le sujet présente des urines anormales, on doit penser à une lésion des reins, si surtout la flexion et le redressement de la colonne vertébrale n'augmentent pas la douleur.

Le lumbago et le torticolis ne présentent pas la mobilité qu'affectent d'autres variétés du rhumatisme musculaire; ils changent de côté ou s'étendent dans les parties voisines, mais ce n'est jamais que dans un espace très limité que se font ces changements de siége. Leur durée est courte et ils présentent peu de gravité.

L'examen anatomique des muscles malades n'a rien appris sur les lésions qu'engendre le rhumatisme musculaire. Morgagni, qui a fait un grand nombre d'autopsies dans le but d'étudier ces lésions, n'a rencontré qu'une seule fois un changement de couleur. Les muscles lombaires étaient grisâtres ou couleur de noyer. Mais il est à remarquer d'abord qu'un simple changement de couleur n'a pas d'importance, et que, puisque le tissu paraissait d'ailleurs doué de toutes ses qualités, la lésion anatomique était réellement nulle. Cette absence de lésion, malgré une évolution complète de la maladie, est encore un caractère différentiel important du rhumatisme avec les phlegmasies simples, qui donnent toujours lieu à des désordres plus ou moins graves. D'ailleurs, rien ne dit que dans le *seul cas* observé par Morgagni, et qui est unique dans la science, le changement de couleur ne soit pas dû à une cause étrangère au rhumatisme. Cette lésion aurait-elle quelque valeur, l'exception ne pourrait pas devenir la règle.

La pleurodynie, nous l'avons dit, est encore une forme importante de rhumatisme musculaire. On a prétendu que les névralgies intercostales la simulaient le plus souvent, mais ces névralgies sont moins fréquentes qu'on ne suppose : elles sont rares à tel point que M. Chomel affirme n'en avoir pas rencontré dans sa longue pratique un seul cas dont le diagnostic lui parut irrécusable. Il est vrai, du reste, que les malades précisent rarement d'eux-mêmes l'endroit où siégent les douleurs, et montrent ordinairement deux ou trois espaces intercostaux et ne circonscrivent jamais la douleur au trajet d'un nerf ou à ses ramifications. Sans doute, quand des tubercules se développent dans le voisinage d'un filet nerveux et le gênent en quelque manière, les douleurs semblent se propager dans la direction de ce nerf; toutefois, elles occupent un espace arrondi et ne suivent pas les diverses ramifications nerveuses, comme le feraient les douleurs névralgiques.

Peu grave par elle-même, la pleurodynie le devient par suite des complications qu'elle peut amener. Ainsi, les douleurs et la maladie, se propageant de proche en proche, peuvent produire des accidents du côté de la poitrine; par exemple, des pleurésies avec épanchement. Dès que la fièvre

(1) La *Gazette des Hôpitaux* ne manquera pas de tenir ses lecteurs au courant des nouvelles recherches annoncées par M. le docteur Waller.

paraît, on peut induire à l'existence de la pleurésie, car l'affection musculaire seule est sans fièvre. Toutefois, la pleurésie est une complication si fréquente, et ses conséquences sont si graves, qu'on doit toujours traiter la pleurodynie comme si la pleurésie qu'on redoute existait déjà.

Les parois abdominales peuvent-elles aussi être prises de rhumatisme musculaire; et la maladie, agissant ici comme pour les muscles de la poitrine, pourra produire une péritonite secondaire. M. Chomel en a observé un cas dans sa pratique, chez une dame de quarante ans. Elle éprouvait, au début, des douleurs superficielles apyrétiques, et sans vomissements, sur les parois abdominales. Après sept ou huit jours de durée, pendant lesquels les moyens énergiques de traitement ne furent pas employés, il survint de la fièvre, des vomissements, de la tension au ventre, et enfin tout le cortége des symptômes qui caractérisent la péritonite.

Le rhumatisme du péricrane est assez rare, moins cependant que celui des parois abdominales; mais il est plus difficile à diagnostiquer. C'est surtout chez les malades qui ont déjà eu ou qui ont actuellement ailleurs des rhumatismes, et chez qui ces rhumatismes présentent une grande mobilité, qu'on peut le rencontrer. La douleur qui l'accompagne augmente par la contraction des muscles et les pressions extérieures.

Aux membres, le rhumatisme musculaire est très fréquent, mais peu opiniâtre; il est remarquable par son extrême mobilité; sa durée est généralement moindre que celle des autres variétés; il est plus influencé qu'elles par les moyens thérapeutiques.

Le diagnostic du rhumatisme musculaire présente quelques difficultés : on peut le confondre avec les névralgies; cependant le caractère de la douleur, qui, dans les névroses, suit le trajet des nerfs en donnant çà et là quelques rameaux suivant les ramifications nerveuses, revient par accès et présente une acuité excessive, ne permet pas la confusion. Les mouvements sont gênés dans le rhumatisme, libres ou à peu près dans la névralgie; la douleur augmente à la pression dans la première affection, et non pas dans la seconde. Ce dernier caractère de la douleur peut encore servir à distinguer le rhumatisme musculaire des douleurs qui sont le résultat de lésions profondes des organes.

Les douleurs sympathiques peuvent, dans certains cas, simuler les affections rhumatismales musculaires; ainsi, les douleurs lombaires qui accompagnent les affections utérines, qu'il y ait déplacement ou inflammation. Ces douleurs cependant se manifestent exclusivement dans les lombes; mais le mouvement n'augmente pas la douleur, en ce sens que, si la marche et la fatigue les rendent momentanément plus vives, la flexion et le redressement de la colonne vertébrale ne les augmentent pas et jouissent de toute leur liberté.

Les affections des reins, coliques néphrétiques ou autres, donnent quelquefois lieu à des douleurs qui se rapprochent de celles du rhumatisme musculaire; mais, outre que, dans ces cas, il y a presque toujours des vomissements, on observe dans les urines des modifications qu'on ne rencontre pas ordinairement dans le rhumatisme. Pendant l'invasion de certaines maladies, les fièvres éruptives, par exemple, et la variole en particulier, les douleurs lombaires quelquefois très vives qu'on observe peuvent occasionner la confusion; mais l'apparition de l'éruption vient bientôt dissiper les doutes dans les cas de fièvre éruptive. Chez les scorbutiques, on rencontre aussi quelquefois des douleurs musculaires augmentant par le mouvement; mais ici l'infiltration de sang et les plaques hémorrhagiques qui caractérisent la maladie viennent bientôt éclairer le diagnostic. La diathèse syphilitique peut, dans quelques-uncs de ses manifestations, simuler le rhumatisme musculaire; mais les douleurs qui accompagnent ces manifestations apparaissent spécialement la nuit et ne persistent pas pendant le jour. On retrouve bien, il est vrai, les exacerbations nocturnes dans le rhumatisme; mais les douleurs ne disparaissent pas complétement le jour. Quant aux douleurs plus profondes qu'engendre la syphilis, elles peuvent entraîner des modifications dans le système osseux, et n'ont pas de rapport avec le rhumatisme musculaire. Enfin, dans quelques cas de phlegmon ou d'abcès des lombes ou du haut de la cuisse, on peut voir survenir des frissons, de l'inappétence, des douleurs dans les lombes; mais ces douleurs se propageront plus ou moins suivant le trajet du nerf crural, et alors on devra penser à une lésion plus profonde que le rhumatisme.

Le pronostic ne présente rien de grave, et le rhumatisme musculaire a une durée généralement assez courte. Le lumbago et le torticolis sont les deux formes les plus importantes; leur durée peut être de deux mois ou six semaines. La pleurodynie peut être grave par les complications auxquelles elle peut donner naissance; combattue énergiquement, c'est une maladie bénigne. La récidive du rhumatisme musculaire est possible, et même fréquente; mais sa durée n'est jamais illimitée.

Le traitement est simple. Le repos et le séjour dans une atmosphère à température douce sont les premières conditions à remplir. Il est, en effet, constant que le froid a une bien plus grande influence sur le rhumatisme musculaire que sur les autres formes. Si l'attaque est très légère, une chaleur douce, la flanelle ou la ouate de coton entourées de taffetas gommé à la peau suffisent le plus souvent pour faire disparaître les douleurs. Les topiques émollients et les narcotiques sont aussi quelquefois indiqués.

Dans les cas de douleurs peu vives, les frictions sèches aromatiques ou le repassage des parties malades avec un fer chaud à repasser ordinaire passé sur cinq ou six doubles de flanelle pourront donner de bons résultats. Il faut toujours proportionner l'énergie des moyens employés à la gravité du mal, mais aussi aux inconvénients qui résulteraient pour le malade de leur emploi.

Quand le rhumatisme musculaire persiste ou qu'il occupe des parties où il peut prendre de la gravité, les sangsues, les ventouses sèches ou scarifiées, les vésicatoires volants, la cautérisation au fer rouge même doivent, suivant les cas, être mis en usage : le cautère à demeure ne doit être employé qu'avec réserve; on doit lui préférer des vésicatoires successifs, parce que, le rhumatisme guéri, les vésicatoires peuvent être séchés en quelques jours, et que le cautère, au contraire, exige un temps plus ou moins long.

La flanelle sur la peau et les eaux minérales pourront être les adjuvants des moyens que nous venons de conseiller.

J. L.

INJECTION IODÉE

dans une hydro-épiplocèle chez la femme.

Par M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio.

Ce n'est point la première fois que les injections iodées sont portées dans les sacs herniaires; M. Velpeau a fait de pareilles tentatives, et, si Auguste Bérard a vu succomber un malade à la suite de cette opération, c'est parce qu'une péritonite consécutive s'était développée; il importe de mettre en regard de ce revers un succès remarquable. Chaque méthode de traitement ne saurait être applicable à tous les cas en apparence identiques. Il suffit de quelque circonstance imprévue ou mal appréciée pour susciter des accidents; or n'est-ce pas dans les sacs herniaires que l'imprévu se présente le plus souvent, que le jugement reste fréquemment en deçà du vrai? Les exemples bien circonstanciés, avec détails précis, peuvent seuls par leur groupement donner les règles à suivre par les chirurgiens dans ces cas à formes si multiples et si diversifiées. C'est à ce titre que nous donnons notre observation, dont le seul mérite est d'éclaircir un point de plus au sujet des injections d'iode.

Madame C..., d'Ajaccio, femme de cinquante ans, d'une bonne constitution, chargée d'embonpoint, d'un tempérament nerveux-sanguin, mère de plusieurs enfants, était atteinte depuis sa dernière couche (15 à 18 ans) d'une hernie inguinale gauche. Un bandage maintenait la hernie réduite, et quand par hasard, le bandage étant enlevé, la hernie s'échappait, madame C... parvenait aisément elle-même à la faire rentrer. Dans le courant de janvier dernier, cette dame s'aperçut qu'une petite tumeur faisait saillie au-dessous de la pelote; elle en essaya en vain la réduction et dut recourir à son médecin ordinaire. Celui-ci n'eut pas plus de succès que la malade, et, se ravisant sur la nature de cette tumeur, qui offrait une certaine dureté, mais sans accident aucun, il prescrivit deux ou trois applications de sangsues successives, puis perdit de vue pendant quelques jours sa cliente. Dans ce court laps de temps, la tumeur acquit un volume considérable et par cela même inquiéta sérieusement madame C.... Un deuxième médecin, appelé par elle, crut reconnaître une hernie épiploïque. Des tentatives de réduction furent essayées à diverses reprises par ce nouveau confrère, mais en vain. C'est alors qu'une consultation fut provoquée. Deux nouveaux médecins furent demandés et nous fûmes du nombre.

A notre examen, la malade ne présentait aucun trouble général ni local. Toutes les fonctions étaient en bon état et la tumeur n'était le siége d'aucune douleur.

Cette tumeur, qui, partant de l'anneau inguinal gauche, descendait dans l'épaisseur de la grande lèvre, dont elle occupait toute l'étendue en la distendant singulièrement, présentait un aspect piriforme à sommet supérieur, à base inférieure.

Elle présentait des différences tranchées dans les moitiés supérieure et inférieure. La première, moins étendue, plus étroite, surtout au sommet, offrait une consistance de corps dur, mais malléable; la seconde, plus volumineuse, élargie, à forme semi-sphérique à sa base, était tendue, rénitente, et donnait aux doigts qui la pressaient la sensation d'un liquide contenu dans une poche.

Nous diagnostiquâmes donc une double composition dans cette tumeur et nous admîmes la présence d'un liquide. Les confrères acceptèrent notre diagnostic, avec réserve toutefois au sujet du liquide, dont ils n'admettaient qu'une minime proportion. Procédant par les signes directs et passant ensuite aux signes négatifs, il nous fut très facile d'établir qu'il ne s'agissait point d'une hernie intestinale ou mixte, mais bien d'une hernie épiploïque avec sécrétion séreuse dans le sac. La réduction fut tentée encore par chacun de nous séance tenante, mais sans succès.

Quel parti prendre en présence d'une tumeur qui, quoique irréductible à diverses reprises et augmentant continuellement en volume, ne présentait cependant aucun signe d'étranglement et ne causait à notre malade d'autre mal que de la crainte? Telle fut notre première question. Comment ensuite s'expliquer l'irréductibilité sans aucun signe d'étranglement, ou au moins le non-déplacement de la moindre quantité de liquide dans les diverses manœuvres? Seconde question.

A l'égard de ce dernier fait, nous pensâmes qu'une portion d'épiploon, sortie par l'ouverture inguinale en poussant le sac devant elle, avait fini par acquérir des adhérences au collet par suite de la compression exercée pendant plus ou moins de temps par le bandage. Ces adhérences périphériques, qui n'empêchaient peut-être pas de nouvelles portions d'épiploon de pousser par le centre, offraient un barrage infranchissable à la rentrée du liquide dans la cavité abdominale pendant les manœuvres opérées pour la réduction. Cela admis, il devenait évident que la plus grande partie du volume acquis récemment par la tumeur était due à la sécrétion continuelle de sérosité qui s'opérait dans le sac et en distendait les parois.

Un instant, on proposa le débridement. Mais, en présence de l'excellent état de la malade, vu l'absence de tout accident un peu sérieux, il devenait impossible de soumettre madame C... aux chances d'une opération grave et de l'exposer à des dangers alors qu'elle n'en courait aucun dans sa position. Cette conduite eût été illogique, d'autant qu'elle n'était justifiée sous aucun point. Nous dûmes temporiser, remettant au lendemain matin pour de nouvelles tentatives de réduction. Un grand bain fut prescrit pour le soir même, et des compresses imbibées d'éther furent entretenues toute la nuit sur l'anneau, la malade conservant une position convenable, le bassin relevé.

Ce fut dans un second bain que, le lendemain matin, de nouveaux essais pour réduire furent faits par chacun de nous. Après les manœuvres les plus multipliées, il fallut s'arrêter devant un fait irrécusable, l'impossibilité de réduire.

Ce fut alors que, personnellement, nous proposâmes de ponctionner la tumeur dans la partie inférieure pour la vider du liquide qu'elle contenait et de pousser ensuite une injection iodée. Pour enlever tout doute ou toute illusion, nous fîmes à l'instant une piqûre avec une aiguille à coudre un peu forte. Quelques gouttes de sérum qui s'échappèrent mirent la vérité en évidence. Nous armant alors d'un trocart, nous pûmes évacuer environ 120 grammes de liquide de même nature. Toute la moitié inférieure de la tumeur, la plus volumineuse, s'affaissa; la supérieure persista dans son état de dureté et nous présenta alors la forme d'un cône tronqué à sommet supérieur.

Nous remîmes l'injection à deux jours de là, et cela dans l'intention de voir avec quelle rapidité se reproduirait le liquide.

Voici les motifs qui nous avaient déterminé à proposer l'injection iodée :

Nos diverses manœuvres de réduction nous avaient convaincu qu'un barrage solide à l'anneau empêchait la rétrocession dans la cavité du péritoine du liquide épanché; nous avions de justes raisons de penser que ce même barrage s'opposerait à l'introduction d'une partie de l'injection iodée dans la même cavité. De là exclusion de danger de péritonite ultérieure, à moins que l'inflammation ne fût communiquée de proche en proche par le sac et même par l'épiploon. Mais, en raison des adhérences et de la pression longtemps supportée, ces organes devaient avoir perdu une partie de leur sensibilité et par conséquent de leur disposition à une inflammation vive. Leur macération par le liquide devait avoir encore ajouté à la déperdition de la sensibilité. Cela admis, l'injection iodée devait provoquer par voie d'inflammation modérée une exsudation plastique sur les parois du sac et peut-être au pourtour de la portion épiploïque, exsudation qui devait déterminer des adhérences solides dans toute l'étendue de la tumeur, et de là un double bienfait. Plus de sécrétion de liquide, plus de poche kysteuse possible; d'autre part, barrière opposée à une plus ample sortie de l'épiploon, qui se trouverait bridé de toutes parts jusqu'à l'ouverture inguinale. Ce double résultat constituerait une cure radicale, car on sait que les hernies épiploïques peuvent acquérir un volume prodigieux et finissent par devenir irréductibles par leur masse.

Le 15 février, deux jours après, la tumeur avait repris son volume par la sécrétion active dont les parois étaient le siége. Ponction sous-cutanée qui donna issue à 130 grammes de sérosité citrine; immédiatement après, nous pratiquâmes une injection composée de 40 grammes de teinture d'iode, 80 grammes d'eau distillée et 2 grammes d'iodure de potassium. La tumeur fut malaxée pendant dix minutes, puis l'injection retirée, moins un vingtième environ qui fut laissé à demeure. La seule douleur qu'eût éprouvée la malade pendant cette opération fut une sensation de brûlure qui ne la fit pas même sourciller. Le bassin fut maintenu relevé; un morceau de sparadrap sur l'ouverture constitua l'unique pansement.

Le lendemain, madame C... n'avait ressenti que quelques légers élancements dans le corps de la tumeur; elle avait pu reposer la nuit et n'éprouvait aucun phénomène de réaction. La tumeur présentait un empâtement général; des bandelettes de diachylum furent appliquées dessus autant pour exercer une sorte de compression que pour tenir lieu de suspensoir, et des aliments furent accordés à la malade, qui les réclamait comme se portant bien.

Dès le troisième jour, madame C... se levait et se promenait dans sa chambre; le huitième, elle vaquait à toutes ses occupations. Le retrait du volume de la tumeur était déjà considérable à cette époque.

Tout travail paraissait terminé au trente-troisième jour, et voici le résultat définitif que nous avions obtenu :

La moitié inférieure de la tumeur, la plus volumineuse autrefois et remplie de liquide, est maintenant constituée par un pli longitudinal, que l'on sent très bien à la main et que l'on voit à l'œil, puisque la grande lèvre a suivi le mouvement de retrait. Au-dessus de ce plissement du sac se trouve la portion solide de la tumeur, portion qui se dessine plus nettement maintenant, et a acquis une consistance, une dureté que nous ne lui avions pas trouvées jusque-là. Elle a manifestement contracté des adhérences, puisqu'on ne peut lui imprimer un mouvement de glissement dans aucun sens, ce qui était possible autrefois. Son étendue de haut en bas n'a guère plus d'un pouce et demi à partir de l'anneau. Plus large, à segment tronqué inférieurement, elle se rétrécit supérieurement au point de venir se terminer à l'anneau par un pédicule de la grosseur de l'index.

Nous croyons avoir obtenu là un excellent oblurateur de l'anneau, et notre double bénéfice obtenu par cette opération en a pleinement justifié le but.

EMPOISONNEMENT

par le venenum botulinum.

La chair des animaux, qu'elle soit rôtie, bouillie, salée ou fumée, est susceptible, dans des cas donnés, d'acquérir des propriétés malfaisantes, capables de produire des empoisonnements aigus ou chroniques. C'est cette affection que les

Allemands ont désignée sous les noms de *wurstgift*, *fettgift*, *fleischgift*, *venenum botulinum*.

Les empoisonnements occasionnés par les substances animales en décomposition avaient été assez fréquents déjà vers la fin du siècle dernier pour fixer l'attention des médecins. C'est surtout dans le Wurtemberg que les faits ont été observés en premier lieu. Mais ce ne fut que vers l'année 1822 que le docteur Kerner appela sur ce sujet l'attention spéciale des praticiens (1).

Depuis lors peu d'écrivains se sont occupés de cette matière; cette lacune scientifique est surtout manifeste chez les auteurs français et belges; c'est pourquoi nous croyons être utile à nos lecteurs en leur donnant une traduction d'un article du docteur Vetter inséré dans l'Encyclopédie de Schmidt (2).

L'empoisonnement par le *venenum botulinum* n'est pas seulement important à étudier au point de vue de la science, mais se rattache encore à des questions d'actualité. En effet, après avoir lu l'article du docteur Vetter, on est naturellement porté à se poser les questions suivantes :

La prétendue fièvre typhoïde dont viennent d'être atteints les séminaristes de Bruges n'était-elle pas plutôt un empoisonnement par le *venenum botulinum?*

La maladie observée en dernier lieu chez les étudiants de Louvain n'était-elle pas due à la même cause?

D'après le docteur Vetter, toutes sortes de viandes sont susceptibles d'acquérir les propriétés morbifiques en question; toutefois, il paraitrait que, pour acquérir ce funeste privilége, elles doivent été préalablement bouillies; de manière que la chair crue ferait exception à la règle générale. Les propriétés physiques, telles que la couleur, la saveur, l'odeur des viandes, sont peu propres, d'après l'auteur, à faire connaître leurs propriétés malfaisantes : même elles peuvent posséder celles-ci à un haut degré que l'odeur n'en est pas plus désagréable et la couleur moins altérée que celles de la viande faisandée.

Les symptômes ordinaires de l'empoisonnement par le *fettgift* sont les suivants : la maladie commence le plus souvent pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'ingestion de la chair altérée; une sensation de sécheresse dans la bouche, l'arrière-gorge et le pharynx, soif, pyrosis, voix rauque, enrouée, tous ces symptômes indiquent une irritation des muqueuses. Bientôt se montrent des nausées, des vomissements, des douleurs de ventre et la diarrhée. Les matières vomies sont jaunâtres, non bilieuses, le ventre se ballonne; alors se manifestent des congestions typhiques, surtout vers la tête. Après avoir duré de vingt-quatre à quarante-huit heures, ces symptômes sont suivis de la cessation des fonctions de sécrétion, celles des urines exceptée, peu à peu un état adynamique se prononce, et la mort survient du troisième au huitième jour.

A l'autopsie on constate une roideur cadavérique prononcée, le ramollissement des muqueuses, des épanchements sanguins, des pétéchies, l'inflammation et la gangrène des viscères, une accumulation des fèces durcies dans le gros intestin, les poumons et le cerveau sont engorgés par un sang noir et visqueux; il y a des épanchements dans les gaines des nerfs vagues et phréniques.

Ces symptômes décrits par Kerner, Weiss, Dann et autres, diffèrent cependant de ceux décrits par Sigg. Ce médecin a pu observer l'empoisonnement par le *venenum botulinum* sur un grand nombre de personnes; dans le cas d'*Andelfingen*, rapporté par lui, six cents personnes avaient pris le 10 juin 1839, leur repas sous une même tente. Quatre cent quarante-quatre furent affectées, neuf en moururent, les convives qui en ont été exempts, ou n'avaient pas mangé de la viande corrompue, ou n'en avaient pris qu'une quantité minime qu'ils avaient bientôt vomie.

Dans les cas décrits par le docteur Sigg, la maladie se manifesta chez quelques-uns peu de temps après l'ingestion des aliments corrompus, par des vomissements et de la diarrhée; mais, chez le plus grand nombre, ce ne fut que du cinquième au dixième jour que les symptômes se déclaraient. Alors il y avait du malaise, une lassitude douloureuse, de la céphalalgie, des frissons, de l'inappétence avec une langue chargée, quelquefois un goût de cuivre, des éructations, des vertiges, de l'insomnie, et un grand désir de bains et de boissons froides.

Ces accidents constituaient chez les uns toute la maladie et se dissipaient peu à peu; chez d'autres, au contraire, se manifestait une période d'irritation. Dans ce dernier cas, du septième au neuvième jour la fièvre augmentait et devenait continue, la tête était entreprise, lourde, douloureuse, les pupilles dilatées, la nuque, le dos, les lombes et les articulations, étaient le siége d'un sentiment de déchirure, le plus souvent il y avait constipation avec fortes douleurs intestinales; dans des cas rares, diarrhée noire, verdâtre, très fétide; quelquefois les congestions cérébrales étaient prononcées avec délire.

Dans la forme torpide, il y avait immobilité du corps, une langue tremblante, des pupilles dilatées insensibles, la région iléo-cœcale le plus souvent très sensible, une voix rauque, du découragement, des urines rares et concentrées, les sueurs étaient acides, quelquefois survenaient des aphthes, l'usage des mercuriaux provoquait aisément la salivation.

Le plus souvent les menstrues arrivaient avant terme (*vorzeitige menstrua*). — Quelquefois, dès le quatorzième au dix-septième jour de la maladie, les symptômes abdominaux disparaissaient, mais les muqueuses pulmonaires s'affectaient avec raucité de la voix, oppression, toux plus ou moins forte et expectoration. La maladie, dans les cas heureux, se dissipait sans phénomènes critiques, et, ce qu'il y a de remarquable, les urines alors étaient devenues claires et aqueuses.

(1) *Vide Henke zeitschrift für die staats arzeneikunde, 1 quartal,* — et aussi *Hufelands journal* 1822, 5 *stuck S.* 127, 128.

(2) *Encyklopædie der gezamtem medecin, erster suplementband*, Leipsig, 1843

Cette terminaison avait lieu le plus souvent du troisième au quatrième septenaire; la convalescence était longue, le système intestinal faible ainsi qu'éréthisme des organes générateurs et amaigrissement.

Dans les cas de terminaison fatale, la stupeur persistait ainsi que les symptômes abdominaux, tympanite, défaillance, faciès hypocratique, faiblesse générale et mort par adynamie (*tod durch lahmung*).

Nécropsie. — Vingt-quatre heures après la mort, la roideur cadavérique était modérée; il y avait des ecchymoses (*toden-flecken*); les muqueuses nasale et de la bouche étaient couvertes de mucus, le bas-ventre affaissé. Le cerveau, congestionné, présentait souvent une exsudation séreuse sur la pie-mère. Les poumons, sains au premier aspect, offraient des exsudations gélatineuses entre leurs lobes. Le cœur était mou, flasque; le sang peu consistant, noir. Il y avait dans l'estomac et les intestins une mucosité d'un blanc-jaunâtre, une injection de la muqueuse vers la région cardiaque, ainsi que vers la région de l'iléon et du cœcum (1); dans quelques cas rares, on constatait des ulcérations intestinales d'une étendue d'un grain de sénevé à celle d'une pièce de deux centimes (*kreutzer*). Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

D'après l'auteur allemand, des investigations faites avec soin ont permis de constater que des viandes apprêtées encore chaudes, des provisions de jambons et de rôtis étaient déjà passées à l'état de fermentation putride sans que ces aliments, sauf quelques-uns, présentassent d'altération notable dans leurs qualités physiques.

D'après le docteur Vetter, la maladie occasionnée par l'empoisonnement du *fettgift* se transmit plus tard sous la forme typhoïde à d'autres personnes qui n'avaient pas mangé de la chair corrompue. C'est-à-dire que la maladie occasionnée par l'empoisonnement du *venenum botulinum*, dans quelques cas, est susceptible de devenir contagieuse (2).

Le traitement de l'empoisonnement qui nous occupe repose, après l'évacuation des viandes, sur des indications symptomatiques générales. L'ipécacuanah a encore été prescrit dans les cas où les phénomènes de l'empoisonnement se sont montrés tardivement; la saignée générale est rarement indiquée; les acides au contraire, et surtout la limonade à l'acide chlorhydrique, ont été très utiles. En somme, le traitement diffère peu de celui de la fièvre typhoïde.

Le docteur Lowig recommande comme spécifique les substances qui contiennent du tannin.

Réflexions. — On se tromperait en cherchant dans l'article du docteur Vetter la preuve scientifique des faits qu'il avance; ce travail est, avant tout, un article didactique; il a la prétention de résumer l'état de la science sur l'empoisonnement par le *venenum botulinum* et rien de plus.

Le travail du docteur allemand soulève des questions nombreuses, tant en pathologie qu'en chimie, auxquelles il n'a pas touché. Nous eussions désiré une description plus méthodique de la marche et des symptômes de la maladie, des recherches microscopiques et chimiques sur le sang, ainsi que des investigations d'anatomie pathologique précises, surtout pour ce qui regarde l'état des glandes de Peyer et de Brunner.

L'auteur sera peu compris par quelques médecins en avançant que des viandes apprêtées encore chaudes, des provisions de jambons et de rôtis étaient passées à l'état de fermentation putride sans que ces aliments, sauf quelques-uns, présentassent d'altération notable dans leurs propriétés physiques.

Une fermentation putride de substances animales, sans changement dans les propriétés physiques de celles-ci, est un fait qui exige quelque explication.

L'importance du sujet nous excusera de mettre à contribution l'ouvrage de Liebig. L'auteur, en traitant des poisons, des miasmes et des contagions, cite la loi érigée en principe par La Place et Berthollet, qui consiste en ce « qu'une molécule étant mise en mouvement par une force quelconque, peut communiquer ce mouvement à une autre molécule qui se trouve en contact avec elle. » — « C'est là, dit-il, une loi de mécanique qui se manifeste toutes les fois que la résistance (force, affinité, cohésion) qui s'oppose au mouvement n'est pas suffisante pour le neutraliser.

» Or nous savons que le ferment est un corps en décomposition, dont les molécules sont à l'état d'équilibre détruit, à l'état de mouvement. Si l'on y ajoute de l'eau sucrée, les molécules du ferment transmettent leur état aux molécules du sucre; ceux-ci se groupent alors de manière à former deux nouveaux composés plus simples, de l'acide carbonique et de l'alcool, composés dans lesquels les parties constituantes sont retenues en combinaison avec une force bien plus grande que dans le sucre. Cette force qui les maintient ainsi unies s'oppose à toute transformation ultérieure. . . . . . .

» Un corps en décomposition, que nous nommerons l'excitateur, introduit dans un mélange liquide qui en contient les éléments, peut se reproduire de la même manière que le ferment dans un suc végétal contenant du gluten, et cette transformation s'opère plus sûrement si parmi les éléments du mélange se trouve l'élément d'où l'excitateur a pris naissance. De plus, il est évident que si l'excitateur ne peut transmettre son état de métamorphose qu'à un seul élément du mélange liquide, ce sera par suite de la décomposition préalable de ce corps unique qu'il se reproduira.

» Appliquons maintenant ces règles à des produits de l'économie animale. Nous savons d'abord que tous les éléments de ces matières dérivent du sang; nous reconnaissons dans le sang, d'après sa composition et ses principes, la plus complexe de toutes les matières existantes. C'est que la nature l'a destiné à la reproduction de chaque organe, et lui a

(1) Nous regrettons que l'auteur allemand ne parle pas de l'état des glandes de Peyer et de Brunner.

(2) Le même phénomène a été observé dans la maladie du séminaire de Bruges.

précisément donné pour caractère essentiel d'obéir à toute espèce d'attraction; aussi ses éléments sont-ils dans une métamorphose continuelle, qui diffère selon les modifications que chaque organe y apporte. Mais tandis que par l'activité de certains organes de l'estomac, par exemple, il fait prendre de nouvelles formes à toutes les matières organiques susceptibles de se métamorphoser, tandis qu'il contraint leurs éléments à concourir à la formation d'une seule et même substance, destinée à produire du sang, lui-même manque totalement de la faculté d'effectuer des métamorphoses; mais par contre, il se prête à toutes les transformations, et sous ce rapport aucune autre matière ne lui est comparable.

» Rappelons maintenant ce fait bien connu, que du sang corrompu, de la substance cérébrale, du pus, du fiel en putréfaction, appliqués sur des plaies vives, causent des vomissements, la prostation, et, après un temps plus ou moins long, la mort. Une particularité non moins bien constatée par l'expérience, c'est que les cadavres exposés dans un amphithéâtre d'anatomie passent souvent à un état de décomposition qui peut se communiquer au sang des êtres vivants, et que la moindre blessure faite par un scalpel qui a servi à la dissection peut occasionner une maladie mortelle.

» Il faut encore ranger dans la classe des corps en décomposition, agissant par un effet identique, le principe toxique qui se développe quelquefois dans certaines préparations de charcuterie. Ce genre de poison est peu connu en France; mais en Allemagne on a constaté plusieurs centaines de cas où la mort a été occasionnée par des boudins gâtés. Ces accidents se présentent principalement dans le Wurtemberg, où il est d'usage de préparer ces sortes d'aliments avec les ingrédients les plus divers, tels que du sang, du foie, du lard, de la cervelle, du lait de vache, de la farine, du pain, du sel, des épices, etc. Convenablement apprêtés, ces boudins se conservent pendant des mois entiers et sont aussi sains qu'agréables au goût; mais s'il s'y trouve trop peu de sel, et surtout si l'exposition à la fumée a été tardive et incomplète, il s'y développe, en partant du centre, une espèce particulière de fermentation qui ne se trahit par aucun développement de gaz : seulement la coloration du mélange devient moins foncée à l'intérieur, les parties en décomposition sont plus molles que les parties saines, et contiennent de l'acide lactique libre, ou du lactate d'ammoniaque, comme tous les produits de matières animales et végétales en putréfaction. (1) »

D'après ces données, on doit comprendre maintenant comment les personnes atteintes d'empoisonnement par le *venenum botulinum*, peuvent transmettre la même maladie à des personnes saines.

L'empoisonnement par le *venenum botulinum* entre évidemment dans la catégorie des typhus, et ressemble sous bien des rapports au typhus des prisons.

Si toutes les maladies avaient été étudiées avec la même méthode que celle dont il est question ici, leur classification serait peut-être plus philosophique; parce que l'on étudierait le rapport de la cause morbide avec les lésions et les symptômes de la maladie. Cette étude ferait bonne justice de ces nosographies, où les maladies sont classées comme des espèces de l'histoire naturelle, d'après un certain groupe de symptômes.

Les organiciens aussi s'apercevraient de la fausse route dans laquelle ils se trouvent, eux qui ne voient que des organes malades et rien de plus, ils oublient le reste de la question, pour ne tenir compte que d'un seul point de vue de celle-ci. (*Observateur Médical de Courtrai.*)

Du prurit idiopathique des parties génitales,

ET DE SON TRAITEMENT,

Par M. le docteur Michéa.

La sensibilité de la peau, exaltée dans l'urticaire, le prurigo et plusieurs autres éruptions papuleuses, l'est aussi dans plusieurs cas où, malgré les investigations les plus minutieuses faites à l'œil nu ou à l'œil armé de la plus fine loupe, on ne distingue pas la moindre éruption sur la périphérie du tégument. Le prurit idiopathique (*prurigo latent* d'Alibert), outre la démangeaison qu'il détermine, et qui parfois constitue un véritable supplice, et sans parler de l'onanisme qu'il tend à provoquer quand il siége aux parties génitales, retentit souvent sur les centres nerveux. Chez les personnes prédisposées, il peut être la cause déterminante de l'hystérie, de la nymphomanie, de la lypémanie, des hallucinations, de l'hypochondrie, etc. Alibert a cité plusieurs cas de suicide qui en furent la conséquence. Il racontait surtout l'histoire d'un nommé *Musquin*, qui se présentait souvent aux consultations de l'hôpital Saint-Louis. Cet infortuné était dans un état continuel d'aliénation. Dans son délire, il s'imaginait que des animalcules se rassemblaient sans cesse dans les plis de sa peau. Cette cruelle sensation avait quelque chose de si vrai, qu'elle le réduisait au désespoir. Ce malheureux, qui était ouvrier, perdait au moins un quart de sa journée à se défendre contre ces êtres imaginaires et toujours invisibles; il croyait qu'une légion de poux se cachaient dans ses oreilles pour le rendre sourd. Dans son égarement, il allait même jusqu'à dire qu'ils se réfugiaient dans son cerveau pour troubler sa raison.

Chez les aliénés, le prurit idiopathique affecte souvent, en qualité de maladie incidente, le vagin, les grandes lèvres, le scrotum; et il a en grande partie sa raison d'être dans l'incurie et la malpropreté inhérentes à ces individus. Il se manifeste surtout dans la manie aiguë ou chronique, intermittente ou continue. Dans la manie périodique, il provoque le retour des accès, et dans la manie continue, il augmente le délire, et il s'accompagne souvent de monomanie érotique.

(1) *Chimie appliquée à la physiologie végétale et à l'agriculture* par M. Justus Liebig.

Les bains simples, alcalins et gélatineux ne suffisent pas toujours à tempérer les ardeurs du prurit des parties génitales; il en est de même des médications internes. Les moyens topiques réussissent mieux en général. On a conseillé les lotions avec l'eau de Goulard, la dissolution de sous-borate de soude, l'eau de chaux, l'infusion de laurier commun, l'application d'amidon, de carbonate de zinc anhydre, etc. Mais de tous ces agents locaux, ceux dont l'effet est le plus constant sont, sans contredit, les substances anesthésiques. M. Cazenave vante beaucoup l'emploi d'une pommade dans laquelle entre la liqueur des Hollandais. Au lieu de la liqueur des Hollandais, je me sers du chloroforme (4 grammes pour 32 grammes d'axonge). Le succès a été complet dans les deux cas suivants.

Obs. I. — Mme M... est âgée de cinquante ans, rentière et veuve. Elle n'a pas d'aliénés dans sa famille. Elle est d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin. Elle a toujours joui d'une assez bonne santé physique. Elle a éprouvé un grand chagrin, celui que lui causa la mort d'un de ses fils tout récemment marié; elle en a éprouvé ensuite un autre occasionné par une perte d'argent assez considérable.

Ces causes produisirent un premier accès de folie il y a cinq ans, et un second il y a deux ans.

Aujourd'hui le délire est continu; il se trouve caractérisé par une agitation et une loquacité extrêmes, par une abondance d'idées accompagnée de leur défaut d'association régulière. La mémoire est intacte; il y a accord parfait entre les idées et les paroles, et entre celles-ci et les diverses expressions fournies par la mimique. Il y a de l'impatience, de la colère et parfois de la fureur quand on cherche à détruire les erreurs de la malade ou lorsqu'on s'oppose à l'extravagance de ses actions.

Mme M... n'apprécie point à leur juste valeur tous les objets qui l'environnent: elles ne sait point qu'elle est renfermée dans une maison de santé; elle prend cette maison de santé pour la demeure qu'elle avait naguère à Belleville. Les aliénées au milieu desquelles elle se trouve placée lui semblent autant d'hommes de sa connaissance intéressées à se cacher sous un déguisement quelconque. L'idée de leur folie ne lui vient du reste aucunement à l'esprit. La malade est en proie à des illusions du goût; elle trouve parfois une saveur métallique aux boissons qu'elle prend, et elle conclut de là que ces boissons sont empoisonnées.

Outre l'excitation maniaque, il y encore prédominance de plusieurs séries d'idées fixes. Mme M... s'imagine être accusée d'avoir empoisonné son fils et son mari. Elle est en proie à des idées orgueilleuses; elle se dit en communion immédiate avec la Divinité, appelée par elle à remplir sur la terre une mission spéciale, à l'instar de Moïse, de Jeanne-d'Arc, de Jeanne Hachette, de Jeanne d'Albret, etc., désignée pour sauver le monde et renouveler l'humanité. Cette dame se plaignit, il y a un mois, d'un prurit des parties génitales externes, beaucoup plus intense la nuit que le jour. Je conseillai des bains gélatineux, des lotions avec la décoction de guimauve et de têtes de pavots, qui n'eurent aucun avantage appréciable. L'extrait d'aconit administré à l'intérieur, à la dose de 5 centigrammes, ainsi que le préconise dans ces cas M. Cazenave, ne fut pas plus efficace. Tant que dura le prurit de la vulve et des grandes lèvres, cette malade fut beaucoup plus agitée. Elle se livrait surtout à des propos et à des actions d'une obscénité qui ne lui était pas habituels. Trois jours après l'emploi non interrompu de la pommade au chloroforme, le prurit des parties génitales disparut totalement, le délire se modéra, et la tendance à la nymphomanie s'effaça peu à peu.

Obs. II. — Mme P..., rentière, est âgée de soixante-trois ans. Elle offre une constitution moyenne et un tempérament nervoso-sanguin.

En 1837, sous l'influence de chagrins domestiques, elle devient folle tout à coup; elle entend des voies imaginaires, au milieu desquelles elle reconnaît celle de son frère. Elle voit passer devant ses yeux des galeries de tableaux; elle sent des odeurs fantastiques de musc et de punaise; elle prétend qu'on la soulève de nuit dans son lit au moyen de l'électricité; elle se livre à des propos érotiques et à des ricanements continuels; elle n'a pas d'incohérence dans les idées, mais elle parle beaucoup et avec une grande volubilité. Elle a presque sans cesse la camisole, car elle tourmente ses compagnes; elle prend plaisir à leur faire des malices d'écolière, et surtout, quand elle a les mains libres, elle emploie ses matières fécales à tracer des figures sur les parois de sa chambre ou sur les couvertures de son lit.

Ce délire maniaque n'est point continu; il cesse pour revenir environ deux ou trois fois l'an. Dans l'intervalle des accès, la malade est tout à fait calme; elle se souvient très bien de toutes ses extravagances; ce qui lui cause de la honte et lui donne une légère teinte de mélancolie.

Il y avait plus de six mois que Mme P... était dans ses intervalles lucides, lorsqu'un prurit très intense se manifesta aux parties génitales externes. Ce prurit, occasionné par l'incurie de la malade, qui s'obstinait à ne pas vouloir prendre de bains, ramena le délire habituel. La pommade au chloroforme fut employée dès le principe. Le lendemain la démangeaison insupportable avait beaucoup diminué, et le surlendemain elle n'existait plus. (*L'Observation.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Vaccination.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse plusieurs états de vaccinations pratiquées dans divers départements.

Choléra.

Le même ministre transmet un mémoire de M. Juan Olive, médecin espagnol à Alger, sur le choléra.

Remèdes secrets.

Le même ministre adresse plusieurs échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Appareil à fumigations.

M. Grimaud adresse une note sur un appareil qu'il a imaginé en 1844 pour administrer des médicaments gazeux.

Convulsions.

M. le docteur Dechaux, qui avait envoyé trop tard un mémoire destiné au concours pour le prix Civrieux (convulsions), désire que ce mémoire soit soumis à l'examen d'une commission. (Commissaires, MM. Danyau et Cullineau.)

RAPPORTS.

Laitance de carpes

M. H. Gaultier de Claubry fait un rapport sur un mémoire de M. Gobley, relatif à l'analyse chimique de la laitance de carpe. Des analyses très rigoureuses ont prouvé à l'auteur que la laitance de carpe offrait la composition suivante:

Eau	74,812
Matière albumineuse, etc.	20,242
Lecithine	1,013
Cérébrine	0,210
Cholestérine	0,162
Oléine et margarine	2,121
Chlorhydrate d'ammoniaque	0,048
Chlorure de sodium et de potassium	0,381
Sulfate de potasse	0,056
Phosphate de chaux et de magnésie	0,520
Extrait de viande	0,362
Perte, etc.	0,073
	100,000

Les conclusions du rapport sont: 1° de donner l'approbation de l'Académie à ce travail, et 2° de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

LECTURES.

Phosphène.

M. Larrey, au nom de M. Serre (d'Alais), termine la lecture commencée dans l'avant-dernière séance sur les phosphènes. L'étendue de ce travail nous en interdit l'analyse. M. Serre fait toujours ressortir l'importance du phénomène désigné sous le nom de phosphène, dans le diagnostic des anesthésies de la rétine.

Compression de l'aorte dans la métrorrhagie puerpérale.

M. Chailly lit un mémoire sur la compression de l'aorte dans les cas d'hémorrhagie après l'accouchement. L'auteur se montre très partisan de cette opération, qui lui a réussi dix-sept fois sur dix-huit. (Commissaires, MM. Velpeau et Villeneuve.)

Folie.

M. le docteur Moreau (de Tours), médecin à l'hospice de Bicêtre, lit un *Mémoire sur les prodromes de la folie.* Dans ce travail, fort étendu, l'auteur s'efforce de démontrer, particulièrement par des faits, que la folie est toujours précédée de phénomènes, de symptômes purement physiques, et il conclut de la manière suivante:

Il existe pour la folie un ordre de symptômes que les observateurs, à cause de certaines idées préconçues et du point de vue philosophique où ils étaient placés pour étudier cette affection, ont laissés inaperçus.

Entre les désordres cérébraux, pour lesquels on a réservé la dénomination particulière d'aliénation mentale, de folie et les causes morales ou physiques qui leur donnent naissance, vient se placer un fait pathologique, une lésion dynamique nerveuse qui relie entre eux les effets et la cause, leur sert de nœud, de moyen d'explication.

Les symptômes qui traduisent cette lésion sont le premier indice des souffrances de l'organisme, et comme le *punctum saliens* de la maladie qui, en s'étendant, pourra revêtir les formes les plus variées sans pour cela changer de nature.

Parmi ces symptômes, on remarque:

1° Certaines modifications de la sensibilité, que l'on pourrait désigner sous le nom de *névrose à forme congestive* à cause des ressemblances qu'elle présente avec les congestions sanguines;

2° Des accidents nerveux comparables aux phénomènes connus sous le nom d'*auras;*

3° Des phénomènes névropathiques ayant plus ou moins de rapport avec ceux qui, d'ordinaire, signalent l'invasion des grandes névroses; parmi eux, il en est que les malades comparent volontiers à des *secousses électriques;*

4° Un état de simple excitation nerveuse, qui peut être assimilé à celui qu'on éprouve au début d'une fièvre inflammatoire;

5° Des vertiges, des étourdissements, des syncopes, etc.

Les faits pathologiques qui tiennent d'être signalés ont une valeur considérable dans la solution des questions relatives à l'étiologie, à la nature essentielle, à la thérapeutique des affections mentales.

Ils sont la dénomination d'une vérité qui, jusqu'ici, avait manqué de preuves directes fondées sur l'observation et l'expérience, à savoir: que la folie est une affection nerveuse pure et simple au même titre que toutes les autres affections de ce genre. (Commissaires: MM. Ferrus, Fr. Dubois et Baillarger.)

Physiologie et pathologie de l'organe de l'ouïe.

M. Bonnafond lit, sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, un mémoire fort curieux et important que nous publierons *in extenso.*

Après quelques remarques intéressantes de MM. Bérard et Larrey, la séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 avril 1851. — Présidence de M. Rayer.

MM. Gratiolet et Cloez adressent une note sur les propriétés vénéneuses de l'humeur lactescente que sécrètent les pustules cutanées de la salamandre terrestre et du crapaud commun.

Le liquide qu'on retire des pustules cutanées de la salamandre est d'un beau blanc. Il a une odeur vireuse très forte. Au moment où on le tire de la pustule qui l'a sécrété, il coule à la manière d'un lait épais; mais il se coagule promptement. L'action de l'alcool amène sa coagulation instantanée; il a une réaction acide très marquée.

Une petite quantité de cette humeur placée sous la peau de l'aile ou de la cuisse d'un petit oiseau ne semble point avoir la causticité qu'on lui attribue, car l'oiseau n'en paraît d'abord nullement incommodé. Mais au bout de deux ou trois minutes, un trouble singulier se manifeste; les plumes se hérissent, l'animal chancèle. Bientôt surviennent les symptômes d'une extrême angoisse; l'oiseau tient alors son bec ouvert et le fait claquer convulsivement; en même temps il se redresse de plus en plus, renverse sa tête en arrière, pousse des cris plaintifs, s'agite, tourne plusieurs fois sur lui-même et ne tarde pas à mourir.

Tous les oiseaux soumis à l'action du liquide laiteux de la salamandre ont eu des convulsions épileptiformes.

MM. Gratiolet et Cloëz ont inoculé à de petits mammifères, tels que des cochons d'Inde, une parcelle du liquide laiteux sous la peau de la cuisse. Tous les animaux, au bout de dix minutes, ont manifesté une grande angoisse. La respiration était, par moments, haletante et pénible; ils s'endormaient à chaque instant, et ce sommeil était interrompu par des convulsions légères pareilles à des secousses électriques; mais au bout de quelques heures ces accidents se sont dissipés, et les animaux blessés sont revenus à la santé.

Ainsi, une quantité de suc laiteux suffisante pour tuer en quelques instants un oiseau, tel qu'une tourterelle, ne donne à une souris que des convulsions passagères.

Les mammifères soumis aux expériences ont eu des convulsions; mais ces convulsions n'ont point été mortelles.

MM. Gratiolet et Cloëz se proposent de continuer ces expériences et d'en rendre compte à l'Académie.

Application des lois de l'hygiène à la disposition des villes.

M. P. Landry communique un mémoire sur l'application des lois de l'hygiène à la disposition des villes, suivi d'une notice sur le plan d'une ville modèle.

Voici le résultat de ses recherches:

1° La grande route qui traverse ordinairement les villes est combinée de manière à former trois grandes rues principales renfermant entre elles la ville;

2° Les édifices publics nécessaires à toutes les villes sont groupés au centre et réalisent ainsi un vaste réservoir d'air et de soleil;

3° Les rues formant la ville se dessinent autour des édifices publics en évitant l'exposition du nord;

4° Aux angles de la ville sont les maisons de campagne et à leur suite les constructions agricoles;

5° En avant de la ville sont les grands établissements publics, tels que le Muséum d'histoire naturelle, hospices, casernes, etc.

Par la disposition de ce plan, tout le monde a le soleil, un air pur, une vue pittoresque et des conditions hygiéniques maximum. On ferait ainsi disparaître des villes les causes des maladies que leur construction vicieuse détermine. (Commissaires: MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Poncelet et Andral.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Demarquay donne lecture du travail de M. Letenneur, de Nantes, ayant pour titre: *Communication entre l'artère brachiale au pli du bras et la veine collatérale interne.*

Au mois de février 1850 le nommé X..., homme de peine, âgé de soixante-cinq ans, peu intelligent, s'adonnant avec excès au vin et vivant même dans un état habituel d'ivresse, fut saigné pour une maladie aiguë. La saignée fut pratiquée au bras gauche sur la veine médiane basilique. Cet homme est très maigre et a tout le système veineux superficiel très développé; les veines du bras, notamment, sont faciles à atteindre; enfin, celle qui a été choisie pour la saignée n'est pas directement placée sur le trajet de l'artère, mais un peu en dehors.

Comment les choses se passèrent-elles? La disposition des vaisseaux me porte à croire que le malade, par un mouvement brusque et violent, a été lui-même au-devant de la lancette. Quoi qu'il en soit, comme cette circonstance n'avait à mes yeux aucun intérêt, j'ai cru prudent de ne point faire à ce sujet de questions au malade, qui ne se doute pas de la gravité de son état, et chez lequel d'ailleurs il était inutile d'éveiller un sentiment de défiance contre un médecin honorable et instruit.

Je sais seulement que la douleur fut très vive au moment de la saignée, que le sang coula abondamment et avec force, et que la bande fut appliquée avec grand soin par le médecin, qui vint lui-même l'enlever quarante-huit heures après.

L'ouverture de la peau était déjà cicatrisée; mais le pli du coude et une partie du bras et de l'avant-bras devinrent le siége d'un gonflement considérable et mal circonscrit d'abord, mais qui bientôt se limita, diminua d'étendue et se réduisit au volume d'une petite pomme. A cette époque, six semaines environ après la saignée, j'eus occasion de passer près de la maison de cet homme, qui me pria d'entrer et me fit voir son bras. La tumeur était dure, non fluctuante, placée sous la cicatrice de la saignée, qui en occupait le sommet; on y sentait des battements isochrones à ceux des artères, avec un mouvement d'expansion à chaque battement; on distinguait aussi très bien un frémissement profond. La veine médiane basilique paraissait noyée dans la tumeur.

Je recommandai au malade un repos absolu, et réussis par quelques paroles à lui donner sur l'issue de cet accident une confiance qui, je l'avoue, était loin de mon esprit.

Mais tout se passa contrairement à mes conseils et à mes prévisions; car le malade, au lieu de garder le repos, se livra à son travail habituel, dans lequel son bras était exposé sans cesse à des mouvements, et cet excès d'imprudence n'empêcha pas la tumeur de disparaître si complétement que six mois après la saignée j'appris par un parent du malade qu'il était entièrement guéri. Cette heureuse nouvelle me fut confirmée par le médecin lui-même, qui m'avait auparavant confié ses inquiétudes.

Je me félicitais de ce résultat et me proposais cependant de vérifier moi-même le fait, lorsque je reçus le fascicule des mémoires de la Société de Chirurgie contenant le travail de M. Follin sur une communication entre l'artère brachiale et les veines profondes du pli du bras.

La lecture de ce travail fixa mon attention et augmenta le désir que j'avais de constater si la guérison de l'anévrisme que j'avais vu était bien réelle ou n'était qu'apparente. L'occasion ne tarda pas à se présenter, et je reconnus un fait ayant la plus grande ressemblance avec celui observé par M. Follin.

Je n'eus pas le loisir, ce jour-là, d'examiner très longtemps le malade. Cependant, pour bien faire comprendre la marche de la

maladie, il importe de rappeler ce qu'il me fut donné d'observer alors.

Il n'y avait au pli du coude ni tumeur ni gonflement; la veine médiane basilique était mobile et ne présentait rien d'anormal; on sentait au-dessous le frémissement caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux; les battements de l'artère étaient faciles à percevoir et rien n'était changé dans les rapports de position de ce vaisseau avec les parties voisines. Le doigt, placé en dehors de l'artère, ne sentait le frémissement que d'une manière éloignée et médiate, et la pression ne le faisait pas cesser; tandis qu'en dedans, où le frémissement avait le plus de force, on pouvait le diminuer et le faire cesser à volonté par la pression; enfin, la veine collatérale interne ne paraissait pas avoir notablement augmenté de volume.

Au mois de février dernier (1851), un an après les premiers accidents, voici quel était l'état du malade :

L'aspect du bras ne présente au premier abord rien d'anormal, si ce n'est, entre l'épitrochlée et le bord interne du muscle biceps, un gonflement qu'on apprécie surtout en comparant les deux bras.

La peau a sa coloration naturelle; elle est flasque et n'a aucune adhérence morbide avec les parties sous-jacentes.

Les veines superficielles sont très apparentes; la médiane basilique est mobile, et, comparée à celle du doigt, on voit que son volume n'a pas augmenté. Sur le trajet de cette veine, la peau porte deux cicatrices rapprochées de grandeur ordinaire; rien n'indique qu'elle est celle qui correspond à la dernière saignée. Je dirai de suite, pour n'y plus revenir, que les veines superficielles ne sont le siége d'aucun bruit, d'aucun phénomène anormal. Sur le trajet de l'artère brachiale, au-dessus des cicatrices des deux saignées, on voit toute la partie que j'ai dit avoir un volume un peu exagéré être soulevée à chaque battement artériel.

Lorsqu'on applique la main sur cette région, on sent un frémissement d'une force extraordinaire, incomparablement plus prononcé que je ne l'avais trouvé six mois auparavant. Ce frémissement chatouille la main, qui semble n'être séparée que par une gaze légère du point où se produit ce phénomène.

Ce frémissement, qui a son maximum d'intensité au moment de la diastole artérielle, diminue pendant la systole; mais il n'y a jamais de repos complet.

On sent le frémissement le long des vaisseaux, jusqu'au tiers supérieur du bras; il cesse à l'avant-bras, à 5 centimètres environ au-dessus du pli du coude.

Si, au lieu d'appliquer la main à plat sur la région malade, on cherche à circonscrire et à mieux apprécier le mal en palpant avec l'extrémité des doigts, on distingue une tumeur molle, dépressible, faisant peu de saillie à l'extérieur, parce qu'elle est comprimée par l'aponévrose. Cette tumeur recouvre l'artère brachiale en avant, et s'étend en dedans le long de sa face interne. Elle commence immédiatement au-dessus des cicatrices des saignées, conserve à peu près le même volume dans la hauteur de 3 centimètres, après quoi elle va s'amincissant et disparaît avant d'avoir atteint le tiers moyen du bras.

Lorsqu'on comprime cette tumeur en dedans de l'artère, dans le point précisément où le frémissement est le plus fort, on l'amoindrit et même on le fait disparaître. En dehors on n'obtient par la même manœuvre aucune modification appréciable. Si, en pressant d'avant en arrière, on déprime la tumeur veineuse dans une profondeur de 1 centimètre au moins, on sent au-dessous l'artère, dont le volume est plus considérable que du côté opposé; mais ce n'est qu'une dilatation fusiforme sans poche anévrismale. Les battements de l'artère sont beaucoup plus énergiques que du côté sain.

La compression de l'artère brachiale au-dessus de l'anévrisme fait disparaître le frémissement.

En appliquant une bande comme pour la saignée, mais sans interrompre la circulation artérielle, la tumeur augmente de volume, devient plus élastique, et le frémissement conserve toute sa force.

Si au contraire la bande est appliquée au-dessous du pli du bras, les battements artériels sont plus facilement appréciables, la tumeur s'affaisse un peu, et le frémissement diminue.

En posant l'oreille sur la région malade, on entend un bruit de souffle à double courant, l'un très fort et prolongé, correspondant à la diastole artérielle; l'autre très faible et de peu de durée, correspondant à la systole.

Ce bruit de souffle s'entend jusque dans le creux de l'aisselle. Je ne l'ai pas distingué dans la sous-clavière. A l'avant-bras on le retrouve dans l'artère radiale, mais bien faible.

Lorsque le bras est en repos, le malade n'y éprouve jamais de douleur; mais dans une extension forcée, quand par exemple il s'agit d'enlever perpendiculairement un fardeau placé à terre, une douleur assez vive se fait sentir, et à l'instant la force musculaire paraît anéantie.

Si l'avant-bras est fléchi ou demi-fléchi, les mouvements de la main sont aussi forts, et peuvent être soutenus presque aussi longtemps que du côté droit.

Si le malade marche le bras pendant le long du corps, la main et le bras s'engourdissent promptement. La plus légère flexion suffit pour faire disparaître cet accident, qui n'a jamais lieu lorsque la main est placée dans la poche du pantalon.

Enfin il y a entre la main droite et la main gauche une différence très remarquable de température. Le malade ressent lui-même dans la main gauche un froid habituel très appréciable pour l'observateur, surtout sur le dos de la main, qui a une coloration un peu bleuâtre.

En résumé, il y a eu chez l'individu qui fait le sujet de cette observation :

1° Une plaie faite par la lancette ayant intéressé la veine médiane basilique dans deux points opposés, l'artère brachiale et la veine collatérale interne.

2° Cette saignée a été suivie d'un anévrisme faux primitif.

3° Le sang épanché, en se coagulant au niveau de la blessure, a formé une tumeur circonscrite, véritable anévrisme faux consécutif dont la gravité a diminué graduellement et a fini par disparaître, grâce à l'addition successive de nouvelles couches fibrineuses.

4° La veine médiane basilique, éloignée des vaisseaux profonds par ces caillots, a pu se cicatriser isolément.

5° La tumeur solide résultant de l'oblitération de la poche anévrismale a été résorbée et n'a pas laissé de traces.

6° Il est resté une simple communication entre l'artère et la veine collatérale interne, dont les ouvertures ont contracté par leurs bords de solides adhérences, ou sont unies par un canal intermédiaire, qui alors serait très court.

7° Cette communication n'a pas dans les premiers temps modifié d'une manière appréciable le volume des vaisseaux; mais il a peu à peu augmenté. Ce changement est surtout remarquable pour la veine, qui, six mois après la saignée, avait encore conservé ses rapports habituels avec l'artère, au côté interne de laquelle elle doit être accolée, et qui aujourd'hui est assez dilatée pour recouvrir l'artère dans toute sa face antérieure, et l'envelopper par conséquent dans la moitié au moins de sa circonférence.

La marche de cette maladie, toujours croissante jusqu'à ce jour, ne permet pas de croire qu'elle restera stationnaire. Comment se terminera-t-elle? Il est difficile de le prévoir. Si cependant il était permis d'émettre une opinion à ce sujet, je dirais que les parois de la veine, se distendant de plus en plus, finiront probablement par se rompre sous l'effort du sang artériel en lui livrant une issue dans le tissu cellulaire. Si la maladie entrait dans cette phase nouvelle, l'intervention de la médecine opératoire deviendrait indispensable.

M. Demarquay. L'observation de M. Letenneur soulève une question fort importante, celle de la curabilité de l'anévrisme artérioso-veineux. J'ai recueilli, il y a quelques mois, à la Pitié, une observation qui a de l'intérêt sous ce rapport. J'ai vu, dans cet hôpital, un infirmier, nommé Divroig, âgé de quarante-quatre ans, fort vigoureux, qui a été saigné au bras gauche il y a cinq ans; la veine basilique a été piquée. La saignée, qui, au dire de cet homme, a très bien coulé, a été pansée comme d'habitude, et il ne s'occupa plus de l'opération qui lui a été faite que deux ans après. A cette époque, en effet, en jouant avec une fille de service, celle-ci le prit par le bras gauche et sentit dans ce membre un bruit tout particulier dont elle fit part à Divroig; ce dernier, appliquant sa main droite sur le pli du coude gauche, sentit lui même ce bruit, dont il fit constater la nature par plusieurs médecins.

Voici l'état du membre malade au mois de novembre dernier :

Il existe au pli du coude gauche une petite tumeur du volume d'une noix, au niveau de la médiane basilique. La main appliquée sur ce point perçoit un bruit continu, avec redoublement au moment de la diastole artérielle; ce bruit, comparable à celui d'un rouet, cesse d'être perceptible à la main et à l'aisselle; il s'entend à peu près dans toute l'étendue du membre supérieur; son maximum d'intensité est au pli du coude. La compression de l'artère le fait disparaître complétement. Quand on place le membre dans une extension complète déterminée par la contraction musculaire, le susurrus est remplacé par un bruit sec, râpeux, en rapport avec la diastole artérielle. Les pulsations artérielles sont très faibles au poignet; je n'ai pu sentir celles de la cubitale dans ce point. Les veines de l'avant-bras ne sont pas développées d'une manière notable.

Le sujet de cette observation déclare n'éprouver aucune douleur, aucune gêne dans son bras gauche; devant moi il a soulevé des poids considérables : il n'a aucune conscience du susurrus dont son bras est le siége.

Voilà donc un homme porteur d'un anévrisme artérioso-veineux remontant à plusieurs années et dont il ignorait l'existence, qui n'en vaque pas moins à ses pénibles occupations d'infirmier.

M. Huguier appelle l'attention de ses collègues sur un malade actuellement dans son service qui est affecté d'un anévrisme artérioso-veineux de la cuisse gauche. Dans la prochaine séance, il donnera les détails de ce fait intéressant.

M. Lebert, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Demarquay, Lebert, rapporteur, lit son rapport sur l'observation d'une hydrocèle du cou présentée par M. Richard (Adolphe).

Les conclusions du rapport sont adoptées; le travail de M. Richard et le rapport de M. Lebert seront imprimés dans nos Mémoires.

— M. Huguier a eu occasion d'enlever une tumeur développée dans la région du cou et ayant son origine dans un des ganglions situés sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Plusieurs éléments composaient cette tumeur : il existait un kyste à sa partie supérieure, au centre du tubercule, et le reste était formé par les éléments hypertrophiés de la glande lymphatique. Ce fait démontre qu'une hydrocèle du cou peut prendre son origine dans un ganglion lymphatique.

— M. Maisonneuve met sous les yeux de la Société la vessie d'un vieillard qui a succombé, au bout d'un mois de séjour dans son service, aux suites d'un fongus de la vessie. Ce vieillard, au moment de son entrée à l'hôpital Cochin, était affecté d'incontinence d'urine; celle-ci était sanguinolente, des douleurs vives existaient dans la vessie. Un cathétérisme explorateur fait avec grand soin ne fit découvrir aucun calcul; M. Maisonneuve pensa alors à la présence d'un fongus dans la vessie, bien que le cathéter ne lui en eût révélé aucun indice. A la mort du malade, il fut facile de voir que les présomptions de notre collègue étaient justes, car on trouva dans le bas fond de la vessie une tumeur fongueuse, pédiculée, s'écrasant facilement et ayant le volume d'un œuf. La vessie est hypertrophiée; les veines sont malades depuis longtemps. L'urètre est enflammé, et dans toute son étendue on trouve une matière blanchâtre pultacée.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

On lit aujourd'hui dans les journaux quotidiens :

» M. Coralli, représentant du peuple, chef du deuxième bataillon de la 2e légion, vient de mourir d'une attaque de choléra. »

Aucun cas analogue n'est venu à notre connaissance depuis ceux que nous avons publiés il y a environ deux mois. Si la nouvelle donnée par les journaux est exacte, on doit donc considérer comme un choléra tout à fait sporadique la maladie à laquelle a succombé M. Coralli.

NOUVELLES.

Le concours pour la chaire de pathologie interne ne compte que six concurrents, qui sont MM. Beau, Grisolle, N. Guillot, Monneret, Requin et A. Sanson.

— Par un décret du président de la République en date du 18 avril 1851, ont été promus, savoir :

Au grade de premier chirurgien en chef de la marine à Rochefort, M. Laurencin (Gustave-Théodore), second chirurgien en chef;

Au grade de second chirurgien en chef de la marine à Rochefort, M. Constantin (Jacques), chirurgien professeur.

— M. le docteur Jobert (de Lamballe), membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, vient d'être élu membre correspondant de l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg à l'occasion de la célébration du jubilé de 50e année de son existence.

— Le concours pour la chaire de botanique et d'histoire naturelle médicales à la Faculté de Montpellier est en pleine activité depuis le 1er avril.

Voici les questions traitées dans les trois épreuves faites jusqu'ici, avec le nom des candidats qui les ont traitées.

Composition écrite, la même pour tous les candidats : Quels sont les rapports de la botanique et des autres branches de l'histoire naturelle avec les différentes parties de la médecine?

Première leçon après vingt-quatre heures de préparation. — M. Lombard. Parallèle de la nutrition chez les végétaux et les animaux invertébrés.

M. Planchon. Des effets produits sur les végétaux par les différences de sol, d'exposition et d'hygrométricité atmosphérique.

M. Clos. Des végétaux et des insectes parasites.

M. Lavalle. De la génération dans les deux règnes organiques et principalement dans les végétaux.

M. Martin. De l'action de l'atmosphère sur le végétal aux différentes époques de son développement depuis sa naissance; comparer cette action à celle qui est exercée sur les animaux.

M. Touchy. Des transformations morphologiques dans les êtres vivants et surtout dans les végétaux.

Deuxième leçon après trois heures de préparation. — MM. Clos et Lavalle. Des euphorbiacées et de leurs usages en médecine.

— Nous regrettons d'avoir à signaler un fait qui se passe au concours, et qui nous paraît être, à nous comme à un grand nombre d'assistants, d'une haute inconvenance : nous voulons parler de la transformation de l'amphithéâtre de l'École en tabagie. Et puisque nous sommes sur ce sujet, nous parlerons d'un fait d'un autre genre, mais qui ne nous paraît pas plus convenable : c'est que certains juges choisissent justement l'heure des épreuves pour faire leur sieste. C'est là un abus beaucoup plus grand que le précédent, et qui pourrait même avoir de graves conséquences au point de vue de la validité du concours.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, sections réunies, a nommé à l'unanimité, membre correspondant, M. le docteur Tribes, de Nîmes.

— M. le docteur C.-J. de Coninck vient de mourir à Contich, près d'Anvers, à l'âge de trente-un ans. M. de Coninck s'était déjà fait connaître par d'intéressants travaux sur la dysenterie, le choléra et une notice historique sur le médecin Val Elsacker, inséré dans les *Annales de la Société de Médecine de Willebroeck*.

— On nous prie d'insérer la note suivante :

« On se rappelle qu'il y a bientôt un an, les sociétés médicales d'arrondissement de Paris nommèrent des délégués ayant la mission de faire, auprès des autorités compétentes, des démarches pour obtenir, dans la nouvelle loi sur la garde nationale, la conservation du mode actuel de nomination des chirurgiens attachés à la garde nationale, tant pour le service actif que pour les conseils de recensement et de révision : c'est-à-dire par élection directe des médecins habitant la circonscription, réunis à MM. les officiers de la légion.

» Une commission de *cinq membres*, nommés par les délégués, eut l'honneur de se présenter successivement chez M. le ministre de l'intérieur et chez M. le général en chef commandant la garde nationale de Paris. Les vœux du corps médical, exposés et expliqués dans leurs motifs principaux, parurent être accueillis favorablement.

» La loi de la garde nationale étant maintenant à l'ordre du jour, la commission des délégués fait remettre en ce moment à chacun de MM. les représentants du peuple, à son domicile, une lettre imprimée qui est la reproduction des vœux de toutes les sociétés médicales pour le maintien du mode actuel de nomination des chirurgiens de la garde nationale par élection directe des médecins avec adjonction de MM. les officiers.

» Si l'on réfléchit qu'au moment du danger, lorsque des blessures exigent des secours prompts et efficaces, il importe que les citoyens soient assurés de trouver auprès d'eux des médecins réellement capables de leur donner avec habileté tous les secours de l'art, on comprendra qu'il est de l'intérêt de tous que le choix des chirurgiens soit fait avec intelligence; et, comme nul n'est mieux apprécié que par ses pairs, l'élection des médecins par les médecins est évidemment la meilleure garantie du savoir des chirurgiens qui seront nommés de cette manière. Le même raisonnement s'applique aux délicates et sérieuses fonctions des conseils de recensement et de révision.

» Ainsi, dans les vœux qu'ils expriment, les médecins, une fois de plus, s'occupent non pas de leur intérêt personnel, mais bien positivement et avant tout de ce qu'ils n'oublient jamais des intérêts de l'humanité. Ce qu'ils proposent, c'est un mode d'élection qui épargne à l'autorité l'embarras d'un choix direct, en lui offrant des hommes d'une valeur réelle, au lieu de la laisser aux prises avec les plus hardis solliciteurs. »

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Bertrand, chirurgien aide-major de 2e classe au 10e léger, est désigné pour le bataillon de tirailleurs indigènes d'Oran et de Mostaganem.

M. Berthemot, chirurgien-major de 2e classe (sans destination), est désigné pour le 4e lanciers.

M. Voirbaye, chirurgien-major de 2e classe au 60e de ligne, est désigné pour le 8e chasseurs.

Faure, médecin principal de 2e classe à l'hôtel des Invalides, est promu médecin principal de 1re classe.

M. Worms, médecin ordinaire de 1re classe à l'hospice du Gros-Caillou, est nommé médecin principal de 2e classe.

M. Bouteilloux, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris.

M. Lomel, pharmacien aide-major de 1re classe à la division d'occupation d'Italie, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Robaglia, pharmacien aide-major de 1re classe à la division d'occupation d'Italie, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Thomas, chirurgien-major de 1re classe au 1er d'artillerie, est signé pour l'hôpital militaire de Lyon.

M. Bruguière, chirurgien-major de 2e classe au 8e de chasseurs, es désigné pour le 8e d'artillerie.

M. Mestre, chirurgien-major aux ambulances de la division de Constantine, est désigné pour les hôpitaux de la même division.

M. Chely, chirurgien-major de 1re classe au 4e hussards, est désigné pour l'hôpital militaire de Nancy.

M. Thinus, chirurgien-major de 1re classe au 12e dragons, est désigné pour le 12e d'artillerie.

M. Payen, chirurgien-major de 1re classe au 3e chasseurs, est désigné pour le 15e d'artillerie (pontonniers).

M. Lefebvre, chirurgien aide-major de 2e classe au bataillon de tirailleurs indigènes d'Oran et de Mostaganem, est désigné pour le 10e léger.

— Erratum. — Dans notre numéro du 8 avril, article de M. Le-

maistre-Florian, *au lieu de* : Le début des symptômes d'empoisonnement n'appartient pas à l'absorption, *lisez* : Le début des symptômes d'empoisonnement appartient, etc.

A Messieurs les Médecins et Chirurgiens.

Messieurs,

Vous avez constamment soutenu de vos encouragements et de votre protection les mécaniciens et les ouvriers qui se sont efforcés de vous satisfaire et de vous seconder dans l'exécution de vos idées. J'ose espérer que ces encouragements et cette protection ne me feront pas défaut. Pour les mériter, je rivaliserai de zèle et d'efforts d'imagination avec ceux qui m'ont précédé dans cette carrière industrielle, dont le génie des chirurgiens a graduellement accru l'importance.

Déjà l'attention du jury de l'exposition des prodnits de l'industrie française, en 1849, s'est arrêtée sur mes travaux, et c'est avec sa garantie que je viens vous offrir mes services.

Voici l'extrait de son rapport :

« M. MATHIEU a exposé divers instruments de chirurgie dont la » bonne confection, l'élégance et, pour plusieurs d'entre eux, la » nouveauté, ont attiré l'attention du jury, etc..... L'établissement » de M. Mathieu date à peine de deux années, et cependant l'ex- » tension qu'il a donnée à ses produits est digne d'éloges. »

(*Extrait du Rapport*, p. 620.)

Jaloux depuis lors de justifier ces éloges, j'ai imaginé ou exécuté, sous l'inspiration d'habiles chirurgiens, plusieurs nouveaux instruments qui, soumis à l'examen des Académies de France et de Belgique, ont été l'objet de rapports favorables, et je suis actuellement admis à soutenir, concurremment avec mes anciens patrons, l'honneur de la fabrication française à l'exposition universelle de Londres.

Pendant le quatre ans qui se sont écoulés depuis la fondation de mon établissement, j'ai fait fabriquer sous mes yeux, ou j'ai exécuté moi-même, avec tous les perfectionnements rationnels et dans les formes les mieux appropriées, un assortiment complet d'instruments de chirurgie, et aujourd'hui je quitte la rue des Poitevins pour la rue de l'Ancienne-Comédie, où je viens d'ouvrir, au nº 28, un magasin dans lequel vous trouverez tous les instruments usités dans les diverses branches de la chirurgie, les appareils orthopédiques, les bandages, les appareils qui tiennent à l'hygiène, et, de plus, un vif désir de vous satisfaire, ainsi qu'un entier dévouement avec lequel j'ai l'honneur d'être, Messieurs, votre très humble et très obéissant serviteur,

L. MATHIEU.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

M. VLEMINCKX, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, inspecteur général du service de santé de l'armée, a présenté à l'Académie, dans sa séance du 4 janvier 1851, les documents suivants, relatifs aux effets thérapeutiques du Rob de Laffecteur.

(Suite. — Voir le numéro du 15 avril.)

» A son retour, son état était loin d'être amélioré; la commissure des lèvres, l'intérieur de la bouche et le pharynx offraient de petits ulcères inégaux, fétides et recouverts d'une pellicule grisâtre; des douleurs insupportables se faisaient sentir dans la tête, le long de la colonne vertébrale et dans les membres, et ne lui laissaient aucun repos; le moral était abattu.

» Il alla consulter plusieurs médecins, qui lui prescrivirent l'emploi de l'hydriodate de potasse et le fer à l'intérieur; cette médication n'apporta aucun soulagement, et je pensai dès lors que le seul moyen d'arrêter la marche funeste de la maladie était l'emploi du Rob de Laffecteur.

» Je dmandai et j'obtins l'autorisation de requérir le médicament, et huit bouteilles furent expédiées.

» Le malade commença, dans les premiers jours de mai, le traitement de la manière prescrite par Laffecteur.

» Au bout de la seconde bouteille, il y avait déjà amélioration; la dartre avait diminué d'intensité; la langue, qui était épaisse, sale et fendillée, s'était amincie et nettoyée; les ulcères de la bouche, détergés, offraient un aspect osé.

» Après la cinquième bouteille, le malade se trouvait beaucoup mieux; la gaieté était revenue; l'éruption sur la peau avait disparu; les douleurs ostéocopes étaient à peines sensibles; la langue, dont le volume était revenu à son état normal, n'offrait plus les anfractuosités remarquées au commencement du traitement; les ulcères de la bouche étaient cicatrisés.

» Il continua néanmoins à prendre les trois autres bouteilles, au bout desquelles tous les symptômes de la syphilis constitutionnelle avaient disparu.

» Depuis son séjour au camp de Beverloo (28 juillet 1850), qui date de dix-huit jours, la santé de cet officier est dans un état parfait. »

Note de M. Hairion, transmise à M. le médecin de garnison Goffin :

« Louvain, le 8 décembre 1850.

» Monsieur le médecin de la garnison,

» J'ai l'honneur de vous adresser le rapport sur le résultat du traitement au moyen du Rob de Laffecteur, chez la dame d'officier pour laquelle la demande de cette substance avait été faite le 29 mai dernier.

» Cette dame était atteinte depuis un an environ d'une éruption herpétique occupant les mains et les pieds. Les diverses médications préconisées pour ce genre de maladie avaient été vainement employées, lorsqu'un des médecins traitants crut reconnaître dans les caractères de l'éruption sa nature syphilitique; c'est d'après ces indications que cette dame fut soumise au traitement par le Rob. Celui-ci fut commencé le 6 juin; l'amélioration ne se fit sentir que deux mois plus tard; mais dès lors le maladie marcha avec rapidité vers la guérison. Huit bouteilles ont été prises; et, depuis deux mois qu'on a cessé le traitement, cette dame n'a éprouvé aucune réminiscence de son ancienne maladie; en sorte qu'aujourd'hui on peut considérer la guérison comme étant complète. »

Note de M. Gouzée.

« Anvers, le 5 décembre 1850.

» Monsieur l'inspecteur général,

» J'ai l'honneur de vous faire parvenir le rapport demandé par votre lettre du 3 décembre courant, nº 24, concernant l'emploi du Rob de Laffecteur chez le lieutenant C..., pour un eczéma chronique de la jambe.

» Si j'ai tardé à vous adresser ce rapport, c'était pour m'assurer si les effets du traitement étaient stables, ou si, comme il arrive quelquefois, le mal n'avait pas été pallié pour un certain temps.

» Pendant l'emploi du sirop, aidé d'un régime sévère et bien observé, l'éruption a perdu peu à peu les caractères qu'elle offrait primitivement. Les ulcérations se sont cicatrisées sans retour; les exsudations se sont taries; le volume anormal du membre a diminué et est revenu à son état antérieur.

» Maintenant, il y a deux mois que le traitement a été terminé, et le membre reste bien; on n'y observe qu'un peu de desquamation très limitée, et çà et là une légère rougeur, qui peuvent être regardées comme les suites ordinaires d'une affection cutanée longtemps prolongée. Tout porte à croire que la maladie est guérie. »

Cet officier, suivant une première lettre de M. Gouzée, en date du 17 juin 1850, portait depuis plusieurs années un eczéma chronique étendu à toute une jambe; les petites ulcérations creuses, à bords cuivreux, qui s'y formaient par intervalles, lui donnaient les caractères d'une syphilide. Il avait pris, pendant longtemps, diverses tisanes, le sirop de salsepareille, l'iodure de potassium, suivis de traitements mercuriels par le sublimé, par le proto-iodure de mercure, le tout sans succès. « En pareil cas, m'écrivit M. Gouzée, le Rob est souvent très efficace. »

Maintenant je continue. Je tiens cependant à obtenir l'autorisation d'insérer mes autres notes et observations dans le bulletin de la séance.

PLUSIEURS MEMBRES. Sans doute, sans doute.

M. VLEMINCKX. Une semblable réunion de faits observés à Malines, à Anvers, à Louvain, à Beverloo, à Bruxelles, non par un seul homme, mais par plusieurs, auxquels nul de vous ne contestera sans doute ni talent, ni conscience, est bien de nature, je pense, à dissiper les préventions.

L'honorable M. Seutin vous a cité le fait d'un officier supérieur de notre armée qui, suivant lui, aurait fait emploi de 15 ou 16 bouteilles de Rob, et auquel on aurait fait le triste aveu, avant sa mort, qu'elles étaient falsifiées. Je ne nie pas le fait, mais je le déclare étrange. Je connais peu d'hommes qui, pouvant obtenir gratuitement des médicaments soumis à un contrôle incessant, se décident, de gaieté de cœur, à faire une dépense de 3 ou 400 fr., au risque de faire achat de médicaments falsifiés. Mais enfin j'admets le fait comme vrai. Voici ma réponse : ce Rob n'est pas sorti des magasins de la pharmacie centrale de l'armée. Qu'y a-t-il d'étonnant, dès lors, à ce qu'il ait été trouvé falsifié, alors que l'on sait sur quelle vaste échelle est monté le commerce d'exploitation du Rob contrefait? Quel argument M. Seutin a-t-il cru tirer de ce fait en faveur de son opinion actuelle?

(Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, tome X, nº 2, année 1850-1851.)

N° 48. — SAMEDI 26 AVRIL 1851. (24e ANNÉE.) N° 48. — SAMEDI 26 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE.

Du diagnostic, de son importance et des moyens à mettre en usage pour l'établir.

Mardi dernier, au milieu d'un nombreux concours d'auditeurs, M. le professeur Rostan a ouvert son cours de clinique médicale. Suivant son habitude, il a consacré la première séance à l'exposé rapide et à l'indication des maladies dont sont atteints les sujets actuellement couchés dans son service.

Ces premiers renseignements donnés pour signaler tout d'abord aux élèves les faits les plus intéressants qui doivent fixer leur attention, il s'est occupé, dans sa seconde conférence (hier jeudi) d'un des points auxquels il attache la plus haute importance, du diagnostic et des moyens à l'aide desquels on peut l'établir. C'est cette leçon que nous allons essayer de reproduire, aussi brièvement, mais aussi complètement que possible.

Notre médecine clinique, a dit le professeur, est fondée sur le diagnostic. Ce n'est pas à dire pour cela que nous rejetions les autres parties de la science, il s'en faut de beaucoup; et, lorsque l'on affirme que nous ne nous occupons ici que du diagnostic, on commet une erreur. Le diagnostic n'est que la base sur laquelle repose la médecine, et ce n'est que pour arriver en dernière analyse à la thérapeutique que nous passons par cette voie. Ne croyez pas que nous considérions comme inutile la matière médicale, comme on nous l'a fait dire tout récemment encore. A nos yeux, la connaissance des médicaments est d'une haute valeur, mais elle ne vient cependant que dans un rang secondaire. Que dirait-on d'un chirurgien qui posséderait la connaissance exacte des instruments, qui serait des plus habiles à manier le bistouri, qui saurait mieux que personne exécuter les procédés opératoires les plus difficiles, mais qui ne connaîtrait pas le diagnostic ni les moyens de l'établir. A celui-là, il arriverait plus d'une fois de commettre cette erreur d'un grand chirurgien du siècle dernier, d'ouvrir un anévrisme croyant avoir affaire à un abcès. Apprenez donc avec soin les propriétés des médicaments, mais apprenez d'abord, et avec plus de soin encore, s'il est possible, à reconnaître les cas où vous devez les appliquer. C'est là le but du diagnostic.

Et d'abord, qu'entendons-nous par ce mot, *diagnostic?* Le diagnostic n'est pas une chose simple. Il ne comprend pas seulement la connaissance de la lésion locale, matérielle; outre ce point, qui est certainement un des principaux, il est bien d'autres circonstances encore dont la détermination est essentielle: c'est l'âge, c'est le sexe, la constitution du sujet malade; ce sont les causes de la maladie, les commémoratifs; puis il faut connaître la profession, les conditions d'habitation du sujet; etc.; toutes choses que nous examinons avec la plus grande attention. Ce sont tous ces motifs qui nous font définir le diagnostic : la connaissance de toutes les circonstances qui constituent l'état morbide du sujet. Ce principe, du reste, n'est pas nouveau, et déjà Hippocrate recommandait au médecin la connaissance des *choses du dehors*.

Comprend-on maintenant qu'à l'époque où nous vivons il puisse se rencontrer encore des médecins qui révoquent en doute l'utilité du diagnostic. On a fait, en ce sens, de nombreuses objections que nous allons successivement examiner et réfuter.

La première nous a été faite par un homme qui, chose étonnante, est un de ceux dont les travaux ont le plus contribué à perfectionner le diagnostic, Laënnec, l'inventeur de l'auscultation. Tout diagnostic, disait-il, étant le fait d'un raisonnement, et tout raisonnement étant sujet à l'erreur, on ne peut compter sur lui, et il ne faut pas essayer d'en établir. Et Laënnec est un des hommes les plus remarquables qu'ait produits la médecine de nos jours.

Un homme d'un grand talent, le chef d'une école toute récente, disait : Vous vous attachez à différencier les maladies les unes des autres. A quoi bon? Il n'y a qu'une seule maladie, l'irritation. Dans l'immense majorité des cas, cette irritation se fixe sur l'estomac. Pour lui, la pathologie semblait se réduire à la gastrite. Vous le voyez, voilà deux hommes au génie desquels je rends justice, Broussais et Laënnec, et tous deux ont fait des objections à l'utilité du diagnostic.

Un troisième argument était celui-ci : Vous faites, nous a-t-on dit, la médecine du diagnostic; mais la vraie médecine, c'est la médecine empirique. En effet, quelles sont les maladies que vous guérissez le mieux, le plus sûrement et le plus vite? Ce sont justement celles que vous traitez empiriquement. Ce sont les fièvres intermittentes, que vous guérissez avec le sulfate de quinine; la syphilis, que vous traitez par le mercure; la variole, que vous prévenez par la vaccine. Connaissez vous la nature de ces affections, le mode d'action des remèdes que vous leur opposez? Nullement. Pour ces trois affections, nous l'avouons, l'objection est sans réplique. Mais qu'est-ce que trois maladies auprès du nombre immense d'affections que comprend le cadre nosologique? Toutes les phlegmasies, par exemple, ne sont-elles pas du domaine de la médecine rationnelle? Il viendra certainement un jour où les affections de nature spécifique trouveront leur remède spécifique; mais toutes les autres maladies qui ne sont pas à ranger dans la même catégorie qu'en ferez-vous?

Un de nos collègues, un chirurgien distingué, nous disait il y a quelque temps déjà : En médecine, le diagnostic n'est pas nécessaire. Les symptômes généraux suffisent pour déterminer le traitement. Si le sujet est fort, robuste; si le pouls est développé, large, fébrile, l'indication est formelle: il faut saigner. Peut-on raisonnablement admettre cette objection? Sans doute, il faut tenir compte de l'état général, de la force du pouls; mais ces caractères sont loin d'être suffisants. N'avez-vous pas vu des cas où le pouls était à peine sensible, filiforme, disparaissait sous la moindre pression du doigt? Et cependant il y avait là inflammation violente, mais la faiblesse du pouls était le résultat de ce que l'on a appelé la concentration des forces. Vous pratiquez quelques émissions sanguines, le pouls se relève. C'est là le triomphe de la science. Le diagnostic seul pourra vous apprendre que cette faiblesse du sujet, cette faiblesse du pouls ne dépendaient pas d'une véritable dépression, mais d'une simple concentration des forces. Nous ferons passer très prochainement sous vos yeux un fait où ces circonstances seront bien manifestement montrées, nous voulons parler de celui du malade couché au n° 76 de la salles des hommes, lequel est atteint d'une néphrite albumineuse aiguë et chez lequel un traitement antiphlogistique énergique, pratiqué malgré la faiblesse apparente du sujet, a fait disparaître les accidents et a permis aux forces de se relever rapidement.

Savez-vous où conduisent des raisonnements de cette force? A dire qu'il ne faut pas s'occuper de la lésion locale et que l'on doit se borner à la médecine du symptôme. Or la médecine du symptôme est tout simplement une absurdité. Prenons quelques exemples. Les hydropisies, les infiltrations de sérosité dans le tissu cellulaire, les épanchements dans diverses cavités séreuses ne constituaient autrefois qu'une seule espèce de maladie. On traitait les hydropisies par les hydragogues, les purgatifs, etc. Dès que la médecine moderne nous eut appris que l'hydropisie n'est qu'un symptôme, nous nous occupâmes à rechercher les lésions qui pouvaient la produire, à les différencier, à déterminer les divers traitements qui pouvaient convenir à chacune d'elles. Il est évident que l'on ne dirigera pas la même médication contre la maladie du cœur, l'affection du poumon, la cirrhose du foie, la néphrite albumineuse, la compression d'un gros tronc veineux, qui auront pu produire la suffusion séreuse.

On traitait autrefois encore la paralysie comme une seule maladie; qui ne sait aujourd'hui que plus de vingt altérations organiques différentes peuvent amener le symptôme paralysie? Ce seront une tumeur encéphaloïde, un tubercule du cerveau, une tumeur osseuse du crâne, un épanchement de sang, etc., etc. A toutes ces lésions appliquera-t-on le même et unique traitement? La raison ne dit-elle pas que la même médication ne peut combattre le vomissement qui est le résultat de l'étranglement d'une hernie et ceux qui reconnaissent pour cause soit une péritonite, soit une néphrite, soit un iléus, soit un état inflammatoire du cerveau, etc.? Permettez-moi à ce propos de vous citer un fait qui m'est propre et qui date aujourd'hui de près de trente ans.

Une femme était atteinte depuis longtemps déjà d'une constipation opiniâtre. Un médecin de l'ancienne école, appelé près d'elle, pense avoir affaire à une paresse de l'intestin; il donne un purgatif, qui reste sans résultat. Un autre, élève de l'école physiologique, croit avoir affaire à une inflammation de l'intestin; il prodigue les sangsues, les émollients: même résultat négatif. Mandé à mon tour près de la malade, je reconnais, par l'exploration du ventre, que la tumeur que mes confrères avaient prise pour une accumulation de matières fécales n'était autre chose qu'une tumeur de l'ovaire, laquelle, en comprimant le rectum, produisait cette constipation opiniâtre. Je fais coucher la malade sur le côté opposé à la tumeur, je prescris un lavement; immédiatement le cours des matières se rétablit. J'eus occasion d'apprendre plus tard, pour le dire en passant, que, peu de temps après, la malade avait rendu par le rectum une énorme quantité d'hydatides et qu'elle avait complètement guéri. Les deux premiers médecins avaient fait la médecine du symptôme; moi, j'avais fait celle du diagnostic.

La conclusion de tout ceci, c'est que le diagnostic raisonné est la base de la véritable médecine. Ce point nous paraît assez démontré pour que nous n'y insistions pas davantage. Comment faut-il s'y prendre pour arriver promptement et facilement, dans la plupart des cas, à la détermination d'un diagnostic complet et précis?

Nous devons, avant tout, supposer de votre part quelques connaissances antérieures indispensables; vous devez savoir, par exemple, comment les organes et les fonctions s'altèrent. C'est là un point que Boërhaave a formulé d'une façon si juste et si complète que les modernes n'ont dû rien changer à sa définition. Les fonctions, a-t-il dit, peuvent être ou augmentées ou diminuées, ou abolies ou perverties. Le tout est de savoir à laquelle de ces modifications l'on a affaire. Pour cela, vous avez les sens, au moyen desquels vous appréciez les changements survenus dans les organes et dans les appareils d'organes. La vue fait reconnaître les dimensions des parties externes, leur conformation, leur coloration; le toucher apprend à l'observateur la résistance des tissus, les propriétés physiques des organes profonds, la température; l'ouïe fait apprécier les différents bruits qui se passent dans les organes respiratoires, circulatoires; l'odorat s'applique à l'examen des produits des sécrétions, de l'haleine des malades. Avant tout, il faut se faire une méthode telle que pas un organe, que pas une fonction ne puisse échapper à l'investigation du médecin; c'est l'attention qui fait l'habileté du médecin. Sans méthode et sans attention, vous vous exposerez souvent à de cruels mécomptes.

Une fois les premières questions adressées au sujet malade et les commémoratifs recueillis, vous devrez examiner l'état extérieur. Bayle, un des hommes les plus distingués de la médecine moderne, était si persuadé de l'importance de cet examen, qu'il voulait que le médecin examinât tout d'abord le corps du malade entièrement nu sur son lit. Vous avez déjà compris que, même dans les hôpitaux, cette méthode est impraticable; pas une femme ne voudrait s'y soumettre. En ville, elle le serait encore davantage. Mais si l'on ne peut l'exécuter dans toute sa rigueur, on peut, en la modifiant, en retirer de grands avantages. Deux exemples vous feront comprendre combien il est important d'examiner *de visu* la partie qui est le siége de la maladie.

Lorsque, longtemps avant d'être professeur de la Faculté, je faisais déjà des cours de clinique, je reçus un jour dans mes salles une femme qui se plaignait d'une très vive douleur dans les parois de l'abdomen d'un seul côté. Le moindre contact faisait jeter des cris à la malade. J'examinai successivement tous les appareils organiques; je ne trouvai rien qui pût me rendre compte de cette exagération de la sensibilité toute superficielle. Je crus à un rhumatisme des parois de l'abdomen. A peine m'étais-je éloigné du lit, qu'un des plus jeunes élèves de mon cours, qui avait eu l'idée de vouloir examiner le point malade, s'approcha de moi et m'annonça que cette femme avait un zona. Vous comprenez aisément quelles funestes conséquences pour le médecin pourrait avoir dans la clientèle de la ville une erreur aussi grossière.

Un autre jour, un malade entra dans mes salles se plaignant d'une douleur extrêmement violente du côté de la poitrine, accompagnée de crachement de sang. Un élève, très instruit d'ailleurs, qui avait été chargé de l'examen du sujet, crut reconnaître une pneumonie; l'auscultation faisait percevoir une crépitation très distincte. Le sujet avait fait une chute sur le côté; il y avait simplement une fracture de côtes; la crépitation était celle de la fracture osseuse. Une esquille avait blessé le poumon : ce qui expliquait l'expectoration sanglante. Il eût suffi à l'explorateur de regarder le point douloureux, où existait une forte dépression, pour ne pas commettre l'erreur dans laquelle il était tombé.

Appelé près d'un malade, la première question que vous devez lui adresser est celle-ci : Où avez-vous mal? Faire la question d'une autre manière; lui demander, par exemple : Qu'avez-vous? C'est lui fournir l'occasion de vous développer les théories médicales étranges que le public ignorant n'est que trop porté à établir. L'un vous dira c'est le sang, l'autre que ce sont les nerfs qui le font souffrir. Les femmes vous parleront d'un lait répandu. Que sais-je! A la question que nous posons, une seule réponse est possible, et ce vous sera une indication précieuse pour la suite de votre examen.

La seconde question sera celle-ci : Depuis combien de temps êtes-vous malade? Les maladies peuvent être rangées en deux grandes classes, maladies aiguës, maladies chroniques. La réponse du sujet vous permettra d'éliminer sur-le-champ toutes les affections de l'une ou l'autre classe, et abrégera singulièrement votre tâche. Nous mentionnerons cependant, en passant, les cas où le sujet répondra qu'il souffre partout, ou qu'il ne souffre nulle part, cas auxquels vous serez obligés d'interroger l'un après l'autre tous les appareils, et vous arriverez, mais plus longuement, à la connaissance de la maladie.

Une fois reconnue la lésion organique qui constitue la maladie, vous passerez rapidement en revue tous les organes, toutes les fonctions, même ceux qui sembleraient au premier abord n'avoir aucun rapport avec la maladie principale; puis vous passerez aux fonctions de la vie de relation, de la reproduction, etc. Puis vous interrogerez les malades sur diverses circonstances importantes, les antécédents éloignés, les conditions d'hérédité.

Nous ne terminerons pas sans vous recommander de suivre avec attention tous les jours les malades que vous avez étudiés à leur entrée à l'hôpital. Ce n'est pas tout de savoir reconnaître une maladie, il faut savoir quelle est sa marche,

quel traitement on lui oppose, quelles modifications apporte dans son évolution la thérapeutique employée. Enfin, dans les cas malheureux, vous devrez avoir soin de suivre l'autopsie du cadavre et constater par vous-mêmes les altérations anatomiques qui auront entraîné la terminaison funeste.

Docteur A. Foucart,
Chef de clinique.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. P. Guersant.

Considérations générales sur les abcès chez les enfants.

Les abcès, qui ne sont, à proprement parler, qu'un symptôme d'une autre maladie, se présentent chez les enfants sous cinq formes principales :

1° Abcès aigus ou chauds (phlegmons, adénites);

2° Abcès chroniques ou froids;

3° Abcès symptomatiques d'une maladie d'os ou d'articulation, profonds ou superficiels;

4° Abcès se développant sous l'influence d'une cause générale inconnue;

5° Abcès suite de maladies éruptives.

1° *Abcès aigus.* — Nous n'en dirons rien; les causes qui les produisent, leur marche, leur terminaison, tout se passe comme chez les adultes. Cependant, les abcès suite d'adénite sont plus communs chez les enfants que chez les adultes; ils sont souvent aigus; leur siége est la région de l'aine, de l'aisselle, du cou, etc. La plupart d'entre eux reconnaissent deux causes : la première est une irritation produite dans un point éloigné de l'endroit malade correspondant aux ganglions par des vaisseaux lymphatiques; ils sont alors quelquefois de cause traumatique; la seconde se rencontre surtout dans la constitution lymphatique. Si l'adénite est de cause traumatique, le traitement est le même que chez l'adulte; si elle est due, au contraire, à un vice scrofuleux, c'est ce dernier qu'il faut traiter, tout en agissant localement. Les engorgements ganglionaires se voient surtout dans la région cervicale chez les enfants de tout âge, et viennent, les uns par la disparition d'un eczéma du cuir chevelu; les autres dépendent d'une maladie de la bouche, de la gorge ou d'une angine pseudo-membraneuse ou couenneuse. La maladie principale étant soignée convenablement, l'adénite peut disparaître, cesser par résolution.

Un abcès qui se forme vient le plus d'une manière sourde, avec un peu de douleur à l'endroit malade. Ce n'est que quinze ou vingt jours après le début qu'il y a douleur véritable et que la terminaison par suppuration est évidente : le pus se fait jour alors par une, deux ou trois petites ouvertures; il y a décollement de la peau, qui est disposée à se sphacéler, et qui présente plus tard une large ulcère, suite de perte de substance. Le pus est semblable à celui d'un phlegmon; quelquefois il est mêlé à un pus concret analogue à du fromage mou : c'est que le ganglion était alors tuberculeux.

Le pronostic d'une adénite symptomatique n'est pas grave si la maladie qui en est la cause est bénigne; il est grave dans le cas contraire. Ce qui peut arriver de plus fâcheux, c'est que l'abcès se termine par suppuration.

Quant au traitement, M. Guersant n'applique de sangsues que dans le cas où l'adénite est traumatique; alors les engorgements ganglionaires se terminent quelquefois par résolution; au contraire, dans les adénites survenues spontanément, l'application des sangsues est presque toujours inutile; elle n'empêche jamais la suppuration. Si elle doit venir, les sangsues ne font que la retarder, mais elle arrive tôt ou tard, quel que soit le nombre des sangsues appliquées. Les cataplasmes émollients et résolutifs, les frictions avec la pommade iodurée, amènent ordinairement un résultat meilleur. Les frictions doivent être faites trois fois par jour, d'une manière douce; il faut les suspendre si la peau devient rouge. il est bon d'appliquer sur la tumeur qui tend à se résoudre de la ouate ou de la laine; mais si la suppuration parait vouloir s'établir, il faut suspendre les frictions et appliquer les émollients. Enfin, lorsque la fluctuation est bien manifeste, il ne faut pas attendre que l'abcès s'ouvre spontanément, à cause de l'irrégularité qu'offre toujours la cicatrice. En l'ouvrant, on évite des douleurs et on facilite l'écoulement du pus.

L'adénite du cou détermine quelquefois, chez l'enfant, de la fièvre, du délire, des convulsions. La guérison est prompte dès que l'abcès est ouvert et que l'enfant n'est pas tout à fait scrofuleux. Les frictions iodurées doivent être recommencées si, après l'incision, l'engorgement persiste. Pour l'ouverture de l'abcès, M. Guersant a fait, à l'instar de M. Chassaignac, l'incision, bien vidé le foyer, injecté même de l'eau, puis a réuni par première intention. Ce moyen lui a réussi.

Il existe encore dans la région cervicale un autre genre d'abcès qui succède aux adénites profondes. M. Guersant a vu de tout petits enfants avoir derrière le pharynx, au devant de la région cervicale, des abcès rétro-pharyngiens survenus dans les ganglions profonds de cette région, et qui ne peuvent être reconnus qu'en examinant l'arrière-bouche. Ces adénites occasionnent de la gêne dans les mouvements du cou, qui est tuméfié; la tête est inclinée; l'enfant parle et avale avec peine. L'examen de la gorge fait apercevoir ordinairement sur la ligne médiane, ou à peu près, une tumeur située en arrière de la paroi postérieure du pharynx, qui est repoussé en avant. La fluctuation de ces abcès ne peut être appréciée qu'avec le doigt. Ce genre d'adénites n'est pas rare; on les rencontre chez les nouveau-nés et les enfants de deux ou trois ans. Il faut, dans ce cas, faire dès le principe un traitement résolutif uni à celui des scrofuleux; c'est alors qu'on ne doit pas négliger l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, les amers, etc.; et il faut faire la ponction dès qu'on est sûr qu'il y a du pus; pour faire cette dernière, on se sert d'un bistouri garni de linge jusqu'à 1 centimètre de sa pointe ou du pharyngotome. La ponction faite, on doit, afin d'entretenir l'ouverture de la plaie et la nettoyer, faire gargariser le malade; il faut aussi, s'il est jeune, introduire parfois un stylet, afin de séparer les deux lèvres de la plaie qui tendraient à se réunir. Ce genre d'abcès se rencontre encore dans les caries vertébrales.

2° *Abcès chroniques ou froids.* — Ils se montrent surtout et en grand nombre chez les scrofuleux, et viennent d'une manière sourde. La présence d'un seul n'occasionne pas de symptômes généraux; mais, s'il en existe plusieurs, on reconnait qu'ils dépendent d'une constitution scrofuleuse; et avant tout il faut mettre en usage le traitement général, sans négliger d'agir localement. Si l'abcès est petit, circonscrit, il faut l'inciser comme si c'était un abcès chaud; mais s'il est considérable, la ponction sous-cutanée doit avoir la préférence; il faut la répéter plusieurs fois si c'est nécessaire; quand ce traitement échoue, la ponction, suivie de l'injection iodée, a donné à M. Guersant quelques heureux résultats. Enfin, si l'injection est faite sans succès, il faut se décider à faire une large incision.

3° *Abcès symptomatiques d'une maladie d'os ou d'articulations, profonds ou superficiels.* — Ces abcès, qui dépendent d'un os malade, comme carie ou nécrose, ou arthrite chronique, marchent lentement; s'ils sont situés sur un membre, il y a nécrose ou carie, soit à l'endroit de l'abcès, soit dans le voisinage, quelquefois même dans un endroit très éloigné. Ainsi, un abcès de l'aine, du bassin peut être symptomatique d'une maladie de la colonne vertébrale. Il est des cas où un abcès déterminé par une carie de la colonne vertébrale est peu appréciable à l'extérieur, dans le cas, par exemple, de carie des vertèbres dorsales, si l'abcès est dans la poitrine; il en est de même pour la carie de l'os iliaque, des os du bassin : on ne peut quelquefois les diagnostiquer qu'imparfaitement. Les abcès qui siégent dans la poitrine, le ventre se dénotent par la dyspnée, la gêne et la brièveté de la respiration, la suffocation, etc.....; au contraire, ils sont bien appréciables quand ils se développent dans l'aine, et sont alors palpables.

Leur pronostic est toujours fâcheux; ils sont symptomatiques d'une carie, et reconnaissent une cause scrofuleuse : l'abcès ne cesse qu'avec la maladie de l'os. Lorsque la nécrose est circonscrite, le pronostic est plus favorable; dans tous les cas, la maladie sera d'autant plus longue que l'os sera plus malade.

Le traitement doit être dirigé sur l'os et sur l'abcès; on combattra le vice scrofuleux tout en agissant localement. S'il y avait carie vertébrale, ne pas oublier les dérivatifs (plaques de caustique de Vienne, moxas, feu); agir de même lorsqu'il y a nécrose des os ou du pied, etc...

Il est des cas où la marche de la maladie ne peut pas être entravée; cependant, si l'abcès est accessible à l'instrument et qu'il y ait indication, il faut agir, même dans les cas de carie des vertèbres. Il faut encore, si c'est nécessaire, faire d'abord la ponction sous-cutanée et, plus tard, les injections iodées; de même que les incisions larges vantées par Lisfranc et M. Flaubert, de Rouen. Tout ce qui précède peut se rapporter aux abcès symptomatiques des maladies des articulations. Il ne faut pas les ouvrir tous indistinctement, car il en est qui simulent les abcès et qui n'en sont pas. On s'y méprend facilement; au pied surtout, on trouve souvent une fausse fluctuation produite par un tissu fongueux.

4° *Abcès se développant sous l'influence d'une cause générale inconnue.* — Ce genre d'abcès, que nous voyons quelquefois se développer très rapidement et présenter la fluctuation au bout de deux ou trois jours, a son siége plus souvent au-dessous qu'au-dessus du périoste; le pus se développe rapidement, avec fièvre intense et prostration extrême : l'enfant peut mourir dans huit ou dix jours sans que l'abcès ait été ouvert. A l'autopsie, nous trouvons deux, trois, quatre abcès avec dénudation de l'os dans le plus grand nombre des cas; quelquefois un très vaste ayant dénudé tout un fémur. Ces abcès, survenus sous l'influence d'une cause générale qui nous est inconnue, abattent les malades dès le premier jour; il y a petitesse du pouls, pâleur, délire, etc... M. Guersant n'a jamais osé employer les antiphlogistiques; si les onctions répétées d'onguent napolitain ne réussissent pas, il les ouvre de bonne heure et soumet les enfants au sulfate de quinine, aux toniques, au quinquina, etc...; mais il dit que le succès n'a guère été obtenu, quoi qu'il fasse.

5° *Abcès suite de maladies éruptives.* — Ils surviennent à la suite de la scarlatine, la rougeole, la petite vérole, etc., se montrent dans une région quelconque de l'économie, sont peu considérables, n'ont rien d'inquiétant et guérissent facilement en les laissant s'ouvrir spontanément ou bien en les ouvrant. Cependant, ils prennent de la gravité s'ils sont situés dans le voisinage d'une articulation ou sur l'articulation même.

Aug. Guillabert.

EMPLOI DU CHLORURE D'OXYDE DE SODIUM

en irrigations à jet continu dans la cystite muqueuse chronique.

Par M. le docteur Lemaistre-Florian.

M. C..., fabricant de produits chimiques, âgé de quarante-cinq ans, d'une vigoureuse constitution et n'ayant jamais été malade, voulut s'opposer à une obésité naissante par des bains de corps avec l'oléo-margarate de potasse. Dans l'espace de huit jours, il prit quatre bains, ajoutant à chacun d'eux une dose successivement croissante de savon, dans la proportion d'un à quatre kilos. Au sortir du dernier, qui avait duré deux heures, il sentit un violent frisson s'accompagnant de pesanteurs douloureuses vers les régions lombaires, le long du trajet des uretères et dans tout le bas-ventre. A ces souffrances se joignirent des cuissons en urinant, de faux besoins de garde-robe et une agitation extrême. Bientôt les envies d'uriner se rapprochèrent au point de devenir incessantes, et de violentes contractions de la vessie, pour rendre quelques gouttes d'urine brûlante, précédèrent de peu une rétention complète.

Sous l'influence de plusieurs saignées locales, de bains de siége, de cataplasmes, de fomentations, de boissons douces, de la diète et du repos, les urines reparurent graduellement, et une amélioration successive permit au malade de reprendre ses occupations après cinq semaines de traitement.

Cependant, il n'était pas guéri, ainsi que le prouve la note à consulter qu'il m'a remise en réclamant mes soins, note dont j'extrais textuellement les lignes suivantes :

« J'avais toujours un poids incommode dans le bassin; » mes urines, habituellement troubles, déposaient beaucoup; » lorsque je buvais du vin, elles prenaient une couleur fauve; » après un exercice fatigant, après des rapports sexuels ou à » la suite d'une promenade en voiture, parfois elles devenaient sanguinolentes. Ce dernier symptôme, ainsi que la » persistance d'un malaise importun au bout de la verge, me » décidèrent à consulter un spécialiste, M. .....; ce chirurgien m'ôta toute inquiétude relativement à la présence » d'une pierre dans la vessie et me conseilla de revenir aux » moyens employés quatre mois auparavant. Il prescrivit » aussi des injections d'eau tiède, du sirop de bourgeons de » sapin du Nord et du baume de copahu, en me recommandant beaucoup de persévérance. Depuis huit mois, j'ai fait » quatorze applications de sangsues, j'ai pris une énorme » quantité de copahu et bu au moins quarante bouteilles de » sirop sans aucun résultat satisfaisant. Ma docilité et ma » persévérance étant épuisées, et d'ailleurs ma position s'aggravant d'une manière inquiétante, je désire essayer un » autre traitement. »

Le début de la maladie de M. C... remontait à une année, lorsque le 25 décembre 1850 il réclama mes soins. Quelques jours d'observation et les explorations nécessaires donnèrent le résumé symptomatologique suivant :

Besoins fréquents d'uriner et obligation de les satisfaire quinze à vingt cinq fois le jour, douze à quinze fois la nuit; malaise agaçant au bout du pénis; à chaque miction, cuissons dans toute l'étendue de l'urètre et surtout à ses deux extrémités; contractions insurmontables de la vessie, du périnée et du rectum avec défécations involontaires. Urines déposant un cinquième de sédiment glutineux, albuminiforme et d'une odeur fortement ammoniacée après leur refroidissement.

Le palper de la région hypogastrique n'éveille aucune douleur notable et n'apprend rien sur l'état de la vessie, attendu l'épaisseur des parois abdominales.

Le toucher par le rectum signale un léger engorgement de la prostate et une résistance inaccoutumée, sans accroissement de volume, dans la partie correspondant à la vessie.

L'exploration de l'intérieur de cet organe offre certaines particularités. Une algalie d'argent à robinet, introduite avec facilité, aussitôt après avoir franchi le col, se trouve embrassée assez fortement pour qu'il soit impossible de renverser en bas sa concavité et que son pavillon, abandonné à lui-même, se maintienne immobile. Cent dix grammes d'eau injectée mesurent la capacité du réservoir urinaire et, dégageant la sonde, rendent possible la conduite de son bec vers le bas-fond; mais ce mouvement ne s'exécute qu'en franchissant des obstacles successifs, dont la rencontre occasionne des secousses prononcées. Les mêmes saccades se reproduisent pendant le reste de l'exploration, qui ne fait découvrir aucun calcul, ni aucune trace d'incrustation; et l'eau de l'injection ressort à la fois ternie et colorée par le sang.

La situation pathologique était éclairée; il s'agissait évidemment d'une cystite muqueuse chronique avec rétraction de la vessie sur elle-même, boursouflement de la membrane muqueuse, formation de loges séparées par des cloisons résistantes, épaississement des tissus et dilatation des réseaux vasculaires. Mais, par une anomalie bien rare, cette affection si grave, malgré sa durée, malgré les souffrances qu'elle avait entraînées, malgré la privation du sommeil, était restée apyrétique, et n'avait porté que de faibles atteintes à l'appétit et à l'embonpoint.

Dans le but de prévenir l'exacerbation consécutive au cathétérisme explorateur, on eut recours à une tisane de graine de lin et de baies de genévrier, préparée par macération à froid; à des cataplasmes liquides laudanisés et camphrés, injectés le soir dans le rectum; au séjour au lit et à un régime diététique. Après deux jours de repos, on commença le traitement suivant, le 31 décembre :

1° Térébenthine de Venise à l'intérieur et sur des cataplasmes appliqués à l'hypogastre;

2° Eau d'Enghien coupée de lait avec le sirop de tolu;

3° Le soir, injection anale composée de : eau de laitue, 60 grammes; laudanum de Rousseau, 6 gouttes; extrait de jusquiame blanche, 0,25 centigr.;

4° Injections à jet continu dans la vessie, trois fois par jour, durant un quart d'heure chaque fois, d'un infusé filtré de baies de genévrier et de graine de lin.

Les premières irrigations fatiguent le malade et donnent un instant la crainte du retour de la rétention d'urine. On en diminue le nombre et la durée, on en modère la force d'impulsion. Le sixième jour de leur emploi, les symptômes d'irritation s'éteignent, et la tolérance est parfaitement établie. L'eau d'Enghien inspire une excessive répugnance; la térébenthine, dont l'odeur est devenue intolérable, fatigue l'estomac. D'ailleurs, il n'existe aucune modification appréciable dans les symptômes. Le septième jour, la térébenthine est abandonnée, l'eau de goudron substituée à celle d'Enghien; des frictions avec l'huile de croton-tiglium sont pratiquées sur l'hypogastre; on continue les injections anales; des pilules avec les extraits de quinquina et de simarouba,

avec la gomme kino et le baume du Pérou, sont administrées; et dans 1,000 grammes de l'eau destinée aux irrigations je fais ajouter 4 grammes de chlorure d'oxyde de sodium.

Cet ensemble de moyens est mis en action avec ponctualité durant quatorze jours, en augmentant d'un gramme toutes les vingt-quatre heures la quantité de chlorure. Les irrigations, que l'on pratique trois fois dans la journée, sont continuées pendant vingt-cinq minutes chaque fois. Cette médication ne détermine aucun trouble fonctionnel quelconque. Loin de là, elle apaise progressivement ceux qui existaient. Ainsi, le 22 janvier, les besoins d'uriner n'ont plus la même fréquence; le sommeil a reparu; les crispations vésicales, les contractions périnéales, les défécations involontaires sont très rares, et les cuissons de l'urètre, momentanément accrues par l'introduction répétée de la sonde à double courant, ont à peu près cessé. Il n'y a plus de sang dans les urines, et leur sédiment albuminiforme est remplacé par un peu de mucus purulent, sans odeur ammoniacale.

On persévère dans la même voie sans augmenter davantage la dose du chlorure, qui est élevée à 12 grammes.

Le 31 janvier, trente-unième jour depuis qu'on a commencé le traitement, et le vingt-unième depuis l'usage du chlorure d'oxyde de sodium, la vessie est devenue dilatable au point de recevoir 495 grammes d'eau; les mouvements de l'algalie ne rencontrent plus d'arrêt; l'eau injectée ressort de la vessie telle qu'elle y est entrée; les besoins d'uriner ne se produisent que cinq ou six fois le jour, trois ou quatre fois la nuit; et enfin, sous tous les rapports, il existe une amélioration de plus en plus manifeste.

Malgré ce mieux prononcé, rien n'est encore changé dans la thérapeutique, dont les bons effets ne se démentent pas un instant jusqu'au 10 février. A partir de ce jour, quarante-deuxième du traitement, le retour des fonctions de la vessie à l'état normal justifie l'espoir d'une entière guérison. Néanmoins, on ne renonce aux moyens employés qu'en suivant, pour chacun d'eux, une marche méthodiquement décroissante. Cette précaution peut bien n'avoir pas été inutile, puisque, le 22 mars, M. C..., qui n'a pas éprouvé la moindre recrudescence, n'a plus que le souvenir des angoisses atroces qu'il a subies.

Cette observation, sous le rapport pathologique sans doute, n'offre pas un grand intérêt. Les cas de cystites muqueuses chroniques ne sont pas rares, et il n'est pas de médecin qui n'aient eu l'occasion d'en observer d'analogues à la suite de rétrécissements de l'urètre, de calculs vésicaux, de maladies de la prostate, etc., etc. Aussi avouerai-je que mon but principal a été d'appeler l'attention sur la cause première de la cystite dans cette circonstance, sur la résistance de l'écouvmie, et en particulier sur l'emploi du chlorure d'oxyde de sodium en irrigation.

Tout le monde sait que les bains savonneux prolongés déterminent parfois une certaine irritation dans les voies urinaires. Mais on ne les a pas vus donner lieu à des accidents aussi intenses et aussi rebelles. Cela doit faire supposer qu'il existait chez le sujet une prédisposition latente dont la nature reste ignorée.

Chimiste, M. C... avait évidemment eu l'intention de saponifier sa graisse, afin de la rendre plus soluble, plus absorbable. L'idée, sans être neuve, mérite qu'on s'y arrête; car pour réussir elle n'aurait besoin peut-être que d'être convenablement appliquée. Les effets obtenus chez quelques personnes atteintes d'obésité par l'usage à l'extérieur du carbonate de potasse autorisent cette supposition. Chez M. C... la tâche eût été bien difficile, puisque la durée de la maladie, les souffrances et l'insomnie étaient restées impuissantes, alors que l'émaciation est une des conditions rigoureuses du catarrhe vésical persévérant.

Je ne crois pas que les irrigations avec le chlorure d'oxyde de sodium aient été employées contre le catarrhe vésical avant cet essai. La guérison de M. C... doit, ce me semble, leur être attribuée, car les résineux, les astringents, sous toutes les formes, restent presque toujours insuffisants pour combattre des désordres aussi profonds. La révulsion exercée par l'éruption de l'hypogastre n'a été elle-même qu'un accessoire. L'action d'un vésicatoire, d'un séton, ne saurait être appréciée différemment par ceux qui peuvent se rendre compte de l'état dans lequel se trouvait la vessie.

Doit-on préférer aux irrigations les injections avec l'huile essentielle de térébenthine préconisées par Devergie aîné; les injections avec l'acétate d'argent à faibles doses, comme MM. Bretonneau et Trousseau; ou bien à haute dose, à l'exemple de M. Ricord? Certes, malgré les succès attribués à chacune de ces injections et à celles avec le chlore d'hydragire, avec l'eau de Balaruc, etc., etc., je n'hésiterai pas à me prononcer en faveur des irrigations à jet continu, en engageant mes confrères à en contrôler l'efficacité par l'expérimentation.

DU RÉGIME A SUIVRE

pendant le traitement par les eaux de Vichy.

Par le docteur Max. Durand-Fardel, inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy (1).

Dans une série d'articles récemment publiés dans les journaux de médecine, nous avons commencé à passer en revue les principales questions qui se rattachent aux eaux minérales, et en particulier aux eaux de Vichy. Au point où en est encore aujourd'hui la science sur ces différents sujets, il est à peu près impossible d'aborder les questions spéciales sans toucher aux questions générales. Malgré l'existence d'un bon nombre d'écrits consciencieux et intéressants sur les propriétés de telles ou telles eaux en particulier, la plupart des études faites jusqu'ici sur les eaux minérales ont un caractère d'isolement, de personnalité, pour ainsi dire, qui leur enlève beaucoup de leur intérêt et de leur utilité pour les praticiens.

(1) Cet article est extrait d'un ouvrage sur les *Eaux de Vichy, considérées sous les rapports clinique et thérapeutique*, qui vient de paraître chez Germer Baillière.

Peut-être si nos premiers travaux sur ces matières ont été assez heureux pour attirer l'attention bienveillante d'un grand nombre de nos confrères, le devons-nous uniquement à ce que nous avons toujours cherché à généraliser les questions particulières, à rapprocher ce que nous avions vu nous-même à Vichy, de ce qui se passe ailleurs. Il n'est pas plus permis de borner ses études à une seule eau minérale, qu'en pathologie on ne peut se flatter de connaître une maladie, si l'on ne possède au moins quelques notions sur ses congénères, et même sur bien d'autres parties plus éloignées de la nosologie.

Nous avons traité la question thérapeutique générale dans deux mémoires insérés dans l'*Union médicale*; le premier, destiné à faire ressortir les principes qui diminuent et l'étude et la pratique des eaux minérales (1); le second, propre à faire connaître la méthode à l'aide de laquelle on peut tirer parti de la spécialité d'action des eaux minérales pour remplir les indications spéciales qui les réclament (2); enfin dans un mémoire sur la goutte, publié par la *Gazette médicale* (3), nous avons fait à une étude de pathologie spéciale l'application des principes précédemment émis.

Le travail que nous présentons ici a pour objet d'appliquer à l'hygiène ce que nous avons fait pour la pathologie et pour la thérapeutique, à propos des eaux minérales en général et des eaux de Vichy en particulier.

En effet, cette chimie inexacte, car elle confond aveuglément la chimie organique, celle qui s'accomplit dans des milieux doués de vie, avec la chimie minérale, celle des laboratoires et des corps inertes; cette chimie inexacte, que nous avons vue présider à la médecine qui règne à Vichy, a encore la prétention de diriger le régime diététique des malades qui suivent le traitement thermal, d'après les mêmes principes et, comme on va le voir, avec aussi peu de fondement. Le lecteur en jugera du moins.

Nous voudrions dans cette étude, comme nous l'aurions désiré dans les précédentes, pouvoir isoler les noms propres des choses que nous contredisons; mais c'est difficile. Faut-il redire que nous ne combattons que des idées?

Quelques-uns des médecins qui pratiquent à Vichy professent que le régime alimentaire doit y être directement subordonné à la nature chimique du traitement thermal; que, celui-ci étant alcalin, il faut, sous peine d'en détruire tous les effets, s'abstenir d'introduire le moindre acide dans l'estomac. Nous remplacerons cette proposition, qui est passée auprès des malades, à Vichy, à l'état d'axiome, par la suivante: qu'à Vichy, comme ailleurs, c'est d'après la nature de la maladie et la constitution du malade que doit être dirigé le régime diététique.

Ce n'est pas sans quelque surprise que nous nous sommes vu amené à discuter des questions aussi simples; car, ainsi qu'on va le voir, elles sont depuis longtemps résolues dans la science. Mais la préoccupation des acides a pris de telles proportions dans la pratique médicale à Vichy, qu'il nous a paru important de ramener sur son véritable terrain cette question de diététique.

Dans le cours d'une médication alcaline, dit-on, il faut s'abstenir de tout acide. Et en effet, sous prétexte « des phénomènes chimiques dont le résultat serait de paralyser l'action de l'eau et de nuire à son efficacité.... (4) » nous voyons défendre de la manière la plus rigoureuse les fruits, le moindre assaisonnement acide, le vin, le lait, le fromage à la crème, etc...

Ce sujet soulève une double question de physiologie et d'hygiène, dont la première doit servir à résoudre la seconde.

On a d'abord oublié, lorsqu'on a émis de semblables règles de diététique, que les substances alimentaires que nous prenons subissent, soit par le fait même de la digestion, soit dans le sein de nos organes, des décompositions qui les dénaturent en général complétement. Sans doute, quand nous avalons un composé d'iode, de fer, de soufre, sous quelque forme que ce soit, l'iode, le fer, le soufre, se retrouvent toujours dans nos tissus. Mais quand il s'agit de matériaux tels que ceux dont se composent nos aliments, c'est-à-dire de substances organiques, il en est tout autrement. Nous prenons des acides ou des alcalis organiques; mais l'acidité, la neutralité, ni l'alcalinité, ne sont des caractères essentiels, comme l'a dit Burdach (5). Avant d'être parvenus bien avant dans notre économie, ces substances ne seront-elles pas converties en toute autre chose? Il semble, dit M. Bernard, que la composition du liquide sanguin mette obstacle à un grand nombre de combinaisons qui s'opèrent habituellement dans le laboratoire entre les substances de nature inorganique (6).

Il nous suffira d'un exemple, parfaitement approprié à notre sujet, pour prouver ce que nous venons d'avancer.

Les fruits, avons-nous dit, sont défendus à Vichy, sous prétexte d'acidité. « Les acides malique, tartrique, etc., qu'ils renferment, sont, dit-on, des plus nuisibles à l'action et au résultat salutaire des eaux... Vous croyez introduire dans votre sang du bi-carbonate de soude, comme c'était votre intention; du tout, c'est des tartrates, des citrates, des acétates de soude que vous y infiltrez... » (Barthez.)

Malheureusement, nous sommes contraint d'objecter à cette dernière conclusion, que c'est précisément le contraire

(1) *Essai sur les propriétés thérapeutiques des eaux Vichy*, dans l'*Union médicale* des 21, 23 et 25 janvier 1851.

(2) *De la spécialité d'action des eaux minérales*, dans l'*Union médicale* des 8 et 10 avril 1851.

(3) *Mémoire sur la Goutte et son traitement par les eaux de Vichy*, dans la *Gazette médicale* des 5, 12 et 19 avril 1851.

(4) Barthez, *Guide pratique des malades aux eaux de Vichy*.

(5) Burdach, *Traité de Physiologie*, 1837, t. VIII, p. 53.

(6) Bernard, *Expériences sur les manifestations chimiques diverses des substances introduites dans l'organisme*, dans les *Archives générales de Médecine*, 1848, 4e série, t. XVI, p. 79.

qui arrive. « Woehler, disait Berzélius en 1833, a trouvé que chez l'homme, comme chez les chiens, les sels neutres produits par la combinaison des acides végétaux avec la potasse ou la soude, subissaient de la part de l'action vitale une décomposition dont le résultat était que l'alcali s'échappait par l'urine à l'état de carbonate; de sorte qu'après un abondant usage de ces sels, l'urine devenait assez alcaline pour faire effervescence avec les acides. Voilà pourquoi il arrive très fréquemment que l'*urine devient fortement alcaline* après qu'on a mangé beaucoup de certains fruits, tels que *pommes, cerises, fraises, groseilles*, etc., parce que ces fruits contiennent des citrates, des malates potassiques, que l'action de la vie décompose. Cette circonstance explique un fait constaté par l'expérience; c'est que l'usage prolongé de ces fruits fournit un moyen efficace contre les calculs ou les graviers d'acide urique (1) ».

Ces expériences de Woehler, renouvelées depuis par M. Milon (2), ont cours aujourd'hui dans la science (3); mais c'est des faits de ce genre que l'on peut dire « qu'il est impossible de prévoir rigoureusement, d'après les notions ordinaires de la chimie, les résultats de certaines expériences. » Aussi ne saurions-nous nous étonner que les médecins qui ne les connaissaient pas n'aient pas très exactement apprécié ce que les fruits deviennent dans l'économie.

Passons à un autre sujet.

Le vin est proscrit à Vichy comme devant, à l'instar des fruits, détruire toute l'efficacité du traitement thermal à cause des acides qu'il renferme. « Il faut, dit M. Petit, éviter avec soin tous les acides, et sous ce rapport supprimer le vin ou du moins en boire très peu et encore étendu d'une grande quantité d'eau.... (4). » M. Barthez affirme que le vin ne convient en aucune manière lorsqu'on boit les eaux de Vichy, parce que, contenant entre autres choses du tartrate acide de potasse et de chaux et de l'acide acétique ou vinaigre, cette boisson, mélangée avant ou pendant qu'elle est dans l'estomac ou dans le sang, se combine, décompose et neutralise les principes alcalins des eaux, et forme avec eux des combinaisons nouvelles, d'où découlent des propriétés nouvelles (p. 178).

C'est, en vérité, se faire une singulière idée des phénomènes qui se passent dans l'économie, que de se figurer les principes que nous y introduisons, se poursuivant ainsi pour exercer les uns sur les autres des réactions que personne n'a constatées et que tout nous défend d'admettre.

Or, bien que M. Barthez prétende que le vin, n'étant que « le résultat d'une mauvaise habitude de notre civilisation, n'est pas d'une nécessité indispensable, » cette question de l'opportunité de l'usage du vin pendant le traitement thermal de Vichy est loin d'être sans importance. Il n'est pas indifférent de savoir si l'on peut sans inconvénient donner du vin à des malades affaiblis, anémiques, cachectiques, comme ceux qui s'y trouvent en grand nombre; s'il faut en priver les malades des hôpitaux qui viennent refaire leur constitution délabrée par la maladie, la fatigue, la misère, des régimes vicieux ou insuffisants, etc. Probablement que les médecins qui envoient à Vichy des diabétiques y chercher un traitement alcalin, même pris dans le sens le plus chimique du mot, n'ont pas l'intention qu'on les prive, de peur d'annuler les effets des eaux, du vin, qui fait une des parties essentielles de leur traitement (5).

Que se passe-t-il donc quand on prend du vin mêlé à l'eau de Vichy?

La matière colorante du vin verdit sous l'influence des alcalins. La matière astringente se combine avec le fer de l'eau minérale, et une portion de l'acide carbonique de cette dernière cède la place aux acides du vin, tartrique, malique, acétique, et fait des tartrates, des malates, des acétates de soude. Que l'on prenne le vin ainsi ou coupé avec de l'eau pure, nous avons vu plus haut que les alcalis minéraux combinés aux acides organiques se convertissent dans l'économie en carbonates alcalins. Qu'y a-t-il donc dans ces transformations du vin de contraire à l'action des eaux de Vichy?

Faut-il ajouter à cela l'expérience répétée plusieurs fois sur nous-même, et qui nous a fait reconnaître que l'urine pouvait s'alcaliser aussi promptement quand on ne prenait l'eau de Vichy que coupée avec du vin que lorsqu'on la prenait pure?

Quant aux acides minéraux eux-mêmes, Berzélius a reconnu qu'ils ne passent pas dans l'urine et ne la rendent jamais plus acide qu'elle n'est (6). En effet, une petite quantité d'acide, vint-elle à pénétrer dans la circulation, doit être immédiatement neutralisée par la soude libre contenue dans le sang.

En voilà suffisamment pour nous édifier sur la valeur de ce fantôme des acides qui domine toute la diététique à Vichy et y condamne les malades à une assez triste cuisine en les privant gratuitement de toute une série d'aliments ou d'assaisonnements dont l'appétence se fait particulièrement sentir dans la saison chaude.

L'étude que nous venons de commencer peut encore être poursuivie sous un autre point de vue.

M. Petit prétend que, « puisque le principe acide du suc gastrique est nécessaire pour dissoudre les substances animales et les préparer aux transformations qu'elles doivent subir, il ne faut pas boire d'eau de Vichy ni aucune eau alcaline aux repas ou pendant le travail de la digestion stomacale, lorsqu'on fait usage de viande, et que par conséquent

(1) Berzélius, *Traité de Chimie*, 1833, t. VII, p. 401.

(2) Milon et Reiset : *Annuaire de chimie*, 1845.

(3) Bussy : *Sur les altérations des urines dans les maladies*, thèse d'agrégation, 1838. Mialhe : *Nouvelles recherches sur la cause et le traitement du diabète sucré*, 1849. A. Becquerel : *Séméiotique des urines*, 1843, etc.

(4) Petit : *De l'efficacité des eaux de Vichy dans les maladies désignées sous le nom d'engorgements ou d'obstructions chroniques*, 1836, p. 49.

(5) Bouchardat : *Supplément à l'Annuaire de thérapeutique pour 1846* et *Annuaire de thérapeutique pour 1848*.

(6) Berzélius : *Traité de chimie*, 1833, t. VII, p. 401.

on a besoin des acides que renferme alors l'estomac pour en opérer la dissolution (1). »

Nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que cette recommandation, qu'on la considère au point de vue théorique, expérimental ou pratique, repose sur une idée erronée.

D'abord ce n'est nullement par leurs acides ou leurs alcalins qu'agissent les divers agents de la digestion stomacale ou duodénale; on sait parfaitement aujourd'hui que c'est à la manière des ferments qu'ils agissent sur les principes alimentaires. Le suc gastrique à 100° est encore acide, mais il cesse de pouvoir dissoudre la viande, parce que les ferments sont toujours détruits à une telle température (2).

Ensuite, bien loin que les alcalins neutralisent le suc gastrique, ils en augmentent, au contraire, la sécrétion. M. Bernard l'a démontré par l'expérience suivante : on prend deux chiens, auxquels on donne une quantité semblable de viande mêlée, pour l'un d'eux, d'un peu de bi-carbonate de soude. On tue ces deux chiens au bout du même espace de temps, et l'on trouve toujours que c'est celui qui a pris du bi-carbonate de soude en même temps que la viande dont la digestion est le plus avancée. M. Bernard a vu également, sur des chiens porteurs d'une fistule gastrique, que, lorsqu'on introduisait des alcalins dans l'estomac, ceux-ci neutralisaient d'abord les acides qu'ils y rencontraient. Mais, presque immédiatement, il se faisait une réaction, et les acides affluaient en plus grande abondance. Ces expériences n'auraient pas été faites, qu'il n'est pas un médecin qui n'ait eu l'occasion de s'assurer que l'usage de l'eau de Vichy, loin d'entraver la digestion de la viande, la facilite au contraire et l'accélère. Cette observation vaut toutes les théories possibles.

Il est à remarquer, du reste, que les sécrétions alcalines des organes digestifs paraissent surtout excitées par les acides, et les sécrétions acides par les alcalins. D'un autre côté, tandis que la sécrétion du suc gastrique, comme nous venons de le voir, est augmentée par les alcalins, le vinaigre et les fruits acides diminuent notablement la production de ce fluide (3).

On voit par tous ces exemples que, lorsqu'on veut toujours appliquer à la chimie organique, c'est-à-dire à celle qui s'accomplit dans le sein de nos organes, les règles qui s'appliquent à la chimie minérale, on court risque de prendre exactement le contre-pied des choses (4). Nous ne voulons pas dire qu'il ne se passe pas dans l'organisme de phénomènes qui rentrent dans la chimie ordinaire, mais seulement qu'il ne faut pas s'attendre à les y rencontrer toujours. Les exemples que nous venons de citer montrent à quelles déceptions on s'expose alors.

Grâce aux travaux si remarquables de MM. Liebig, Bernard, Mialhe, Bouchardat, etc., la diététique a pris une face nouvelle; il est possible aujourd'hui, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie, de la diriger d'après des règles précises, certaines, et il n'est plus permis surtout de s'en rapporter à ces apparences superficielles qui trompent presque toujours dans les inductions qu'on prétend en tirer.

Le régime que les malades doivent suivre à Vichy n'empruntera donc rien de particulier à la nature chimique du traitement thermal.

Parmi ces malades, les uns ne présentent, ni dans leur constitution, ni dans leur maladie, rien qui indique la nécessité d'un régime spécial; ils n'ont qu'à suivre alors les règles ordinaires de la diététique.

Mais il en est d'autres qui présentent ou une constitution, ou une diathèse déterminée, dont le régime alimentaire doit constituer le premier traitement. Aux individus anémiques, cachectiques, il faudra un régime tonique, des viandes peu cuites, du vin pur, peu de farineux; aux individus pléthoriques présentant la diathèse azotée, aux goutteux, aux graveleux, on recommandera, au contraire, une grande modération dans l'usage des viandes, du vin et de toute alimentation stimulante. Chez quelques-uns d'entre eux, comme chez la plupart des dyspeptiques, les acides seront évités avec soin; mais nous voulons parler ici, pour les premiers surtout, des acides qui demeurent acides dans l'économie, et non de ceux qui s'y transforment en alcalins.

Quant aux individus dont les voies digestives sont elles-mêmes affectées, ils suivront les indications spéciales que la nature de leur maladie, que les dispositions individuelles des organes de la digestion leur prescriront. C'est ainsi qu'il en est de ceux dont l'estomac ne peut tolérer la présence d'aucun acide (5).

Maintenant, le traitement thermal doit également être pris en considération sous différents rapports.

(1) Petit : *Du mode d'action des eaux de Vichy*, 1850, p. 73.
(2) Magendie : *Cours fait au Collège de France*, 1851.
(3) *Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*, 1851, article DIGESTION.
(4) On lira avec fruit, sur ce sujet, le *Traité de l'art de formuler*, 1845, de M. Mialhe, ouvrage fort remarquable, dont nous n'acceptons cependant pas toutes les doctrines.
(5) Sandras : *Traité pratique des maladies nerveuses*, 1851, t. II, p. 373.

Ainsi, les malades se tiendront en garde contre l'appétit que développent quelquefois les eaux de Vichy, et qui souvent ne saurait être satisfait sans inconvénient, surtout lorsque les voies digestives sont elles-mêmes en mauvais état.

L'excitation déterminée par les eaux de Vichy commandera quelquefois un régime doux et rafraîchissant.

Enfin, le seul fait de l'administration du traitement thermal fait à tous une loi de la sobriété et d'une exacte observance de principes diététiques un peu rigoureux; nous n'entendons pas par là des privations inutiles ou même nuisibles. C'est ainsi que le vin et les fruits, le premier comme tonique, les seconds comme rafraîchissants, devront être le plus souvent *prescrits* aux malades qui suivent le traitement thermal, lorsque ceux-ci ne présenteront pas quelque contre-indication spéciale à leur usage. Aucun doute sérieux ne saurait s'élever à ce sujet.

Enfin, il est des circonstances où, sous l'influence salutaire de ce même traitement, les dyspeptiques, les diabétiques eux-mêmes, pourront se départir un peu de la sévérité de leur régime habituel.

Tel est le véritable point de vue sous lequel nous paraît devoir être envisagée la diététique à Vichy; comme nous l'avons fait ailleurs pour la théorie et pour la pratique des eaux de Vichy, nous la déduisons des notions que la physiologie, la chimie, la pathologie et l'observation dégagée de toute idée préconçue nous ont permis de rassembler.

DES BONS EFFETS DE L'AMMONIAQUE

contre les conséquences éloignées des boissons alcooliques;

Par M. DALLAS, médecin à Odessa.

Depuis longtemps on connaît les bons effets de l'ammoniaque contre l'ivresse. Le fait suivant semblerait prouver que ces effets sont encore utiles contre les troubles qui suivent moins immédiatement l'abus des alcooliques.

Je fus appelé, dit M. Dallas, auprès d'un commis-négociant. C'est un Russe d'une quarantaine d'années, adonné depuis très longtemps aux excès de boisson. J'avais déjà guéri cet homme de plusieurs maladies, à différentes reprises; mais il n'avait pas osé, me dit-il, avoir recours à moi pour cette fois encore, parce qu'il avait oublié de me remercier pour mes cures antérieures. Il s'était donc adressé à un autre médecin, qui l'avait saigné, purgé, etc., sans aucun profit. Enfin, son patron lui ordonna de se faire traiter par moi.

Je le trouvai dans une agitation extrême, incapable de rester une minute en place, regardant de côté et d'autre d'un air effaré; les yeux injectés, le pouls petit et fréquent.

Il me parla de maux de tête insupportables, de la difficulté qu'il avait de lire dans son livre de prières, tandis qu'auparavant il voyait très bien; il me rendit enfin compte très exactement et très raisonnablement de tous les symptômes de sa maladie, et puis il ajouta d'une voix basse et entrecoupée : J'ai encore quelque chose de très important à vous dire; je sais que vous n'y ajouterez pas foi, que vous n'en croirez pas un mot, et pourtant je vous jure que c'est de la plus grande vérité. Chaque soir, à six heures, j'entends un bruit particulier; je vois monter par cet escalier, un à un, une longue file de petits diables qui entrent dans ma chambre, qui se mettent à sauter et à danser, qui me tirent par les bras, par les pieds, qui s'élancent sur ma tête, et ne me laissent pas un moment de repos jusqu'au matin. Je les vois, ajoutait-il, comme je vous vois, et j'appelle ma femme et mon fils pour les leur montrer; je les leur fais toucher du doigt, mais ils disent qu'ils ne voient rien.

Sa malheureuse femme me dit en effet que son mari n'avait pas fermé l'œil depuis quatorze jours, et qu'il passait toute la soirée et toute la nuit aux prises avec ces diables qu'il ne cessait d'asperger inutilement d'eau bénite, et le reste de la journée à parler des tourments endurés pendant la nuit et de ses craintes pour la nuit suivante.

Il ne me fut pas difficile d'attribuer tous ces phénomènes extraordinaires à ses habitudes bachiques; et, en l'absence de toute autre indication pressante, l'idée me vint de lui administrer l'ammoniaque liquide. Il en prit quatre gouttes dans chaque verre d'eau.

Quelques jours après ce traitement, ce malheureux dormait d'abord quelques heures le matin, et puis même dans la nuit; peu à peu les diables diminuèrent, et puis disparurent; sa vue s'améliora; au bout d'un mois cet homme était parfaitement rétabli et put se remettre à son travail.

Je l'ai revu dernièrement; voilà plus de deux mois qu'il est tout à fait guéri et parfaitement sobre.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'ai pas dit que M. Lüer fût mon plagiaire; je suis persuadé, au contraire, qu'il n'avait pas connaissance de mon mémoire de 1843. Mais j'ai dit et je répète que son instrument *est basé sur le principe* dont j'ai le premier obtenu la réalisation; ce principe est *le pivotement de la tige saisie par le travers et son placement en long dans la direction de l'urètre.*

Ce pivotement, je l'ai opéré par trois mécanismes bien distincts qui pourraient constituer autant de procédés: 1° au moyen de l'échancrure de la gaîne de la pince à deux branches, comme je l'ai fait voir dans votre numéro du 15 avril; 2° en changeant la forme et les rapports des mors du brise-pierre à coulisse, et les accollant, non pas directement, mais latéralement, comme le montrent les fig. 1 et 2; 3° au moyen de petits rateaux qui, glissant sur le point de jonction des deux branches et rencontrant dans leur course la tige brisée saisie par le travers, la forcent de basculer et de se loger longitudinalement entre ces mêmes branches.

J'ai combiné ces rateaux avec trois espèces de pinces : avec la pince à pansement excavée en double cuiller (fig. 3, 4 et 5); celle-ci est applicable à la femme; avec une pince à deux branches élastiques et à *gaîne sans échancrure;* avec des brise-pierres à double cuiller.

M. Lüer opère le pivotement par un quatrième mode d'application de principe. Ce mode d'application lui appartient : est-ce un perfectionnement ou un simple changement? C'est ce que la commission de l'Académie examinera et ce que décidera l'expérience.

C'est à tort que M. Lüer donne à entendre que le rapport du 6 septembre 1841 avait seulement en vue l'instrument décrit dans votre numéro du 15 avril. Les conclusions un peu dures, pour ne pas dire plus, s'adressaient *au procédé nouveau.* La question était bien réellement posée comme elle l'est encore aujourd'hui entre la taille et l'extraction par des moyens mécaniques sans incision.

Agréez, etc. LE ROY-D'ETIOLLES.

M. le docteur Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau le mercredi 30 courant à neuf heures, et les continuera le mercredi de chaque semaine. — La visite aura lieu à huit heures.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution; mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 49. — MARDI 29 AVRIL 1851. (24e ANNÉE.) N° 49. — MARDI 29 AVRIL 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 28 AVRIL 1851.

Des eaux minérales

SOUS LE RAPPORT MÉDICAL ET ÉCONOMIQUE.

S'il est des produits employés dans l'art médical qui méritent à juste titre de fixer l'attention des praticiens, il n'en est pas de plus intéressants, selon nous, que les eaux minérales, ces potions naturelles qui sortent toutes préparées du sein de la terre, comme les appelait Duclos, qui, de concert avec Bourdelin, publia, dès 1775, un traité sur les eaux minérales, traité dans lequel il a classé les eaux et a cherché à en faire connaître les propriétés.

Malgré tout l'intérêt que doivent inspirer les eaux minérales, elles n'ont point été considérées jusqu'ici comme une branche du revenu public, et cependant elles pourraient être regardées comme telles. En effet, que deviendraient les habitants de Vichy, de Bains, de Plombières, de Néris, etc., etc., si ces localités ne possédaient des sources près desquelles on accourt de toutes les parties de la France et souvent de l'étranger, et si le malade qui a besoin de santé n'allait y verser une partie de son revenu, tandis qu'en même temps le voyageur qui aime les lieux de réunion va y porter une partie de l'argent qu'il dépenserait dans d'autres localités?

Les gouvernements ont tenté, à diverses reprises, de faire quelque chose en faveur des eaux minérales; mais les discussions qui précèdent l'adoption du budget ont toujours été la cause de l'abandon de ces idées généreuses, idées qui, mises en pratique, auraient fructifié et auraient porté, dans diverses parties de la France, des sommes considérables, sommes qui se seraient répandues pour la plupart dans des localités éloignées du centre. En effet, admettons qu'il y ait en France 1,000 sources d'eaux minérales, et nous n'allons pas trop loin en établissant ce chiffre; si ces eaux étaient exploitées, les malades qui iraient à ces sources y laisseraient des sommes plus ou moins considérables; si nous fixons pour chaque source une somme de 1,000 fr., on aura répandu dans le pays 10,000,000 de fr., qui porteront dans des climats presque déserts et l'amélioration et le bien-être (1).

(1) M. Bertrand estime à 400,000 fr. l'argent apporté au Mont-Dore par les étrangers: Pâtissier dit que les baigneurs laissent 600,000 fr. à Vichy, 15 ,000 à Bourbon-l'Archambault, de 250 à 300,000 à Bourbonne-les-Bains, et 30,000 à Bagnols (Lozère), etc.

Les gouvernements ont cherché à produire ces améliorations. En effet, dès la création de l'Académie de Médecine, cette savante compagnie fut chargée de répondre à toutes les questions qui lui étaient adressées par le gouvernement relativement aux eaux minérales. L'Académie, pour répondre à son institution, chargea une commission de tout ce qui concerne les eaux minérales; de plus, elle créa un laboratoire dans lequel on soumet à l'analyse les eaux qui lui sont adressées officiellement, par les ordres de l'administration, et sur lesquelles il est utile de se prononcer.

Tout récemment, l'un de nos honorables collègues, M. Dumas, conçut l'heureuse idée d'envoyer près de quelques sources minérales des élèves en médecine et en pharmacie, à l'effet, pour les premiers, d'étudier l'action chimique des eaux, de suivre le traitement des malades, de constater les guérisons ou les améliorations déterminées par les eaux; pour les seconds, de procéder sur les lieux même, ce qui est utile à l'examen chimique des eaux, afin de constater la nature des gaz qui se dégagent, de déterminer la composition de ces eaux; mais M. Dumas eut à combattre contre la question d'argent, et une belle institution, une institution qui pouvait avoir les plus beaux résultats sous le rapport médical, sous le rapport du bien-être des habitants des localités où sourdent les eaux, n'aura peut-être eu qu'une seule année d'existence!

Nous ne savons, nous ne pouvons nous expliquer comment les représentants des départements dans lesquels se trouvent les sources d'eaux minérales n'ont pas appuyé les idées de progrès émises et exécutées par M. Dumas, n'ont pas repoussé la réduction de cette minime somme d'argent, réduction si nuisible aux départements qu'ils représentent!

La description des eaux minérales de la France, de leurs propriétés, ne pouvait être faite par un seul homme; M. Dumas a encore conçu l'idée de faire rédiger un *Annuaire des eaux de la France*, et il a chargé de la rédaction de cet Annuaire des membres de l'Académie de Médecine et de la Société centrale d'agriculture, parmi lesquels se trouvent des membres de l'Institut. Espérons que ce travail, dont le premier volume doit paraître incessamment, se continuera, et que le pays saura quelles sont les eaux qui sourdent en France et quel est le parti qu'on peut en tirer.

Nous osons espérer que les travaux ordonnés par M. Dumas seront continués, et que, sur la demande des représentants des départements qui possèdent des sources d'eaux minérales, on continuera le travail commencé en 1850, et qu'on créera plus tard une commission de jeunes chimistes et de jeunes médecins qui seront chargés, comme l'ont été les internes des hôpitaux de Paris désignés par un concours spécial, de suivre la clinique près des sources et de faire des analyses des eaux près desquelles ils seront dirigés; et, pour justifier cette mesure, disons qu'il n'y a pas encore trente ans qu'on a découvert dans les eaux minérales l'iode, le brome, l'acide chromique, l'arsenic, le cuivre, etc.

Les élèves distingués qui seront choisis pour ces études les suivront avec d'autant plus d'intérêt, qu'ils seront chargés de continuer les travaux de Leroy (de Montpellier), de Home, de Margraff, de Black, de Venel, de Bayen, de Monn, de Bergmann, de Duclos, de Bourdelin, de Fourcroy, de Vauquelin, de Thénard, de Berzélius, d'Ossian Henry, de Tripier, et de tant d'autres qui ont fait successivement avancer, par leurs travaux, la science hydrologique.

A. CHEVALLIER,
professeur à l'Ecole de Pharmacie.

De l'inoculation

DES SYMPTOMES SECONDAIRES DE LA SYPHILIS.

En publiant le travail de M. Waller sur la transmission naturelle et l'inoculation artificielle des symptômes secondaires de la syphilis, nous n'avons entendu prendre sous notre responsabilité, ainsi que nous avons eu soin d'en prévenir nos lecteurs, ni toutes les opinions du savant médecin allemand, ni toutes ses observations, ni surtout le procédé d'investigation qu'il a adopté après le fâcheux exemple donné par les inoculateurs français. Nous aurons occasion sous peu de temps de nous expliquer catégoriquement sur ce procédé; mais nous ne devons pas laisser passer cette nouvelle occasion sans répéter que nous condamnons énergiquement ce genre d'expérimentation pratiqué sur l'homme, comme étant absolument contraire aux devoirs du médecin : que ce procédé soit mis en usage en France ou à l'étranger, par nos adversaires ou par nos amis, notre opinion à son égard ne saurait varier; elle ne variera pas. Nous ajoutons, en ce qui concerne M. Waller, que cet expérimentateur a poussé au delà de toutes les bornes la licence expérimentale.

Jusqu'à présent, on s'était contenté d'inoculer à l'aide de simples piqûres de lancette les produits de la sécrétion syphilitique sur des malades déjà affectés de syphilis, et, lorsque par exception on avait, comme M. Vidal, porté le germe morbide sur les tissus de l'homme sain, ce n'avait été que d'après le consentement ou même sur les instances de celui-ci. M. Waller va beaucoup plus loin; il prend de malheureux enfants, dépourvus de libre arbitre et de protection, dont la constitution est déjà altérée par des affections diathésiques graves, et c'est sur ces constitutions débilitées qu'il va porter une nouvelle cause de détérioration! Nous n'hésitons pas à dire que c'est là manquer de la manière la plus grave aux obligations du médecin en général et du médecin d'hôpital en particulier.

Mais, après avoir apprécié comme il convient le procédé employé par M. Waller, nous ne devions pas laisser dans l'oubli ses expériences, puisqu'elles pouvaient concourir à la

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Depuis la révolution de février, on s'est pris d'un bel amour pour l'assistance publique, qui jusqu'alors avait été considérée comme le rêve creux des esprits malades ou des idéologues, ce qui était la même chose. Tout cela est bien changé aujourd'hui : il n'est si mince fonctionnaire, si petit écrivain, si prétendu penseur qui ne s'intitule fastueusement philanthrope et qui ne propose tous les matins un nouveau plan d'assistance publique.

A moins de dérayer complétement, il reste peu de chose à faire dans cette voie, surtout à l'égard des pauvres des villes, pour lesquels la charité publique et la charité privée ont fait de véritables prodiges. On s'est, en désespoir de cause, rabattu sur la campagne, et l'idée de soulager nos paysans est une de celles parmi tant d'autres qui ont obtenu le plus de faveur et de crédit depuis trois ans.

Malheureusement les innovations ne sont pas faciles dans notre siècle, où, plus que dans tout autre, on peut s'écrier avec Salomon : *Nil novum sub sole*, et principalement en fait d'assistance publique; force donc a été aux philanthropes de fraîche date de reprendre en sous-œuvre les moyens proposés par nos devanciers, bien que l'expérience et une discussion approfondie en eussent depuis longtemps montré l'insuffisance et l'inanité.

Parmi ces moyens se place en première ligne l'institution des médecins cantonaux, qui soulève un enthousiasme presque lyrique chez tous les nouveaux convertis à la charité publique dans les campagnes. Ici des préfets proposent cette institution aux conseils généraux, qui l'ajournent; là certains grands journaux (voir les *Débats* du 23 avril) entonnent en son honneur un dithyrambe auprès duquel serait de la Saint-Jean l'hymne en faveur d'une mesure de salut public.

La question nous touche d'assez près pour qu'il nous soit permis de l'aborder ici.

Disons d'abord en passant que l'idée de médecins cantonaux n'est pas neuve : l'application en fut faite pour la première fois dans le département du Bas-Rhin en vertu d'un arrêté préfectoral en date du 31 octobre 1810; depuis cette époque, l'exemple a été suivi par les départements du Haut-Rhin, de Saône-et-Loire, de la Haute-Saône, de la Moselle et d'Ille-et-Vilaine. En 1848, M. de Tocqueville fit la proposition de cette institution au conseil général de l'Oise, et M. Dubessey, préfet du Loiret, en a proposé l'adoption dans la dernière session du conseil général de son département.

Certes, la France n'a pas montré, il faut en convenir, un bien grand empressement à suivre le département du Bas-Rhin dans la voie où depuis 1810 il était entré, et nous pouvons déjà déduire de ce fait que la mesure n'est peut-être pas aussi efficace qu'on voudrait bien le dire.

Examinons sommairement quelques faces de ce problème, qui, par les idées d'assistance publique qui courent et par l'élaboration des propositions préfectorales pour la prochaine session des conseils généraux, nous présente un caractère incontestable d'actualité.

Il est un fait que personne ne peut mettre en doute, c'est que le chiffre des médecins en France n'est pas en rapport avec celui de la population. Dans mon *Annuaire médical de la France* j'ai établi, et en cela je suis d'accord avec M. Lucas Championnière, que le nombre des médecins était de 18,000 à 19,000; c'est donc en moyenne 1 praticien sur 1,902 habitants, ce qui évidemment n'est pas assez.

Il est également constant que la répartition des médecins est fort inégalement faite sur le territoire, et que telle localité, par exemple, compte, la population égale d'ailleurs, deux et même trois fois plus de praticiens que telle autre.

Cette différence tient évidemment à ce que, dans la première localité, les médecins trouvent une compensation à leurs travaux et à leurs fatigues qu'ils ne rencontrent pas dans la seconde. Par conséquent les lieux où l'on voudra créer des médecins cantonaux doivent être considérés comme très ingrats pour la profession médicale, puisque aucun praticien ne juge convenable de s'y établir.

C'est en vain que vous espérez en attirer quelqu'un par l'appât d'appointements qui varieront, selon la munificence des conseils généraux ou communaux, de 200 à 400 fr. par an; l'homme prudent et sage ne joue pas son avenir sur un aussi faible enjeu. M. de Salvandy avait si bien compris les difficultés de cette position, que, pour avoir des médecins cantonaux qu'il créait en quelque sorte afin de se prémunir contre les attaques que lui préparaient les partisans des officiers de santé, M. de Salvandy, disons-nous, instituait des élèves boursiers, qui s'engageaient à pratiquer pendant dix ans dans les localités qui leur seraient désignées. Avec de semblables précautions on peut espérer de faire face à toutes les nécessités, tandis qu'avec 400 fr., maximum, vous ne déciderez jamais un médecin à s'établir dans un hameau ou un village qui ne lui offriront pas d'autres chances de fortune.

Sans doute rien ne sera plus facile que d'établir des médecins cantonaux dans les localités déjà pourvues d'un ou de plusieurs praticiens; les émoluments attachés à cette place seront un surcroît de bénéfices qu'aucun d'eux ne refusera, soyez-en sûr; mais ce n'est pas tout.

D'abord ne faudra-t-il pas abandonner les circonscriptions cantonales et dresser des circonscriptions médicales? La Faculté de médecine de Strasbourg, dans les observations qu'elle publia en 1847 sur le projet de loi de M. de Salvandy, réclamait ce changement et la chambre des pairs l'adoptait en principe, et pour cette raison changeait le nom de médecin cantonal en celui de médecin de charité. Qui établira les nouvelles circonscriptions? La loi Salvandy créait des conseils médicaux sur lesquels la Faculté de Strasbourg faisait également porter l'institution des médecins cantonaux. Rien de cela n'existe aujourd'hui, et pourtant on a la prétention de faire fonctionner un nouveau rouage au milieu d'une machine qui n'est pas arrangée pour le recevoir.

En second lieu, qui payera les médecins cantonaux? Sera-ce la commune? sera-ce le canton? sera-ce l'arrondissement? sera-ce le département? sera-ce l'Etat? Ecoutez la Faculté de Strasbourg, qui à coup sûr doit être compétente dans cette question, puisque le département où elle siége jouit depuis 1810 de l'institution des médecins cantonaux : « Le traitement des médecins cantonaux, dit-elle, devrait être supporté par les communes intéressées, par le département et par l'Etat lorsque les ressources locales seraient

ruine, heureusement prochaine, d'un système aussi faux en théorie que fatal dans la pratique.

Ce n'est pas, nous aimons aussi à le répéter, que les deux expériences nouvelles de Waller, pas plus que celles de M. Vidal et de M. Cazenave, donnent une plus grande certitude aux observations cliniques rigoureusement interprétées; car la certitude est une; elle n'a point de degrés, et les observations cliniques étaient parfaitement concluantes pour tous les esprits sérieux et libres de toute préoccupation systématique. Mais on ne peut se dissimuler que ces observations demandaient une certaine contention d'esprit pour être interprétées, pour être distinguées de celles qui n'étaient qui douteuses, enfin pour être recueillies au lit du malade. Or, dans la médecine comme ailleurs, il y a un certain nombre d'esprits ou débiles, ou paresseux, ou légers, qu'on ne parvient à convaincre que par des faits frappants, et dont l'intelligence ne demande aucun effort. C'est là ce qui explique en grande partie la faveur passagère de la doctrine physiologique; c'est là aussi ce qui explique la faveur, non moins éphémère, de la doctrine des inoculateurs, dont toute la science, ainsi qu'on l'a dit avec autant de raison que d'esprit, se trouve à la pointe d'une lancette. C'est à ce point de vue aussi que les expériences nouvelles de MM. Vidal, Cazenave et Waller auront leur utilité pour la science. Qu'on ne s'y trompe point, cependant, ces expériences, si elles se répétaient fréquemment, auraient aussi leur mauvais côté au point de vue scientifique. J'ai déjà dit ailleurs et j'aurai souvent occasion de le dire encore : Parmi les graves reproches qu'on peut adresser aux inoculateurs se trouve celui d'avoir fait de l'inoculation un moyen de diagnostic. Il en résulte que, dans les cas douteux, les jeunes adeptes que n'a point encore éclairés une saine pratique inoculent dans ces cas, et se croient parfaitement rassurés sur la nature de la maladie quand l'inoculation n'a pas donné de résultat positif. Or c'est là une confiance d'autant plus funeste, qu'elle conduit à l'inaction thérapeutique et qu'elle compromet par conséquent l'avenir des malades, ainsi que la pratique des inoculateurs nous en fournit de trop nombreux exemples. Acceptons donc les résultats des expériences nouvelles pour les conséquences scientifiques qu'elles entraînent; mais gardons-nous bien, si nous tenons à la santé de nos malades, de les prendre imprudemment pour guide dans notre pratique. Empressons-nous d'ailleurs de reconnaître que les expérimentateurs qui les ont faites sont loin de donner ce pernicieux conseil. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Hernie inguinale droite étranglée. Opération. Guérison. — Dispositions particulières des enveloppes de la hernie (tunique vaginale).

Au nº 20 de la salle Sainte-Vierge est couché un jeune homme nommé Grauche, âgé de vingt ans, grand et d'apparence assez frêle, maigre, d'un tempérament nerveux et impressionnable, exerçant le métier de polisseur. Il a de pâles couleurs, se rappelle avoir eu dans sa jeunesse des maux d'yeux qui ont duré assez longtemps. Deux jours avant son entrée dans nos salles, il fit une chute à la suite de laquelle il vit apparaître une tumeur assez volumineuse à la région inguinale droite, qui ne tarda pas à devenir douloureuse, à suspendre les selles et à occasionner des vomissements. Déjà deux fois, à la suite d'efforts, la même tumeur s'était fait voir au même endroit; mais chaque fois le repos et des topiques émollients avaient suffi pour la faire disparaître. Cette fois elle résista à tous ces moyens; un médecin appelé reconnut une hernie; mais la voyant résister aux taxis répétés qu'il entreprit, il nous l'envoya, jugeant une opération nécessaire. La peau est un peu rouge en cet endroit; la tumeur, du volume d'un gros œuf de dinde, occupe la partie la plus interne de l'aine droite, s'avance jusque dans la partie supérieure du scrotum et fait une saillie qui se confond avec celle que produit le testicule en cet endroit; un cordon assez volumineux et semblant appartenir à la tumeur occupe le canal inguinal correspondant. Le ventre est douloureux et dur; à travers les parois abdominales, on sent distinctement des noyaux résistants, qui ne peuvent être autre chose que des matières fécales accumulées dans l'intestin. La constipation est opiniâtre; de l'angoisse, une fatigue générale tourmentent le malade, qui se tord dans son lit et ne peut pas rester tranquille un seul instant. Les vomissements se sont répétés cinq fois dans la nuit; le malade ne peut plus rien ingérer sans le rendre immédiatement. A tous ces caractères, nous reconnaissons suffisamment une obstruction du canal digestif. La tumeur nous fait croire que la cause de cet état est due à une anse intestinale engagée dans l'anneau inguinal; c'est à une hernie que nous avons affaire, et de plus, à une hernie inguinale droite étranglée. Mais cette hernie ne rentre pas dans la catégorie ordinaire. Comme nous l'avons dit, elle se continue dans l'anneau, et sans occuper cependant tout le scrotum. Les viscères paraissent engagés dans la tunique vaginale. On dirait une hernie congénitale, et cependant le malade affirme n'avoir jamais été traité pour cela, n'avoir jamais porté de bandage et n'avoir remarqué la tumeur dont il est question qu'aux trois intervalles dont nous avons parlé. Comment, dès lors, l'intestin a-t-il pu pénétrer dans la tunique vaginale, qui, à l'âge de notre malade, est close de toutes parts? Chez l'enfant, ces sortes de hernies sont fréquentes, on le sait; car, la tunique vaginale n'étant qu'un appendice, qu'un diverticulum du péritoine, la cavité qu'elle intercepte est en rapport de communication avec celle du péritoine. Cela explique la fréquence des hernies congénitales. Or cette communication persiste un certain temps après la naissance, elle tend, il est vrai, à se diminuer de plus en plus, mais ce n'est guère qu'à l'âge de cinq à six ans que l'oblitération est complète; on concevra donc la possibilité de ces hernies jusqu'à cet âge; on concevra que l'intestin puisse distendre peu à peu, écarter insensiblement l'anneau constricteur du pédicule de la tunique vaginale, et, par une puissance particulière, s'y engager d'une manière plus ou moins complète; et la même chose pourrait encore s'opérer après l'âge que nous venons de dire, si on admet qu'un petit opercule puisse persister encore jusqu'à une époque quelquefois avancée. Mais cette circonstance ne serait qu'une cause prédisposante à ces hernies, et n'en pourrait pas être la cause effective.

Or, chez notre sujet, pas de hernie congénitale. Il est arrivé jusqu'après dix-huit ans sans avoir jamais rien vu apparaître de pareil; et ce n'est qu'après cet âge que cette infirmité lui arrive soudainement, mais en hésitant cependant en quelque sorte à s'établir d'une manière complète. Ce serait donc un cas particulier et bien digne de remarque, puisque nous ne pouvons admettre que la hernie ait pénétré dans la tunique vaginale par une éraillure de son sac propre, comme on l'a vu quelquefois, la hernie présentant un prolongement en forme de cordon qui occupe l'anneau inguinal et accompagne le pédicule de jonction de la tunique vaginale tout en paraissant bien confondu avec ce pédicule. Notre sujet devait donc être disposé à ces sortes de hernies dans la tunique par la persistance du petit opercule dont nous avons parlé; et ce n'est qu'à un moment donné qu'une cause accidentelle quelconque a dû occasionner le passage de l'intestin par cette petite ouverture.

Parlons maintenant du mécanisme possible de l'étranglement dans le cas qui nous occupe. M. Malgaigne a avancé que c'était à l'inflammation qu'était dû l'étranglement de l'intestin hernié et de son sac, et non à l'étranglement qu'était due l'inflammation; et dès lors il a assuré que des moyens antiphlogistiques et des topiques émollients devaient produire les résultats d'un taxis efficace. Pour mon compte, je crois que c'est à l'étranglement qu'est due l'inflammation, et que sans un prompt secours la gangrène n'aurait pas tardé à s'établir dans la tumeur. Je pense, en outre, que c'est à un cas ordinaire (sous le rapport de l'étranglement) que nous avons affaire, en avançant que l'étranglement est opéré ici par le collet du sac et non par l'anneau, ce qui n'est que l'exception. Et, ce qui prouve la réalité de cette assertion, opinion de ce diagnostic, c'est que la tumeur est mobile jusqu'à un certain point, c'est qu'elle peut être assez facilement attirée et repoussée, ce qui n'aurait pas lieu si l'anneau la retenait dans une position immobile.

Voici maintenant d'autres caractères propres à la tumeur dont nous avons tenté la guérison. La douleur y est vive, mais ne paraît pas se propager directement dans le ventre; ce qui porte à croire que l'inflammation y est circonscrite, qu'elle n'y est pas encore à son paroxysme et de plus qu'elle ne s'est pas propagée au reste des viscères. Cette tumeur est fluctuante, mais pas de cette fluctuation seulement propre à l'intestin qu'on presse sous le doigt, mais de celle propre au liquide, ce qui donne à penser qu'une certaine quantité de sérum envelopperait l'anse intestinale.

Après ces considérations, M. Velpeau procède ainsi qu'il suit à l'opération :

Opération. — Une incision longitudinale découvre l'anneau inguinal et ouvre une portion de la tunique vaginale; on y aperçoit une anse d'intestin d'apparence assez saine; seulement une lame mince d'épiploon recouvre l'intestin comme un voile; une quantité notable de sérum s'échappe de la plaie; le collet du sac est débridé avec assez de peine, et dès lors, sans qu'il soit nécessaire de porter le bistouri sur l'anneau, l'intestin se laisse refouler et va bientôt reprendre sa place.

La plaie qui résulte de cette opération est nette et régulière, et engage le chirurgien à tenter une réunion immédiate, dans l'espérance que l'intestin ne continuera pas à être malade, qu'il ne s'ouvrira pas dans la cavité abdominale, et que, l'inflammation s'éteignant bientôt, il ne se fera ni dépôt de matières fécales, ni accumulation de liquide purulent, deux causes qui amèneraient bientôt la péritonite la plus à craindre. En conséquence, une suture entortillée rapproche les bords de la plaie. Le malade, reporté dans son lit, ne tarde pas à aller à la selle; les vomissements cessent désormais.

Le 17, le lendemain à la visite, le malade se trouve bien; mais le pouls est petit et fréquent, en un mot, abdominal. La soif est grande. Il y a un peu d'agitation. Dans la crainte d'accidents inflammatoires, une saignée de deux palettes est pratiquée. — Tisane de gomme.

Le 18, le malade est dans de bonnes conditions. Dans son inconséquence de jeune homme, il se croit guéri; il voudrait manger. Des craintes de péritonite ne doivent pas encore être rejetées.

Le 20, même état; 20 sangsues sont appliquées sur l'abdomen. Le cours des matières est parfaitement rétabli. — Levée du premier appareil.

Le 22, rien d'inquiétant. La langue est bonne; les selles se représentent d'une manière normale, et à des intervalles ordinaires; le pouls est meilleur, il est plus plein et a perdu ses caractères de pouls abdominal. Le malade mange deux potages. Le ventre n'est plus douloureux que d'une manière circonscrite, et aux environs des piqûres de sangsues. C'est donc un état satisfaisant, et qui doit inspirer de la confiance pour l'avenir.

Le 23, le pouls est bon; il présente une forme particulière, il est intermittent après chaque cinquième pulsation. La plaie est belle, la suppuration en est de bonne nature; elle est cicatrisée de place en place, mais au moins dans la moitié de son étendue. — Même régime; pansement.

Le 28, pas de fièvre; appétit. La plaie, réunie par première intention en certains endroits, suppure en d'autres, mais d'une suppuration de bonne nature. Les piqûres de sangsues se sont aussi prises à suppurer. Les digestions se font bien; la langue est belle. Un peu de douleur persiste encore aux environs du lieu où les sangsues ont été appliquées.

Le 30, état satisfaisant; le malade ne se plaint plus de rien; mais le pouls est petit et la circulation peu active, sans pour cela que le malade en souffre en aucune façon.

---

insuffisantes. Cette disposition donnerait à l'institution la stabilité et le développement que réclame l'intérêt public. »

Voyez donc déjà tout ce qu'il faut pour donner la stabilité à l'institution des médecins cantonaux, au dire de ses plus fougueux partisans : 1º Elèves boursiers qui s'engageraient à remplir ces fonctions pendant dix ans; 2º conseils médicaux chargés de la surveillance, de la nomination, etc., etc., des médecins cantonaux; 3º enfin nouveau chapitre de dépenses porté sur les registres de la commune, du département et de l'Etat.

Sait-on à combien s'élève ce nouveau chapitre de dépenses? M. Dubessey, préfet du Loiret, va nous l'apprendre; nous lui cédons la plume un instant : « Traitement de quarante médecins cantonaux, calculé de 100 à 200 fr., destiné à les indemniser de leurs frais de déplacement, et augmenté des rétributions qu'on est en droit d'exiger des communes, au nombre de 90 environ, assez riches pour ne pas prétendre à un service gratuit, 6,000 fr.

Frais de médicaments.	4,300
Frais d'inspection.	700
Primes aux médecins qui auront montré le plus de zèle.	1,000
	12,000 fr.

Le *Journal des Débats* fait suivre ces chiffres des observations suivantes : « Cette somme (calculée pour le département du Loiret) serait variable suivant la richesse des départements, le nombre et la richesse des communes et le nombre des chefs-lieux de canton; mais il est facile de voir, d'après la statistique communale et cantonale de chaque département, que la différence approximative ne saurait entraver rigoureusement l'adoption d'une mesure que nous recommandons à toute l'attention des conseils généraux. »

Les *Débats* me permettront de préférer à la leur l'opinion de la Faculté de Strasbourg, plus compétente qu'eux en cette matière, et de penser que l'Etat doit intervenir pour assurer la stabilité de l'institution des médecins cantonaux.

Or, si l'Etat est obligé d'intervenir, tenez pour assuré que les départements et les communes se feront plus pauvres qu'ils ne sont, et ce n'est pas beaucoup dire, pour s'exonérer autant que possible de leur nouvelle charge; de telle sorte que le budget social, déjà si lourd, sera grevé au moins d'un nouveau million.

Si l'Etat, au contraire, refuse d'intervenir et laisse la dépense à la charge des départements et des communes, croyez-en la Faculté de Strasbourg, l'institution n'aura aucune stabilité.

Mais laissons les questions de finances, et revenons à une partie qui ressort mieux de notre compétence.

Le préfet du Loiret veut instituer des médecins cantonaux, très bien; qui va les nommer? car les pauvres, plus peut-être que les riches, réclament des soins intelligents et éclairés. La Faculté de Strasbourg s'exprimait en ces termes en 1847 : « Les médecins cantonaux seraient nommés par les préfets sur une liste de présentation de trois candidats, dressée, à la suite d'un concours pour chaque place vacante, par les conseils médicaux. » Cette solution est impossible, puisque les conseils médicaux n'existent pas. — Le concours devant une autre juridiction est également impossible dans la pratique. Voulez-vous de la nomination directe par le préfet, ou de la nomination par le préfet sur une liste dressée par la Faculté ou l'Ecole secondaire dans la circonscription de laquelle se trouverait la place vacante? Laissez-moi vous rappeler ce qu'à cette même place j'écrivais en 1847 sur cette question : « Quelle garantie de savoir offrira l'élu du préfet? Quelle confiance voulez-vous que l'on accorde à un homme dont les seuls titres de recommandation seront peut-être le favoritisme ou la courtisanerie? La vie de l'indigent, l'hygiène publique, la médecine légale, etc., sont-elles donc de si peu d'importance qu'il faille inconsidérément les confier au premier intrigant venu?..... Je veux même que le choix du préfet ne soit déterminé par aucune pensée politique, que la conscience de ce fonctionnaire reste tout entière à la mission de philanthropie qu'il faut remplir; mais qui éclairera la conscience du préfet? qui le dirigera dans la nomination des médecins cantonaux?..... Quelle est sa pierre de touche? La réputation des postulants? Mais vous savez ce que répondait l'ancienne Société de Médecine : « Tant de circonstances influent sur les réputations qu'on y est trompé chaque jour. » — Les livres, les ouvrages de science? « On n'en fait pas en province, du moins dans les campagnes, etc. »

En ce qui regarde la présentation par un corps enseignant, j'écrivais également, à la même époque : « Ce moyen, réalisable sans doute, présente aussi quelques graves difficultés : Comment établir les titres des concurrents? comment, sans épreuves, initier un jury à la science des postulants? Ne voit-on pas que la question, pour avoir changé de terrain, reste presque également insoluble, » etc.

Il est un dernier moyen, l'élection directe par tout le corps médical de l'arrondissement au moins; c'est la seule voie rationnelle et pratique.........

Je n'ai point envisagé dans son entier la question des médecins cantonaux; je ne l'ai même pas complétement considérée au point de vue de notre profession, et pourtant des objections se sont présentées en foule sous ma plume. — Est-ce à dire que je suis un ennemi implacable des médecins cantonaux? Je ne le crois pas, je pencherais plutôt vers leur établissement; mais je pense que toute chose doit venir en son temps, et j'estime que l'institution des médecins cantonaux est tellement incompatible avec l'organisation médicale actuelle, que l'existence de la première ne peut avoir lieu qu'avec la complète réformation de la seconde. Félix ROUBAUD.

La Société médicale des hôpitaux de Paris, dans sa séance de mercredi dernier, a renouvelé son bureau pour l'année 1851-1852.

M. le professeur Trousseau a été élu président, et M. Bouvier, vice-président. Ont été réélus : Secrétaire-général, M. Requin; secrétaires particuliers, MM. Léger et Henri Roger; trésorier, M. Labric.

Le conseil d'administration se compose de MM. Trousseau, Bricheteau, Gillette, Heurteloup et Valleix; et le comité de publication, de MM. Béhier, Labric, Léger, Requin et Henri Roger.

Le 15 févier, la cicatrisation est très avancée ; il n'y a plus qu'un peu de suintement. Le malade mange de bon appétit.

Le 1er mars, cicatrisation complète; santé parfaite. Sortie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Etiologie du typhus.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11, 25 mars et 1er avril.)

Deux ordres de causes concourent à la production du typhus :

1° Causes *prédisposantes* qui rendent apte à contracter la maladie ;

2° Causes *efficientes* ou *déterminantes*.

1° *Causes prédisposantes*. —Parmi ces premières causes, on peut classer toutes celles qui ont pour résultat d'apporter dans l'économie une grande débilité par le dérangement des fonctions organiques. On doit citer au premier rang la mauvaise alimentation, l'habitation de lieux malsains, humides, ne recevant jamais un rayon de soleil ; l'exposition continuelle au froid, surtout au froid humide; les privations, la misère, les travaux excessifs, énervants, qui dépassent la force ou la rapidité de la résistance vitale. Ce sont là des causes très actives, sans doute, mais qui le deviennent davantage si l'on y ajoute les causes morales.

On a dit que le typhus était produit par l'habitation des grandes villes, de Paris, en particulier; c'est un abus de mots. Le typhus est fréquent dans les grandes villes, parce que les grands centres de population renferment des conditions d'insalubrité qui réagissent de préférence sur une classe d'individus, les ouvriers arrivant de la campagne. Là, ils étaient habitués au grand air, à une nourriture difficile à digérer, c'est vrai, mais saine et appropriée à leur vigoureux estomac. Ces individus se trouvent, à leur arrivée dans les villes, dans des conditions tout opposées. Joignez à cela les déceptions de tout genre, le travail forcé auxquels ils sont obligés de se livrer pour n'obtenir souvent qu'une nourriture insuffisante, les excès énervants de femmes et de vin, etc., et vous verrez que toutes les causes se réunissent pour rendre cette partie de la classe ouvrière apte à contracter le typhus. Cette condition n'est donc pas inhérente à l'habitation même de la cité.

Il faut ajouter à ces causes la débilité apportée dans l'économie par les graves maladies, surtout celles qui portent sur les émonctoires du tube digestif La moindre cause suffit alors pour faire éclater le typhus; enfin, l'on peut dire que l'aptitude à contracter cette affection est en raison directe de la diminution des facultés réparatrices de l'organisme.

Les causes morales exercent une action débilitante, soutenue sur toute l'économie ; aussi, dans les épidémies, voit-on le typhus atteindre surtout les personnes qui ont des peines, qui sont sous l'influence de contrariétés ou de la terreur qu'inspire la maladie elle-même.

Causes efficientes. — Toutes les causes que nous venons d'énumérer sont puissantes par elles-mêmes; mais elles ne peuvent donner naissance au typhus, cette maladie, si régulière, si constante dans sa marche et ses altérations; il faut, pour le produire, l'influence exercée sur l'organisme par des causes déterminantes résidant dans le *principe infectieux*, d'origine animale le plus ordinairement. On peut s'en convaincre en réfléchissant sur les diverses circonstances dans lesquelles le typhus s'est manifesté. Ainsi, qu'il y ait accumulation d'hommes dans un espace étroit, que ces hommes soient déjà dans des conditions de maladie ou de mauvaise hygiène, le typhus éclatera immédiatement ; et c'est tellement vrai, qu'avec cette réunion de circonstances on peut produire le typhus à volonté Voilà pourquoi nous le voyons naître si souvent sur les vaisseaux encombrés, dans les prisons, dans les salles d'hôpital, où les exhalaisons de mauvaise nature viennent se joindre à la cause déjà si puissante de l'entassement des malades dans les casernes, les pensionnats, etc. Un de ces grands établissements, une caserne, par exemple, n'a pas un seul malade, grâce aux soins hygiéniques mis chaque jour en pratique; mais tout à coup un froid intense se fait sentir ; les fenêtres, qui s'ouvraient une partie de la journée pour le renouvellement de l'air, restent maintenant fermées, de telle sorte que la ventilation ne se fait plus et le typhus se déclare. Le même accident est arrivé sur des vaisseaux où des temps d'orage prolongé forçaient les hommes à rester dans les entre-ponts. Quelquefois cependant le typhus éclate et fait d'énormes ravages dans un établissement où pas un seul cas de cette maladie ne s'était montré jusque-là. Il faut alors en rapporter la cause à l'infection contagieuse.

Le principe de l'infection ne naît pas toujours de l'accumulation des hommes ; il peut encore provenir de matières animales en putréfaction ou d'émanations de mauvaise nature, s'élevant de malades gravement attaqués, comme ceux qui ont subi de grandes amputations, ou qui sont porteurs de larges plaies en suppuration. Le typhus sévit alors dans les salles avec d'autant plus d'intensité que les malades ont des affections qui leur font exhaler des miasmes plus délétères.

Si des principes septiques se dégagent par des causes étrangères aux émanations humaines, le typhus peut tout aussi bien se manifester. Ainsi, Lepecq de la Cloture raconte que les hommes employés à la salaison des harengs à Dieppe furent, en 1769, attaqués du typhus, parce qu'il y avait cette année-là quantité de harengs gâtés; deux cents personnes périrent, et l'épidémie ne disparut que lorsqu'on eut fait enlever les poissons cause première de la maladie.

Hops raconte qu'un navire suédois, le Christianzoé, croisait dans la Baltique en 1705 ayant une énorme cargaison de poisson; ce poisson vint à se corrompre, et le typhus se déclara avec une telle intensité que la manœuvre devint presque impossible ; cependant, on parvint à débarquer à Saint-Pétersbourg après avoir perdu soixante-sept personnes. On jeta le chargement, l'équipage fut renouvelé et on reprit la mer; mais bientôt le typhus recommença ses ravages; dix-huit hommes périrent; cette fois, on ne pouvait plus attribuer le mal à la masse des poissons putréfiés; c'était la coque du vaisseau qui s'était imprégnée du principe infectieux; un pareil moyen de transmission est, du reste, un phénomène assez fréquent pour la plupart des maladies contagieuses.

La ville de Corke, en Irlande, avait une boucherie où pendant quatre mois de l'année on tuait les bestiaux dont les viandes devaient être salées pour l'approvisionnement des navires anglais. Le nombre des animaux abattus était énorme ; le sang qui en provenait était conduit dans des puisards disposés à cet effet; aucun symptôme fâcheux ne s'était encore manifesté lorsqu'un accident tout fortuit fit communiquer l'eau des fossés de la ville avec les puisards. Il en résulta un typhus qui ne cessa qu'après qu'on eut empêché la communication artificielle et qu'on eut enlevé les matières pestilentielles contenues dans les réservoirs.

On peut encore contracter le typhus par les voies digestives : ainsi la garnison de Rocroy eut le typhus après avoir mangé la viande d'animaux atteints d'une maladie épizootique ; les animaux furent éloignés et l'épidémie disparut avec eux.

Le principe infectieux, tout en conservant au typhus son caractère spécial, peut toutefois imprimer à l'épidémie des formes particulières : ainsi, en 1767, une colline vint à s'écrouler près de Bagnarea, ville du royaume de Naples, et par sa chute intercepta le cours de sources sulfureuses qui allèrent se mêler aux eaux douces et à deux lacs qui dominaient la ville. Les poissons et les insectes moururent, les herbes pourrirent; il en résulta des exhalaisons de principes septiques qui déterminèrent une épidémie typhode des plus graves. Pozzi, qui la rapporte, dit que le typhus revêtit un caractère *intermittent* ; en effet, la maladie était née d'un principe infectieux, mais qui était dû en partie à une cause végétale, la fermentation et la putréfaction des plantes aquatiques; il n'est donc pas étonnant que le typhus ait eu dans la forme quelque chose des fièvres paludéennes.

En 1701, le typhus éclata au château Saint-Ange par suite du dessèchement des fossés alimentés par le Tibre. Chez certains individus, il affecta une marche périodique régulière, tandis que chez les pauvres habitants entassés dans des lieux bas, humides, marécageux, il eut le caractère des fièvres malignes intermittentes : de telle manière, disent Lancisi et Baglivi, que la fièvre putride devint la forme de la maladie chez les premiers, tandis que chez les autres ce fut la fièvre pernicieuse avec accès intermittents.

Le typhus peut encore se produire pendant le cours de maladies diverses.

Le principe infectieux, ajouté à la maladie préexistante, donne lieu à un typhus qui emprunte à cette dernière quelques-unes de ses formes, tout en conservant son caractère distinctif.

Rœderer et Vagler, dans leur traité intitulé *De morbo mucoso*, donnent les plus grands détails sur l'épidémie de Gœttingue en 1760. La ville était assiégée, les rues dépavées et les égouts détruits, de manière que les eaux ménagères se mêlaient au fumier; les vivres étaient rares et de mauvaise qualité; enfin, la population civile et militaire était exténuée de fatigues et sous l'influence d'impressions morales pénibles, faciles à comprendre chez des individus réduits à la dernière extrémité. Dans ces conditions, une épidémie éclata; ce n'était pas le typhus, mais une affection dyspepsique très prononcée. Aucun des symptômes de cette maladie, portée à un très haut degré, ne manqua; beaucoup de malades avaient le pouls fébrile, de la diarrhée et même des vomissements ; dans les cas plus graves, il survenait de la dyssenterie. Rœderer et Vagler firent plusieurs autopsies, et ils trouvèrent l'inflammation des follicules isolés et des cryptes agminés ; mais ils ne purent découvrir d'ulcération sur le tube digestif : c'était donc la fièvre muqueuse, gastrique, avec des phénomènes de gastro-entérite.

Le grand nombre d'individus attaqués par l'épidémie nécessita l'établissement d'un hôpital dans la citadelle ; on y entassa les soldats atteints de la fièvre muqueuse, et c'est parmi eux seulement que l'affection primitive revêtit le caractère putride. On vit alors survenir les pétéchies et les phénomènes nerveux ; et sur les cadavres de ceux qui avaient succombé dans cette circonstance on trouva les plaques et les ulcérations du tube digestif, et des eschares à la surface cutanée. Chez les habitants qui ne subirent pas l'influence de l'encombrement, la fièvre persista, mais sans complication : de sorte que, chez les malades ordinaires, ce fut une fièvre muqueuse simple ou dyssentérique ; tandis que chez les militaires, qui étaient soumis aux influences de l'accumulation, ce fut le typhus avec prédominance d'accidents du côté des muqueuses. Ce fait nous prouve, de plus, l'action puissante et rapide du principe infectieux sur les individus dont l'organisme est déjà débilité par des causes prédisposantes, les privations, les peines morales, etc.

En 1792, l'armée prussienne entre dans la Champagne ; les soldats mangent des raisins verts en grande quantité, et la dyssenterie éclate dans l'armée prussienne, puis dans l'armée française; les hôpitaux sont encombrés, et bientôt le typhus s'y manifeste avec la forme dyssentérique dominante, et, chose digne de remarque ! chez tous les malades qui ne vont pas dans les ambulances, la dyssenterie reste à l'état simple. Ce typhus affectant la forme dyssentérique est pour nous une preuve que la maladie typhode, ainsi hantée sur une épidémie antérieure, conserve toujours quelque chose de l'aspect et de la marche de l'affection primitive, tout en paraissant donner à celle-ci un caractère contagieux.

Les deux observations que nous venons de citer nous donnent la raison d'être des maladies contagieuses qui suivent d'ordinaire les corps d'armée ; c'est le typhus, ayant toujours de la tendance à se produire partout où il y a grande réunion d'hommes, et se greffant sur toutes les maladies épidémiques dont il revêt les formes principales. Ainsi, il est certain que, si le typhus venait à se déclarer aujourd'hui dans une caserne, et ce n'est que trop possible, malheureusement (n'avons-nous pas vu, il y a quelques années, la caserne Popincourt ravagée par une épidémie typhode des plus terribles?), eh bien! le typhus se propagerait avec la forme spéciale de l'épidémie régnante en ce moment, la forme catarrhale.

Contagion du typhus. — L'infection du typhus autour des sujets qui en sont frappés peut devenir assez active par les émanations des malades pour constituer des foyers de contagion, et cette propriété contagieuse du typhus est, pour nous, aussi incontestable que celle de la variole, de la scarlatine, etc. Nous ne perdrons pas notre temps à réfuter toutes les mauvaises raisons avancées par les anti-contagionistes ; il suffit d'un cas bien avéré où le typhus s'est transmis par contagion (et certes il n'en manque pas) pour prouver la vérité de notre assertion et renverser la théorie de nos adversaires. Quant au fameux argument basé sur ce qu'un sujet atteint de typhus peut être apporté dans les salles sans infecter les autres malades, il nous serait bien facile de prouver que le contraire a lieu trop souvent ; dans tous les cas, on pourrait en dire autant de la variole, dont ils admettent cependant le caractère contagieux. Mais tout cela n'est point l'interprétation du fait; qu'ils nous permettent de la leur donner : *La contagion est subordonnée nécessairement et constamment à une influence épidémique déterminante et favorable*. Ceci nous explique parfaitement pourquoi la contagion, si terrible dans les temps épidémiques, devient presque nulle quand il n'y a que quelques cas isolés de typhus. On a aussi objecté que le fait du typhus se déclarant dans une salle où l'on avait apporté un sujet frappé de cette maladie ne présentait rien d'extraordinaire, attendu que le typhus peut naître dans l'hôpital. Cela peut arriver; mais on ne niera pas cependant qu'un individu séjournant à l'hôpital pour une maladie chronique ne puisse contracter l'affection typhode par un contact plus ou moins immédiat et par les émanations qui s'élèvent du malade frappé de typhus placé à côté de lui. Les exemples d'étudiants en médecine et de sœurs d'hôpital qui en sont attaqués en donnant leurs soins sont trop fréquents pour que nous ayons besoin d'y insister, et sont un argument de plus en faveur de la contagion dont nous allons prouver l'évidence par quelques faits irrécusables.

En 1825, le typhus se déclare d'une manière presque épidémique à Montrouge, dans une maison de logeur, mal aérée, humide, dont les fenêtres ouvrent sur une cour, véritable puits d'infection. Cette maison envoie à l'hôpital Cochin sept malades qui entrent dans les salles dont nous avions alors la direction; notons que, parmi ces sept malades attaqués du typhus, se trouve une nourrice qui demeure dans une maison dont les croisées donnent sur la même cour que celles du logeur. Allant chez un client, rue du Bac, 36, nous sommes arrêté par le portier, qui nous prie de voir son beau-frère ; nous visitons ce dernier ; nous constatons un typhus, et nous apprenons que cet homme est un carrier de Montrouge. Il est transporté à Cochin, où il succombe au bout de quelque temps. Cinq ou six jours après notre première visite, la femme du portier est attaquée du typhus ; elle guérit. Mais, pendant sa convalescence, l'enfant présente à son tour les accidents de l'infection ; il s'en tire également. Chose curieuse! le mari ne contracte pas la maladie; mais, sur l'observation que nous lui faisons de la possibilité de la contagion, il nous répond qu'il est sans crainte, attendu qu'il a déjà eu le typhus quand il était infirmier à l'hôpital de Mayence lors de la fameuse épidémie de 1813. Nous apprécierons la valeur de cette opinion à l'article *Récidive*.

En 1826, le typhus éclata à l'Ecole de La Flèche. Cinq ou six autopsies ayant démontré d'une manière passable les altérations caractéristiques de cette maladie, l'Ecole fut évacuée ; et ce qui ne peut laisser aucun doute sur le principe contagieux de cette affection, c'est que vingt-neuf élèves arrivés dans leur famille y furent pris de typhus. De ces vingt-neuf jeunes gens, six étaient de Versailles, où l'on n'observait pas de typhus. Le docteur Borie constata que ces jeunes malades communiquèrent le typhus aux personnes qui leur donnaient des soins. Le docteur Benois, médecin militaire de La Flèche, rapporte qu'un des élèves, sorti de l'Ecole, transmit la maladie à sa sœur, celle-ci à sa femme de chambre, et cette dernière à une amie qui venait la visiter. Ces faits ont été rapportés en détail dans le tome XXVI du journal des *Archives générales de Médecine*.

La contagion est possible, non-seulement dans le milieu où se trouvent les individus attaqués de typhus, mais le principe infectieux peut encore se transmettre par les effets d'habillement, le linge, les ais, les parois des maisons, etc., ainsi nous l'avons vu sur le christianzoé se propager par la coque du navire. Pringle raconte que le typhus éclata dans une famille de cordiers de Gand (onze personnes moururent), parce qu'on leur avait envoyé les tentes qui avaient servi aux soldats de Fontenay, parmi lesquels le typhus avait exercé ses ravages.

Willis rapporte qu'un enfant fut admis à l'hôpital de Dublin pour le typhus. L'enfant guérit, et emporta ses effets non désinfectés. Reçu dans une maison d'ouvriers (work-house), il ne tarda pas à leur communiquer le typhus, qui, cette fois, s'était transmis par des effets d'habillement.

Maintenant que la contagion est établie d'une manière incontestable, nous devons ajouter que les récidives sont très rares. Il y en a des cas bien avérés, cependant; et pour n'en citer qu'un exemple, Reil contracta en 1792 le typhus qu'il décrit dans ses *Memorabilia clinica*; ce qui ne l'empêcha pas de succomber en 1813 à ce même typhus, que l'armée française promenait à sa suite. Quand l'organisme a pu se renouveler un grand nombre de fois, et que surgissent ensemble un grand nombre de causes pouvant produire le typhus, comme les peines morales, les craintes, les revers d'une armée, l'encombrement, les privations, etc., le typhus

peut attaquer des individus sur lesquels il avait déjà exercé son influence.

L'étiologie du typhus se réduit donc à ceci :

1° *Causes prédisposantes*, souvent puissantes, mais ne pouvant jamais déterminer le typhus ;

2° *Causes déterminantes*, ou *principes infectieux*, naissant le plus souvent de l'encombrement, de la putréfaction, ayant par conséquent une origine anormale, et pouvant se transporter par les effets d'habillement, etc.

L'étiologie du typhus, envisagée sous ce point de vue, nous éclaire sur les *indications curatives* qui feront l'objet de notre prochain entretien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 avril 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit le numéro d'avril du journal de M. Lucas Championnière.

— M. Huguier, à propos du procès-verbal, fait observer que M. Larrey, dans son travail sur l'adénite cervicale, a rapporté un certain nombre d'observations de kyste du cou ayant leur point de départ dans les ganglions lymphatiques.

— M. Huguier communique à la Société l'observation du malade affecté d'anévrisme artérioso-veineux dont il avait été parlé dans la dernière séance. M. Boullay, interne distingué, a recueilli les détails de ce fait sous les yeux de M. Huguier.

Anévrisme artérioso-veineux de l'artère fémorale gauche.

A l'hôpital Beaujon, au n° 277, est couché un malade nommé Hatté, âgé de trente-trois ans, filassier, habitant le Mans. Cet homme, bien constitué, jouissait habituellement d'une bonne santé; il y a huit ans, ayant les cuisses écartées et tenant un couteau à la main droite, ce couteau lui échappa; il rapprocha subitement les cuisses pour l'empêcher de tomber à terre; la lame pénétra dans la cuisse gauche à son côté interne, un peu au-dessus du milieu de sa longueur; une hémorrhagie abondante eut lieu; elle fut arrêtée par la compression faite au milieu de la plaie; cette compression fut maintenue pendant environ trois mois. Alors le membre revint à son état normal, pourtant le malade y sentait de l'engourdissement et des *battements* au niveau de la plaie; il conserva un peu de claudication.

Pendant les quatre années qui suivirent, le membre ne présenta rien de particulier, si ce n'est les *battements* qui persistaient toujours au niveau de la plaie; mais depuis deux ans un gonflement considérable se manifesta et alla toujours en augmentant; les veines superficielles de la totalité du membre se tuméfièrent; la marche cependant fut encore possible, même pendant un temps assez long, et sans douleur; mais dès que le malade s'arrêtait, il souffrait beaucoup et était obligé de s'aliter.

Il y a quatorze mois, on le soumit, au Mans, à huit reprises différentes, à l'électro-puncture; il éprouva du soulagement pendant deux mois et souffrit ensuite comme autrefois. Alors deux ulcères se montrèrent au côté interne de la jambe, l'un près de sa partie inférieure, l'autre un peu au-dessus de sa partie moyenne. Ce n'est que depuis ce traitement que le malade s'est aperçu qu'il portait dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du ligament de Fallope, une tumeur dans laquelle il sentit des battements.

En examinant le malade, on le trouve dans l'état suivant :

Teinte pâle, jaunâtre, yeux cernés; tout le membre inférieur gauche présente une tuméfaction considérable; il est arrondi en pain de sucre et est augmenté d'un quart environ; les veines superficielles sont très dilatées, et cette dilatation des veines s'étend jusqu'à celles qui sont placées superficiellement à la partie inférieure de la région abdominale. Au côté interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus du milieu de sa longueur, se trouve une cicatrice linéaire, trace de la plaie faite par le couteau. Au-dessous de cette cicatrice, à 3 centimètres environ, sur le trajet de l'artère fémorale, s'en trouve une autre irrégulièrement arrondie résultant d'une ulcération déterminée par l'électro-puncture. Après cette opération, apparut, au niveau des piqûres faites pour la pratiquer, une tumeur, que l'on limite assez facilement en la saisissant entre les doigts; cette tumeur est soulevée par des battements isochrones à ceux du pouls. Quand on la touche, on y sent un frémissement, qui se continue supérieurement sur le trajet de l'artère jusqu'au niveau de l'arcade fémorale, mais qu'on ne sent pas au-dessous de la tumeur ni dans le creux poplité. En l'auscultant, on entend dans la tumeur un double bruit de souffle, l'un continu, l'autre intermittent et isochrone au pouls. Ce double bruit se fait entendre dans toute l'étendue du membre, soit sur le trajet des vaisseaux, soit sur les autres, mais il est beaucoup moins prononcé au-dessous qu'au-dessus de la tumeur.

On voit donc, d'après le dire du malade, que la tumeur qui est au niveau de la cicatrice causée par l'électro-puncture se serait développée à la suite de cette opération, qui a été pour le moins inutile, si elle n'a pas aggravé la maladie.

On sent les battements artériels avec beaucoup plus de force dans l'artère poplitée gauche, qui paraît dilatée, que dans la même artère du côté droit.

La main appliquée sur le membre n'y constate pas bien évidemment de modification de température ; cependant, M. Demarquay a pu avec le thermomètre constater une augmentation de trois degrés et demi.

Dans la fosse iliaque gauche, à 2 centimètres environ au-dessus de l'arcade fémorale, suivant la direction de l'artère iliaque externe, on sent une tumeur arrondie, qu'on limite assez bien, qui s'étend en dedans presque jusqu'à la ligne médiane, et supérieurement jusqu'au niveau d'une ligne horizontale, qui passerait par l'épine iliaque antéro-supérieure. Quand on appuie assez fortement et à plat les doigts sur cette tumeur, on les sent et on les voit soulevés par des battements isochrones au pouls, battements qui ne semblent pas être dus au soulèvement d'une masse située sur une artère, mais bien à l'expansion d'une cavité recevant une forte colonne de sang artériel; les doigts qui la saisissent sont, en effet, non-seulement soulevés, mais écartés du centre à la circonférence. Le bruit que l'on y perçoit au moment de l'expansion n'est ni aussi franc ni aussi sec que l'est celui que l'on entend dans la tumeur de la cuisse.

Quand on comprime assez fortement l'artère crurale, on fait disparaître dans la tumeur les battements et les bruits, et le malade éprouve alors un sentiment de gêne : il sent, dit-il, quelque chose qui remonte vers le cœur, et, si la compression était maintenue pendant un certain temps, on pourrait déterminer la syncope.

On remarque, en outre, trois ulcérations eczémateuses sur le côté interne de la jambe gauche.

En auscultant le cœur, on entend au premier temps un bruit de souffle très marqué.

L'état général du malade est bon, du reste; l'appétit bien conservé, les garde-robes faciles, les fonctions urinaires normales.

Le malade, ennuyé à l'hôpital, sort le 11 avril.

M. Marjolin aurait désiré que M. Huguier communiquât le fait d'une manière plus complète; il l'aurait rendu plus intéressant en nous faisant connaître les réflexions qu'il avait fait naître dans son esprit. Il aurait voulu que les détails de cette observation intéressante fussent plus circonstanciés. Ainsi, il n'indique pas le volume du membre malade; l'œdème de ce dernier, l'état variqueux des veines jusqu'au-dessus des pubis n'ont pas suffisamment attiré l'attention de M. Huguier. Les phénomènes acoustiques ont été un objet d'étude pour MM. Monneret et Marjolin. M. Marjolin ne trouve pas le bruit caractéristique de l'anévrisme artérioso-veineux aussi marqué chez le malade de M. Huguier, qu'il a eu occasion de l'observer plusieurs fois sur d'autres malades. Certaines positions du membre font varier l'intensité du bruit. On n'entend pas de frémissement dans les veines. La tumeur occupant la fosse iliaque gauche, et qui dépasse la ligne blanche, offre quelques caractères intéressants à signaler; elle présente une certaine consistance; on ne sent pas en ce point ce mouvement d'expansion caractéristique; en dehors, au contraire, la main est soulevée par la tumeur; on entend manifestement le bruit artérioso veineux qui se propage jusque dans ce point. Le pouls est régulier, mais il y a une dilatation générale de l'arbre artériel. Il s'agirait de savoir si la dilatation artérielle est antérieure ou postérieure à l'anévrisme variqueux; car si la dernière hypothèse est vraie, on comprend alors toute l'importance du précepte de M. Roux, qui veut que l'on se hâte d'opérer les malades affectés d'anévrisme artérioso-veineux.

M. Demarquay. J'ai examiné le malade de M. Huguier, et j'ai cherché à déterminer la température du membre malade. J'ai constaté que la température de ce dernier était de 3 degrés 1/2 plus élevée que celle du côté opposé. Déjà, sur d'autres malades, j'avais fait des observations analogues. D'abord sur un malade du service de M. Velpeau, l'année dernière, et, plus récemment, sur le malade dont M. Monneret nous a donné l'histoire. Chez ce dernier, à plusieurs reprises, j'ai constaté plusieurs degrés d'élévation de la température animale dans le membre malade. M. Monneret, qui a répété l'expérience, a trouvé la même différence. Je n'ai eu jusqu'à présent qu'une seule fois l'occasion d'examiner un membre supérieur affecté d'anévrisme variqueux, et je dois dire que je n'ai point trouvé de différence entre le membre malade et le membre sain au point de vue de la calorification. Il y a donc en dehors du mélange du sang veineux et artériel d'autres conditions qui amènent les différences que j'ai constatées; je chercherai à les faire connaître dans un travail que je me propose de présenter à la Société sur ce point de physiologie pathologique.

M. Huguier convient que quelques détails manquent à l'observation ; néanmoins, ajoute-t-il, elle présente un tableau assez fidèle et assez exact de la maladie qui fait l'objet de la discussion. Pour ce qui est de la nature de la tumeur de la fosse iliaque, elle est, suivant MM. Huguier et Robert, anévrismatique; ils ont éprouvé le mouvement d'expansion dans toute la tumeur. La dilatation du système artériel est un fait qu'il invoque en faveur de la nature anévrismatique de la tumeur. Quant à cette dilatation artérielle en elle-même, M. Huguier, comme M. Marjolin, trouve qu'elle doit être étudiée avec soin; il croit que ce serait une raison qui devrait faire accepter l'opération immédiate de l'anévrisme artérioso-veineux s'il était démontré que la présence de cet anévrisme amène une modification si profonde dans les tissus artériels.

M. Marjolin. Il est encore un autre fait qu'il faut signaler. Quand on comprime l'artère crurale on détermine de la douleur, et de plus le malade éprouve une sensation particulière qui part du point comprimé pour arriver au cœur; alors ce malade éprouve un sentiment d'angoisse et de malaise considérable. Quant à la nature de la tumeur occupant la fosse iliaque gauche, il est moins affirmatif que M. Huguier. En effet, dit M. Marjolin, tandis que M. Demarquay et moi entendions parfaitement les bruits qui se passent dans le système circulatoire à la partie externe de la tumeur, ainsi que les pulsations énergiques de l'artère dans le même point, à la partie interne, au contraire, nous ne sentions qu'une bien faible expansion, si toutefois elle existe.

M. Huguier a été frappé, comme M. Marjolin, du sentiment de malaise et d'angoisse que ressent le malade par la compression de la crurale. Il explique ce phénomène par l'expansion de l'anévrisme iliaque qui, dans ce moment, distend les différents filets nerveux qui couvrent la tumeur, et par l'obstacle apporté à la circulation, qui fait que le cœur malade se contracte avec plus de force sur la masse sanguine. Quant à la valeur intrinsèque du fait observé, elle est nulle au point de vue pratique, puisque le chirurgien ne pouvait rien faire; mais elle est sans importance au point de vue pathologique, et elle soulève diverses questions pleines d'intérêt.

M. Chassaignac. Les modifications imprimées aux parois du vaisseau par le mélange des deux sangs est un fait déjà étudié par Breschet. Mais ce qu'il importe d'établir, c'est la marche, l'étendue, la gravité de cette altération. Est-elle la même aux membres supérieurs qu'aux inférieurs? C'est là la question qu'il importe d'étudier.

Suivant notre collègue, l'histoire de l'anévrisme artérioso-veineux n'est point encore complète; il y a tant de différence suivant les individus porteurs de cette affection! Il observe actuellement un malade présentant un anévrisme du pli du coude, chez lequel un léger déplacement de la veine fait cesser le susurrus.

M. Forget. La question soulevée par M. Marjolin relativement à la préexistence d'une maladie du cœur et de l'aorte a beaucoup d'intérêt; au point de vue thérapeutique il n'est pas indifférent de rechercher le rapport qui peut exister entre elle et la lésion traumatique suivie d'un anévrisme artérioso-veineux. Il me semble qu'à défaut d'une démonstration matérielle on peut avec avantage recourir ici à la méthode d'induction.

En premier lieu, je ferai remarquer que, lorsque, sous l'influence d'une cause diathésique quelconque, le cœur et l'arbre artériel deviennent le siége d'une lésion organique, celle-ci, presque toujours, se révèle par des manifestations irrégulièrement disséminées sur les artères des diverses régions du corps. Dans le fait qui occupe la Société, c'est le contraire qui s'observe. Toutes les artères du côté opposé à l'anévrisme sont saines; ni le toucher, ni l'auscultation n'y ont saisi aucun phénomène morbide. L'état pathologique se résume en entier et exclusivement sur les artères du membre abdominal droit, celui sur lequel s'observe l'anévrisme variqueux. Aussi est-on fondé à admettre que celui-ci a été le point de départ des lésions dont il s'agit. En effet, c'est l'artère fémorale qu'une plaie met en communication avec la veine satellite. Plus tard, et sous l'influence des modifications de structure et de résistance qui se produisent infailliblement dans les parois artérielles, une dilatation, une tumeur anévrismale se manifeste dans l'artère iliaque externe; de celle-ci, les effets de la lésion traumatique passent et deviennent apparents dans l'iliaque primitive, dans l'aorte et jusque dans le cœur. Certes, il y a dans cette disposition des caractères morbides, un enchaînement et un rapport de causalité qui me paraissent évidents, et on ne saurait mettre en doute que les troubles fonctionnels perçus dans les gros vaisseaux et dans le cœur ne soient la conséquence de l'anévrisme traumatique produit huit ans auparavant.

J'ajouterai, dit M. Forget, que cette interprétation du fait communiqué par M. Huguier vient encore résoudre cette autre question soulevée par M. Chassaignac, à savoir : jusqu'à quelle hauteur, un anévrisme artérioso-veineux existant, les effets de la lésion peuvent se faire sentir dans la continuité du tronc artériel. A l'aide du même fait, on pourra, en outre, éclairer l'histoire de cet anévrisme sous le rapport des accidents consécutifs, de leur marche et de leur intensité.

Somme toute, cette observation est précieuse, et on ne peut que désirer que M. Huguier veuille bien la compléter.

M. Lebert cite un fait qu'il a eu occasion d'observer dans le canton de Vaud, où, à la suite d'une blessure de la radiale, un chirurgien fut forcé de lier successivement la radiale, l'humérale, l'axillaire, la sous-clavière. Ces artères étaient devenues sécables par le fait d'un travail pathologique qui s'était accompli dans leurs parois depuis le point blessé ; ce travail était tel que le vaisseau était devenu sécable par la pression du fil.

M. Marjolin. L'hémorrhagie qui s'est reproduite après la ligature de la radiale prouve que l'on n'a pas lié les deux bouts du vaisseau au moment de l'accident. M. Michon a prouvé l'importance de ce précepte de lier les deux bouts d'une artère blessée, en citant plusieurs faits malheureux où cette pratique n'a point été suivie.

— M. Chassaignac présente un malade qui, à la suite d'une chute, a eu la paupière inférieure déchirée de haut en bas vers le grand angle de l'œil. La plaie, un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors, avait divisé dans son trajet le conduit lacrymal inférieur. La réunion fut faite; mais on ne parvint pas à mettre bout à bout le canal lacrymal. Actuellement que la cicatrisation est parfaite, les voies lacrymales présentent la disposition suivante :

On voit parfaitement le tronçon divisé du canal, il a conservé sa perméabilité ; avec une seringue d'Anel on l'injecte facilement. La partie du canal restée en place présente son orifice palpébral dans la petite encoche qui existe sur le bord libre de la paupière, au niveau de la plaie réunie; cette partie du canal est aussi perméable et s'injecte avec facilité. Enfin, au niveau de la caroncule, existe un petit orifice fistuleux qui communique également avec le sac nasal; on peut, par cette ouverture, faire pénétrer une injection dans le sac nasal. Les larmes ne passent que très imparfaitement dans le canal nasal.

M. Guersant croit que la chirurgie ne doit pas rester inactive, et propose un procédé opératoire dans le but de corriger cette lésion du canal lacrymal inférieur.

— M. Huguier met sous les yeux de la Société un ganglion lymphatique qu'il a enlevé dans la région parotidienne d'une jeune fille qu'il a présentée il y a quelques mois à la Société de Chirurgie, et qui présentait un gonflement considérable de la région parotido-auriculaire; ce gonflement est formé par un tissu cellulo-vasculaire et graisseux, au centre duquel se trouvait le ganglion.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.



GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Des luxations latérales du coude;

Par M. TRIQUET, interne de l'hôpital Saint-Louis.

(Suite. — *Voir* le numéro du 27 février.)

Les luxations sur les côtés arrivent bien plus difficilement que la luxation en arrière, par les raisons suivantes :

1° Le mouvement de l'articulation ne favorise point la sortie des os en dedans ;

2° Parce que les ligaments latéraux s'opposent directement à cette luxation, et que tous les tenons de la mortaise se soutiennent dans leur résistance.

Par ces mêmes raisons, les luxations sur les côtés sont presque toujours incomplètes. Non-seulement l'avant-bras ne peut être luxé en dehors ou en dedans que par un effort très violent, mais il faut encore que, dans la chute ou le coup, l'effort soit compliqué, ce qui peut arriver d'une infinité de façons différentes.

J.-L. Petit avait déjà parfaitement compris ce mécanisme, et on en trouve la preuve dans les deux faits suivants, dont la concision est vraiment regrettable.

« Un laquais, en tombant d'un carrosse qui versait, se » trouva le bras engagé dans les rayons de la roue, et eut » l'avant-bras luxé en dehors.

» Un autre eut le coude luxé en dedans pour être tombé » avec un cheval qui s'abattit sur son bras dans un lieu iné» gal. La partie inférieure de l'humérus appuya, et l'avant» bras, portant à faux, fut luxé en dedans par le poids du » cheval. »

Ainsi, effort violent appliqué à l'un des côtés de l'articulation et accompagné d'un mouvement brusque qui porte l'avant-bras en dedans ou en dehors. Telle est, je crois, l'interprétation des deux observations précédentes. Cette théorie régna longtemps en France.

L'opinion d'A. Cooper, qui regardait la luxation latérale comme une simple variété de la luxation postérieure, avait déjà suscité quelques objections.

Mais la question restait toujours pendante. A M. Malgaigne était réservé l'honneur de donner une explication nouvelle sur le mécanisme de ces déplacements.

Selon ce professeur, les luxations latérales du coude sont impossibles par le mécanisme auquel on les rapporte ordinairement; savoir: une double violence extérieure poussant latéralement le bras et l'avant-bras en sens inverse. (Petit, Boyer.) Par exemple, lorsque l'avant-bras est à demi fléchi sur le bras, position la plus favorable à la production de ces luxations, le dos d'âne de la cavité sigmoïde embrasse étroitement la gouttière de la poulie humérale, qui présente, comme lui, une portion de cercle de 8 lignes de diamètre. Pour que le cubitus fût chassé *directement* en dehors, il faudrait qu'il *franchît* le rebord externe de la poulie, qui présente une portion de cercle de 10 lignes de diamètre.

En dedans, l'obstacle est bien plus grand encore, le bord interne de la poulie figurant une portion de cercle de 13 lignes. Les luxations latérales sont donc impossibles par le mécanisme rapporté plus haut.

Voici, d'après M. Malgaigne, la théorie la plus vraisemblable des luxations latérales :

Qu'un choc violent frappe l'articulation du coude en dehors, le bras et l'avant-bras tendront à se rapprocher en formant un angle de ce côté; les surfaces articulaires tendant à s'écarter en dedans se compriment au contraire fortement en dehors et offrent là un point d'appui, soit à l'humérus, soit au cubitus, pour opérer une bascule complète et briser la résistance que leur oppose le ligament latéral interne.

Celui-ci rompu, les surfaces articulaires s'écartent, et les saillies osseuses ne se font plus obstacle. Si le ligament latéral externe résiste encore, la luxation demeurera incomplète; mais si le choc est assez puissant pour rompre ce ligament, alors, selon qu'il agira davantage sur le bras ou l'avant-bras, l'humérus ou le cubitus sera jeté en dedans, et il y aura une luxation complète, interne ou externe, de l'avant-bras.

Un choc sur le côté interne de l'article produirait des effets analogues.

Toutefois, la saillie du rebord interne de la poulie humérale est telle, que le déplacement du cubitus en dedans semble presque impossible sans fracture.

La demi-flexion est donc la position qui favorise le plus ces luxations. En effet, dans la flexion forcée, outre le peu de prise offert à l'extérieur à la cause luxante, l'apophyse coronoïde enfoncée dans sa cavité humérale serait un nouvel obstacle; et, dans la plus grande extension, une résistance plus énergique encore serait opposée par l'olécrane niché dans sa cavité.

Ainsi, pour M. Malgaigne, les conditions de la luxation sont :

1° Demi-flexion du coude ;

2° Choc violent appliqué sur le côté de l'article, et pouvant imprimer au déplacement une direction différente, selon qu'il porte sur le bras ou l'avant-bras ;

3° Mouvement de torsion courbant à angle les surfaces articulaires et brisant leurs liens; telle est également l'opinion adoptée par M. Nélaton. (*Traité de Chirurgie*, t. II.)

Il suffit en effet d'examiner sur un squelette le jeu de l'articulation du coude pour être convaincu que le seul moment favorable à l'échappement des surfaces est la demi-flexion ; que la flexion forcée et l'extension sont au contraire les deux conditions qui rendent la luxation latérale presque impossible sans fracture, ainsi que M. Malgaigne l'avait parfaitement indiqué; car c'est dans ces deux dernières conditions que l'engrenage des surfaces est le plus complet, que celles-ci résistent le mieux à l'effort qui tend à les désunir.

Afin d'étudier le mécanisme de ces luxations, nous avons pensé qu'il serait intéressant de voir ce que l'expérimentation sur le cadavre pourrait apprendre ; et pour obtenir des résultats de quelque valeur, nous avons cherché à nous placer dans les conditions indiquées par les auteurs.

Disons tout d'abord qu'à moins d'agir soi-même, il est difficile de concevoir la résistance que l'articulation du coude offre aux violences extérieures. Tandis que l'épaule peut être luxée avec assez de facilité, le coude présente une résistance qui pourrait étonner, si l'anatomie n'en venait révéler la cause, en nous montrant la force des ligaments, l'engrenure si parfaite des surfaces.

Le nombre considérable des muscles groupés à l'entour augmente encore la solidité.

Expérience. — 1° Le bras solidement fixé, l'avant-bras dans l'extension, et le coude reposant sur un plan également solide et horizontal, si l'on vient à frapper avec un fort marteau les parties latérales de l'articulation, on peut broyer les parties molles et les os ; mais l'articulation résiste.

2° L'articulation résiste aussi quand l'avant-bras est dans la flexion forcée, et quelle que soit la puissance du choc appliqué soit en dedans, soit en dehors de l'article.

3° Si, à l'aide d'un scalpel acéré, l'on divise préalablement les ligaments externes et internes, les tendons du triceps, du biceps, du brachial, la luxation est encore impossible (l'avant-bras étant demi-fléchi) ; et sous l'influence de violences appliquées directement en dedans ou en dehors de l'articulation, mais on produit les plus graves désordres des parties molles et des os.

4° Pour luxer le coude en dedans, par exemple, il faut faire exécuter à l'avant-bras demi-fléchi un mouvement de pronation brusque et très énergique, le bras étant immobile et solidement fixé.

C'est alors que la luxation se produit ; mais je n'ai jamais pu l'obtenir complète; elle a toujours été incomplète, c'est-à-dire que tantôt le cubitus, tantôt le radius avaient conservé quelques rapports avec un point peu étendu, mais réel, de la trochlée humérale.

Le plus souvent, pour la luxation interne, le cubitus est complètement luxé en dedans de la trochlée, et son échancrure sygmoïde embrasse alors l'épitrochlée, comme dans les observations citées nos 1, 2, 3.

Le radius est en rapport avec la partie la plus saillante de la trochlée. Quand on produit une luxation latérale incomplète externe, au moyen d'une supination brusque et violente (l'avant-bras étant préalablement demi-fléchi), la cavité sygmoïde vient emboîter la petite tête humérale, et le radius déplacé en avant vient soulever les muscles de l'épicondyle.

5° Afin d'étudier les désordres qui accompagnent ces sortes de lésions, j'ai essayé d'obtenir les luxations sans incision des ligaments latéraux.

Voici ce que l'expérience nous a montré :

Pour obtenir ainsi une luxation latérale interne (je suppose), il faut, le bras étant solidement fixe, l'avant-bras demi-fléchi et la main tournée en demi-pronation, qu'un choc très violent appliqué un peu au-dessous de l'article entraîne rapidement l'avant-bras dans une pronation exagérée.

C'est un mouvement de torsion, comme analogue à celui que produirait une roue de voiture en passant sur l'extrémité supérieure de l'avant-bras.

Ainsi, 1° demi-flexion, 2° choc violent sur l'un des côtés de l'article, 3° mouvement de torsion seul ou combiné au précédent, courbant à angle les extrémités articulaires et brisant leurs liens.

L'expérience sur le cadavre confirme donc les idées théoriques émises par M. Malgaigne. Ce mécanisme est également celui que l'on peut voir dans les observations citées ; mais rien n'autorise à regarder la luxation latérale comme une simple variété de la luxation en arrière.

Telle était cependant l'opinion d'A. Cooper; mais la seule observation sur laquelle il se fonde est fort incomplètement décrite, et la théorie du déplacement ne paraît pas avoir fixé son attention.

Anatomie pathologique.

Voici ce que l'examen anatomique nous a permis de voir sur plusieurs coudes luxés, comme je viens de le dire :

1° La peau est intacte, son élasticité lui permet de résister à tous les mouvements de pronation et de supination, de torsion même, les plus violents et les plus brusques qu'on puisse imaginer.

On peut constater avec une grande facilité, même à travers la peau, les désordres qu'on a produits.

Si c'est une luxation latérale interne, on observe les mêmes signes que sur le vivant.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau Dictionnaire lexicographique et descriptif des Sciences médicales et vétérinaires; par MM. RAIGE-DELORME, H. BOULEY, DAREMBERG, MIGNON et CH. LAMY.

(Un vol. in-8° en trois livraisons. — 1re livraison.)

Ça été une idée neuve en même temps que bonne de réunir dans un dictionnaire du genre de celui-ci tout ce qui se rattache à la médecine et à la chirurgie humaines et vétérinaires. Assez longtemps l'art vétérinaire a été confié à des hommes inhabiles, à des empiriques routiniers, auxquels on n'aurait pu, sans le déshonorer, appliquer le nom de savants. Depuis le commencement de ce siècle, la vétérinaire a fait d'immenses progrès. Des hommes d'un mérite réel, d'un savoir incontestable, ont consacré leur vie à l'étude des maladies des animaux, et ont cru, avec raison, rendre un véritable service à l'humanité en s'occupant de traiter les maladies d'êtres organisés, vivants, qui sont à l'homme d'une utilité si grande, et sans le concours desquels la grande œuvre de la civilisation resterait incomplète ; disons plus, impossible. Une fois l'art vétérinaire rehaussé, réhabilité, qu'on nous passe l'expression, rien d'étonnant, rien de choquant à ce que l'on mêle dans un même ouvrage les connaissances indispensables à l'enseignement et à la pratique de la médecine de l'homme et de la médecine des animaux domestiques. C'est ce qu'ont compris les auteurs du livre que nous avons sous les yeux, et ils ont réuni leurs efforts pour faire une œuvre sérieuse et utile.

Un mot, avant d'aller plus loin, sur la signification du titre du dictionnaire.

« Notre but, disent les auteurs, en publiant cet ouvrage, a été de donner en un seul volume, avec la signification des mots qui ont été et sont employés dans les sciences médicales et vétérinaires, une connaissance précise des objets mêmes qu'ils représentent. Faire l'histoire des termes techniques de manière à faciliter l'intelligence des auteurs qui s'en sont servis, indiquer leur étymologie, leur synonymie dans les langues grecque, latine, et, pour les sujets les plus importants, dans les langues anglaise, allemande, etc., mentionner les diverses acceptions qu'ils ont reçues, telle a été notre première tâche, tâche purement *lexicographique*. La seconde était plus difficile à circonscrire et à exécuter. Nous n'avions pas seulement à rapporter à chaque mot les notions positives qui s'y rattachent; il nous fallait, pour donner une idée complète, quoique sommaire, des matières qui constituent la médecine et la vétérinaire, faire nne courte description des objets matériels, des phénomènes physiologiques, des maladies, des moyens thérapeutiques. C'est là ce que nous appelons la partie *descriptive* de notre Dictionnaire. »



On le voit tout d'abord, c'est un travail qui réunit aux qualités du lexique, brièveté, concition, clarté des définitions, ceux des ouvrages spéciaux où se tronverait traitée chacune des branches

Diamètre transversal à peine augmenté ; l'olécrane fait saillie en dedans de l'épitrochlée, la tête du radius dans le pli du coude, etc.

Les veines sous-cutanées, l'aponévrose d'enveloppe, les nerfs n'offrent aucune lésion.

Les muscles présentent des déchirures multiples, ainsi que nous nous en sommes assuré dans *plusieurs expériences*.

Le rond pronateur, les radiaux, le fléchisseur sublime à leur origine, le brachial antérieur à sa terminaison, offrent quelques-uns de leurs faisceaux partiellement rompus en plusieurs endroits.

Le biceps et le triceps sont déplacés, le premier en avant et en dedans et fortement contracté, le second déplacé en dedans seulement et dans le relâchement complet.

Ces ruptures musculaires donnent l'explication des ecchymoses plus ou moins considérables qu'on observe sur le vivant.

L'artère humérale, le nerf médian, le cubital même n'ont subi aucune altération, bien qu'ils soient toujours un peu déviés dans le sens de la luxation.

Cependant la présence du nerf cubital sur le côté interne de l'articulation pourrait inspirer des craintes, et cette disposition avait porté quelques auteurs à croire que la luxation latérale interne était plus grave que l'externe ; il n'en est rien. Les faits connus du temps de Boyer lui avaient déjà démontré que ce pronostic n'était point confirmé par l'expérience, et les nouveaux faits acquis à la science depuis cette époque sont également dans ce dernier sens.

6° Quant aux ligaments articulaires, internes et externes, ils sont complétement rompus. En arrière, le tendon seul du triceps a résisté.

7° En ce qui concerne les surfaces articulaires, voici, pour la luxation en dedans, les déplacements qu'elles ont éprouvés :

L'échancrure sigmoïde du cubitus embrasse l'épitrochlée.

Son apophyse coronoïde repose sur la portion interne non articulaire de la trochlée.

La tête du radius, sortie de son anneau ligamenteux brisé, s'appuie sur la moitié articulaire interne de la trochlée. Quelquefois la portion la plus saillante de cette trochlée s'est engagée, dans l'étendue d'un centimètre, entre les extrémités supérieures du cubitus et du radius, où elle forme une sorte de coin.

Pour les luxations latérales externes, les mêmes désordres des parties molles, etc.

Dans ces expériences, je n'ai jamais vu déchirés l'artère humérale, non plus que les nerfs médian, cubital ; mais il faut noter comme constante la rupture complète des ligaments et de quelques faisceaux des muscles cités précédemment.

Jamais je n'ai pu produire de fracture en même temps que la luxation, quand je la produisais par le dernier mécanisme que j'ai décrit C. d. (pronatiou et torsion brusque).

C'est, je crois, du reste, celui qui se rapproche le plus des phénomènes qui ont lieu sur le vivant quand les luxations s'effectuent ; au contraire, toutes les fois que je voulais produire la luxation au moyen de violences directes, appliquées soit en dedans, soit en dehors de l'articulation et à son niveau, que le bras fût étendu ou fléchi, les os étaient brisés presque toujours avant que la luxation fût produite.

Si l'on vient à passer en revue les désordres graves que nous avons signalés comme accompagnant nécessairement les luxations latérales du coude, on sera suffisamment averti des accidents qui peuvent survenir.

Ainsi, ecchymoses profondes, épanchements de sang plus ou moins considérables qui peuvent s'échauffer et donner lieu à des foyers purulents, etc. ; toules complications qui, du reste, ne sont point particulières au lieu qui nous occupe.

L'immobilité de l'article pendant huit à dix jours est absolument de rigueur ; puis on commencera peu à peu et avec de grands ménagements de légers mouvements de flexion et d'extension. Par ce moyen, on pourra prévenir, dans un grand nombre de cas, ces sortes d'ankyloses incomplètes, qui ne sont pas bien rares à la suite des luxations du coude.

Toute complication inflammatoire devra être combattue avec énergie et dès le début.

L'arthrite est une des plus fréquentes. Nous nous rappelons qu'en 1845 M. Nélaton eut à combattre un accident semblable chez un malade à qui il avait heureusement réduit une luxation du coude en arrière. Le troisième jour après la réduction, une inflammation violente envahissait l'articulation. Des sangsues en grand nombre, le calomel à l'intérieur, puis plusieurs vésicatoires volants répétés autour de l'articulation, tels furent les moyens qui amenèrent une prompte guérison.

SUR UNE MANIFESTATION DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE,

consistant dans une altération spéciale des poumons, qui n'a pas encore été signalée.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de Médecine.)

Par M. le Dr Depaul, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

On s'accorde assez généralement aujourd'hui pour reconnaître que, pendant la grossesse, la syphilis peut être communiquée au fœtus par deux voies différentes : par la mère, dont les liens vasculaires avec lui sont si nombreux, et par le père, dont la fâcheuse et mystérieuse influence ne peut s'exercer qu'au moment de la fécondation, mais qui n'en est pas moins irrécusable ; on peut ajouter par tous les deux en même temps, circonstance qui semble rendre la transmission beaucoup plus certaine et l'influence délétère beaucoup plus considérable.

Enfin, je considère comme démontré par une observation rigoureuse le mode de transmission suivant :

La mère étant incontestablement saine et la syphilis n'ayant pu être transmise que par le père et seulement au moment de la fécondation, l'embryon, seul malade pendant quelque temps, pourra à son tour infecter la mère pendant son séjour dans l'utérus.

Quelle que soit la voie par laquelle le principe syphilitique pénètre jusqu'au fœtus, son influence fâcheuse ne saurait être contestée.

Elle se traduit par des altérations diverses, dont quelques-unes ne paraissent pas avoir leurs analogues dans la syphilis contractée après la naissance, mais qui n'en doivent pas moins être considérées comme des manifestations de cette maladie.

Disons d'abord que la syphilis constitutionnelle est une cause beaucoup plus commune qu'on ne le pense de stérilité et plus particulièrement peut-être quand elle existe chez l'homme que chez la femme ; mais dans les cas nombreux où elle ne met plus obstacle à la fécondation, elle peut devenir funeste à l'enfant à des époques variables de la vie intra-utérine, ou seulement après la naissance, et cela avec une rapidité d'autant plus grande qu'elle a produit des désordres plus considérables ou qu'elle a altéré dans leur structure des organes importants.

C'est très souvent au début de la grossesse qu'elle devient fatale en tuant le produit de la conception, qui est ensuite expulsé. Tous les médecins qui se livrent à la pratique des accouchements ont pu voir le même accident se reproduire deux, trois, quatre, cinq et six fois chez la même femme et disparaître à des grossesses subséquentes, alors que par un traitement convenable la constitution des parents avait été heureusement modifiée. J'ai recueilli pour mon compte des observations nombreuses et des plus concluantes. Le plus habituellement, dans ces cas, il est impossible de constater une lésion anatomique qui rende compte de la mort du fœtus, soit que cela tienne à ce que la maladie a fatalement agi sur l'organisme tout entier sans produire des lésions circonscrites appréciables, soit que ces lésions aient existé, mais qu'elles aient été rendues méconnaissables par un séjour plus ou moins prolongé dans l'utérus depuis la cessation de la vie.

La syphilis n'arrête pas toujours la grossesse à une époque si peu avancée de son développement ; et alors, en général, elle laisse sur le fœtus des traces évidentes de son existence. La peau est de tous les organes celui qui paraît être leur siége de prédilection. Elles s'y présentent sous des formes variables, dont les plus communes sont les taches cuivrées, les papules, l'eczéma, l'ecthyma, et surtout le pemphygus, que M. P. Dubois a depuis longtemps rangé parmi les affections syphilitiques des nouveau-nés. J'ajouterai, en ce qui concerne cette dernière affection, que j'en ai recueilli, depuis quelques années, 21 observations, et que dans 20 d'entre elles l'existence de la syphilis constitutionnelle a pu être constatée par moi, soit chez le père, soit chez la mère, soit chez les deux en même temps.

Cette forme vésiculeuse ne s'observe pas d'alleurs exclusivement chez les nouveau-nés, comme l'ont pensé quelques médecins.

La carie et les exostoses ont été rencontrées dans quelques cas rares.

Dans un mémoire publié par le docteur Simpson (*Edimb. Med. and. surg. Journ.*, n° 137), cet accoucheur a considéré certaines péritonites des nouveau-nés comme une conséquence de l'infection syphilitique transmise par la mère. Je me contente de signaler cette manière de voir, mon observation personnelle ne m'ayant rien appris à cet égard.

Plus récemment, M. Gubler a appelé l'attention des médecins sur une altération fibro-plastique du foie plusieurs fois rencontrée par lui en faisant l'autopsie d'enfants qui avaient contracté la syphilis pendant la vie intra-utérine, mais dont la révélation n'avait eu lieu que quelque temps après la naissance. J'ai pu, moi-même, vérifier dans un cas l'exactitude de ce fait.

Dans un travail publié en 1850, M. le professeur P. Dubois a encore élargi le cadre des lésions qui semblent se rattacher à la syphilis congénitale. C'est dans le thymus qu'il a trouvé des altérations qui lui ont paru se rapporter à une infection communiquée pendant la vie intra-utérine. Voici les conclusions qui terminent ce travail :

« 1° La présence du pus disséminé ou réuni en foyers dans le thymus d'enfants nouveau-nés qui avaient succombé à une syphilis évidente doit être considérée, non plus comme une simple coïncidence, mais comme un résultat et un témoignage de la maladie dont ils étaient atteints.

» 2° Cette altération autorise, en l'absence de tout indice explicatif de la mort du fœtus, à prescrire un traitement anti-vénérien comme le seul moyen de prévenir le retour du même accident. »

Tout en regardant les propositions qui précèdent comme l'expression de la vérité, et dans tous les cas comme le résultat de sa propre expérience, l'auteur pense que la question mérite encore d'être étudiée, et il fait appel à ses confrères pour l'éclairer définitivement.

Quoique récemment publiée, l'opinion que je viens de rappeler était professée depuis longtemps à la Clinique par M. Dubois, et, dès 1837, j'ai pu mettre sous les yeux des membres de la Société anatomique plusieurs faits qui lui sont favorables.

A la même époque aussi j'avais été frappé de la fréquence d'une autre altération que j'avais souvent rencontrée chez des enfants nés de parents syphilitiques ; je veux parler de foyers purulents, multiples, disséminés dans les poumons. Dans un travail inséré par moi dans le Bulletin de novembre 1837 de cette Société, je cherche à démontrer qu'il n'y a pas dans ces faits une simple coïncidence, mais qu'on dit y voir une relation de cause à effet. Mes conclusions bien formelles à cet égard étaient fondées sur des observations accompagnées de pièces pathologiques.

Voici comment se trouvent décrites les altérations constatées à l'autopsie d'un enfant, dont la mère portait sur les parties génitales une ulcération ovalaire entourée d'un rebord granuleux, et des pustules syphilitiques non douteuses.

« Pour retirer les poumons de la poitrine, je dus détruire quelques adhérences circonscrites de leurs bords postérieurs avec la plèvre pariétale. Tous les deux étaient bosselés à leur surface, plus lourds que dans l'état normal et d'une coloration grisâtre. Quelques-unes des bosselures, celles surtout dont la paroi externe était amincie, avaient une teinte jaunâtre. Sur plusieurs la fluctuation était évidente, et deux d'entre elles occupaient exactement le sommet des poumons ; les autres siégeaient indistinctement sur tous les autres points. En les incisant, on tombait dans un foyer contenant une matière purulente grisâtre, dans laquelle ne nageait aucun débris.

» Les parois de la cavité étaient irrégulières, d'un gris plus blanc que le reste du tissu pulmonaire qui paraissait avoir sa consistance et sa coloration ordinaire dans les points qui n'avaient pas été envahis par la suppuration. D'autres foyers que ceux annoncés par les bosselures observées à l'extérieur existaient au centre des poumons, qui en étaient parsemés. Le tissu propre paraissait réduit à de simples cloisons d'une à deux lignes d'épaisseur. Les bronches étaient obs-

---

des sciences médicales, soit principales, soit accessoires, l'exactitude, le *complet*. Pour éviter les redites innombrables, les renvois multipliés à l'infini, c'est dans l'article consacré à chaque viscère, à chaque appareil qu'ont été rangées et décrites toutes les affections dont cet organe, cet appareil peut être le siége, méthode qui, sujette à critique dans tout autre travail, facilite singulièrement dans celui-ci les recherches et les vues d'ensemble ; chaque mot, lorsque le sujet comporte des développements, est donc le texte d'un article où se trouve le résumé des questions les plus importantes qui s'y rattachent. La même méthode a été suivie pour les matières de thérapeutique générale ou spéciale, pour la pharmaceutique, l'art des accouchements, l'hygiène, la médecine légale et les sciences accessoires, qui occupent, la chimie principalement, une place des plus importantes dans ce recueil.

Un des principaux mérites de ce Dictionnaire, ce sera certainement d'avoir été fait, sous l'influence d'une pensée unique et suivant un plan longuement discuté, par cinq hommes de talent et de savoir, qui se sont partagé la besogne suivant la spécialité de leurs études ; en effet, il était évident que les articles de vétérinaire, par exemple, ne pourraient être bien faits que par des hommes depuis longtemps versés dans cette pratique et familiers avec elle. Un professeur et un ancien chef de service à l'école d'Alfort ont traité cette partie du Dictionnaire d'une façon remarquable, tout à fait neuve et originale, tout en reproduisant, toutes les fois qu'ils l'ont pu, le plan et les doctrines du magnifique établissement auquel ils appartiennent.

On comprend qu'il ne nous soit guère facile d'entrer dans les détails de l'analyse d'un dictionnaire, surtout lorsque chacun des articles, même les plus étendus, ne forme pas, comme dans les autres volumineux dictionnaires de médecine, une monographie véritable. Qu'on nous permette cependant d'indiquer en peu de mots ceux des principaux paragraphes qui nous ont paru contenir le plus de développements.

Pour les parties qui se rattachent à la médecine humaine, nous citerons les mots *abdomen*, anatomie et pathologie ; *accouchements*, article où sept figures, empruntées à l'un des meilleurs traités modernes d'obstétrique, représentent avec la plus scrupuleuse fidélité les diverses positions normales ou anormales dans lesquelles peut se trouver le fœtus au moment de la parturition ; *apoplexie*, *avortement*, *bruits*, en tant que ce mot s'applique aux phénomènes physiologiques ou pathologiques constatés par l'auscultation ; *cancer*, *circulation* ; nous donnons, parmi les trois spécimen pris au hasard au milieu des planches nombreuses intercalées dans le texte, une des figures qui servent à l'explication du mécanisme de cette importante fonction chez l'homme ; *cœur*, *coliques*, *contagion*, *croup*, *dartres*, etc.

Pour ce qui a trait à l'art vétérinaire, nous trouvons une étude des âges chez les animaux domestiques, avec l'indication des moyens propres à les faire reconnaître dans les principales espèces, et particulièrement chez le cheval, dont les dents sont représentées avec les caractères qu'elles offrent aux différentes périodes de la vie de l'animal ; les articles *bœuf*, *cheval*, *clavelée*, *acclimatation*, etc.

Pour les sciences accessoires, *air*, *climats*, *appareils*, *arsenic*, *champignons*, et cent autres dont l'énumération seule nous conduirait beaucoup trop loin.

Nous avons dit qu'un grand nombre de planches facilitaient singulièrement l'intelligence du texte, forcément un peu concis ; les trois que nous avons pu présenter à nos lecteurs sont la circulation envisagée dans son ensemble, les dimensions du bassin et un champignon. Ces figures permettent d'apprécier parfaitement la diversité des caractères des objets reproduits par le dessin.

Conçu et exécuté d'après le plan que nous venons d'indiquer, il est évident que le Dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires ne peut manquer de trouver de nombreux lecteurs et d'être promptement apprécié.

Nous ne saurions donc mieux faire que d'engager l'éditeur à terminer le plus vite possible cette publication, qui semble appelée à un grand succès.

A. Foucart.

NOUVELLES.

Clinique des maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis. — M. Gibert fait tous les lundis, à huit heures et demie, une visite clinique où les maladies de la peau, les syphilides, les affections utérines sont observées et étudiées dans leurs symptômes et leur traitement. Une consultation publique où se présentent beaucoup d'exemples de ces maladies suit cette visite.

— M. le docteur Phillips commencera son cours des maladies des voies urinaires le lundi 5 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

— Errata. Dans l'article de M. Chevallier inséré dans notre dernier numéro, il importe de rectifier les fautes typographiques dont suit l'indication. Dans la dernière colonne, *au lieu* de Monn, *lisez* de Mounet. Dans la même colonne, *au lieu* de l'acide chromique, *lisez* l'acide chrénique, que quelques auteurs écrivent aussi *crènique*.

truées par les mucosités; pas une bulle d'air n'avait pénétré dans le tissu pulmonaire. »

Depuis, des faits de même nature se sont présentés à moi un grand nombre de fois, et je n'exagère pas en disant que j'en ai observé au moins quinze. Je me contenterai d'en rapporter deux avec détail; ils sont, si je ne m'abuse, de nature à porter la conviction dans les esprits les plus difficiles.

Voici le premier :

Obs. I. — *Pemphigus syphilitique ; abcès du thymus et du poumon gauche observés sur un enfant qui mourut quelques minutes après la naissance.*

La nommée F..., brunisseuse, âgée de vingt et un ans, née et demeurant à Paris, fut admise à la Clinique d'accouchements de la Faculté le 23 octobre 1841. Elle était alors enceinte de huit mois environ et en travail depuis la veille. Au moment de son entrée, qui eut lieu à huit heures trois quarts du matin, les douleurs étaient fortes, bien soutenues, et la dilatation à peu près complète. A neuf heures un quart, les membranes se rompirent spontanément; la tête, qui se présentait en position occipito-iliaque droite postérieure, et qui était à peine engagée, ne descendit pas; les contractions se ralentirent, perdant de leur force, et on crut devoir recourir à l'emploi de l'extrait de seigle. Sous l'influence de ce médicament, la contractilité de l'utérus parut se réveiller; mais cela ne dura que vingt minutes seulement, après quoi cet organe retomba dans son inertie première. On attendit sans rien faire, et à deux heures après midi quelques contractions très fortes se firent sentir, et furent suffisantes pour expulser le fœtus. C'était une fille, qui respira et qui cria immédiatement après la naissance, mais qui mourut quelques minutes après, malgré tous les soins qui lui furent prodigués.

Les suites de couches furent naturelles, et la femme F... quitta l'hôpital dix jours après son accouchement.

Autopsie de l'enfant. — Le lendemain, je fis avec grand soin l'autopsie de cette enfant. Voici l'indication des lésions les plus remarquables qui furent constatées.

La peau présente une décoloration générale qui avait déjà frappé au moment de la naissance. La longueur du petit cadavre n'est que de 16 pouces; son poids est de 5 livres 1/2. Les membres, loin d'être maigres, sont bien développés. Le volume du ventre paraît un peu plus considérable que d'habitude.

La peau des pieds et des mains offre une couleur violacée qui était encore beaucoup plus prononcée au moment de la naissance. Quatre à cinq bulles, de couleur blanchâtre et de volume variable, existent sur chacune des régions plantaire et palmaire, la plus volumineuse a la dimension d'une grosse lentille: toutes contiennent un liquide d'un blanc-jaunâtre qui a la consistance et toutes les autres apparences du pus.

Le thymus, un peu plus volumineux que d'habitude, offre dans chacun de ses lobes une petite cavité qui est remplie par une matière grumeleuse jaunâtre et assez épaisse, tout à fait pareille à celle contenue dans les bulles les plus volumineuses.

Poumons. L'air ne paraît avoir pénétré que dans les principales divisions bronchiques. Le tissu de ces organes est compacte, d'un blanc jaunâtre, s'éloignant beaucoup de la couleur normale, et d'une friabilité comparable à celle du foie. Cette disposition est à peu près générale; mais le sommet du poumon gauche présente quelque chose de particulier. A l'extérieur, on voit une bosselure s'y dessiner; elle a le volume d'une petite noix. Une teinte jaunâtre, beaucoup plus marquée que pour les autres régions, s'y fait remarquer. Une incision fait constater qu'elle n'est pas ramollie à son centre. C'est, du reste, la seule induration de ce genre qui existe dans les poumons.

Le foie est plus volumineux que d'habitude. Une petite quantité de sérosité existe dans la cavité péritonéale. Tous les autres organes paraissent sains.

Voici maintenant les renseignements que j'ai pu recueillir sur la santé du père et de la mère.

Un examen complet des organes génitaux de la femme F... ne fait constater aucun symptôme soit primitif, soit secondaire de la syphilis. La peau elle-même est exempte de toute éruption caractéristique.

Deux grossesses avaient déjà précédé celle qui s'est terminée à la Clinique. Pendant le cours de la première, qui remonte à un peu plus de deux ans, cette femme entra à l'hôpital Saint-Louis, à quatre mois environ, dans le service de M. Emery, pour une petite ulcération qui avait paru huit jours auparavant à la face interne de l'une des grandes lèvres. Cette ulcération fut considérée comme un chancre, et traitée par le mercure (une pilule tous les deux jours). En même temps on eut recours à des moyens locaux (bains de siége et lotions émollientes). La petite plaie fut cicatrisée au bout de quinze jours, et la malade quitta l'hôpital, renonçant, à partir de ce moment, à tout traitement, quoiqu'on lui eût conseillé de le continuer. A la même époque, l'homme avec lequel elle cohabitait entrait de son côté à l'hôpital des Vénériens (service de M. Ricord), et là, pendant six semaines, il fut soumis à un traitement interne par le mercure, et il ne quitta l'établissement que lorsqu'on lui donna l'assurance qu'il était complétement guéri. Je n'ai pu savoir autre chose sur la nature des accidents qu'il éprouvait, ni préciser qui des deux avait été le premier malade, et par conséquent avait infecté l'autre.

Quoi qu'il en soit, la grossesse ne parvint qu'à la fin du septième mois, et se termina sans cause appréciable pour la femme par la naissance d'un enfant qui donna à peine quelques signes de vie. L'examen n'en fut pas fait, et je ne sais rien par conséquent sur l'état de ses organes.

Une nouvelle grossesse survint quelques mois après; elle ne fut signalée, jusqu'à huit mois par rien d'insolite; mais à ce terme, et sans cause connue, le travail se déclara; il fut rapide et sans complications. Cependant l'enfant mourut presque aussitôt après sa naissance. Comme dans le premier cas, l'autopsie n'en fut pas faite.

Peu de temps après survint une troisième et dernière grossesse, celle dont j'ai fait connaître la terminaison avant terme au début de cette observation.

Elle ne fut remarquable que par un petit écoulement sanguin qui se renouvela plusieurs fois pendant les deux premiers mois.

J'ai recueilli le second cas en octobre 1850, pendant que j'étais chargé de la clinique d'accouchements de la Faculté. Je passe les parties accessoires de mon observation pour insister sur tous les points qui se rattachent directement à la question que j'étudie.

(*La fin au prochain numéro.*)

Tumeur sanguine de la tête

CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS.

Par M. le Dr U. Fournier.

Un métayer des environs de Fanjeaux m'amena, au mois d'avril 1849, son fils âgé de trois ans, blond, parfaitement bien constitué, d'une intelligence très précoce.

Cet enfant portait à la tête, du côté gauche, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, ovoïde, légèrement étranglée à la partie moyenne, tendue, rénitente, offrant une fluctuation un peu obscure, douloureuse à la pression dans la partie antérieure de sa circonférence, sans élévation de température, sans changement de couleur à la peau, sillonnée du reste de veines assez volumineuses.

Cette tumeur, qui siégeait dans la région pariétale et semblait n'avoir pas dépassé les diverses sutures que forme le pariétal avec les autres os du crâne, offrait dans toute la circonférence de sa base une saillie osseuse qui aurait pu faire croire un instant à une perforation du crâne: car les doigts, poussés de là vers le centre en augmentant graduellement la pression, ne pouvaient plus sentir la résistance de l'os. C'est au niveau de cette saillie, à la partie antérieure seulement, que l'on déterminait une douleur assez vive par la pression. La compression exercée sur cette tumeur ne déterminait aucun phénomène du côté de la mobilité ni de la sensibilité; on n'y percevait aucun battement, on n'y entendait aucun bruit.

D'après les renseignements que je pus recueillir, il paraîtrait que la mère, qui du reste ne sait à quelle cause attribuer cette tumeur, ne se serait aperçue de sa présence que depuis un an; qu'à cette époque cette bosse avait le volume d'une noisette et qu'elle avait grossi insensiblement jusqu'au point où je la voyais. Les parents ne s'en étaient pas préoccupés jusque-là, parce que la tumeur n'était pas douloureuse et qu'elle n'influait en rien sur la santé de l'enfant.

Quelle était la nature de cette tumeur? J'hésitais entre une tumeur sanguine et un kyste séreux ou mellicérique; dans tous les cas l'ouverture, qui devait compléter le diagnostic, était parfaitement indiquée. Avant d'en venir là, je voulus pourtant employer quelques résolutifs, non pas que je leur accordasse une grande confiance. Contente de cette médication et en espérant de meilleurs résultats que moi, la mère resta deux mois à me ramener son enfant. Il me fut facile de reconnaître que pendant ce temps la tumeur avait augmenté de volume sans changer de caractère.

Peu de jours après, je pratiquai une incision à la partie antérieure et inférieure de cette tumeur: il s'en écoula d'abord du sang liquide et noirâtre comme du chocolat et puis un petit caillot d'un rouge vermeil. En introduisant par cette plaie une sonde cannelée pour aller faire une contre-ouverture à l'autre extrémité de l'ovoïde, il me fut facile de reconnaître que le foyer sanguin se trouvait immédiatement sur le pariétal, que la saillie qui circonscrivait la tumeur était constituée par de petites colonnettes osseuses faciles à rompre et dont je pus extraire quelques parcelles; enfin, que le cercle de cette circonférence était dépoli et un peu rugueux. Après avoir vidé complétement la poche, je mis quelques brins de charpie entre les lèvres des deux plaies pour empêcher leur réunion, et j'appliquai un bandage légèrement compressif. Il s'écoula par ces ouvertures pendant quelques jours de la sérosité purulente; mais, au bout d'une vingtaine de jours, la poche avait complétement disparu et la guérison était assurée; le bourrelet osseux persistait encore en partie.

Cette observation offre, je crois, beaucoup d'intérêt sous différents rapports. Et d'abord, il est évident que nous n'avions pas affaire ici à une de ces tumeurs sanguines résultat d'une chute ou d'un coup; la marche progressive et lente de cette tumeur, son contenu, la présence de cette barrière osseuse qui la circonscrivait, tout cela nous empêche de le croire. Mais ne pourrions-nous pas présumer que, dans plusieurs cas dont parle J.-L. Petit, ou des erreurs de diagnostic ont été commises par des médecins ou bien par lui-même à cause d'un relief dur circonscrivant la tumeur, ne pourrions-nous pas présumer, dis-je, que l'on a eu affaire à des tumeurs analogues à celle dont je rapporte l'histoire et non à de simples trombus de la tête? D'un autre côté, si ce relief osseux que nous avons trouvé est un caractère pathognomonique du céphalématome sous-péricranien, comme le prétendent M. Valleix, Michaëlis et quelques autres, qu'on ne le rencontre que dans cette affection, nous avons eu affaire à un céphalématome, et alors notre observation ne prouverait-elle pas que cette affection est quelquefois chronique, qu'elle a une marche lente et progressive (comme tend, du reste, à le penser Palleta), enfin que ce n'est pas toujours chez les nouveau-nés qu'elle se montre? Et cela ne suffit-il pas pour détruire toutes les théories de M. Valleix et autres sur la formation du céphalématome, basées sur la compression qu'exerce l'utérus sur la tête de l'enfant et sur la composition des os du crâne à cette époque?

La rareté du céphalématome chez les nouveau-nés, qui tous pourtant reçoivent une pareille pression de l'utérus et qui tous ont le crâne également développé; l'opinion des Allemands, à l'exception de Michaëlis, qui croient qu'on peut rencontrer le cercle osseux sur des tumeurs sanguines survenues à une époque assez éloignée de la naissance, tout cela ne nous permet-il pas de croire que le céphalématome sous-péricranien des nouveau-nés et les tumeurs sanguines analogues à celle que je rapporte sont une même affection, et une théorie qui expliquerait la formation des unes et des autres tumeurs ne serait-elle pas plus convenable?

La présence dans une tumeur qui a mis longtemps à se former d'une certaine quantité de sang noirâtre ayant subi un commencement de décomposition et au milieu de ce sang liquide d'un petit caillot rouge nouvellement formé, les aspérités de l'os sur lequel siégeait le foyer sanguin, tout cela ne nous permet-il pas de croire, comme du reste ont de la tendance à le penser Palleta, Michaëlis et quelques autres Allemands, que cette maladie tient à une affection de l'os analogue au *nœvus maternus*, dans laquelle quelques vaisseaux du diploé, ayant été éraillés ou détruits, ont donné lieu à des hémorrhagies lentes et successives qui ont rempli la tumeur? Quant à la barrière osseuse qui la circonscrit: la nature, en mère protectrice et bienveillante, a voulu, se trouvant dans les meilleures conditions pour cela, arrêter les progrès du mal, englober ce nouveau corps étranger pour qu'il ne devînt pas nuisible; elle s'est comportée ici comme elle le fait dans la formation du cal, dans la formation des colonnes osseuses destinées à sustenter des vertèbres sapées par la carie.

Comme on ne peut pourtant rien induire d'un fait isolé, je me contente de ces réflexions jusqu'à ce que, l'observation venant nous offrir de nouveaux cas, il nous soit permis d'éclairer définitivement cette question du céphalématome encore dans son enfance, malgré les travaux remarquables de MM. Négœle, Valleix, Dubois et quelques autres.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 avril 1851. — Présidence de M. Orfila.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Lettre de M. le ministre de l'intérieur remerciant en termes très flatteurs l'Académie du rapport relatif sur les maladies et infirmités qui doivent exempter du service de la garde nationale.

2° Plusieurs échantillons de remèdes secrets envoyés par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Association médicale.

M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'Association des médecins de Paris, adresse le compte-rendu pour 1850 des actes de cette Société. (Remercîments au secrétaire général.)

Eaux de Vichy.

M. Héricart de Thury, membre associé de l'Académie, annonce que M. Famille, ingénieur des établissements thermaux de Vichy, vient de lui faire envoi d'eaux de l'Hôpital et de la Grande-Grille. Les effets, dit M. Héricart de Thury, sont tellement différents de ceux des mêmes eaux de l'établissement des Pyramides de la rue Saint-Honoré et des eaux Lyse de M. Longchamp et d'Hauterive qu'il serait nécessaire de faire de nouvelles analyses comparatives des unes et des autres. (Commission des eaux minérales.)

Manuscrits de M. Mérat.

Mme veuve Mérat adresse des manuscrits que son époux a légués à l'Académie.

Cédrons.

M. Chevallier adresse des flacons de poudre et de teinture de cédron qu'il a préparées lui-même pour faciliter les recherches thérapeutiques que la commission dont il fait partie est appelée à faire sur cette substance. Il demande en même temps que M. Richard, qui a étudié les cédrons, soit adjoint à la commission en remplacement de M. Mérat. (Adopté.)

Lait pendant la menstruation.

M. Raciborski rappelle qu'il a eu dernièrement l'occasion de comparer de nouveau par l'examen physique, chimique et microscopique le lait d'une nourrice menstruée pendant les règles et dans l'intervalle des époques menstruelles. Il adresse de nouveaux éléments de son observation, avec prière de les renvoyer à la commission chargée de l'examen du mémoire sur le même sujet qu'il a lu à l'Académie il y a cinq ans.

Folie et pertes séminales.

M. Claude, de Bonnemade (Eure), adresse une réclamation de priorité au sujet de la communication de M. Lisse relative aux pertes séminales involontaires et à leur influence sur la production de la folie.

Eau sulfureuse.

M. Niepce envoie des observations de gastro-entérite chronique traitée par les bains de petit-lait et le mélange de ce liquide avec l'eau sulfureuse d'Allevard.

— M. Cazentre, de Bordeaux, adresse un mémoire sur le matico ou *arthouthe elongata*.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets ou nouveaux.

Section d'accouchement.

Sur le rapport de M. Cazeaux, l'Académie désigne M. P. Dubois pour remplacer provisoirement dans la section d'accouchements M. Devilliers, qui désire s'abstenir dans la discussion des candidatures, à cause de celle de son fils.

Traitement de la teigne par la méthode Mahon-Vaconsin.

M. Gibert donne lecture du rapport suivant:

Vous nous avez chargé, Messieurs, M. Jobert et moi, de répondre à la demande de M. le préfet de la Seine-Inférieure, qui vous consulte pour être autorisé à établir à Rouen un traitement externe pour les teigneux indigents, analogue à celui qui est en vigueur à Paris dans les établissements régis par l'administration de l'assistance publique. Ce traitement, comme on sait, est confié aux frères Mahon et à leurs successeurs, qui emploient une méthode spéciale et tenue secrète.

A l'hôpital Saint-Louis, particulièrement, les pansements ont lieu deux fois par semaine, et les sujets affectés de teigne sont admis au traitement externe après constatation de la maladie par les médecins.

On désigne généralement sous le nom de *teigne* une affection chronique du cuir chevelu propre à l'enfance, et susceptible de se transmettre d'un individu à un autre.

Mais, dans la pratique, on confond et l'on réunit sous ce nom générique plusieurs éruptions de nature différente, qu'il nous suffira ici de rapporter à deux divisions principales, savoir: les pseudo-teignes et la teigne vraie (1).

(1) Je n'ai pas cru devoir mentionner dans cet exposé succinct le porrigo decalvans de Bateman, ou teigne alopécique, qui diffère beaucoup des pseudo-teignes et du favus, parce que je ne crois pas que les remèdes ordinaires de la teigne lui soient applicables.

La première division comprend des éruptions de même nature que celles qui sont dénommées *dartres*, lorsqu'elles se montrent chez l'adulte et qu'elles envahissent des régions du corps autres que la tête. On doit particulièrement les rapporter à l'*eczéma* et à l'*impétigo* (dartres et teignes muqueuses, squameuses, crustacées et furfuracées d'Alibert).

Ces pseudo-teignes, dont les formes les plus aiguës sont encore désignées sous le nom de *gourmes* chez les enfants en bas-âge et en travail de dentition, cèdent le plus ordinairement aux remèdes généralement employés dans le traitement des affections dartreuses.

Il n'en est pas de même de la vraie teigne, qui offre plusieurs caractères qui la distinguent et la séparent des éruptions précédentes.

Celle-ci a été comparée avec raison à ces mousses parasites que l'on voit se développer sur l'écorce des arbres.

Elle commence par des points secs et jaunâtres, sorte de germe capsulaire qui s'ouvre et s'étend en formant des croûtes jaunâtres et sèches, de forme régulièrement circulaire, dont la surface, excavée au centre, laisse échapper une sorte de poudre jaunâtre et grenue que l'on a comparée aux sponcles des végétaux parasites.

Cette affection, désignée par Gui de Chauliac sous le nom de *tinea lupinosa*, par Alibert sous celui de *favus*, par Bateman sous celui de *porrigo lupinosa*, est contagieuse et susceptible de se communiquer d'un individu à un autre, mais à la condition que celui-ci offrira une prédisposition suffisante.

Tout nous porte à croire, au contraire, que les pseudo-teignes n'offrent point le caractère contagieux.

Au début, et lorsque par une communication accidentelle le *favus* s'est montré chez un sujet placé d'ailleurs dans de bonnes conditions hygiéniques, il peut guérir rapidement, et surtout on en arrête infailliblement les progrès en enlevant la croûte ou la faisant tomber avec un cataplasme et touchant légèrement la surface sous-jacente avec la pierre infernale.

Mais, lorsque le mal a vieilli et que le sujet, outre sa prédisposition naturelle, manque de soins hygiéniques convenables, la teigne s'étend et se perpétue, elle se propage même quelquefois à d'autres régions du corps, et surtout elle résiste opiniâtrément aux remèdes ordinaires des maladies chroniques de la peau; ou bien, si l'on réussit à la guérir pour un temps, elle récidive avec une grande facilité.

Or, c'est particulièrement contre cette teigne vraie et rebelle à nos moyens ordinaires de traitement que la méthode détersive et dépilatoire des frères Mahon est employée avec avantage.

Un tableau annexé à ce rapport indique le nombre des sujets admis au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis et le chiffre des guérisons obtenues dans le cours des trois dernières années qui viennent de s'écouler.

Dans un relevé que j'ai fait moi-même sur l'état administratif qui comprend les six derniers mois de 1850, je trouve 125 guérisons constatées par les médecins de l'hôpital Saint-Louis.

L'époque de l'admission des malades varie du mois de mai 1845 au mois d'octobre 1850.

L'âge des sujets s'élève depuis deux ans jusqu'à vingt-sept. Le plus grand nombre a de sept à dix ans.

Sur les 125 guérisons constatées, on en compte 51 qui ont exigé plus d'un an de traitement.

En général, ce traitement exige toujours au moins plusieurs mois.

Mais il faut noter que beaucoup d'enfants viennent assez irrégulièrement aux pansements que MM. Mahon et Vaconsin opèrent à l'hôpital Saint-Louis deux fois par semaine, et que toutes les espèces de teigne sont comprises indifféremment dans le tableau.

Or, si quelques pseudo-teignes cèdent avec assez de facilité à la méthode Mahon, il en est d'autres qui résistent plus longtemps que la teigne vraie ou *favus*, et qui, tout à l'opposé de cette dernière, guériraient mieux et plus rapidement, je le crois, par nos méthodes ordinaires.

La poudre et la pommade qu'emploient les successeurs des frères Mahon constituent, comme on sait, un remède secret.

Ce remède trouve, sans aucun doute, un puissant auxiliaire dans le soin avec lequel sont faits les pansements, et dans le nettoyage assidu et répété du cuir chevelu par des mains habiles et exercées.

En somme, la méthode Mahon est en vigueur depuis un grand nombre d'années au traitement externe de l'hôpital Saint-Louis, et dans plusieurs autres établissements dépendants de l'administration des hôpitaux. Elle offre pour le traitement des teigneux indigents les avantages réunis de l'innocuité, de l'efficacité et de l'économie.

Nous proposons, en conséquence, de répondre par un avis favorable à l'emploi de cette méthode, à la demande que M. le préfet de la Seine-Inférieure a adressée à l'Académie en date du 19 février dernier.

Jusée.

M. Barruel lit un mémoire sur l'extrait de jusée, et les préparations auxquelles il sert de base.

La jusée est le liquide dans lequel on fait macérer pendant un temps plus ou moins long les peaux des animaux dans le but de préparer le cuir. C'est une macération aqueuse de tan grossièrement pulvérisée. Celle qui est préparée par la macération des peaux de veau est transparente, d'une couleur ambrée, d'une odeur *sui generis*, qui rappelle celle de la taumée ou de la valériane; elle a une réaction acide assez sensible, une saveur astringente et une pesanteur de 1°—1/4. — 100 grammes de jusée convenablement évaporés donnent un extrait sec de 2 grammes, et 98 grammes d'un liquide légèrement opalin, sensiblement acide, ayant une odeur prononcée de heurre rance.

L'extrait est brun; il a une odeur analogue à celle de la jusée; sa saveur est astringente, légèrement aromatique; il est incomplètement soluble dans l'eau à froid. La solution filtrée agit sur les sels de fer à la manière de l'acide quasi-tannique.

Pour rendre ce médicament d'une administration facile et moins répugnante, M. Barruel a préparé avec cet extrait un sirop et des pilules renfermant chacune 8 centigrammes d'extrait. Le sirop s'administre matin et soir à la dose d'une cuillerée à café, et les pilules deux par jour.

C'est dans le traitement de la phthisie que ce médicament a été essayé jusqu'ici, ainsi que dans les cas d'affaiblissement général tenant au rachitique ou aux rachitismes. (Commissaires: MM. Bricheteau, Patissier, Guibourt, Bouchardat.)

Opération césarienne.

M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. Bouchardat l'histoire d'une opération césarienne faite avec succès. Cette opération a été pratiquée pour un cas que l'auteur qualifie en ces termes: Rachitisme avec rétrécissement considérable du bassin au détroit supérieur; premier accouchement à terme nécessitant l'embryotomie; deuxième grossesse, travail rapide; présentation irrégulière de l'occiput; procidence du cordon et d'un bras; enfant vivant; opération césarienne; mort de l'enfant le cinquième jour; guérison de la mère. (Commissaires: MM. Dubois, Danyau et Velpeau.)

La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 avril 1851. — Présidence de M. Rayer.

Sur la présence des poisons minéraux dans le système nerveux à la suite des empoisonnements aigus.

M. Roucher (de Strasbourg) adresse un travail sur la présence des poisons minéraux dans le système nerveux à la suite des empoisonnements aigus.

Dans le but de s'assurer si, comme on l'a avancé dans ces derniers temps, les poisons minéraux se retrouvent dans les centres nerveux, M. Roucher a entrepris une série d'expériences sur des chiens avec de l'arsenic, du plomb, du cuivre et du mercure.

Dans deux essais faits avec l'arsenic, cette substance a été retrouvée chaque fois en quantités appréciables dans le cerveau.

Le mercure y a été retrouvé constamment à la suite de trois empoisonnements par le sublimé.

Le cuivre s'y est rencontré cinq fois sur six dans des empoisonnements par le sulfate de cuivre à diverses doses.

La proportion de l'oxyde, évaluée trois fois, a varié entre 3 et 10 millièmes.

Le cerveau des chiens non empoisonnés n'en a point fourni en quantité appréciable. Le plomb a été retiré dans la proportion de 8 à 10 millièmes de métal du cerveau d'un chien mort en trois jours à la suite de l'administration de 3 grammes d'acétate de plomb. Cette proportion est évidemment extra-normale. La présence des substances précédentes dans le système nerveux y fait pressentir celle des autres poisons minéraux; elle permet de supposer que ceux-ci, de même que les poisons organiques, exercent une action spéciale sur les centres nerveux, au moins dans quelques-unes des formes d'empoisonnements auxquelles ils donnent lieu.

Fonctions distinctes du système nerveux spinal et ganglionaire.

M. Marshall-Hall envoie une note relative à une série d'expériences qu'il a entreprises dans le but d'isoler les trois systèmes nerveux cérébral, spinal et ganglionaire, et d'en étudier isolément les fonctions. Il ne lui a pas été possible d'isoler le système cérébral; car, dit-il, quand même les parties de la moelle épinière placée dans les vertèbres cervicales seraient divisées ou détruites dans les expériences ou par une maladie, la sensibilité et les autres fonctions du cerveau seraient compliquées des fonctions diastaltiques de la moelle allongée et des fonctions ganglionaires du sous-système ganglionaire de la tête. Mais il a pu très facilement isoler les systèmes spinal et ganglionaire.

Le système spinal, isolé par la destruction des deux autres systèmes, les mouvements continuent, la déglutition peut s'effectuer, tous les membres se meuvent dès qu'ils sont irrités.

En isolant le système ganglionaire, la circulation, les mouvements péristaltiques des intestins subsistent, mais plus de mouvements péristaltiques volontaires.

D'où l'auteur conclut que la moelle épinière est non-seulement le centre essentiel des mouvements diastaltiques dits sympathiques, mais aussi des mouvements péristaltiques sympathiques.

Siége de l'épilepsie.

M. Pascal, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, adresse un mémoire sur le siége de l'épilepsie, qu'il fait dépendre d'une lésion de la moelle allongée.

Identité des maladies charbonneuses des gallinacés et des grands animaux domestiques.

M. Delafond communique sur ce sujet des expériences très intéressantes que nous publierons avec tous leurs détails.

NOMINATION DU PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Après quatre mois d'une lutte des plus brillantes, les candidats à la chaire de clinique chirurgicale viennent enfin d'arriver au terme de leurs pénibles efforts.

Dans la très grande quantité de ces candidats, le jury ne pouvait faire qu'un très bon choix. Cependant quatre candidats, par leurs antécédents comme par leurs épreuves, MM. Bouisson, Michon, Nélaton et Robert, s'étaient partout placés au premier rang et offraient particulièrement des garanties au jury.

Parmi ces candidats même, un, plus spécialement encore que les autres, s'était fait remarquer par tous les mérites d'un clinicien accompli. Instruction solide, jugement droit, association rare de prudence, de hardiesse et de promptitude dans la décision, habileté dans l'exécution, telles sont les qualités précieuses qui désignaient M. Nélaton aux suffrages de ses juges.

Les juges l'ont compris.

M. Nélaton est professeur de clinique chirurgicale.

CORRESPONDANCE.

Londres, 28 avril 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre journal, qui m'arrive à l'instant à Londres, une nouvelle réclamation de priorité de M. Le Roy-d'Etiolles. J'ose espérer de votre impartialité ces quelques mots de réponse.

M. Le Roy-d'Etiolles tient à revendiquer l'idée, qu'il érige en principe, d'avoir basé son instrument sur « le pivotement de la tige saisie par le travers et son placement en long dans la direction » de l'urètre. » Or, il est bien évident que personne n'a prétendu extraire en travers une tige longue et étroite par l'urètre; il est bien évident par conséquent que toute personne qui aura cherché un instrument pour extraire une semblable tige aura cherché en même temps le moyen de la faire pivoter et de la mettre en parallélisme avec le canal à parcourir. Or l'idée que revendique M. Le Roy appartient donc à tout le monde. Mais ce qui est propre aux différents inventeurs d'instruments, c'est l'exécution de cette idée. Or, je crois avoir suffisamment prouvé que mon exécution différait absolument de celle de M. Le Roy, ce que d'ailleurs cet honorable chirurgien ne conteste pas. Reste à savoir si la mienne est plus heureuse que la sienne; c'est ce que décidera la commission de l'Académie. Mais en attendant son jugement, je constate que la multiplicité des procédés que M. Le Roy développe pour extraire les corps droits et longs de la vessie semble bien prouver que M. Le Roy n'est pas très sûr lui-même qu'il y en ait un de bon; en cela n'est-il pas un peu de l'avis de la commission qu'il incrimine, et aussi de mon avis lorsque j'ai pensé qu'il était convenable de chercher à en faire un qui fût réellement utile?

Agréez, etc.

Luer.

Traduction d'une lettre officielle, adressée par le ministère impérial des affaires étrangères à l'ambassade de Russie, à Paris, en date du 17 janvier 1851:

« M. le docteur Giraudeau de Saint-Gervais, à Paris, en transmettant, en juillet 1850, à M. le ministre de l'intérieur différents documents qui constatent son privilége pour la préparation du Rob de Laffecteur, a sollicité l'autorisation de publier dans les journaux une annonce que le Rob de Laffecteur se vend à Saint-Pétersbourg, chez le pharmacien Tipmer, et à Odessa, chez le pharmacien Kochler.

» Le conseil de médecine, appelé à porter son jugement sur cette affaire, n'a trouvé aucun empêchement à autoriser M. le docteur Giraudeau de Saint-Gervais de publier dans les journaux russes, dans des formes et des expressions convenables, les deux annonces précitées. Toutefois, le susdit conseil a cru devoir faire observer que les pharmaciens russes qui acquièrent à l'étranger le Rob de Laffecteur, soit du propriétaire lui-même, soit de ses mandataires, ne sauraient être privés de vendre ce remède conformément aux règlements établis.

» L'ambassade impériale est invitée à faire connaître cette décision à M. le docteur Giraudeau de Saint-Gervais.

» Pour traduction conforme,

» Le secrétaire d'ambassade,

» de Balabine. »

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 51. — SAMEDI 3 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 51. — SAMEDI 3 MAI 1851.



Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Étranglement herniaire sans vomissements.

Nous avons publié il y a quelques jours une observation de hernie remarquable par la disposition des enveloppes ; en voici une plus remarquable encore, parce que les particularités qu'elle offre sont relatives au diagnostic, et qu'elles peuvent, par conséquent, avoir la plus grande influence sur le choix heureux ou fatal du traitement. Voici ce fait, qui a été observé, de même que celui auquel nous avons fait allusion, dans le service de M. Velpeau, et dont nous devons la relation à M. Foucher, interne du service et aide d'anatomie à la Faculté.

Renard (Alexandre), âgé de soixante-deux ans, concierge, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 32, le 3 janvier 1851.

Cet homme, d'une assez bonne constitution, jouissait ordinairement d'une bonne santé, malgré la présence de deux hernies inguinales qu'il portait, l'une à droite, depuis vingt-cinq ans ; l'autre à gauche, depuis sept ans. Néanmoins, en 1847, de ces deux tumeurs, celle qui occupait le côté droit, imparfaitement contenue par une pelote de bandage mal adaptée, prit tout à coup un subit accroissement, et força le malade, qui ne put la réduire, à entrer à la Charité, dans le service de M. Velpeau. La réduction opérée, un bandage nouveau fut prescrit, et le malade sortit de l'hôpital deux jours après son entrée.

Depuis ce temps, aucun accident n'était survenu, et il avait continué à vaquer à ses occupations, lorsque le 1er janvier 1851, à trois heures de l'après-midi, la hernie inguinale droite s'est échappée de nouveau. Le malade fut pris aussitôt de douleurs vives et forcé de se mettre au lit. Ces douleurs avaient leur siége principal dans la partie du ventre voisine de l'ouverture herniaire, et de là s'irradiaient jusqu'à l'ombilic. Il existait en même temps un malaise général, et des crampes douloureuses se reproduisaient à des intervalles rapprochés dans le membre inférieur correspondant au côté malade.

On eut recours à un médecin, qui ne se rendit qu'à onze heures du soir auprès du patient. Là, il essaya vainement le taxis, et ordonna, avant de se retirer, un lavement émollient.

Le lendemain, la tumeur persistait aussi douloureuse. Des tentatives nouvelles de réduction furent entreprises par trois fois différentes ; mais elles n'eurent que le triste effet d'augmenter l'inflammation sans amener de soulagement. Un bain, de la pommade belladonée et la glace, qui furent successivement employés, n'eurent pas plus de succès que les moyens précédents.

C'est alors que le malade se décida à entrer à l'hôpital, c'est-à-dire trois jours après le début de l'accident.

Le 3 janvier, à son arrivée, le malade est dans l'état suivant : tumeur bilobée, pédiculée, pour ainsi dire double, occupant, à droite, la partie moyenne et interne du pli de l'aine. La plus grosse portion, ou tumeur supérieure, repose sur l'anneau inguinal externe ; elle est rouge, dure, irréductible, très douloureuse, soulevée par les efforts de toux, et fluctuante à sa partie la plus déclive. La petite portion, ou tumeur inférieure, séparée de la première par une bride fibreuse, se porte en bas du pli de l'aine ; elle est molle, pâteuse, peu sensible à la pression, assez rouge et légèrement tendue. Le malade ressent à des intervalles très rapprochés des douleurs excessivement vives qui, partant du pli de l'aine, vont se rendre au niveau de l'épigastre et s'irradier ensuite au pourtour de l'ombilic.

Le ventre, sensible au toucher dans sa moitié droite, ne présente point de ballonnement. Il existe une constipation opiniâtre. La langue est nette. Il n'y a pas de fièvre, *pas de nausées, pas de vomissements.*

En présence de symptômes aussi incomplets, et malgré l'absence des caractères tranchés qui dénotent ordinairement une hernie étranglée, M. Velpeau soupçonne un étranglement ; mais avant d'en venir à l'opération, qui ne semble pas encore immédiatement indispensable, et afin d'éclaircir le diagnostic, il prescrit une potion purgative et un bain.

Le 4 janvier, la nuit a été assez bonne ; le malade a dormi. Le ventre est plus tendu, plus sensible qu'il n'était hier. La tumeur est bosselée, fortement tendue, très rouge et très douloureuse. La potion purgative et un lavement qui a été administré ce matin n'ont donné lieu à aucune garde-robe. Quelques nausées sont survenues. *Toujours absence de vomissements.* Fièvre légère.

On se décide ce matin à faire l'opération.

Opération. — La tumeur rasée, le malade est couché horizontalement sur le bord d'un lit. M. Velpeau, placé à sa droite, fait à l'aide d'un bistouri courbe, dans le plus grand diamètre de la tumeur et dans la direction du pli de l'aine, de haut en bas et de dehors en dedans, une première incision de la peau d'environ 8 centimètres ; après quoi, il continue de diviser légèrement, couche par couche et parallèlement à la première incision, les différents feuillets cellulo-fibreux placés au-dessus du sac. Ce dernier, mis à découvert, présente vers son tiers inférieur un rétrécissement annulaire qui lui donne une forme bilobée. A sa partie supérieure et sous son enveloppe, qui offre assez de transparence, on aperçoit une masse jaunâtre, souple, qui ressemble à de l'épiploon. Dans la crainte de diviser l'intestin, qui pourrait coiffer cette prétendue enveloppe épiploïque, le sac est ouvert avec précaution, et dans sa cavité, qui ne renferme aucune trace de liquide, existent trois tumeurs, l'une graisseuse, l'autre épiploïque et une troisième formée d'intestin.

La tumeur graisseuse est celle qui, à travers l'enveloppe séreuse du sac, formait la teinte jaunâtre qui semblait due à une portion d'épiploon ; elle est pédiculée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, légèrement aplatie de haut en bas et placée à la partie supérieure et interne de la cavité du sac.

La portion d'épiploon qui a traversé l'anneau inguinal provient du grand épiploon, et est déjetée, contrairement à la tumeur graisseuse, en dehors de la masse commune. Elle est venue se fixer dans le diverticulum du sac pour y former la petite tumeur signalée avant l'opération ; là son aspect n'offre aucune altération à signaler, si ce n'est toutefois la production de plusieurs fausses membranes fibrino-albumineuses qui l'unissent au fond de cette arrière-cavité.

Quant à la hernie de l'intestin, elle est formée par une anse de l'intestin grêle, et représente une tumeur molle, arrondie, logée entre les deux coussins graisseux dont nous venons de parler et munie d'un pédicule étranglé par l'anneau fibreux du canal inguinal externe. Sa couleur, d'un brun noirâtre, inspire déjà un pronostic fâcheux et fait craindre que l'opération n'ait été trop différée.

Enfin, l'anneau étant débridé de dedans en dehors, l'intestin est réduit, la tumeur graisseuse enlevée, et la lame de l'épiploon divisée en deux portions qu'un fil passé sur chacune d'elles vient étrangler à quelques centimètres de l'orifice inguinal ; puis, la portion restée en arrière de la ligature étant excisée, les deux pédicules sont engagés en forme de bouchons dans l'ouverture.

Le pansement est ensuite pratiqué suivant la méthode ordinaire : boulettes de charpie, linge cératé, plumasseaux, spica de l'aine. — Bouteille d'eau de Sedlitz, lavement.

Le 5, le malade a eu des garde-robes très abondantes hier dans la soirée ; mais la nuit a été mauvaise, et il a éprouvé d'atroces douleurs dans le ventre. Ce matin, tension de l'abdomen ; sensibilité vive à droite. On enlève le bandage, devenu trop compressif à cause du gonflement. La face est rouge, la soif vive, la langue un peu sèche, le pouls dur et fréquent ; pas de frissons ; quelques nausées ; pas de vomissements.

Le 6, ventre ballonné, très douloureux à droite. Le malade n'a pas été à la selle depuis avant-hier ; il n'a pas vomi, n'a pas eu de frissons. Sa face est inquiète et exprime la souffrance ; pouls vibrant, à 90 ; soif inextinguible ; sommeil nul. — 15 sangsues sur le côté droit de l'abdomen ; 6 paquets de calomel ; eau de Seltz.

Le 7, abattement général des forces ; le pouls a diminué de violence, et donne 106 pulsations par minute ; la respiration est courte et gênée, à cause de la douleur que le soulèvement du thorax occasionne dans l'inspiration en amenant le refoulement des viscères abdominaux ; la parole est lente, entrecoupée. Le malade a été une dizaine de fois à la garde-robe cette nuit. Langue blanche ; soif moins vive ; pas de nausées.

Le ventre est toujours douloureux, quoique moins tendu ; la plaie de l'aine présente dans son milieu plusieurs points noirs qu'on détache avec une pince, et dont la mortification semble seulement comprendre les parties d'épiploon placées en dehors de la ligature. Le reste de la plaie est sanieux, grisâtre, et les bords flasques et décolorés. — On fait frictionner avec de l'onguent mercuriel les points du ventre où existe de la douleur.

Le 8, les accidents de péritonite qui existent depuis l'opération n'ont fait qu'augmenter d'intensité. Le ventre est très sensible à la moindre pression et fortement météorisé ; langue sèche et blanche ; absence continuelle de vomissements ; pouls dépressible, 120 pulsations. Cette nuit, le malade n'a pas cessé d'aller à la selle depuis une heure du matin jusqu'à cinq heures. — Tisane de gomme ; vésicatoire sur le côté droit de l'abdomen ; cataplasmes ; frictions mercurielles.

Le 9, ventre moins sensible au toucher ; plaie sanieuse, blafarde sur ses bords ; suppuration d'un gris noirâtre, très fétide et sans liaison. Le vésicatoire n'a pas très bien pris. La face est abattue, légèrement ictérisée ; la parole est lente, la respiration assez facile. Il n'y a pas eu de frissons ; pas de nausées, pas de vomissements. La langue est un peu humide, la soif peu prononcée ; la diarrhée existe toujours ; le pouls est assez dur et à 108. — Eau de riz.

Le 10, le ballonnement du ventre est un peu disparu, mais la douleur occupe toujours le même siége. Le malade est épuisé par une diarrhée très abondante qui continue son cours. Malgré cela, le pouls est assez fort et bat 90. Face pâle ; langue sèche et blanchâtre ; soif vive ; sommeil pen-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Compendium de chirurgie pratique, par MM. DENONVILLIERS et GOSSELIN.

(Neuvième livraison.)

La grande œuvre chirurgicale de MM. Denonvilliers et Gosselin marche lentement, il est vrai, mais en revanche elle marche avec honneur. C'est de la neuvième livraison que nous devons aujourd'hui compte à nos lecteurs.

Après avoir terminé la description des divers modes d'amputation, les auteurs arrivent à les juger. Ils n'ont pas de préférence marquée pour l'amputation dans la continuité ou celle dans la contiguïté ; pour eux, les avantages et les inconvénients se balancent dans les deux modes ; il faut enlever tout le mal en restant éloigné le plus possible du tronc. Pour ce qui est de la préférence à accorder aux diverses méthodes opératoires d'amputation, il n'y a guère non plus à établir de règles fixes ; cependant, la méthode circulaire paraît le plus souvent devoir être préférée quand elle est possible, celle à deux lambeaux devant être réservée aux doigts et aux orteils ; somme toute, le chirurgien doit être préparé à exécuter toutes les méthodes, se laissant guider avant tout par la nature et l'étendue des lésions qui nécessitent l'amputation. Quant au mode de pansement, la réunion par première intention semble à MM. Denonvilliers et Gosselin avoir de grands avantages ; ils penchent donc pour elle, à moins de contre-indications formelles. Viennent ensuite quelques considérations générales sur les résections dont les applications sont restreintes. Après ces considérations, nous arrivons à la quatrième partie de l'ouvrage, qui contiendra les maladies des régions, organes et appareils. Le titre premier comprend les maladies du crâne et du rachis ; rien de plus naturel que cette liaison des affections du crâne et de celle du rachis, dont les connexions anatomiques, physiologiques et pathologiques sont si intimes. Dans la division de ces maladies, MM. Denonvilliers et Gosselin ont suivi la voie déjà tracée ; on y voit, en effet, figurer les vices de conformation du crâne et du rachis, les lésions traumatiques du crâne et du cerveau, celles du rachis et de la moelle, les lésions vitales et organiques des mêmes parties.

Nous ne dirons rien des vices de conformation du crâne et du rachis, qui comprennent l'hydrocéphale, l'encéphalocèle, l'hydrorachis, dont la description est des plus complètes. Nous avons hâte d'arriver aux lésions traumatiques du crâne, parce que ce chapitre nous a laissé l'impression la plus favorable. Notons seulement, pour ce qui est relatif aux lésions des parties molles du crâne, que MM. Denonvilliers et Gosselin, tenant compte des riches travaux de M. le professeur Velpeau sur les épanchements de sang, ont fait des bosses sanguines une description plus complète que celle de nos traités classiques de chirurgie ; puis, sachant bien que la dénudation des os n'entraîne pas nécessairement leur mortification, ils veulent que dans ces cas les lambeaux soient réappliqués sur les os.

Le mécanisme des fractures du crâne a certes enfanté un grand nombre de théories, et on eût peut-être nui à la clarté de l'exposition en les rappelant toutes ; il valait donc mieux procéder d'une façon dogmatique, tout en posant d'abord les quelques principes de physique et certaines dispositions anatomiques importantes à connaître. On sait que tout corps dur qui en frappe un autre imprime à celui-ci un certain ébranlement qui commence au point frappé pour de là se communiquer à toutes les molécules. Sur une sphère creuse solide, le point frappé s'affaissera sous le coup et tendra à se rapprocher du point directement opposé, de sorte que la sphère se raccourcira dans celui de ses diamètres qui est parallèle au choc ; or, ce mouvement ne pourra s'effectuer sans qu'il y ait projection au dehors des molécules situées aux extrémités des diamètres perpendiculaires. Des mouvements alternatifs continuent ainsi pendant un certain temps ; si la puissance est plus forte que la résistance du corps frappé, celui-ci sera brisé au point frappé, si la sphère est régulière et identique dans tous ses points ; mais si la sphère est irrégulière, un autre point moins bien disposé pour la résistance pourra céder et être brisé ; or, ces notions s'appliquent au crâne, qui est un tout cohérent et indivis malgré ses sutures. Mais le crâne n'est pas un ovoïde ni un sphéroïde parfait, c'est une boîte ovalaire irrégulière, allongée d'avant en arrière, aplatie latéralement, arrondie et élargie en arrière et en haut, tronquée par sa base, qui présente un plan oblique subdivisé en trois étages, dont chacun comprend deux excavations. La structure, la composition, la densité, l'épaisseur des parois ne présentent pas plus d'uniformité que la forme ; ajoutez à cela que le crâne n'est pas indépendant, qu'il repose sur la face et a des connexions intimes avec le rachis ; que, de plus, il est rempli par la masse encéphalique, et il sera facile de comprendre que les lois générales applicables aux sphères creuses régulières ne sont plus d'une exactitude

dant la nuit; transpiration légère ce matin au réveil. — Une pilule de cynoglosse ; eau de riz ; eau de Seltz.

Le 11, la suppuration du vésicatoire est très abondante et semble avoir apporté du soulagement au malade, car son ventre est maintenant moins tendu et moins douloureux au toucher. La plaie du canal inguinal est toujours sanieuse, grisâtre et baignée d'une suppuration noirâtre d'une très grande fétidité ; ses bords, toujours décolorés et amincis, n'offrent la production d'aucune granulation charnue. Les selles sont toujours très fréquentes. Pas de vomissements, pas de frisson, pas de transpiration ; peau chaude ; pouls à 96 ; langue toujours sèche ; soif continuelle ; sommeil fugace. — Laver la plaie avec une décoction de quinquina ; baume d'Arcens ; eau de riz ; plus de frictions mercurielles.

Le 12, le malade a éprouvé hier un frisson violent, qui, selon son expression, a galopé pendant une heure dans tous ses membres; il a été aussi en proie à des coliques atroces et à une diarrhée continuelle. Ce matin face pâle, faiblesse extrême, parole pénible et entrecoupée ; langue rouge, arrondie à son extrémité, et en même temps très sèche et très rugueuse au toucher; soif opiniâtre; pouls rude, à 102 ; sommeil nul. — Eau de riz, 4 grammes de diascordium.

Le 13, ventre moins douloureux. Plus de frisson, plus de diarrhée; pouls à 98. La plaie inguinale s'est détergée. La suppuration a changé de nature, et des bourgeons charnus apparaissent au fond et principalement sur les côtés du foyer.

Le 14, nouvelle diarrhée, nouvelles coliques, nouveau ballonnement du ventre et sensibilité très vive du côté gauche de la cavité abdominale. Pas de vomissements, pas de frissons ; soif très intense; pouls mou et dépressible, à 102 pulsations. Respiration un peu gênée; état comateux. — 4 grammes de diascordium matin et soir. Le reste *ut suprà*.

Le 15, le malade est dans un abattement complet ; il répond à peine aux paroles qu'on lui adresse ; sa face est d'un jaune pâle, ses yeux sont fermés, et dans cet état de somnolence il semble complétement étranger à tout ce qui se fait autour de lui ; pourtant, lorsqu'on vient à toucher le côté gauche de son abdomen et à y imprimer une légère pression, ses traits accusent un sentiment de profonde souffrance, et sa bouche laisse aussitôt échapper une plainte. Ce matin, en faisant le pansement de la plaie située au côté opposé, on a constaté la production de plusieurs gaz qui s'échappaient avec bruit du fond du foyer, et la présence d'un léger suintement stercoral qui avait fusé à travers une perforation de l'intestin grêle. La diarrhée continue ; la peau est chaude, sèche, le pouls à 108. La respiration est assez facile. — Vésicatoire sur le côté gauche de l'abdomen ; un quart de lavement laudanisé ; décoction blanche de Sydenham. ; diascordium.

Le 16, la plaie inguinale est béante et imprégnée de matières stercorales liquides et jaunâtres. La diarrhée a diminué ; le ventre est toujours sensible au toucher. Langue rouge, pointue et sèche ; soif toujours très vive ; pas de vomissements ; pouls faible à 110 ; transpiration légère ce matin ; coma profond. — *Ut suprà.*

A partir de ce moment les symptômes s'aggravent continuellement, et le malade succombe le 27 janvier à trois heures du matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

SUR UNE MANIFESTATION DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE,

consistant dans une altération spéciale des poumons, qui n'a pas encore été signalée.

(Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de Médecine.)

Par M. le Dr DEPAUL, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

OBS. II. — *Pemphigus syphilitique observé sur un nouveau-né. — Abcès multiples des poumons, ayant occasionné la mort vingt minutes après la naissance.*

La nommée B..., lingère, âgée de vingt-quatre ans, se présenta à la Clinique d'accouchements le 2 octobre 1850, à sept heures du soir. Elle se disait en travail depuis trois heures de l'après-midi, et enceinte de huit mois seulement. Elle faisait remonter au 6 février la dernière apparition des règles. Aucun accident n'était venu compliquer cette grossesse, et déjà une première fois, il y a trois ans, elle était accouchée à terme d'une garçon qui vécut six mois, et qui succomba en nourrice sans avoir jamais offert les traces d'aucune autre maladie. Il est bon de noter que le père de ce premier enfant n'est pas le même que celui dont elle est enceinte actuellement.

Le jour de son entrée, à neuf heures du soir, les membranes se rompirent spontanément; à dix heures, la dilatation était complète, et l'accouchement se terminait à onze heures un quart, après huit heures de travail. L'enfant présentait le sommet en position occipito-iliaque droite postérieure. La délivrance n'offrit rien de particulier.

Malgré la marche heureuse et rapide de cet accouchement, on fut étonné de voir la respiration s'établir très incomplétement et la mort survenir au bout de vingt minutes. Tous les soins qui furent prodigués (même l'insufflation) devinrent inutiles.

Voici ce qu'un examen anatomique complet permit de constater.

Autopsie. — Le développement est celui d'un fœtus parvenu à sept mois et demi de la vie intra-utérine. Il n'y a pas d'amaigrissement, les membres sont arrondis, et la peau doublée par une couche épaisse de tissu cellulaire graisseux.

La région plantaire est remarquable par une teinte violacée qui contraste avec la coloration blanchâtre de la peau sur les autres points du corps. Elle offre de chaque côté une série de bulles parfaitement circulaires formées par l'épiderme soulevé par un liquide sero-purulent d'une couleur jaunâtre. Ces vésicules sont d'un volume variable. Les plus larges offrent le diamètre d'une large lentille ; les autres ont un tiers ou la moitié de cette dimension. Il y en a huit sur le pied droit et six sur le côté gauche. Sur la peau des cuisses, et surtout des jambes, on remarque un assez grand nombre de taches d'un violet cuivré, arrondies, de 4 à 6 millimètres de diamètre. La peau des autres régions ne présente rien de particulier, à l'exception toutefois de celle de la région palmaire, qui offre une teinte générale violacée qui a la plus grande analogie avec celle signalée pour la région plantaire.

Toutes les ouvertures naturelles sont examinées avec soin, et ne sont le siége d'aucune affection. Il en est de même des fosses nasales, qui sont ouvertes et explorées dans toute leur étendue.

Rien ne se présente à noter dans les organes de la cavité abdominale, qu'un foie un peu plus volumineux que d'habitude, et dont la coloration, du reste, est normale. Coupé par tranches et en divers sens, on ne trouve rien d'anormal dans son tissu.

Le gros intestin est rempli de méconium.

Thorax. — Le cœur et le péricarde sont sains ; il en est de même des plèvres, qui ne sont le siége d'aucun épanchement ; mais les poumons et le thymus présentent des lésions remarquables qui méritent d'être étudiées avec soin.

Après avoir retiré avec attention les poumons de la poitrine, il est facile de voir, à leur coloration extérieure, qu'il est des points disséminés qui ont été pénétré par l'air, et d'autres qui ne l'ont pas été. Les premiers ont une coloration rosée et paraissent saillants; les autres ont une teinte violacée, et présentent, quand on les presse avec les doigts, une dureté très remarquable, analogue à celle du tissu du foie, par exemple. Plongés dans l'eau, les deux poumons se précipitent vers le fond avec rapidité. Les portions non pénétrées par l'air se présentent sous forme de masses irrégulièrement arrondies et d'un volume variable. Le lobe supérieur de chacun des poumons en contient une qui a les dimensions d'une grosse noix; d'autres plus petites sont disséminées dans les autres lobes. Il y en a six à droite et cinq à gauche. La moins volumineuse égale une noisette.

Ces différents noyaux incisés, on les trouve formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent, variable en quantité, selon le volume de l'induration. A l'œil, ce liquide a toutes les apparences du pus, et le microscope ne laisse aucun doute à cet égard; il démontre, en outre, que les parois de ces divers foyers doivent leur couleur et leur densité à une véritable infiltration purulente.

Le thymus présente, dans la cavité de chacun de ses lobes, une petite quantité de pus jaunâtre, sur la nature duquel l'examen microscopique ne laisse aucun doute ; son tissu d'ailleurs paraît sain, et ne présente aucune trace d'inflammation. La constatation de semblables altérations demandait, de ma part, un examen attentif de la santé de la mère et du père. J'insiste de nouveau sur cette circonstance, que celui-ci n'était pas le même que le père du premier enfant, qui était né à terme et bien portant.

Toutes les recherches auxquelles je me livrai sur cette femme eurent un résultat négatif. Il me fut impossible de constater, sur les parties génitales ou ailleurs, la plus légère cicatrice ou quelque autre lésion qui pût être considérée comme un phénomène primitif ou consécutif de la syphilis. Elle affirmait d'ailleurs avec toutes les apparences de la bonne foi n'avoir jamais eu aucune affection suspecte.

Mais, interrogée sur la santé du père de son second enfant, voici les détails précis qu'elle me donna. Deux mois avant l'époque où elle devint enceinte, cet homme avait contracté d'une autre femme un chancre sur la verge, qui s'indura, qu'on ne traita que par les émollients et par quelques légères cautérisations. (Je ne fais que transcrire ses propres expressions.) Elle tenait tous ces détails du médecin qui fut consulté à cette époque. Le malade, ne tenant aucun compte des conseils qui lui furent donnés, se contenta de cette guérison locale qui fut obtenue au bout de huit à dix jours. Deux mois après il vit se développer d'autres accidents, qui sont la preuve incontestable de la nature syphilitique des premiers et du développement d'une infection générale. Ainsi, sur tout le tronc et les membres apparut une éruption de taches rosées.

En même temps ses cheveux tombèrent presque complétement, et il survint des croûtes sur le cuir chevelu.

Tel était l'état de sa santé lorsque fut procréé l'enfant dont j'ai donné la description.

Je n'ignore pas que, sur une matière comme celle que j'étudie, il me sera difficile de convaincre tout le monde. Je sais les difficultés que présente la bonne observation en général et surtout celle qui s'applique à l'histoire de la syphilis. Je pense cependant que, pour être juste et raisonnable, le doute doit avoir ses limites. Je me suis entouré de toutes les précautions possibles ; presque toujours les déclarations des malades ont été spontanées ; souvent j'ai pu voir et constater par moi-même la nature des lésions; j'observais d'ailleurs sans idée préconçue et je n'ai eu qu'à me laisser entraîner par l'évidence des faits.

Comme pour les autres altérations qui appartiennent à la syphilis congénitale, j'ai pu m'assurer que la maladie avait été transmise le plus habituellement par la mère et quelquefois par le père. Dans certains cas, cependant, l'un et l'autre étant malades au moment de la fécondation, il devient difficile de dire lequel des deux a été le point de départ de l'infection.

La lésion spéciale des poumons dont j'ai donné la description ne doit pas être rare, si j'en juge par l'expérience qui m'est personnelle. En effet, depuis quinze ans que mon attention a été attirée sur ce point, j'ai pu la constater dans près de vingt autopsies. Rarement, cependant, elle existait seule ; presque toujours, il y avait en même temps soit des bulles de pemphygus sur la peau des pieds et des mains, soit des foyers purulents dans le thymus, soit une augmentation de volume du foie.

Si un instant, en 1837, alors que j'en étais à mes premières observations, j'ai pu croire que j'avais sous les yeux des tubercules pulmonaires, j'ai dû bientôt reconnaître mon erreur, l'examen microscopique ayant dissipé tous les doutes à cet égard. Aujourd'hui, je suis très disposé à penser que les cas de tubercules des nouveau-nés qui ont été cités par Billard, Baron et M. Husson doivent être rattachés à l'affection qui fait l'objet de ce mémoire, et qui sont présentés tantôt sous la forme de simples indurations constituées par du pus infiltré, tantôt sous la forme de véritables collections purulentes à parois plus ou moins épaisses, renfermant dans leurs mailles un liquide de même nature. Je ne saurais dire si ces deux états, qui ne sont en définitive qu'un degré plus ou moins avancé de la même affection, représentent toutes les évolutions dont ces corps sont susceptibles; mais ce sont les seuls qu'il m'ait été donné de rencontrer. Les tumeurs gommeuses, qui sont avec raison considérées chez l'adulte comme le signe d'une infection générale et profonde, ont-elles quelque analogie avec ces indurations pulmonaires ? Je me contente de poser la question sans pouvoir la résoudre.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui l'influence funeste que la syphilis transmise pendant la grossesse peut exercer sur le produit de la conception, et l'on comprend qu'un grand nombre de circonstances feront varier la gravité du pronostic. Le siége de la manifestation, par exemple, établira une grande différence; si des organes indispensables à l'établissement de la vie extra-utérine sont profondément désorganisés, comme dans la lésion pulmonaire que je viens de faire connaître, on comprend que la mort survienne au moment de la naissance par une cause toute mécanique, l'air ne pouvant s'y introduire que d'une manière incomplète. Quand l'infection générale se traduit par d'autres altérations et en particulier par celles qui affectent si souvent la peau, tout espoir n'est pas perdu. La vie s'établit d'abord, quoique sérieusement menacée dans un avenir prochain ; mais si la nature du mal est reconnue, et qu'un traitement convenable intervienne, il est quelquefois possible d'en arrêter la marche et d'en faire disparaître les traces. C'est ce que j'ai pu constater un certain nombre de fois, et tout récemment encore sur une petite fille née d'une mère syphilitique, qui

---

mathématique relativement au crâne ; mais par cela seul qu'il exclut la régularité parfaite dans la distribution du mouvement et l'égalité dans la résistance, les fractures par contre-coup sont explicables et expliquées, que le choc atteigne le sommet, les parties latérales antérieure et postérieure du crâne. Quant à l'écartement des sutures, il n'existe jamais sans fracture.

Passons rapidement sur les symptômes ; notons seulement que les auteurs du *Compendium* pensent que le plus souvent l'écoulement séreux par l'oreille est alimenté par le liquide céphalo-rachidien. C'est à propos des accidents généraux des fractures du crâne que l'on rencontre la commotion, dont les expériences de M. Gama tendent à éclairer le mécanisme, sur laquelle l'anatomie pathologique n'apprend que bien peu de chose, et dont enfin les symptômes sont souvent fort obscurs. Le diagnostic de la contusion, de la commotion et de la compression du cerveau se trouve établi avec le plus grand soin, toutes les difficultés y sont prévues, et autant que possible résolues. Mais les accidents de la compression sont-ils dus à la simple pression du liquide épanché, ou à la rupture des fibres cérébrales? M. Malgaigne a émis la seconde opinion; MM. Denonvilliers et Gosselin se rangent à la première. Aussi, conséquents à leur doctrine, pensent-ils, sans cependant aller aussi loin que les membres de l'Académie de chirurgie, que le trépan doit être appliqué dans certains cas. L'indication leur paraît précise : 1° quand on trouve tous les signes de l'épanchement, y compris l'hémiplégie, et qu'en outre on observe une fracture sur le point opposé au côté paralysé; 2° quand avec les signes de l'épanchement, moins l'hémiplégie, existe un signe local.

Dans tous les autres cas, le chirurgien ne peut en général acquérir assez de certitude pour recourir au trépan.

Nous ne suivrons pas les auteurs dans leur description très fidèle de la méningo-encéphalite traumatique et des abcès intra-crâniens; nous ne pouvons insister davantage sur cet article si remarquable des plaies de tête; une analyse ne peut le faire apprécier. C'est une monographie complète, pleine de faits exposés avec la plus grande netteté. La première livraison s'achève par la description des fractures du rachis et des luxations des premières vertèbres cervicales; nous y reviendrons à propos de la dixième livraison, qui, nous l'espérons, ne tardera pas à paraître.

Terminons en disant que nous avons retrouvé dans tout ce fascicule cette érudition de bon aloi, ces notions de saine pratique, cette lucidité de rédaction auxquelles les auteurs du *Compendium* nous ont depuis longtemps habitués, et qui sont pour un livre le cachet d'une autorité durable.

FOUCHER.

Programme des prix proposés par l'Institut de médecine de Valence (Espagne) à chacun des trois auteurs qui résoudront une des questions qui suivent, ainsi qu'aux trois qui s'approcheront le plus de la résolution d'une de ces mêmes questions.

Question de médecine. — De l'apoplexie nerveuse ou soit sans lésion matérielle appréciable; causes qui la déterminent, phénomènes qui l'accompagnent, et de ceux qui la font distinguer des autres variétés d'apoplexie ; résultat le plus ordinaire et traitement le plus opportun.

Question de chirurgie. — De la cataracte, causes qui la produisent, raisons de sa fréquence, investigations sur son traitement sans opération; et, dans le cas où celle-ci devient nécessaire, exposer la méthode générale adoptable pour ses différentes espèces, faisant surtout remarquer les causes du résultat plus ou moins négatif de l'opération même la mieux faite.

Question de pharmacie. — Présenter un produit chimique qui, réunissant les avantages du chloroforme, n'en ait pas les inconvénients dans son application comme anesthésique ; décrire les propriétés physiques et chimiques de ce même produit.

Les prix, égaux pour les trois questions, consistent en une médaille d'or, sur un des côtés de laquelle sera gravé le sceau de l'Institut, et de l'autre, le nom du lauréat, qui recevra en outre le diplôme de membre titulaire.

Les accessit obtiendront le diplôme de membre titulaire.

Les mémoires devront être écrits en espagnol, français, portugais, anglais ou italien, et sans signature; ils devront être accompagnés d'une lettre cachetée sur l'enveloppe de laquelle on écrira la même devise qui se trouvera en tête du mémoire.

Les lettres seront adressées au secrétaire, le docteur Casimiro Domingo y Roncal, calle de Navellos, n° 2, jusqu'au 1er décembre 1851. — Les prix seront distribués le 31 mars 1852.

— ERRATA. — Au compte-rendu de l'Académie, l'observation d'opération césarienne lue par M. Fr. Dubois appartient à M. *Bouchacourt* (de Lyon), et non à M. Bouchardat.

portait en naissant des bulles de pemphygus, et chez laquelle un eczéma envahit tout le visage quelques jours après.

Si l'efficacité du traitement est évidente dans les cas que je viens de rappeler, le médecin n'est-il pas conduit à se demander s'il ne pourrait pas rendre son intervention plus fructueuse encore en prévenant le développement de la maladie, ou en la combattant alors qu'elle en est à son début et qu'elle n'a pas produit de lésions irréparables? La solution à toutes ces questions, que je ne puis qu'indiquer ici, ne me paraît pas douteuse.

Hématologie pathologique.

Par MM. Marchal (de Calvi) et Poggiale.

Le défaut d'espace nous a empêché d'insérer dans notre dernier numéro l'analyse suivante de la note communiquée à l'Académie de Médecine par MM. Marchal et Poggiale.

Cette communication est relative à deux observations nouvelles et intéressantes d'hématologie pathologique.

La première offre l'exemple d'une anémie primitive chez un individu du sexe masculin. La proportion des globules était de 40 environ; c'est-à-dire que, d'après l'évaluation de MM. Becquerel et Rodier, il y avait un déchet de plus de 100 de la matière globulaire. Pâleur verdâtre du visage; décoloration complète des muqueuses palpébrale, gengivale, labiale; faiblesse extrême de tout le corps et surtout des extrémités inférieures, qui s'affaissaient quand le malade essayait de marcher; état quasi syncopal dans les mêmes circonstances; points névralgiques très douloureux à la tête, presque fixes sur le trajet des nerfs frontaux externes; appétit presque nul, dégoûts; pouls assez plein, sans fréquence, offrant des intermittences variables; mouvements du cœur irréguliers en rapport avec ces intermittences; bruits assez clairs, sans autre altération que celle qui dépendait de l'irrégularité des mouvements; bruit de souffle à double courant dans les carotides très marqué; respiration normale généralement, mais troublée de temps à autre par des étouffements comme dans l'asthme; découragement profond, désespoir, tendance au suicide : tel était, sommairement, l'état du malade.

Un régime tonique et le carbonate de fer à la dose d'un gramme, puis de deux grammes, ne donnèrent pendant deux mois aucun bon résultat. C'est alors que M. Marchal mit le malade à l'usage des pilules d'iodure de fer, excellente préparation, en même temps qu'il lui fit manger du boudin aux deux repas.

L'amélioration fut prompte et en un mois la guérison était complète.

On ne saurait dire quelle part revient au boudin dans ce traitement mixte. Toujours est-il que le boudin, analysé par M. Poggiale, a donné 36 centigrammes de peroxyde de fer pour 100 grammes : d'où il suit que le malade de M. Marchal, qui a mangé 14 livres de boudin dans l'espace d'un mois, a dans le même espace de temps ingéré un peu plus de 25 grammes de peroxyde de fer, à supposer que le fer existe dans le sang à l'état de peroxyde.

La pensée qui a conduit M. Marchal à prescrire l'usage du boudin est rationnelle, et il est à désirer que de nouveaux essais soient tentés. Le boudin pourrait d'abord être employé seul; ce serait, comme le pense M. Marchal, le meilleur moyen de juger de son efficacité. Dans la même vue, notre confrère du Val-de-Grâce a fait préparer des pilules dites *cruoriques* avec le sang de bœuf desséché. On présente ainsi au sang appauvri tous les éléments solides qui entrent dans sa composition, et non pas seulement le fer suivant la méthode ordinaire.

On nous annonce que l'un des praticiens les plus éminents de notre école n'a pas hésité à mettre à l'étude expérimentalement les idées de M. Marchal. Attendons les résultats.

La seconde observation de MM. Poggiale et Marchal (de Calvi) est relative à une altération *qualitative* de la fibrine. Les globules étaient descendus à une proportion de beaucoup inférieure encore à celle du cas précédent (26 environ). La fibrine était en excès absolu (plus de 4), et surtout en excès relativement à l'énorme déchet des globules. Malgré cela, il y eut des hémorrhagies abondantes par le nez, par les oreilles, par l'urètre et par l'intestin, hémorrhagies auxquelles le malade succomba, encore que l'on eût employé un traitement approprié très énergique. Ce cas semblerait donc confirmer les doutes qui se sont élevés sur le rôle de la fibrine dans les hémorrhagies pyrétiques et scorbutiques. Mais il n'en est pas ainsi, comme on va le voir. Ce sang, si riche en fibrine, se coagula très lentement; le caillot offrait d'une manière frappante l'aspect glutineux décrit par M. Bouillaud, et il mit plus de *cinquante heures* à exprimer 3 grammes de sérosité dont on avait besoin pour l'analyse, qui faillit ne pouvoir être faite faute de sérum. Or, se demandent les auteurs, pourquoi cette fibrine abondante était-elle si peu contractile, sinon parce qu'elle était altérée? L'altération de la propriété ne va pas sans l'altération préalable de la substance. Il est donc probable que dans les cas qui ont été publiés par M. Fauvel et d'autres, par M. Andral lui-même, de scorbut sans diminution ou même avec augmentation de la fibrine, celle-ci était altérée. D'où il résulterait que les hémorrhagies pyrétiques et scorbutiques reconnaîtraient bien, suivant la loi formulée par M. Andral, une altération de la fibrine. Seulement, cette altération pourrait être *quantitative* ou *qualitative*.

NOTE SUR L'EMPLOI DES SULFUREUX

dans le traitement topique de l'herpès tonsurant;

Par M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

On sait que l'herpès tonsurant a une durée excessivement longue, quels que soient les moyens à l'aide desquels il est combattu. Ainsi, par exemple, il est plus ordinaire de le voir persister près d'une année entière, que d'en obtenir la guérison en trois ou quatre mois.

Dans le but de produire une modification, j'ai employé tour à tour un grand nombre de pommades pour remplacer celle au tannin, dont je me suis servi longtemps. Une indication qui semble constamment ressortir dans le traitement de cette maladie, c'est d'éviter de déterminer une irritation trop vive, qui ne survient que trop facilement d'ailleurs; aussi certaines préparations sulfureuses, incorporées dans la graisse, m'ont paru renfermer ces conditions. J'ai employé avec succès les pommades suivantes, variées suivant le degré de sensibilité de la peau et l'étendue du mal :

Soufre lavé.

Soufre lavé	4 grammes.
Huile d'amandes douces	2 —
Cérat de Galien	30 —

F. s. a.

Cette formule convient surtout pour les tout jeunes enfants.

Turbith minéral.

Turbith minéral	2 grammes.
Soufre sublimé	4 —
Cérat de Galien	30 —

F. s. a.

C'est un des topiques dont je me sers le plus souvent. On peut, au besoin, augmenter la proportion, en portant la dose de turbith minéral à 4 grammes et celle du soufre à 8.

Dans les cas invétérés, chez des individus mous, irritables, je me suis servi de préférence d'une pommade au sulfure de chaux, dont l'efficacité m'a été démontrée dans le traitement du *favus en cercles*, contre lequel il faut d'ailleurs l'employer à doses plus actives :

Sulfure de chaux.

Sulfure de chaux	de 2 à 4 grammes.
Axonge	30 —

M.

Il vaut mieux commencer par 2 grammes; quelquefois même, au lieu de faire des frictions tous les jours, comme cela doit avoir lieu pour les pommades précédentes, il est préférable de ne les faire que deux fois la semaine.

Avec ces diverses pommades, je fais faire, le soir au moment du coucher, des onctions légères sur les plaques malades. Le matin, on lave avec un peu d'eau de savon tiède, ou avec une solution légèrement alcaline de 1 à 2 grammes de sous-carbonate de potasse ou de soude pour 250 grammes d'eau. (*Annales des Maladies de la peau et de la syphilis.*)

EXPÉRIENCES SUR LA MALADIE GRAVE

des oiseaux de basse-cour.

(Communication faite à l'Académie des Sciences dans la séance du lundi 28 avril 1851.)

Par O. Delafond,

Professeur de pathologie et de police sanitaire à l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

Nos lecteurs nous sauront gré de publier textuellement l'intéressante communication faite lundi dernier à l'Institut par M. Delafond.

La maladie grave des oiseaux de basse-cour désignée sous les noms de *charbon*, de *choléra*, de *fièvre pestilentielle et contagieuse*, sévit maintenant dans le département de Seine-et-Oise. Dans la commune de Montgeron, presque toutes les volailles sont mortes. M. Petit, agriculteur à la Cour-de-France, vient de perdre une grande partie de ses poules.

Cette maladie n'est pas nouvelle; Chabert, Guersent, Maillet, et tout récemment M. Benjamin, vétérinaire à Nogent-sur-Seine, l'ont décrite.

D'après ce dernier, cette affection apparaîtrait régulièrement deux fois par an sur les poules, les oies, les dindons et les canards dans les départements de l'Aube, de Seine-et-Marne, de la Marne et de l'Yonne, et ferait périr annuellement 30 à 40,000 de ces animaux.

Une discussion s'étant élevée au sein de la Société nationale et centrale de médecine vétérinaire à l'occasion d'un rapport sur cette maladie, et plusieurs membres ayant émis une opinion différente sur la nature du mal, et principalement sur son identité avec les maladies dites charbonneuses des grands animaux domestiques, j'ai résolu de chercher à élucider cette question par l'expérimentation.

Le mardi 15 avril, j'ai fait venir de Montgeron trois poules et un canard morts de la maladie. Le 23 du même mois, je reçus de M. Petit, cultivateur à Champagne, dix-huit poules mortes également de la maladie régnante.

Les lésions morbides rencontrées sur les cadavres ayant laissé quelque incertitude dans mon esprit sur la nature et le siége de la maladie, je me décidai à pratiquer des inoculations dans le but de savoir si le sang des cadavres, comme aussi quelques liqueurs sécrétées et les liquides imbibant certains organes malades ou sains, pourraient communiquer la maladie à des volailles et à des quadrupèdes bien portants.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé jusqu'à ce jour, et dont je crois devoir donner connaissance à l'Académie :

1° Le sang de volaille pris dans le cœur et dans les gros vaisseaux immédiatement ou peu de temps après la mort, inoculé à quatre poules bien portantes, les a tuées en douze à trente heures au plus.

2° Le sang pris dans le cœur de ces poules aussitôt après la mort, inoculé à deux autres poules, les a fait périr en l'espace de huit à douze heures.

3° Le sang de poules mortes chez M. Petit, cultivateur à Champagne, inoculé à deux lapins adultes à la face interne de la cuisse, les a fait périr en huit à dix heures.

4° Le sang du cœur de ces deux lapins, inoculé à quatre pigeons, les a fait mourir en huit à dix heures.

5° De la lymphe extraite d'un vaisseau lymphatique d'un lapin mort des suites de l'inoculation du sang du cadavre d'une poule, inoculée à un pigeon, a déterminé la mort de cet animal après huit à dix heures.

6° De la salive mousseuse recueillie dans la bouche du même lapin et inoculée à un pigeon a provoqué la mort en six à huit heures.

7° La matière rougeâtre de la rate de deux poules, inoculée à une poule et à un pigeon, les a fait périr en huit à trente heures.

8° De la lymphe roussâtre extraite d'un ganglion lymphatique malade provenant d'une poule morte des suites de l'inoculation du sang, transmise à une poule bien portante, a déterminé la mort en l'espace de quinze à dix-huit heures.

9° Le jaune d'un œuf de la grosseur d'une aveline pris dans l'ovaire d'une poule morte, inoculé à un pigeon, a occasionné la mort en huit à dix heures.

10° Une poule alimentée avec les chairs, le sang, le foie, les intestins, etc., du cadavre d'une poule, est morte après vingt-quatre heures.

11° Un petit caillot sanguin retiré du cœur d'une poule morte, dégluté par une poule bien portante, a provoqué la mort après vingt-quatre heures.

12° L'inoculation 1. de la bile extraite de la vésicule biliaire, 2. d'un liquide blanchâtre existant dans le jabot, 3. de matières excrémentitielles prises dans le rectum, à trois pigeons, n'ont encore donné aucun résultat (1).

Les cadavres de tous ces animaux inoculés ont présenté des lésions morbides semblables à celles des animaux ayant fourni les produits de l'inoculation.

Le sang, aussi bien que les autres matières inoculées, n'ont encore offert aucune altération physique bien notable.

Le sang charrie, assurément, un principe qui donne la mort; mais quelle est la nature de ce principe? Est-il semblable à celui des maladies charbonneuses? Je le crois, mais n'ose point encore positivement l'affirmer.

J'entreprends une série d'expériences et me livre à des recherches anatomico-pathologiques qui, je l'espère, pourront élucider cette intéressante et importante question.

Dans le but de savoir si la maladie peut se transmettre, ou bien si elle n'est pas susceptible de se communiquer à distance à des volailles en bonne santé par des émanations cadavériques ou autres, j'ai commencé, le 15 avril, des expériences qui seront appelées à lever les doutes qui existent encore à cet égard.

Je me livre maintenant à de nouvelles inoculations avec la fibrine, l'albumine, la sérosité du sang, la lymphe, les humeurs de l'œil, la matière cérébrale, le chyle, la graisse, les poumons, les muscles, les reins, l'urine, le sperme, la salive, les excréments, les aliments du jabot, du gésier, etc., des animaux malades et des cadavres.

J'aurai l'honneur de communiquer les résultats de ces nouvelles recherches à l'Académie.

(1) Une lettre de M. Delafond, reçue après la séance, annonce que ces animaux sont morts dans l'espace de quinze à vingt-quatre heures.

MÉLANGE D'ALUN ET DE PLATRE

pour arrêter l'hémorrhagie provenant de la piqûre d'une veine.

M. le docteur Chicoyne, médecin à La Chapelle-sur-Loire, s'est bien trouvé, dans deux cas d'hémorrhagies veineuses survenues chez la même femme à la suite de l'opération de la thoracentèse, de l'application du moyen suivant :

Me fondant, dit-il, sur la propriété astringente de l'alun et sur celle que possède le plâtre *cuit* d'absorber une grande quantité d'eau pour adhérer aux surfaces sur lesquelles on le dépose, je fis un mélange d'une partie d'alun et de quatre parties de plâtre cuit, et j'en appliquai une couche très épaisse sur la piqûre faite par le trocart. Ce mélange forma avec le sang qui s'écoulait un mastic, qui mit bientôt un obstacle définitif à l'hémorrhagie.

M. Chicoyne pense que le même moyen s'appliquerait avec le même succès aux hémorrhagies suite de piqûres de sangsues : dans deux cas de ce genre, M. Chicoyne l'a vu parfaitement réussir.

INJECTIONS DE GAZ IRRITANTS

dans le traitement de l'hydropisie abdominale.

Nous avons reçu depuis un certain temps déjà de notre honorable confrère M. Brousse, de Bagnères (Hautes-Pyrénées), une observation d'hydropisie abdominale traitée par un moyen qui semble avoir eu des résultats avantageux. Nous avons à dessein attendu jusqu'à aujourd'hui pour livrer ce fait à la publicité, afin de voir si la guérison persisterait pendant plus ou moins longtemps; comme il s'est maintenant écoulé six mois depuis l'opération, il est permis de considérer la guérison comme définitive.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille de dix-huit ans, d'une excellente constitution, ayant les poumons, le foie et la rate parfaitement sains, et affectée, suivant M. Brousse, d'une *ascite* idiopathique. Après avoir essayé inutilement les purgatifs, les diurétiques et les sudorifiques, M. Brousse pratiqua de la manière suivante la ponction.

Nous laissons parler notre estimable confrère :

Première ponction à l'aide d'un trocart ordinaire au lieu d'élection.

A deux travers de doigt, et sur la même ligne de cette ponction, presque en même temps, deuxième ponction à l'aide d'un plus petit trocart.

Je retirai le dard de la première canule, et la sérosité s'écoula facilement et en abondance. Avant de complétement vider l'abdomen, je retirai le dard du second trocart, et le remplaçai par une sonde flexible, sans mandrin et en gomme élastique, pénétrant assez profondément.

Quelque temps après, à l'aide d'une petite seringue d'oreille, je vidai la canule du premier trocart, puis je portai dans son intérieur des bougies chimiques incandescentes au nombre de cinq, et l'une après l'autre. Les acides phosphoreux et sulfureux pénétrèrent en partie dans l'abdomen, et en partie sortirent par la canule.

Le jour même, la malade éprouva d'assez vives douleurs dans le ventre. Le lendemain, comme le jour précédent, l'abdomen fut gonflé et douloureux. — Tisane de gomme et assez de chaleur.

Le troisième jour, même gonflement, douleurs plus sourdes. — Tisane de gomme.

Le quatrième jour, urines abondantes; gaz par l'anus; affaissement de l'abdomen, qui est pâteux et moins sensible à la pression que les premiers jours. Pouls assez plein; face animée. — Tisane gommée.

Le cinquième jour, les urines coulent abondamment. La peau est moite; le ventre diminue. Enfin, de jour en jour la malade va mieux et guérit sans accidents. La maladie n'a pas récidivé depuis.

— Tout en remerciant M. Brousse de sa communication, nous n'acceptons cependant pas sans réserve toutes les conséquences qu'on en pourrait tirer. Il ne nous paraît pas entièrement démontré, en effet, que les gaz qui se développent pendant la combustion des allumettes chimiques aient pénétré dans la cavité qui renfermait le liquide. Ce n'est pas sans une certaine force qu'un corps peut éloigner les parois d'une cavité close de toutes parts, et s'insinuer entre ces parois. Or, ici, aucune force ne poussait les gaz vers la cavité, et ils trouvaient, au contraire, une issue facile vers l'extérieur.

Toutefois, il est bien remarquable que les symptômes de réaction qui ont suivi la ponction ont été plus développés qu'ils ne le sont ordinairement après une ponction simple; et sous ce rapport, il y a probabilité en faveur de la pénétration.

Quant à la nature elle-même de la cavité, nous avons de la tendance à croire qu'il s'agissait là plutôt d'un kyste de l'ovaire que d'une ascite idiopathique; car on sait combien sont rares les hydropisies de ce genre. Mais quel que soit le siége de l'hydropisie, la guérison ne serait pas moins importante dans un cas que dans l'autre, et l'expérience mérite certainement d'être répétée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 avril 1851. — Présidence de M. TROUSSEAU.

M. LEGENDRE lit un rapport sur un travail de M. Hérard sur *la formation spontanée du gaz dans les organes renfermés dans les cavités closes.* Le rapporteur regarde les faits signalés par M. Hérard comme trop douteux, et manquant de quelques détails suffisants pour éclaircir cette question. Il conclut à ce que la Société veuille bien adresser des remercîments à M. Hérard pour ce travail.

Identité de la goutte et du rhumatisme.

(Suite de la discussion.)

M. LEGROUX. M. Requin a donné, comme preuve de l'identité des deux affections qui font le sujet de cette discussion, la non-spécificité du traitement. Cela est vrai jusqu'à un certain point; mais je trouve encore des différences essentielles dans le mode d'application du traitement. C'est ainsi que je me garderai bien, en vue des accidents rétrocessifs, d'employer pour les goutteux le traitement antiphlogistique, que je ne craindrai pas de mettre en usage dans un cas de rhumatisme articulaire aigu. Ce traitement sera d'ailleurs basé également sur la différence de la cause qui est interne dans un cas, externe pour le rhumatisme. Nous savons aussi fort bien que les eaux de Vichy, si efficaces dans les affections goutteuses, sont sans influence sur le rhumatisme; tandis que les sulfureux agissent avec efficacité dans les cas de rhumatisme, et sont plutôt nuisibles qu'utiles dans les affections goutteuses.

M. GUÉRARD. Je répèterai que c'est surtout au point de vue diathésique que l'on rencontrera des différences essentielles entre la goutte et le rhumatisme. Au moment des accès, il y a certainement entre ces deux maladies des points de ressemblance. Dans les deux cas, on trouve, en effet, rougeur, chaleur et gonflement des articulations; mais la douleur rhumatismale est plus vague, tandis qu'elle est fixe dans la goutte, et cela pendant quinze à vingt ans.

M. TROUSSEAU. J'ai vu un assez grand nombre de goutteux, et jamais, à quelque moment que ce soit de la maladie, je n'ai trouvé de bruits anormaux ou de troubles notables du côté de l'agent central de la circulation, même dans les cas de goutte aiguë, lorsque plusieurs articulations se trouvaient prises en même temps; il en a été de même dans les cas de goutte chronique.

M. LEGROUX. Dans la goutte, la douleur arrive tout à coup, d'emblée, la nuit; le gonflement arrive plus tard. Sydenham avait insisté sur ce caractère, qui donne à la goutte un cachet, une physionomie toute particulière. Lorsque l'accès de goutte est dans toute son intensité, les caractères différentiels sont moins tranchés. La maladie n'est pas terminée dans le rhumatisme quand la douleur a cessé; dans la goutte, au contraire, aussitôt l'attaque terminée, la maladie est finie.

M. BOUCHUT. Non-seulement il y a des différences essentielles dans les phénomènes locaux, mais encore dans les accidents généraux. La goutte est une maladie héréditaire générale; le rhumatisme est une affection locale. Il est rare que dans la goutte on n'observe pas d'accidents de migration; rien de semblable dans le rhumatisme. J'ai soigné un goutteux qui m'a offert des accidents métastatiques des plus curieux. Après un accès de goutte, ce malade fut pris d'accidents comateux qui me firent penser qu'il y avait au moins du côté de l'encéphale des accidents de nature congestive. Je traitai ces symptômes par des antiphlogistiques; disparition de ces accidents. Deux jours après, il est pris d'une vive douleur dans un des côtés de la poitrine; je constate l'existence d'un épanchement pleurétique assez considérable. Application d'un vésicatoire. Le lendemain, je ne trouve plus rien. Le surlendemain, l'épanchement existait dans le côté opposé de la poitrine. M. Léger a observé des faits analogues, et la science en renferme un assez grand nombre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 avril 1851. — Présidence de M. LENOIR.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Huguier donne quelques détails sur la tumeur qu'il a présentée dans la séance précédente.

— M. FORGET fait hommage de son mémoire sur la résection de la mâchoire inférieure.

— M. CHASSAIGNAC commence la lecture d'un travail très intéressant développé sur l'autoplastie faciale.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Concours pour la chaire de pathologie interne.

La Faculté a terminé un concours le 30 avril, et en a commencé un autre le 1er mai.

La première séance a été une séance préparatoire.

Le jury a été constitué ainsi que nous l'avons annoncé précédemment, si ce n'est que M. Moreau absent a été remplacé par M. Gavarret. Les concurrents ont tous répondu à l'appel, et sont restés au nombre de six. M. le président du jury a annoncé que les séances du concours auraient lieu les lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures. La composition écrite sera faite aujourd'hui samedi, et la première séance pour la lecture des copies commencera lundi prochain à quatre heures.

Nous donnons ici le détail des scrutins qui ont eu lieu pour la nomination du professeur de clinique externe que le temps ne nous a pas permis de publier dans notre dernier numéro.

Au premier tour de scrutin, les voix se sont ainsi réparties :

MM. Michon,	4 voix.
Bouisson,	3
Nélaton,	3
Robert,	2

Le second tour a été semblable au premier.

Au troisième tour

M. Nélaton a eu	5 voix.
M. Michon	4
M. Bouisson	3

Un scrutin de ballottage a eu lieu alors entre MM. Nélaton et Michon. Le scrutin a donné 7 voix au premier et 5 au second.

Nous devons rectifier en terminant une faute typographique qui s'est glissée dans la première ligne du second paragraphe de l'article où nous avons annoncé la nomination. Au lieu de : *la très grande* QUANTITÉ, lisez : *la très grande* MAJORITÉ.

CORRESPONDANCE.

Londres, 1er mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

M. Le Roy-d'Etiolles me fait parvenir à l'instant le dernier numéro de votre journal contenant une lettre de M. Lüer à laquelle il me prie de répondre, ce que je vais faire.

Je ne suivrai pas mon confrère M. Lüer dans son appréciation du jugement de l'Académie des Sciences, cela n'est pas de ma compétence, et si je ne craignais de paraître prétentieux, je lui dirais que nous devons prendre garde l'un et l'autre au *sutor ne ultra crepidam;* je m'en tiendrai à la structure et au mode d'action des instruments, et même, comme il conviendrait d'entrer, pour bien faire comprendre la question, dans des détails qui demanderaient plus d'espace que vous ne pourriez m'en accorder, je me borne à proposer des essais publics dont les conditions seront réglées par vous, monsieur le rédacteur, ou par la Société de Chirurgie, si elle veut bien y consentir, expériences dans lesquelles, au moyen des instruments que j'ai exécutés sur les indications de M. Le Roy-d'Etiolles, parmi lesquels, dit un peu cavalièrement mon confrère, il n'y en a peut-être pas un de bon, je me fais fort d'extraire de la vessie de cadavres des corps droits et longs, dont lui-même ne pourra pas faire l'extraction avec son instrument.

Je vais communiquer cette proposition à M. Lüer, que je verrai à l'exposition universelle, où nous soutenons concurremment l'honneur de la fabrication française.

Agréez, etc.

MATHIEU,
Fabricant d'instruments de chirurgie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Électricité magnétique.

Une commission composée de MM. Bérard, Bouvier, Gaultier de Claubry, Gueneau de Mussy, Longet, Poiseuille et Soubeiran a été chargée par l'Académie de lui faire un rapport sur divers appareils électriques.

L'Académie a reçu l'appareil magnéto-électrique de MM. Breton frères, et les chaînes voltaïques de M. Pulvermacher... Ces divers instruments lui ont été présentés comme propres à remplir les indications jugées nécessaires à l'application médicale de l'électricité. La tâche de la commission a été de reconnaître les mérites et les défauts de chacun d'eux...

La première question qui se présente est celle-ci : Est-il indifférent d'électriser avec toute espèce de courant? Au point de vue de la commodité, évidemment non. Les piles voltaïques, construites d'après les systèmes connus, demandent des soins et une attention que le médecin peut rarement leur accorder; leurs effets s'affaiblissent rapidement, et si aux appareils ordinaires on substitue les piles à courant constant, on retrouve au même degré la nécessité de consacrer beaucoup de temps à les monter, la dépense des matières nécessaires à leur entretien, le renouvellement assez fréquent de quelques-unes de leurs parties, et, de plus, le désagrément des gaz et des vapeurs qu'elles exhalent presque toujours. Par tous ces motifs, les appareils établis sur ce système sunt presque complétement abandonnés.

... A la place des courants électriques produits directement par la pile, on n'a guère recours aujourd'hui qu'aux courants d'induction. Ils possèdent le remarquable caractère de n'avoir qu'un instant de durée. Ils se suivent, mais en laissant entre eux un intervalle de temps... C'est aux dispositions particulières des appareils à régler la durée de ces intermittences qui peuvent être très éloignées, ou se rapprocher tellement qu'elles simulent un courant continu.

L'appareil magnéto-électrique des frères Breton est connu de la plupart des membres de l'Académie. C'est lui qui, depuis quelques années, est presque *exclusivement* employé dans les hôpitaux de Paris. Le courant qu'il donne est un courant d'induction de premier ordre.

La partie essentielle de cet appareil est un aimant en fer à cheval; le fil conducteur dans lequel doit se développer le courant d'induction est roulé en hélice sur l'aimant, ce qui augmente l'effet, tout en simplifiant la construction.

L'appareil des frères Breton ne fait pas craindre une stimulation trop vive de la peau ou la surexcitation de la rétine...

Tel qu'il est, cet appareil a rendu, et il est appelé à rendre encore de bons services si l'on en limite l'emploi, comme on le fait presque toujours, à produire une stimulation modérée de la peau, ou l'excitation des muscles et de la sensibilité. Il restera dans la pratique.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations; savoir : l'enroulement direct du fil conducteur sur l'aimant; ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant. Ces courants sont très propres à produire les phénomènes de contraction musculaire...

La commission propose à l'Académie de faire adresser à MM. Breton des remercîments pour leur intéressante communication. — Adopté.

(Extrait du rapport de M. Soubeiran, séance du 1er avril 1851.)

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 52. — MARDI 6 MAI 1851.

(24e ANNÉE.)

N° 52. — MARDI 6 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 5 MAI 1851.

Sur les résultats divers

OBTENUS DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE.

Nous avons promis de faire connaître avec tous les détails possibles l'observation d'opération césarienne communiquée dans l'avant-dernière séance à l'Académie de Médecine par M. Bouchacourt. Nous tenons aujourd'hui notre promesse. Si cette observation n'avait ajouté qu'un succès de plus à ceux que compte déjà l'opération dont il s'agit, nous aurions pu nous borner à publier le fait purement et simplement; mais il ne nous paraît pas qu'il en soit ainsi. M. Bouchacourt soulève lui-même quelques questions dignes d'être discutées, et sur lesquelles il est bon d'appeler la sérieuse attention des chirurgiens.

Le fait de M. Bouchacourt ne nous paraît pas seulement intéressant parce que c'est un succès; il nous le paraît surtout, parce que ce succès a été obtenu dans un grand hôpital. On n'ignore point que c'est aux conditions locales qu'on a attribué les insuccès constants qui ont suivi dans les hôpitaux de Paris l'opération césarienne, et la *Presse médicale belge* nous apprenait récemment que c'était en grande partie à la même cause qu'on devait rapporter les insuccès non moins constants, au nombre de *plus de vingt*, constatés dans les services de MM. Seutin et Van Huevel, à Bruxelles. Or pendant que ce recueil nous annonçait ces faits, il nous faisait connaître en même temps que M. Hoebeke, qui a pratiqué *treize* fois l'opération sans avoir à déplorer une seule mort, attribuait les malheurs de ses confrères à ce qu'ils ne pratiquaient pas l'opération en *temps opportun* et dans les limites convenables.

M. Hoebeke pose en principe la proposition suivante: « Les limites convenables dans lesquelles l'opération césarienne offre beaucoup de chances de succès s'étendent depuis le moment que les auteurs ont désigné comme opportun ou d'élection jusqu'à celui où l'utérus et ses annexes, soit par suite de la durée du travail ou par les manœuvres de l'accoucheur, vont devenir le siége d'une phlegmasie plus ou moins intense. » Ces limites ne sont pas posées avec toute la précision désirable, et bien des accoucheurs pourront encore rester indécis après avoir lu ces lignes. Mais il résulte au moins du précepte de M. Hoebeke que, suivant lui, on attend presque toujours trop tard pour pratiquer l'opération césarienne. Or cette opinion semble être aussi celle de M. Bouchacourt, qui insiste dans ses réflexions sur la nécessité d'opérer de bonne heure, et qui, dans le fait qu'il publie, a opéré lui-même vingt et une heures après le début du travail.

Nous sommes loin assurément d'attacher la même importance que M. Hoebeke à l'époque où l'on pratique l'opération; nous sommes loin surtout d'admettre que les chirurgiens de Paris, pas plus que ceux de Bruxelles, aient toujours attendu un moment inopportun avant de se décider à opérer; mais malgré cette restriction, il nous paraît utile de tenir compte de la remarque faite par MM. Hoebeke et Bouchacourt, et de recueillir désormais les observations avec toute l'exactitude nécessaire pour permettre la solution rigoureuse de la question soulevée par cette remarque.

Quant aux autres réflexions faites par M. Bouchacourt, et relatives plus particulièrement à l'étendue et à la direction de l'incision, et surtout au point précis où elle doit être pratiquée, quoique d'une importance secondaire à nos yeux, ces réflexions méritent néanmoins d'être prises en considération et d'être rigoureusement contrôlées par les faits.

H. de Castelnau.

Rachitisme; rétrécissement considérable du bassin au détroit supérieur; premier accouchement à terme nécessitant l'embryotomie; deuxième grossesse; travail rapide; présentation irrégulière de l'occiput; procidence du cordon et d'un bras; enfant vivant; opération césarienne; mort de l'enfant le cinquième jour; guérison de la mère.

Eugénie Hurel, âgée de trente-deux ans, est née à Saint-Omer, de parents bien constitués. Quoique de petite taille, elle avait acquis à trois ans et demi la force et le développement des enfants de son âge, quand elle tomba de la hauteur d'une chaise et se fractura le fémur droit près de l'extrémité supérieure. A la même époque survinrent des convulsions et la coqueluche; les membres inférieurs s'incurvèrent; la colonne vertébrale s'infléchit, et tous les caractères du rachitisme se manifestèrent. Ce ne fut pas avant l'âge de six ans qu'elle put recommencer à marcher.

Menstruée régulièrement et assez abondamment à l'âge de vingt ans, Eugénie était arrivée au degré de développement qu'elle conserve aujourd'hui. Devenue enceinte pour la première fois en 1846, âgée alors de vingt-six ans, elle alla à terme, resta trois jours dans les douleurs, et fut reçue à l'hôpital de la Charité (de Lyon).

Les bruits du cœur du fœtus n'étant plus perceptibles, et l'accouchement ayant été jugé impossible, même avec le forceps, M. le professeur Colrat, mon prédécesseur, pratiqua avec succès l'embryotomie. Les suites de l'opération furent très heureuses; au bout de huit jours, l'accouchée sortait presque complétement remise.

Devenue enceinte une seconde fois, et parvenue sans accident au terme de sa grossesse, Eugénie entra de nouveau à la Charité le 15 octobre 1850. Nous la vîmes alors pour la première fois. Elle est de très petite taille (1 mètre 16 centimètres), d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux; ses cheveux sont blonds, ses yeux gris, sa peau est fine, parsemée de taches rousses, sa figure, assez expressive et amaigrie; sa tête, aplatie latéralement, est renflée et prolongée en arrière. Elle a les membres inférieurs courts, légèrement déviés et assez fortement incurvés à leur partie moyenne. La colonne vertébrale, déformée dans presque toute sa longueur, présente une première courbure latérale au cou, à convexité gauche; une seconde courbure au dos, convexe dans l'autre sens; enfin, vers les lombes, une troisième semblable à la première. Les régions dorsale et sacrée offrent en outre une saillie antéro-postérieure assez prononcée; le torse est très difforme; l'omoplate droite, soulevée par les côtes, présente au niveau du bord spinal une forte saillie; le sternum est également dévié, et sa pointe dirigée vers l'hypocondre droit; le bassin est déprimé d'avant en arrière, la face postérieure du sacrum relevée et le sommet de la symphyse pubienne plus incliné en avant que dans l'état normal. La mensuration extérieure, pratiquée avec le compas de Baudelocque, donne les résultats suivants: de l'épine iliaque antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, 23 centimètres; d'une crête iliaque à l'autre, 24 centimètres; de la première apophyse épineuse du sacrum à la partie antérieure et supérieure de la symphyse du pubis, 14 centimètres au lieu de 19. En suivant la face antérieure du sacrum pour mesurer intérieurement le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, l'extrémité du doigt n'atteint que difficilement l'angle sacro-vertébral, à cause de son élévation prononcée. En faisant la part de l'inclinaison du plan du détroit supérieur, qui est de 65° au moins, le diamètre sacro-pubien ne peut pas être porté à 7 centimètres; le sacrum est peu concave, le coccyx relevé en arrière; la moitié gauche du bassin étant plus rapprochée de la ligne médiane que la droite, il en résulte une différence notable au profit du côté droit entre les deux moitiés de l'excavation pelvienne; le vagin est étroit et court; l'orifice vulvaire est assez fortement incliné en bas.

Les douleurs avaient commencé le 15 octobre à huit heures du matin; à dix heures le toucher permit de constater un léger commencement de dilatation; le col étant encore épais, la tête restant assez élevée pour qu'on eût de la peine à l'atteindre, les douleurs continuaient et devenaient plus vives. A cinq heures du soir, l'orifice utérin qui n'avait que 1 centimètre de diamètre, commença à se dilater beaucoup plus rapidement; la poche des eaux se rompt à dix heures, à minuit la dilatation est complète, les contractions deviennent fréquentes, énergiques, expulsives, mais sans amener d'autre résultat qu'un léger engagement de la tête, qui semble s'aplatir sans se réduire sensiblement. A une heure et demie du matin le cordon ombilical avait passé derrière et à droite et fut bientôt suivi du bras; c'est à ce moment que la sœur accoucheuse me fit prévenir de la marche rapide du travail. Après m'être assuré de nouveau approximativement de la position de l'enfant et avoir apprécié plus exactement le degré d'angustie pelvienne, je reconnus, comme la veille, l'impossibilité de l'accouchement naturel, et je réclamai l'assistance de quelques-uns de mes collègues. MM. Richard (de Nancy) et Valette répondirent à mon appel.

L'auscultation ne nous laissant pas de doute, ainsi que les battements du cordon sur la vie du fœtus, nous arrêtâmes d'un commun accord, vu la réduction du diamètre sacro-pubien, qui avait tout au plus 6 centimètres et demi, que l'opération césarienne serait pratiquée.

A cinq heures du matin, assisté de mes deux honorables confrères et des internes de la Charité, je l'exécutai de la manière suivante: La patiente, préalablement soumise à l'inhalation du chloroforme, est placée sur le dos et près du bord du lit de douleur. Une selle ayant eu lieu dans la soirée et la malade ayant uriné il y a peu de temps, nous regardons le lavement et le cathétérisme comme inutiles. Après m'être de nouveau assuré du peu d'épaisseur des parois de l'abdomen, dont la saillie déjà prononcée est augmentée en plaçant sous le dos de la malade un épais coussin, je fais sur la ligne médiane, avec un bistouri convexe, une incision qui s'étend de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à 1 centimètre au-dessus du bord du pubis; après la section de la peau; du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose abdominale, j'incise le péritoine, d'abord sur la sonde cannelée, puis avec un bistouri boutonné dirigé successivement en haut et en bas sur le doigt indicateur; en coupant dans ce dernier sens, il s'échappa un jet de liquide que je pris un instant pour de l'urine croyant avoir ouvert la vessie; heureusement il n'en était rien. L'utérus étant fortement déjeté à gauche et son bord droit correspondant presque à la ligne médiane, un aide, par des pressions ménagées, le reporte peu à peu vers le côté droit de manière à lui redonner sa position normale. A ce moment plusieurs anses intestinales se présentent vers les bords de la plaie; on les refoule avec précaution sur les côtés de l'utérus; cet organe est alors incisé très près de la ligne médiane avec de grandes précautions; on arrive pour ainsi dire sans s'en douter sur l'enfant, dont la tête, en position inclinée du vertex, est retirée avec quelques efforts; le reste du corps vient sans peine. Après avoir laissé saigner le cordon quelques instants, je fais immédiatement la délivrance par la plaie.

On voit pour ainsi dire l'utérus revenir sur lui-même sans qu'il s'écoule une quantité notable de sang; aucune ligature n'est pratiquée; on réunit la plaie des parois abdominales à l'aide de trois points de suture enchevillée placés à des intervalles égaux. On laisse dans l'angle inférieur une petite mèche de charpie pour faciliter l'écoulement des liquides; de longues bandelettes de diachylum faisant le tours du corps secondent l'effort unissant de la nature; on les recouvre d'un linge cératé, de plumasseaux de charpie et de compresses; le tout est maintenu par un bandage de Scultet.

L'opération, qui avec le pansement n'avait pas duré plus de vingt-cinq minutes, ne troubla pas le sommeil produit par l'inhalation de chloroforme; elle ne détermina pas la plus légère douleur; transportée dans un lit convenablement chauffé, la malade y dormit encore paisiblement jusqu'à onze heures du matin; à ce moment, elle était très faible; le pouls petit, mais régulier; elle n'accusait aucune douleur et se félicitait d'avoir accouché bien plus facilement que la première fois. — Infusion de thé et de tilleul; potion calmante:

Eau de laitue et tilleul. . . . ãã . .	60	grammes.
Acétate d'ammoniaque.	1	—
Eau de canelle orgée.	8	—
Laudanum de Sydenham.	25	gouttes.
Sirop de gomme.	30	grammes.

Mélange de glace pilée et de sucre à parties égales par cuillerée à café de temps en temps.

Le 17, la nuit a été bonne; l'accouchée est faible, le pouls petit, dépressible, à 130; il n'y a pas eu d'urine depuis la veille; le cathétérisme donne issue à 100 grammes environ de ce liquide d'une couleur citrine parfaitement limpide; les pièces extérieures de pansement, imbibées d'une sérosité roussâtre, sont complétement renouvelées. — Continuation de la tisane, de la potion et du mélange glacé, qui est pris avec plaisir; on ajoute quelques cuillerées de vin de Bordeaux et de bouillon de poulet froid.

A onze heures du matin, la malade est agitée; il survient des nausées, des vomissements dès qu'elle reste couchée sur le dos; vers le soir, le pouls devient plus large, il est moins dépressible; la peau est chaude et sèche; il survient quelques tranchées utérines; on se borne à la potion et à l'infusion.

Le 18, la malade a dormi quelques heures. La face est légèrement grippée, l'œil plus brillant, la langue rouge; douleurs abdominales se continuant à la partie supérieure des cuisses; le pouls est moins fort et plus fréquent que la veille. Prescription: malgré la faiblesse, on applique trois sangsues à chaque cuisse; on fera toutes les trois heures des onctions mercurielles sur l'abdomen; 8 grammes d'onguent napolitain chaque fois; on le recouvrira d'un large cataplasme de farine de lin arrosé d'huile de morphine; vin de Bordeaux; eau sucrée pour boisson.

L'appareil, imbibé de sérosité rougeâtre et d'urine, est renouvelé le soir.

Le 19, la malade est toujours dans un état de faiblesse extrême; des nausées, des tranchées utérines se manifestent dès qu'elle se trouve dans le décubitus dorsal; elles disparaissent lorsqu'elle se met sur le côté, position qu'on lui permet dès lors de garder constamment.

Les traits sont moins tirés; pouls à 125, plus fort; la langue, toujours rouge, est plus humide; il y a plus de force et au total un mieux prononcé; on reprend le bouillon de poulet: même prescription que la veille.

Le 20, pouls à 120; la chaleur de la peau est diminuée, la langue se dépouille; on enlève les bandelettes agglutinatives, ce qui détermine d'assez vives douleurs; la réunion est complète, si ce n'est vers l'angle inférieur, d'où s'écoule de la sérosité sanguinolente; vers le haut, la réunion immédiate a été empêchée par une petite saillie bourgeonnante formée par la lèvre droite de la plaie renversée en dehors; nouvel appareil semblable au premier, même prescription; on per-

met un potage de fécule de pommes de terre; vin de Bordeaux.

Le 21, le mieux continue; 2 potages.

L'enfant, d'abord un peu faible, avait repris des forces, respirait et criait librement à la fin du premier jour; devenu plus faible le troisième, ses membres furent pris d'une induration du tissu cellulaire, qui semblait partir de la main restée en état de procidence au moment de l'accouchement. Il rendit fort peu de méconium, malgré l'emploi des lavements, du sirop de chicorée, etc. Il avait refusé le sein à plusieurs reprises et mourut sans convulsion le cinquième jour.

Le petit cadavre n'offre aucun vice de conformation; il a 48 centimètres de longueur et pèse 3 kilogrammes. La tête, fortement aplatie à la partie postérieure, a les diamètres suivants : occipito-mentonnier, 14 centimètres; occipito-frontal, 11; le sous-occipito-bregmatique en a 10, le bi pariétal 9, le bi-temporal 7 et demi, le bis-acromial 10, le bis-iliaque 8. La tête présente du côté qui était engagé une forte infiltration sanguine sous-cutanée; les lobes postérieurs du cerveau et le cervelet sont, comme le crâne, aplatis latéralement; la substance cérébrale est infiltrée de sérosité et fortement piquetée; cette injection est prononcée sur le pariétal droit et la partie correspondante de l'occipital; le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire des membres est infiltré d'une sérosité rosée comme gélatineuse. Les muscles paraissent plus durs et plus pâles que d'ordinaire. On ne trouve rien de particulier dans les autres cavités, si ce n'est une assez grande quantité de méconium dans l'intestin.

Le 22, l'état de la mère s'améliore; le pouls est à 120; la langue redevient normale, l'appétit se prononce; il n'y a plus de chaleur à la peau; la nuit a été bonne. Les urines sont normales; la malade s'aperçoit aujourd'hui pour la première fois qu'elle a subi une opération grave et en conçoit quelque inquiétude. Deux selles dans la journée. On permet du poulet, on continue les soupes.

Le 23, on enlève les cylindres de gomme élastique qui fixaient la suture; les fils coupés sont laissés à demeure. La malade a dormi; elle ne souffre pas; le pouls est à 120. Le ventre est météorisé, mais peu douloureux à la pression; l'appétit, loin de diminuer, a augmenté; la plaie, réunie partout excepté en bas, offre à son extrémité supérieure un relief de la grosseur d'une petite amande résultant de l'exubérance de la lèvre droite de la plaie; ce relief n'est point réductible, la cicatrisation s'étant faite au-dessous de lui. Même prescription : café au lait, bouillons et potages, gelée de pommes, cervelle de mouton.

Le 24, le pouls reste à 120 pulsations; la langue est bonne, l'appétit se maintient; le ventre, toujours météorisé, n'est pas douloureux; le visage a perdu son expression de souffrance; le pansement est renouvelé deux fois par jour; même prescription.

Le 25, la suppuration, peu abondante, a lieu surtout aux deux extrémités de la plaie et au niveau des points de suture.

Le 26, état général excellent; une induration, observée il y a trois jours sur les côtés de la plaie vers sa partie profonde, n'a pas diminué sensiblement.

Le 27, écoulement lochial blanc mêlé d'un peu de sang.

Le 29, le pouls descend à 96; le mieux se prononce de plus en plus; on a cessé de réappliquer les bandelettes agglutinatives, qui avaient déterminé un érysipèle avec phlyctènes; le derme, mis à nu dans plusieurs points, est devenu très sensible; on le recouvre de compresses enduites de cérat opiacé; on réprime avec la pierre infernale les bourgeons charnus exubérants; la cicatrice, linéaire dans presque toute sa longueur, s'élargit à ses deux extrémités; les parois abdominales reviennent sur elles-mêmes, ainsi que l'utérus, qui semble confondu avec elles, en avant, par l'induration que nous avons indiquée; les lochies, peu abondantes, sont teintes encore de quelques gouttes de sang.

Le 30, état général excellent; la malade commence à s'asseoir sur son lit; le ventre n'est pas douloureux; la suppuration, toujours de bonne nature, diminue; nouvelle cautérisation des bourgeons avec l'azotate d'argent.

Le 31, le contact de la pierre infernale détermine une assez vive douleur; le relief de la partie supérieure de la plaie s'affaisse rapidement.

Les 1er et 2 novembre, le pouls est toujours fréquent, mais régulier; la langue bonne, l'appétit soutenu; les urines et les selles sont normales; la malade se lève et reste plus d'une heure assise dans un fauteuil; la plaie ne présente plus qu'une très faible suppuration à ses deux extrémités.

Le 3, diminution de la plaie en longueur; l'induration profonde qu'on avait remarquée quelques jours après l'opération est à peine sensible; les forces continuent de revenir.

Le 4, depuis que la malade s'est levée, il s'est formé au-dessous de l'ombilic une petite tumeur arrondie, réductible à travers une ouverture dans laquelle on peut faire pénétrer l'extrémité de l'indicateur; le tissu cicatriciel profond a cédé sous l'influence des efforts de la malade pour se lever et marcher, bien qu'on lui ait défendu le plus léger mouvement actif. Elle reste levée quatre heures de suite. On augmente la constriction du bandage de corps, que l'on fait remonter davantage en attendant qu'une ceinture hypogastrique lacée remplace ce moyen contentif provisoire.

Le 6, un seul point de la plaie reste en suppuration; tout le reste est cicatrisé. On applique la ceinture hypogastrique, que l'on serre modérément les premiers jours.

Les 8 et 9, la malade a repris, avec la plus grande partie de ses forces, sa manière de vivre habituelle; elle n'éprouve de malaise nulle part; le pouls est toujours à 96; l'appétit bon; les selles et les urines sont comme à l'état de santé.

Le 10, notre opérée quitte l'hôpital dans l'état suivant : cicatrisation de la plaie dans toute son étendue. Par suite de la rétraction qu'elle a subie, la cicatrice n'a guère que trois travers de doigt de longueur; le ventre est revenu sur lui-même; on ne sent plus à travers les parois abdominales ni la saillie formée par la matrice, ni celle due à l'induration qui existait profondément; à part un peu de suintement blanc-rosé par la vulve, l'état général ne laisse rien à désirer; la petite hernie sous-ombilicale persiste.

Nous avons revu Eugénie Hurel le 14 novembre, le 1er janvier, enfin le 3 avril, cinq mois et demi après l'opération; à cette dernière visite, elle n'avait pas eu encore son retour de couches. Bien que la cicatrice du ventre soit restée solide, la hernie ombilicale est légèrement augmentée; on la maintient ou on la réduit toujours facilement. Le toucher vaginal trouve l'utérus libre, mobile, offrant à sa face antérieure quelques traces de cette induration plusieurs fois signalée, se dirigeant en avant vers la plaie; ce reste de tissu de cicatrice est souple, et ne maintient plus fixée la matrice qu'il unissait primitivement à la plaie superficielle. Le museau de tanche est inégal, peu saillant, comme atrophié. L'opérée retrouve ses forces, de l'embonpoint, et depuis quelques semaines elle a repris son travail à la manufacture de pipes.

Voici les réflexions dont M. Bouchacourt fait suivre cette observation :

Regardant comme hors de propos une discussion générale des indications de l'opération césarienne, pour nous restreindre à l'étude du cas spécial dans lequel nous avons cru devoir y recourir, nous dirons tout simplement que le rétrécissement du bassin, dont le diamètre sacro-pubien n'avait que 6 centimètres et demi, était suffisant pour rendre l'accouchement naturel impossible. Ce qui s'était passé une première fois ne laissait aucun doute à cet égard. L'auscultation et la persistance des pulsations du cordon donnant toute certitude pour la vie de l'enfant, nous n'avons pas hésité à préférer l'opération césarienne à l'embryotomie et à la pratiquer de bonne heure. C'est assez dire que nous ne considérons pas comme un progrès véritable, comme l'idéal de l'art, une opération qui consiste à amener par morceaux un enfant plein de vie, sans avoir la certitude, il s'en faut, de conserver la mère. Nous avons suivi par conséquent les préceptes de l'école française, les exemples de MM. Moreau, Paul Dubois et Stolz; encouragé par la pratique de ce dernier, nous pourrions facilement démontrer par des faits que, la mutilation du fœtus offrant de graves dangers pour la mère, ces dangers doivent nécessairement entrer en ligne de compte dans le parallèle à établir entre les deux opérations. On conviendra facilement que les partisans de la pratique dite anglaise les ont trop passés sous silence pour arriver à la solution tranchée qu'ils voudraient aujourd'hui faire prévaloir.

Malgré l'inclinaison prononcée de l'utérus à gauche et en avant, j'ai sectionné les parois abdominales sur la ligne blanche, d'après la méthode de Deleurye. Il m'a fallu dès lors, pour inciser la matrice à peu près au milieu, la repousser à droite et lui faire éprouver une sorte de rotation dans un sens contraire à la position inclinée qu'elle avait prise. Une fois débarrassé du fœtus, l'utérus, abandonné à lui-même, a repris la position qu'il affectait pendant la grossesse; c'est-à-dire que les deux incisions, celle de la matrice et celle des parois abdominales, ont cessé de se correspondre. Je n'ai point suturé la matrice comme l'avait fait Lebas, blâmé par Lauvergat, et comme on l'a conseillé récemment en Belgique; mais j'ai appliqué aux parois abdominales trois points solides de suture enchevillée. Cette méthode opératoire et ce mode de pansement ont donné à l'incision de l'utérus tous les avantages d'une plaie sous-cutanée, et n'auront pas été sans influence sur l'absence de suppuration. Je crois pouvoir les conseiller en pareille occurrence, et substituer le précepte d'inciser les parois abdominales et l'utérus sur deux lignes différentes, autant que cela sera possible, à celui de pratiquer ces deux incisions dans une correspondance parfaite.

En rapprochant l'angle inférieur de la plaie du pubis et éloignant de l'ombilic l'angle supérieur, il y avait plus à craindre de léser la vessie; mais je laissai en haut la plus grande étendue de la cavité péritonéale pour me rapprocher de l'utérus. Ce dernier organe revenant assez rapidement sur lui-même après l'opération, il en résulte que la partie supérieure de la plaie ne correspond bientôt plus qu'aux intestins; si, au contraire, on abaisse la solution de continuité, on la met dans des rapports plus durables avec l'utérus, la réunion immédiate est plus facile et la péritonite moins à craindre. La matrice joue en quelque sorte le rôle de doublure ou de paroi postérieure; comme son inflammation est inévitable par suite du traumatisme, en la concentrant sur elle on s'expose moins à la voir se développer sur d'autres organes où elle ne doit être considérée que comme un accident qu'il faut s'efforcer d'éviter. C'est donc, en dernière analyse, pour borner la phlegmasie de la séreuse que je conseille de procéder ainsi, en faisant toute réserve sur l'extrême attention à avoir de ne pas léser la vessie.

J'ai tâché, en outre, de donner à la plaie de la matrice moins d'étendue qu'à celle du ventre, au risque de tirailler légèrement les fibres utérines pour la sortie de l'enfant. Je me suis peu préoccupé de l'hémorrhagie consécutive, que le retrait actif de l'organe et l'application immédiate d'un bandage de Scultet fixant les parois abdominales contre la matrice ont réussi à prévenir.

Dans le but de localiser la métro-péritonite et de lui maintenir son caractère adhésif, j'ai prescrit, plusieurs jours de suite, des onctions mercurielles sur le ventre; j'ai fait mettre six sangsues aux cuisses pour suppléer à l'écoulement lochial trop peu abondant. J'ai tenu la malade à un régime sévère pendant les quatre premiers jours, et j'ai prescrit dès le commencement 25 gouttes de laudanum de Sydenham dans une potion qui a été continuée pendant les quinze premiers jours. Mais je n'ai pas oublié que cette malade était faible, le pouls petit, presque imperceptible. De bonne heure j'ai donné des aliments, dont la quantité a été promptement augmentée et maintenue pendant tout le temps du séjour à l'hôpital.

Les pansements ont été douloureux; je le prévoyais; aussi ai-je retardé la levée du premier appareil, que j'ai faite en plusieurs temps. C'est vers le cinquième jour seulement que la malade s'est aperçue qu'elle avait accouché par une autre voie que la première fois. Le sommeil anesthésique lui avait épargné les souffrances de l'opération et les craintes de son insuccès. Je ne doute pas que l'état d'insensibilité produit par le chloroforme pendant et après l'opération ne doive réclamer aussi sa part dans la guérison.

Sans la mort de l'enfant, qui a succombé le cinquième jour à l'œdème de nouveau-nés, le résultat eût été doublement satisfaisant. Entouré de soins plus minutieux que ceux que l'on peut donner à un grand nombre d'enfants réunis dans un même local, peut-être serait-il aujourd'hui vivant; je ne pense pas que sa mort puisse être considérée autrement que comme un accident étranger à l'opération, n'altérant pas en principe les avantages qu'on en a obtenus.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Du rhumatisme.

(4e article.)

DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

A. *Rhumatisme articulaire aigu.* — Le rhumatisme articulaire aigu inflammatoire a ce caractère constant, qu'il s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins intense. De plus, le sang tiré de la veine est couenneux, de sorte qu'on peut admettre ici que l'organisme a subi les modifications inhérentes à l'inflammation. Dans une autre forme du rhumatisme articulaire, il se fait dans les articulations, les petites surtout, des dépôts calcaires appelés *tophacés*, ne s'accompagnant que de très peu de fièvre, quelquefois apyrétiques; mais cette forme de rhumatisme articulaire n'est pas inflammatoire.

La plus fréquente de toutes les formes de rhumatisme est sans contredit celle que nous étudions : la difficulté des mouvements, la mobilité du siége, les douleurs aiguës qu'éprouvent les malades et enfin la presque intermittence de ces douleurs sont autant de caractères distinctifs de cette affection. Sans doute elle présente le plus souvent tous les caractères d'une maladie aiguë : frisson plus ou moins intense au début, courbature, etc.; ou bien une douleur soudaine se manifeste dans une articulation et se porte ensuite sur une autre, avant ou après avoir abandonné la première; elle peut ainsi arriver à envahir successivement, ou simultanément, ce qui est plus rare, la plupart des articulations de l'organisme. Mais le phénomène douleur n'est pas le seul qui caractérise le rhumatisme articulaire aigu; il se fait encore dans les articulations importantes une accumulation de synovie facile à constater, pour le genou, par exemple, par le choc qu'éprouve la rotule contre les condyles du fémur et du tibia, si, frappant dessus, on rencontre le liquide accumulé au centre de l'articulation. Dans d'autres articulations ils est moins facile que pour le genou de constater la présence du liquide synovial.

Dans les articulations plus petites, il y a rougeur, gonflement, douleur à la pression, difficulté dans les mouvements et modification dans l'exhalation des surfaces. Ici la forme inflammatoire se traduit à l'extérieur par les phénomènes ordinaires de l'inflammation. La maladie, dont le siége primitif était dans le tissu fibreux de l'articulation malade, s'est propagée de proche en proche; et, à cause du peu d'épaisseur des couches qui la recouvrent, l'articulation est arrivée jusqu'à la peau, qu'elle envahit complétement. Aussi, ces phénomènes sont-ils exclusivement observés dans les petites articulations. Le genou présente bien assez souvent un gonflement notable; mais il n'y a presque jamais de rougeur. A l'articulation coxo-femorale ou à celle de l'épaule, le gonflement lui-même passe souvent inaperçu; il est probable que le travail pathologique, dont le point de départ est dans le tissu fibreux de ces articulations, s'est limité aux parties profondes et n'a pu se faire jour à l'extérieur.

La fièvre est généralement proportionnée non-seulement à l'intensité de la maladie, mais encore au nombre d'articulations malades. Si le mouvement fébrile est violent, bien qu'il n'y ait encore qu'une seule articulation affectée, on doit se tenir en garde; car il est probable qu'une nouvelle explosion de rhumatisme va se faire vers d'autres articulations. Une fièvre modérée, bien que l'état local soit encore grave, doit faire espérer une sédation prochaine. Quelquefois le rhumatisme articulaire aigu est presque apyrétique; dans d'autres cas, le pouls bat jusqu'à 120 ou 130 fois par minute. De la soif, de l'inappétence, des urines rouges et le plus souvent de la transpiration à la peau accompagnent l'évolution de la maladie.

Le rhumatisme articulaire aigu est partiel ou général. Partiel, quand il n'occupe qu'un petit nombre d'articulations; général, lorsqu'il frappe au contraire simultanément ou successivement la plupart de ces appareils; il est dit semi-latéral, lorsqu'il occupe exclusivement une des moitiés du corps. Les articulations malades communiquent le plus souvent le mal aux muscles environnants, de sorte que le rhumatisme articulaire peut être en même temps musculaire.

La marche du rhumatisme articulaire aigu est le plus souvent irrégulière; cependant son intensité va ordinairement en diminuant progressivement, si bien, que Sydenham l'avait comparé à une chaîne d'anneaux de diamètre décroissant : Et en effet, les symptômes, après avoir acquis une certaine intensité, cèdent spontanément, et on remarque en outre qu'à mesure que les attaques se renouvellent, elles sont moins longues et moins aiguës. Dans les arthrites simples la comparaison de Sydenham est bien quelquefois applicable, mais, on observe aussi dans cette affection des exacerbations et des rémissions qui la rendent alors moins juste, et l'irrégularité porte non-seulement sur des alternatives de bien et de mal dans la partie malade, mais aussi sur le mouvement fébrile et l'état général. Les complications peuvent surtout contribuer à produire

ces irrégularités dans le mouvement fébrile; elles sont fréquentes, et affectent en particulier les séreuses: aussi faudra-t-il craindre surtout les inflammations symptomatiques de ces membranes.

Le rhumatisme articulaire aigu n'a pas dans chaque articulation une durée très longue; elle varie entre trois, quatre, cinq jours et quelques heures. Dans des cas plus graves, les douleurs peuvent persister pendant huit et dix jours. Quand les symptômes cessent d'un coté, c'est ordinairement pour aller envahir d'autres articulations. Il arrive souvent que la première articulation prise est celle qui l'est pour un temps plus long; et on comprend qu'il doive en être ainsi: car dès le début les malades ne se soignent ordinairement que très imparfaitement; l'immobilité, si nécessaire dans ces cas, n'est pas observée, de sorte qu'une arthrite rhumatismale finit par devenir une arthrite simple beaucoup plus grave par sa durée et quelquefois par ses conséquences que la première. Il y a alors une véritable inflammation qui peut amener de la suppuration et des adhérences dans l'articulation malade; chez les personnes exposées à l'humidité et qui continuent leurs occupations, les blanchisseuses, par exemple, cette terminaison se rencontre souvent. Bien qu'il n'y ait qu'une articulation prise, le cas peut encore offrir une certaine gravité.

D'après les statistiques faites, chacun de leur côté, par MM. Bouillaud et Chomel, la durée moyenne du rhumatisme général, c'est-à-dire de celui qui envahit un assez grand nombre d'articulations, est de 15 à 20 jours. Les cas où elle s'élève jusqu'à 60 jours sont exceptionnels, mais ils ne sont pas rares d'une façon absolue.

L'affection rhumatismale des articulations donne souvent lieu, nous l'avons déjà dit, à une augmentation de sécrétion synoviale le plus souvent facilement résorbée. La gravité que l'on a voulu attribuer à cet épanchement n'est réelle que dans les cas chroniques et alors que la quantité de liquide est très abondante.

Dans le rhumatisme articulaire aigu rencontre-t-on du pus dans les articulations? En général, pour étudier une maladie, il faut prendre les cas les plus fréquents et ne pas constituer la règle de ce qui n'est qu'une exception. Dans le rhumatisme articulaire aigu, rien de plus fréquent que l'accumulation de synovie par exhalation dans les articulations malades, mais alors la résolution est la règle. La suppuration ne se comporte pas de la même manière. M. Bouillaud a signalé dans son *Traité du rhumatisme* 22 cas dans lesquels on a trouvé du pus dans les articulations malades; de ces 22 cas, un seul lui est personnel, et d'ailleurs ce sont ou des cas d'anatomie pathologique pure, c'est-à-dire sans observations à l'appui, ou des faits dont l'interprétation est incertaine et dont plusieurs peuvent être rapportés à des phlébites.

M. Andral a communiqué à l'Académie de Médecine un fait de rhumatisme articulaire aigu dans lequel, la mort étant survenue à cause de l'affaiblissement de la malade par une pneumonie antécédente, il a trouvé une accumulation de synovie trouble dans l'articulation malade. Il n'a pas cru devoir tirer une conclusion de ce seul fait.

Quel est le rapport des affections rhumatismales seules à celles qui se compliquent de maladie du cœur? Des relevés faits à la Clinique, il résulte que M. Chomel a trouvé le bruit de souffle sur un quart des individus observés de 1836 à 1844. Mais, afin de déterminer quelle est la valeur de ce signe chez les rhumatisants, il faudrait que l'autopsie permît de constater les lésions correspondantes, et ce n'est que très exceptionnellement que cela est possible. On a pensé que, sous l'influence des saignées répétées, il pouvait survenir une modification du sang pouvant produire le bruit de souffle; nos connaissances à ce sujet sont encore trop incomplètes pour formuler un avis.

Depuis vingt-deux ans, M. Chomel n'a encore observé que trois cas d'endocardite bien tranchée; l'un d'eux coïncidait avec un rhumatisme articulaire aigu; les deux autres se présentèrent chez des individus non rhumatisants.

En résumé, selon ses observations, le rapport des maladies du cœur dans le rhumatisme serait de 1 cas sur 7 seulement. Toujours est-il qu'il est difficile, dans l'état actuel de la science, de déterminer quelle est l'influence du rhumatisme sur les maladies du cœur.

J. L.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Ouverture du cours de clinique des maladies de la peau. Considérations générales.

Il ne nous est pas possible, Messieurs, de commencer un cours comme celui-ci sans rendre un public hommage aux deux illustres maîtres, Alibert et Biett, qui ont fait de la pathologie cutanée ce qu'elle est maintenant, ou qui du moins ont déblayé le terrain pour faire place à de nouvelles recherches. Nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où cette branche des sciences médicales n'était qu'un chaos informe, et de cette autre où toutes les affections de la peau n'étaient devenues que des variétés d'une seule altération, la *dartre*. Depuis Alibert et Biett, les choses ont changé de face; une nouvelle ère s'est ouverte pour l'etude des maladies de la peau. Bien qu'il existe encore des préjugés, que le mot *dartre* ne soit pas complètement déshérité, qu'on le trouve encore dans la bouche de certains médecins, ou remplacé par les synonymes, âcreté du sang, des humeurs, on s'habitue cependant peu à peu à considérer ces affections comme des maladies analogues aux autres, à leur appliquer, pour l'étude, les procédés qui appartiennent à la pathologie générale, et à les faire rentrer dans le cadre commun.

Il est impossible, actuellement, de regarder les maladies de la peau comme les expressions multiples d'une seule affection. La peau est un appareil composé d'organes différents, dont les affections résument toutes les lois de la pathologie générale elle-même. C'est à l'aide des procédés que cette science nous enseigne que l'on arrivera à leur connaissance individuelle. Il viendra un temps où les maladies de la peau rendront à la pathologie le secours qu'elle leur aura prêté; elles aideront à la solution d'une foule de questions des plus intéressantes. Sans parler des altérations pathologiques que l'on retrouve dans les maladies cutanées, depuis les névralgies jusqu'aux dégénérescences, il viendra un temps où l'on trouvera dans leur étude la clef de la solidarité qui unit tous les tissus de la même espèce, de toutes ces sympathies qui nous échappent souvent, et que nous pourrons plus tard apprécier beaucoup mieux.

C'est ainsi, pour ne dire en passant qu'un mot d'un point fort intéressant, de l'étiologie, c'est là que l'on peut déjà voir et étudier les rapports vrais qui existent entre les causes et les individus. Il faut tenir un compte sérieux de l'individualité. Vous verrez dans beaucoup de cas les causes accidentelles avoir une valeur importante; presque toujours, pour ne pas dire toujours, vous verrez, comme dans les autres maladies, l'individu, sa constitution intervenir dans les indications d'une thérapeutique rationnelle.

La marche que nous suivrons sera celle-ci: D'abord nous chercherons à établir devant vous le diagnostic sur l'affection cutanée, et nous aurons recours aux procédés indiqués dans la classification de Willan. Le temps est passé où l'on devait discuter les classifications. Une classification bien complète et absolue ne convient qu'à une science qui n'est pas encore faite, parce que là rien ne gêne, on a, passez-moi l'expression, ses coudées franches; on a une science parfaite. Mais lorsque l'on veut classer des faits dans des sciences qui ne sont pas encore toutes complètes, il faut être beaucoup plus réservé, et ne se servir des classifications proposées que comme d'une méthode à l'aide de laquelle on amasse pour plus tard des matériaux.

La méthode de Willan, suivant laquelle nous nous dirigerons, consiste, vous le savez, à classer les maladies de la peau d'après les lésions élémentaires, en papules, pustules, vésicules, squames, tubercules, etc. Mais une fois la maladie reconnue, le diagnostic établi, il n'y a qu'une petite portion de la besogne de faite. Reste à étudier la nature de la maladie, nature qui nous apprendra à quelle thérapeutique nous devons avoir recours.

La thérapeutique est ici très variable. Il y a deux sortes de traitements pour les maladies de la peau, un traitement empirique et un traitement rationnel. Le traitement empirique, c'est celui dont l'expérience nous a appris l'efficacité, sans pouvoir nous en donner la raison. Il faut malheureusement encore assez souvent recourir à ces traitements empiriques. Nous disons, malheureusement; en effet, le malheur ne serait pas grand si l'on obtenait toujours du succès, ce qui est loin d'être. Mais le but de tous les efforts du médecin, ce doit être de tâcher d'arriver à une thérapeutique rationnelle, et c'est pour l'atteindre qu'il faut, avant tout, étudier la nature des maladies. Dans la suite de ces leçons, nous ferons passer sous vos yeux quelques malades dont nous vous exposerons l'histoire, et nous essaierons, après avoir apprécié la nature de la maladie, d'établir une thérapeutique rationnelle.

Comment arriver à reconnaître la nature d'une maladie cutanée? C'est par l'étude des causes qui l'ont déterminée, de l'individu lui-même, de sa constitution; c'est par l'étude du siége de la maladie, par l'appréciation combinée de ces diverses influences que nous pourrons arriver à reconnaître sa nature intime. L'expression phénoménique, le symptôme, est quelque chose, mais ce n'est pas tout, et quelquefois même c'est peu de chose pour arriver à la connaissance de la nature et à la détermination du traitement. Le soin qu'il faut avoir de ne pas tout accorder à l'expression phénoménique est la meilleure réponse que l'on puisse faire à certains préjugés qui existent encore, même parmi les médecins. Comment se fait-il, nous dit-on tous les jours, que vous ne puissiez pas guérir une maladie que vous voyez? On finit par avoir peu de confiance dans la valeur et la puissance de la médecine, et vous n'êtes pas sans avoir vu des gens qui poussent ce doute et ce scepticisme à l'excès. Vous voyez des boutons sur la peau; mais vous n'avez pas tout vu, tout su. Vous connaissez l'expression du mal; mais la cause, la nature de l'affection, il faut les aller chercher bien au delà; comparez les maladies de la peau avec les autres maladies chroniques, car les maladies aiguës guérissent assez vite. Trouvez-vous que le catarrhe chronique puisse être guéri rapidement? Et s'il en est ainsi, pourquoi exiger de la médecine cutanée qu'elle guérisse plus rapidement que celle avec laquelle vous combattez cette bronchite?

Vient la question des récidives. On ne guérit pas les maladies de la peau, dit-on encore; au bout d'un certain temps elles reparaissent, donc elles ne sont pas guéries. Cette objection est le reste d'un vieux préjugé qui attribuait les maladies cutanées à un vice dans le sang. Mais nous répondrons à cela: à part quelques maladies qui ont l'heureux privilége de ne pas se manifester deux fois chez le même individu, quelles sont celles que l'on ne puisse avoir deux ou trois fois? Combien de fois ne peut-on pas contracter la bronchite, la pneumonie? Spécialisons les maladies cutanées pour les étudier, mais prenons-les comme les autres maladies et non en dehors des lois de la pathologie commune.

Nous étudierons les maladies cutanées quant à leurs causes, leur nature, leur siége anatomique; telle sera la marche que nous suivrons dans ces conférences. La peau n'est pas une seule et unique enveloppe; c'est un organe complexe qui renferme plusieurs appareils, plusieurs fonctions distincts par leurs sympathies. Il y a dans son épaisseur un appareil lymphatique, des appareils sudoripares, nerveux, folliculaire. Les maladies cutanées représentent une altération quelconque de tel ou tel appareil, soit une inflammation, soit un excès de sécrétion, etc. Suivant que tel ou tel appareil est le siége de la maladie, elle doit se manifester par une forme particulière. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien a été singulière la critique de ceux qui nous ont reproché d'attacher une trop grande valeur au siége des maladies. Prenons un exemple.

Vous connaissez tous l'impétigo, qui se montre sous forme de pustules d'abord, bientôt suivies de croûtes particulières, Nous plaçons l'impétigo dans les affections de l'appareil lymphatique de la peau. Si, d'autre part, nous remarquons que l'impétigo affecte de préférence les sujets mous, lymphatiques; que c'est un peu la forme qui continue chez l'adulte ce que l'on appelle la gourme des enfants, qu'elle se manifeste dans les mêmes conditions que les maladies dites lymphatiques, il est logique de conclure que c'est une maladie de la même nature ou approchant que les maladies scrofuleuses.

Autre exemple. Il est prouvé que les affections dites papuleuses ont leur siége dans les papilles de la peau, ce qu'il est facile de constater *de visu;* si, d'autre part, on remarque que les affections papuleuses, *lichen, prurigo*, se montrent toujours dans des circonstances analogues à celles où se produisent les maladies dites nerveuses ou névralgiques, c'est-à-dire exclusivement chez les sujets nerveux, chez ceux où l'on rencontre la gastralgie, la sciatique, etc., n'est-il pas rationnel de considérer ces affections papuleuses comme ayant pour point de départ une hypéresthésie de la peau?

Vous appréciez alors la nature des maladies qui constituent la pathologie cutanée. Cette appréciation n'est pas stérile; elle conduit directement à l'élucidation des grandes questions de constitution, à la détermination des moyens thérapeutiques. Pour nous en tenir aujourd'hui aux affections papuleuses, nous vous dirons que depuis longtemps nous avons quitté les médications empiriques auxquelles nous avions recours dans les premiers jours de notre pratique. Autrefois, on traitait le prurigo par les bains sulfureux, le lichen par des excitants légers. Nous nous sommes trouvé beaucoup mieux de considérer la nature de la maladie seulement, de ne regarder la lésion que comme une expression accidentelle et accessoire; sous l'influence de notre nouveau traitement, nous avons vu le prurit disparaître.

Nous allons aujourd'hui profiter de la présence dans nos salles de plusieurs sujets affectés de maladies de ce genre pour vous présenter quelques rapides considérations sur les dermopathies qui se rapportent à l'hypéresthésie de la peau, le prurigo et le lichen. Encore un mot, cependant, avant d'aller plus loin.

Les papilles représentent l'aboutissant du système nerveux. L'élément dominant de la papille, c'est la terminaison des filets nerveux; mais de plus, elle contient aussi la terminaison du réseau vasculaire, c'est-à-dire des vaisseaux sanguins, l'expansion épidermique, et enfin de la matière colorante. Vous trouverez cliniquement des maladies qui vous présenteront une altération de chacun de ces principes, soit une hypérémie de l'élément vasculaire, soit des modifications très remarquables dans la coloration. Nous avons eu, il y a quelque temps, dans nos salles, un individu qui, à la suite d'un lichen, avait conservé une teinte bronzée de la peau, et ressemblait, par sa coloration, à un habitant des tropiques. Mais en dehors de ces particularités individuelles, il est un caractère constant, sans lequel ni prurigo, ni lichen ne peuvent exister, c'est l'hypéresthésie de la peau. Il est des cas où cette hypéresthésie est le seul symptôme; on peut supposer alors à bon droit qu'il n'y a d'altéré que la partie nerveuse de la papille.

Nous avons actuellement dans nos salles un homme qui présente un exemple frappant de cette lésion. C'est un homme de quarante-un ans, d'une constitution assez faible, d'un tempérament nerveux. Son histoire renferme plusieurs particularités fort remarquables, qui peuvent toutes être rapportées à la surexcitation du système nerveux. Il a contracté la gale dans son jeune âge. Ceci vous paraît un peu loin de notre sujet; vous allez voir que ce n'est pas aussi distant que vous croyez. Il est des gens qui contractent la gale, qui en guérissent et qui, après un intervalle de plusieurs mois, d'un an même, ressentent sans cause connue un prurit nouveau, qui finit quelquefois par s'accompagner d'une éruption nouvelle. Ces malades vous diront qu'ils ont eu la gale, et que la gale leur est revenue: c'est là un préjugé vulgaire. Les préjugés reposent presque toujours sur un fond vrai, mal interprété souvent. Le malade offre en effet une éruption, mais cette éruption n'est pas la gale. Un des symptômes de la gale, c'est le prurit. Chez les sujets très nerveux, l'éruption psorique disparaît devant l'éruption générale.

Pour en revenir à notre sujet, longtemps après la guérison de sa gale, il a été affecté d'une urticaire. Il a maintenant un état nerveux constitutionnel; il se livre à des excès vénériens, il maigrit; sa constitution se détériore; il devient hypocondriaque, et est atteint d'une gastralgie. Plus tard encore, nouvelle éruption qui ne ressemble pas du tout aux larges plaques de l'urticaire, mais consiste en une quantité de petits boutons dont il porte encore les traces; insomnie, agitation, etc.; bref, tous les caractères de l'état nerveux. Aujourd'hui la gastralgie a disparu; mais voilà un sujet qui a une hypéresthésie considérable, chez lequel les démangeaisons sont plus vives, même là où il n'y a pas d'éruption; çà et là quelques papules de prurigo sur les membres; démangeaison très intense aux bourses, où l'on n'observe que de la rougeur. Bien évidemment ici, l'éruption est secondaire. Vous rencontrerez des cas où il n'y a pas d'éruption du tout. Vous ne serez pas étonnés si je vous dis que ces démangeaisons sont quelquefois tellement insupportables qu'elles finissent par donner aux malades des idées de suicide. Vous trouverez dans les cours d'Alibert l'histoire de sujets qui se raclaient la peau avec des étrilles, avec des lames de couteau.

Tous ces phénomènes se montrent par crises, comme les phénomènes des affections purement nerveuses; et certes, si une force humaine pouvait, dans des circonstances de ce genre, empêcher les sujets de satisfaire leur impérieux besoin de se gratter, ils finiraient par avoir des attaques nerveuses, des convulsions. L'hypéresthésie de la peau peut

revêtir des formes diverses. Nous avons donné des soins à un littérateur fort distingué qui ne pouvait supporter sur les jambes le contact du plus léger vêtement, et était obligé, depuis plusieurs mois, de porter une tunique comme les prêtres. Cette forme est celle que l'on peut rapporter à l'*urticaria sub-cutanea* de Willan. Vous pouvez voir à la salle des femmes une malade qui porte à peine une vingtaine de papules sur le corps, et qui est affectée de démangeaisons qui constituent une véritable torture, et dont ne peut rendre compte la minime éruption qu'elle présente.

Le malade dont nous vous parlons a éprouvé de violents chagrins : ceci mérite encore d'être pris en sérieuse considération. Il vous arrivera souvent de voir des individus chez lesquels une éruption de lichen ou de prurigo sera survenue à la suite d'une colère, d'une émotion morale vive. Vous verrez ces éruptions alterner avec des maladies purement nerveuses ; une épilepsie jugée par l'apparition d'un lichen, etc. Il est des cas cependant où l'éruption est aidée par l'état constitutionnel du sujet. Joignez au tempérament nerveux une constitution un peu lymphatique, une disposition aux engorgements scrofuleux, vous verrez se manifester une éruption abondante ; alors l'éruption n'est pas moins secondaire, mais il y a un élément de plus. Si cet état lymphatique est exagéré, vous avez un produit nouveau, une exsudation abondante, par exemple. C'est cette raison qui fait que l'on voit fréquemment les gourmes se continuer sous la forme de lichen. Vous trouvez des enfants qui conservent des papules de lichen au jarret, au visage ; papules qui n'ont fait que continuer les gourmes, lesquelles, chez des individus lymphatiques, se seraient continuées par un eczéma.

Ces considérations sont loin d'être stériles pour le traitement. Chez les uns de ces sujets, vous n'aurez à traiter que la maladie nerveuse. Ces maladies sont bien longues, direz-vous ; mais les gastralgies ne sont-elles pas longues aussi ? Toutes les affections nerveuses n'ont-elles pas une durée très grande ? Elles reviennent et récidivent souvent. Mais il n'en est pas de même pour les affections purement nerveuses. Pour terminer ce qui a trait au sujet dont nous vous parlons ici, nous vous dirons que nous nous bornons, pour tout traitement, à lui faire prendre des pilules d'aconit, des bains simples, et que nous lui donnons une nourriture substantielle.

D[r] A. F.

Observation d'encéphalite aiguë.

Par le D[r] Servais, de Bruxelles.

M. Guilbert, ingénieur-mécanicien, âgé de quarante-cinq ans, tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, se livrait sans relâche à des travaux assidus. Le 24 décembre 1850, à neuf heures du soir, il sortit pour aller prendre un verre de bière, après une journée pendant laquelle il avait été très occupé. Il rentra à dix heures, et fut immédiatement pris d'un violent frisson suivi d'un accablement général. La nuit fut agitée, à son réveil il fut pris de vertiges ; il ne s'en leva pas moins, vaqua à ses affaires, et, ne se sentant pas très bien, alla prendre un petit verre de liqueur. Bientôt il rentra chez lui, sachant à peine se tenir sur ses jambes et chancelant. Ayant été appelé, je reconnus les symptômes suivants : pesanteur de tête, vertiges, étourdissements, tintements d'oreilles, strabisme convergent de l'œil gauche, parole embarrassée, bégaiement, fourmillements dans les membres, marche vacillante, incertaine, nausées, pouls fort et fréquent, peau brûlante. D'ailleurs, rien du côté de la poitrine ni de l'abdomen. A ces signes, je reconnus une encéphalite très grave.

Le malade fut déshabillé et mis au lit ; saignée de 16 onces ; cataplasmes aux pieds ; obscurité de l'appartement ; eau froide appliquée sur la tête ; boissons froides ; diète ; silence absolu.

Quelques heures après, caillot de la saignée très ferme, non couenneux ; sérosité fort peu abondante. — Douze sangsues aux apophyses mastoïdes ; les compresses d'eau froide qui recouvraient la tête s'échauffant très rapidement, je fais enlever une grande partie des cheveux.

Dans la soirée, même état ; nausées fréquentes. — Douze sangsues à l'anus et huit à l'épigastre ; cataplasme à l'épigastre et aux pieds ; lavement émollient qui ne donne pas de selles.

Vers dix heures du soir, frisson violent avec convulsions, trismus, impossibilité d'introduire des liquides dans la bouche, hoquet, strabisme intense des deux yeux, grincement de dents, écume à la bouche. Quelques heures auparavant, le malade avait reçu la visite d'un ami qui avait engagé avec lui une discussion d'intérêts assez vive.

Me trouvant absent, la famille, en proie à la plus vive inquiétude, fit appeler un médecin, qui fit appliquer des sinapismes aux mollets. Ce moyen détermina immédiatement une augmentation des symptômes cérébraux. Deux heures après j'arrivai, et je supprimai les sinapismes. — Saignée de 16 onces ; applications froides sur la tête ; cataplasmes vinaigrés aux pieds.

Le lendemain 26, consultation avec M. le docteur Froidmont ; continuation du traitement ; nouvelle saignée de 16 onces.

Dans la nuit suivante, du 26 au 27, délire épouvantable qui oblige de recourir à la camisole de force. A deux heures du matin, le 27, je trouve une grande agitation, grincement de dents, hoquet, soubresauts de tendons, grande difficulté d'introduire des boissons, pouls fort, dur, très fréquent, à 130. La chaleur de la tête est telle, que les compresses trempées d'eau refroidie à la glace se réchauffent de suite. — Saignée ; le malade n'ayant pas uriné et la vessie étant pleine, je le sonde, et je retire une urine très rouge et ammoniacale.

Le 27, à dix heures, les symptômes ont plutôt augmenté que diminué ; nous ouvrons l'artère temporale, et nous enlevons 18 onces de sang artériel. Quelques heures après cette opération le malade est plus calme ; il y a moins de soubresauts dans les tendons, strabisme moins prononcé, mâchoires moins serrées, pouls moins fort ; une légère moiteur tend à s'établir. Je demande au malade de montrer la langue ; il entr'ouvre les yeux d'un air hébété, et fait de vains efforts pour y parvenir. — Continuation des mêmes moyens.

Le 28, à dix heures du matin, M. le docteur Thibou fut adjoint à M. Froidmont et à moi. L'état était le même que la veille. — Douze sangsues aux coude-pieds, suivies de cataplasmes émollients.

A six heures du soir, nous fîmes appliquer douze nouvelles sangsues, que nous laissâmes saigner toute la nuit. — Un lavement composé de quatre onces de décoction de séné et une once de sulfate de soude fut rejeté immédiatement ; un second fut gardé toute la nuit.

Le 29, le malade est plus calme ; il a sommeillé légèrement ; peau moins chaude ; pouls à 100 par minute ; face moins colorée, strabisme moins prononcé, encore quelques soubresauts de tendons. Il répond avec hésitation et lenteur aux questions qu'on lui pose. — Nous appliquons douze sangsues aux apophyses mastoïdes, et les laissons saigner pendant une grande partie de la journée ; une selle.

Le soir, agitation, délire porté au plus haut degré ; urines involontaires ; hoquet, déglutition difficile. A minuit, j'ordonne une application de douze sangsues aux pieds ; elles saignent pendant tout le restant de la nuit.

Le 30, à dix heures du matin, le malade a tout à fait repris connaissance ; il nous reconnait et nous parle facilement ; il sent le besoin d'uriner et y satisfait abondamment. Cet état satisfaisant dure jusqu'à cinq heures de relevée ; alors le malade est pris d'un frisson violent et prolongé ; le pouls devient petit, la face pâlit, et il demande instamment qu'on le couvre fortement pour le réchauffer. Je supprime les compresses froides ; flanelle chaude autour des pieds ; infusion chaude de tilleul, de violettes et de réglisse ; le malade en boit avec goût et abondamment. — A six heures cet état se dissipe, le malade se sent très bien, l'intelligence est revenue ; on le change de linge et de lit ; il passe une bonne nuit, et dort quelques heures.

Le 31, au matin, état très satisfaisant ; mais, comme la suite des symptômes et surtout le frisson de la veille indiquaient une périodicité évidente, nous prescrivons 30 grains (2 grammes) de sulfate de quinine, divisés en dix paquets, à prendre d'heure en d'heure. Après avoir pris cinq paquets il se refuse à continuer ; l'affaire de M. de Bocarmé, qu'il a lue dans les journaux, lui revient à la mémoire, et il prétend qu'on veut faire de lui une victime, comme du malheureux Fougnies ; il refuse même de boire de l'eau. — A quatre heures de relevée nous le voyons ; il répond à toutes nos questions avec lucidité ; mais à peine sommes-nous sorti de dix minutes, qu'il est pris d'un délire des plus violents. Les yeux hagards, la face rouge et vultueuse, l'écume à la bouche, il s'élance hors de son lit, renverse les meubles et les personnes présentes, et crie de toutes ses forces : *Le docteur Servais m'empoisonne ; je suis une victime comme le beau-frère de Bocarmé* ; il menace de mort ceux qui voudraient s'opposer à sa fuite. Dans cet état de choses, une nouvelle consultation a immédiatement lieu ; nous trouvons la tête brûlante, le pouls très fréquent, une extrême agitation. Nous ordonnons une saignée de 16 onces, seize sangsues aux apophyses mastoïdes, et des applications froides sur la tête. Mais il ne voulut pas se soumettre ; impossible de se rendre maître de lui d'aucune façon pour lui appliquer ces moyens. Dans cette occurrence, je courus au poste voisin chercher quatre pompiers armés, et, ainsi escorté, j'entrai inopinément dans sa chambre. A l'aspect de ces hommes, il fut atterré ; son opposition cessa. Je pus lui pratiquer une saignée de 20 onces, et les sangsues furent appliquées. Nuit calme ; vers deux heures, il a demandé à uriner et à boire.

Le 1[er] janvier, à sept heures, il demande à voir sa femme et cause avec elle ; à huit heures, je le trouve dans un état très satisfaisant ; il me demande la date du jour et me souhaite une heureuse année. A dix heures, à la consultation, il reconnaît aussi MM. Froidmont et Thibou, et les prend par la main. — Quatre lavements de sulfate de quinine de 10 grains chacun de deux en deux heures ; ils sont parfaitement gardés.

Le commencement de la nuit est calme ; le malade dort ; mais à deux heures il se réveille avec une violente céphalalgie. On me fait prévenir ; il me dit ressentir le besoin de sauter hors de son lit ; alors, craignant l'explosion d'un nouvel accès, je pratique immédiatement une saignée de 12 onces. A la suite de celle-ci, il s'endort de nouveau.

Le 2 janvier, à sept heures du matin, il est couvert d'une sueur abondante ; tous les symptômes ont disparu ; il entend les voitures rouler dans la rue sans en être incommodé ; le sang de la saignée est recouvert d'une forte couenne. A dix heures, nous prescrivons quatre lavements comme la veille. La journée est calme ; le malade dort à plusieurs intervalles ; il demande à uriner.

Le 3, même état et même médication. Je fais voir le malade à M. le docteur Crocq, à qui j'expose la marche de cette maladie, et qui le trouve dans un état très satisfaisant ; le pouls a sa fréquence normale, et il est assez fort pour que l'on puisse encore employer les antiphlogistiques s'il y avait nécessité.

Le 4, il a dormi tranquillement plusieurs heures ; à son réveil, la tête est à l'état normal ; il préfère l'obscurité à la clarté ; pouls à 80 à la minute ; urines jaunâtres, langue nette ; il se retourne dans son lit et prend lui-même le verre dans lequel il boit. Dans la journée, il se lève pour aller à la selle. — Deux lavements de sulfate de quinine.

Le 5, il y a un peu de toux, d'enronement et une légère fièvre, des douleurs vagues dans la poitrine. — Potion pectorale, boissons émollientes, cataplasme sur le thorax.

Le 6, la nuit a été très bonne ; il prend une tasse de thé au lait ; encore deux lavements au sulfate de quinine.

Le 7, les lavements sont supprimés ; il prend du lait coupé et une pomme cuite.

Le 11, l'amélioration continue ; nous lui accordons trois tasses de bouillon de veau ; il se lève seul et change de lit.

Le 12, sommeil pendant toute la nuit ; état tout à fait normal ; il cause de ses affaires et accuse une faim dévorante. Nous lui accordons une tasse de bouillon, un peu de poulet et une compote de pommes. — La digestion se fait bien.

Le 13, il se lève et reste pendant deux heures assis dans un fauteuil.

Le 15, il se promène dans sa chambre ; il est en pleine convalescence et veut déjà s'occuper de ses affaires.

Le 20, il part pour la campagne, y reste quinze jours et en revient parfaitement rétabli. — Actuellement, il se livre à ses travaux habituels avec plus de facilité même que par le passé ; il est en train d'obtenir plusieurs brevets pour des machines, et entre autres pour un moyen propre à empêcher l'explosion des machines à vapeur, etc.

J'ai cru cette observation intéressante sous plus d'un rapport. Elle nous montre l'exemple d'une maladie, foudroyante par son début et par sa marche, enrayée par l'emploi d'un traitement rationnel poussé avec persévérance jusqu'à la fin. Nous avons tiré de cette façon 96 onces de sang par la veine du bras, 18 par l'artère temporale et appliqué 84 sangsues ; pourtant, après cette maladie, le pouls était loin d'être faible, et la convalescence fut courte et rapide. Ces chiffres prouvent jusqu'à quel point on peut dans ces cas pousser les émissions sanguines sans craindre de suites fâcheuses, et l'issue heureuse de cette maladie d'un pronostic si fâcheux prouve que dans de tels cas on doit agir de cette façon. Toutefois, ce traitement lui-même eût pu échouer si nous n'avions reconnu à temps l'intermittence qui tendait à reproduire l'inflammation lorsque nous pensions l'avoir abattue et si nous n'avions opposé à cette intermittence les antipériodiques. Il n'est pas très rare de voir ainsi les névroses intermittentes compliquer les phlegmasies ; le traitement en devient plus long et plus difficile, car à chaque accès la phlegmasie tend à se reproduire, et le seul moyen d'en avoir raison c'est de faire agir concurremment les antiphlogistiques et le sulfate de quinine. Nulle part cette complication ne nous a paru plus fréquente que dans les affections des centres nerveux, et cela se conçoit assez bien en effet si l'on considère que là la phlegmasie attaque justement les organes qui sont le point de départ des névroses.

(*Presse médicale belge.*)

CORRESPONDANCE.

Londres, le 4 mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

M. Mathieu, que je ne savais pas l'avocat d'un chirurgien à qui cependant la parole ne manque pas ordinairement, me parle latin ; malheureusement je ne sais que l'allemand et un peu de français. Comme mon confrère en fabrication, qui fut jadis mon ouvrier, n'est pas plus latiniste que moi, et que d'ailleurs nous n'employons pas un langage si choisi, j'en conclus qu'un autre pourrait bien avoir composé sa lettre.

Nonobstant, je me suis fait expliquer les mots auxquels M. Mathieu prétend que *nous devons prendre garde l'un et l'autre.* Je m'étonne que mon confrère m'appelle au partage d'une épithète que je n'ai pas sollicitée ; je l'engage donc à la garder pour lui seul, puisqu'il a la bonhomie de se l'appliquer, et de me laisser simplement ce que je suis, c'est-à-dire fabricant d'instruments de chirurgie.

M. Mathieu me propose une lutte chirurgicale. A cet égard, je lui fais remarquer que, nous autres fabricants, nous faisons des instruments, et que les chirurgiens, leurs juges naturels, les essaient et les emploient. Si nous allions plus loin que notre fabrication, c'est alors que nous devrions prendre garde l'un et l'autre au *sutor ne ultra crepidam* (que M. Mathieu ferait bien de se faire traduire), et conséquemment au ridicule.

Que mon confrère me croie ; laissons le ridicule à ceux qui le sollicitent, et occupons-nous de nos limes et de nos marteaux.

Agréez, etc. A. Lüer.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 53. — JEUDI 8 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 53.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 7 MAI 1851.

Séances des Académies.

Un rapport de M. Robert et deux lectures, l'une de M. Devilliers fils, l'autre de M. Renault (d'Alfort), ont occupé aujourd'hui toute la séance de l'Académie de Médecine. C'est peu quant à la quantité, mais c'est suffisant quant à la qualité.

M. Robert, au lendemain même d'une longue et pénible lutte, est venu se consoler de l'issue fâcheuse qui l'a suivie, en lisant un rapport fort bien fait sur un cas très curieux de chirurgie pratique. C'est là une de ces consolations que tous les hommes scientifiques sauront apprécier, et qui ne pourra que lui concilier des sympathies.

Peut-être dans ce rapport M. Robert aurait-il pu saisir l'occasion de discuter des opinions aujourd'hui très répandues sur la valeur des caractères microscopiques attribués aux diverses tumeurs en général et à celles du sein en particulier. Jusqu'à présent ces opinions ont été acceptées plutôt que discutées, et il serait temps enfin de chercher à savoir quelle confiance on doit à un moyen d'exploration qui a des tendances de plus en plus marquées à dominer tous les autres. Mais, malgré ce *desiratum*, qui, en définitive, n'est pas un défaut, le rapport de M. Robert a justement captivé l'attention de l'Académie.

A M. Robert a succédé M. Devilliers fils, jeune candidat à la place vacante dans la section d'accouchements. Ce travail très étendu renferme des recherches statistiques que tous les accoucheurs liront avec intérêt.

Enfin, après la lecture de M. Devilliers est venue celle de M. Renault (d'Alfort) sur l'épidémie qui, à plusieurs reprises, depuis quelques années, a ravagé les basses-cours de nos campagnes. Le mémoire de M. Renault, quoique traitant d'une maladie qui semble propre aux animaux, est d'une telle importance pour la police médicale et l'hygiène publique ; il soulève des questions si élevées de pathologie comparée, que tous les médecins le liront d'abord avec intérêt, ensuite et certainement avec un grand fruit. Nous mettrons donc ce travail tout entier sous les yeux de nos lecteurs. Seulement, comme il reste à M. Renault des expériences d'une grande importance à terminer, nous attendrons afin de pouvoir joindre ces expériences au travail déjà lu.

— A l'Académie des Sciences, deux communications ont surtout intéressé le public médical. La première est celle de M. Delafond, relative au même sujet que celle de M. Renault, et la seconde appartient à M. Chatin. Nos lecteurs apprécieront, dans ce numéro, l'intérêt de ces deux communications ; ils remarqueront surtout que les observations de M. Chatin enrichissent la science d'un fait qui peut avoir les conséquences les plus importantes pour l'hygiène, et qui, dans tous les cas, est extrêmement curieux ; ce fait, c'est la présence de l'iode dans l'atmosphère. Après les analyses de l'air, si nombreuses et si précises, qui ont été faites par les chimistes les plus distingués, c'était déjà un grand mérite que de découvrir dans ce fluide un nouvel élément. Mais ce mérite pourra devenir plus grand encore si cette découverte est susceptible de recevoir des applications hygiéniques. Les expériences que M. Chatin ne manquera pas de faire nous apprendront sans doute ce que nous devons espérer à cet égard. — H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Pied-bot valgus et équin non congénital. — Section sous-cutanée du tendon d'Achille et des péroniens latéraux. — Guérison.

Au n° 10 de la salle Cochin est couché un jeune homme de vingt ans qui, le 11 avril dernier, est entré à l'hôpital pour y être traité d'un pied-bot compliqué d'une large ulcération au niveau de la tête du premier métatarsien gauche.

Il y a quatre ans environ, ce jeune homme fut atteint d'une maladie de la moelle épinière. Cette affection produisit d'abord une paraplégie qui persista plusieurs mois et se termina par la contracture de plusieurs muscles de la jambe gauche, d'où une déviation permanente du pied, pour laquelle un habile chirurgien de Nantes proposa, l'année dernière, une opération qui ne fut pas acceptée.

Le malade s'était résigné à garder son infirmité, quand, à la suite d'une marche pénible, il fut atteint d'une ulcération profonde au niveau de la tête du premier métatarsien. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital Cochin, où M. Maisonneuve constata lésions suivantes :

1° Le pied gauche était complétement étendu sur la jambe et semblait lui faire suite, axe pour axe. Le talon, fortement élevé, était maintenu dans cette position par la contracture évidente des muscles jumeaux et soléaire. (C'était le pied-bot équin à son plus haut degré.)

2° Le pied ainsi étendu était en même temps dévié en dehors et son bord externe porté en haut par la contracture des muscles péroniers latéraux, dont les tendons faisaient saillie sous la peau.

3° Au niveau de la face plantaire et un peu interne de la tête du premier métatarsien, existait une ulcération profonde résultant de la pression que le poids du corps tout entier exerçait sur cette partie pendant la marche.

Cette lésion, dit M. Maisonneuve, est intéressante à plusieurs égards. Premièrement, c'est un bel exemple de pied-bot accidentel développé sous l'influence d'une lésion nerveuse. Dans ce cas on a pu suivre pas à pas le développement de la maladie ; c'est d'abord une affection de la moelle épinière qui produit une paraplégie ; puis la paraplégie disparaît graduellement, mais laisse subsister une contracture permanente de quatre muscles de la jambe. Cette contracture donne lieu à une déviation du pied ; enfin cette déviation amène consécutivement une ulcération grave au niveau de la tête du premier métatarsien.

Si la belle loi découverte par M. Jules Guérin pour l'explication des déviations congénitales ou acquises des membres avait encore besoin de preuves, il ne serait pas possible d'en imaginer de plus probante et de plus nette que le simple exposé du fait qui nous occupe. Est-il possible, en effet, d'établir d'une manière plus évidente l'influence immédiate de l'affection de la moelle sur la contracture musculaire, et de celle-ci sur le développement du pied-bot.

Sous un autre rapport, ce fait présente encore un vif intérêt. C'est un exemple remarquable d'une variété fort rare de pied-bot, consistant en une combinaison de deux lésions ordinairement incompatibles : le pied-bot équin et le pied-bot valgus. En effet, d'après les beaux travaux de M. Bonnet, de Lyon, il est établi que le pied-bot présente deux formes bien tranchées, ayant pour origine, l'une la lésion du nerf poplité interne, l'autre la lésion du nerf poplité externe.

La première forme, celle qui dépend de la lésion du nerf poplité interne, comprend, sous le nom de *pied-bot varus*, toutes les déviations amenées par la contracture des muscles fléchisseurs auxquels ce nerf distribue ses rameaux. A ce groupe appartient le pied-bot équin dû à la contracture des muscles insérés au tendon d'Achille.

La deuxième forme, celle qui dépend de la lésion du nerf poplité externe, comprend toutes les nuances du pied-bot valgus produites par la contracture des muscles extenseurs et péroniers latéraux, qui reçoivent leurs filets de ce tronc nerveux.

Or, dans le cas présent, les muscles contracturés sont, d'une part, les muscles insérés au tendon d'Achille, produisant le pied-bot équin (*premier degré du pied-bot varus*) ; d'autre part, les muscles péroniers latéraux, donnant lieu au *premier degré du pied-bot valgus*.

Quant à la plaie du pied, M. Maisonneuve n'y attache qu'une importance secondaire. Elle disparaîtra d'elle-même, dit-il, quand le pied sera rendu à sa disposition normale, ce qui, dans le cas présent, paraît devoir être facilement obtenu par la section du tendon d'Achille et par celle des tendons péroniers latéraux.

En effet, M. Maisonneuve a pratiqué cette opération le 13 avril, d'après la méthode ordinaire (sous-cutanée) et sans désemparer ; le pied a pu être ramené complétement à son état naturel. Pendant quinze jours, il a été maintenu dans sa direction au moyen d'un appareil dextriné ; et aujourd'hui, 3 mai, le malade marche parfaitement ; l'ulcération est presque entièrement cicatrisée, et la guérison peut être considérée comme complète et définitive.

SUR LA PRÉSENCE DE L'IODE DANS L'AIR,

et sur l'absorption de ce corps dans l'acte de la respiration animale.

Extrait d'une lecture faite à l'Académie des Sciences par M. Ad. CHATIN, professeur à l'École de pharmacie de Paris.

La disparition lente mais constante et spontanée de l'iode naturellement contenu dans la plupart des eaux ; sa volatilisation subite quand l'eau est chauffée et sa présence dans les produits de la distillation ; son élimination des eaux *dures* si rapide que ce n'est que rarement qu'on parvient à l'y découvrir, alors même que celles-ci sourdent de terrains très iodurés ; les résultats, quoique bien imparfaits encore, que j'avais obtenus en opérant sur l'eau de pluie sont autant de circonstances qui m'ont conduit à penser que l'iode devait exister dans l'atmosphère.

Un appareil très simple, composé d'un grand vase *aspirateur* et d'un système *laveur* consistant en une série de tubes à boules de Liébig, me parut propre à vérifier cette conjecture.

En m'entourant de toutes les précautions nécessaires pour que de l'iode provenant d'une source étrangère ne pût altérer les résultats de mes analyses et pour ne pas laisser échapper celui que l'air pourrait contenir, je suis arrivé à reconnaître que 4,000 litres de ce dernier renferment très approximativement à Paris 1/500 de milligramme d'iode. Si l'on considère que le volume d'air consommé en un jour par un homme est de 8 mètres cubes ou de 8,000 litres, on voit que c'est 1/250 de milligramme (1) d'iode qui se met en rapport dans ce laps de temps avec la muqueuse pulmonaire, et il est digne de remarque que cette quantité est à peu près égale à celle que prend un homme buvant par jour deux litres d'eau médiocrement iodurée, celle d'Arcueil, par exemple. Un habitant du faubourg Saint-Jacques absorbe ainsi autant d'iode par l'air que par l'eau ; et dans beaucoup de pays, Nanterre, Près-Saint-Gervais, Saint-Germain, vallée de Montmorency, etc., la proportion fournie par l'air l'emporte de beaucoup sur celle empruntée à l'eau. Les physiologistes seront sans doute frappés de cette circonstance que, à mesure que nous avons avancé dans nos recherches sur l'iode, nous avons vu ce corps se mettre de plus en plus en rapport avec notre économie. C'était d'abord par le cresson et ses congénères, par l'eau, par le vin, le lait et tous les aliments solides, que l'iode pénétrait dans nos tissus, et voilà qu'aujourd'hui une source nouvelle, l'air, l'introduit dans l'organe même où l'absorption est la plus rapide, où le sang vient puiser des éléments réparateurs dont il ne saurait se passer.

Des observations auxquelles nous nous livrons indiqueront sans doute que les résultats peuvent être modifiés par la température et l'état hygrométrique de l'air, l'heure de la journée, les vents dominants, les saisons, la rareté ou la fréquence des pluies, les orages, l'orientation du pays et peut-être l'ioduration de son sol et de ses eaux, la direction, l'étroitesse et l'encaissement des vallées, l'altitude, le voisinage des mers ou des grandes masses d'eau douce, etc.

Plusieurs de ces hypothèses se trouvent même dès aujourd'hui justifiées ; et, quant à ce qui est de l'altitude, bientôt je vérifierai si l'atmosphère de l'iode n'est pas limitée ou du moins très raréfiée à une hauteur de quelque mille toises, ainsi qu'on peut le supposer d'après la densité de la vapeur, et en raison de la minime proportion de ce corps que j'ai précédemment trouvée dans les eaux descendues des glaciers.

L'analyse de l'air d'une cave petite, peu aérée, dans laquelle des personnes et des animaux avaient longtemps séjourné m'ayant fourni une quantité d'iode sensiblement inférieure à celle contenue dans l'air extérieur, j'ai dû poser cette question susceptible d'une solution rigoureuse :

L'air expiré contient-il moins d'iode que l'air inspiré ?

Des observations faites sur l'air rejeté de ma poitrine, deux fois pendant douze heures, une autre fois pendant vingt-quatre heures, établissent que l'air respiré perd environ les quatre cinquièmes de son iode, qui se fixent dans l'organe pulmonaire ; sans doute que l'alcali du sang joue ici le rôle de la solution de carbonate de potasse que je mets dans les tubes laveurs pour y retenir l'iode de l'air au moment où celui-ci les traverse.

L'action des végétaux est bien propre à exciter notre intérêt. Comme pour l'oxygène, l'acide carbonique et même pour l'azote de l'atmosphère, trouverons-nous cette opposition entre les deux règnes organiques qui y maintient l'équilibre de composition ? Ou bien les végétaux et les animaux, à la fois inutiles pendant leur vie à la production d'un corps qui suffit à leur fournir le mouvement des composés minéraux, ne font-ils que des restitutions au milieu commun, soit d'abord par les voies excrétoires, soit plus tard par leurs propres débris ? les plantes pouvant, dans cette dernière hypothèse, ou puiser, comme les animaux, de l'iode dans l'air, ou rester neutres par rapport à celui-ci. L'expérimentation (déjà commencée) en décidera.

Mais il ne pouvait se faire qu'après avoir trouvé l'iode dans l'eau qui avait servi au lavage artificiel de l'air, je ne le cherchasse pas de nouveau, et avec tous les soins convenables, dans les eaux qui, se réunissant peu à peu au sein de l'atmosphère et la traversant dans une immense étendue, se trouveraient encore dans les conditions les plus favorables pour la dépouiller de ce corps, si, ce qui peut ne pas être indifférent, elles ne s'étaient déjà élevées avec lui de la surface de la terre. Les résultats ont dépassé toutes les prévisions.

(1) Je ne donne aujourd'hui ce chiffre que comme une approximation.

Ce n'est plus des traces d'iode que j'ai constatées dans l'eau de puits; c'est une quantité qu'on peut dire considérable, *énorme*, puisqu'elle s'est plusieurs fois élevée à Paris à 1/50, 1/40, 1/30, et même deux fois à 1/20 de milligramme par litre ou kilogramme d'eau. Des variations assez nombreuses et assez grandes, dont je n'ai pu encore saisir les lois, se montrent dans un même lieu. à Paris, par exemple, où j'ai fait des observations assez suivies pendant les mois de février, de mars et d'avril, la proportion de l'iode a varié de 1/20 à 1/120 de milligrammes par litre d'eau; par conséquent :: 1 : 6. Entre ces nombres viennent se placer les résultats fournis par des eaux pluviales recueillies à Clermont (Meuse), à Saint-Galmier (Loire), à Mormant (Seine-et-Marne), à Péronne, à Provins, à Puteaux, à Soissons et à Versailles; contrées très distantes les unes des autres, mais ayant ce caractère commun d'être situées à l'intérieur du continent.

Une différence non moins grande et qui frappe d'autant plus qu'on devait peu s'y attendre, nous est offerte par la pluie tombée sur les bords de la mer. A Bayonne et surtout à Biarritz, comme au Havre et à Dunkerque, la pluie, moins iodurée que dans l'intérieur de la France, ne contient en moyenne que 1/300 de milligramme d'iode par litre. L'eau tombée et recueillie le même jour à Bayonne et à Biarritz a donné 1/250 de milligramme pour Bayonne, et seulement 1/350 de milligramme pour Biarritz, qui est placé tout à fait au bord de la mer (1).

A ce résultat, nous opposerons des analyses d'eau de pluie tombée le même jour à Clermont, près Verdun, à Provins et à Paris, analyses qui ont fourni la même fraction, 1/100 de milligramme.

Malgré les variations observées à Paris, on est porté à conclure de la comparaison des analyses faites le 1er, le 8, et le 25 et 26 février, les 21, 22, 25, 27 et 28 mars, et à diverses heures de la journée du 27 avril, que les pluies longtemps prolongées deviennent successivement moins riches en iode.

On peut supposer que les pluies traduisent à peu près, dans les circonstances communes, l'état d'ioduration de l'atmosphère; qu'elles sont par conséquent un moyen détourné et commode de déterminer sa richesse relative en iode. C'est à ce point de vue que je me suis placé dans cette partie de mes recherches, à laquelle je donne un grand développement.

L'hiver très doux de cette année ne m'a permis de faire qu'une seule observation sur la *neige* (le 10 mars), dans laquelle j'ai constaté la présence de l'iode, mais en proportion inférieure d'un dixième à celle contenue dans la pluie tombée l'instant d'après; de la grêle, tombée à Versailles le 2 mai, vient aussi de me donner de l'iode en proportion inférieure à celle contenue dans la pluie qui a suivi. J'ai aussi trouvé de l'iode dans la *rosée*.

Au point de vue de l'hygiène, il n'est pas indifférent de faire la remarque que *les eaux pluviales sont de beaucoup les plus iodurées des eaux douces;* mais qu'il est nécessaire, pour les conserver dans toute leur richesse initiale, d'y ajouter environ un millionième de carbonate de potasse. Cette addition, qui ne saurait communiquer à l'eau aucune propriété sensible ou fâcheuse, devra surtout être faite dans les citernes aérées par une large surface.

L'iode existant dans l'air, quelle en est la source? Y est-il porté par des courants atmosphériques qui l'enlèveraient du sol avec des matières solides, minérales ou organiques? Non, car le rapport de quantité qui devrait dans ce cas s'observer entre l'iode et ces matières, qu'on les considère sur la terre ou dans l'air, n'existe pas.

La combustion et quelques décompositions organiques ou minérales doivent bien jeter dans l'air une certaine quantité d'iode; mais la grande source qui fournit cet élément à l'atmosphère et qui l'y maintient dans un rapport variable seulement dans de certaines limites, c'est évidemment le départ spontané de l'iode des eaux, surtout des eaux douces. Abandonnez de l'eau dans des capsules, l'iode en disparaîtra peu à peu, complétement si c'est de l'eau douce, partiellement si c'est de l'eau de mer. Un double courant d'iode est donc établi dans l'atmosphère, où ce corps s'accumulerait sans l'action incessante des animaux qui y respirent, et surtout s'il n'était périodiquement précipité par la pluie, la neige et la rosée, et d'où il disparaîtrait s'il ne s'élevait incessamment de la terre.

Peut-on supposer que l'iode, réparti de nos jours à la fois dans la masse solide du globe et dans son atmosphère, provienne seulement de celle-ci, d'où il se serait, pour la plus grande partie, précipité? Non, du moins à partir de la formation du noyau solide; car, dans cette hypothèse, on ne pourrait expliquer sa prédominance dans les terrains ignés.

Doit-on, au contraire, admettre qu'il était primitivement confiné dans la masse solide de notre planète, d'où il se serait dispersé partiellement dans l'atmosphère à la suite du dépôt et de l'action des eaux? Oui, peut-être, parce que la proportion en est plus grande dans les terrains plutoniques, qu'il devient plus rare dans les terrains de sédiment, et qu'on peut considérer celui que les eaux et l'atmosphère renferment comme la proportion complémentaire de celle qui, originairement contenue dans le sol primitif, existe aujourd'hui dans la partie de la croûte terrestre remaniée par les eaux.

A quel état l'iode se trouve-t-il dans l'atmosphère? En mélange avec des particules solides étrangères? La proportion de celles-ci est trop minime pour que l'on puisse s'y arrêter. — En combinaison volatile avec des éléments organiques, malgré son affinité particulière pour leur hydrogène? — A l'état d'acide iodhydrique ou d'iodhydrate d'ammoniaque, malgré la facilité avec laquelle ces composés sont détruits par l'air qui met l'iode à nu, et en l'absence de réactions sensibles sur les couleurs végétales? — Ou bien l'iode est-il libre, quoique les dissolutions de carbonates alcalins réussissent très bien à le fixer?

Dans un autre mémoire, dont les éléments ne pourront être réunis que dans un temps assez long (environ une année), je discuterai les questions que je ne fais que soulever aujourd'hui.

(1) La pluie y a même été recueillie à 2 mètres seulement de l'Océan.

EXPÉRIENCES SUR LA MALADIE GRAVE

des oiseaux de basse-cour.

(Seconde communication faite à l'Académie des Sciences dans la séance du lundi 5 mai 1851.)

Par O. Delafond,

Professeur de pathologie et de police sanitaire à l'École nationale vétérinaire d'Alfort.

1° *Tentatives d'inoculation avec des produits organiques provenant de poules en bonne santé.*

M. Delafond, désirant s'assurer d'une manière positive si le sang, la bile, la salive, la matière splénique, etc., des volailles frappées par la maladie régnante dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, sont véritablement virulents, s'est livré à l'inoculation de différents produits organiques provenant de poules en bonne santé. Voici les résultats qui ont été obtenus.

1° Le sang chaud retiré de la veine de l'aile d'une poule vivante inoculé à un pigeon;

2° Le sang recueilli dans le ventricule droit du cœur d'une autre poule immédiatement après la mort par strangulation, et inoculé à un pigeon;

3° Le sang pris dans le ventricule droit de deux poules, l'une tuée depuis douze heures, l'autre depuis vingt-quatre heures, les deux cadavres étant entièrement refroidis, inoculé à deux pigeons, n'a déterminé, depuis cinq jours, aucun accident maladif.

Les tentatives faites avec des matières prises sur des cadavres, soit immédiatement après la mort, soit après douze et vingt-quatre heures, savoir:

1° D'une substance coagulée et blanchâtre inoculée à trois pigeons;

2° De boue splénique inoculée à trois pigeons;

3° De bile d'un très beau vert retirée de la vésicule biliaire, inoculé à deux pigeons;

4° De jaunes d'œufs pris dans les ovaires, inoculés à trois pigeons;

5° De matières excrémentitielles prises dans le rectum, inoculées à deux pigeons, n'ont également, depuis cinq jours, produit aucun accident maladif.

Ces expériences démontrent donc, jusqu'alors, que le sang, la salive, la bile, la boue splénique, le jaune de l'œuf pris dans l'ovaire, les matières excrémentitielles, etc., recueillis sur les cadavres des volailles mortes de la maladie régnante, sont virulents, et confirment les résultats annoncés par M. Delafond dans sa dernière communication.

Les tentatives de transmission par virus volatil n'ont donné, jusqu'à présent, aucun résultat.

2° *Nouvelles tentatives d'inoculation avec des matières prises sur des cadavres de poulets tués par la maladie.*

Dans le but de constater si le simple contact du sang pris sur des cadavres de poules mortes des suites de l'inoculation pouvait transmettre la maladie; dans le but aussi de s'assurer si quelques autres parties du cadavre jusqu'alors inoculées étaient virulentes, M. Delafond a fait continuer ses expériences de transmission. Voici les nouveaux résultats qu'il a obtenus.

1° Le dépôt de sang pris dans le cœur d'une poule morte depuis deux heures des suites de l'inoculation, sur la peau de la face interne de l'aile de trois pigeons, dépôt suivi d'une très légère friction prolongée pendant une minute, a occasionné la mort des trois animaux dans l'espace de quinze à vingt heures.

2° Une matière visqueuse blanchâtre trouvée dans le bec d'une poule morte depuis deux heures et demie, inoculée à un pigeon, l'a fait périr après quinze à dix-huit heures.

3° Les humeurs parfaitement transparentes de l'œil d'une poule morte depuis trois heures des suites de l'inoculation, inoculées à un pigeon, l'ont fait mourir dans l'espace de dix-neuf heures.

4° Les débris d'une fausse membrane récente trouvés dans le péricarde d'une poule morte depuis trois heures des suites de l'inoculation, inoculés à un pigeon, l'ont fait périr après quinze à dix-neuf heures.

5° La graisse sous-cutanée d'une poule morte des suites de l'inoculation depuis trois heures, inoculée à un pigeon, l'a fait mourir dans l'espace de vingt heures.

6° La chair des parois pectorales prise sur une poule morte depuis deux heures et demie de la maladie, inoculée à un pigeon, a occasionné la mort après quinze à dix-huit heures.

7° La pulpe cérébrale d'une poule morte des suites de l'inoculation depuis deux heures, inoculée à un pigeon, l'a tué dans l'espace de quinze à dix-neuf heures.

8° Le tissu du foie provenant d'une poule morte depuis trois heures des suites de l'inoculation, inoculé à un pigeon, l'a fait périr dans l'espace de quinze à dix-neuf heures.

9° Une petite portion de poumon frappée d'engouement sanguin prise sur le cadavre d'un pigeon mort depuis 3 heures des suites de l'inoculation, inoculée à un pigeon, a déterminé la mort dans l'espace de dix à douze heures.

10° Une petite quantité de la matière blanchâtre muqueuse recouvrant les matières excrémentitielles rejetées par une poule expirante de la maladie, inoculée à un pigeon, l'a fait mourir après vingt-sept heures.

Ces inoculations, qui seront continuées, réunies à celles que M. Delafond a communiquées à l'Académie dans sa séance du 28 avril, tendent donc à démontrer de nouveau que, non-seulement le sang, mais encore les liquides sécrétés, tels que la salive, le mucus buccal, la bile, les humeurs de l'œil, comme aussi divers tissus, pris sur les cadavres de volailles mortes de la maladie régnante, recèlent le virus capable de la transmettre.

Les muscles, la graisse, le foie, la rate, la matière cérébrale ont été examinés au microscope avec le plus grand soin avant d'être triturés pour être inoculés; toutes ces matières présentaient des capillaires injectés par du sang ou bien étaient pénétrées d'une plus ou moins grande quantité de globules de ce fluide. Il ne paraîtra donc point étonnant que ces parties aient transmis le mal.

Les liquides sécrétés, tels que les mucosités du bec, le jaune des ovules de la grappe ou de l'ovaire, les humeurs de l'œil, les matières excrémentitielles du rectum vues au microscope avant leur inoculation, ont offert des globules de graisse, mais elles n'ont point laissé apercevoir de globules du sang. Le sang ne serait-il donc point le siége exclusif de la matière virulente de la maladie? M. Delafond ne fait aucune réflexion sur ce fait, qui lui paraît nouveau et d'un haut intérêt.

On a dit que le sang du cœur répandait une odeur infecte immédiatement après la mort. Ce fait est inexact. Le sang, examiné avec beaucoup de soin, ne présente, M. Delafond le répète, aucune altération physique bien notable.

Le sang recueilli dans le cœur de deux poules mortes depuis quatre à cinq heures, analysé par M. Lassaigne, a donné 4,6 pour 100 de fibrine, tandis que d'après M. Denis la proportion de fibrine du sang de poules bien portantes serait de 1,20. M. Delafond n'attache que peu d'importance à cette analyse. M. Lassaigne va se livrer à un grand nombre d'analyses comparatives du sang et d'autres liquides virulents avant, après l'inoculation et pendant la manifestation de la maladie. Aussitôt que ce travail sera terminé, MM. Lassaigne et Delafond s'empresseront de le communiquer à l'Académie.

M. Delafond fait connaître ensuite les phénomènes morbides locaux qui s'opèrent dans la partie inoculée, puis les symptômes que présentent les animaux pendant la manifestation de la maladie transmise. Il décrit ensuite d'une manière sommaire les principales lésions qui signalent le mal après la mort. Deux planches avec des dessins coloriés représentent ces lésions.

Nous donnerons un extrait de cette partie fort intéressante de la communication de M. Delafond dans notre prochain numéro.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mai 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Hallegueu, de Chateaulin (Finistère), adresse un extrait du rapport sur le choléra fait par lui au comité d'hygiène de Chateaulin.

Pupille artificielle.

M. Tavignot adresse une note sur l'opération de la pupille artificielle par l'excision pratiquée avec la pince-crochet.

Fièvres miasmatiques.

M. Félix Jacquot adresse un second mémoire sur l'origine miasmatique des fièvres à quinquina.

Hypertrophie énorme des mamelles.

M. Robert lit un rapport dont voici l'analyse fidèle:

Il s'agit d'une hypertrophie énorme des deux mamelles que M. Bouyer, de Saintes, a guérie par la double extirpation des parties affectées.

Une jeune fille, d'une bonne constitution, est réglée à dix-huit ans. Quelques mois après, et sans cause connue, suppression complète des menstrues.

Les seins, peu développés jusqu'alors, deviennent douloureux et commencent à grossir, à gauche d'abord, puis à droite; dans une proportion telle, qu'au bout d'un an chacune des mamelles offrait 45 centimètres de la base au sommet, 96 de circonférence à la partie moyenne et 67 à la racine de l'organe.

Ces deux mamelles étaient piriformes, d'un rouge violacé et sillonnées çà et là par des veines sous-cutanées assez nombreuses. Consistance molle à la périphérie et, plus profondément, une grande quantité de noyaux durs, du volume d'une noix, et réunis par des cordons plus ou moins durs.

M. Bouyer vit la malade en juin 1844, c'est-à-dire trois ans après le début.

L'état général était bon; la coloration de la peau n'accusait aucune affection organique; mais ces immenses tumeurs, dont le poids était estimé 15 kilogr pour chacune d'elles, pendaient jusqu'aux genoux et recouvraient presque entièrement le ventre.

Depuis deux ans cette pauvre fille était condamnée à garder le repos au lit; elle voulait impérieusement être débarrassée, à quelque prix que ce fût.

L'opération était l'unique ressource. Le sein gauche fut d'abord enlevé. Des artères nombreuses se trouvant dans le pédicule de la tumeur, M. Bouyer imagina de le comprimer entre deux fortes lames de baleine pour prévenir l'hémorrhagie; cependant il s'en écoula un kilogr. de sang.

Vingt-six jours après la première opération, on enleva avec un couteau à amputation le sein droit, qui du reste avait déjà notablement diminué; on ne rencontra pas de vaisseaux importants.

Le sein gauche pesait 30 livres, le droit 20 livres.

Deux mois après, la guérison était complète.

L'examen des deux tumeurs montra qu'elles étaient formées par du tissu glanduleux et graisseux non dégénéré, mais hypertrophié.

Cette observation, dit M. Robert, peut être rapprochée de plusieurs faits analogues. Ainsi, A. Cooper et Graves ont rapporté des cas de ce genre. On en trouve un autre fort curieux dans Manget.

Cependant, cette maladie est rare; et, dans les cas connus, la tumeur n'avait pas acquis un volume aussi considérable, à l'excep-

tion toutefois du fait relaté par Manget. C'est l'histoire d'une femme dont les deux mamelles réunies pesaient 100 livres. La malade garda toute sa vie cette horrible infirmité. Jeune encore, elle succomba à une émaciation extrême, et l'on put constater que le volume des mamelles était dû à une simple hypertrophie des tissus qui les composent.

Chez la jeune fille de M. Bouyer, nous devons remarquer cette coïncidence vraiment frappante entre la suppression des règles et l'apparition de la tumeur.

Cette coïncidence est assez fréquente (MM. Velpeau, Bérard, Nélaton) pour qu'on puisse la considérer comme une loi étiologique.

Il est à regretter que M. Bouyer se soit borné à un examen superficiel de la tumeur. L'examen microscopique aurait pu nous révéler des détails intéressants à plus d'un titre. C'est encore une question neuve, pour ainsi dire, et chaque jour agitée, que de préciser quelles sont les tumeurs formées par une simple hypertrophie; quelles sont celles formées par de nouveaux produits épanchés dans le tissu même de la glande.

Pour un observateur rigoureux, le mot hypertrophie de la mamelle ne suffit plus, aujourd'hui que les micrographes nous ont appris à ranger dans la même catégorie et la tumeur mammaire chronique d'A. Cooper, et les tumeurs fibrineuses ou adénoïdes de M. Velpeau, fibreuses de M. Cruveilhier.

Au point de vue chirurgical et opératoire, il y aurait, suivant la judicieuse remarque de M. Robert, deux espèces d'hypertrophie de la mamelle :

1° L'une générale (la jeune fille citée), Bouyer;

2° L'autre bornée à un lobe, à un lobule (Velpeau, Lebert).

Tout en reconnaissant l'immense intérêt qui se rattache aux récents travaux des micrographes, M. Robert avoue qu'il ne peut complétement en accepter les résultats.

En effet, d'une part, M. Velpeau a reconnu que les tumeurs circonscrites de la mamelle, dans lesquelles le microscope révèle la présence d'éléments glanduleux hypertrophiés, sont parfois complétement isolées des tissus ambiants, auxquels elles ne sont liées que par juxta-position ou par enchevêtrement des inégalités de leur surface, de telle sorte qu'il est difficile de ne les pas considérer comme productions accidentelles.

Ce sont de véritables tumeurs *homéomorphes* (Lebert, Velpeau) ne faisant point partie intégrante de la glande mammaire.

D'autre part, l'hypertrophie générale de la glande diffère tellement des tumeurs circonscrites par les caractères extérieurs, tels que la consistance, le degré de limitation, etc., etc., qu'il répugne aussi de les considérer comme ne formant avec celles-ci qu'une seule et même espèce pathologique.

M. Robert pense donc que l'hypertrophie générale de la mamelle doit conserver son individualité jusqu'à ce que des faits nouveaux en aient mieux démontré les affinités avec les tumeurs mammaires chronique, adénoïde, etc.

M. Robert passe ensuite au pronostic et au traitement, deux questions si importantes au point de vue de la pratique.

Selon cet honorable académicien, tant que l'hypertrophie n'a pas atteint un degré capable de gêner gravement les mouvements par son volume, son poids, ou de porter atteinte à la nutrition, il serait téméraire de vouloir en débarrasser les malades par une opération. Mais le chirurgien n'est plus autorisé à s'abstenir quand une malheureuse femme est condamnée à garder le repos au lit pour une semblable infirmité. (Obs. citée, Bouyer, Manget.)

L'extirpation devient alors une opération de nécessité.

Jusqu'à présent, on s'était borné à soulager les malades en enlevant une des tumeurs.

L'heureuse hardiesse de M. Bouyer prouve que l'on peut obtenir une guérison complète en osant davantage. Chez la malade citée, les deux seins ont été enlevés par deux opérations séparées seulement par vingt-six jours de distance, et on a pu soustraire ainsi le tiers du poids total de la malade. C'est là certainement la plus grande mutilation qui ait été pratiquée.

L'analyse des cas peu nombreux encore dans lesquels la chirurgie est intervenue nous révèle un autre fait curieux que nous devons signaler ; c'est que l'extirpation d'une mamelle fait éprouver à l'autre un retrait plus ou moins considérable. (Obs. Bouyer.)

Le fait suivant, emprunté à M. W. Hey, démontrera mieux encore l'exactitude de cette proposition.

« Une jeune fille de quatorze ans, d'une bonne santé, et dont les seins avaient toujours offert un volume remarquable, fut réglée à treize ans. Suppression brusque des règles à la suite d'un froid violent. L'hypertrophie des mamelles est rapide et si considérable que sous leur poids la colonne vertébrale s'était incurvée en avant; réduite à la position misérable de rester continuellement assise dans son lit les seins appuyés sur les genoux, la malade réclamait l'amputation.

» W. Hey enleva seulement le sein gauche : quelques jours après, les règles, depuis longtemps suspendues, reviennent en abondance, et six mois plus tard la mamelle droite avait repris à peu près son volume naturel. »

En présence d'un fait aussi concluant, M. Robert n'hésite pas à poser en principe que, dans des cas analogues, le chirurgien devra enlever d'abord l'un des deux seins hypertrophiés, et attendre.

LECTURES.

Formes et dimensions du bassin.

M. Devilliers fils, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris, lit, *sur les variétés de dimension et de forme du bassin normal chez la femme*, un mémoire étendu dont voici les conclusions :

1° On voit assez fréquemment le diamètre sacro-pubien descendre au-dessous de 109 millimètres (4 pouces) et jusqu'à 0,95 millimètres (3 pouces, 6 lignes) sans que les bassins ou les sujets auxquels ils appartiennent offrent de traces de déformation rachitique ou d'ostéomalaxie. J'ai trouvé cet abaissement sur plus de la moitié des bassins secs que j'ai étudiés et sur près de la moité des bassins garnis des parties molles.

2° Le diamètre coccy-pubien, abstraction faite de l'incurvation en dedans produite sur le coccyx par le retrait des ligaments sacro-sciatiques sur le bassin préparé, m'a paru dans plus des trois quarts des cas inférieur à 109 millimètres qu'on lui reconnaît généralement.

3° Le diamètre bis-iliaque du détroit supérieur ne m'a offert qu'une très légère différence en moins dans le chiffre de sa moyenne, qui a été de 129 et 130 au lieu de 135 millim.

4° Il n'en a pas été de même du bis-ischiaque, qui, en général, est bien inférieur en étendue au diamètre connu (109), et s'est abaissé dans plus d'un tiers des cas au-dessous de 95 millim.

5° Quant aux diamètres obliques du détroit supérieur, j'ai trouvé leur étendue moyenne un peu supérieure au chiffre ordinaire, 120 millim.

Mais ce qu'ils offrent surtout de remarquable, c'est que le diamètre oblique gauche est supérieur en longueur au diamètre oblique droit dans près de la moitié des cas, et qu'il le dépasse souvent de 6 à 8 millimètres et quelquefois bien davantage.

Cette prédominance du diamètre gauche coïncide, comme l'on voit, avec la direction si fréquente et si connue du plus grand diamètre des extrémités de l'ovoïde fœtal, direction qui lui est à peu près parallèle.

6° Cette préférence de longueur semble se porter d'une manière plus indifférente sur l'un ou l'autre des diamètres obliques du détroit inférieur, qui d'ailleurs sont beaucoup moins importants, à cause de leur mobilité.

7° L'abaissement du chiffre de certains diamètres sur le bassin sec doit être attribué au resserrement des ligaments et des surfaces articulaires sous l'influence de la dessiccation. Ce sont surtout le diamètre antéro-postérieur des deux détroits et les obliques du détroit inférieur qui paraissent subir un léger degré de diminution, tandis que, comme il est presque inutile de le rappeler, le même effet est produit sur le diamètre transverse du détroit supérieur par l'opposition des parties molles.

8° On ne trouve que très rarement des bassins offrant dans l'ensemble de leurs diamètres les proportions régulières se rapprochant des moyennes considérées comme normales par les auteurs.

9° J'ai rencontré quelques bassins amples, dont plusieurs des diamètres s'élevaient jusqu'à 176 et 140 millimètres (6 pouces 6 lignes et 5 pouces 3 lignes); puis des bassins étroits dont les mêmes diamètres descendaient jusqu'à 109 et 95 millimètres, sans qu'aucun de ceux-ci présentât la moindre trace de vice de déformation rachitique ou d'ostéomalaxie.

10. En considérant la somme des chiffres de tous les diamètres des bassins que j'ai étudiés, plus de la moitié reste entre 109 et 81 millimètres (4 pouces et 3 pouces). — Plus du tiers entre 135 et 109 (5 et 4 pouces). — 1/12e environ au-dessus de 135 (5 pouces). — Enfin 2/425e au-dessous de 81 millimètres (3 pouces).

11° Les diamètres de la tête du fœtus qui, dans l'état normal se présentent pendant le travail à ceux du bassin, sont la plupart du temps inférieurs d'une quantité très notable à ceux des détroits, et peuvent traverser des détroits qui descendent au-dessous de 109 millimètres. Ainsi, au détroit supérieur, la tête présente un diamètre intermédiaire entre le sous-occipito-frontal et le sous-occipito-bregmatique, qui mesure environ de 95 à 105 millimètres; puis, dans les cas de resserrement du diamètre antéro-postérieur de ce détroit, un diamètre transversal qu'on pourrait appeler sus-auriculo-pariétal qui offre à peu près la même étendue que le bi-pariétal, mais favorise singulièrement le chevauchement des os, et par conséquent la réduction des diamètres transverses.

12° Des propositions précédentes il résulte que les principaux diamètres du bassin normal descendent assez souvent au-dessous des proportions moyennes considérées aussi comme normales, sans que cependant il y ait obstacle sérieux à l'accouchement à terme.

13° Les formes générales des détroits du bassin normal sont aussi variées que l'étendue de ses divers diamètres. J'ai rencontré depuis la forme circulaire assez parfaite jusqu'à la disposition réniforme du détroit supérieur, depuis les formes presque carrée et losangique jusqu'à l'oblique ovalaire, *sans altération pathologique*.

14° En général, cependant, les proportions diamétrales qui donnent au détroit supérieur une forme ovoïde ou elliptique transversale tendent à se conserver.

15° Les diverses parois du bassin normal entrent d'une manière fort variable dans les diverses altérations de forme qu'il peut présenter, altérations qui, chez les sujets rachitiques, portent de préférence sur les parois antérieure et postérieure.

16° Il n'existe réellement pas en général de balancement régulier entre les divers diamètres du bassin normal, quant à leur étendue. Ainsi, de ce que l'un d'eux augmente en longueur, il ne s'ensuit pas nécessairement que le diamètre opposé doive offrir un raccourcissement proportionnel.

17° Ce défaut de balancement se remarque tout aussi bien entre les diamètres d'un même détroit qu'entre ceux de détroits différents. Les dimensions de l'un ne peuvent donc faire préjuger celles de l'autre, même approximativement.

18° Je n'ai pu, malgré mes efforts, trouver de rapport proportionnel et quelque peu fixe entre les dimensions prises à l'extérieur du bassin et les diamètres internes correspondant soit au détroit supérieur, soit au détroit inférieur, soit dans un sens, soit dans un autre.

Aucune règle ne peut donc être établie, selon moi, à l'égard de la mensuration externe comme moyen de diagnostic, quant à ce qui concerne au moins le bassin normal.

Choléra des gallinacées.

M. Renault (d'Alfort) lit une relation extrêmement intéressante de l'épidémie qui sévit depuis plusieurs années sur les gallinacées, et qu'on désigne généralement sous le nom de choléra des poules. Nous publierons prochainement ce travail, d'une haute importance à plusieurs points de vue.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mai 1851. — Présidence de M. RAYER.

Goître et crétinisme.

M. Elie de Beaumont lit un rapport sur les travaux de M. le docteur Grange relatifs au goître et au crétinisme.

Tous les faits importants énoncés dans ce rapport étant déjà connus de nos lecteurs, nous croyons inutile de faire l'analyse de ce travail.

Présence de l'iode dans l'air et absorption de ce corps dans l'acte de la respiration.

M. Chatin, professeur à l'école de pharmacie, lit un travail sur ce sujet, (*Voir* ci-dessus.)

Cours d'hygiène

professé à la Faculté par M. FLEURY, professeur agrégé.

L'hygiène, malgré les travaux remarquables dont elle a été récemment l'objet, est encore une des branches les moins avancées de la médecine; c'est aussi, personne ne l'ignore, une des branches les plus importantes; car prévenir les maladies est assez souvent possible, ou même facile; les guérir est difficile, ou douteux.

Il y a quatre ans, M. Fleury, profitant de recherches récentes et importantes entreprises par divers auteurs d'un grand mérite, avait fait un cours où l'hygiène était présentée d'une manière notablement plus complète que celle que nous pouvions étudier dans les meilleurs traités. M. Fleury recommence, cette année, ce cours avec les documents nouveaux qui se sont produits depuis quatre ans. Nous croyons donc être agréable à nos lecteurs, et nous sommes certain de leur être utile en publiant le résumé de ce cours, où les médecins trouveront une source féconde d'indications thérapeutiques, et un guide précieux pour la solution des questions qu'ils auront à débattre dans les conseils d'hygiène départementaux.

DE L'HYGIÈNE. — DÉFINITION. — PLAN.

Qu'est-ce que l'hygiène? Il n'est pas facile, dans l'état actuel des choses, de répondre d'une manière satisfaisante à cette question, et vous ne trouverez pas aisément deux auteurs qui soient d'accord sur ce point. Les uns, se plaçant à un point de vue médical, ne voient dans l'hygiène que de l'étiologie, de la pathologie et de la thérapeutique; les autres, se plaçant au point de vue physiologique, n'y aperçoivent que de la physique, de la météorologie, de la géologie : de telle sorte qu'à force de mettre de l'hygiène partout, on finit par ne la trouver nulle part; de telle sorte encore que l'enseignement de l'hygiène a été frappé de discrédit, de ridicule, à ce point que, d'après une opinion presque généralement admise aujourd'hui, l'hygiène ne serait que l'art de débiter pompeusement des banalités.

Il importe de faire cesser cet état de choses, et de montrer que l'hygiène est une des branches les plus sérieuses et les plus importantes des études médicales.

L'hygiène est l'*art de conserver la santé*, ont dit et répètent encore beaucoup d'auteurs. Il est difficile de concevoir une définition plus incomplète et plus défectueuse. Et d'abord, cette prétendue définition en implique une autre et conduit à se demander préalablement qu'est-ce que la santé? Or, vous savez tous les discussions dans lesquelles sont tombés, sans parvenir à s'entendre, les écrivains qui ont cherché à déterminer d'une manière nette et précise les caractères de la santé, et vous reconnaîtrez le vice d'une définition qui prend pour base la chose la moins définie du monde. D'ailleurs, a-t-on dit avec raison, la santé n'est point une généralité; elle exprime une manière d'être qui varie suivant les sujets et, dans le même sujet, suivant une foule de circonstances qui agissent sur lui, sans que les oscillations fonctionnelles qui en résultent déterminent un état de maladie; il faudrait donc modifier cette définition en disant : *l'art de conserver à chacun sa santé*.

Ce n'est pas tout. Voici un enfant qui est doué d'un tempérament lymphatique très prononcé; il est actuellement dans l'état de santé; mais, par le fait de son tempérament, il est prédisposé à certaines maladies dont on a lieu de redouter le développement ultérieur. L'hygiéniste ne doit-il pas, en vue de cette éventualité, s'efforcer de modifier le tempérament de cet enfant, c'est-à-dire d'améliorer la santé? On a compris la portée de cette objection, et l'on a voulu s'y soustraire en définissant l'hygiène : la science qui traite de la santé dans le double but de sa conservation et de son perfectionnement.

Mais ce n'est pas tout encore. Si, en péchant contre certaines règles de l'hygiène, un homme a compromis sa santé, le devoir de l'hygiéniste n'est-il point de le faire rentrer dans la bonne voie et de coopérer au rétablissement de sa santé? Il faudrait donc modifier encore cette définition déjà modifiée et dire : L'hygiène est la science qui traite de la santé dans le triple but de sa conservation, de son amélioration et, sous certaines conditions, de son rétablissement. Je sais bien que quelques personnes contestent à l'hygiène le droit de s'immiscer dans la curation des maladies, mais nous verrons bientôt que cette doctrine est inadmissible.

Pour plusieurs auteurs, l'hygiène est l'étude des causes des maladies. Or, dit M. Gerdy, si vous faites l'histoire des influences qui tendent à troubler les fonctions sans en tirer aucune règle pour conserver la santé, vous ne faites pas de l'hygiène. M. Gerdy a raison en ce sens qu'il ne faut pas confondre l'hygiène avec l'étiologie, mais sa proposition est trop absolue. Nous disons, nous, si vous faites, sans formuler de règles, l'histoire des influences qui se rattachent à certains modificateurs spéciaux appelés modificateurs hygiéniques, vous faites bien de l'hygiène, mais de l'hygiène incomplète, sans application; vous posez des prémisses sans en tirer de conclusions; si, au contraire, vous faites, même en formulant des règles, l'histoire des influences qui se rattachent à certains autres modificateurs, aux modificateurs mécaniques et pathologiques, vous ne faites pas de l'hygiène, mais de l'étiologie.

M. Gerdy ajoute : « En confondant l'hygiène avec la science des influences, on s'en fait de fausses idées et l'on arrache à la physiologie sa partie la plus positive. » Messieurs, ceci n'est plus exact : la physiologie ne s'occupe point des influences morbifiques; elle n'étudie certains modificateurs dits physiologiques qu'au point de vue du mécanisme et de l'entretien de la vie, et, pour que la proposition de M. Gerdy ait un sens, il faut l'appliquer à une branche nouvelle de la physiologie collatérale de celle qu'on a désignée dans ces derniers temps sous le nom de physiologie pathologique; mais alors il est évident que la question se trouve réduite aux proportions d'une dispute de mots.

D'un autre côté peut-on, ainsi que le voudrait M. Gerdy, réduire l'hygiène à l'énoncé de certains préceptes complétement isolés de l'étude des influences contre lesquelles ils sont destinés à protéger la santé? Les règles ne sont-elles point le corollaire de cette étude? M. Gerdy ne s'est-il point d'ailleurs réfuté lui-même en présentant sous le nom de *Cours d'hygiène positive* l'étude de ces mêmes influences?

Pour M. Gerdy, l'hygiène est exclusivement l'art d'éviter les causes connues des maladies, et, comme suivant lui, nous ne possédons en général pour atteindre ce but que des moyens négatifs, il en résulte que l'hygiène ne serait autre chose qu'une prophylaxie passive.

Ce que nous avons dit précédemment ne nous permet pas d'accepter cette nouvelle définition, car nous avons montré que l'hygiène est souvent une *prophylaxie active*, et que parfois elle prend la place de la *thérapeutique*. A la vérité M. Gerdy combat avec vivacité cette manière d'envisager l'hygiène. « Il n'est pas plus convenable, dit-il, de parler de moyens hygiéniques en thérapeutique qu'il ne le serait de parler de moyens thérapeutiques en hygiène... l'expression hygiénique n'est relative qu'à la conservation de la santé et ne peut s'appliquer aux moyens destinés à traiter les maladies. » En vérité, messieurs, nous ne saurions comprendre pourquoi, les agents restant les mêmes, l'expression *hygiénique* ne serait pas appliquée aux moyens destinés à rétablir la santé aussi bien qu'à ces mêmes moyens employés dans le but de conserver la santé! Ainsi je ferais de l'hygiène en conseillant à un homme actuellement bien portant de ne point manger de l'oseille avec excès, dans la crainte de voir se produire chez lui des graviers d'oxalate de chaux, et je n'en ferais plus si un malade expulsant actuellement des graviers de cette nature sous l'influence de l'usage immodéré de l'oseille, je lui prescrivais de renoncer à cette substance alimentaire. Je vais plus loin : un homme est affecté d'une maladie quelconque, contractée sous l'influence d'un modificateur quelconque, les règles qu'il doit suivre dans le but de se guérir, quant au régime, à l'ha-

hitation, au climat, quant aux modificateurs hygiéniques, en un mot, n'appartiennent-elles pas manifestement à l'hygiène, et n'est-ce pas la force des choses qui vous conduit à donner à leur ensemble le nom de *traitement hygiénique*?

M. Gerdy nous fait une concession et reconnaît que l'hygiène doit intervenir pour éloigner les influences qui pourraient altérer davantage la santé déjà troublée, ou ajouter à une maladie une maladie nouvelle; mais ne sont-ce point là de vaines subtilités? Encore une fois, pourquoi le même agent changerait-il de nature ou de nom suivant qu'il est appliqué dans un but de prophylaxie ou dans un but de curation? Est-il nécessaire, utile, possible de séparer ainsi l'hygiéniste du médecin?

Ainsi donc, et nous insistons sur ce point, parce qu'il est d'une importance capitale et parce qu'il a longuement été discuté par un homme de la valeur de M. Gerdy; ainsi donc il demeure établi que tantôt l'hygiéniste doit se borner à conserver, à maintenir les rapports existants entre l'homme et certains modificateurs pour éloigner les influences morbifiques; que tantôt il doit, au contraire, s'efforcer de modifier ces rapports, afin de les rendre plus favorables à la santé; ici la prophylaxie passive doit céder la place à la prophylaxie active; et que tantôt, enfin, l'état morbide étant survenu, l'hygiéniste doit faire intervenir ces mêmes modificateurs, tant pour empêcher que la maladie ne soit aggravée ou compliquée que pour en opérer ou en faciliter la guérison. Ici la prophylaxie est remplacée par le traitement hygiénique.

M. Lévy a tenu compte de quelques-unes de ces considérations, et s'est appuyé sur elles pour appeler l'hygiène la clinique de l'homme sain. Nous ne nous arrêterons pas à discuter cette définition, qui n'a probablement pas la prétention d'en être une.

Jusqu'à présent, messieurs, nous ne nous sommes occupés que de l'homme physique et de l'individu isolé. Or tous les philosophes et les historiens, Platon, Tacite, Montesquieu, Rousseau, Cabanis, M. Guizot, nous montrent la haute influence que l'hygiène exerce sur le développement et le perfectionnement de l'homme intellectuel et moral, sur la destinée des sociétés et des empires. « L'hygiène, s'écrie Rousseau, est moins une science qu'une vertu. » — « L'hygiène seule, dit M. Londe, peut donner les moyens, soit de fortifier nos sentiments lorsqu'ils sont trop faibles pour servir à l'entretien et au bonheur de notre existence, soit de les modérer lorsque, trop ardents, ils menacent de dégénérer en passions violentes et de causer notre malheur..... Elle est le guide des législateurs et la Providence des nations. » — « L'hygiène, dit à son tour M Rochoux, est une véritable philosophie naturelle qui s'occupe bien plus d'enseigner à faire un bon emploi de la vie que d'en prolonger la durée. »

Eh bien, messieurs, une bonne définition ne doit-elle pas indiquer ces rapports de l'hygiène avec l'éducation, la civilisation, la morale, la religion, avec la science gouvernementale, avec la sociologie, en un mot, pour me servir d'une expression introduite dans le langage scientifique par M. Auguste Comte? Ne doit-elle pas exprimer que l'hygiène est en même temps individuelle ou privée, et sociale ou publique; physique, intellectuelle et morale.

Dans le but de satisfaire à ces conditions d'une bonne définition, M. Londe appelle l'hygiène « la science qui a pour objet de diriger les organes dans leurs fonctions. » Nous verrons plus loin que cette définition repose sur une base inacceptable.

Vous savez maintenant, messieurs, que l'hygiène a pour subjectif l'homme sain ou malade, isolé ou réuni en société, envisagé dans son organisation physique, intellectuelle et morale; vous savez aussi qu'elle a pour mission de maintenir, de placer ou de rétablir l'homme dans les conditions les plus favorables au développement régulier de cette organisation. Il nous reste à vous faire connaître les moyens dont elle dispose, et c'est ici que se présente le point fondamental de la question, car ce n'est qu'en l'établissant d'une manière nette et précise que l'on peut constituer l'individualité de l'hygiène et la distinguer de la physiologie, de l'étiologie et de la thérapeutique, avec lesquelles les uns l'ont trop confondue et desquelles les autres l'ont trop séparée. Comment se fait-il qu'aucun auteur n'ait eu recours à ce procédé si simple et si logique? Comment concevoir qu'aucun n'ait fait intervenir dès à présent la considération des modificateurs, que ceux-ci aient été relégués sur le second plan, alors seulement qu'il s'est agi de diviser ce que, dans un langage barbare, on a appelé les matières de l'hygiène? Comment se fait-il que personne n'ait entrevu que ce n'est qu'en se fondant sur l'existence et la nature des modificateurs qu'on peut arriver à définir l'hygiène?

Quels sont donc les modificateurs qui rentrent dans le demaine de l'hygiène?

Avant de répondre à cette question, je dois vous rappeler, messieurs, que, d'après une conception philosophique de M. de Blainville, tout être vivant peut être étudié dans tous ses phénomènes sous deux rapports fondamentaux, sous le rapport statique et sous le rapport dynamique, c'est-à-dire comme apte à agir et comme agissant effectivement. Mais l'être vivant ne saurait être entièrement conçu si on ne l'envisage pas dans ses rapports avec le monde extérieur, et cette étude des influences réciproques comprend également la considération du double point de vue statique et dynamique. Il y a donc deux manières d'étudier les êtres vivants : ou bien on les envisage isolément, tout en subordonnant cette étude à la notion des lois générales, ou bien ils sont étudiés dans leurs rapports avec le monde extérieur.

Or l'hygiène embrasse cette double étude, et les modificateurs qu'elle revendique appartiennent soit au monde extérieur (modificateurs cosmiques), soit à l'être vivant lui-même (modificateurs individuels). Ces modificateurs sont précisément ceux que vous connaissez sous le nom de *modificateurs physiologiques*, et ils prennent le nom de *modificateurs hygiéniques* dans l'étude que nous allons en faire dans un but déterminé et à un point de vue spécial.

Et en effet, la physiologie et l'hygiène ont pour base les mêmes modificateurs; mais la première les envisage dans leurs rapports avec le mécanisme et l'entretien de la vie; la seconde, dans leurs rapports avec le maintien et l'amélioration de la santé. L'hygiène et l'étiologie ont un but commun, l'étude des influences morbifiques; mais la première étudie celles qui se rattachent aux modificateurs hygiéniques, la seconde celles qui appartiennent aux modificateurs mécaniques et pathologiques. Enfin, l'hygiène et la thérapeutique se proposent toutes deux le rétablissement de la santé; mais celle-là n'a encore recours qu'aux agents hygiéniques, tandis que celle-ci fait intervenir les agents médicamenteux et mécaniques.

Et maintenant le jour ne se fait-il point dans votre esprit? tout ne devient-il pas clair, précis, rigoureusement déterminé et limité? n'apercevez-vous pas nettement dessinée l'individualité de l'hygiène que vous n'avez jamais entrevue que sous la forme d'une espèce de monstre gémellaire, accolé d'un côté à la physiologie, de l'autre à l'étiologie et à la thérapeutique?

Sans doute, messieurs, quelques-uns de ces esprits que M. Auguste Comte accuse, avec tant de raison, d'être possédés de la manie de morceler l'étude des connaissances humaines ne manqueront pas de dire qu'il faut alors distinguer une étiologie et une thérapeutique hygiéniques de l'hygiène proprement dite; mais je n'accepte pas l'objection, et je réponds que l'hygiène est ce que nous venons de dire, ou qu'elle n'est rien; qu'elle est cela, ou bien qu'il faut rayer le cours d'hygiène du programme de la Faculté, et en distribuer les éléments dans les cours de physique et de chimie médicales, de physiologie, de pathologie et de thérapeutique générales, etc., et j'ajoute qu'en agissant ainsi on laisserait exister une grave lacune dans l'enseignement.

Ceci posé, nous devons rechercher si l'hygiène est une *science* ou un *art*, et la question vaut la peine d'être examinée, puisque vous avez vu l'une et l'autre de ces dénominations être employée par des écrivains d'une égale autorité. Or il est évident, tout d'abord, que l'hygiène ne saurait être placée au rang des sciences fondamentales que M. Auguste Comte a réduites à six : la mathématique, l'astronomie, la physique, la chimie, la biologie et la sociologie, et qu'elle entre dans le domaine de la biologie et de la sociologie; mais si l'on considère que l'hygiène est essentiellement une affaire d'application, et que ses éléments sont empruntés à la biologie, à la physique, à la chimie, à l'astronomie, on reconnaîtra qu'elle réunit tous les caractères assignés aux arts par M. Comte dans les termes suivants : « Science, d'où prévoyance; prévoyance, d'où action : telle est la formule très simple qui exprime d'une manière exacte la relation générale de la science et de l'art, en prenant ces deux expressions dans leur acception totale... Chaque art dépend non-seulement d'une certaine science correspondante, mais à la fois de plusieurs : tellement que les arts les plus importants empruntent des secours directs à presque toutes les sciences principales. »

Arrivés à ce point, il me semble, messieurs, qu'il va nous être possible de donner enfin de l'hygiène une définition exacte et complète; et si vous voulez peser attentivement tous les termes de celle que j'ai donnée ici il y a quatre ans et que je vais reproduire, car la réflexion m'y a de plus en plus rattaché, vous reconnaîtrez, je l'espère, que nous avons atteint le but en disant :

« L'hygiène, ou l'hygiotechnie, est un art qui se propose, au
» moyen des modificateurs cosmiques et individuels, de maintenir,
» de placer ou de rétablir l'homme sain ou malade, isolé ou réuni
» en société, dans les conditions les plus favorables au développe-
» ment régulier de son organisation physique, intellectuelle et
» morale. »

Je vous demande pardon, messieurs, d'avoir si longtemps abusé de votre patience pour n'arriver qu'à une définition qui a le défaut d'être longue; pour me justifier, permettez-moi de vous citer encore quelques paroles empruntées à la remarquable exposition qui précède le *Cours de philosophie positive* de M. Aug. Comte, et qui trouvent ici une application pleine de justesse.

« La nature de ce cours ne saurait être complétement appréciée, de manière à pouvoir s'en former une opinion définitive, que lorsque ses diverses parties en auront été successivement développées. Tel est l'inconvénient ordinaire des définitions relatives à des systèmes d'idées très étendues; mais les généralités présentées comme aperçu d'une doctrine à établir ont déjà une extrême importance en caractérisant dès le début le sujet à considérer. La circonscription générale du champ de nos recherches, tracée avec toute la sévérité possible, est pour notre esprit un préliminaire particulièrement indispensable dans une étude aussi vaste et jusqu'ici aussi peu déterminée que celle dont nous allons nous occuper. »

(La suite à un prochain numéro.)

Concours

POUR LA CHAIRE DE BOTANIQUE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALES A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER.

Suite des leçons après trois heures de préparation.

M. Planchon. Des ombellifères et de leurs usages en médecine.

MM. Martin et Lombard. Des synanthérées et de leurs usages en médecine.

Questions de thèses.

M. Martins. De la tératologie végétale; de ses rapports avec la tératologie animale.

M. Planchon. De l'échelle des êtres; exposer et discuter cette grande théorie, en la comparant avec celles qui ont été proposées pour la remplacer.

M. Lavalle. Etudier les forces qui président à l'organisation et aux fonctions des végétaux; les comparer à celles qui président à l'organisation et aux fonctions des animaux.

M. Lombard. Des maladies des plantes et des modifications qu'elles font subir à leurs propriétés.

M. Clos. Etudier les fluides des végétaux et les comparer à ceux des animaux.

M. Planchon s'est retiré du concours après la seconde leçon. M. Dunal s'est démis de ses fonctions de juge de ce concours après la seconde leçon des candidats.

CORRESPONDANCE.

Paris, 7 mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

M. Lüer dit vrai; j'ai été ouvrier chez lui pendant trois ans et pendant cinq ans chez M. Charrière. J'ai appris là autre chose que le latin, et l'on peut s'étonner à bon droit de me voir faire une citation dans cette langue; mais le français de M. Lüer, qui dit ne savoir que l'allemand, est bien aussi surprenant, et, ce qui l'est davantage encore, c'est la rapidité des communications entre Paris et Londres sans le secours du télégraphe sous-marin. Au surplus, je suis prêt à convenir que dans cette correspondance je ne fais que tenir la plume, et je la quitterai dès que le chirurgien qui abrite *un titre* derrière le nom de M. Lüer jugera convenable de se produire au jour.

Agréez, etc.

MATHIEU.

Par décrets individuels du 1er mai, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Commandeur : M. Bégin, président du conseil de santé des armées.

Officiers : MM. Vital, médecin ordinaire de 1re classe aux ambulances de la division de Constantine; Saiget, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Rennes.

— M. Bernard, suppléant de M. Magendie au Collége de France, a commencé son cours hier mercredi 7 mai, à midi, et le continuera tous les mercredis et vendredis, à la même heure.

Il traitera des fonctions et des maladies du système nerveux.

LE SOUAD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des modifications du bruit de souffle par la position, dans les anévrismes artérioso-veineux.

Dans sa dernière thèse de concours, M. Nélaton avait donné comme un des caractères de l'anévrisme artérioso-veineux la modification qu'éprouve le bruit de souffle que l'auscultation fait entendre dans ces anévrismes. On sait que ce bruit offre le caractère des bruits chlorotiques intenses, c'est-à-dire qu'il est continu, avec renforcement intermittent plus ou moins prononcé. Or, M. Nélaton avait annoncé, dans sa thèse, que cette continuité qu'on observait habituellement, parce qu'on auscultait les parties dans une position horizontale ou à peu près, devenait intermittente lorsqu'on faisait élever les membres, c'est-à-dire lorsqu'on faisait circuler le sang artériel dans ces membres, contre l'action de la pesanteur. Cette particularité, qui devenait un fait intéressant pour le diagnostic des anévrismes artérioso-veineux, et intéressant aussi au point de vue de la théorie des bruits anormaux qui se produisent dans le système vasculaire sanguin, cette particularité fut contestée par un savant et très honorable compétiteur, qui affirma avoir observé la veille même un cas d'anévrisme artérioso-veineux dans lequel le changement de position indiqué par M. Nélaton était sans influence sur le caractère et le rhythme du bruit.

Ce cas nouveau était-il une exception à tous ceux qu'avait observés M. Nélaton, ou bien n'était-il que le commencement d'une série d'exceptions qui pouvaient devenir assez nombreuses pour détruire la règle? Cette dernière alternative était peu probable, quoique cependant le hasard ait quelquefois produit des résultats aussi inattendus. Tant que les séries n'ont pas atteint des chiffres très élevés, il faut se méfier des conséquences prématurées auxquelles elles peuvent conduire.

Ceci nous rappelle un mot de M. Malgaigne qui nous est toujours resté dans la mémoire. Un chirurgien de la plus grande distinction, Aug. Bérard, se félicitait beaucoup un jour devant le professeur actuel de médecine opératoire des succès extraordinaires qu'il avait obtenus dans l'opération de la hernie étranglée; et, comme le succès donne toujours un peu d'orgueil à l'homme le plus modeste, il ne pouvait s'empêcher de mettre un peu sur le compte de sa manière d'opérer le bonheur qui l'avait jusque-là favorisé.

— Voyez donc, disait-il à M. Malgaigne, j'en suis à ma septième opération et je ne compte pas un seul insuccès.

— Savez-vous ce que cela prouve? répliqua M. Malgaigne.

— Quoi donc?

— C'est que je ne voudrais pas être votre huitième malade.

La morale de cette réponse c'est : Méfiez-vous des séries.

Mais, pour en revenir au signe indiqué par M. Nélaton, il restait donc à savoir si la loi formulée par cet habile chirurgien était fondée sur une série trompeuse ou sur la généralité des faits.

Le jour même où l'objection était faite à M. Nélaton, un cas d'anévrisme artérioso-veineux entrait dans son service à l'hôpital Saint-Louis, et dans ce cas, comme dans tous ceux qu'il avait vus auparavant, le signe en question était facile à constater. Nous ferons connaître en détail ce fait intéressant. Nous voulons seulement signaler aujourd'hui un nouveau fait où le même signe a été observé et où ceux de nos lecteurs qui habitent Paris pourront le constater pendant quelques jours.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans environ, couché au milieu du second rang de la salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Roux. Cet homme a été saigné le 23 mars dernier; à la suite de cette saignée, il a vu se développer dans le pli du coude une tumeur qui grossit assez rapidement et qui atteint aujourd'hui le volume d'un œuf de poule. Entre autres signes que présente la tumeur, la main appliquée sur elle perçoit un frémissement très prononcé et l'auscultation fait entendre un bruit de souffle continu intense. Lorsqu'on met le bras dans la position verticale, la main dirigée en haut, le bruit continu devient immédiatement intermittent; toutefois, en auscultant avec soin, on constate que pendant les intervalles le bruit ne cesse pas d'une manière complète, mais devient seulement assez faible pour ne pouvoir être comparé en aucune façon au bruit principal et pour constituer une intermittence réelle. Voilà donc deux faits nouveaux qui viennent corroborer la conséquence que M. Nélaton avait tirée de ceux qu'il avait observés avant la rédaction de sa thèse, et qui semblent démontrer que la loi formulée par lui est bien l'expression de la généralité des faits et non celle d'une série simplement singulière.

Sur la marche du rhumatisme articulaire aigu.

Voici encore un fait qui nous apprend à nous mettre à l'abri des fausses déductions que nous sommes toujours si disposés à tirer des séries trop peu nombreuses et des coïncidences. Il est peu de maladies dans le traitement desquelles une foule de méthodes aient revendiqué de plus beaux succès que dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu : mais une discussion encore peu éloignée de nous nous a appris jusqu'à quel point les observateurs les plus consciencieux et habituellement les plus exacts étaient sujets à se faire illusion : tantôt oubliant de faire entrer dans la durée de la maladie le nombre de jours écoulés avant l'application du traitement, tantôt considérant comme autant de guérisons les rémissions que le rhumatisme éprouvait dans sa marche. Le fait suivant est bien de nature à expliquer ces illusions.

Un jeune homme de vingt-trois ans, cocher, d'une bonne santé habituelle, est pris, vers le 2 ou le 3 mai, de quelques douleurs vagues et d'un malaise général. Il continue néanmoins l'exercice de sa profession jusqu'au dimanche soir 4 mai. Le 5, il garde le repos; les douleurs se sont localisées dans les deux genoux; il ne peut marcher. Ces douleurs augmentent malgré le repos, et le mardi matin le malade ne peut exécuter le moindre mouvement dans l'un des deux genoux; l'autre est un peu moins douloureux; le mardi, ce malade entre à l'hôpital. Outre les douleurs déjà indiquées, il offrait un mouvement fébrile assez prononcé.

Le mercredi matin, on pratique une seule saignée d'environ 350 grammes, et l'on prescrit deux pilules de poudre de Dower et la diète.

Le lendemain, la fièvre avait diminué, le pouls était à 68; les douleurs étaient beaucoup moindres. — On continue les pilules sans répéter la saignée.

Aujourd'hui vendredi, il n'y a pas de traces de mouvement fébrile; le pouls est à 60; les douleurs ont à peu près entièrement disparu; le malade agite les membres inférieurs rapidement sans qu'on le lui demande, afin de montrer que les mouvements des articulations sont libres. L'appétit est vif.

Assurément, si l'on avait appliqué à ce malade un traitement plus énergique, les saignées coup sur coup, le nitrate de potasse ou l'opium à haute dose, nul doute qu'on n'eût été porté à attribuer à l'énergie du traitement la rapidité du résultat obtenu. Or, c'est précisément à la suite d'une médication fort peu énergique que la maladie a disparu à peu près quarante-huit heures après le commencement du traitement. Maintenant, cette amélioration rapide se maintiendra-t-elle? C'est ce qu'on ne saurait dire; mais si dans tous les cas elle ne se maintenait pas, si les douleurs reparaissaient, soit dans les genoux, soit ailleurs, il faudrait bien se garder de considérer ces douleurs comme une seconde maladie; et si elles venaient à disparaître, comme les premières, sous l'influence ou sans l'influence d'une nouvelle médication, il faudrait bien se garder de croire à une seconde guérison. Comme on le voit, ce n'est qu'avec un grand nombre de faits rigoureusement observés, soigneusement décrits, impartialement interprétés, que l'on peut parvenir à déterminer la valeur réelle d'une médication dans le traitement d'une maladie quelconque, et c'est pour n'avoir que très rarement suivi cette voie, c'est pour s'être trop fiés à des coïncidences trompeuses, que beaucoup de médecins se sont non-seulement fait illusion, mais encore qu'ils ont trouvé des rivaux dangereux dans des charlatans éhontés, qui invoquaient aussi de semblables coïncidences. Ce n'est donc que par la science véritable, c'est-à-dire par l'observation exacte et complète, que nous pouvons nous faire distinguer de ces faux frères. Ne l'oublions pas, et nous aurons fait beaucoup pour notre considération d'abord, et pour notre situation ensuite.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. P. GUERSANT.

Quelques considérations sur les amputations chez les enfants.

Les amputations qui se pratiquent à l'hôpital des Enfants sont fréquentes; il n'y en a pas moins de dix-huit à vingt

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,
Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

Quoique nous ayons publié, il n'y a pas très longtemps encore, quelques articles intéressants de M. F. Roubaud sur l'histoire des hôpitaux, nos lecteurs trouveront un vif intérêt à la lecture de l'important travail de M. de Watteville, remarquable surtout par le nombre et la précision des détails, et par l'utilité que ces détails ne peuvent manquer d'avoir au point de vue administratif.

Si l'on examine l'état politique, moral et religieux des peuples de l'antiquité, il est facile de se convaincre qu'ils n'avaient point et ne pouvaient avoir d'hôpitaux. L'esclavage, la position infime des femmes, le droit de vie et de mort qu'avaient les pères sur leurs enfants, tout éloigne la pensée que ces peuples aient eu des établissements hospitaliers.

La fondation des hôpitaux ne remonte donc pas au delà des premiers siècles du christianisme. Vainement de savants auteurs se sont efforcés de trouver dans l'antiquité païenne de faibles traces d'essais plus ou moins prouvés d'établissements hospitaliers. Ces essais, s'ils ont eu lieu, sont de rares exceptions tout à fait isolées, et partant, sans aucune valeur, si ce n'est comme exception.

C'est à la charité, cette vertu toute chrétienne, qu'on doit ces fondations qui, dès les premiers temps du christianisme, se sont, sans interruption, continuées jusqu'à nos jours.

L'abolition de l'esclavage et les invasions des barbares, deux causes bien différentes assurément, ouvrirent au monde un abîme de misère inouï jusqu'alors, mais devant lequel la charité ne recula point. Vers le cinquième siècle, on vit dans les églises, c'est Grégoire de Tours qui nous l'apprend, un lieu spécialement réservé aux malades. Plus tard, la piété des princes, d'accord avec les lois d'une sage politique, ne laissa plus aux seules particuliers l'honneur de ces fondations.

Il n'est pas un grand prince, on peut même dire pas un homme illustre qui n'ait attaché son nom à quelque fondation hospitalière, soit pendant sa vie, soit par quelques legs, et qui n'ait ainsi voulu se survivre et recommander sa mémoire à la postérité.

Le fils de Clovis, le roi Childebert et la reine Brunehaut, fondèrent les premiers établissements hospitaliers dans notre pays. Les plus importants qui nous restent de cette époque sont : L'Hôtel-Dieu (de Lyon), celui de Paris, ceux d'Autun, de Reims, etc., etc. Une grande partie de ces hôpitaux périrent pendant les calamités dont la France fut accablée sous la seconde race, et parmi ceux qui survécurent aux désordres et à la misère, suite inévitable de ces temps désastreux, un certain nombre, détournés de l'esprit qui avait présidé à leur fondation, furent usurpés par les religieux mêmes, qui devaient se contenter dans l'origine d'y être les serviteurs des pauvres. C'est ainsi que Saint-Andoche, hospice fondé par la reine Brunehaut, à Autun, devint une abbaye. Tous les princes, sous tous les règnes, se sont élevés avec force contre ces sortes d'usurpations, et la fréquence des lois et des édits rendus à ce sujet n'atteste que trop à quel point il était urgent de remédier à ces abus. Cependant, pour être juste, il faut reconnaître que toutes les fondations religieuses, abbayes, couvents et monastères, accordaient l'hospitalité aux pauvres, aux voyageurs, et très souvent même soignaient les malades; ce qui la plupart du temps leur était enjoint par les statuts de leurs ordres.

Charlemagne, qui laissa tant de monuments de sa grandeur, et qui s'occupa avec une admirable sollicitude, comme législateur, des intérêts des pauvres, fonda plusieurs hôpitaux ou hospices. Celui de Saint-Waast, d'Arras, construit sous son règne, brûlé deux fois pendant le douzième siècle, et rebâti par l'évêque Odon, existe encore de nos jours (1).

Les hôpitaux se multiplièrent pendant les croisades; car indépendamment de la charité qui parlait aux cœurs avec tant d'éloquence, une autre cause y contribua puissamment. La lèpre, cette maladie qui, par son extension, sa violence et sa durée, a ravagé l'Europe pendant le moyen âge, fit couvrir la France d'asiles spéciaux destinés aux victimes de ce fléau.

Au treizième siècle, il y en avait en France *deux mille*, ce qui paraît à peine croyable, eu égard à la population de cette époque, mais ce qui est prouvé d'une manière irrécusable par le testament de Louis VIII qui leur lègue *deux mille livres*.

Saint Louis, dont le nom rappelle le modèle accompli des vertus les plus rares, fit peut-être plus à lui seul pour les établissements hospitaliers que tous ses prédécesseurs. Sa munificence royale, secondée par une économie parfaite, lui permit d'exécuter les projets les plus généreux pour le soulagement des malades et des pauvres.

En 1254, il fonda les *Quinze-Vingts*, non pour ses compagnons d'armes revenus de la Terre-Sainte frappés de cécité, comme on le croit généralement, mais simplement pour 300 aveugles pauvres de la ville de Paris. Il établit un hospice à *Vernon* en 1256, le dota de *trente mille livres parisis*, et paya en outre le mobilier et les habits du personnel; à *Pontoise*, même fondation. Il agrandit, plus tard, l'Hôtel-Dieu de Paris, lui alloua des revenus, indépendamment des dons temporaires qu'il accordait sans cesse, donnant dix fois plus qu'il ne lui était demandé; enfin, il créa l'hôpital de *Compiègne*, et l'inaugura avec un cérémonial fait pour donner aux hommes une haute idée *de la dignité des pauvres*.

Après la mort du fils de saint Louis, les malheurs qui accablèrent la France s'opposèrent au développement qu'auraient pris sans doute les établissements hospitaliers. Cependant nous voyons en 1350, sous le règne malheureux de Jean II, la fondation de l'hospice du Saint-Esprit pour les enfants orphelins légitimes, car les bâtards en étaient formellement exclus. Les enfants y étaient élevés avec soin jusque-là qu'on leur enseignait la musique. On leur donnait un état, et les filles étaient dotées. Cette fondation est la première trace dans l'histoire d'un hospice pour les enfants; elle subsistait encore sous Louis XIV.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Cet hôpital fut brûlé de nouveau en 1836. Il a été reconstruit en 1837.

par an; elles sont rarement faites pour des causes traumatiques, presque toujours pour des maladies chroniques, tumeurs blanches, etc.

L'amputation est nécessaire lorsqu'il existe une arthrite chronique avec altération des parties molles ou osseuses, mais surtout altérations osseuses; car on doit conserver longtemps l'espoir de voir les parties molles revenir à l'état normal.

Il est nécessaire d'amputer plus ou moins promptement, selon que la maladie prend une marche rapide ou lente; ce qui fait que l'opération peut être jugée nécessaire pour une maladie qui date de quelques mois, comme pour celle qui date de deux, trois, et même quatre ans.

M. Guersant juge prudent, en général, de ne pas amputer de bonne heure. En effet, la plupart des tumeurs blanches se développent sous l'influence d'un état lymphatique dont on peut guérir avec le temps, en conservant souvent un mauvais membre. Aussi faut-il, avant de priver un enfant d'un membre qui pourra lui être nécessaire même étant mauvais, prendre en considération la position sociale de sa famille. Ainsi l'enfant de l'ouvrier devra être plutôt amputé que celui dont la famille est aisée. L'ouvrier n'a pas la ressource des médicaments, et ne peut entourer l'enfant de tous les soins qui lui sont nécessaires pendant des années. En outre, dès qu'il sera amputé, il pourra être mis en apprentissage, même avec une jambe de bois. Rien de semblable pour celui qui est dans l'aisance: il peut tout faire pour conserver un membre à son enfant; soins de médecins, médicaments de toute espèce, bains de mer, bains minéraux, voyages dans les pays chauds, etc. Il ne peut se décider à le faire amputer que lorsque toutes les ressources de l'art auront échoué.

Après un long temps, il semblerait souvent que, chez un enfant scrofuleux qui a une arthrite chronique, toute la maladie chronique vient se concentrer sur l'articulation malade; qu'après avoir longtemps traité l'état général, on peut le débarrasser de son membre; ordinairement ils reprennent tous pour la plupart après l'opération. Nous ajouterons que souvent l'amputation réussit mieux chez un enfant débilité que chez celui qui se porte bien, et qui surtout est très fort et très vigoureux.

Il faut, lorsqu'on le peut, choisir pour opérer l'époque la plus favorable de l'année; nous donnons la préférence aux mois de mai, juin et juillet. L'hiver et le printemps étant les saisons les plus variables, nous paraissent les plus mauvaises époques; il pourrait survenir à l'amputé des complications nuisibles.

Pour être amputé, l'enfant n'a besoin que de peu de préparation. Si la constitution est plus ou moins lymphatique, il est préparé par cela même qu'il a été soumis à l'iodure de potassium, à l'huile de foie de morue, aux amers, etc., médication qui, tout en modifiant sa constitution, le met dans des conditions très favorables. Il faut aussi, deux ou trois jours avant l'opération, diminuer la nourriture de l'enfant s'il mange beaucoup; ne pas négliger les lavements laudanisés, le sous-nitrate de bismuth, s'il a la diarrhée; n'opérer que lorsque cette dernière sera disparue.

M. Guersant ne voit pas d'avantage à établir un exutoire avant l'opération; mais, dans le plus grand nombre des cas, il ne pense pas de même lorsqu'il s'agit d'opérer un adulte.

Quant au procédé opératoire, M. Guersant préfère l'amputation à lambeaux, tout en se servant quelquefois de la méthode ovalaire. La méthode circulaire n'est presque jamais employée. Dans l'amputation à lambeaux, les aides vous seconden plus facilement; ils ne craignent pas de relever un lambeau, et ne redoutent pas autant le couteau que dans la méthode circulaire. L'amputation à lambeaux n'occasionne, chez les enfants, que peu d'inflammation, peu de suppuration; elle est souvent réunie par première intention; enfin permet aux chairs, étant plus longues, de mieux recouvrir l'os du moignon.

L'enfant est préalablement soumis au chloroforme; il faut, et c'est très important, faire avec soin la compression de l'artère principale du membre; l'enfant doit perdre toujours le moins de sang possible.

L'amputation terminée, M. Guersant saisit les artères avec le ténaculum; il le préfère à la pince, qui peut être quelquefois saisie avec la ligature, et par là occasionner des lenteurs et des pertes de sang. Les ligatures faites, le chirurgien réunit par première intention. M. Guersant réunit quelquefois par des points de suture et laisse la plaie à l'air; ceci est très avantageux dans les grandes chaleurs.

Il est, après l'opération, des soins à prendre; ces soins sont locaux ou généraux: d'abord, à placer convenablement le malade, et surtout le moignon, qui doit être placé de manière à mettre les muscles dans le relâchement; il faut ensuite dépanser toujours le malade le lendemain de l'opération, le premier pansement étant toujours un peu serré; de plus, il y a toujours, le deuxième ou troisième jour, un écoulement de sérosité qui peut irriter la plaie et déterminer un érysipèle. Si les bandelettes sont un peu trop serrées, il suffit d'en couper une pour donner de l'aisance au moignon et éviter ainsi la douleur causée par le gonflement. Il est nécessaire encore de panser son malade tous les jours, et de modifier son pansement selon les circonstances.

Les soins généraux consistent à donner des boissons délayantes ou même des calmants ou des antispasmodiques si l'opéré souffre, et on fera bien de donner le soir du jour où l'opération a été faite un bouillon, le lendemain des potages, le surlendemain, quelquefois, du poulet rôti.

M. Guersant, suivant les préceptes qu'il vient de donner, a toujours eu beaucoup de succès: ainsi, sur 10 amputés, il a, règle générale, 8 guérisons, souvent 9.

Les accidents qui peuvent survenir sont la résorption purulente et l'érysipèle, qui s'observent ensemble ou séparément. Lorsque l'érysipèle vient à se déclarer, il ne faut pas négliger d'appliquer des sangsues sur les ganglions lymphatiques les plus voisins.

Le collodium ne nous a encore donné que quelques résultats dans l'érysipèle, et nous ne l'avons pas encore employé contre celui qui vient à la suite d'une amputation. Si les sangsues ne réussissent pas, il faut appliquer un vésicatoire circulaire autour du moignon. M. Guersant ne manque pas, en outre, d'agir sur le canal intestinal par des vomitifs et des purgatifs: il donne la préférence aux vomitifs. Contre la résorption purulente, il se sert de l'alcoolature d'aconit, qui lui a donné de bons résultats: si la plaie est grisâtre, avec fausses membranes, comme cela arrive quelquefois, la plaie est très bien modifiée par l'eau chlorurée ou par le jus de citron. Si la réunion ne se fait pas par première intention, il faut stimuler la lèvre interne de la plaie et la maintenir avec des bandelettes; si, comme cela peut arriver, il se forme une ou plusieurs fistules, c'est qu'il y a une petite portion d'os qui tend à se nécroser; la fistule guérit dès que la portion nécrosée tombe. Le trochisme de minium réussit souvent à faire cicatriser les fistules qui ne sont pas entretenues par un os nécrosé.

Rien de particulier à dire sur la chute des ligatures, qui tombent plus ou moins promptement, comme chez les adultes, suivant qu'on a embrassé plus ou moins de tissu dans le fil. Aug. Guillabert.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Suite du typhus.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11, 25 mars, 1er et 29 avril.)

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

Diagnostic. — Dans notre dernier entretien nous vous avons fait voir que le typhus se développe toujours sous l'influence d'un principe infectieux animal, qui pénètre dans l'économie, soit par les voies extérieures, soit par les voies digestives, et amène dans toutes les fonctions une perturbation profonde. La guérison ne peut être obtenue que par la destruction successive ou l'épuisement progressif du principe de la maladie; l'organisme a subi les effets de la cause morbide dans toutes ses parties à la fois; il ne peut s'en débarrasser instantanément; il y a donc un état intermédiaire durant lequel s'accomplissent différents actes de nature à ramener l'équilibre des fonctions. Les conséquences générales sont, on le voit, d'accord avec les résultats de l'analyse rationnelle des phénomènes pour montrer que cette maladie est générale, et que les symptômes sont sous la dépendance de fonctions insolites développées sous l'influence du principe vénéneux. Ce n'est qu'en se formant ainsi une idée exacte des phénomènes du typhus qu'on parvient à en établir le diagnostic; il faut surtout prendre en considération l'intensité et l'association des principaux symptômes constituant l'état morbide.

A la première période, on a déjà quelques signes qui peuvent porter à penser que l'on se trouve devant un typhus. Ainsi, la violence des douleurs de tête coïncidant avec un accablement considérable, la stupeur empreinte sur la face, tels sont les caractères qui, joints à une fièvre continue, ne laissent guère de doute sur l'existence de la maladie dont nous nous occupons.

Mais le typhus grave, et même mortel, ne débute pas toujours avec cette intensité. La céphalalgie ne dépasse pas celle qui arrive dans la fièvre dyspepsique; la stupeur n'est pas plus prononcée que dans les fièvres traumatiques et les fièvres paludéennes à leur première période. Les signes auxquels on a voulu rattacher le diagnostic ne sont véritablement certains que dans les cas très intenses, à moins qu'il y ait une épidémie particulière.

Le diagnostic du typhus d'avec les autres maladies fébriles ne peut donc être précis, incontestable, sur un sujet donné, pendant la première période.

A la deuxième période, nous trouvons, au contraire, un symptôme pathognomonique, et qui ne manque jamais; ce sont les pétéchies; car, si variable que soit leur nombre, il y en a toujours assez pour qu'on puisse établir le diagnostic différentiel du typhus et le distinguer d'autres états morbides. Il ne faut pas, toutefois, confondre l'éruption pétéchiale avec certaines affections de la peau. Les pustules de la variole commençante se manifestent par une légère tache rouge, ressemblant assez à la pétéchie; cependant il est facile de ne pas s'y tromper. L'éruption pustuleuse de la variole se montre, à son début, dans les cas les plus fréquents, à la face, à la poitrine, tandis que l'éruption typhode affecte surtout l'épigastre, les parties collatérale et antérieure de l'abdomen, puis la poitrine.

Le deuxième jour, l'éruption varioleuse est parfaitement caractérisée; chaque pustule s'est convertie en une petite tumeur logée dans l'épaisseur de la peau; on peut la percevoir avec la pulpe du doigt, ce qui n'arrive jamais pour les pétéchies, à quelque période qu'on les observe.

On ne doit pas non plus confondre les pétéchies avec les taches pourprées. Ces dernières sont constituées par une hémorrhagie infiltrée dans la couche supérieure de la peau, dans le tissu muqueux de Malpighi; elles peuvent avoir une demi-ligne et plus de diamètre. Ces taches, qui appartiennent à certaines formes fébriles, sont particulières à la fièvre pourprée, laquelle s'élève souvent à la même intensité que le typhus, non pas en France, mais en Irlande, où on l'observe à l'état épidémique. Ces taches de purpura ont reçu le nom de taches rosées lenticulaires, qu'on a improprement appliqué aux pétéchies par suite de la confusion qu'on a faite de ces deux affections. Il y a cependant entre elles une différence capitale; jamais la tache lenticulaire résultant d'une hémorrhagie qui s'est formée dans la peau ne disparaît sous le doigt, tandis que les pétéchies constituées par la matière colorante du sang encore contenu dans un petit réseau vasculaire peut disparaître pour revenir ensuite. Il faut savoir cependant que, dans certains typhus graves, les taches lenticulaires peuvent apparaître par suite de la stase du sang dans les capillaires, sur les muqueuses et dans l'épaisseur de la peau. On a alors des purpura, mais comme épiphénomène; car, tandis que les pétéchies ne peuvent jamais manquer (en effet, sans pétéchies, point de typhus), les taches pourprées sont au contraire une exception.

Les pétéchies font leur apparition dans le typhus *nostras* du septième au neuvième jour après l'invasion de la fièvre continue. Quelquefois l'éruption ne s'accomplit qu'au onzième jour; c'est un fait très rare. Une exception plus fréquente de la manifestation des pétéchies au quatrième ou cinquième jour, c'est un phénomène grave qui indique un typhus intense.

Il y a quelques exemples d'éruption s'effectuant du troisième an quatrième jour; c'était le caractère de l'épidémie typhode de Vienne en 1809, dont on peut voir les détails dans la *Monographie* de Hildebrand. Parmi toutes les épidémies de typhus, il n'y a que celle de Vienne qui ait présenté ce caractère insolite. Pendant le fameux typhus pétéchial de Gênes, où l'on a employé pour la première fois la méthode rasorienne, l'émétique à haute dose, les pétéchies se montraient le neuvième jour. L'éruption pétéchiale, toujours constante, est, comme on le voit, de la plus haute importance pour le diagnostic du typhus.

On a encore donné d'autres signes, comme l'épistaxis, l'arrivée récente des malades dans les grandes villes, l'âge des sujets, la douleur et le gargouillement à la fosse iliaque, la manifestation des sudamina à la dernière période, etc. L'eusemble de ces phénomènes a une certaine valeur, sans doute; mais il n'y a rien de certain dans chacun d'eux pris isolément. Ainsi, l'âge moyen s'explique très facilement; car le principe infectieux prend ordinairement naissance dans les grands centres d'industrie, pour sévir sur la classe la plus malheureuse, les ouvriers qui sont généralement dans l'âge moyen de la vie. L'épistaxis n'appartient pas plus au typhus qu'à la première période de la variole, de la rougeole, des fièvres gastrique, synoque, éphémère, etc.

Pour les sudamina, dont on voit en effet l'éruption à la dernière période, au moment où la peau reprend ses fonctions, ils sont aussi communs aux maladies des femmes en couches, aux affections rhumatismales et sudorales de l'été. D'ailleurs, certains typhus ne présentent pas de sudamina; ainsi, ils sont rares dans les typhus des constitutions épidémiques de l'hiver; le contraire a lieu pour l'été: ce n'est donc pas un symptôme pathognomonique. Quant au gargouillement accompagné de douleur que l'on perçoit en pressant sur la fosse iliaque droite, c'est un phénomène fréquent dans la seconde moitié de la première période, et surtout pendant la deuxième période; mais dans les diarrhées cholériques on trouve ce gargouillement, qu'on pourra, du reste, constater toutes les fois que des matières fécales liquides et gazeuses seront réunies dans le cœcum et le distendront. Ajoutons, toutefois, que ce symptôme, quoique très commun, peut manquer chez les sujets dont les évacuations, sans être nombreuses, se font facilement. La stupeur appartient non seulement à toutes les maladies typhodes, mais encore à toutes les maladies intenses, la péritonite, la phlébite, la pneumonie, etc. Cependant, il est incontestable que, quand on voit tous ces phénomènes, réunis sur le même individu, se succéder régulièrement et prendre ce caractère réfractaire qui résiste, quoi qu'on fasse pour entraver la marche de la maladie, il est impossible de ne pas reconnaître le typhus; et si l'on joint à ces symptômes la fièvre continue, la prostration des forces, l'adynamie et surtout les pétéchies, on a un typhus parfaitement caractérisé.

Pronostic. — Le pronostic ressort évidemment de la description que nous avons donnée du typhus; cependant il faut savoir tenir compte de l'influence que certains phénomènes peuvent exercer sur la terminaison de cette maladie Le pronostic général est toujours grave, quelle que soit la méthode de traitement, surtout si les individus sont avancés en âge. Certaines années, les épidémies sont très meurtrières; d'autres fois, au contraire, elles ne déterminent que rarement la mort, et cela indépendamment du nombre des malades: ainsi, l'on a vu le typhus attaquer le tiers des habitants d'une localité, et cependant aucun d'eux n'a succombé. On ne peut donc établir un pronostic général qui soit applicable à toutes les épidémies; on peut dire, toutefois, qu'il est presque toujours fâcheux.

La variation (quant à la mortalité) des résultats généraux d'une année sur l'autre, d'une localité sur l'autre, montre le peu de valeur que l'on doit accorder aux statistiques sur lesquelles on a prétendu établir la préférence de tel ou tel traitement.

Certains phénomènes peuvent fournir, pour le pronostic, des indications qu'il est utile de connaître. Quand le typhus devient grave, la céphalalgie est intense, l'insomnie presque continuelle, l'agitation extrême; quelquefois même il y a des contractions spasmodiques, du délire, etc.: c'est là la probabilité d'un grand danger pour le malade. Le délire, quand il est modéré, sans mal de tête bien prononcé, n'est pas un signe d'accidents nécessairement fâcheux; il faut encore savoir tenir compte des tempéraments et des constitutions; ainsi les jeunes femmes, les ivrognes délirent facilement à la moindre fièvre; c'est en tenant compte de toutes ces circonstances qu'on parvient à porter un pronostic exact.

Quand arrive la période adynamique, il se manifeste des phénomènes plus importants pour le pronostic: la trépidation, ce petit mouvement convulsif qui se produit dans la fibre musculaire sous la pression des doigts, peut s'élever à la trémulation et même aux soubresauts des tendons: signe d'une terminaison fâcheuse.

Dans la deuxième période, il y a un phénomène qui se lie à l'adynamie et qui est aussi très grave: c'est le météorisme

de l'abdomen; il indique la suspension de toute coction digestive, et par suite l'accumulation d'une grande quantité de gaz se dégageant des matières ingérées dans l'estomac. Ce ballonnement du ventre est aussi une preuve de la paralysie de la tunique musculaire des intestins et des muscles qui forment la paroi abdominale. Il y a souvent en même temps paralysie du système musculaire en général; il en résulte une grande gêne dans la respiration et même des phénomènes asphyxiques par suite de la congestion passive des vaisseaux capillaires dans le poumon. On guérit très peu de malades chez lesquels le météorisme a été excessif et permanent. Il faut bien se garder de confondre cet accident avec le météorisme passager produit par un purgatif maladroitement administré.

A une époque plus avancée, si votre malade présente l'état comateux avec délire; s'il est dans une adynamie profonde, dans le collapsus; s'il a en même temps des évacuations involontaires, liquides et très fétides, craignez une mort prochaine, car ce sont là pour ainsi dire les symptômes de l'agonie.

L'apparition de gangrènes n'ayant aucune tendance à se limiter, se manifestant dans des parties qui ne sont pas soumises à la pression, dans la continuité d'un membre, par exemple, est un des signes les plus funestes, comme on a pu le remarquer dans l'épidémie de Gênes. Quant à la gangrène qui survient aux endroits soumis à la pression, ou bien aux parties où la circulation est lente, comme au bout du nez, au lobule de l'oreille; c'est un symptôme bien moins grave; car elle indique une grande adynamie dans les fonctions plastiques, mais à un moindre degré que dans le premier cas. La gangrène du coccyx arrive dans presque tous les typhus intenses; mais elle s'arrête quand la phlogose réparatrice s'allume, elle disparaît promptement alors et ne peut être d'un grave pronostic. On a eu tort de les considérer comme crises, car elles ne font qu'indiquer le retour de l'organisme à un état meilleur.

Les *parotides* sont l'indice d'un état critique favorable à la marche des fièvres typhodes. On les voit survenir ordinairement à l'époque où s'établissent les phénomènes réactionnels qui réparent les désordres du typhus. Cependant, la suppuration peut être portée assez loin pour entraîner la mort des malades.

La surdité est, en général, un signe de bon augure, car elle se rattache à une phlogose de bonne nature, faisant disparaître les phénomènes d'hypostase des membranes muqueuses en général et par conséquent de la muqueuse de la trompe d'Eustache.

NOTICE SUR UNE ÉPIZOOTIE

qui règne en ce moment sur les oiseaux de basse-cour.

Par M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine.

Nous commençons aujourd'hui la remarquable description que M. Renault a tracée de l'épidémie dite choléra des poules. Nous aurons soin, lorsque cette publication sera terminée, de signaler les points importants de pathologie et d'hygiène publique qu'elle soulève.

Une maladie désastreuse sévit en ce moment sur les gallinacées dans plusieurs départements, et notamment dans ceux qui environnent Paris. La banlieue de cette grande ville, ses faubourgs mêmes, n'en ont point été exempts; elle y a tout récemment envahi et ravagé plusieurs basses-cours.

Déjà, à d'autres époques, cette affection, ou tout au moins une affection ayant avec elle la plus grande analogie, s'était montrée en France, où elle avait occasionné de grandes pertes aux cultivateurs.

Ce qui est très remarquable et très digne d'intérêt au point de vue de la pathologie comparée, au point de vue surtout de l'étude des constitutions épidémiques, c'est la coïncidence fréquente de cette maladie avec de graves épidémies qui ont frappé l'espèce humaine, et avec certaines épizooties qui ont régné sur les animaux domestiques. Je ferai connaître dans un travail plus complet celles des coïncidences qui méritent le plus d'être signalées. Je me borne à rappeler ici que, en 1832, elle s'est montrée avec le choléra qui a fait alors tant de victimes, et a dépeuplé plus ou moins complètement de leurs volailles la plupart des basses-cours où elle a pénétré; que, en 1837, elle a régné en même temps que la grippe qui a sévi à cette époque avec une assez grande intensité, et qu'en 1849 elle a apparu de nouveau sous la forme épizootique avec la récente invasion du choléra.

Il est vrai, d'après des renseignements que je possède, qu'elle n'a pas cessé entièrement quand nous avons été débarrassés de ce dernier fléau; mais elle était bornée à quelques localités très circonscrites, et elle y avait beaucoup perdu de sa gravité. Elle vient de prendre une nouvelle étendue et une très grande intensité depuis la recrudescence de la grippe au commencement de 1851.

La coïncidence de cette affection avec l'épidémie cholérique de 1832 et de 1849, l'instantanéité de son développement et la rapidité de sa marche sur les individus qu'elle atteint, le grand nombre de ses victimes à chacune de ses apparitions, lui ont fait donner par les cultivateurs le nom de *choléra des poules*, sous lequel elle est généralement connue dans les campagnes.

Informé il y a trois semaines des ravages qu'elle faisait dans plusieurs fermes de la banlieue de la Seine et des départements de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, et trouvant dans le voisinage du théâtre de l'épizootie la possibilité de l'étudier avec plus de soin et plus complètement qu'elle ne l'avait été jusqu'à présent, j'ai entrepris, de concert avec M. Reynal, chef de service de clinique à l'Ecole d'Alfort, une série de recherches propres à éclairer la nature, le siége, l'étiologie, et, s'il est possible, à conduire à quelques données sur la prophylactique et sur son traitement.

Dans ce but, je me suis mis en rapport avec les cultivateurs qui avaient perdu ou perdaient le plus de volailles et avec les vétérinaires circonvoisins.

J'ai été observer la maladie dans les fermes où elles sévissait; j'ai étudié les lieux où la mortalité avait été la plus grande; j'ai rapporté ou me suis fait envoyer à Alfort un grand nombre de cadavres de poules, de coqs, canards, oies, pigeons, dont soixante-sept ont été ouverts par nous avec le plus grand soin, soit que ces animaux aient succombé à la maladie spontanément développée, soit que leur mort ait été le résultat de l'inoculation; nous avons fait ensuite, et nous continuons encore sous les yeux de nos collègues et des élèves des expériences nombreuses et variées sur le degré, les conditions et le mode de transmissibilité de cette maladie; et, si nous ne sommes pas, tant s'en faut, arrivés à pouvoir dès à présent en donner une description complète, nous pouvons du moins tracer avec assurance quelques-uns de ses traits les plus saillants, et indiquer, en ce qui les concerne, des vérités utiles à la science et qui serviront à éclairer l'histoire de cette épizootie.

J'ai pensé que l'Académie entendrait avec quelque intérêt l'exposé très-sommaire de ce qui résulte des observations et des expériences que nous avons faites jusqu'à aujourd'hui. Je réclame sa bienveillance pour la forme de cet exposé, à raison de la rapidité avec laquelle j'ai dû rédiger, depuis hier, les quelques lignes qui vont suivre.

Caractères généraux de l'épizootie.

Bien qu'affectant principalement les poules et les coqs, sans doute en raison de la proportion plus considérable dans laquelle ces oiseaux entrent dans la composition des basses-cours, cette épizootie frappe indistinctement les différentes espèces de volailles qui les habitent.

Elle y frappe, tantôt simultanément, tantôt successivement, les dindons, les oies, les canards, les pintades quand il s'y en trouve, et, dit-on, les paons. Dans quelques fermes, les pigeons mêmes ne sont pas épargnés, bien qu'ils n'en soient pas atteints dans le plus grand nombre.

Dans quelques localités, c'est sur les oies et sur les canards que la maladie commence, et elle s'étend ensuite aux autres espèces; dans le plus grand nombre c'est par les poules. Il y a des fermes dans lesquelles exceptionnellement les poules seules ont été atteintes; d'autres, plus rares, les oies et les canards ont été les seules victimes.

J'ajoute cette particularité singulière que dans d'autres pays les lapins ont subi l'influence mortelle de cette épizootie.

Cette circonstance à déjà été signalée par quelques vétérinaires; et, il y a trois jours, dans une de mes excursions d'étude, je l'ai constatée dans le village de Grandvaux, près Juvisy (Seine-et-Oise), où presque tous les lapins ont succombé depuis trois semaines comme foudroyés après une ou deux heures au plus de maladie apparente.

Fait bizarre; à Grandvaux les lapins meurent et pas une poule n'est atteinte; à la ferme de Champagne, qui n'en est éloignée que de deux kilomètres, dix à douze poules périssent tous les jours, sans que, jusqu'à présent, la santé des lapins ait cessé d'être aussi bonne que possible.

Et c'est bien pourtant une maladie identique, puisque, comme je le démontrerai plus loin, elle peut se transmettre de la poule au lapin par voie d'inoculation, et être reprise ensuite sur ce dernier et être redonné à la poule; puisque sa marche est aussi rapide, sa terminaison aussi foudroyante; puisque, aussi, comme je le dirai tout à l'heure, l'autopsie démontre des altérations semblables de caractères, affectant les mêmes appareils, et, dans ces appareils, les mêmes organes ou ortions d'organes.

L'âge, le sexe, le plus ou moins d'embonpoint des animaux ne paraissent pas exercer d'influence sur la fréquence et la gravité du mal.

Il paraîtrait seulement que les bêtes les plus grasses sont le plus vite et le plus profondément atteintes, et qu'une fois malades elles meurent plus promptement.

Toutes les observations que nous avons recueillies tendraient à démontrer que les volailles de un à trois ans seraient plutôt attaquées que celles de l'année ou que les vieilles.

Ce fait ne serait pas cependant général; et l'on m'a cité deux fermes de la Picardie où la mortalité aurait commencé sur les poulets plusieurs semaines avant de décimer les poules.

Dans l'immense majorité des cas, c'est le contraire qui aurait lieu; ainsi, à la ferme de Champagne, près de Fromenteau, où j'étais il y a trois jours, où la maladie règne depuis trois semaines, et a déjà fait périr plus de cent cinquante pièces de volailles, il n'est mort encore qu'un seul poulet de l'année.

Généralement, quand la maladie sévit avec intensité dans une basse-cour, elle la dépeuple à peu près entièrement en quelques semaines; c'est à peine si quatre ou cinq bêtes sur cent sont soustraites à ses atteintes. J'en pourrais citer de nombreux exemples. Je ne mentionnerai que les deux suivants, pour donner une idée de l'activité dévorante de ce fléau et du chiffre des pertes qu'il occasionne.

En 1832, M. Josse, fermier à Ormesson, à quelques lieues de Paris, a perdu 1,200 pièces de volailles sur 1,500, dont se composait sa basse-cour, dans l'espace de quinze jours. Il mourut donc près de 100 bêtes par jour.

A la même époque, M. Piot, cultivateur à Nissous, en a perdu 1,001 sur 1,004 en moins d'un mois.

J'ai visité ces jours-ci des basses-cours moins nombreuses, il est vrai, où les ravages de l'épizootie actuelle, bien qu'elle paraisse moins désastreuse, se sont exercés dans une aussi effrayante proportion.

Il est vrai que le nombre des victimes n'est pas toujours relativement aussi grand; mais il est très rare qu'en temps épizootique la perte ne soit pas au moins de la moitié des volailles formant la population des basses-cours envahies.

Parmi les bêtes atteintes, presque toutes succombent, et si par exception quelques-unes ne meurent pas, elles restent maigres et chétives quelle que soit leur alimentation; et si elles pondent, ce qui arrive à beaucoup, elles ne demandent jamais à couver.

La plupart des cultivateurs que j'ai consultés sont d'accord pour déclarer que, bien qu'il meure beaucoup d'animaux dans les cours pendant la journée, c'est surtout dans la nuit, au poulailler, que le plus grand nombre succombe.

De même que le choléra, auquel on l'a comparée, l'épizootie actuelle offre dans sa marche générale et dans son extension des bizarreries qui ne sauraient s'expliquer en rien par les circonstances géographiques ou les conditions d'hygiène dans lesquelles elles s'observent. Ainsi, dans un même canton où elle régnait presque partout, elle n'existait pas dans tel ou tel village situé au milieu et au voisinage des villages infectés; ainsi, dans un même village, plusieurs habitations entourées par d'autres habitations envahies par le fléau en ont été constamment préservées; ainsi, dans beaucoup d'endroits, de deux fermes voisines, de deux habitations à mur mitoyen, et dans des conditions en apparence parfaitement semblables, l'une a été entièrement dépeuplée par la maladie, l'autre n'a pas perdu une seule volaille.

C'est le plus souvent vers le commencement du printemps, à l'époque de la ponte, que la maladie commence, ou que ses ravages augmentent quand elle existait déjà avant cette époque; mais c'est généralement dans les grandes chaleurs de juillet et d'août, surtout par les temps d'orage, que la mortalité est plus considérable.

Quand l'épizootie, après avoir duré plusieurs mois, atteint sa période de déclin, il arrive pour elle ce qui s'observe pour les maladies épidémiques: la mortalité diminue même là où règne encore la maladie. Mais ce qu'il est important de noter, c'est que cette diminution n'a pas pour cause un plus grand nombre de guérisons dans les bêtes frappées, mais bien un moins grand nombre de bêtes atteintes.

La seule différence qu'on observe dans ce cas, c'est que la marche de l'affection est moins rapide, c'est que les symptômes précurseurs sont plus saisissables, c'est que la mort survient moins promptement.

Quand, dans une basse-cour qui est décimée par l'épizootie, on introduit de nouvelles volailles pour remplacer celles qui ont été enlevées, ces volailles ne tardent pas à être frappées elles-mêmes, sinon en totalité, du moins dans une proportion d'autant plus grande qu'on est moins éloigné de l'époque de l'invasion de la maladie.

On en a vu tomber malads et mourir cinq ou six mois après la cessation de la maladie dans l'habitation qu'elles étaient destinées à repeupler.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Recherche de la daturine dans l'urine.

On sait que dès 1824 Runge attribua à un principe immédiat les empoisonnements par le datura, et annonça la possibilité de constater ce principe dans les produits et tissus organiques.

L'exactitude de ce fait fut néanmoins révoquée en doute. Cependant, en 1847, la daturine fut constatée par M. Allan dans l'urine d'un homme qui avait été empoisonné par le datura stramonium. Depuis cette époque, le même chimiste a retrouvé la même substance dans deux autres cas d'empoisonnement qui ont eu lieu l'un sur un homme âgé de quarante ans, l'autre sur un enfant âgé de douze ans, fils de ce même homme. Dans les deux cas, M. Allan s'est servi du procédé de M. Henry.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Plan. — Examinons maintenant, messieurs, quel est le mode d'exposition, quel est le *plan* auquel doit s'arrêter un professeur d'hygiène pour rendre son enseignement aussi satisfaisant que possible. On peut ramener à trois méthodes principales tous les plans qui ont été proposés par les auteurs.

A. Dans la première méthode, imaginée par M. Moreau (de la Sarthe) et adoptée par MM. Rostan, Londe, Piorry, on prend pour base l'anatomie. On forme autant de classes qu'il y a d'appareils, et l'on y distribue les différents modificateurs suivant qu'ils exercent leur action sur tel ou tel appareil. Nous verrons tout à l'heure que c'est sur les modificateurs eux-mêmes que doit reposer une bonne exposition de l'hygiène; mais en acceptant la donnée fondamentale de ce plan, il est facile de voir qu'il présente de nombreux inconvénients.

Le plan de M. Moreau est impraticable, selon M. Gerdy: 1° parce que la plupart des influences ne se bornent pas à agir sur une seule fonction, mais agissent sur plusieurs, et qu'alors l'arbitraire seul a le choix de la fonction à laquelle on rattache l'histoire de l'influence: ainsi certains ingesta agissent non-seulement sur l'estomac et les intestins, mais encore sur les appareils circulatoire ou nerveux; 2° parce qu'il est beaucoup d'influences qui agissent toujours de la même manière sur l'économie, pourvu que le point par où elles l'attaquent soit sensible à leur action: ainsi certains poisons ont la même action, qu'ils soient introduits par l'estomac, le rectum, une plaie, etc.; 3° parce qu'il est des influences que l'on ne sait où placer: ainsi la chaleur, l'humidité, etc.; 4° parce qu'il réunit à chaque instant les influences les plus disparates par leur nature et forme les rapprochements les plus bizarres.

Un médecin qui s'astreint rigoureusement à l'ordre physiologique, dit M. Monneret, s'expose sans cesse à passer sous silence les modificateurs qui n'ont pu rentrer dans son cadre, ou bien à

revenir sur des sujets qu'il a déjà traités. S'il agit autrement, il viole les règles qu'il a posées, et c'est, du reste, ce qu'il est contraint de faire à chaque instant, sous peine d'être incomplet.

« Ce serait employer une marche vicieuse, dit à son tour M. Segond, que d'étudier par fonctions d'organes tous les rapports que l'être peut affecter. Si chacun des milieux ne se trouvait en relation biologique qu'avec un appareil déterminé, cette marche n'aurait pas d'inconvénient; mais l'animal tend à se mettre en rapport par l'ensemble de l'organisme: aussi arriverait-il qu'après avoir étudié successivement toutes les relations extérieures d'un appareil, on resterait dans le vague relativement à la notion théorique exacte d'un rapport déterminé entre l'être vivant et tel ou tel milieu. »

B. Dans une seconde méthode, proposée par M. Gerdy, on prend à la fois pour base l'anatomie, la physiologie, l'hystologie et les modificateurs. Ainsi, dans une première partie, M. Gerdy étudie les appareils organiques, les solides, les liquides, les tissus. Dans une seconde partie appelée hygiologie, il reprend l'étude de chaque appareil en particulier au point de vue de ses fonctions, de ses anomalies, de ses variétés, etc. Enfin, dans une troisième partie, il aborde l'étude des influences, mais seulement au point de vue pathogénique. Or la première partie est de l'anatomie générale et de l'hystologie, la seconde est de l'anatomie descriptive et de la physiologie; la troisième est de l'étiologie; et cela est tellement vrai que cette étude des influences, indiquée d'abord par l'auteur comme appartenant à un *cours d'hygiène positive*, fait partie aujourd'hui, sous le titre d'étiologie, du volume publié récemment par M. Gerdy et consacré à la pathologie générale.

C. La troisième méthode remonte à Galien; elle a été développée par Hallé, et elle est adoptée par la plupart des hygiénistes contemporains. Elle prend pour base les modificateurs auxquels Hallé a donné le nom de *matières de l'hygiène*, et elle étudie successivement l'influence exercée sur l'organisme par les *circumfusa*, les *applicata*, les *ingesta*, les *percepta*, les *gesta* et les *excreta*. Cette étude est précédée de considérations sur le *sujet de l'hygiène*, afin de connaître les différences individuelles qui font varier le résultat des modificateurs hygiéniques. Enfin, sous le nom de *règles de l'hygiène*, se trouvent formulés les préceptes à l'aide desquels le sujet peut se préserver de l'influence morbifique des matières. Pardonnez-moi, messieurs, ce langage; il ne m'appartient pas.

Royer-Collard avait adopté ce plan, en lui faisant subir quelques modifications indiquées dans le tableau suivant:

SUJET DE L'HYGIÈNE. — *Caractères et signes de la santé. Formes de la santé.* — Ages, sexes, tempéraments, constitutions, idiosyncrasies, hérédité, habitude, races, professions.

Degrés de la santé. — Imminence morbide, convalescence, infirmités.

MATIÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Fonctions de nutrition.* — Circumfusa, applicata, ingesta.

Fonctions de relation. — Gesta, percepta.

Fonctions de reproduction. — Genitalia.

Ce plan est fort séduisant au premier aspect, mais est-il possible de séparer les fonctions de l'étude du sujet et de les reléguer parmi les matières où l'on voit les percepta placés à côté des condiments et l'accouchement à côté des cosmétiques? N'est-il pas logique de rapprocher les modificateurs fonctionnels des modificateurs organiques, et d'en faire une classe distincte, celle des modificateurs individuels? Est-il raisonnable de réunir dans un même groupe, de rapprocher les unes des autres des professions qui font intervenir les modificateurs les plus différents, tandis que ce sont justement ces modificateurs qu'il importe d'étudier avec méthode? N'est-il pas ridicule de placer l'hygiène du chanteur à côté de celle du cérusier et celle du tailleur à côté de celle de l'homme de lettres? La première ne se placerait-t-elle pas naturellement dans le chapitre consacré à l'étude de la respiration et de la voix; la seconde dans celui consacré à l'étude de l'air atmosphérique et de ses viciations? Pourquoi rapprocher les circumfusa des applicata? Quel rapport existe-t-il entre la radiation solaire et les substances épilatoires? N'est-il point possible d'introduire dans l'étude des modificateurs extérieurs une division plus conforme à celle qui est établie dans les sciences naturelles?

Il me semble, messieurs, qu'en tenant compte des considérations qui précèdent, il est possible de tracer un plan d'hygiène exempt des inconvénients et des défauts que nous avons reprochés aux divers plans qui ont été proposés jusqu'à présent par les auteurs.

L'hygiotechnie étant essentiellement l'étude des rapports qui peuvent exister entre l'homme et certains modificateurs, il est bien évident que ce sont ceux-ci qui doivent servir de base à un plan d'hygiène, et nous savons que les modificateurs hygiéniques sont cosmiques ou individuels, les premiers se subdivisant en astronomiques, en physiques et en chimiques, les seconds en statiques et en dynamiques. Or si à chacune de ces divisions nous rattachons, en tenant compte de l'agent prédominant, certains modificateurs complexes qui agissent simultanément de plusieurs manières sur l'organisme, nous aurons un plan d'hygiène méthodique et parfaitement en rapport avec la division introduite dans l'étude de la plupart des sciences naturelles. Quelques mots d'explication sont toutefois nécessaires. Il est des modificateurs qui exercent plusieurs influences de nature différente. Ainsi l'air atmosphérique agit physiquement par sa pression, sa température et chimiquement par sa composition; la radiation solaire agit par ses rayons calorifiques et d'éclairement et par ses rayons chimiques. Faut-il scinder l'étude de ces modificateurs et placer la pression de l'air parmi les modificateurs physiques, sa composition parmi les modificateurs chimiques? Nous ne l'avons point pensé, et nous avons préféré nous conformer exactement à l'ordre établi dans les sciences physiques et chimiques; cela apporte de l'uniformité dans l'exposition des sciences naturelles et n'est pas sans avantages même au point de vue restreint de l'hygiène. Ainsi la considération des climats, des localités, de l'endémie, etc., est évidemment du domaine de l'hygiène physique, et cependant il faut y faire intervenir la composition de l'air; il est donc préférable de ne point diviser l'étude de ce modificateur. D'un autre coté, il faut bien comprendre ce que nous entendons par modificateurs individuels; il faut se rappeler qu'il ne s'agit pas ici des diverses conditions statiques et dynamiques dans leurs rapports avec l'état de vie, car cette étude appartient en propre à la physiologie; mais des influences morbifiques ou curatives que ces conditions peuvent exercer sur l'homme, point de vue bien différent sous lequel les conditions se transforment en modificateurs. Ainsi, pour mieux me faire comprendre par un exemple, la dentition est un phénomène d'évolution organique qui, considéré en lui-même, est du ressort de la physiologie; mais la dentition peut devenir une cause de maladie, et sous ce rapport elle appartient à l'hygiène; il en est de même pour l'âge, le tempérament, l'hérédité, etc.

Etant établi qu'un plan d'hygiène doit prendre pour base les modificateurs et ceux-ci étant connus, il ne nous reste plus qu'à examiner dans quel ordre ils doivent être étudiés; or il est évident, ainsi que l'a établi M. A. Comte, que l'étude des milieux dans lesquels vivent les êtres organisés doit précéder celle de ces êtres eux-mêmes, c'est-à-dire qu'il faut procéder de l'extérieur à l'être vivant. Mais, pour arriver à l'appréciation des rapports, il faut préalablement avoir examiné les deux termes, l'être vivant et le modificateur. L'étude des influences réciproques doit donc arriver après l'étude complète de l'homme et des agents cosmiques.

Il résulte de ceci que, s'il existait aujourd'hui une bonne systématisation des sciences biologiques et sociologiques, se traduisant par un programme suivi dans l'enseignement de cette Faculté, nous devrions, pour rester exclusivement dans le domaine de l'hygiotechnie, ne traiter ici que des rapports hygiéniques entre l'homme et les modificateurs sans nous occuper de ces deux termes considérés soit en eux-mêmes, soit quant aux rapports physiologiques qui peuvent exister entre eux; mais il n'en est pas ainsi, et, si les cours de physiologie, de physique et de chimie vous ont fait connaître les modificateurs cosmiques considérés en eux-mêmes et dans leurs rapports physiologiques avec l'être vivant, il n'en est pas de même pour les modificateurs individuels. La pathologie et l'anatomie pathologique vous ont décrit l'homme malade, tant à l'état statique qu'à l'état dynamique, dans ses rapports avec les influences mécaniques et pathologiques; mais la physiologie sociale est encore à créer, et, par une singulière anomalie, la physiologie individuelle ne vous a pas entretenus de l'homme vivant dans ses rapports physiologiques avec les conditions individuelles statiques et dynamiques; de telle sorte que, bien qu'il soit évident que l'étude des âges, des sexes, des tempéraments, de l'hérédité, etc., faite en dehors des influences morbifiques ou curatives, et seulement considérée comme se rattachant aux diverses conditions de l'état de vie, appartienne à la physiologie, cette étude n'a cependant jamais été embrassée par elle et a toujours été abandonnée à l'hygiène.

« Ce qui contribue à augmenter le vague des ouvrages d'hygiène, dit encore M. Segond, qui a sainement compris et résumé la philosophie biologique, si admirablement développée par M. A. Comte, c'est qu'à côté des moyens pratiques la science même de l'hygiène se trouve remplacée par une section de la physiologie proprement dite. La plupart des auteurs, cherchant à constituer un domaine scientifique particulier à l'étude des modificateurs, commencent par un préliminaire sur l'organisme, et considèrent ensuite l'homme suivant la prédominance de tel ou tel appareil, suivant l'âge, le sexe, les habitudes, les dispositions héréditaires; or c'est l'anatomie qui doit fournir la notion de l'organisme, et, quant à l'étude des âges, des sexes, des tempéraments, etc., elle fait partie intégrante de la physiologie. L'étude des modificateurs doit supposer que l'être vivant est préalablement connu aussi complétement que les modificateurs eux-mêmes. »

Nous reconnaissons la justesse de ces paroles; mais nous sommes obligé d'accepter l'état actuel des choses et d'en subir les conséquences. Il faudra par conséquent que nous fassions précéder l'étude hygiénique de certains modificateurs d'une partie préliminaire, dans laquelle nous les envisagerons soit en eux-mêmes, soit dans leurs rapports physiologiques avec l'être vivant.

Nous étudierons en premier lieu les modificateurs cosmiques, ensuite les modificateurs individuels; nous ne séparerons pas les règles des influences, et nous réunirons l'hygiène publique à l'hygiène privée. Nous éviterons ainsi un grand nombre de répétitions, et s'il est vrai que certaines questions d'hygiène publique exigent des développements considérables, qui intéressent plutôt l'administrateur que le médecin, et qui nous entraîneraient beaucoup trop loin s'il fallait leur accorder toute l'étendue dont ils sont susceptibles, il est certain néanmoins que nous pourrons les traiter de façon à vous en donner une notion suffisante.

Voici notre plan.

Plan d'hygiène fondé sur l'étude et la division des modificateurs hygiéniques, envisagés dans leurs rapports avec l'homme sain ou malade, isolé ou réuni en société.

A. DES MODIFICATEURS COSMIQUES.

a. *Des modificateurs astronomiques.* — b. *Des modificateurs physiques.*

1° Pesanteur. — 2° Air atmosphérique: pression, température, électricité, humidité, son, composition. — 3° Radiation solaire, rayons calorifiques, d'éclairement et chimiques. — 4° Vents. — 5° Eau. — 6° Sol. — 7° Localités, climats, endémie, épidémie, géographie médicale, habitations, etc. — 8° Agents physiques divers, tels que vêtements, cosmétiques, bains, etc.

c. *Des modificateurs chimiques.*

1° Aliments. — 2° Boissons. — 3° Agents chimiques divers.

B. DES MODIFICATEURS INDIVIDUELS.

a. *Des modificateurs statiques.*

1° Ages. — 2° Tempéraments. — 3° Idiosyncrasies. — 4° Constitutions. — 5° Obésité, — 6° Maigreur. — 7° Sexes. — 8° Hérédité. — 9° Races humaines. — 10° De la santé, de ses variétés, de ses formes. — 11° Prédisposition. — 12° Diathèse. — 13° Imminence morbide. — 14° Convalescence.

b. *Des modificateurs dynamiques.*

1° Digestion: préhension des aliments, goût, digestion, défécation, absorption, faim, inanition, soif, disette, etc. — 2° Respiration: voix, hoquet, rire, éternuement, bâillement, certaines professions, etc. — 3° Circulation: cœur, gros troncs, capillaires, sang, hémorrhaphylie. — 4° Sécrétions: sueur, urine, exhalations muqueuses, leucorrhée, etc. — 5° Génération: continence, castration, excès vénériens, masturbation, prostitution, mariage, célibat, ovulation, grossesse, accouchement, lactation. — 6° Innervation, *a.* Sensibilité: douleur physique, chatouillement, sensation voluptueuse, toucher. *b.* Motilité: musculation, repos, attitude, mouvements, efforts, exercice, gymnastique, professions diverses. *c.* Intelligence: sommeil, veille, travail intellectuel, attention, imagination, jugement, émotions, passions, éducation, civilisation, gouvernement, religion, morale. — 7° Habitude.

Je vous prie, messieurs, de vouloir bien étudier ce plan avec attention; car il sera le fil conducteur qui nous permettra de sortir enfin de ce dédale obscur dans lequel se sont égarés jusqu'à présent tous ceux qui se sont occupés de l'hygiotechnie, et si les idées nouvelles que je viens d'émettre dans ce discours d'ouverture, et que je développerai dans le courant de mon enseignement, pouvaient être acceptées par vous et prendre rang dans la science, vous me permettriez d'en concevoir quelque orgueil; car je pourrais alors croire que mon passage dans cette chaire ne resterait pas sans quelque utilité pour vous et pour ceux qui vous succéderont.

Je terminerai chaque leçon par une indication bibliographique qui vous fera connaître les sources où vous pourrez étudier plus complétement les questions qui en auront fait le sujet.

NOUVELLES.

MM. Brian, chirurgien-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides, et Beau, chirurgien de 1re classe de la marine, viennent d'être nommés officiers de la Légion-d'Honneur.

— Le *Moniteur* vient de publier l'état des dons et legs faits en faveur des pauvres et des hospices de Paris, et qui ont été acceptés, pendant les années 1849 et 1850.

Les dons et legs acceptés en 1849 représentent, totalisés, un capital de 670,053 fr. 30 c., dont 184,186 fr. 65 c. n'ont été donnés que pour la nue propriété et 40,000 fr. à titre éventuel. Voici comment se décompose, au surplus, le chiffre total: En *capitaux*: en toute propriété, 449,866 fr. 65 c., et en nue propriété, 106,186 fr. 65 c.; 2° en *rentes*: en toute propriété, 200 fr., et en nue propriété, 3,900 fr.; 3° en objets divers légués éventuellement, 40,000 fr.

Les legs et dons acceptés en 1850 sont loin de donner un total aussi élevé que celui que nous venons de constater; ils n'ont produit que la somme de 137,498 fr. 75 c., qui se décompose ainsi: 1° en capitaux, 65,893 fr.; 2° en rentes sur l'Etat, 1,752 fr., dont 100 francs en nue propriété; 3° en objets divers, 36,565 fr. 65 centimes.

L'importance de tous ces dons et legs est, comme on le pense bien, extrêmement variée. Il y en a quelques-uns qui ne dépassent pas la somme de 100 fr. en capital; deux seulement s'élèvent à 120,000 fr. chacun.

— M. le docteur Mérat, ancien trésorier de l'Académie de Médecine, a laissé à l'Association des médecins de Paris, dont il était un des membres fondateurs, une somme de 500 fr., que Mme Mérat, sa veuve, s'est empressée de verser dans la caisse de la Société.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 55. — MARDI 13 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 55. — MARDI 13 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Deux cas de luxation scapulo-humérale. — Réduction, dans le premier cas, un mois après l'accident; dans le second, vingt jours après.

Observations recueillies par M. PERDRIGEON DU VERNIER, interne du service.

Il est un fait singulier que tous les chirurgiens ont été à même d'observer bien souvent, fait dont il serait bien difficile de donner une explication satisfaisante : c'est que, à certains moments, il arrive dans les hôpitaux une série de malades atteints d'affections de même nature, présentant jusqu'à un certain point les mêmes symptômes. Puis, ces malades une fois partis, on est ordinairement fort longtemps sans avoir l'occasion d'observer des cas semblables.

Les deux observations de luxation de l'épaule que nous publions viennent confirmer la remarque que nous venons de faire, car à peine le premier malade était-il entré dans le service de M. Velpeau que nous voyions arriver le second. En outre, les deux malades qui font le sujet de ces observations étaient tous deux atteints de luxation ancienne.

OBS. I. — *Luxation sous-pectorale de l'épaule gauche. — Réduction un mois après l'accident.*

Le 11 avril 1851, le nommé Poulain (Nicolas), charretier, âgé de soixante ans, entra à la Charité pour une luxation de l'épaule gauche qui n'avait pu être réduite, et fut couché au n° 15 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme, d'une bonne constitution, raconte que dans les premiers jours de février dernier, en soignant ses chevaux, il reçut de l'un d'eux un coup de pied qui le renversa et lui luxa l'épaule gauche. Conduit à l'hôpital de Chantilly, sa luxation fut réduite, et il put reprendre ses travaux habituels quelques jours après.

Le 10 mars, au moment où il se disposait à étriller le même cheval, il reçut de nouveau un coup de pied de cet animal. Comme il se trouvait très près de lui, il ne fut pas atteint par le sabot du cheval, mais bien par la partie moyenne de la jambe.

Le coup porta vers l'extrémité postérieure et inférieure du bras gauche au moment où le coude était écarté du corps et le bras dans une extension forcée; et la tête de l'humérus, chassée violemment d'arrière en avant et de haut en bas, vint se loger dans la paroi antérieure du creux de l'aisselle, sous la partie moyenne du grand pectoral.

De nouvelles tentatives de réduction faites à l'hôpital de Chantilly ayant été, cette fois, infructueuses, on conseilla à ce malade de venir à Paris, où nous le vîmes pour la première fois le 12 avril 1851.

L'examen du malade ne permettait pas de douter un seul instant qu'il n'y eût luxation, et que cette luxation ne fût sous-pectorale. L'avant-bras du membre luxé était fléchi sur le bras et soutenu par la main du côté opposé, le tronc était incliné du côté malade, et par conséquent l'épaule luxée était abaissée. Le coude était écarté du tronc; le bras, porté dans la rotation en dehors, présentait une dépression angulaire au niveau de l'insertion deltoïdienne: de sorte que, si, par la pensée, on prolongeait l'axe de la partie inférieure de l'humérus, on voyait que celui-ci ne passait pas par le centre de l'épaule, mais se rapprochait d'une façon manifeste de la paroi thoracique.

La longueur du bras, mesurée en prenant pour point fixe l'angle postérieur de l'acromion et l'épicondyle, l'avant-bras ayant été préalablement fléchi à angle droit sur le bras, et le bras rapproché du tronc, était plus grande d'un bon centimètre que celle du côté opposé.

Le moignon de l'épaule, au lieu de présenter une surface arrondie, offrait un aplatissement très prononcé. L'angle formé par le sommet de l'acromion paraissait beaucoup plus saillant qu'à l'état normal, surtout vers la partie postérieure. La paroi antérieure de l'aisselle était légèrement bombée vers sa partie moyenne; le creux sous-claviculaire était à peine effacé; le bord postérieur du scapulum était légèrement soulevé.

Si l'on cherchait à l'aide du toucher quels étaient les rapports des os, on reconnaissait, en plongeant les doigts au-dessous de l'acromion, un vide profond à la place qu'occupe ordinairement la tête de l'humérus. Du côté de l'aisselle on pouvait sentir une tumeur lisse, arrondie, participant aux mouvements imprimés à l'humérus, située sous la partie moyenne du grand pectoral. Ses mouvements, pourvu qu'ils ne fussent pas très étendus, étaient, du reste, peu douloureux.

Le 12 avril, M. Velpeau procéda à la réduction de cette luxation par la méthode ordinaire. Une première tentative ayant échoué, malgré une extension et une contre-extension assez énergiques, le malade fut soumis à l'inhalation du chloroforme, et la luxation fut alors réduite sans difficulté.

Un bandage fut appliqué immédiatement pour maintenir en place la tête de l'humérus, et le malade put sortir de l'hôpital le 22 avril, n'ayant plus qu'un peu de roideur dans l'articulation.

Cette observation est intéressante sous deux rapports :

1° C'est que, contrairement à l'opinion de Richerand, qui niait les luxations de l'épaule par causes directes, et croyait qu'en pareil cas il devait plutôt se produire une fracture du col de l'humérus, la luxation a été produite dans ce cas-ci bien évidemment par une cause directe, qui a chassé la tête de l'humérus de haut en bas et d'arrière en avant.

2° C'est que la réduction a pu être opérée un mois après l'accident sans grandes difficultés, et sans qu'aucune des complications qui surviennent assez souvent dans les tentatives de réduction des luxations anciennes se soit manifestée chez notre malade.

OBS. II. — *Luxation sous-scapulaire de l'épaule droite. Réduction vingt jours après l'accident.*

Le nommé David (Jean), garde champêtre, âgé de soixante-trois ans, entra à l'hôpital de la Charité le 15 avril 1851, et fut couché au lit n° 27 de la salle Sainte-Vierge.

Cet homme, en courant chercher la force armée pour mettre la paix dans une maison où une rixe assez sérieuse s'était élevée, s'embarrassa les jambes dans son sabre, et tomba sur le côté droit. Il ne put se relever seul, et une fois debout, il lui fut impossible de se servir de son bras droit.

Pendant les premiers jours qui suivirent cet accident, il fit sur la partie malade des applications d'eau-de-vie et de savon, qui firent disparaître le gonflement et la douleur; mais la gêne dans les mouvements persista.

Au bout de quinze jours, ne voyant pas d'amélioration dans son état, il consulta un médecin, qui lui conseilla d'entrer à l'hôpital de la Charité.

Voici les symptômes que l'on constata à l'entrée du malade dans nos salles; ils ont été recueillis avec soin par M. Boureau, externe du service.

« L'épaule droite est déformée, sa sphéricité a disparu; l'acromion est assez saillant, et en plongeant les doigts au-dessous de cette apophyse, on reconnaît un vide à la place de l'humérus. Lorsqu'on relève le bras à angle droit, on sent dans l'aisselle une tumeur dure, lisse, arrondie, qui se meut quand on imprime au bras un mouvement d'élévation ou d'abaissement; cette tumeur est séparée de la peau qui recouvre cette région par une couche épaisse de tissus. Le grand pectoral est à peine soulevé, et le creux sous-claviculaire est bien conservé; on ne sent pas la tête de l'humérus à travers le grand pectoral. L'angle postérieur et inférieur de l'omoplate est un peu soulevé et plus écarté du sillon dorsal que celui du côté gauche. Le coude est écarté de la poitrine et porte assez loin en avant. Enfin, la main gauche soutient l'avant-bras droit du malade rapproché contre la paroi antérieure du thorax. On peut, sans déterminer de la douleur, porter le bras en avant et le ramener en arrière; mais le malade éprouve une assez vive souffrance quand on rapproche le bras du thorax. Dans l'opération de ces différents mouvements, on ne sent ni craquement, ni crépitation. Le bras droit, mesuré de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle, l'avant-bras étant préalablement fléchi à angle droit sur le bras et rapproché du tronc, offre un allongement d'un centimètre sur le bras du côté opposé. Le tronc est incliné du côté malade, et l'épaule est par conséquent un peu abaissée. »

M. Velpeau procéda à la réduction le 17 avril. Comme chez le malade qui fait le sujet de notre première observation, il employa la méthode ordinaire, et n'eut pas besoin, cette fois, d'avoir recours à l'emploi du chloroforme. Le bras fut maintenu à l'aide du bandage de la fracture de clavicule dans une position convenable, et le malade put quitter l'hôpital le 22 avril, assez bien pour pouvoir se servir de son membre, sans éprouver autre chose qu'un peu de roideur dans l'articulation.

DE LA PRÉÉMINENCE DE L'EXTRACTION SUR L'ABAISSEMENT dans l'opération de la cataracte.

Par M. le Dr COURSSERANT.

L'observation des faits démontre que les lésions traumatiques pénétrantes de l'œil produites par des instruments ou des corps intéressant dans une certaine étendue les membranes externes et internes de cet organe provoquent une réaction inflammatoire moins vive, et partant un traitement antiphlogistique moins énergique que de simples piqûres faites dans ces mêmes membranes, le cristallin existant dans l'œil, et toutes les autres circonstances étant égales dans l'un et l'autre cas. Comme conséquence de ce qui précède, on peut déduire qu'une section faite dans la cornée par un instrument tranchant dirigé par une main prudente, et coupant cette membrane sans produire aucune commotion de l'œil devra être suivie d'une réaction locale et générale moins vive que celle que provoque une blessure par un instrument piquant ou même par une aiguille à cataracte, laquelle blesse la conjonctive, la sclérotique, la choroïde, la rétine, l'hyaloïde, la capsule, et laisse en définitive dans le fond de l'œil un corps étranger, le cristallin. Or les accidents qui font

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Décidément, l'Académie de Médecine devient le lieu le plus récréatif de notre capitale, et les étrangers qui viennent à Paris pour se désopiler la rate aux joyeux ébats de la gaieté française déserteront désormais le théâtre de la Montansier pour la salle de la rue des Saints-Pères. En ce qui me concerne, j'ai depuis longtemps opéré ce changement dans mes habitudes, et je ne m'en trouve pas plus mal. Seulement, à l'encontre de ce qui se passe chez la Montansier, les jours de l'Académie de Médecine se suivent, mais ne se ressemblent pas; ce qui est un bien à mon avis, car l'ennui finirait par naître d'une trop longue uniformité même d'esprit et de gaieté.

Je sais bien que quelques membres de la docte société sont incorrigibles sur ce point, et qu'ils éprouvent à la langue une telle démangeaison, que les pointes et les bons mots s'échappent malgré eux de leur bouche souriante. Cependant ces épisodes extra-scientifiques ont quelquefois le caractère d'un intérêt général, et, comme l'esprit est en France une monnaie universellement bien reçue, on se sauve avec elle des pas les plus périlleux. Je n'en veux citer qu'un exemple, car j'ai hâte d'arriver au tableau récréatif des *infirmités incurables et incompatibles* avec le service de la garde nationale.

Grâce à la sagacité de notre rédacteur chargé du compte-rendu de l'Académie, vous savez que M. Moreau est un des adeptes les plus fervents et les plus enthousiastes du néologisme et du style figuré; vous savez aussi que cet amour du néologisme lui fit signaler dans une des dernières séances des femmes *porteuses* de tumeurs, comme si ces malheureuses n'avaient réellement pas d'autre métier: mais ce que vous ignorez, c'est la stupéfaction dans laquelle ce néologisme jeta les confrères de M. Moreau, surtout les accoucheurs, qui crurent leur corporation compromise sous le rapport littéraire, un de leurs plus beaux fleurons, par cette hardiesse de langage d'un de leurs chefs, que je ne crains pas de qualifier d'illustre.

M. Orfila, qui, en sa qualité de président de l'Académie, doit aide et protection à toutes les sections du docte corps, compatit à la douleur de la section d'accouchement, et s'écria que M. Moreau n'était qu'une sage-femme! A quel creuset M. Orfila a-t-il analysé ainsi l'influence littéraire de la Maternité (de l'hôpital, bien entendu), d'où notre sexe est systématiquement proscrit, à l'exception de M. Moreau.

Je n'ai pas le temps aujourd'hui d'aborder ce nouveau prodige de la chimie; M. Bégin me réclame avec son rapport sur les infirmités qui doivent exempter de la garde nationale, et la discussion que ce rapport soulève appelle toute mon attention.

Le soleil brille, les arbres verdissent, le printemps est venu, toutes choses qui disposent les âmes aux douces émotions; l'Académie éprouve cette bienfaisante influence, et semble ne vouloir aborder ni discussion sérieuse, ni débat irritant. Elle est servie à souhait. Ce n'est pas M. Bégin qui la fera dérayer de sa voie, ni son rapport non plus; bien au contraire, l'honorable académicien se présente avec son sourire le plus sympathique, et son rapport est lié avec une faveur rose, gage certain de son innocuité.

Messieurs, dit M. Bégin, nous avons eu à dresser le tableau des *infirmités incurables et incompatibles* avec le service de la garde nationale, et à la tête de ce tableau nous n'avons pas craint de mettre les loupes.

— Mais les loupes ne sont pas incurables, s'écrie M. Roux; tous les jours.....

— Cela est vrai, répond M. Bégin; mais on ne peut forcer personne à se faire opérer, surtout pour entrer dans la garde nationale; il faut respecter le principe de liberté. — Adopté.

— Perte ou affaiblissement très prononcé de la faculté visuelle de l'œil droit.

— Je réclame pour l'œil gauche, s'écrie M. Malgaigne.

— Mais on ne vise qu'avec l'œil droit.

— Cela dépend; et puis, dans les émeutes, on ne saurait y voir trop clair de tous les côtés.

L'œil gauche est admis à partager les bénéfices d'exemption de l'œil droit.

— Myopie.

— Depuis l'invention des lunettes, s'exclame M. Heller, il n'y a plus de myopes; j'en suis un exemple.

— Cela est vrai; mais de même que nous avons reconnu tout à l'heure qu'on ne pouvait forcer personne à se faire opérer d'une loupe, de même on ne peut contraindre qui que ce soit à acheter et à porter des lunettes. Ainsi le veut la liberté.

— Je demande qu'on ajoute alors que la myopie devra être *très prononcée*. — Adopté sans nouvelle opposition.

— Perte totale du nez.

— Je ne puis m'expliquer, dit M. Ricord, l'utilité du nez dans le service de la garde nationale... Ce n'est point avec l'organe de l'olfaction que l'on suit la piste du gibier de l'émeute.

— La perte totale du nez enlève à la voix une partie de sa

échouer l'opération de la cataracte, étant, dans l'immense majorité des cas, déterminés par les inflammations consécutives à l'opération, il résulte des faits précédents que, si une des deux méthodes devait être adoptée à l'exclusion de l'autre, l'extraction devrait constituer la règle générale, et l'abaissement, l'exception.

En effet, 1° dans les cas de réussite de l'opération de la cataracte faite d'une part par extraction et de l'autre par abaissement, de quel côté sont le plus souvent les souffrances les plus vives, les accidents inflammatoires les plus intenses, les traitements consécutifs les plus énergiques qui affaiblissent les malades, et portent parfois une atteinte profonde à leur santé générale, comme cela se voit chez les personnes d'une constitution faible et délicate, et chez les vieillards surtout? Du côté de l'abaissement, évidemment.

2° Dans les cas de non-réussite, de quel côté les accidents et tout leur cortége se terminent-ils le plus promptement dans l'œil et dans toute l'économie? Dans une extraction malheureuse, ils ne durent que quelques jours. Voyez, au contraire, souvent leur durée, leur intensité, leur retentissement sur la santé générale dans un abaissement malheureux.

3° Est-il bien rare de voir après l'abaissement des guérisons complètes, des succès complets, comme on le dit, ne pas durer et être compromis plusieurs mois, un an, deux ans, trois ans, etc., etc. Plus tard par les inflammations internes que provoque la présence du cristallin, soit qu'il reste dans la chambre postérieure, soit qu'il fasse ascension dans la pupille, ou que, franchissant cette ouverture, il tombe dans la chambre antérieure? Non, ces accidents ne sont pas rares. Les voyez-vous dans l'extraction? Non, parce que le cristallin, cause principale du mal, n'existe plus dans l'œil.

4° Enfin quelle méthode compte le plus de succès, de l'extraction ou de l'abaissement?

Cette dernière question nous amène sur le terrain de la statistique; et, il faut l'avouer, les statistiques, en général, donnent tort aux partisans de l'extraction. En voici le principal motif.

Parce que la plupart des praticiens, pratiquant l'abaissement beaucoup plus souvent que l'extraction, acquièrent plus d'habitude, plus de dextérité, plus de précision dans le manuel opératoire de l'abaissement que dans celui de l'extraction; circonstance importante, dont ne tiennent pas compte les relevés statistiques, lesquels, négligeant de séparer les accidents dits nécessaires de ceux dont la main du chirurgien doit seule porter toute la grave responsabilité, confondent dans une même appréciation numérique les insuccès dus à la marche toute naturelle des choses et ceux dont on doit rechercher la cause dans la lésion de certains tissus, lésion qu'on doit éviter, et qu'on peut éviter dans l'immense majorité des cas.

En effet, si l'opération de la cataracte par extraction est une des opérations les plus minutieuses, les plus délicates de la chirurgie, elle est aussi celle pour laquelle on est en droit d'exiger le plus de précision de la part de l'opérateur, parce que les moyens d'étude, d'exercice pratique sont multipliés autour de nous, et que la transparence des parties sur lesquelles et au milieu desquelles on opère, nous permet de suivre d'une manière attentive et constante la marche des instruments au sein des tissus qu'ils intéressent. Or, personne ne l'ignore, il en est tout autrement dans la presque généralité des autres opérations chirurgicales. Dans ces dernières, non-seulement la forme, la couleur, les rapports des parties entre elles sont changés; non-seulement les tissus malades sur lesquels on veut arriver à travers les tissus sains sont masqués, dérobés à la vue par un écoulement abondant de sang; mais la nature intime de la maladie, mais beaucoup de circonstances qui s'y rattachent se trouvent parfois inconnues. Dans la cataracte, au contraire, cornée, profondeur de la chambre antérieure, iris adhérent ou non, capsule opaque ou transparente; volume, dureté, mollesse du cristallin, tout enfin est connu. Il est vrai que la disposition des parties, que la petite étendue du terrain sur lequel on manœuvre exigent de la part de l'opérateur une précision presque mathématique; et c'est entre les mains de ceux qui, par une longue pratique, ou par des exercices fréquemment et opiniâtrement répétés dans les amphithéâtres et sur les yeux des animaux, se sont efforcés de s'éloigner le moins possible de cette précision rigoureuse; c'est entre leurs mains, dis-je, que l'extraction donne les résultats auxquels ne veulent pas croire, auxquels ne peuvent pas croire ceux qui n'en ont pas été les témoins.

Bien souvent j'ai rencontré des esprits sincères dans leurs convictions, puisées dans les écrits ou dans les leçons d'hommes justement recommandables, repousser l'extraction comme une méthode dangereuse et infidèle, et l'accepter plus tard avec enthousiasme et confesser leur erreur devant l'évidence des faits vus et observés de leurs propres yeux : c'est ce qui est arrivé l'été dernier à un de nos confrères exerçant à Montignac (Dordogne).

Ce praticien, étant venu à Paris pour connaître *de visu* la pratique des différents hôpitaux de la capitale, avait suivi avec le plus grand intérêt de nombreuses opérations de cataracte pratiquées par abaissement dans un de ces établissements. L'abaissement avait toutes ses sympathies, et il repoussait l'extraction d'une manière systématique. Cependant, après avoir vu les résultats obtenus par l'extraction à lambeau supérieur, il a quitté la capitale en disant : « Si j'opère une cataracte, j'opérerai par abaissement ; mais si le malheur veut plus tard que je sois affecté de cette infirmité, je me ferai opérer par extraction, et par extraction à lambeau supérieur. »

Ce procédé, employé d'abord en Allemagne par le professeur Jaeger, importé en France et mis souvent en pratique devant de nombreux élèves et en présence de nombreux médecins par notre excellent maître et ami M. le docteur Sichel, offre d'immenses avantages sur tous les autres procédés d'extraction. Convenablement exécuté, il garantit l'opéré contre les principaux inconvénients de l'extraction dépendant surtout de la place qu'occupe le lambeau ; il diminue considérablement les chances de la perte plus ou moins complète de l'humeur vitrée, soit pendant, soit après l'opération. Enfin, par la rapidité des guérisons, par le nombre et la beauté des résultats, il constitue dans la science ophthalmologique un progrès qu'on ne peut contester dans des discussions théoriques et spéculatives, mais qu'on ne peut nier devant l'expérience clinique. C'est ce que je m'attacherai à démontrer en peu de mots dans un prochain article, dans lequel je traiterai des points les plus importants, les plus cractéristiques du manuel opératoire du traitement et du pansement consécutifs à l'opération. En prenant pour base de mes appréciations les principes les plus élémentaires de la physiologie et de l'anatomie pathologique, il me sera facile d'établir la supériorité de ce procédé sur tous les autres.

NOTICE SUR UNE ÉPIZOOTIE

qui règne en ce moment sur les oiseaux de basse-cour.

Par M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Symptômes, marche et durée de la maladie.

Ayant plus souvent observé cette épizootie sur les poules que sur les autres gallinacées, ce sont les symptômes que nous avons notés sur les animaux de cette espèce que je vais rapporter succinctement ici.

Je l'ai dit, et je le répète, il n'est pas toujours facile de les saisir avant la mort, tant ils se succèdent rapidement. Toutefois, quand on est sur ses gardes, et qu'on suit attentivement une bête qui subit les premières atteintes du mal, voici généralement ce qu'on observe.

Il y a une espèce de nonchalance dans l'attitude et dans la marche, un air particulier de tristesse; et, si je puis m'exprimer ainsi, de la mélancolie dans la physionomie un peu inquiète de l'animal Il n'y a pas, dans le regard, la vivacité particulière à ces animaux.

La poule en marche s'arrête souvent, et semble, dans ce moment, comme absorbée.

Si l'on poursuit le troupeau dont elle fait partie, elle se sauve comme les autres; mais aussitôt qu'on cesse la poursuite elle s'arrête, oubliant ce qui vient de se passer.

Son appétit paraît diminué, en ce sens qu'elle recherche moins les aliments, on ne la voit plus que rarement gratter le fumier; et, quand elle le fait, c'est avec une mollesse évidente. Cependant, elle n'a pas cessé tout à fait de manger.

Plusieurs ménagères et filles de fermes m'ont assuré que, dans les basses-cours qui sont sous le coup de l'épizootie, il fallait renouveler plus souvent l'eau des abreuvoirs. Elles ont remarqué, en effet, que les volailles buvaient plus fréquemment. L'augmentation de la soif serait donc un des caractères prodromiques de cette affection.

Beaucoup de poules ont, dès le début, une diarrhée peu fréquente et peu abondante à chaque expulsion ; la matière en est liquide, séro-muqueuse, blanchâtre et d'une odeur d'autant plus désagréable qu'on l'examine plus près du moment de la mort.

A cette époque aussi, et même avant, on peut remarquer que la crête prend une teinte plus foncée vers ses bords; cet appendice est moins soutenu, et s'incline à droite ou à gauche.

Un peu plus tard, quand la maladie se déclare plus franchement, ces premiers symptômes se prononcent davantage.

Les mouvements sont lents; la poule se déplace avec hésitation, et seulement quand elle y est excitée; elle n'est presque plus attentive à ce qui se passe autour d'elle; le rouge de la crête se fonce davantage, toujours sur ses bords, et elle est de plus en plus tombante.

Si, à cette époque, on écarte les plumes pour examiner la peau, on observe, dans certains sujets, que cette membrane a une teinte légèrement bleuâtre et comme cyanosée. Toutefois, ce caractère n'est pas constant, et j'ai vu des animaux très malades sur lesquels il était si peu prononcé, qu'il n'existait pour ainsi dire pas.

La bête est alors très abattue; et, bien qu'elle se tienne debout sur ses pattes, elle est comme somnolente; son œil se ferme plus souvent, et reste même, par moments, fermé pendant quelques secondes.

Il faut exciter et pousser le malade pour le décider à se déplacer; sa marche, alors, est incertaine et vacillante.

La diarrhée, dans les nombreux malades sur lesquels elle se fait remarquer, est alors plus claire, plus blanche, souvent mousseuse, quelquefois légèrement rosée; il semble, dans ce dernier cas, qu'un peu de sérosité sanguinolente colore faiblement les mucosités semi-transparentes qui contiennent les liquides expulsés.

Si on écarte le bec, on le trouve fréquemment rempli d'une humeur gluante, mêlée, chez certains sujets, à un liquide clair et blanchâtre qui semble venir du jabot, et qui s'échappe quelquefois en grande abondance par le bec et les ouvertures nasales, quand on saisit l'animal par les pattes et qu'on le suspend, la tête en bas, pendant quelques minutes.

Au repos, la poule a le dos voussé, le cou un peu roué; elle semble se rengorger; ses ailes paraissent mal soutenues d'abord, deviennent bientôt tombantes en s'écartant du corps en même temps qu'elles s'abaissent. Les plumes qui en forment l'extrémité s'écartent par leur sommet; les plumes du corps s'écartent elles-mêmes les unes des autres, celles du cou principalement; elles ont toutes sensiblement perdu de leur éclat.

Bien que la vue semble très confuse par la manière dont la bête regarde les objets, l'œil et ses humeurs conservent sinon leur brillant, du moins leur transparence.

Au bout de quelques minutes, la malade dont les ailes tout à fait tombantes traînent ou posent sur le sol par leur bout inférieur, se couche ou plutôt s'affaisse sur son ventre, dans la position d'une poule qui couve ou qui pond.

Elle semble tomber progressivement dans une somnolence de plus en plus profonde, et qui ne s'interrompt pas, si on ne l'excite en la touchant assez fortement : dans ce cas, elle redresse un peu la tête, sans ouvrir les yeux, et retombe de suite dans son état d'assoupissement comateux.

La crête est alors tout à fait penchée, violacée et quelquefois noirâtre, surtout vers ses bords.

Le cou ne peut plus évidemment soutenir la tête qui s'incline lentement et progressivement vers la terre; comme si la bête s'endormait jusqu'à ce que l'extrémité du bec vienne toucher le sol, où il trouve ainsi un point d'appui.

Mais bientôt, malgré ce soutien, la force manque au malade pour se maintenir même dans cette position, et l'on voit la tête penchée de côté et comme entraînée par son poids, sans cependant se renverser tout à fait.

Un phénomène qui est bien sensible dès le moment où la poule, ne pouvant plus marcher ni se soutenir, se couche sur son ventre, c'est la profondeur et l'accélération convulsive de

---

force, détermine pendant le sommeil des ronflements insupportables en compagnie, et dérange d'une manière fort disgracieuse l'harmonie de la figure.

— Si je ne craignais de me heurter contre le principe de liberté que vous avez admis tout à l'heure, je parlerai des nez artificiels qui remplacent quelquefois très avantageusement certains nez naturels.

Un hourah d'improbation interrompt l'orateur, et le paragraphe est adopté dans son entier.

— Haleine fétide.

Un membre que me cachait une des colonnes de la salle, et que pour cette raison je n'ai pu reconnaître, fait remarquer que l'haleine fétide n'est pas incompatible avec le service militaire.

— Si vous voulez avoir une garde nationale zélée et active, répond le rapporteur, il faut lui rendre le service attrayant.....

— C'est du fouriérisme.....

— Non.

— On ne fait pas mieux dans les phalanstères.

— C'est une indignité.

La discussion sortait évidemment des voies pacifiques et récréatives où elle devait rester. Le président, en homme sage et prudent, l'y fait rentrer en mettant inopinément aux voix le paragraphe en litige.

L'Académie comprend la pensée de son président et adoptée à l'unanimité moins une voix l'haleine fétide.

— Bégaiement très prononcé.

— La loi sur la garde nationale, dit un orateur dont le nom m'échappe, lui défendant de délibérer, de discuter et de s'occuper de politique, je ne comprends pas la nécessité d'une entière liberté de parole pour le militaire *non gradé*.

— Comment! répond M. Bégin, vous ne savez donc pas que le soldat en faction a constamment besoin de la parole? Il serait beau le voir en face d'une patrouille crier pendant un quart d'heure : Qui.... qui.... qui.... vi.... vi.... ve...., ou bien en face d'une troupe d'émeutiers perdre son temps à appeler ca... ca... ca... poral....

L'hilarité de l'Académie prend des proportions énormes, et au milieu des éclats de rire le bégaiement est reconnu suffisamment incompatible avec la condition de soldat-citoyen.

— Maladies organiques du cœur.

— M. Bouillaud demande à quel degré ces maladies devront être arrivées pour constituer un cas d'exemption et s'il suffira pour être libéré du service d'être essoufflé et d'avoir des palpitations lorsqu'on aura monté sur la colonne Vendôme ou sur celle de la Bastille.

Cette appréciation est abandonnée aux conseils de révision.

M. Piorry demande que la plessimétrie ne soit pas oubliée comme moyen de constatation.

— Névralgies anciennes rebelles.

— Je prends la liberté, dit M. Baillarger, de m'informer si l'Académie fournira aux conseils de révision les moyens de constater les névralgies aussi anciennes et aussi rebelles que l'on voudra. On ne peut véritablement s'en rapporter au dire et surtout aux grimaces des individus intéressés à s'exonérer d'un service pénible.

— Cela est vrai, mais le malade sera tenu d'apporter un certificat de son médecin.

Quelques murmures se font entendre; mais l'Académie, ne voulant pas même paraître douter de l'honorabilité de la profession, donne raison à son rapporteur et adopte le paragraphe dans son intégrité.

— Sueur infecte des pieds.

Dans la crainte de soulever de nouveau le débat irritant de tout à l'heure et de tomber encore dans les idées phalanstériennes, l'Académie persiste à penser qu'on peut rendre le service de la garde nationale attrayant sans être taxé de socialisme, et met la sueur infecte des pieds sur la même ligne que l'haleine fétide.

On approchait de la fin.

— Messieurs, dit un honorable académicien dont la maudite colonne de tout à l'heure me dérobait encore la vue, je vois dans deux chapitres différents, mais assez rapprochés, d'un côté l'amaigrissement et de l'autre l'obésité comme motifs d'exemption du service de la garde nationale. Permettez-moi de remercier notre commission de la double intention qui l'a animée dans son travail: elle a voulu que la garde civique fût tout à la fois une armée utile à la société et une réunion d'hommes agréable à la vue. Sans parler des borgnes, des boiteux et des bossus qu'elle a impitoyablement et avec juste raison rayés des cadres, elle a exigé que le front des lignes, que l'harmonie de l'alignement ne fussent déparés ni par la présence des lunettes, ni par l'absence du nez, ni par des ventres trop gros ou trop petits. Je loue notre commission d'avoir ainsi allié l'agréable à l'utile, *utile dulci;* et je n'hésite pas à proclamer bien haut que désormais la possibilité de l'existence d'une seule compagnie de garde nationale sera le plus bel éloge que l'on pourra faire sur la beauté de la race française.

Un silence solennel et de quelques minutes succède à ces paroles; mais, rappelée à ses devoirs par la sonnette du président, l'Académie vote l'ensemble du rapport, qui, vu son importance, a dû être immédiatement adressé au ministre de l'intérieur.

Félix Roubaud.

la respiration qui est si pénible qu'elle paraît ne s'accomplir qu'avec effort, et imprime de véritables secousses d'arrière en avant à tout le corps.

C'est dans cet état d'abattement, de torpeur que l'animal s'éteint. Cependant, une demi-minute avant la mort, certains sujets sont en proie à une espèce d'agonie : ils font entendre à quelques secondes d'intervalle un cri rauque et guttural, espèce de hoquet convulsif, ils agitent en même temps les pattes et les ailes; un peu de salive mousseuse s'échappe du bec; un peu de liquide blanchâtre par l'anus, et puis l'animal succombe.

Cependant, tous les animaux n'éprouvent pas cette agitation dans leurs derniers moments, puisqu'il est vrai que, souvent, des poules sont trouvées mortes posées sur leur nid, sans qu'un seul brin de paille y ait été dérangé, et dans une attitude telle, qu'on croirait qu'elles sont en train de couver, tant elles sont mortes tranquillement.

Plusieurs cultivateurs, entre autres M. Petit, fermier à Champagne, m'ont assuré avoir vu des poules mourir sur leur nid pendant la ponte, à tel point que l'œuf était à moitié sorti du corps et y était resté à moitié engagé quand on relevait le cadavre.

Ce que je viens de dire ne peut s'observer aussi distinctement dans tous les cas.

Quand la maladie sévit avec intensité, il n'est pas rare que la bête frappée succombe quelques minutes seulement après l'apparition des premiers symptômes; on en a vu tomber au moment même où elles mangeaient et périr.

D'autres sont saisies pendant qu'elles courent avec le reste du troupeau, s'arrêtent brusquement comme étourdies, s'affaissent tout d'un coup, et meurent sans faire aucun mouvement.

J'en ai vu deux, qui avaient été inoculées, qui n'ont paru malades que quatre à cinq minutes avant la mort, et qui, dans leurs derniers moments, se tenaient encore debout sur leurs pattes, comme si elles avaient été agitées par un mouvement électrique.

Je crois avoir répété que ce que je viens de dire dans la symptomatologie a été observé sur les poules. J'ajoute que, à en juger par les deux canards malades que j'ai vus et par ce qui m'a été rapporté par les fermiers et par les ménagères que j'ai interrogés, la physionomie, aussi bien que la durée et la marche générale de la maladie seraient à peu près les mêmes dans leur ensemble sur les autres gallinacées.

AUTOPSIE. — *Aspect général des cadavres.*

Les cadavres se roidissent assez vite.

La peau, quand elle s'était cyanosée pendant la dernière période de la maladie, conserve une teinte bleuâtre qui apparaît nuancée de rouge terne. Elle ne tarde pas à prendre un reflet verdâtre aux portions correspondant au jabot et à la partie postérieure du ventre.

La décomposition putride survient assez rapidement; cependant la promptitude de la putréfaction est loin d'être générale dans l'épizootie de 1832.

Un peu de liquide filant et clair mouille les bords du bec et l'orifice externe des cavités nasales, dans la plupart des sujets; les plumes du pourtour de l'anus sont salies par la matière des déjections sur ceux, en très grand nombre, qui ont eu la diarrhée.

Système musculaire. — Les chairs n'ont présenté aucune altération sensible sur les nombreux cadavres que nous avons ouverts; elles étaient d'un rose pâle, fermes, et nulle part nous n'y avons trouvé ni ecchymoses, ni taches, ni épanchements sanguins ou séreux quelconques.

Sur aucun point du corps, non plus, nous n'avons rencontré d'infiltration séreuse blanche ou citrine, ni d'emphysème dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire.

Articulations. — Toutes celles que nous avons ouvertes étaient saines.

Appareil digestif. — C'est dans cet appareil que nous avons trouvé les lésions les plus graves, les mieux appréciables, et en même temps les plus constantes de l'épizootie; bien que, à vrai dire, cette maladie, comme toutes les épizooties, paraisse moins consister dans une lésion particulière de tel ou tel organe appareil d'organes que dans une altération du sang.

Bec, pharynx, œsophage. — L'intérieur du bec, qu'il soit ou non rempli des mucosités dont j'ai parlé, est plutôt pâle que rouge; l'épithélium de la pointe de la langue est même tellement blanc et durci, que plusieurs ménagères prétendent que les bêtes meurent toutes avec la *pepie.*

Le pharynx et l'œsophage, à part une teinte légèrement rosée de leur intérieur sur quelques sujets, n'ont rien présenté de digne d'être noté.

Jabot, ventricule, gésier. — Le jabot contenait toujours une assez grande quantité de grains de céréales (avoine, blé, etc.) nageant dans un liquide clair, de couleur d'eau farineuse, plus ou moins abondant, et d'une odeur aigre, un peu fétide sur quelques sujets. C'est évidemment de ce viscère que provient le liquide blanchâtre non visqueux que quelques animaux rendent par le bec et par le nez avant de mourir.

La membrane interne du jabot, non plus que celle du ventricule, qui ne renferme presque jamais que des mucosités blanchâtres, ne nous a offert d'autre particularité qu'un peu de rougeur sous-épithéliale, coloration qui n'était peut-être qu'un fait physiologique, puisque ces animaux mouraient en pleine digestion.

Nous n'avons rien vu non plus de remarquable sur le gésier, si ce n'est dans deux sujets, où quelques petites taches ecchymotiques ont été vues sur la partie de la muqueuse qui le continue avec celle de l'intestin grêle.

Ces taches étaient recouvertes par une couche légère de matière molle et blanchâtre facile à détacher.

Intestin grêle. — C'est la première portion de cet intestin, celle qui, repliée sur elle-même, représente une anse très allongée et très droite, dont les deux branches séparées par le pancréas sont maintenues accollées l'une contre l'autre par un court mésentère, c'est-à-dire dans une étendue d'environ 20 à 30 centimètres à partir du gésier, que se sont rencontrées sur tous les sujets, à des degrés différents, les plus constantes altérations.

Dans les cas les plus simples, cette portion d'intestin renfermait une assez grande quantité de matière muqueuse assez abondante quelquefois pour la distendre, de consistance de bouillie claire et de couleur gris-sale.

Dans ces cas, la muqueuse était enduite d'une couche molle de mucosités d'aspect purulent, un peu visqueuse, qu'on enlevait en agitant la membrane dans l'eau ou en la grattant doucement avec le manche du scalpel : alors la muqueuse, mise à nu, apparaissait avec une couleur rose-terne, sur laquelle se dessinaient par places comme des plaques de gazon d'un rouge vif, inégalement touffu, les villosités qui tapissent cet intestin et qui étaient remplies de sang, surtout vers leurs extrémités.

M. Robin, qui a eu l'obligeance d'examiner au microscope les matières trouvées dans ces cas à l'intérieur de l'intestin, y a trouvé des globules de pus en assez grande quantité.

Dans des cas plus graves, les matières blanchâtres muqueuses dont je viens de parler étaient plus abondantes, un peu plus consistantes, et, tout en conservant leur viscosité, elles avaient un aspect gélatineux. On pouvait les détacher de la muqueuse, qu'elles enduisaient et à laquelle elles étaient mollement agglutinées, au moyen du manche du scalpel.

On les voyait alors, ou bien inégalement colorées en rouge plus ou moins clair ou terne par une exsudation sanguine qui aurait eu lieu à la surface intestinale; ou bien, et plus souvent, elles se présentaient comme des masses muqueuses d'aspect purulent, assez bien liées entre elles et piquetées à leur superficie par des caillots dont la grosseur moyenne est celle d'un petit grain de millet, qui étaient comme enchatonnés dans ces mucosités visqueuses.

Si on détachait avec attention celles-ci, on remarquait que chacun de ces caillots formait un point rouge sur les matières correspondant à une tache rouge ecchymotique dont l'étendue était en rapport avec le volume de ce caillot; ces taches disséminées, à distance presque égale les unes des autres, à la surface de la muqueuse, la pointillaient en rouge plus ou moins foncé d'une manière assez régulière.

Quelques-unes de ces taches étaient un peu plus grandes que les autres. Il s'en trouvait qui avaient l'étendue d'une petite lentille. Sur celles-là, le petit coagulum sanguin, souvent plus adhérent, n'était pas toujours entraîné par les mucosités qui le recouvraient, et on pouvait l'examiner isolément.

Il présentait ce singulier caractère que, presque entièrement rouge à sa base par laquelle il reposait sur l'ecchymose qui l'avait fourni, il était formé à son sommet par une petite masse de matière analogue à de la fibrine coagulée, d'une transparence un peu louche, ressemblant assez, par sa consistance et sa couleur, à de la gelée de coings molle et un peu terne.

Ces deux parties du petit coagulum, assez bien liées entre elles, n'adhéraient que faiblement à la tache intestinale sur laquelle il reposait, et qui évidemment lui avait donné naissance.

Quant à cette tache, si on l'examinait à la loupe, on remarquait que le point de la muqueuse sur lequel elle existait était légèrement érodé à sa surface. Manifestement il y avait eu à ce point une hémorrhagie avec destruction de la couche la plus superficielle de la muqueuse.

Enfin, dans un troisième ordre de cas que nous n'avons rencontrés que sur un petit nombre de sujets, les matières que renfermait la première partie de l'intestin grêle représentaient une véritable bouillie rouge-brun, formée d'un mélange de mucosités, de matières comme purulentes, de quelques rares débris alimentaires et de sang.

Dans ces cas encore, ces matières enduisaient en y adhérant mollement la surface de la muqueuse intestinale; mais, quand on les avait enlevées par le frottement, même léger, on n'apercevait plus rien de cette muqueuse, qui paraissait avoir été entièrement désorganisée et détruite; on ne voyait plus, sur les parties qu'on avait raclées et lavées, qu'une surface finement granulée, rougeâtre, assez ferme; espèce de bourgeonnement formé sans doute par le tissu cellulaire sous-muqueux.

On pouvait, jusqu'à un certain point, quand on ouvrait l'abdomen, prévoir, par l'aspect extérieur de l'intestin, quel serait celui des trois ordres de lésion que je viens de décrire qu'on trouverait à son intérieur.

En effet, bien que les anses vasculaires intestinales fussent dans tous les sujets assez fortement injectées, cette injection était cependant d'autant plus prononcée que les altérations de la muqueuse étaient plus graves; mais c'était principalement par le degré de coloration de l'intestin lui-même qu'on pouvait se guider. En effet, à peine rosée dans les premiers cas, la portion d'intestin malade était rose-terne dans les seconds, et laissait entrevoir assez nettement à travers la séreuse les piquetures ou petites taches ecchymotiques de la muqueuse qui existent sur beaucoup de sujets de cette catégorie.

Enfin, sur les individus offrant les lésions du troisième ordre, la couleur rouge-sombre de l'extérieur de l'intestin disait assez l'état de la muqueuse à son intérieur et la nature des matières qu'il renfermait.

Les lésions que je viens de décrire disparaissaient ou du moins diminuaient très sensiblement sur presque tous les sujets, à partir de 20 à 30 centimètres du gésier.

On ne remarquait plus, sur les portions suivantes, jusqu'au cœcum, que quelques villosités ou groupes de villosités plus ou moins injectés et quelques rares ecchymoses. Les matières renfermées dans ces portions, toujours moins abondantes, y conservaient la même consistance; leur couleur seule variait. Elles étaient d'un blanc grisâtre plus ou moins verdi par la bile, dans les sujets de la première catégorie.

La même teinte verte était altérée par une coloration livide dans les sujets de la seconde catégorie.

Et dans ceux de la troisième, quelques-uns, bien que l'intestin ne fût pas ou que peu malade aux endroits où on la rencontrait, avaient la couleur de lavure de chair.

Dans plusieurs sujets, nous avons trouvé, dans cet intestin, un assez grand nombre de tœnias.

Si je mentionne ici cette circonstance, qui paraît assez étrangère à la maladie dont je m'occupe, c'est que quelques auteurs, et particulièrement le docteur Baronis, frappés du grand nombre de ces entozoaires qu'ils rencontraient dans les volailles dont ils faisaient l'ouverture, ont rapporté à leur présence le caractère de l'affection qu'ils ont considérée comme essentiellement vermineuse.

Il me paraît important de mentionner que les follicules isolés, non plus que les plaques gaufrées de Peyer, que nous avons examinées avec une attention particulière sur tous les sujets que nous avons ouverts, ne nous ont jamais paru être le siége d'altérations morbides.

Cœcums. — Les cœcums, à part un peu d'injections dans les vaisseaux des mésentères qui leur servent de liens, n'ont rien présenté d'important à noter. Les matières y avaient leur couleur et leur consistance normales.

Rectum. — Il n'en était pas de même du rectum, qui, sur un assez grand nombre de sujets, avait sa muqueuse marquée de taches rouges plus ou moins foncées ou livides, ou de bandes de même couleur existant principalement sur le sommet des plis que forme cette muqueuse.

Pancréas. — Le pancréas était sain sur tous les sujets.

Foie. — Le foie ne nous a pas non plus présenté de lésions appréciables dans l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie pathologique de cet organe.

La vésicule biliaire, tantôt pleine, tantôt presque vide, renfermait toujours une liqueur d'un beau vert d'émeraude qui ne nous a pas paru altérée.

Rate. — La rate, dont la grosseur varie dans l'état normal et suivant les sujets depuis celle d'une grosse aveline jusqu'à celle d'une petite noisette, ne nous a pas paru avoir augmenté de volume dans cette maladie; elle n'a présenté de particularités que dans sa consistance généralement un peu plus molle, et dans sa couleur, qui, de brunâtre qu'elle est dans l'état de santé, était d'un brun plus foncé nuancé ou marbré de violet.

La matière qu'elle renferme, bien que moins consistante et plus facile à enlever par le grattage que dans l'état naturel, n'a jamais été diffluente.

J'ajouterai même que, sur deux des poules saines que nous avons disséquées pour avoir des points de comparaison, cet organe nous a présenté une teinte aussi violette, une mollesse aussi grande que celle qu'elle avait sur plusieurs malades.

Appareil génito-urinaire. — Les reins ne nous ont rien présenté de remarquable comme altération.

Il en a été de même de tous les organes génitaux soit du coq, soit de la poule; les testicules, comme les ovaires, l'oviduc et le cloaque, avaient seulement leur membrane séreuse d'enveloppe très fortement injectée, ce que nous avons attribué en grande partie à l'excitation particulière dont ces organes sont le siége en ce moment, qui est celui de la ponte.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 avril 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société reçoit :

Un travail de M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, ayant pour titre : *Déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie.*

M. Demarquay rendra compte de ce travail.

— M. PELLETIER fait hommage à la Société de sa thèse, ayant pour titre : *De la contracture du sphincter anal et de son traitement par la dilatation forcée.*

M. Maisonneuve fera un rapport verbal sur ce travail.

— M. CHASSAIGNAC termine la lecture de son travail ayant pour titre : *De l'autoplastie faciale.*

Nous donnons ici un résumé rapide de ce travail, afin de faire mieux comprendre les diverses observations qui ont été présentées à propos de ce mémoire intéressant, dont la publication aura lieu dans nos fascicules. Les principaux chapitres de ce travail traitent :

1° De la blépharoplastie de la paupière inférieure, pour un cancer de cette paupière développée chez un homme de soixante et un ans hémiplégique;

2° De l'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes;

3° De la dacryocystoplastie où restauration anaplastique du sac lacrymal;

4° De l'autoplastie parotidienne;

5° De l'autoplastie pour les cancers de la lèvre inférieure.

L'observation de blépharoplastie dont le sujet a été présenté à la Société a offert ceci de particulier, que le malade, âgé de soixante et un an et atteint d'hémiplégie, avait perdu toute la paupière inférieure du côté droit et une partie attenant à la joue, ainsi que la portion de conjonctive tapissant l'hémisphère inférieur du globe de l'œil, en sorte qu'on a dû disséquer jusque sur la sclérotique.

L'opération d'autoplastie fut faite le 30 août 1849. Le malade quitta l'hôpital le 10 novembre; 7 mois après il y revint présentant une récidive de cancer qui, cette fois, a complétement respecté le lambeau autoplastique. Nouvelle opération le 30 mai 1850, cicatrisation le 17 juin, présentation du malade à la Société de Chirurgie le 14 août.

M. Chassaignac considère ce fait de récidive qui a respecté complétement le lambeau autoplastique comme venant à l'appui de l'opinion de M. Martinet (de la Creuse), en ce sens que les lambeaux autoplastiques sont réfractaires à la reproduction de l'affection cancéreuse, qui, dans ce cas, s'était arrêtée juste à la limite du lambeau.

A cette occasion, l'auteur du mémoire examine d'une manière générale la valeur des faits qui peuvent être invoqués à l'appui de la théorie de M. Martinet, et il constate la difficulté de trouver dans un fait clinique le caractère démonstratif nécessaire pour prouver que l'autoplastie s'oppose à la repullulation du cancer.

L'autoplastie oblitérante de l'orbite à la suite de l'ablation complète du globe de l'œil et de ses annexes a été obtenue par l'autoplastie avec glissement dû au décollement de toute la zone palpébrale externe. Jusqu'alors on n'avait point obtenu une clôture complète de la base de l'orbite par les voiles palpébraux; il restait toujours un point non oblitéré, soit qu'il fût entretenu par la persistance de la totalité ou d'une partie de la glande lacrymale de l'orbitre, soit par toute autre cause. L'oblitération absolue, telle qu'elle a été obtenue dans le cas rapporté par notre collègue, lui paraît due non-seulement au décollement de la zone palbébrale externe qui a permis de faire refluer les téguments vers la partie interne, mais encore à ce que l'opération, ayant dû détruire la paroi interne de l'orbite qui était envahie par le cancer, avait établi entre l'orbite et les fosses nasales une communication qui permettait à l'air d'arriver dans l'orbite en arrière du voile membraneux formé par l'adhérence des paupières.

Une partie importante du mémoire est celle qui se rapporte à la dacryocystoplastie ou autoplastie du sac lacrymal. L'auteur cherche d'abord à établir qu'il existe des fistules lacrymales absolument réfractaires à tous les moyens connus de traitement, sauf l'autoplastie. C'est à une de ces fistules qu'on a eu affaire; on pouvait employer le procédé de Dieffenbach, qui se trouve décrit tout au long dans le mémoire de M. Chassaignac, circonstance qui pourra paraître utile, vu que ce procédé, fort peu connu en France, n'est décrit dans aucun des ouvrages que nous avons continuellement entre les mains. Ce n'est pas de ce procédé que l'auteur a fait usage; après avoir détruit dans une incision en forme de V les tissus qui formaient le pourtour de la fistule, il a taillé deux lambeaux, l'un à la partie inférieure, l'autre à la partie supérieure, lambeaux dont la réunion a complétement formé l'orifice fistuleux.

Voici, du reste, quelques détails de l'observation consignée *in extenso* dans le mémoire de M. Chassaignac, qui regarde l'autoplastie comme devant être substituée en principe à la méthode barbare de la cautérisation destructive, méthode qui depuis quelque temps semble reprendre faveur parmi les oculistes.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 23 octobre 1849. Traité huit ans auparavant à l'hôpital Necker par Auguste Bérard pour une fistule lacrymale, qui, si elle n'est pas congénitale, date du moins de la première enfance. Bérard, ayant constaté par un cathétérisme attentif tant des conduits lacrymaux que du canal nasal l'oblitération de ce dernier, se vit dans la nécessité de pratiquer une voie nouvelle à travers l'os unguis d'après le procédé de Woolhouse. Rétablissement du passage des larmes dans les voies nasales; mais persistance d'une fistule que Bérard ne put jamais tarir, malgré les moyens les plus variés et les plus puissants, notamment l'application du fer rouge. Cette infirmité, nuisant au malade pour gagner sa vie, le porte à réclamer les conseils d'un confrère, qui l'envoie à l'hôpital Saint-Antoine. Première opération consistant dans l'extraction de la canule placée par Bérard.

Dans les premiers jours de février, opération d'autoplastie consistant à enlever les parties adhérentes et dans leur centre l'orifice cutané de la fistule. Dissection de deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, ce qui permit de masquer complétement l'orifice profond de la fistule. Guérison. Absence d'épiphora.

Le malade, à sa sortie de l'hôpital, pouvait rester pendant l'espace de six heures sans avoir besoin de s'essuyer l'œil, ce qu'il était obligé de faire à chaque instant au moment de son entrée.

L'autoplastie de la région parotidienne offre des difficultés qui dépendent de l'excavation que laisse après elle l'ablation des tumeurs qui siégent derrière le bord postérieur de l'os maxillaire. Quand on cherche à ramener les téguments d'un côté à la partie la plus reculée de la joue, de l'autre à la peau qui recouvre la partie supérieure du sterno-mastoïdien, on parvient bien à recouvrir la solution de continuité, mais on a une espèce de pont tégumentaire qui ne s'applique pas avec exactitude sur le fond même de l'excavation et reste sous-tendu à distance de celui-ci. L'auteur du mémoire croit avoir obtenu la solution de cette difficulté en ne taillant qu'un seul lambeau et en l'empruntant en totalité aux téguments lâches et mobiles de la région sous-maxillaire, téguments qu'il fait remonter tout d'une pièce jusqu'au pavillon de l'oreille.

Quant à la chéiloplastie de la lèvre inférieure, c'est moins une opération nouvelle que propose l'auteur qu'un *modus faciendi* particulier d'une opération connue. Aussi nous n'y insisterons pas.

Nous dirons que l'auteur s'est occupé d'une manière incidente d'une question qui intéresse à un certain degré les opérations d'autoplastie : c'est celle qui consiste à déterminer avec exactitude la durée des applications des moyens de suture; sa conclusion est que l'on doit tendre à abréger autant que possible le séjour des moyens de suture et à les retirer dans tous les cas juste à la limite où ils cessent d'être indispensables. Cette limite se détermine plus facilement en divisant les solutions de continuité autoplastiques en deux classes : celles qui ont une tendance active au déplacement, celles qui n'ont qu'une tendance passive. Dans cette dernière classe, des moyens d'union ne doivent pas être maintenus au delà de vingt-quatre heures.

L'autre conclusion se rapporte à l'abus que l'on ferait de l'emploi de la suture entortillée dans un certain nombre d'opérations autoplastiques, où la suture à points séparés est d'une application préférable.

M. Maisonneuve combat l'autoplastie palpébrale après l'ablation complète de l'œil afin d'amener l'occlusion des paupières; en effet, il n'est point impossible, même quand l'œil a été complétement enlevé, d'appliquer un œil artificiel; seulement, il faut un œil différemment construit que celui que l'on destine à corriger la difformité résultant de l'amputation : il faut se servir d'une espèce de globe dont la partie postérieure peut être disposée de telle sorte qu'elle s'adapte parfaitement à l'orbite.

M. Monod a pratiqué l'année dernière l'ablation de l'œil, et un œil artificiel corrigeait tellement bien la difformité qu'à quelques mois de distance il ne pouvait reconnaître l'œil artificiel de l'œil naturel quand le malade était un peu éloigné; toutefois, il faut ajouter que M. Monod, en pratiquant son ablation de l'œil, a fait subir au procédé opératoire généralement suivi une petite modification assez importante : au lieu de couper la conjonctive oculaire au niveau du cul-de-sac que forme cette membrane en se portant de la paupière sur le globe oculaire, il la détache du pourtour de la cornée, de cette façon il prévient autant que possible l'enfoncement des paupières après l'ablation de l'œil.

M. Chassaignac convient que la difformité résultant de l'ablation de l'œil peut être corrigée par un œil artificiel; mais il est telle circonstance où ce moyen ne peut être appliqué. C'est alors que l'autoplastie, telle qu'il la pratique, peut être utile.

M. Deguise fils demande à M. Chassaignac s'il admet en principe qu'il faille perforer les unguis avant d'établir l'occlusion des paupières. Il a eu récemment occasion de pratiquer l'occlusion des paupières sur un cocher qui, dans une rixe, avait perdu un œil : les paupières étaient renversées. Avant de pratiquer l'occlusion de ces voiles, la glande lacrymale fut enlevée. La réunion des paupières s'est fait attendre; mais le résultat ne peut être un instant douteux.

M. Maisonneuve combat en principe l'ablation de la glande lacrymale et la perforation de l'unguis avant de tenter l'occlusion des paupières. Deux fois il a fait cette opération, et ne s'est point occupé de cette glande. Il faut ajouter que, dans les deux opérations qu'il a faites, il a respecté les points lacrymaux, et que l'occlusion n'a jamais été complète.

Tout récemment il a fait l'opération qui nous occupe à un nommé Naquard, que tout le monde a vu dans le service de Lisfranc, et qui avait perdu un œil à la suite d'une brûlure; l'occlusion fut incomplète; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que cet individu, dont la cornée de l'œil sur lequel la réunion des paupières a été faite était opaque, et ne laissait passer aucun rayon lumineux, a recouvré, à un faible degré il est vrai, la faculté de voir de l'œil malade après l'opération.

M. Cullerier. Les opérations autoplastiques faites dans le but de prévenir le retour du cancer ont certainement leur intérêt; mais il est une question préliminaire qu'il faut étudier, c'est celle du cancer lui-même. Nous n'avons plus aujourd'hui sur cette maladie les mêmes idées que celles que nous avions il y a quelques années. Avant de déclarer que l'autoplastie prévient le retour du cancer, il faut s'entendre, et dire quelle espèce de cancer.

M. Demarquay. M. Blandin avait complétement admis les idées de M. Martinet (de la Creuse), relativement à l'influence de l'autoplastie comme moyen de prévenir le retour du cancer. C'est ainsi que je lui ai vu pratiquer la rhénoplastie, la blépharoplastie, la chéiloplastie, dans ce but. J'ai constaté quelques résultats heureux; mais avait-on affaire à de véritables cancers? D'ailleurs les individus, après avoir quitté l'hôpital, étaient perdus de vue. Je crois donc, avec M. Cullerier, qu'il faudrait d'abord spécifier le cas auquel cette opération est appliquée pour juger de sa valeur.

M. Chassaignac. Le lambeau ne prévient pas la reproduction du cancer dans les parties voisines; mais il empêche la manifestation sur place; il y a donc avantage à faire de l'autoplastie à la suite des opérations que l'on pratique pour détruire les affections carcinomateuses, attendu que, si l'on a enlevé tous les tissus malades, on empêche par un lambeau autoplastique la reproduction du mal dans le lieu même où il siégeait.

M. Maisonneuve ne nie pas l'influence du lambeau autoplastique à la suite des opérations du cancer; mais dans le fait rapporté par M. Chassaignac, il n'a servi à rien, puisque le mal s'est reproduit dans les parties voisines; il n'a agi que comme un corps étranger qui aurait été placé au centre de la plaie; il n'a eu aucune influence sur les bords de la plaie, qui étaient entachés du vice cancéreux, puisque le mal s'est développé après l'opération comme si aucune opération autoplastique n'avait été pratiquée.

M. Forget. L'application de l'autoplastie comme moyen de prévenir la récidive du cancer n'a pas donné les résultats qu'en avait espérés M. Martinet (de la Creuse); on a beaucoup exagéré la valeur des faits publiés par cet observateur : qu'on lise la thèse de Blandin sur l'autoplastie où tous ces faits sont relatés, et on verra qu'il n'en est pas un seul qui soit concluant.

Quant au mode de reproduction qu'affecte le cancer à la suite de ces réparations dues à la chirurgie plastique, il est certain qu'en général les lambeaux réparateurs sont ménagés; ils ont pour effet de transplanter la repullulation de la maladie sur un point éloigné du centre des tissus qu'elle occupait primitivement. Deux fois j'ai eu occasion de voir ce résultat à la suite de l'ablation d'un cancer de la paupière et de l'aile du nez. Le lambeau emprunté à la joue pour fermer la plaie de l'opération demeura intact; mais le mal se reproduisit sur la limite de celui-ci, à son point d'union avec les tissus auxquels il avait été greffé.

Il ressort de cette observation, ajoute M. Forget, que la récidive n'a pas été prévenue; qu'elle s'est produite là où elle a lieu d'habitude, c'est-à-dire dans le tissu en continuité avec le cancer qui a été enlevé, et tout à fait placé par conséquent dans l'atmosphère de ce dernier. Quant à l'immunité dévolue au lambeau, elle ne doit point étonner, si on veut bien considérer qu'il est constitué par un tissu sain éloigné du cancer, sans relation vasculaire et nerveuse prochaine avec lui, n'ayant conséquemment subi aucune altération, soit vitale, soit organique, qui le fasse participer de la nature du tissu envahi et détruit par l'affection cancéreuse.

M. Huguier. Pour juger de l'avantage des opérations autoplastiques dans le cas qui nous occupe, il ne faut point oublier le mode suivant lequel se reproduit le cancer après les opérations faites pour le détruire. Suivant notre collègue, la reproduction a lieu :

1° Sur place, des parties profondes vers les superficielles;
2° Dans la cicatrice que l'on obtient après l'opération;
3° A quelque distance du lieu opéré;
4° Dans un lieu éloigné, ou dans tous les viscères de l'économie.

L'autoplastie, si elle est utile, ne peut prévenir que la reproduction que j'ai classée dans ma première catégorie.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Londres, 10 mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Celui-là emploie le télégraphe sous-marin qui insère le 3 mai une réponse faite à Londres à une lettre insérée le 1er dans la *Gazette des Hôpitaux*. Celui-là, c'est M. Mathieu ou son acolyte; car, M. Mathieu disant qu'il ne fait que tenir la plume, je n'ai pas à m'en occuper.

Je signe toutes les lettres que m'envoie la personne qui, *légitimement*, défend mes intérêts. *Absent* (ce qui fait saillir la délicatesse des attaques dont je suis l'objet), j'ai dû me mettre à l'abri du tort que l'on veut me faire. Personne ne s'abrite donc *illégitimement* derrière mon nom, comme ne craint pas de s'abriter derrière un complaisant un chirurgien évidemment plein d'honnêteté, de tenue, d'esprit, et surtout de bon sens, mais avec lequel il peut être raisonnable de cesser désormais de correspondre. C'est ce que je ferai.

Agréez, etc.

A. Luer.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 56. — JEUDI 15 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 56. — JEUDI 15 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Librsires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 14 MAI 1851.

Séances des Académies.

La séance à peu près tout entière de l'Académie de Médecine a été occupée aujourd'hui par une lecture de M. Delafond sur l'épidémie qui règne actuellement dans les basses-cours, et par la discussion qui a suivi cette lecture. Nous avons dû regretter avec toute l'Académie, avec toutes les personnes présentes à la séance, que les deux orateurs aient employé un talent si remarquable au service d'un sentiment qui n'avait pas exclusivement sa source dans l'intérêt de la science. Espérons que la section de médecine vétérinaire, si distinguée par le mérite de ses membres, saura se mettre à l'abri des dissensions, dont l'existence, si elle n'est pas moins regrettable, s'explique mieux dans les autres sections.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce côté de la discussion, et nous avons hâte de dire quelques mots des points exclusivement scientifiques qu'elle a présentés. Cet intérêt nous semble s'être concentré sur les analogies que l'épidémie actuelle des gallinacées aurait, suivant M. Delafond, avec les affections charbonneuses, suivant M. Renault, avec le choléra. Le parallèle que M. Renault a établi entre l'épidémie actuelle et le charbon d'une part, entre cette épidémie et le choléra d'autre part, nous paraît un modèle de critique et de discussion scientifiques, l'expression la plus heureuse des saines doctrines pathologiques. L'honorable orateur nous paraît avoir mis hors de doute la différence essentielle qui sépare le choléra des poules des affections charbonneuses; et après sa remarquable improvisation, nous croyons que tout le monde a été de son avis. Quant aux analogies qu'il a signalées entre le choléra de l'homme et celui des gallinacées, ces analogies, il s'est d'ailleurs empressé de le déclarer lui-même, sont loin de constituer une identité; et il est, nous en sommes persuadé, le premier à reconnaître que, d'un côté, l'expérience négative de M. Delafond, qui a injecté en vain dans les veines d'un animal du sang de cholérique (1); d'un autre côté, les propriétés éminemment contagieuses, de l'animal à l'animal, de presque tous les liquides dans l'épidémie des gallinacées, et l'absence de ces mêmes propriétés de l'animal à l'homme, sont autant de circonstances qui doivent faire repousser cette identité, sans cependant détruire des analogies qui en effet sont très grandes, et que M. Renault, conséquemment, a eu raison de signaler.

(1) Il s'agit d'un lapin inoculé avec du sang de cholérique; ce lapin aurait succombé à une véritable attaque de choléra; l'inoculation du sang de ce lapin aurait transmis la même maladie à un autre, et le sang de celui-ci à un troisième.

Quant à l'expérience tentée en Italie, et rappelée par M. Bérard, qui viendrait contredire celle de M. Delafond, nous pensons que l'éminent professeur, en rappelant cette expérience, n'a pas tenu un compte suffisant du ciel sous lequel elle est éclose. M. Bérard a communiqué un renseignement plus positif en annonçant que les faisans partageaient la triste aptitude de leurs parents, les gallinacées, à contracter la maladie, et qu'il existait telle volière précieuse par la rareté des espèces où l'épidémie n'avait laissé qu'un dixième des habitants.

— A l'Académie des Sciences, trois communications ont été faites qui nous intéressent à divers titres. La première est celle de M. Jobert, qui a signalé des conditions mal appréciées encore dans la disposition des corps étrangers des voies aériennes; la seconde est due à M. Duhamel, qui a communiqué trois cas intéressants de compression de l'aorte, mais qui a eu le tort d'en tirer des inductions inexactes au point de vue de la transfusion du sang; la troisième enfin est due à M. Alhiet, qui a fait des expériences confirmatives de celles de M. Marchal (de Calvi) touchant l'influence de l'agitation sur la défibrination du sang. On sait que d'autres observateurs ont communiqué des expériences contraires. Espérons que le jour ne tardera pas à se faire complétement sur ce point intéressant d'hématologie.

H. de Castelnau.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Du rhumatisme.

(5e article.)

Rhumatisme articulaire.

Rhumatisme articulaire chronique. — Le rhumatisme articulaire affecte quelquefois la forme chronique, et se présente alors avec des degrés divers d'intensité. Souvent il existe seulement dans les articulations des douleurs permanentes qui occasionnent une simple gêne des mouvements; d'autres fois les articulations malades sont sans douleur pendant l'immobilité; mais avec le mouvement, la souffrance reparaît. Il arrive quelquefois que les premiers mouvements sont douloureux, et qu'un exercice plus ou moins longtemps continu finit par ne s'accompagner d'aucune souffrance; il reste seulement un peu de gêne: les malades se disent rouillés; c'est là la forme bénigne. Le rhumatisme articulaire ne commence pas toujours par la forme aiguë; il peut être chronique dès le début, à cause du peu d'intensité des phénomènes inflammatoires, et plus tard par la persistance des douleurs. Dans une de ses formes le rhumatisme articulaire chronique est intermittent et mobile; mais dans d'autres, où il prend un caractère plus sérieux, bien qu'il ait débuté sous la forme chronique, ce qui est rare dans les grandes articulations, plus fréquent dans les petites, il se fait un gonflement permanent dans les articulations malades, avec accumulation de synovie et tuméfaction des parties environnantes, muscles, ligaments, cartilages, os; enfin sensibilité à la pression; et quand la lésion est plus sérieuse, douleur permanente. Dans les grandes articulations il y a des intermittences dans la marche du mal; mais dans les petites on retrouve tous les caractères de la maladie.

La durée de cette forme de rhumatisme est quelquefois illimitée, et alors les fonctions peuvent finir par s'altérer. Il survient de l'amaigrissement, de l'inappétence, de la constipation, et souvent il se forme des concrétions dans les voies urinaires. Ces concrétions se rencontrent surtout dans les cas où les petites articulations sont particulièrement affectées, cas qui sont désignés sous le nom de goutte.

La goutte diffère peu du rhumatisme articulaire proprement dit; cependant il y a des nuances qu'il faut connaître. Sans doute les grandes articulations ne sont pas exclusivement malades chez un sujet, et les petites chez un autre; souvent elles sont successivement envahies pendant la même attaque, et c'est à cause de cela qu'on a donné à ces cas spéciaux le nom de rhumatisme goutteux. Dans la maladie des petites articulations, celle des pieds et des mains, par exemple, il y a presque toujours rougeur; dans les grandes, la rougeur ne se montre pas. Quant à la nature de la maladie, il n'y a pas probablement de différence. Quelques faits particuliers cependant ont pu faire observer des phénomènes propres à chacune de ces deux affections. Et d'abord, l'arthrite des petites articulations est plus commune chez les gens qui se livrent aux excès que chez les oisifs. Les personnes sobres, au contraire, sont plus sujettes aux arthrites des grandes articulations. On a signalé les phénomènes dyspepsiques comme accompagnant fréquemment la goutte. Le fait est vrai et produit par la même cause, un régime trop substantiel ou l'oisiveté. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'on digère autant avec ses jambes qu'avec son estomac. Les occupations intellectuelles elles-mêmes ont sur la digestion une action réelle, moins évidente cependant que celle des exercices du corps. La gravelle accompagne aussi très souvent la goutte, et est toujours sous l'influence des mêmes causes.

La goutte peut être aiguë ou chronique. Le plus souvent elle prend la forme aiguë et se manifeste plus fréquemment aux pieds qu'aux mains. La maladie gagne une ou deux articulations à la fois, et s'arrête; ou bien, dès qu'elle a diminué sur un point, elle se reproduit avec plus de force sur un autre. Toujours est-il qu'elle a une grande tendance à récidiver; aussi peut-on dire sans présomption : qui a eu la goutte aura la goutte. La longueur des intervalles des attaques est très variable.

Lorsque la goutte prend la forme chronique, elle peut durer fort longtemps, et finit par produire des lésions graves et permanentes, mais sans douleur. Il se fait, par exemple, un dépôt de matière calcaire dans les intestins des ligaments et des cartilages, dépôt qui ne produit que la gêne des mouvements. Sandre Beauvais appelait cette forme *goutte primitive atonique.* Le plus souvent ces dépôts sont accompagnés de douleurs. Les grandes articulations ne sont pas complétement exemptes de cette lésion, et on voit de ces dépôts, dits tophacés, envahir non-seulement les ligaments, mais encore s'accroître, arriver à la peau, la perforer, et faire alors partie de la surface extérieure du corps. Dans quelques cas d'usure ou de transformation de la peau, on a vu ces concrétions se détacher complétement des articulations où elles s'étaient formées.

Les concrétions tophacées des articulations et celles que

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* le numéro du 10 mai.)

François Ier et sa sœur, la reine de Navarre, fondèrent l'hôpital des *Enfants-Dieu*, depuis appelés les *Enfants-Rouges*, pour les enfants des étrangers morts à l'Hôtel-Dieu. Les ressources de cet hôpital permirent d'en étendre les bienfaits aux orphelins du diocèse de Paris.

Vers la même époque, 1540, fut fondé l'hôpital de la Trinité et celui des Orphelines de la miséricorde ou *des cent filles*, auxquelles la déclaration du 30 mai 1656 attribuait ce privilége, très grand alors, d'apporter la *maîtrise* en dot à leurs époux simples compagnons.

En 1560 eut lieu, par les soins de Guillaume Duprat, évêque de Clermont-Ferrand, la réunion des trois hôpitaux de cette ville, dont un, l'hospice de Saint-Genès, avait été fondé vers 650 par le saint qui lui avait donné son nom. Guillaume Duprat légua toute sa fortune aux hospices de Clermont (1).

(1) Les hôpitaux de Clermont, comme tous ceux de France, eurent pour bienfaiteurs les princes, les grands barons, les évêques, les hommes illustres; parmi ceux-ci, on compte Jean Domat, Blaise Pascal, Massillon et, dans le siècle dernier, à titre différent, dom Gerle, qui, dans une lettre fort noble, leur fit donation d'une somme considérable.

Henri IV fonda le premier hôpital militaire en 1604; mais il était insuffisant : aussi plaçait-on souvent les soldats blessés dans les abbayes. En 1607, il posa la première pierre de l'hôpital Saint-Louis, un des plus beaux de l'Europe, bâti par Claude Villefaux-de-Châtillon. Il fut ouvert en 1619, année pendant laquelle Paris fut affligé d'une maladie contagieuse. Ce prince agrandit aussi l'Hôtel-Dieu de deux salles, qui existent encore. Quelques années auparavant, en 1602, Marie de Médicis fit venir des frères de Saint-Jean-de-Dieu pour soigner les malades de l'hôpital de la Charité, qu'elle avait fondé.

Sous Louis XIII, les Incurables, la Pitié, la Salpêtrière furent fondés ou appropriés aux besoins des pauvres et des malades. La commanderie de Saint-Louis, à Bicêtre, fut destinée aux soldats invalides. Ce fut aussi sous ce prince que saint Vincent de Paul commença ses touchantes prédications en faveur des enfants trouvés.

Les deux grandes créations de Louis XIV, indépendamment de l'hôpital des Enfants-Trouvés, furent la fondation des Invalides et celle de l'Hôpital-Général. On retrouve dans ces deux fondations l'esprit politique de son règne. L'Hôpital-Général, surtout, atteste son amour sévère pour l'ordre. Sans retracer ici les scènes de violence auxquelles 40,000 mendiants se livraient, chaque jour, dans Paris en présence d'une administration trop faible pour les contenir, scènes dont l'*Histoire de l'Hôpital-Général* a conservé les souvenirs, il suffit de dire que le mal était arrivé à ce point, qu'il fallait y porter un remède aussi prompt qu'énergique, et c'est ce que fit Louis XIV par la création de l'Hôpital-Général, suivant, en cela, la pensée du chancellier Marillac, lequel déclare que « 200 mendiants ou vagabonds enfermés délivrent la ville de 800 des leurs. » C'est ce qui arriva lors de l'ouverture de l'Hôpital-Général.

Louis XIV ordonna, par un édit spécial, que cette mesure s'étendrait aux provinces par la création d'hôpitaux généraux destinés à la répression et à l'extinction de la mendicité dans *les villes et gros bourgs du royaume*, rappelant les édits de ses prédécesseurs depuis la célèbre ordonnance de 1350.

Le dix-huitième siècle ne fut pas moins fécond que ses devanciers en créations d'établissements hospitaliers, dont la plus grande partie subsistent encore.

Leurs fondateurs sont connus de tous, et il serait inutile de rappeler les noms honorés des Beaujon, des Cochin, des Viennot, des Necker, etc.

Dans le résumé historique succinct qui précède, je n'ai ni pu, ni voulu retracer toutes les origines de nos hôpitaux. Celles de quelques-uns se perdent dans la nuit des temps; d'autres ont vu leurs chartes et leurs titres détruits à la fin du siècle dernier. Enfin, cette énumération serait à elle seule le sujet d'un ouvrage spécial d'un intérêt de pure curiosité.

Une grande partie de la France a été, dans les siècles antérieurs, couverte d'hôpitaux dont une grande partie existe encore. Ainsi ceux de Lille, dus à la bonne comtesse Jeanne, qui datent du treizième siècle; ceux du département de Vaucluse, autrefois terre papale et qui contient plus d'établissements hospitaliers qu'aucun autre, Toulouse, Montpellier, etc. Partout, on retrouve des preuves anciennes ou modernes de l'intérêt et de la tendre sollicitude que les malades et les pauvres ont toujours inspirés à toutes les classes dans notre pays.

Après ce rapide historique, je vais faire connaître la situation actuelle des hopitaux et des hospices, en prenant pour base, comme je l'ai fait pour d'autres études relatives à des établissements de bienfaisance, les chiffres de l'année 1847, afin de faire concorder tous mes travaux entre eux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

l'on trouve dans la vessie, dans les cas de gravelle coïncidant avec la goutte, peuvent contribuer par leur composition chimique à un rapprochement de ces deux affections. Ces dépôts tophacés se montrent le plus souvent dans les pieds, les malléoles, les genoux, les mains ou les poignets; quelquefois, mais plus rarement, dans les grandes articulations. M. Chomel a vu il y a quelques années un Anglais qui, après être resté dix ans sans marcher, à cause de dépôts tophacés considérables dans toutes les articulations, fut, après bien des traitements, envoyé à Vichy, et sous l'influence de ces eaux il parvint à faire quelques pas. On publia qu'il était guéri radicalement. Un goutteux avait marché! Deux ou trois ans plus tard il était plus perclus que jamais; la plupart de ses articulations étaient entourées d'incrustations très épaisses, et toute l'aponévrose jambierre ainsi incrustée formait une espèce de coque enveloppant les muscles.

Le diagnostic des affections rhumatismales articulaires est généralement facile. La douleur, le gonflement et la gêne du mouvement sont caractéristiques. Ces symptômes persistent quelques jours dans une articulation, puis passent dans une autre, et peuvent envahir successivement le plus grand nombre des articulations de l'économie. Ce n'est guère que lorsqu'une seule articulation est prise qu'il peut se présenter quelque difficulté. Il pourrait en effet y avoir entorse, résultat d'un mouvement violent dans l'articulation ayant produit une distension exagérée des ligaments, et les rapports des malades ne peuvent pas toujours dissiper les doutes du médecin. Il peut se faire que plusieurs articulations se prennent à la fois ou successivement. Dans les cas, par exemple, de phlébite ou de métastase purulente, il arrive quelquefois que le pus résorbé se dépose dans les articulations et simule un rhumatisme. Mais en remontant aux circonstances du début, quand la douleur est fixe, ou que chez les femmes enceintes, ou dans la période puerpérale le gonflement est sans douleur; enfin s'il y a eu un ou plusieurs frissons, il n'y a plus d'erreur possible.

La tumeur blanche, si elle n'était localisée, et si le gonflement n'allait pas toujours en augmentant, pourrait être prise pour le rhumatisme articulaire chronique. D'ailleurs, elle se développe toujours chez des sujets scrofuleux. Il est encore facile de distinguer à des caractères tranchés les douleurs articulaires qui succèdent à la suppression d'une blennorrhagie remontant à quelques semaines, aussi bien que les douleurs ostéocopes.

Lorsqu'on voit une seule articulation se prendre, qu'il y a fièvre et douleurs aiguës restant toujours dans la même articulation, on doit penser à une arthrite simple; et, en effet, la fièvre augmente, le malade dépérit; il se fait un épanchement, la suppuration se forme, et enfin la mort peut survenir au bout de quelques jours. Il ne faut pas confondre cette fièvre avec celle qui se rencontre quelquefois au moment d'une nouvelle explosion de rhumatisme, qui ne s'accompagne d'ailleurs jamais de phénomènes ataxiques.

Le pronostic du rhumatisme articulaire est rarement grave quant à la conservation de la vie; cependant il amène souvent des méningites ou des endopéricardites consécutives. On peut, par exemple, avoir la certitude que la récidive aura lieu, quelque chose qu'on fasse pour l'arrêter; mais l'intervalle des attaques peut être plus ou moins long. Exceptionnellement on l'a vu de vingt ou trente ans. Le pronostic est aggravé par la durée, qu'il est impossible de déterminer à l'avance dès le début, ou par les conséquences même fréquentes, telles que gêne dans les mouvements ou ankyloses plus ou moins complètes.

L'anatomie pathologique dans le rhumatisme articulaire présente des lésions qu'on ne retrouve pas dans la forme musculaire. Il y a dans les parties malades atrophie ou dégénérescence des fibres rouges, il ne reste plus que des fibres blanches; autour des articulations, il y a épaississement et engorgement des parties, développement de nouveaux vaisseaux sanguins, accumulation de synovie, érosions des cartilages et, dans les grandes articulations, destruction de la synoviale qui tapisse leur intérieur, et quelquefois de la portion d'os correspondante dont le tissu compacte est détruit en laissant à nu le tissu spongieux; il ne se forme jamais de pus en pareille circonstance.

Quel est le mode de traitement préférable dans le rhumatisme articulaire?

Dans la forme aiguë, repos, immobilité et position élevée du membre malade; diète proportionnée à l'état fébrile; boissons rafraîchissantes. Quand un petit nombre d'articulations est affecté et que le malade est sans fièvre, la douleur locale peut nécessiter une ou deux applications de sangsues; mais si le mouvement fébrile est intense, la saignée générale doit être préférée, il faut en proportionner l'usage à la force du sujet. Point de règle, point de formule; les indications de chaque cas spécial détermineront le médecin. Les bains simples ont été proposés, mais ils ne doivent pas être employés dans la période aiguë; les fomentations émollientes doivent leur être préférées.

Les sudorifiques? Pendant longtemps on a voulu rétablir la sueur dont la suppression, croyait-on, avait amené le rhumatisme; qu'ils soient aromatiques ou non, ils sont pernicieux au début de la maladie, car les sueurs sont très pénibles dans cette période, et n'occasionnent pas la moindre diminution dans la durée du rhumatisme. D'ailleurs, pour changer de linge, les malades, dont les mouvements sont douloureux, interrompent le repos si nécessaire aux articulations malades. Il y a, au contraire, au début, indication de modérer les sueurs en diminuant le nombre des couvertures des malades; ou en plaçant sur eux des linges secs, tout autant que cette pratique sera compatible avec le repos des parties malades. A une période plus avancée de la maladie, les bains de vapeur, la poudre de Dower peuvent être utiles; mais c'est lorsqu'il ne reste plus que de la gêne dans les articulations.

La saignée doit-elle être prise comme base d'une méthode de traitement? Nous l'avons déjà dit en commençant l'étude du rhumatisme en général, des expériences faites dans des sens différents et dans le même but par MM. Bouillaud et Chomel, il est résulté que la durée moyenne du rhumatisme a été à peu près la même quand on a employé la saignée par la méthode des saignées coup sur coup du professeur de la Charité, et lorsque avec M. Chomel on n'en a fait usage que pour céder à des indications impérieuses; seulement on a pu remarquer que, dans ce dernier cas, les malades, ayant perdu moins de sang, avaient une convalescence plus courte.

La saignée n'est donc utile que pour modérer les accidents inflammatoires; aussi a-t-on essayé autre chose pour guérir le rhumatisme. Le tartre stibié a été fortement préconisé; mais les résultats qu'il a donnés sont généralement peu satisfaisants. Ne connaissant pas d'ailleurs d'avance la durée des attaques, il est difficile de préciser le rôle qu'il joue dans la solution de la maladie; dans tous les cas, il ne la fait pas avorter.

Le nitre à haute dose, porté graduellement jusqu'à trente grammes, n'a pas non plus donné de résultats encourageants.

Le sulfate de quinine, qui, appliqué à propos, est si puissant contre les affections paludéennes et intermittentes, n'a pas une action constante dans le rhumatisme, bien qu'il ait été donné à des doses énormes, de 1 à 5 grammes par jour; mais alors il a occasionné des bourdonnements d'oreilles, des surdités, des méningites. On peut le donner comme tonique, mais pas comme antirhumatismal. Par l'opium à haute dose, qui est préconisé par M. Requin, on obtient la cessation ou tout au moins la diminution des douleurs; mais la durée de la maladie reste la même. D'ailleurs, le sommeil est agité et devient même très pénible; aussi ne conseillons-nous l'usage de l'opium à haute dose que dans les cas de douleurs excessives qu'il est urgent de calmer.

Lorsque le rhumatisme tend à passer à l'état chronique, l'immobilité aurait de grands inconvénients, à cause de l'affaiblissement de l'action musculaire qui en serait la conséquence; aussi doit-on engager les malades à essayer quelques mouvements. Dans la forme apyrétique, les caustiques, les raies de feu, les frictions aromatiques faites en enfermant le malade dans un sac de flanelle, les bains tièdes simples ou salins, sulfureux lorsque le rhumatisme alterne avec une affection herpétique ou une maladie chronique de la peau, doivent être mis en usage. Les purgatifs sont aussi indiqués, mais dans la forme chronique surtout, bien que dans la forme aiguë on doive encore surveiller les viscères abdominaux. Les préparations de colchique, et en particulier les pilules de Lartigues, sont employées quelquefois surtout contre la goutte. Elles ne sont pas assurément spécifiques; mais, ne fût-ce qu'à cause de la confiance que leur accordent les malades, elles procurent quelque soulagement.

Peut-on prévenir le rhumatisme? Une vie active (goutte tracassée est à moitié passée), de la sobriété, une diète végétale dans les cas de gravelle concomitante, le soin habituel de se prémunir contre le froid et l'humidité (et le meilleur moyen de s'y habituer est de faire usage de bains de rivière en été, de lotions froides en hiver); l'habitation de maisons sèches et de lieux élevés; enfin, l'usage des eaux minérales salines et sulfureuses; tels sont les moyens préventifs les plus utiles à employer.

Rhumatisme viscéral. — Partout où il y a des fibres, nous l'avons dit, il peut y avoir rhumatisme, et, sous ce rapport, le cœur peut être placé en première ligne. L'utérus, la vessie, l'estomac, l'intestin, la dure-mère, les nerfs, qui peut-être reçoivent des expansions fibreuses venant de leur névrilème, peuvent être frappés de rhumatisme. Ces affections ont pour symptômes des troubles fonctionnels: au cœur, des palpitations; à l'estomac, des vomissements; à l'intestin, des coliques; mais pas de sécrétion qui révèle un état inflammatoire ou une maladie organique. La douleur se manifestant pendant les contractions de l'organe malade, et alternant avec des manifestations rhumatismales dans d'autres parties du corps, est un phénomène constant. La mobilité et l'intermittence sont aussi des caractères essentiels et persistants. Sous la forme aiguë, ces douleurs pourraient être prises pour une inflammation; sous la forme chronique, pour une lésion organique. Si, outre les caractères que nous avons indiqués, la persistance du rhumatisme constaté dans une autre partie du corps ou son apparition antécédente ne venaient éclairer le diagnostic, les narcotiques sur les parties malades, et les irritants, au contraire, sur les articulations dont les douleurs alternent avec celles que l'on traite, seront la base du traitement à mettre usage.

J. L.

NOTICE SUR UNE ÉPIZOOTIE

qui règne en ce moment sur les oiseaux de basse-cour.

Par M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10 et 13 mai.)

Appareil respiratoire. — A part les mucosités que nous avons dit se trouver en abondance variable dans les cavités nasales; à part un peu de rougeur sur la muqueuse qui tapisse ces cavités, observée sur quelques sujets; à part une légère injection autour ou à l'intérieur du larynx et de la trachée sur un petit nombre, le poumon seul a présenté dans beaucoup de cas des altérations qui méritent d'être notées.

Poumon. — Cet organe, trouvé malade sur un assez grand nombre de sujets, ne l'était cependant pas, à beaucoup près, dans tous.

Dans la moitié au moins de tous ceux que nous avons ouverts, et, parmi eux, sur des sujets dont l'intestin était très malade, il était d'un beau rose-vif, parfaitement spongieux et crépitant dans toute son étendue.

Dans les cas où il a été trouvé altéré, il ne l'était pas non plus dans toute son étendue: c'était généralement dans la partie dorsale de l'un de ses deux lobes et vers les prolongements antérieurs.

L'altération dont ils sont le siége consiste dans un état d'infiltration du parenchyme par une sérosité très légèrement sanguinolente, non purulente, qu'on peut en exprimer par la pression, quand on a coupé ce parenchyme.

Le tissu pulmonaire malade est d'un rouge-brun clair, nuancé de violet, et comme finement strié de blanc par les fibres de sa trame cellulaire.

Il est ferme au toucher, sans être dur; il fléchit même sous la pression entre deux doigts comme le ferait une éponge gonflée d'eau, et dont l'eau qui l'emprègne ne pourrait sortir. Il s'écrase plutôt qu'il ne se casse: il cède sous le tranchant de l'instrument avant de se laisser couper; il a, en un mot, la consistance et la résistance d'une rate un peu molle qui n'aurait pas de capsule fibreuse et ne serait enveloppée que par le péritoine.

Quand on met dans l'eau une partie entièrement malade de ce tissu, elle va au fond, mais assez lentement, comme une portion de poumon hépatisée.

Sur plusieurs sujets, nous avons vu la surface externe du poumon comme enduite d'une couche mince de matière gélatiniforme demi-transparente, véritable exsudation de la plèvre, et qui s'en séparait assez facilement.

La plèvre cependant ne paraissait pas malade, elle avait sa minceur et sa pellucidité ordinaires.

Il était rare que les portions du poumon en contact avec cette couche n'eussent pas subi dans leur tissu l'espèce de splénisation dont il vient d'être parlé.

Dans aucun sujet, nous n'avons remarqué d'ecchymoses dans l'intérieur ou à la surface des poumons.

Appareil circulatoire. — De même que l'appareil digestif, l'appareil de la circulation nous a présenté dans quelques-uns de ses organes, et surtout dans le liquide qu'il renferme, des altérations constantes qui n'ont varié que par leur intensité.

Dans toutes nos autopsies, même dans celles faites seulement une heure après la mort, nous avons vu tout le système veineux, notamment les gros troncs, remplis et distendus par du sang très noir, pris en caillots fermes, non adhérents aux parois des vaisseaux, et en sortant facilement quand ceux-ci sont coupés en travers, et qu'on presse quelque peu à leur périphérie.

Ces caillots, entièrement noirs, ont la consistance de gelée très ferme; ils ne s'écrasent, ils ne se broient pas quand on les serre entre les doigts ou sous le manche d'un instrument; ils s'affaissent plutôt et reviennent un peu sur eux-mêmes: il en sort peu de sérosité sous cette pression, et leur frottement sur la main ou sur le papier n'imprime sur ces corps qu'une assez faible coloration rouge.

Nous noterons comme très digne de remarque que, sur des sujets que nous n'avons ouverts que cinquante ou soixante heures après la mort, la membrane interne des veines, comme celle des cavités droites du cœur, avait conservé sa couleur blanche ou sa transparence normale, bien qu'elle eût resté tout ce temps au contact serré de ces caillots qui la distendaient.

Les vaisseaux artériels ne renfermaient que très peu de sang.

Péricarde. — Nous avons, à de très rares exceptions près, trouvé dans le péricarde une quantité variable de liquide ayant des caractères assez remarquables.

Une partie de ce liquide, très limpide et très clair, d'un léger jaune-citrin, assez abondante pour remplir quelquefois le sac péricardier, s'écoulait aussitôt que ce sac était ouvert. L'autre partie consistait en une matière prise en gelée très limpide et très transparente, tantôt flottante comme de légers flocons dans le liquide séreux s'échappant avec lui, tantôt adhérant, sous forme de couche très mince, à toute la surface du cœur, dont le moindre frottement la détachait, tantôt ne formant une couche adhérente, ou mieux un enduit que sur le trajet des scissures spiroïdes et partant coronaire.

Je ne saurais mieux comparer ce liquide, pour son aspect, sa consistance et sa transparence, qu'à l'humeur hyaloïde.

Cependant, à l'exception de quelques sujets sur lesquels la séreuse péricardique avait une teinte nuancée d'opale qui altérait un peu sa transparence, cette membrane avait toujours ses caractères normaux.

Cœur. — Le cœur présentait sur tous les sujets sa couleur et sa fermeté ordinaires. Mais ce sur quoi j'appelle l'attention, attendu la constance de ce fait pathologique, c'est à l'extérieur, et surtout dans les points correspondant aux deux scissures (coronaire et spiroïde); un nombre variable de très petites taches ecchymotiques parsemaient sa surface, qui semble comme sablée de rouge, tranchant vivement sur le fond de cette surface quand elles existent sur le tissu graisseux si abondant qui remplit ces scissures.

Ces ecchymoses sont plus rares dans les parties de la surface externe qui correspondent au tissu musculaire; et, où qu'elles soient, elles n'intéressent que la partie la plus superficielle du tissu qu'elles colorent.

Le ventricule droit est, je l'ai dit, ainsi que l'oreillette correspondante, toujours distendu par du sang pris en caillots très noirs, présentent les mêmes caractères que ceux trouvés dans les gros troncs veineux.

De plus, on trouve assez souvent, à la surface interne de très petites ecchymoses, semblables à celles que présente la face externe, mais qui y sont moins apercevables à cause de la couleur rouge de muscle du fond sur lequel elles se dessinent.

Le ventricule gauche ou est à peu près vide, ou ne contient que peu de sang pris en caillots presque aussi noirs que ceux du ventricule droit. Les ecchymoses sont bien plus fréquentes, plus nombreuses et plus étendues dans ce ventricule que dans l'autre. Leur couleur rouge les fait voir facilement. Elles se trouvent surtout sous forme de traînées sur les sail-

lies longitudinales, de reliefs charnus qui abondent à l'intérieur de cette cavité.

De même que dans le ventricule droit, les petites taches ou extravasations sanguines qui constituent ces ecchymoses ne s'étendent que sous sa membrane interne et n'intéressent nullement le tissu propre du cœur.

Système nerveux. — La moelle épinière n'a pas été étudiée, et nous n'avons ouvert le crâne pour examiner l'encéphale que sur quatre sujets qui avaient présenté de graves lésions de la rate, des intestins et du cœur.

Nous n'avons trouvé à noter dans cet examen qu'un engorgement sensible des vaisseaux et des sinus qui entourent le cerveau et le cervelet, dont les membranes propres et la pulpe ne nous ont offert aucune altération appréciable.

Il en a été de même de l'examen que nous avons fait de quelques cordons nerveux principaux.

Système ganglionaire lymphatique. — Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ont particulièrement fixé notre attention. La lymphe, non plus que les vaisseaux, non plus que les ganglions ne nous ont paru altérés dans aucun sujet.

Je demande pardon à l'Académie d'avoir probablement fatigué son attention de tous ces détails nécroscopiques; mais il s'agit d'une maladie grave par elle-même à raison des ravages qu'elle fait et des pertes qu'elle occasionne; grave au point de vue de la coïncidence de son apparition avec celle des plus désastreuses épidémies, et il m'a semblé important de retracer aussi complétement que possible ceux de ses caractères qui pourront le mieux permettre d'en étudier la nature, et de lui donner une place dans le cadre nosologique.

Pouvons-nous le faire avec ces premiers matériaux?

Pour ma part, je les crois encore insuffisants.

Tout ce que nous croyons, malgré la constance de la lésion intestinale que nous avons signalée dans tous les sujets, malgré les altérations toujours trouvées dans le cœur, ou plutôt à cause de l'espèce de ces altérations, c'est que c'est dans le sang que se trouve le principe, l'élément morbide, quel qu'il soit, qui produit tous ces désordres constants ou variables que nous avons essayé de décrire, qui produit une infection si rapide et une mort si prompte.

Ce que nous n'hésitons pas à dire, toutefois, c'est que cette maladie ne présente ni identité, ni même d'analogie avec les *maladies charbonneuses* aveo lesquelles notre collègue M. Delafond a cru pouvoir la comparer; c'est qu'elle en diffère par des caractères tellement tranchés que nous nous étonnerions qu'il eût persisté dans cette opinion qu'il a récemment exprimée dans deux notes rendues publiques.

Nous pourrions au besoin donner vingt raisons de cette différence; nous nous bornerons à celles-ci qui sont décisives :

Notre collègue a écrit sur les maladies charbonneuses, et, comme l'avaient fait Chabert, Gilbert et tous ceux qui ont traités de ces redoutables affections, il a regardé l'état particulier du sang comme en constituant le principal caractère, le caractère le plus certain, le plus univoque.

Voici comme il s'est exprimé en parlant du diagnostic différentiel de la *fièvre charbonneuse,* et il a souligné ce passage pour en faire ressortir l'importance :

« Les vaisseaux veineux, et particulièrement les grosses veines superficielles, les veines-caves, les cavités droites du cœur, la veine-porte, contiennent, soit aussitôt après la mort, soit après le refroidissement complet du cadavre, un *sang très noir* INCOAGULÉ, ou *très peu coagulé* et *comme* SIRUPEUX. Ce liquide teint fortement en rouge les mains et les étoffes de laine. Placé dans un vase et exposé à l'air, *il ne tarde pas à se putréfier* et à répandre une odeur putride qui rappelle celle des cadavres. »

Or, l'Académie voudra bien se rappeler que, de toutes les observations faites à l'autopsie des sujets qui ont succombé à l'épizootie actuelle, la plus constante, la seule constante peut-être, est la présence dans le cœur droit, dans les gros troncs veineux correspondants de *sang pris en* CAILLOTS TRÈS FERMES, ne colorant que faiblement les mains ou le papier; j'ajoute que, conservés dans des vases et exposés à l'air, ces caillots sont *longs à se putréfier*.

M. Delafond répète plus loin avec ses devanciers, et il a raison, que, quand on ouvre *une ou deux heures* seulement après la mort des animaux qui ont succombé à la fièvre charbonneuse, « on voit que la membrane interne des cavités droites du cœur et des grosses veines est *vergetée et violacée* par suite du dépôt de la matière colorante du sang, qui a déjà subi une décomposition putride très notable. »

Or, n'avons-nous pas vu et dit que, dans les sujets victimes de l'épizootie actuelle, la couleur de la face interne des cavités droites et des gros troncs veineux restés en contact avec les caillots de sang, même pendant plus de quarante-huit heures, n'avait pas sensiblement changé.

Encore un mot, car l'opinion d'un vétérinaire aussi distingué que M. Delafond est grave : le premier, le très prompt effet de l'inoculation sur un animal sain du sang puisé sur un animal atteint d'une maladie charbonneuse est, tous les vétérinaires le savent, et M. Delafond mieux qu'un autre, de déterminer sur la partie où a été faite l'inoculation une tumeur qui se développe rapidement et devient quelquefois énorme; une sérosité jaune, qui en forme la base, abonde dans le tissu cellulaire; les muscles correspondants en sont eux-mêmes infiltrés; souvent un sang noir s'extravase entre leurs fibres, etc.

Or rien de semblable ne résulte de l'inoculation du sang pris sur des animaux qui ont succombé à la maladie dont nous parlons : un léger cercle blanc se dessine dans l'épaisseur de la peau siége de la piqûre; une petite plaque très mince de fibrine de même couleur se forme sous cette piqûre; quelquefois, mais pas toujours, un pointillement rougeâtre se dessine à la surface correspondante de la couche musculaire sous-jacente, qui reste elle-même parfaitement saine. Il n'y a ni tumeur, ni infiltration séreuse, ni épanchement de sang noir.

Tout cela n'établit-il pas des différences essentielles entre les maladies charbonneuses et la maladie des poules?

Peut-on avec plus de raison la comparer au typhus ou à la peste des hommes?

L'absence de toute pétéchie à la peau, d'épistaxis du vivant des volailles malades; la marche si rapide de la maladie, qui ne dure souvent que quelques heures et ne s'accompagne ni de fièvre ni d'exacerbation; la coagulation du sang dans les cadavres et l'état toujours sain des follicules intestinaux ne permettent pas, ce nous semble, d'établir aucun rapprochement de ce genre.

Aurait-elle plus d'analogie avec le choléra?

Il est vrai que, si ce n'est les mouvements des pattes ou des ailes observés sur beaucoup de poules et surtout de coqs à leurs derniers moments, les volailles malades ne présentent rien qui ressemble aux crampes des cholériques; il est vrai que rien ne prouve que ce dernier se transmette par inoculation soit du sang, soit des liquides sécrétés; il est vrai encore que la diarrhée est moins fréquente et moins prononcée.

Mais, sans vouloir soutenir que ce soit la même maladie, serait-il déraisonnable d'admettre que, de toutes les maladies épidémiques graves, c'est le choléra qui offre avec l'épizootie actuelle des gallinacées le plus de traits de ressemblance?

Ainsi, coïncidence remarquable dans leur apparition, rapidité presque égale dans leur marche, terminaison presque aussi souvent funeste; ainsi, pendant la vie, abattement et prostration.

Dès le début, diarrhée muqueuse et glaireuse d'abord, puis blanche et souvent mousseuse, bien que beaucoup moins abondante et fréquente dans les volailles, espèce de cyanose caractérisée par la couleur violacée que prennent la crête et la peau elle-même; respiration profonde et suspirieuse; stupeur profonde; hoquets convulsifs au moment de la mort dans la plupart des sujets.

Ainsi, après la mort, prompte rigidité des cadavres; injection vive de tous les vaisseaux de l'appareil digestif; de tous ceux de l'intestin grêle notamment; concentration des lésions dans cette partie de l'intestin, alors qu'elles manquent presque toujours dans le gros intestin; caractères des liquides blanchâtres et glaireux que renferme cet intestin grêle et leur adhérence sous forme de bouillie aux villosités de la muqueuse; inconstance et variations des lésions dans les autres appareils; système veineux plein de sang généralement coagulé en masses grumeleuses, qui renferment peu de sérosité et pénètrent les parois vasculaires après la mort.

Ne sont-ce pas là des analogies qui, pour n'être pas peut-être très rigoureuses, sont de nature à fixer l'attention sur ce point de pathologie comparée? Cependant, je crois devoir le répéter, nous nous bornons à les indiquer sans vouloir en tirer une conséquence.

En résumé, dans notre pensée, cette maladie ne saurait encore être classée.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mai 1851. — Présidence de M. ORFILA.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse des rapports envoyés par les médecins des établissements d'eaux minérales de Bagnères-de-Luchon, Bourbon-Lancy, Cransac, Lamalou (Hérault), et du Mont-Dore.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra des poules.

M. Devillers fils adresse une note sur une épizootie qui a régné en 1832 sur les poules.

Eau minérale.

MM. Rosière et Latour adressent de nouveaux documents sur la source sulfureuse de Labassère (Basses-Pyrénées).

Distocie.

M. Mordret (du Mans) adresse une observation de perforation du vagin et de fracture de la branche descendante du pubis par application vicieuse du forceps.

Étranglement par l'appendice iléo-cœcal.

M. Coze (de Saint-Omer) adresse l'observation suivante :

M. Charles Wantier, âgé de dix-sept ans et demi, élève au pensionnat de Dohen, est mort le 16 juillet 1846 des suites d'un étranglement interne après avoir souffert les douleurs les plus violentes.

Le 17 juillet, vingt-quatre heures après la mort, ayant obtenu l'autorisation de la famille, j'ai pratiqué l'autopsie en présence de M. Vanderkirur et de M. Javenin, officier de santé attaché à la maison.

Aspect extérieur. — L'abdomen était très dilaté, ballonné, la peau noirâtre. Cette teinte foncée se remarquait jusqu'aux ongles des pieds et des mains.

Intérieurement. — Ayant pratiqué une incision cruciale à l'abdomen, les intestins en sont sortis; ils étaient très dilatés par des gaz et de couleur lie de vin; l'intestin grêle renfermait en outre des liquides, et çà et là quelques noyaux de cerises. L'estomac renfermait aussi beaucoup de liquide et des gaz.

Après l'examen général des intestins, nous avons été surpris de trouver un paquet d'intestin grêle formant ensemble une longueur de 60 à 80 centimètres entièrement noir, tandis que le reste était couleur de lie de vin. Cet aspect nous a fait supposer l'existence d'un étranglement que nous avons reconnu dépendre de l'appendice vermiforme qui avait entouré le paquet intestinal, et tenait renfermée dans un véritable anneau une anse d'intestin iléon formée par une courbe repliée un peu au-dessus de son insertion au cœcum, et retenue très fortement serrée par l'appendice iléo-cœcal, dont le bout libre était très adhérent à la partie postérieure du cœcum, c'est-à-dire au côté opposé à son insertion naturelle. Cet anneau était tellement serré, qu'on y passait le doigt avec peine, qu'il m'a été impossible de rompre l'adhérence avec le doigt, et que j'ai dû couper ce cordon pour mettre les intestins en liberté, et me convaincre par là que la partie étranglée et sphacélée pouvait être de 60 à 80 centimètres. Le péritoine n'était pas malade.

Cette adhérence de l'appendice iléo-cœcal était sans doute fort ancienne; elle pouvait remonter à l'année 1841, époque à laquelle ce jeune homme avait été attaqué d'une péritonite compliquée d'entérite, que son médecin ordinaire nous a dit avoir été d'une gravité peu commune. Depuis lors ce jeune homme, après une convalescence très longue, s'était assez bien porté. Cependant il éprouvait de loin en loin de la gêne dans l'abdomen et quelquefois des coliques. Depuis quelques mois, sans être malade, il était souvent triste, mélancolique; il avait le teint bilieux.

Il n'est pas douteux que l'indigestion provoquée par une assez grande quantité de cerises, que le jeune écolier avait mangées clandestinement avec les noyaux, n'ait provoqué les accidents terribles accompagnés de vomissements des matières fécales, qui ont duré pendant huit jours. Evidemment la cause véritable de la mort est l'étranglement interne peu ordinaire, formé par l'appendice iléo-cœcal, qu'aucune médication n'aurait pu faire disparaître. Mortier a décrit avec soin un ~~semblable~~ étranglement.

Un traitement antiphlogistique énergique (saignées, sangsues, cataplasmes, bains, etc.) a été employé dès les premières heures de la maladie. Les trois médecins qui ont vu le malade ont reconnu que les accidents provenaient d'un étranglement ou obstacle interne du tube intestinal sans pouvoir en déterminer la nature. Cependant, d'après les symptômes et l'endroit des douleurs, on a pu soupçonner que le siége de l'étranglement était vers la région cœcale. Nous pensions même que beaucoup de noyaux de cerises s'étaient arrêtés à la valvule iléo-cœcale et fermaient le passage, tandis qu'il ne s'en est trouvé que quelques-uns à cet endroit.

Remarques. — M. Parise pense que la gastrotomie pourrait être pratiquée dans quelques circonstances. Je pense que les signes d'un étranglement simple sans de trop grandes complications sont trop peu certains pour se permettre une semblable opération, surtout dans la pratique civile. Je crois bien que, si notre malade avait pu être opéré dans les trois ou quatre premiers jours, on aurait pu le sauver. Mais rien ne nous faisait pressentir la nature de l'étranglement. En effet, nous étions plus porté à soupçonner un obstacle interne, que nous n'aurions pu vaincre même en faisant une opération incertaine dans ses suites, qui aurait certainement été repoussée par les parents. Il faut le dire, dans la pratique civile on est souvent obligé et forcé de rester simple spectateur d'accidents formidables qu'on pourrait quelquefois vaincre dans les hôpitaux en risquant des opérations.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux.

M. Bouchardat lit un rapport sur une demande de M. Roche, pharmacien qui voudrait qu'on insérât dans le Bulletin de l'Académie une formule qu'il propose d'une limonade au citrate de soude. M. Bouchardat, considérant que le citrate de soude étant un sel connu et que tous les médecins peuvent prescrire quand ils le jugent convenable, conclut qu'il ne faut pas accueillir la demande de M. Roche. — Adopté.

Compression de l'aorte.

M. Villeneuve lit un rapport sur un mémoire de M. Chailly, relatif à la compression. Suivant M. le rapporteur, l'hémorrhagie puerpérale est un accident qui, « à un certain point, terrifie le praticien le plus expérimenté, qui éprouve des angoisses que rien ne saurait exprimer à la vue de ces flots, on pourrait dire de ces torrents de sang qui jaillissent instantanément des parties génitales et auxquels dans certains cas on n'avait jadis à opposer que des digues impuissantes. » etc.

M. Villeneuve termine en concluant que M. Chailly en faisant sa communication a ajouté un titre de plus à sa candidature. — Adopté.

Discussion sur le choléra des poules.

M. Delafond lit une longue dissertation sur le choléra des poules; l'étendue de ce travail, d'ailleurs presque en tous points conforme à celui de M. Renault, nous en interdit l'analyse.

M. Renault réplique à M. Delafond sur quelques points de dissidence.

Chacun de ces académiciens reprend une fois la parole; puis la séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mai 1851. — Présidence de M. RAYER.

Des corps étrangers dans les voies aériennes.

M. Jobert (de Lamballe), chirurgien de l'Hôtel-Dieu, lit un mémoire sur les corps étrangers dans les voies aériennes, mémoire qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Que les corps étrangers tendent à se loger de préférence dans le poumon droit, précisément à cause de la direction de la bronche du même côté et de ses dimensions;

2° Qu'ils pénètrent dans les voies aériennes pendant que les cordes vocales ont subi le plus grand écartement possible, lorsque, par exemple, une colonne d'air forte se précipite dans la trachée, ainsi que cela a lieu pendant les inspirations et expirations fréquentes, comme dans l'action de rire;

3° Qu'ils traversent l'ouverture supérieure du larynx sans relever l'épiglotte, qui n'est jamais abaissée sur elle, ainsi qu'on l'a prétendu;

4° Que l'épiglotte est toujours relevée en vertu de l'élasticité qui lui est propre;

5° Que ce dernier organe paraît servir principalement à diriger, en formant une sorte de gouttière, certains liquides et certains solides pendant l'acte complexe de la dégtutition;

6° Que les corps étrangers parcourent rapidement les voies aériennes en raison des lois de la pesanteur, de l'impulsion de la colonne d'air et de leur nature;

7° Qu'ils ne sont que momentanément arrêtés dans un point de la longueur du conduit aérien; qu'ils peuvent, en conséquence, se mobiliser, changer de place, jusqu'à ce qu'ils aient déterminé un travail inflammatoire qui leur permette de se creuser une loge dans laquelle ils séjournent;

8° Quand toutes leurs dimensions ne sont pas égales, ils s'arrêtent à une division ou une subdivision des bronches en se plaçant obliquement, et ils affectent la direction du tube aérien quand ils remplissent une ouverture normale;

9° Qu'ils gênent plus ou moins la respiration, l'oxygénation; qu'ils déterminent de la toux, souvent intermittente, quelquefois continue; qu'ils provoquent de la douleur et une sensation fixe qui indique leur siége;

10° Qu'un bruit particulier est déterminé par leur présence;

11° Que la sécrétion bronchique est toujours augmentée, muqueuse et même sanguinolente;

12° Que le côté opposé au corps étranger fournit « une respiration plus forte et un murmure vésiculaire plus étendu » que dans le poumon où il séjourne;

13° Que les corps étrangers peuvent déterminer une asphyxie lente ou rapide, de la suppuration, de l'emphysème, etc...;

14° Que les corps étrangers qui ont plus de 4 lignes dans tous les sens ne laissent aucun espoir d'être expulsés par les seuls efforts de la nature, attendu qu'ils surpassent alors par leurs dimensions le plus petit diamètre de la glotte;

15° Qu'ils n'ont été expulsés spontanément de la trachée de l'homme que lorsqu'ils étaient petits;

16° Que chez les chiens, au contraire, chez lesquels la glotte est de niveau avec l'ouverture supérieure du larynx, l'expulsion des corps étrangers se fait facilement, en raison de la dilatabilité de cette ouverture et de ses dimensions, qui sont considérables dans tous les sens;

17° Que, sur le cadavre, les corps étrangers ont de la peine à franchir la glotte, lors même qu'on les pousse avec un soufflet qui fournit une colonne d'air considérable;

18° Que, sur le vivant, les corps étrangers ont non-seulement à vaincre cette résistance passive, mais encore celle très active des muscles constricteurs de la glotte;

19° Qu'il ne faut donc compter sur l'expulsion que de très petits corps étrangers chez l'homme, et que l'on ne peut rien espérer des efforts de la nature lorsqu'ils ont un certain volume;

20° Que l'opération de la trachéotomie devient indispensable à peu près dans tous les cas d'introduction de corps étrangers, et que ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut s'en dispenser;

21° Que l'opération doit être faite le plus tôt possible, afin d'éviter l'inflammation, tout travail local, et l'asphyxie lente ou rapide;

22° Que l'ouverture des voies aériennes est une opération délicate qui doit être faite par une « division successive de tous les » tissus et non par une incision qui comprendrait à la fois une » grande partie ou la totalité des parties molles de la région : c'est » le moyen de prévenir l'hémorrhagie, l'introduction de l'air dans » les veines, la lésion du corps thyroïde, etc... »;

23° Que ce conduit doit être aussi largement ouvert que possible, afin que les corps étrangers puissent s'en échapper facilement;

24° Que l'on n'est certain de la division de la trachée que lorsque l'air s'en échappe en produisant un bruit particulier facile à reconnaître pour l'homme habitué à ces sortes d'opérations. Nous insistons à dessein sur ce phénomène auquel Dupuytren n'avait pas assez attaché d'importance, puisque, au rapport de MM. Marx et Brierre de Boismont, cet habile chirurgien n'avait encore pénétré que dans cette espèce de creux qui est situé au-dessus du sternum, et cependant, il croyait être parvenu dans le conduit de l'air;

25° Que lorsque le corps étranger ne s'échappe pas par l'ouverture au moment de l'opération, il convient d'attendre, et d'exciter la sensibilité trachéale par l'introduction d'un corps mousse de manière à provoquer la toux et les efforts d'expulsion;

26° Que la trachée doit être plus largement ouverte lorsqu'un corps susceptible de se gonfler par l'humidité est déjà renfermé dans ce conduit depuis quelque temps;

27° Que la réunion des lèvres de la plaie peut être obtenue par première ou par seconde intention;

28° Que la réunion par seconde intention s'obtient par bourgeonnement, ce qui exige un temps toujours assez long pour obtenir une guérison complète;

29° Que la réunion par première intention peut être obtenue par la simple compression ou par la suture entrecoupée. Ce dernier mode de réunion me semble d'autant plus militer en faveur de la réunion immédiate que les expériences faites sur les animaux m'en ont démontré la possibilité;

30° Que la réunion immédiate peut être obtenue par la suture entrecoupée qui ne comprend que la lame dartoïde qui entoure la trachée;

31° Que l'agglutination peut être obtenue par un autre *modus faciendi* qui consiste à traverser en partie ou en totalité l'épaisseur des parois de la trachée, en laissant prendre les fils à l'extérieur;

32° Que les fils tombent du quatrième au treizième jour;

33° Qu'un produit plastique sert de moyen d'union entre les lèvres de la plaie;

34° Que la cicatrisation ne se fait que par un produit intermédiaire et non par la fusion directe des lèvres de la trachée;

35° Que la suture qui comprend l'épaisseur des parois de la trachée expose à un travail inflammatoire à l'intérieur et à l'extérieur de ce conduit, à des trajets organisés et à des abcès enkystés;

36° Que la suture qui ne s'exerce que sur l'enveloppe ou une partie de l'épaisseur de la trachée ne détermine qu'une inflammation plastique et est préférable à celle qui serre les parois cartilagineuses du conduit.

L'observation qui est rapportée à la fin de ce mémoire vérifie plusieurs des points exposés dans ces propositions; ainsi l'on peut y voir que le corps étranger s'était logé à droite, déterminait une toux violente, un bruit particulier, un murmure respiratoire moins fort du côté où il se trouvait, etc., etc.

Le manuel opératoire que M. Jobert a employé dans cette circonstance montre, dit-il, qu'il peut exister des anomalies artérielles et veineuses considérables, etc., etc.

Avantages de la compression de l'aorte abdominale sur la transfusion dans les hémorrhagies utérines.

M. le docteur Duhamel adresse la lettre suivante :

Monsieur le président,

Depuis quelque temps, plusieurs observations de transfusion ont été publiées dans les journaux de médecine comme moyen de remédier aux conséquences de l'hémorrhagie qui survient trop souvent pendant ou après l'accouchement. Sans vouloir jeter du blâme sur cette méthode ancienne et abandonnée depuis longtemps, nous pensons cependant pouvoir soulever contre elle quelques objections que nous venons soumettre à l'Académie.

Quel est le but qu'on se propose par la transfusion? Faire entrer dans la circulation quelques grammes de sang pour entretenir la vie! Est-il bien rationnel de penser que cette si minime quantité de sang puisse suffire à entretenir la vie lorsqu'il vient d'en être perdu plusieurs kilogrammes? N'est-il pas plus probable, alors que l'accouchée revient à la vie, qu'elle le doit plutôt aux ressources qu'elle trouve en elle-même, qu'au secours qu'elle reçoit d'une opération qui compte, en définitive, si peu de succès.

Nous doutons donc, en règle générale, de l'utilité de la transfusion, et nous venons contester sa nécessité, puisqu'elle peut être remplacée par un moyen bien plus simple, que l'Académie connaît, qu'elle a depuis longtemps apprécié, et dont elle a récompensé l'auteur. Nous entendons parler de la compression de l'aorte à l'angle sacro-vertébral.

Quel est le premier effet de cette manœuvre? C'est d'arrêter le passage du sang artériel dans toute la moitié inférieure du corps. Il s'ensuit que, indépendamment de cette circonstance que la perte est arrêtée, presque toute la quantité de sang qui existe encore dans le système circulatoire est en outre employé à alimenter, seulement et exclusivement la moitié supérieure du corps, qui renferme les organes les plus essentiels à la vie. Pendant cette compression, il est possible de donner à la malade quelques substances nutritives qui permettront bientôt de la diminuer et même de la cesser. Dans le cas où de nouvelles syncopes reparaîtraient, on reviendrait au même moyen, continué alors autant qu'il serait nécessaire.

Les considérations qui précèdent ne sont pas pour moi seulement théoriques; elles nous ont été inspirées par trois cas de pertes utérines que nous avons observées dans notre pratique. Dans ces trois cas, la compression de l'aorte, en arrêtant la perte, a rendu inutile la transfusion, à laquelle, sans doute, il eût été permis de songer si l'on n'avait point eu à sa disposition le premier moyen, ou s'il n'avait pas produit tout le résultat qu'on était en droit d'en attendre.

Le premier fait est celui d'une femme de trente ans environ, qui, après un deuxième accouchement terminé rapidement et facilement, fut immédiatement prise d'une perte de sang tellement abondante, que la vie ne tarda pas à être compromise, malgré l'emploi des moyens ordinaires (affusions d'eau froide, introduction de la main dans l'utérus, etc.) mis en usage par l'accoucheur, qui nous avait fait appeler. Nous pratiquâmes immédiatement la compression de l'aorte, qui eut un plein succès. La perte fut arrêtée, et la femme se rétablit assez promptement.

Deux ans après (au mois de juillet 1844), nous assistions la même femme pendant un accouchement qui subit d'abord la marche la plus régulière; mais le sixième jour, à la suite d'une impression morale vive, au moment où elle était levée pour qu'on fît son lit, elle fut prise d'un écoulement de sang qui alla en augmentant pendant quelques heures, malgré l'emploi des astringents et le seigle ergoté. Bientôt la perte devint considérable; l'utérus se développa et arriva au niveau de l'ombilic. C'est alors que nous fûmes appelé en toute hâte, et que nous trouvâmes la femme exsangue, quoiqu'on l'eût innondée d'eau froide en attendant notre arrivée. Le cas nous paraissant très pressant et très grave, nous fîmes immédiatement la compression de l'aorte au-devant du corps des dernières vertèbres lombaires. Ici la difficulté était grande, à cause de la résistance des parois abdominales, qui depuis six jours étaient revenues sur elles-mêmes. La compression, quoique fatigante, fut cependant maintenue au moyen d'aides intelligents pendant quatre à cinq heures. Le résultat fut heureux; la perte de sang fut arrêtée immédiatement, et la femme se rétablit en moins de quinze jours.

Nous arrivons au troisième fait de compression de l'aorte; nous le croyons d'un plus grand intérêt encore que les deux précédents.

Pendant la nuit du 1er au 2 mars 1847, nous fûmes appelé auprès d'une dame qui était arrivée au huitième mois et demi de sa seconde grossesse; nous ne fûmes nullement surpris de la voir baignée dans son sang, puisque depuis quinze à vingt jours de petites hémorrhagies s'étaient manifestées à plusieurs reprises et l'avaient obligée de garder le lit et le repos le plus absolu. La pensée que nous eûmes que ces pertes étaient entretenues par l'implantation du placenta sur le col nous engagea à terminer de suite l'accouchement, ce que nous fîmes en allant chercher les pieds de l'enfant. Le col, du reste, était mou, souple et offrait une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs. La délivrance s'effectua spontanément, et quand nous quittâmes l'accouchée, une heure après, l'utérus était déjà en grande partie revenu sur lui-même, et toute perte de sang avait cessé. Mais une heure après notre départ, elle avait reparu et était de suite devenue si abondante qu'il y eut plusieurs syncopes, et qu'à notre arrivée nous trouvâmes la femme absolument exsangue. Nous crûmes cependant ne devoir mettre en usage aucun autre moyen que la compression de l'aorte, qui fut très facilement pratiquée par suite du relâchement des parois abdominales.

L'hémorrhagie fut immédiatement suspendue; mais nous avions trouvé la malade dans des conditions telles que nous crûmes devoir continuer la compression, avec l'aide du mari, pendant neuf heures de suite. En effet, au moment où elle fut commencée, il existait un refroidissement général du corps, et la perte de sang avait été tellement abondante, que ce ne fut que vingt-quatre ou trente heures après la suspension de la perte que nous commençâmes à percevoir les battements des artères radiales.

Les phénomènes qui, dans ce cas, ont suivi la compression exercée sur l'aorte prouvent combien on réussit parfaitement par ce moyen à suspendre la circulation dans les parties inférieures du corps, et à faire refluer le sang vers les organes supérieurs. En effet, il y avait à peine une heure qu'elle était exercée, que la malade, en même temps qu'elle accusait l'engourdissement et l'insensibilité des membres inférieurs qui étaient pour elle comme morts, se plaignait de céphalalgie et d'étourdissements.

Nous serions fort heureux, monsieur le président, que l'Académie voulût bien accueillir favorablement cette communication, qui vient, surabondamment sans doute, prouver combien sont justement appliquées les récompenses qu'elle distribue.

Agréez, etc. Duhamel, D.-M.-P.

— M. Albiet, ancien préparateur d'anatomie pathologique au Val-de Grâce, communique des expériences qui viennent confirmer la loi formulée par M. Marchal (de Calvi), savoir : que l'agitation du sang hors des veines a pour effet de diminuer la fibrine.

SUR LA GITHAGINE.

Par M. Scharling.

La githagine est un principe vénéneux que M. Scharling a retiré de la nielle des blés (*Agrostema githago*) (1).

Les semences de la nielle des blés contiennent de la githagine, une huile grasse, du gluten, du sucre, de la gomme, de la fécule, de l'albumine végétale, et des sels qui se trouvent généralement dans le règne végétal.

A l'état sec, la githagine ressemble à de l'amidon, mais elle a une apparence plus soyeuse, et paraît, sous le microscope, comme cristalline. Elle est inodore et à peu près sans saveur; en la tenant dans la bouche, on éprouve, après quelques moments de contact, une sensation brûlante. Elle n'agit pas sur les couleurs végétales; elle est soluble dans l'eau et l'alcool faible, mais elle est insoluble dans l'alcool absolu et l'éther. Comme la salicine, elle rougit par l'acide sulfurique. Sa solution aqueuse donne un précipité avec le sous-acétate de plomb.

La githagine agit comme poison sur les petits animaux. Quelques gouttes d'une solution (trois grains de githagine dans un gros d'eau) tuent un canari en vingt-quatre heures. Une solution de dix grains fait périr un lapin. Dix grains produisent simplement des vomissements chez le chien.

(*Pharmaceutical journal. — J. ph. d'Anvers.*)

Paris, le 14 mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Je ne suis le complaisant de personne. Je prie M. Luër et son *légitime défenseur* de se le rappeler; l'intention de ce dernier, évidente pour tous, était d'engager et de compromettre un chirurgien, un rival peut-être, dans une polémique avec un homme honorable sans doute, mais qui n'a pas le titre de docteur. Exécuteur des instruments en litige, j'ai pu tout naturellement intervenir dans la discussion, et prendre vis-à-vis d'un fabricant fait et cause pour ces mêmes instruments. J'ai pu aussi, sans être taxé de ridicule, proposer à M. Luër des essais comparatifs. On les a refusés, les médecins en jugeront.

Maintenant, il m'importe de savoir, et je prie M. Luër de m'apprendre quel est ce *défenseur légitime* qui envoie à Londres des lettres auxquelles M. Luër n'a plus qu'à souscrire son nom, afin que je puisse lui dire en face que, si dans cette correspondance le style n'est pas tout à fait mien, la pensée est mienne, et que je ne permets à personne d'en douter quand je l'affirme.

Agréez, etc. Mathieu.

(1) La githagine me paraît être identique avec la *saponine* que M. Malapert a découverte dans la nielle des blés (Voyez *Rép. de pharm.*, t. III, p. 134.)

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 57. — SAMEDI 17 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 57. — SAMEDI 17 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Élimination spontanée d'un calcul urinaire à travers le périnée.

Un cas curieux d'élimination spontanée d'un calcul urinaire à travers le périnée s'est présenté ces jours derniers à la clinique de M. Maisonneuve, à l'hôpital Cochin, et nous semble digne d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

Le sujet est un homme de trente-trois ans, carrier, nommé Réné Desplanques. A l'âge de quatre ans, il fut opéré à l'hôpital Saint-Côme par M. Dubois père, pour un calcul vésical gros comme un œuf de pigeon. L'opération fut pratiquée par la méthode latéralisée, et le périnée en présente encore des traces. Depuis lors, le malade n'éprouva plus aucun accident du côté des voies urinaires, jusqu'à l'âge de vingt-huit ans, où il entra à l'hôpital Cochin pour une tumeur périnéale. M. Michon, alors chirurgien de cet hôpital, pratiqua une incision sur cette tumeur, et rencontra presque immédiatement sous la peau un petit calcul ovoïde, muni d'aspérités nombreuses. L'extraction de ce calcul n'offrit aucune difficulté, et la plaie qui lui avait donné passage se cicatrisa promptement, sans avoir jamais laissé suinter d'urine.

Le 1er mai, le malade se présente de nouveau à l'hôpital Cochin pour une affection analogue. Seulement la tumeur périnéale était déjà ulcérée, et par l'orifice de l'ulcération on voyait poindre l'extrémité d'un petit calcul jaunâtre que M. Maisonneuve put facilement extraire avec des pinces, sans être même obligé d'agrandir l'ouverture qui s'était formée spontanément. Le calcul, formé de phosphate ammoniaco-magnésien, était oblong. Son grand diamètre était de 2 centimètres, le plus petit de 12 millimètres. Sa surface ne présentait aucune aspérité.

Un stylet introduit dans la plaie ne pénétrait ni dans l'urètre, ni dans la vessie, il s'arrêtait dans un cul-de-sac à 3 centimètres de profondeur. Aucune goutte d'urine ne suintait par l'orifice pendant la miction.

Une sonde introduite dans l'urètre faisait reconnaître au niveau de la portion membraneuse un rétrécissement qui permettait toutefois le passage d'une algalie de 3 millimètres de diamètre. La vessie ne contenait aucun corps étranger; le malade n'accusait aucune souffrance; il racontait qu'il y a quinze jours environ, une douleur vague s'était fait sentir au périnée, que peu de jours après une petite tumeur avait paru; qu'elle avait grossi graduellement; qu'elle s'était ouverte en donnant issue à une petite quantité de matière purulente; enfin que depuis trois jours le corps étranger faisait saillie à travers l'ulcération

Quelle peut-être, dit M. Maisonneuve, l'origine de ce calcul? A-t-il pris naissance dans la prostate? S'est-il développé dans la vessie ou les reins? Dans tous les cas, comment a-t-il pu cheminer à travers le périnée sans que l'urine l'ait suivi dans son trajet, et sans produire plus de trouble du côté des voies urinaires? Au premier abord, il semble difficile de répondre à ces diverses questions. Cependant, si on rapproche ce fait des cas analogues que possède la science, il devient plus facile d'en comprendre les détails.

On voit, en effet, que tous les cas analogues ont un air de parenté qu'on ne peut méconnaître, et leur étude permet de suivre pas à pas toutes les phases d'évolution que le calcul dont nous parlons a dû suivre pour être ainsi spontanément éliminé.

C'est ainsi que Louis (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*) rapporte l'histoire de plusieurs malades opérés de la pierre dans leur enfance, et qui plus tard ont été affectés de pierres périnéales. L'un de ces malades, opéré de la taille sous-pubienne à l'âge de huit ans, a présenté deux ans après un calcul périnéal dont il fut débarrassé par l'incision; une fistule interne faisait communiquer le foyer du calcul avec l'urètre. Un autre, opéré par Ledran à l'âge de douze ans, conserva un rétrécissement de l'urètre, et plus tard il se forma au périnée une ouverture fistuleuse, dans laquelle existait un calcul. Un troisième, taillé à l'âge de huit ans, vit, dix-huit ans après, se former sous l'os pubis une tumeur qui s'ouvrit plus tard et donna issue à une pierre énorme. L'ouverture se transforma en une fistule urinaire.

Dans ces divers cas, l'étiologie paraît évidente. L'urètre, incomplétement cicatrisé à l'intérieur, a laissé pénétrer un peu d'urine; un calcul s'est formé dans ce cul-de-sac; il a grossi; l'orifice communiquant avec l'urètre s'est rétréci sans s'oblitérer. Le calcul a progressé du côté de la peau plutôt que du côté de l'urètre, et plus tard est venu faire saillie au périnée.

Le cas qui nous occupe ne diffère de ceux que nous avons cités que dans un seul point, l'absence de communication appréciable du foyer du calcul avec l'urètre; mais il ne répugne nullement d'admettre que cette communication ou bien s'est graduellement oblitérée, ou bien est trop étroite pour donner issue à une quantité d'urine suffisante pour suinter à l'extérieur.

Division spontanée de la lèvre inférieure. Opération du bec-de-lièvre. Guérison.

Un second fait, qui nous paraît également digne d'intérêt, s'est passé dans le service de M. Maisonneuve.

En voici l'exposé succinct :

Le 1er mai 1851, un jeune homme de vingt ans, nommé Déloyé (Adrien), est entré à l'hôpital Cochin, service de M. Maisonneuve, pour se faire traiter d'une division incomplète de la lèvre inférieure. Ce jeune homme, journalier de son état, raconte que depuis trois ans il a été chaque hiver affecté de gerçure sur la ligne médiane de la lèvre inférieure, et que cette gerçure négligée s'est peu à peu agrandie jusqu'au point de diviser la lèvre dans la moitié environ de sa hauteur. Au moment de son entrée toute gerçure avait disparu; il ne restait qu'une scissure profonde, dont chaque lèvre était parfaitement cicatrisée. Cette scissure constituait une difformité peu considérable, et n'empêchait pas la salive d'être retenue. Cependant le malade désirant en être débarrassé, M. Maisonneuve lui pratiqua l'opération de la manière suivante.

Le malade, étendu sur son lit, est soumis d'abord à l'inhalation du chloroforme. Un aide saisit la lèvre avec l'index et le pouce de chaque main pour comprimer les artères et soutenir les tissus. Le chirurgien, armé d'un bistouri pointu, pratique l'avivement, en laissant adhérent au bord libre de la lèvre chacun des lambeaux qu'il a taillé. Il renverse ces lambeaux de manière à les appliquer l'un à l'autre par leur face saignante, en ayant soin de réséquer la portion surabondante; puis il réunit la plaie au moyen de la suture entortillée.

Seulement, au lieu de la pratiquer suivant la méthode ordinaire, M. Maisonneuve préfère ne comprendre dans les épingles qu'une très petite épaisseur de tissus; et pour obtenir une coaptation exacte de toute l'épaisseur de la lèvre, il applique sa suture tant à la face muqueuse de la lèvre qu'à la face cutanée. Douze épingles à insectes ont été ainsi employées pour rapprocher toute la périphérie de la plaie. Dès le lendemain les épingles ont été enlevées, à l'exception de trois qui ne sont retirées que le troisième jour.

Aujourd'hui, 7 mai, la réunion est parfaite et d'une telle exactitude, qu'on n'en aperçoit pour ainsi dire pas la trace.

Guérison du ptérygion par un nouveau procédé, dit par déviation.

On sait combien est difficile à obtenir, non pas sur le moment, mais d'une manière complète et définitive, la guérison du ptérygion. Astringents et résolutifs échouent le plus souvent, ou du moins ne procurent qu'une amélioration temporaire; sulfate de zinc ou de cuivre, laudanum, pommade au précipité rouge, nitrate d'argent, ou restent complétement inutiles dans beaucoup de cas, ou favorisent même quelquefois le développement de la maladie, surtout lorsque le ptérygion commence à envahir la cornée. On avait beaucoup espéré des scarifications et des excisions partielles, qui n'ont pas répondu à ce que l'on en attendait. Nous venons de voir, à la clinique ophthalmologique de M. Desmarres, plusieurs cas de ptérygion traités et guéris sans retour possible par un nouveau procédé opératoire qu'il désigne sous le nom de procédé *par déviation*.

Au point de vue de la pratique, l'expérience a conduit M. Desmarres à établir certaines divisions dans l'histoire du ptérygion, en ce sens que tantôt il est très étroit, tantôt il est très large à la base. Nous ne voulons pas parler des cas où le ptérygion est en quelque sorte filiforme, n'a qu'un millimètre ou deux de largeur, mais bien de ceux, en si grand nombre, où la base fait corps commun avec la membrane semi-lunaire et offre une étendue verticale d'un centimètre ou même plus; tels étaient, pour le dire en passant, deux cas que M. Desmarres nous a présentés, et à l'occasion desquels nous écrivons ces lignes.

On a beaucoup vanté la dissection du ptérygion. Mais, quand on opère de cette manière un ptérygion d'aussi grande étendue, on court deux chances : ou de le voir se reproduire, s'il est incomplétement disséqué; ou, si on l'enlève en entier, de déterminer un ectropion qui s'accompagne d'un larmoiement fort incommode. Si, après la dissection complète, on avait l'assurance, même avec un peu d'ectropion et de larmoiement, que la maladie ne se reproduira pas, on pourrait quelquefois passer par-dessus cet inconvénient; mais il n'en reste pas moins soumis aux mêmes chances de récidive que les autres, et l'on a vu succéder à l'opération des brides desquelles résultaient un strabisme interne et de la diplopie.

Après des opérations de cette espèce, pratiquées soit par lui, soit par d'autres chirurgiens, M. Desmarres a vu se produire ces accidents, et il lui a fallu recourir à des opérations fort compliquées, dont une des principales a été publiée il y a quelques années dans la *Gazette des Hôpitaux*. Il s'agissait d'un individu chez lequel des brides s'étaient formées au grand angle de l'œil après l'excision d'un ptérygion et avaient amené un strabisme interne très prononcé. Il fallut disséquer tout le grand angle de l'œil, atteindre les digitations du muscle droit interne, les couper et provoquer momentanément un strabisme externe en attirant l'œil en dehors au moyen d'un fil fixé à l'oreille du sujet.

Ces insuccès ont conduit M. Desmarres au nouveau procédé opératoire que voici :

Il commence par disséquer le ptérygion du sommet à la base dans toute son étendue, de manière à ne pas occasionner de perte de substance. Le ptérygion étant ainsi disséqué et renversé du côté du nez, M. Desmarres incise le bord inférieur de la plaie faite à la conjonctive, suivant une direction parallèle à la circonférence de la cornée, dans l'étendue de 6 à 8 millimètres. Cette incision est assez large pour que l'extrémité du ptérygion, devenue libre par la dissection, puisse y être introduite. Les choses ainsi disposées, le lambeau formé par le ptérygion est fixé dans cette incision par quelques points de suture, dont le principal réunit le sommet du lambeau, celui qui arrivait sur la cornée, à la partie la plus angulaire de l'incision, en bas. Les fils sont enlevés au bout de quarante-huit heures.

Chez un des malades que nous avons vus, la guérison est complète, et il n'y a plus de traces de vaisseaux se rendant à la cornée. Chez l'autre, quelques vestiges de vaisseaux sembleraient faire craindre la reproduction du ptérygion. Mais l'expérience des faits a prouvé à M. Desmarres que, sous ce rapport, on devait être complétement rassuré. Ce dernier sujet est opéré depuis plus de six semaines. Un fait assez curieux, c'est que, chez lui, la muqueuse, en se contractant, a imprimé à l'œil un léger mouvement de rotation sur son axe antéro-postérieur; disposition qui, du reste, ne nuit en rien à la vision.

Comme détail de l'opération, M. Desmarres nous a fait remarquer que les sutures doivent être placées un peu loin des bords de la plaie et faites avec un fil très gros, dont les extrémités sont réunies par un double nœud. Cette précaution est nécessaire pour faciliter les recherches des fils qui pourraient être recouverts par le boursouflement inflammatoire de la muqueuse lorsqu'il s'agit d'enlever les sutures.

Dr A. FOUCART.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De l'opération de la pupille artificielle par excision pratiquée avec la pince-crochet dans quelques cas déterminés.

Les chirurgiens qui ont pratiqué un certain nombre d'opérations de pupille artificielle sont presque tous d'accord pour reconnaître à l'iridectomie, et au procédé de Beer en particulier, une supériorité incontestable sur tous les autres. Je partage, à cet égard, l'opinion générale avec d'autant plus de raison que j'ai obtenu, dans son exécution, les succès les plus satisfaisants. Je vais plus loin, et n'hésite pas à ajouter que le procédé de Beer, tel qu'il est passé dans la pratique, avec les quelques modifications que l'expérience a suggérées, est celui qu'il faut choisir dans la très grande majorité des cas : aucune opération n'est plus simple dans sa manière de procéder, plus sûre dans ses manœuvres, plus brillante dans ses résultats.

Mais on a pu remarquer que l'iridectomie pratiquée à la manière de Beer suppose nécessairement l'existence de certaines conditions organiques normales qui permettent à l'iris de faire spontanément saillie entre les mors de la pince. Ces conditions ne se rencontrent pas d'une manière constante : l'iris peut être soudé, en arrière, à la capsule antérieure du cristallin, dans une étendue assez grande, au moyen d'exsudations plastiques; il peut être adhérent, en avant, à la cornée par suite de perforations simples ou multiples de cette membrane.

J'ai pratiqué plusieurs fois l'iridectomie dans les circonstances que je viens d'indiquer, et j'avoue très volontiers n'avoir pas toujours été assez heureux pour vaincre les difficultés qui ont surgi pendant l'opération exécutée d'après les règles ordinaires, soit avec la pince ordinaire à dents de souri, soit avec le coréoncion de Græfe.

L'idée m'est alors venue de modifier l'iridectomie, de telle sorte qu'elle puisse être pratiquée avec chances de succès dans les cas les moins favorables jusqu'alors aux manœuvres opératoires.

Depuis quelques années, l'occasion s'est offerte plusieurs fois dans ma pratique de réaliser définitivement ce progrès, que j'essaie aujourd'hui de vulgariser.

Il faut procéder différemment, selon que l'iris est adhé-

-rent en avant à la cornée, ou en arrière à la capsule cristalline.

1° Lorsque l'iris est devenu adhérent à la cornée et qu'il est accolé en quelque sorte à la face concave de la cornée, de telle sorte qu'il n'existe plus ou presque plus de chambre antérieure de l'œil, je pratique l'iridectomie de la manière suivante :

A. Une incision de 5 à 6 millimètres est faite à la cornée à l'aide d'un kératotome, mais de manière que la lame de l'instrument, dirigée parallèlement au diamètre transversal de l'œil, intéresse l'iris dans une étendue à peu près égale à l'ouverture de la cornée. Cette double section s'opère en quelque sorte d'elle-même, vu l'absence de chambre antérieure.

B. L'opérateur, armé d'une pince très fine et dépourvue de crochets ou dents de souri, fait pénétrer l'extrémité de l'instrument par l'ouverture sus-indiquée, de manière que l'*une de ses branches passe en avant et l'autre en arrière de l'iris.*

C. Par le rapprochement des deux branches de la pince, l'iris se trouve saisi par ses faces antérieure et postérieure dans un point de son étendue. Par un léger mouvement de traction exercée de dedans en dehors sur la pince, un lambeau d'iris est déchiré et amené à l'extérieur.

D. Il ne reste plus qu'à exciser ce lambeau avec des ciseaux courbes déliés et d'après les règles ordinaires.

2° Quand l'iris est adhérent, en arrière, à la capsule antérieure du cristallin, surtout s'il existe un produit plastique accidentel qui double sa face postérieure dans une assez grande étendue, la tendance de cette membrane au déplacement spontané est ou très faible ou même tout à fait nulle : alors ce n'est plus l'iris qui vient se livrer de lui-même à l'action de l'instrument, c'est l'instrument qui doit aller le saisir sur place pour l'entraîner ensuite au dehors. Or, les différents crochets imaginés jusqu'à présent, soit pour opérer le décollement, soit pour pratiquer l'excision, ne permettent pas toujours d'atteindre le but que l'on s'était proposé ; l'érigne simple, la pince-crochet de Reisinger ont le grave inconvénient d'embrocher à leur sortie de l'œil l'une des lèvres de la plaie cornéale ; l'aiguille-crochet de Lusardi, introduite par la chambre antérieure et sans incision préalable de la cornée, fait une piqûre trop étroite pour rendre facile l'issue de la portion d'iris entraînée par l'instrument ; après une incision préalable de la cornée, ayant donné issue à l'humeur aqueuse, l'introduction de cette même aiguille serait tout à fait impossible, car son extrémité, très piquante, léserait inévitablement la cornée ou l'iris juxta posés.

Le coréoncion de Græfe n'a aucun des inconvénients énumérés plus haut ; mais, outre qu'il est assez compliqué dans son exécution, cet instrument est terminé par deux petits crochets d'une ténuité telle que le tissu de l'iris, s'il a perdu sa résistance normale, se laisse sillonner par eux sans se prêter à la formation d'un lambeau.

L'instrument que j'ai imaginé, et auquel je donne le seul nom qui lui convienne, celui de pince-crochet, est des plus simple. Le premier modèle a été fabriqué en 1846 par M. Samson ; celui dont je donne plus bas le dessin sort des ateliers de M. Charrière ; il ne diffère d'ailleurs du premier que par une exécution plus parfaite.

Fig. 1. — *Pince-crochet de l'auteur vue de côté ; la branche opposée au crochet est abaissée sur lui par sa propre élasticité et le masque complétement.*

Voici comment je procède :

A. L'incision de la cornée ayant été faite avec le kératotome, le chirurgien saisit la pince-crochet par les côtés de ses branches rendues rugueuses à cet effet et introduit son extrémité libre dans la chambre antérieure, et spécialement vers le point de l'iris où doit être établie la pupille artificielle.

B. Le crochet de la pince est resté dissimulé jusqu'à présent par la branche opposée de l'instrument, qui bat sur lui par sa propre élasticité ; alors il devient apparent par une légère pression exercée à l'aide des doigts sur la face externe de cette branche.

Fig. 2. — *Crochet devenu apparent et prêt à harponner l'iris : le crochet est ici dirigé en haut ; on conçoit qu'il est également facile de le diriger en bas.*



C. Après avoir fait subir à la pince-crochet un mouvement de rotation sur son axe de l'étendue d'un demi-quart de cercle environ, la pointe du crochet, dirigée obliquement en arrière, pénètre bientôt dans le tissu de l'iris dans une étendue plus ou moins grande et que l'on est libre de faire varier selon les indications que l'on a à remplir.

D. On cesse la pression exercée sur la branche de la pince, et celle-ci vient de nouveau rencontrer l'extrémité du crochet pour le masquer de manière à faciliter sa sortie par la plaie cornéale.

A l'aide d'une traction méthodiquement exercée de dedans en dehors sur l'instrument, que l'on a ramené dans la position qu'il avait lors de son introduction, on opère la déchirure de la portion d'iris saisie par lui. Le lambeau amené à l'extérieur est ensuite excisé comme dans le procédé ordinaire.

Fig. 3. — *Lambeau triangulaire entraîné par la pince-crochet en dehors de l'œil et excisé avec des ciseaux courbes appropriés.*



Les règles générales de l'opération une fois posées, c'est à la sagacité du chirurgien et à son expérience qu'il faut demander l'esprit d'à propos nécessaire pour modifier dans un cas donné les manœuvres opératoires en rapport avec l'état anatomique des parties.

Mais il est une dernière manœuvre qu'il ne faut jamais négliger, à mon avis, dans les procédés ordinaires d'iridectomie et dans celui-ci en particulier : cette manœuvre consiste à refouler dans la chambre antérieure le pédicule du lambeau excisé, qui est assez souvent retenu entre les lèvres de la plaie faite à la cornée. Dans l'espèce, je ne trouve aucun avantage réel à joindre l'*enclavement* à l'*excision*, et j'ajoute, pour motiver cette conduite, que la présence d'une portion d'iris laissée dans la plaie cornéale est à la fois un obstacle à sa cicatrisation rapide et une cause propre à favoriser le développement d'une kératite plastique dont les progrès peuvent faire échouer l'opération.

Pour exécuter cette dernière manœuvre, il suffit de promener légèrement d'un angle de la plaie à l'autre un stylet mousse ordinaire.

EXPÉRIENCES SUR LA MALADIE GRAVE
des oiseaux de basse-cour.

(Suite de la seconde communication faite à l'Académie des Sciences.)

Par O. Delafond,
Professeur de pathologie et de police sanitaire à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort.

(*Voir* le numéro du 8 mai.)

CARACTÈRES PRINCIPAUX DE LA MALADIE TRANSMISE PAR L'INOCULATION.

A. *Endroits inoculés.*

Après le dépôt du sang ou de toute autre matière virulente inoculée à la faveur d'une petite incision et d'un léger décollement de l'épiderme de la peau des parties latérales du thorax d'une volaille bien portante, la bête continue à présenter tous les signes de la santé jusqu'au moment où elle offre les symptômes du mal et les caractères d'une mort prochaine.

Après quatre à cinq heures, la petite plaie superficielle faite à la peau blanchit à ses bords en dessinant deux petites lèvres saillantes ; ses environs sont parfois rougeâtres et le siége d'une légère tuméfaction. Au bout de huit, quinze à vingt heures, quelquefois plus, rarement moins, tout à coup l'animal devient triste, expulse assez fréquemment des matières excrémentitielles semi-liquides, parfois légèrement infectes, marche en tréhuchant, peut à peine se tenir debout, tombe, se relève, et bientôt se couche sur le sternum ; sa respiration devient alors grande et laborieuse ; bientôt de son bec et de ses ouvertures nasales s'échappe un liquide glaireux ; la bête étend les ailes, courbe la tête et meurt presque toujours sans se débattre. La durée de cette scène morbide est de cinq, six, dix à douze minutes au plus.

B. *Lésions morbides les plus constantes.*

Lorsque l'inoculation a été faite avec l'attention de ne détacher que l'épiderme afin de déposer à la surface vasculaire de la peau le sang ou les autres matières virulentes, on trouve sous l'épiderme environnant une substance blanchâtre, formée d'une matière fibrino-albumineuse contenant une grande quantité d'épithéliums de nouvelle formation. Le tissu cutané, souvent aussi le tissu cellulaire sous-jacent, présente une matière blanchâtre assez consistante, formée presque entièrement de globules d'inflammation. Dans quelques cas, et bien que l'inoculation ait été faite avec le plus grand soin, le tissu cellulaire sous-cutané environnant la petite plaie est infiltré par un liquide jaunâtre parfois sanguinolent, au milieu duquel se montrent de petites ecchymoses intéressant parfois la couche musculaire superficielle sous-jacente.

Nous n'exposerons que d'une manière sommaire les principales lésions démontrées sur cinquante et quelques cadavres que nous avons ouverts.

Les cadavres se décomposent très lentement. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu adipeux, ne présentent que très rarement de petites ecchymoses.

Organes digestifs. — Le bec et le pharynx renferment un liquide glaireux coagulé. Quelquefois la muqueuse buccale et pharyngienne est vivement injectée. Le jabot est généralement rempli d'aliments répandant une odeur acide et herbacée. Le ventricule succenturié et le gésier n'offrent que fort rarement quelques taches rouges.

L'intestin est le siége d'altérations remarquables. Dans certains cadavres, le tissu villeux de la muqueuse est injecté et comme ecchymosé çà et là, notamment dans le tiers supérieur de l'intestin grêle. Dans d'autres, cette injection villeuse est plus répandue et constitue une teinte rouge uniforme ou disséminée à la surface de la muqueuse. Cette rougeur villeuse peut s'étendre dans le reste de la longueur de l'intestin grêle ; mais ce n'est que par exception qu'elle se prolonge sur la muqueuse des cœcums. Parfois les villosités ont laissé suinter un peu de sang en nature, qui alors se montre associ aux matières alimentaires. Dans d'autres cas, assez ordinaires chez les cadavres des pigeons inoculés, la muqueuse est d'un rouge violacé, brunâtre même ; ses villosités sont vivement injectées, et leurs vaisseaux ont laissé échapper du sang en nature qui s'est coagulé dans l'intestin. Dans ce cas, ce conduit renferme dans une partie de son tiers antérieur un coagulum rougeâtre assez consistant formé par une matière albumino-fibrineuse emprisonnant un grand nombre de globules du sang.

Les vaisseaux mésentériques sont toujours gorgés d'un sang noir. Leur congestion est d'autant plus considérable que l'intestin est le siége d'une plus forte accumulation sanguine. La muqueuse rectale est toujours rougeâtre et vivement injectée.

La rate ne présente parfois aucune altération. Dans beaucoup de cadavres, au contraire, elle a acquis le double et le triple de son volume et de son poids ordinaires. Elle est marbrée, noirâtre ou noire, ramollie, et pénétrée d'une bou noire et inodore. Cette bouillie splénique est presque entièrement formée par des globules de sang.

Le foie est parfois noirâtre, livide et ramolli ; mais dans le plus grand nombre de cas il ne présente aucune trace d'altération.

Organes respiratoires. — Le larynx et la trachée ne présentent généralement rien d'anormal. Dans un pigeon j'a constaté une turgescence sanguine violente de la muqueuse trachéale. Elle était noirâtre, très ecchymosée, et vivement injectée.

Les poumons sont souvent chez les poules, beaucoup plus rarement chez les pigeons et les lapins inoculés, le siége d'une altération remarquable.

Dans quelques cadavres ouverts immédiatement ou quelques heures après la mort, les poumons se montrent roses, spongieux, légers, et à l'état normal. Dans d'autres, ces organes offrent des taches noirâtres à leur surface et dans leur intérieur. Ces taches sont dues à des globules du sang épanché au sein du tissu pulmonaire.

Dans d'autres cadavres, ces organes sont parsemés de marbrures noirâtres ou noires encadrées par du tissu pulmonaire parfaitement sain ; les poumons, dans cet état, ne surnagent point complétement à la surface de l'eau, ils baignent dans ce liquide.

Dans d'autres, les poumons, principalement à leur bord inférieur, sont noirâtres, résistants et plus lourds que l'eau ; leur coupe est d'un brun luisant, et les nombreuses cellules qui en forment le tissu sont remplies par du sang. J'ai examiné cette lésion au microscope avec beaucoup de soin sans pouvoir y reconnaître tous les caractères de l'hépatisation. Le tissu pulmonaire paraît seulement imprégné d'une grande quantité de sang épanché dans ses grandes et nombreuses cellules.

A cette dernière lésion se réunit souvent une légère infiltration des bords inférieurs du poumon et du tissu cellulaire environnant.

J'ai constaté souvent, chez les poules, de petites et nombreuses ecchymoses sur les parois internes et inférieures de la cage thoracique.

Organes circulatoires. — Les jugulaires des veines-caves antérieures et postérieures, les veines mésentériques, les gros vaisseaux pulmonaires et les cavités droites du cœur sont gorgés d'un sang très noir, qui, peu de temps après la mort, constitue un coagulum ferme chez les poules et un peu moins consistant chez les pigeons et les lapins inoculés. J'ai déjà dit que ce sang ne répandait aucune odeur infecte, et que ces caillots extraits du cœur et des gros vaisseaux pouvaient se conserver pendant deux à trois jours sans répandre une odeur sensiblement putride. Ainsi que je l'ai déjà dit aussi, les globules de ce fluide ne présentent aucune altération notable. Les caillots conservés dans un vase ne laissent échapper qu'une petite quantité de sérosité claire et jaunâtre ; parfois ils se montrent entourés d'un léger coagulum blanchâtre.

Le cœur, dans un grand nombre de cadavres, et notamment chez les poules, présente à sa surface externe une très vive injection. Le tissu graisseux de sa scissure coronaire, plus rarement d'autres endroits de la surface du cœur, offrent de petites ecchymoses rougeâtres ou brunes.

Dans plusieurs cadavres, j'ai noté la présence d'une sérosité jaunâtre épanchée dans le péricarde, et l'existence sur la séreuse tapissant la face externe du cœur de légères fausses membranes formées d'une matière fibrino-albumineuse emprisonnant de beaux globules d'inflammation.

Les parois des ventricules du cœur, et presque toujours du ventricule gauche, sont parsemées de petites ecchymoses rouges ou brunes occupant la surface et l'épaisseur de la séreuse ; elles sont rares dans le tissu propre du cœur.

Les parois artérielles et veineuses, les cavités du cœur, alors même que le cadavre n'a été ouvert que douze, quinze et vingt-quatre heures après la mort, ne présentent point de lividités cadavériques.

Organes nerveux. — Le cerveau et la moelle épinière sont injectés. La pulpe cérébrale ne nous a jamais paru altérée. Les vaisseaux du canal rachidien et de la pie-mère sont parfois gorgés de sang. Les nerfs pneumo-gastriques et trisplanchniques, les nerfs des ailes et des membres ne m'ont offert jusqu'à présent que des altérations notables.

Organes génito-urinaires. — Les reins ne présentent aucune altération. Sur les cadavres de deux lapins inoculés, un épanchement sanguin considérable existait autour de la vessie. Les vaisseaux de l'ovaire et de l'ovidente sont souvent remplis d'une grande quantité de sang. La muqueuse de l'ovidente est parfois injectée. La matrice d'une lapine s'est montrée le siége d'une suffusion sanguine hémorrhagique.

Un fait bien remarquable m'a frappé dans toutes les autopsies auxquelles je me suis livré. C'est qu'à peu d'exceptions près, lorsque les intestins grêles sont le siége d'une

accumulation sanguine, les lésions pulmonaires sont peu marquées, et *vice-versa*.

Les dessins que je joins à cette note donneront une idée aussi exacte que possible des lésions que je viens de chercher à décrire d'une manière sommaire.

Dans quelque temps j'aurai l'honneur d'adresser à l'Académie un mémoire complet et détaillé renfermant les recherches auxquelles je me livre depuis quelque temps sur l'étiologie, la nature, le siége de la maladie, et les moyens de chercher à la prévenir et à la guérir.

Arnicine,

NOUVELLE BASE ORGANIQUE EXTRAITE DE L'ARNICA MONTANA.

Par M. William Bastick.

C'est en appliquant aux fleurs de l'*arnica montana* le procédé que M. William Bastick avait employé pour extraire la lobeline du *lobelia inflata* que ce chimiste est parvenu à préparer l'arnicine. Cette substance possède une forte réaction alcaline; elle se combine avec les acides et forme une série de sels. Elle se décompose par l'action d'une haute température, et laisse un résidu charbonneux; elle n'est donc pas volatile. Quoiqu'elle n'ait pu encore être obtenue cristallisée en raison de la petite quantité qui s'est trouvée à la disposition de l'auteur, cependant tout fait croire à ce dernier qu'elle est susceptible de prendre une forme définie. Sa saveur est légèrement amère, sans âcreté; elle a l'odeur du castor. La teinture de noix de Galles la précipite en flocons de la solution aqueuse de ses sels. Elle est légèrement soluble dans l'eau, beaucoup plus soluble dans l'alcool et dans l'éther. Les alcalis caustiques en opèrent la décomposition.

L'hydrochlorate d'arnicine, bien dépouillé de toute matière colorante au moyen du charbon animal, se présente sous la forme de cristaux transparents aciculaires et disposés en étoiles.

Les effets thérapeutiques de cette base restent encore à déterminer. Sans aucun doute cette substance n'a pas été examinée d'une manière complète; mais cette tâche ne peut être accomplie qu'en opérant sur une quantité de fleurs beaucoup plus grande que celle qui a servi à M. W. Bastick pour faire ses premiers essais.

(*Traduit de l'anglais par* E. Cottereau.)

Lobeline,

NOUVELLE BASE ORGANIQUE EXTRAITE DU LOBELIA INFLATA;

Par le même.

L'examen le plus récent et le plus complet qui ait été fait du *lobelia inflata* a été publié en 1843 par Reinsch, qui trouva dans cette plante une substance qu'il appela lobeline, et qu'il supposa en être le principe actif; mais il ajouta qu'il ne l'avait pas obtenu dans son état de pureté, qu'il avait une réaction acide, qu'il était insoluble dans l'éther, et toutes les expériences qu'il tenta sur cette matière la lui firent considérer comme formée par l'union d'un acide organique avec une base.

C'est dans le but d'éclaircir ces faits que M. William Bastick a récemment entrepris des recherches chimiques tendant à isoler le principe actif en question, et ses efforts ayant été couronnés de succès, il fit connaître le procédé suivant comme étant le meilleur pour obtenir la lobeline:

On fait macérer pendant quarante-huit heures 2 livres de la plante dans un gallon d'alcool, auquel on a préalablement ajouté 3 onces d'acide sulfurique. Au bout de ce temps, on décante le liquide alcoolique et on le filtre; puis on le mêle, en agitant constamment, avec de la chaux caustique en poudre, jusqu'à ce que le liquide ait acquis une réaction alcaline. Alors on filtre de nouveau, et on sature la liqueur claire avec un léger excès d'acide sulfurique; puis, après avoir encore éclairci cette solution par le filtre, on l'évapore à une douce chaleur jusqu'au quart de son volume. A ce moment, on ajoute une petite quantité d'eau, et l'on continue à évaporer jusqu'à ce que toute trace d'alcool ait disparu; on jette le tout sur un filtre pour séparer la résine devenue insoluble du liquide, que l'on sature au moyen d'une solution concentrée de carbonate de potasse; il se forme alors un précipité que l'on sépare en filtrant le mélange. On ajoute un grand excès de carbonate de potasse au liquide filtré, puis on le traite successivement par de petites quantités d'éther, en agitant constamment et jusqu'à ce que ce dissolvant n'enlève plus rien. La lobeline se dépose alors par l'évaporation spontanée de la solution éthérée. Elle contient encore une matière colorante, dont on peut la purifier en la dissolvant dans l'alcool, agitant la solution avec du charbon animal jusqu'à ce qu'elle soit décolorée, la filtrant et la faisant évaporer dans le vide avec de l'acide sulfurique jusqu'à ce qu'elle ne perde plus de son poids. Ce procédé est, du reste, le même qui a été recommandé par Liebig pour l'obtention de l'hyoscyamine.

La lobeline paraît ressembler, par plusieurs de ses propriétés, à l'hyoscyamine, dont elle se distingue en ce qu'elle ne peut cristalliser. C'est une huile visqueuse, transparente, jouissant d'une forte réaction alcaline, possédant, lorsqu'elle est pure, l'odeur de la plante à un très faible degré, mais exaltant beaucoup cette odeur par l'addition de l'ammoniaque; son goût est piquant et analogue à celui du tabac. Prise en petite dose à l'intérieur, elle exerce sur l'économie animale la même action qu'une forte dose de la plante; c'est donc, sans aucun doute, un violent poison.

La lobeline est volatile; on ne peut l'évaporer entièrement sans l'altérer. Elle se dissout dans l'eau, l'alcool et l'éther; les alcalis caustiques la décomposent facilement, et c'est pour cette raison qu'on ne peut préparer la lobeline en suivant les méthodes ordinairement employées pour l'extraction des alcaloïdes non volatiles. L'action destructive qu'exercent sur elle les alcalis caustiques s'oppose à ce que l'on puisse la séparer par distillation de la conéine ou de la nicotine. Elle constitue évidemment le principe actif du *lobelia inflata*, et, quand on la soumet à la distillation avec de la potasse caustique, rien ne passe dans le récipient, si ce n'est un corps résinoïde et de l'ammoniaque résultant sans aucun doute de la décomposition de la lobeline, tandis que le résidu de la distillation n'offre aucun caractère marqué.

La lobeline neutralise les acides à la manière des bases puissantes. Elle est précipitée de sa solution par l'infusion de noix de Galles, qui forme avec elle des flocons blancs. Elle est également précipitée dans la plupart des cas par l'ammoniaque de la solution aqueuse et concentrée de ses sels. Toutes ces combinaisons avec les acides minéraux sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. Lorsque ses sels sont entièrement décolorés par le charbon animal, ils deviennent cristallisables. L'hydrochlorate de lobeline forme des cristaux bien définis, incolores, transparents et aciculaires; sous ce rapport, la lobeline diffère entièrement de la nicotine et de la conéine. (*Ibid.*)

Préparation de la colocynthine.

Par le même.

On épuise par des quantités successives d'eau distillée froide la chair de coloquinte privée préalablement de ses semences jusqu'à ce qu'elle soit dépourvue de son amertume; on filtre la solution, on la porte au degré d'ébullition, et, pendant qu'elle est chaude, on y ajoute du biacétate de plomb jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de précipité. Lorsque la liqueur est froide, on filtre, et on ajoute peu à peu au liquide clair de l'acide sulfurique dilué tant qu'il se forme du précipité; on fait bouillir de nouveau pour le priver de l'acide acétique libre, et on filtre pour séparer le sulfate de plomb. Par ce procédé, toutes les matières organiques, sauf la colocynthine, sont éliminées. On évapore doucement le liquide presque à siccité, et on en retire la colocynthine à l'aide de l'alcool très concentré; celui-ci laissera précipiter les sels insolubles, tels que les sulfates. Enfin, pour obtenir la colocynthine pure, on n'a qu'à faire évaporer la solution alcoolique.

Ce procédé est plus complexe que ceux recommandés par Vauquelin et par Braconnot; cependant il est facile à exécuter. La colocynthine se dissout dans l'acide sulfurique concentré, mais il est à supposer qu'elle se décompose en même temps. La solution est d'un brun foncé, et, lorsqu'on l'étend d'eau, il se forme un précipité de nature charbonneuse. Cet acide paraît priver la colocynthine de ses éléments d'eau.

L'acide nitrique agit sur la colocynthine comme sur les résines. Elle se dissout facilement dans cet acide froid d'une densité de 1,150, et il se développe après quelques instants une réaction violente accompagnée d'un abondant dégagement de chaleur et de vapeurs d'acide nitreux, ce qui montre que le corps ainsi traité s'oxyde.

En ajoutant une petite quantité d'eau à la solution acide, il se forme un précipité volumineux, qui se dissout par l'addition d'une plus grande quantité d'eau. Ce précipité, séparé du liquide par le filtre et lavé avec de l'eau à 0° pour enlever l'excès de l'acide nitrique, présente le caractère d'un acide faible (acide colocynthique). Ce corps paraît être le seul produit de l'oxydation de la colocynthine ainsi traitée, quoique sans aucun doute d'autres substances se forment en continuant le procédé d'oxydation par l'application de la chaleur. Cet acide est d'un jaune pâle et d'une saveur amère, mais beaucoup moindre que celle de la colocynthine. Il est inflammable, mais non explosif. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, et se sépare de ses solutions par l'évaporation sous une forme amorphe. Il produit avec l'ammoniaque, la potasse et la soude des composés solubles d'une couleur brun-rougeâtre, mais non cristallisés. Il se combine avec les terres et les oxydes métalliques en formant des composés insolubles ou à peine solubles.

M. Grégory avait avancé que la colocynthine n'était préalablement qu'un mélange de divers corps organiques; mais les expériences faites par M. Bastick sur les propriétés de cette substance et indiquées ci-dessus ne lui permettent pas de partager cette opinion.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

(Suite. — *Voir* les numéros des 8 et 10 mai.)

DEUXIÈME LEÇON.

A. Des modificateurs cosmiques.

a. *Des modificateurs astronomiques, ou des influences sidérales.*

Les anciens attachaient une grande importance à l'influence exercée par les astres sur l'organisme, et Hippocrate recommande très expressément de n'accorder aucune confiance aux médecins qui ignorent l'astronomie. Pendant le règne des alchimistes, dit M. Arago, le corps humain fut considéré comme un univers en miniature, et à chaque organe fut dévolu un astre. Le cœur recevait les influences du soleil, le cerveau celles de la lune, le poumon celles de Jupiter, la rate celles de Saturne, le rein celles de Vénus, tandis que les organes de la génération étaient placés sous la direction de Mercure. De ces idées bizarres, ajoute M. Arago, il ne nous est resté que l'expression de *lunatiques*, généralement appliquée à ceux qui ont le cerveau malade.

De pareilles idées n'ont en effet plus besoin d'être discutées aujourd'hui; mais il ne faut pas perdre de vue cependant qu'elles se rattachent à une notion fondamentale exacte: celle d'une relation entre les lois astronomiques et les lois biologiques; car il est évident qu'il est impossible de concevoir d'une manière vraiment scientifique le système général des conditions d'existence propres aux corps vivants, sans prendre en considération l'ensemble des éléments astronomiques.

La vie, telle qu'elle se présente à nous, au double point de vue statique et dynamique, est appropriée aux milieux au sein desquels s'effectuent son développement, son maintien, et il est, par conséquent, impossible de supposer une perturbation quelconque dans les conditions fondamentales de ces milieux sans admettre une perturbation corrélative dans l'état des organes et dans l'accomplissement des phénomènes vitaux. Que la masse absolue et la forme générale de la terre soient modifiées, et il surviendra immédiatement une modification co-rrélative dans l'intensité et la direction de la pesanteur, dont vous pouvez comprendre, *à priori*, l'influence directe sur l'organisme. L'existence des êtres vivants est étroitement liée à l'équilibre et aux oscillations régulières des fluides dont la surface terrestre est couverte en majeure partie. Bichat a signalé la subordination de l'intermittence de la vie animale proprement dite avec celle de la rotation diurne de la terre; la direction du plan de l'orbite comparée à l'axe de rotation de la planète et le principe immédiat de la division de l'année en saisons, et de celle de la terre en climats, et par conséquent de la loi relative à la distribution géographique des diverses espèces vivantes.

Des recherches récentes ont introduit un élément nouveau dans cette grande question des relations qui existent entre les lois astronomiques et les lois biologiques; elles ont montré qu'obéissant à un mouvement de totalité qui le pousse vers la constellation d'Hercule, notre système traverse d'une course rapide les immenses régions de l'espace. Or, parmi les conséquences de ce déplacement incessant de la terre, vous devez entrevoir la possibilité d'un changement assez considérable dans la température ambiante pour modifier profondément les climats, et même pour entraîner la destruction complète des êtres organisés à la surface de notre planète. Dans ce moment même, M. Petit, directeur de l'observatoire de Toulouse, attribue l'abaissement de la température saisonnière à ce que la terre traverse une région de l'espace qui est parsemée d'une innombrable quantité de corpuscules planétaires interposés entre notre globe et le soleil.

Ces considérations d'un ordre si élevé pourraient, messieurs, recevoir de longs développements; mais cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Laissons à l'astronomie, à la physique, à la philosophie biologique, le soin de les poursuivre dans toutes leurs applications, dans toutes leurs hypothèses; et pour rester dans le domaine de l'hygiène, contentons-nous d'examiner quelles sont les influences exercées sur l'organisme, d'une part, par les *alternatives de jour et de nuit*, dont la cause réside dans la révolution complète que notre globe opère sur lui-même dans l'espace de vingt-quatre heures, et, d'autre part, par l'*action lunaire*.

Alternatives de jour et de nuit. — Vous savez, messieurs, que la durée des jours et des nuits varie dans les divers points du globe et dans le même lieu suivant les saisons, par suite de l'inclinaison de l'axe de la terre et de la rotation que celle-ci opère autour du soleil dans l'espace de 365 jours, 6 heures, 9 minutes et 10 secondes. Sous l'équateur, les nuits ont pendant toute l'année une durée de douze heures égale à celle des jours; vers les pôles, au contraire, il existe une inégalité très considérable. En hiver les nuits sont plus longues que les jours, tandis que le contraire a lieu en été, et vous savez qu'à Paris, par exemple, la durée de la nuit est de 9 heures 45 minutes en automne et en hiver, de 14 heures 30 minutes au printemps et en été. Cette durée variable des jours et des nuits exerce à son tour une influence importante sur la température et les autres conditions de l'air atmosphérique; mais l'étude de cette influence se rattache naturellement à celle de la thermologie, à celle des saisons et des climats. Nous devons rechercher seulement ici si les alternatives de jour et de nuit exercent par *elles-mêmes* une action appréciable sur l'état statique et dynamique de l'être vivant.

Il est plus difficile que vous ne le pensez probablement de répondre d'une manière rigoureuse à cette question. Dans tous les traités d'hygiène, en effet, vous trouvez attribuées à la nuit certaines modifications observées dans la digestion, la respiration, la circulation, les sécrétions, les fonctions cérébrales et génitales; mais si vous voulez bien remarquer que les observations ont été faites pendant le *sommeil*, le repos, la position horizontale, le séjour au lit, et qu'on n'a tenu compte d'aucune de ces circonstances, vous vous demanderez certainement avec moi s'il est possible d'attribuer exclusivement à la *nuit* des phénomènes qui se produisent sous l'influence complexe d'une réunion de modificateurs très divers. Pour résoudre ce problème, il faudrait pouvoir s'appuyer sur des expériences comparatives, faites d'une part pendant la nuit sur un homme en état de veille, et placé autant que possible dans des conditions analogues à celles qui se présentent pendant le jour, et d'autre part, pendant le jour, sur un homme endormi, et placé dans les conditions qu'on rencontre pendant la nuit. Or ces expériences comparatives n'ont pas été faites; et en tenant compte des observations que nous fournissent les habitudes de la société, dans laquelle on transforme si souvent la nuit en jour et réciproquement, nous sommes autorisés à croire que c'est au *sommeil* et à l'ensemble des modificateurs qui interviennent pendant la nuit qu'il faut rapporter, en grande partie, les modifications fonctionnelles que les auteurs ont attribuées à la nuit, et nous croyons dès lors devoir en renvoyer l'énumération et l'étude au chapitre dans lequel nous nous occuperons de ce modificateur dynamique.

Dans beaucoup de maladies aiguës et chroniques, le commencement de la nuit est accompagné d'un mouvement fébrile, d'une exacerbation plus ou moins prononcée; mais ces phénomènes ne sont-ils pas le résultat de l'action excitante des nombreux agents à l'influence desquels le malade a été plus ou moins soumis pendant le jour? Ne peut-on pas expliquer de la même manière la fréquence plus grande pendant la nuit des terminaisons funestes, fréquence d'ailleurs contestable, puisque les relevés de trente années à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles ont montré à M. Quételet que sur 5,250 décès 2,471 seulement ont eu lieu de six heures du soir à six heures du matin (de six heures à minuit 1,074, de minuit à six heures du matin 1,397), tandis que 2,779 ont eu lieu de six heures du matin à six heures du soir (de six heures à midi 1,321, de midi à six heures 1,458).

Le plus grand nombre des accouchements a lieu pendant la nuit: cela tient-il à ce que la conception s'opère ordinairement pendant ce temps?

Action lunaire. — L'influence astronomique de la lune n'est guère mieux établie que celle des alternatives du jour et de la nuit.

Hippocrate considérait les Pléiades, Arcturus et Procyon, comme étant les astres prépondérants, et n'accordait à la lune qu'un rôle secondaire; Galien, au contraire, attribua à celle-ci l'influence la plus considérable, et c'est à la durée et à la succession de ses différentes phases qu'il rattacha sa doctrine des crises et des époques

auxquelles se montrent les jours critiques, le septième, le quatorzième et le vingt-unième.

Mead, Hoffmann, Sauvages et même bon nombre de médecins contemporains pensent encore qu'il existe un certain rapport entre les phases de la lune et certains phénomènes physiologiques ou pathologiques.

Sanctorius prétend que l'homme en santé gagne une ou deux livres en poids au commencement du mois lunaire et qu'il les perd à la fin; mais les expériences sur lesquelles il appuie cette assertion ne sont pas concluantes et elles n'ont pas été confirmées depuis lui.

Selon Hippocrate, la conception s'effectue principalement à la pleine lune, et l'on a prétendu que les accouchements sont plus fréquents à la fin du décours de la lune qu'à toute autre époque de la lunaison; les registres de l'état civil ne viennent pas à l'appui de cette doctrine.

Beaucoup de personnes pensent encore que les époques menstruelles sont réglées sur la durée des révolutions lunaires; mais cet accord n'est pas exact, et qui ne sait d'ailleurs que le flux sanguin se manifeste chez une femme à la nouvelle lune, chez une autre au premier quartier, chez une troisième le jour de l'opposition, et cela malgré l'identité d'âge et de constitution physique? Qui ne sait aussi qu'à la longue, chez le même individu, le phénomène finit par arriver à toutes les époques du mois lunaire?

L'influence de la lune sur les aliénés, sur les sujets atteints de maladies nerveuses compte un grand nombre de partisans. Faber rapporte qu'un fou devint furieux pendant une éclipse de lune; Mead parle d'un enfant qui éprouvait des convulsions au moment de l'opposition; Pison, d'une paralysie ramenée tous les mois par la nouvelle lune; Menuret, d'une épilepsie dont les accès revenaient à la pleine lune; Bacon s'évanouissait pendant toutes les éclipses de lune et ne recouvrait ses sens qu'à mesure que l'astre revenait à la lumière. Ramazzini raconte que, pendant une fièvre épidémique qui régna en 1693, un grand nombre de malades périrent le 21 janvier au moment d'une éclipse de lune; Menuret va jusqu'à dire que la lune exerce une grande influence sur la marche des maladies cutanées, et en particulier de la teigne et de la gale, assertion contre laquelle pourraient protester, avec moi, tous les médecins qui ont fait une étude suivie des dermatoses.

On ne saurait, messieurs, mettre en doute la bonne foi des auteurs que nous venons de citer et leur opposer une dénégation absolue; mais en acceptant les faits qu'ils rapportent, ne faut-il point faire une part à la coïncidence et surtout à l'imagination? « Comment, dit M. Arago, ne serait-on pas tenté de faire en tout ceci une large part à l'imagination frappée des individus, lorsque nous trouvons qu'en août 1654 un grand nombre de personnes considérables s'enfermèrent, par ordonnance de médecin, dans des chambres bien closes, bien échauffées et bien parfumées, afin d'échapper aux mauvaises influences de l'éclipse de soleil qui arriva ce jour-là? lorsque le judicieux Petit nous apprend, en outre, que les ecclésiastiques, tant la consternation était grande, ne pouvaient suffire à confesser tous les effrayés, ce qui, par parenthèse, contraignit le curé d'un village voisin de Paris à dire au prône que l'éclipse avait été remise à la quinzaine, et qu'on pouvait en toute assurance ne pas tant se presser! »

Olbers déclare que, pendant une longue pratique, il n'a jamais pu constater le moindre effet produit par l'influence lunaire; et M. Arago dit avec raison que si les coïncidences signalées par les auteurs n'avaient pas été fortuites, que si elles avaient tenu à une action réelle de la lune, on ne serait pas réduit à citer trois ou quatre cas saillants, mais qu'on en rapporterait par milliers.

Quoi qu'il en soit, vous trouverez probablement, messieurs, qu'il y a quelque difficulté à se prononcer sur ces faits médicaux considérés en eux-mêmes, et vous jugerez alors qu'il est intéressant de rechercher si la lune exerce une influence quelconque sur notre atmosphère. Or presque tous les astronomes, les physiciens et les météorologistes s'accordent pour affirmer que cette influence est complètement inappréciable. Mais cette doctrine est contredite par MM. Pilgram et Schübler, qui ont montré, par des observations continuées par celui-ci pendant vingt-huit ans, que la pluie tombe plus fréquemment vers le deuxième octant qu'à toute autre époque du mois lunaire, et que les moindres chances de pluie arrivent entre le dernier quartier et le quatrième octant; que les vents du sud et de l'ouest deviennent de plus en plus fréquents depuis la nouvelle lune jusqu'au deuxième octant, tandis que, pendant le dernier quartier, les vents du nord et de l'est soufflent plus souvent que jamais. M. Flaugergues, de son côté, nous apprend qu'il existe un rapport entre les phases lunaires et les hauteurs barométriques, dont la moyenne est plus élevée (755mm,73) pendant le jour de l'apogée que pendant le jour du périgée (754mm,73). Enfin, vous connaissez tous l'influence très remarquable que la lune exerce sur la mer, où elle produit le flux et le reflux; on s'est demandé si elle n'aurait pas une action analogue sur notre atmosphère, et M. Arago répond affirmativement à cette question, sans qu'il nous soit possible, d'apprécier l'influence des *marées atmosphériques* sur l'organisme.

De ces considérations, faut-il conclure que la lune peut, directement ou indirectement, exercer une influence quelconque sur les fonctions, sur la marche et le traitement des maladies? Je vous répondrai, avec M. Arago, que cela n'est pas absolument impossible, mais que, jusqu'à présent, rien n'est venu le prouver d'une manière positive. Dans tous les cas, rappelez-vous, messieurs, que la lune ne saurait agir que par voie d'attraction, par la lumière qu'elle réfléchit, ou par des émanations obscures, électriques, magnétiques ou d'une nature encore inconnue.

Bibliographie.

A. Comte. *Cours de philosophie positive*, t. III, p. 391 et suiv.

Arago. La lune exerce-t-elle sur notre atmosphère une influence appréciable? In *Annuaire du bureau des longitudes pour l'année* 1833. Paris, 1832, p. 157.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DU 12 MAI 1851.

Nous cédons volontiers au désir de M. Alhiet, en publiant *in extenso* la note suivante relative aux détails des expériences communiquées à l'Académie des Sciences.

Expériences.

1° Poids du sang agité pendant dix minutes.	162,22
Poids du sang au repos.	164,33
Poids de la fibrine du sang agité.	0,505
Poids de la fibrine du sang au repos.	0,513
Pour 1,000 gr. : sang agité.	3,174
— sang au repos.	3,122
Différence en faveur du sang agité.	0,008
2° Poids du sang agité pendant dix minutes.	242,12
Poids du sang au repos.	203,87
Poids de la fibrine du sang agité.	0,657
Poids de la fibrine du sang au repos.	0,560
Pour 1,000 gr. : sang agité.	2,710
— sang au repos.	2,736
Différence	0,036
3° Poids du sang agité pendant dix minutes.	268.86
Poids du sang au repos.	181,33
Poids de la fibrine du sang agité.	1,023
Poids du sang au repos.	0,736
Pour 1,000 gr. : sang agité.	3,804
— saug au repos.	4,058
Différence	0,254
4° Poids du sang agité pendant dix minutes.	163,38
Poids du sang au repos.	171,10
Poids de la fibrine du sang agité.	0,500
Poids de la fibrine du sang au repos.	0,584
Pour 1,000 gr. : sang agité.	3.060
— sang au repos.	3,413
Différence.	0,353
5° Poids du sang agité pendant dix minutes.	189.98
Poids du sang au repos.	175,72
Poids de la fibrine du sang agité.	0,520
Poids de la fibrine du sang au repos.	0,513
Pour 1,000 gr. : sang agité.	2,737
— sang au repos.	2,919
Différence.	0,182
6° Poids du sang agité pendant dix minutes.	251,76
Poids du sang au repos.	212,22
Poids de la fibrine du sang agité.	0,730
Poids de la fibrine du sang au repos.	0,640
Pour 1,000 gr. : sang agité.	2,899
— sang au repos.	3,015
Différence.	0,116

Ces résultats ont été contestés en vertu d'expériences communiquées récemment à l'Académie; mais ces expériences sont frappées de nullités, attendu que le sang a été *battu* au lieu d'être *agité* dans un flacon hermétiquement bouché, comme l'avaient fait M. Marchal (de Calvi), après lui M. le docteur Corne, et comme j'ai fait moi-même.

M. le docteur Koreff, médecin prussien, qui depuis longues années jouissait à Paris d'une réputation méritée d'homme d'esprit et de praticien distingué, est mort le 14 mai, frappé d'une attaque apoplectiforme, au moment où il entrait chez un de ses malades.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

MAISON NATIONALE DE SANTÉ. — M. VIGLA.

Deux cas de méningite avec taches lenticulaires rosées, sans lésions intestinales.

(Recueillis par M. GOSSET, interne.)

Les médecins habitués aux recherches cliniques savent combien est difficile, dans quelques cas, le diagnostic différentiel de la méningite simple ou tuberculeuse et de la fièvre typhoïde. La présence d'une éruption spéciale à cette dernière maladie, chez les trois quarts environ des sujets qui en sont affectés, forme un élément diagnostique de la plus haute importance. Si les faits de la nature de ceux que je vais rapporter se multipliaient, la difficulté augmenterait. Je ne crois pas cependant avoir mal vu ; d'autres personnes suffisamment exercées ont vu comme moi et en dehors de moi. Je sais avec quelle réserve on doit admettre les faits extraordinaires ou très exceptionnels. Je sais aussi combien l'esprit prévenu peut méconnaître de faits réels. Je me borne donc à signaler à mes confrères le point de séméiologie qui ressort des deux observations que je viens de recueillir.

OBS. I. — Arrivée à Paris depuis neuf mois. — Allaitement. — Céphalalgie. — Vomissement d'un lombric. — Fièvre. — Délire. — Coma. — Taches lenticulaires rosées. — Mort te dix-huitième jour de la maladie. — Granulations miliaires tuberculeuses dans les méninges, les plèvres, le péritoine, les poumons, le foie et les reins. — Tubercules ramoltis dans les ganglions bronchiques.

Le 28 avril 1851, la nommée Primard, malade depuis quinze jours, vingt-deux ans, belle constitution, fut apportée à la Maison nationale de santé.

Antécédents. — Cette femme, qui avait toujours joui d'une excellente santé, était venue à Paris il y a neuf mois, immédiatement après ses couches, pour être nourrice sur lieu. Bientôt placée, elle éprouva pendant le cours de son allaitement une telle augmentation dans son appétit, qu'il fut très difficile de la contenir sous le rapport de l'alimentation.

Le 12 avril, elle eut une violente indigestion à la suite d'un grand écart de régime. Peu après se déclarèrent des maux de tête insupportables, qui furent pendant huit jours l'unique symptôme morbide accusé par la malade. Il y avait chez elle absence complète de fièvre. Une application de sangsues derrière les oreilles n'amena aucun soulagement.

Le 18, la malade vomit un lombric de forte dimension. On prescrivit 10 centigrammes de calomel toutes les deux heures. La céphalalgie disparut, mais le pouls s'accéléra progressivement.

Le 26, délire peu intense et surdité.

Le 27, coma profond, pouls vif et irrégulier. — Vésicatoire à la nuque et à la jambe droite.

Le 28, à son entrée à la Maison de santé, peau chaude et sèche, pouls à 120. Facies fatigué, traits tirés ; plaintes continuelles, qui se changent en cris au moindre dérangement ; prostration extrême, avec une légère agitation qui porte sans cesse la malade vers le bord de son lit, au milieu duquel il faut constamment la repousser pour éviter qu'elle ne tombe. Pupilles dilatées. Les seins sont gonflés par le lait qui jaillit avec force par la compression. Le ventre est douloureux sans ballonnement ni borborygmes. Constipation depuis plusieurs jours, qui ne cède qu'à l'ingestion de trois bouteilles d'eau de Sedlitz successives. Selles involontaires à la suite. La vessie est distendue par l'accumulation de l'urine. On l'évacue par la sonde, et son atonie est telle, que l'air y pénètre avant la miction accomplie, et en sort avec bruit par la compression suspubienne. Des taches roses lenticulaires existent à la surface de l'abdomen. Langue humide et nette. Douleurs à l'occiput. Sibilance nulle dans le thorax et sonorité normale. Le foie et la rate ne présentent rien de particulier à la percussion.

Le 30, même état. La malade a toute sa connaissance, mais va s'affaiblissant. Pouls à 120. La diarrhée et l'atonie vésicale continuent.

Le 1er mai, même céphalalgie occipitale, mêmes plaintes, même accablement. Selles involontaires ; urines par regorgement. Intelligence nette. A six heures du soir, on pratique le cathétérisme, et deux heures plus tard la malade expire.

Autopsie après 36 heures. — Aucune lésion caractéristique de la fièvre typhoïde. L'intestin, ouvert d'une extrémité à l'autre, n'offre que çà et là le piqueté noir d'une barbe récemment faite. Du reste, rien absolument aux plaques de Peyer Un peu de psorentérie. Mais les autres organes présentent des lésions qui expliquent la mort, en l'absence de toute dothinentérie.

Cerveau. — L'arachnoïde est le siége, surtout à la base du cerveau, d'un épanchement considérable de sérosité lactescente ; une couche de lymphe plastique albumo-purulente la tapisse en plusieurs points. Le réseau vasculaire y est fortement congestionné. Des granulations miliaires forment à sa surface libre de petits groupes isolés, plus nombreux dans la scissure de Sylvius et aux cornes antérieures des deux lobes cérébraux postérieurs ; ils s'enlèvent avec la membrane, laquelle, du reste, n'adhère pas intimement à la substance grise. Ces granulations sont aussi très abondantes le long du bord supérieur de chaque hémisphère et dans les plexus choroïdes. La substance blanche offre un *sablé* sans valeur anatomo-pathologique bien appréciable. La masse encéphalique est très ramollie.

Poumons criblés de tubercules miliaires à leur surface et dans leur parenchyme ; ils sont aérés et roses dans la plus grande partie de leur volume, présentent à peine quelques traces de pneumonie hypostatique. Les ganglions bronchiques sont également infiltrés de matière tuberculeuse ; l'un d'eux, plus volumineux, est à l'état de suppuration, et offre de petites cavernes à son centre.

Abdomen. — Le péritoine est chargé de granulations miliaires dans toute son étendue, et principalement sur ses replis épiploïque et mésentérique. L'enveloppe séreuse du foie en est également recouverte. La rate est à l'état de bouillie. Les reins offrent deux ou trois petits tubercules dans l'épaisseur de leur couche granuleuse. L'estomac et le colon ont subi un développement extraordinaire, en rapport sans doute avec l'appétit vorace de la malade. La vessie est vide, mais à peine revenue sur elle-même après la distension qu'elle avait endurée.

RÉFLEXIONS. — Si nous faisons un moment abstraction des taches lenticulaires rosées, l'analyse de cette observation nous montre la tuberculisation des méninges avec ses symptômes, sa marche, sa durée, sa terminaison ordinaires chez l'adulte comme chez l'enfant. En effet, nous voyons à la suite d'une indigestion, probablement due à une influence cérébrale, la céphalalgie se produire et durer huit jours sans autres phénomènes morbides, mais opiniâtre et ne cédant rien de son intensité aux moyens qu'on lui oppose. Six jours après, nouveau vomissement d'un ver lombric, cessation ou diminution de la céphalalgie, mais apparition d'autres symptômes de plus en plus caractéristiques : accélération du pouls, délire léger, surdité, cris hydrencéphaliques, tendance de la malade à se porter vers le bord du lit avec chute imminente, céphalalgie occipitale, somnolence et coma se dissipant par intervalles, constipation qui ne cède qu'à trois bouteilles d'eau de Sedlitz, langue presque naturelle, respiration libre ; enfin, terminaison non moins insidieuse que le début. L'intelligence revient, un calme apparent se manifeste, et la malade expire presque inopinément. A l'autopsie, épanchement séreux abondant (hydrocéphale aiguë des premiers observateurs), granulations miliaires aux lieux d'élection dans la pie-mère ; ramollissement des parties blanches centrales du cerveau auxquelles Abercrombie a attribué un rôle important dans cette maladie, et qui n'est guère acceptée aujourd'hui que comme effet cadavérique ; granulations tuberculeuses miliaires dans les poumons ; tubercules ramollis dans les ganglions bronchiques, où la maladie prédomine et est mieux caractérisée, plus avancée que dans les poumons, comme cela a lieu si souvent dans l'enfance ; granulations miliaires dans le péritoine, à la surface des reins, etc.

Il serait intéressant de reprendre cette analyse au point de vue des analogies et des différences avec une autre maladie bien plus commune, la fièvre typhoïde ; analogie si grande, différence souvent si faible qu'il est peu d'observateurs, s'il en est, à qui il ne soit arrivé de prendre une diathèse tuberculeuse aiguë pour une fièvre typhoïde ; mais, nous l'avons déjà indiqué, le principal intérêt de cette observation est dans l'existence bien constatée chez la femme Primard de taches lenticulaires rosées à la base de la poitrine et sur l'abdomen. Elles étaient si apparentes qu'un interne de la maison, attaché à un autre service et appelé le jour de sa garde pour sonder cette malade, n'a pas élevé de doute à leur inspection sur la nature typhoïde des accidents graves dont il était témoin. Telle était aussi notre confiance sur la valeur diagnostique de cette éruption qu'elle a sans doute détourné notre attention de certains symptômes importants qui eussent pu nous conduire à la connaissance de la véritable nature de la maladie. Je citerai surtout l'état presque normal de la langue, la constipation opiniâtre, phénomènes qui n'ont pas passé inaperçus, mais que nous avons regardés comme exceptionnels et non incompatibles avec l'existence d'une fièvre continue. Quoi qu'il en soit, ce fait nous paraît avoir été observé avec assez de soin par plusieurs personnes habituées à ce genre d'exploration pour appeler de nouveau l'attention des médecins sur la recherche des taches lenticulaires rosées dans des maladies autres que la fièvre typhoïde.

Ce n'est pas que la question n'ait été déjà étudiée et même ne semble définitivement résolue dans le sens de l'affirmative ; mais on a en quelque sorte perdu de vue les faits qui ont servi de base à cette opinion, et on en est généralement venu à douter de leur exactitude. M. Louis, le juge le plus

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les colonnes supérieures de ce journal continuent à rendre compte des séances de l'Institut ; mais c'est uniquement par habitude, car en réalité il n'y a plus d'Académie au palais Mazarin, à moins que l'Académie ne soit comme la variole, et qu'il ne puisse y avoir une *academia sine academicibus.*

Qu'est devenu, en effet, M. Chevreul ? où est passé M. Roux ? où retrouver M. Dumas ? où saisir M. Payen ? où rencontrer M. Balard, M. Ch. Dupin, M. Séguier, et tant d'autres ? En un mot, où siége, où délibère, où discute l'Académie des sciences ? A coup sûr ce n'est pas au palais Mazarin, à moins que, nouveaux atlas, MM. Arago et Flourens ne supportent seuls le poids de notre première société savante. Je conviens aisément que ces deux honorables académiciens sont de force à suffire à cette tâche ; mais on m'accordera aussi que l'Institut, réduit ainsi à sa plus simple expression, ne répond pas complétement à l'idée qu'on s'était faite de sa majesté et de sa grandeur.

Si je me plains de cette désertion, ce n'est point cependant que je ne me l'explique très naturellement. Je sais qu'il ne faut demander aux hommes et aux institutions que ce qu'ils peuvent nous donner ; parce qu'un jour il a plu au ciel de faire tomber dans le portefeuille de certains mortels un diplôme d'académien et un certificat d'immortalité, en doit-on fatalement conclure que ces hommes, l'honneur de l'intelligence humaine, doivent se ravaler au niveau des statactites et des végétaux, et ne plus abandonner le roc qui les soutient et la terre qui les nourrit ? Evidemment non, et le titre d'académicien ne leur a pas plus enlevé le droit de parcourir le monde que de lancer leur esprit dans le vaste champ de l'infini.

Mais je trouve que ce droit a des limites comme tous les autres, et que si la sagesse dresse des bornes à la vertu, la science et les convenances en établissent aussi aux pérégrinations ; car, de même que la science ne s'arrête jamais dans sa marche ascendante, de même les académies, premières dépositaires de chaque progrès, ne doivent jamais chômer ; c'est pour cette unique raison que les sociétés savantes n'ont point de vacances, à l'encontre des corps enseignants, qui n'acceptent comme vérités que les propositions admises par les corporations académiques.

Cette règle n'est pas sans exceptions, je me hâte de le reconnaître ; mais les exceptions confirment la règle, ainsi qu'on le sait depuis Lhomond, et je n'en persiste pas moins à dire que, si l'Institut était un peu plus à Paris qu'en Angleterre, les choses scientifiques n'en iraient que mieux.

L'exposition universelle de Londres a produit sur les honorables académiciens l'effet de la tarentule ; c'est à qui traversera la Manche le plus vite et le plus *gratuitement* possible ; cette dernière condition est surtout de rigueur ; tous se sont mis à la poursuite du ministre pour avoir, l'un l'inspection des cuirs (sans calembour), l'autre celle des minéraux, celui-ci des substances alimentaires, celui-là des instruments de chirurgie, des appareils de haute et *basse* hygiène, etc., etc.

A l'occasion de ce steeple-chase de missions industrio-scientifiques, on fait circuler les anecdotes les plus curieuses et les plus difficiles à raconter lorsqu'on est élevé comme moi dans la crainte de Dieu et du papier timbré. J'en risquerai cependant une avec toute la réserve que commande la susceptibilité des académiciens : On raconte qu'un honorable membre de l'Institut, que ses habitudes de langage et ses travaux avaient naturellement fait placer par le ministre à la tête de la section des cuirs, jugea convenable, afin de prévenir les malignes interprétations de l'esprit français, d'abandonner le poste que ses tendances, ses études et le choix de l'autorité lui avaient assigné, et d'ambitionner la place de commissaire de la section de verrerie. Le ministre, qui ne résiste pas facilement aux désirs qui partent de l'Institut, et à qui d'ailleurs la mutation demandée importait assez peu, n'y mit pas obstacle, et le commissaire en verrerie, qui n'était pas de l'Institut, se laissa avec résignation transporter dans les cuirs ; mais les chefs d'industrie qui l'avaient désigné au choix du ministre ne partagèrent pas le stoïcisme de leur représentant (l'industrie n'est pas obligée au stoïcisme), et, lorsqu'ils apprirent cette substitution, ils firent tant et si bien que le ministre fut obligé d'accéder à leurs réclamations, de réintégrer leur mandataire dans sa place et de restituer les cuirs à qui de droit. L'industrie seule pouvait lutter avec un pareil succès contre l'Institut ; mais il est grandement à craindre que la médaille du triomphe ne soit pas sans revers. Déjà on parle d'un plan de jeunes et innocents ceps qui auraient payé de leur vie la défaite de l'Institut, et, si l'on en juge par ce débat, il serait bien possible que nous eussions à écrire un jour *les malheurs d'un commissaire heureux.* Quant à aujourd'hui, nous ne pouvons que conseiller à M. X... d'éviter soigneusement dans les coins obscurs d'Albion tout tête-à-tête avec le commissaire des cuirs.

Heureusement pour notre caractère national, tous les commissaires ne sont pas arrivés à Londres avec des intentions aussi noires. M. Roux, par exemple, est parti avec une résignation et une gaieté d'âme dignes d'un stoïcien ; mais je dois ajouter, pour ne pas sortir de la vérité, que jamais mission ne flatta plus le goût du chirurgien de l'Hôtel-Dieu. M. Roux est né touriste ; il en a les instincts, les mœurs et le langage ; je n'oublierai jamais le récit des aventures pyrénéennes et espagnoles dont il émaillait sa clinique en 1843, après une excursion qu'il fit aux frontières hibériques ; je guette son retour de Londres pour lui entendre raconter ses nouvelles impressions de voyage et ses anecdotes britanniques. Le catalogue en sera long, j'en ai l'intime conviction, car la mission dont il est chargé donnera à M. Roux de vastes loisirs qui lui permettront de satisfaire ses mœurs de touriste et de recueillir une

compétent que l'on puisse citer sur ce point de la science, s'exprime ainsi dans la 2e édition de son ouvrage sur la fièvre typhoïde, t. II, p. 107 : « De 50 sujets atteints de péripneumonie, d'angine, de diarrhée, de rhumatisme, de catarrhe pulmonaire, de fièvre d'accès, de pleurésie, de gastro-entérite, d'embarras gastrique, et chez lesquels j'ai recherché l'existence de l'éruption, 12, ou un peu moins de la quatrième partie, offraient des taches roses lenticulaires à une certaine époque de l'affection. » L'éruption fut très peu abondante dans ces 12 cas. Puis, après la reproduction de cet article déjà imprimé dans la 1re édition de son ouvrage, M. Louis ajoute le correctif suivant : « Ces derniers faits, il faut que je le dise, ne doivent pas inspirer une entière confiance au lecteur, car depuis la publication de cet ouvrage j'ai vainement cherché les taches dont il s'agit chez nombre de malades atteints d'affections aiguës autres que l'affection typhoïde; et je présume qu'étant moins familiarisé, il y a dix ans, avec les taches typhoïdes qu'aujourd'hui, j'aurai confondu de simples papules avec l'éruption qui nous occupe : ce qui explique la contradiction apparente que je viens de signaler. C'est, au reste, une question à étudier de nouveau.»

Dans leurs recherches sur la fièvre typhoïde des enfants, MM. Rilliet et Barthez s'expriment ainsi sur la valeur séméiologique des taches lenticulaires rosées : « Elles ne sont pas constantes (elles leur ont paru manquer dans un quart environ des cas). En outre, elles existent dans d'autres affections qui ne sont pas des fièvres typhoïdes. Ainsi, nous en avons vu chez deux malades qui ont succombé à des entérites graves, chez d'autres atteints de gastrite légère; dans tous les cas, il est vrai qu'elles ont été plus abondantes et de courte durée. » (*Tr. des mal. des enfants*, t. II, p. 372.)

Mais il faut ajouter que, si l'on a rencontré ces taches dans quelques cas exceptionnels, elles l'ont été si peu dans la méningite tuberculeuse que leur absence est donnée comme un signe d'une grande valeur pour le diagnostic différentiel de cette maladie dans les cas assez nombreux où elle peut simuler une fièvre typhoïde. MM. Valleix, Monneret et Fleury sont très-explicites sur ce point; il est vrai que MM. Rilliet et Barthez ont omis cette considération dans le diagnostic différentiel de ces deux maladies. Nous pensions avec la plupart des observateurs que les taches sont à peu près exclusives à la fièvre typhoïde, et la pensée d'une autre maladie ne nous est point venue dans le fait que nous venons de citer.

Il est cependant une espèce de méningite, observée surtout dans l'armée et décrite généralement sous le nom de méningite cérébro-spinale épidémique, dans laquelle on observe fréquemment, sinon habituellement, les taches lenticulaires rosées. — M. Guersant a signalé ce caractère dans son article Méningite du *Dict. de médecine*, mais à l'exclusion de la méningite sporadique. Depuis M. Faure-Villain, qui les a rencontrées 16 fois sur 114 cas observés par lui en 1837 dans l'épidémie de Versailles, d'autres chirurgiens militaires ont mis ce fait hors de doute. (Th. de Paris, Dezon, Gosit, 1851.)

Cette forme de méningite cérébro-spinale, à peu près exclusivement observée sur des soldats, peut cependant frapper en dehors de ceux-ci quelques personnes habitant dans le voisinage de ce foyer épidémique spécial. Quelques faits de ce dernier ordre ont été observés à Strasbourg, et il y en a eu, je crois, quelques exemples dans les hôpitaux de Paris. Le fait suivant, qui est le second cas de méningite nous ayant présenté une éruption lenticulaire rosée pourrait peut-être rentrer dans cette dernière catégorie de méningite cérébro-spinale.

Obs. II. — Fatigues antérieures. — Convalescence d'une maladie de trois semaines sur laquelle les détails manquent. — Fièvre pseudo-intermittente. — Douleurs articulaires. — Céphalalgie. — Douleur et roideur occipito-cervicales. — Stupeur, agitation. — Ballonnement du ventre. — Papules rosées lenticulaires. — Délire, coma, mort. — Méningite cérébro-spinale suppurée. — Absence de lésions intestinales.

Blandie (Narcisse), âgé de trente ans, graveur, entre à la Maison de santé le 22 avril 1851.

Antécédents. — Ce malade, né Belge, habitait Paris depuis plusieurs années. Pendant tout l'hiver dernier, il eut à supporter de grandes fatigues intellectuelles et physiques. Chargé de la surveillance d'un grand atelier dans lequel il travaillait lui-même, il fut forcé de déployer un surcroît d'activité pour lequel il prenait souvent tout ou partie de ses nuits. A la fin de mars il tomba malade, garda le lit pendant près de trois semaines, et paraissait aller mieux quand, au moment où l'on comptait sur une convalescence prochaine, il fut soudain frappé de rechute et amené à la Maison de santé.

Examen lors de son entrée. — B... est fort, d'un tempérament sanguin; il ne paraît pas sensiblement épuisé par la maladie qu'il vient de subir, et sur laquelle il ne nous donne que des renseignements bien peu précis, non plus que sur le traitement qu'il a suivi. Nous savons seulement qu'il a été saigné la veille de son entrée. Il se plaint de céphalalgie et d'une fièvre continue, mais avec exacerbations assez régulières. Le faciès exprime un peu de stupeur; il y a eu un vomissement et quelques nausées; la langue est un peu sale. Le premier jour, aucun organe ne nous paraît spécialement affecté. Nous nous demandons si le malade présente une de ces fièvres que le quinquina peut enrayer, ou s'il est dans les prodromes d'une fièvre continue. Nous nous décidons à donner le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes, en lavement, pour ne pas provoquer de nouveaux vomissements. La prescription est complétée par deux pots de limonade, une bouteille d'eau de Selz et 125 grammes de sirop de groseille. Diète.

Le lendemain, 24, l'état du malade semble plutôt s'être amélioré. Pas de vomissements. Persistance du mouvement fébrile avec exacerbations moins fortes. — 4 pilules de sulfate de quinine de 15 centigrammes; le reste, *ut suprà*.

Le 25 et le jour suivant, bien que le quinquina ait été supporté, augmentation de la fièvre; apparition de symptômes qui éloignent complétement la pensée d'une maladie à type intermittent, et qui ne nous laissent aucun doute sur l'existence d'une fièvre continue à forme ataxique. Céphalalgie frontale, syncipitale. Douleur cervicale, roideur du cou qui rendent très douloureux les mouvements que l'on veut imprimer au malade, qui ne se remue lui-même qu'avec la plus grande répugnance. Douleur dans la hanche et la région lombaire gauche, dans les deux genoux; stupeur; intelligence paresseuse, réponses difficiles; environ 100 pulsations; peau chaude, sèche; langue tendant à se sécher; pas de nouveaux vomissements; météorisme du ventre, dont la peau est couverte de taches lenticulaires rosées nombreuses; diarrhée; râles sibilants et ronflants dans la poitrine; rétention d'urine qui oblige de pratiquer le cathétérisme.

Le 25, limonade, 2 pots; eau de Selz; sirop de groseilles, 125 grammes; limonade purgative au citrate de magnésie à 50 grammes.

Le 26, la limonade ayant amené des évacuations alvines abondantes, sans vomissements, elle n'est pas continuée.

Le 27, agitation, délire; carphologie; soubresauts de tendons; pouls et respiration accélérés. — Calomel, 30 centigrammes en trois doses; vésicatoires à la nuque; mêmes boissons.

Le 28, aggravation des symptômes précédents; état comateux; garde-robes peu abondantes; pouls à 130; respiration à 42, haute, stertoreuse. — Calomel, dix doses de 5 centigrammes, à prendre d'heure en heure; deux vésicatoires aux cuisses.

Mort dans la matinée du 29, le septième jour de l'arrivée du malade à la Maison de santé.

Autopsie. — La convexité et la base du cerveau sont enveloppées d'une couche de lymphe plastique et de sérosité purulente qui se prolonge sur la moelle épinière, que des exigeances de famille ne nous ont pas permis de découvrir dans toute son étendue. Ces produits sont placés au-dessous de l'arachnoïde cérébrale. La pie-mère est rouge, injectée, mais peut être facilement séparée de la substance cérébrale non ramollie, mais légèrement injectée, offrant à la coupe un pointillé rouge. La congestion est plus marquée encore dans les plexus choroïdes. Les ventricules contiennent beaucoup de sérosité.

Le cœur et les poumons sont exempts d'altérations. Les intestins, examinés avec soin, ne présentent aucune des altérations propres à la fièvre typhoïde, non plus que les ganglions mésentériques. Les plaques de Peyer, sans aucune tuméfaction, présentent cet aspect ponctué de noir qu'on a comparé à une barbe récemment faite, et à laquelle on n'accorde, avec raison, aucune valeur pathologique.

La vessie contient une quantité énorme d'urine, mais sa membrane muqueuse est pâle. Les reins présentent à leur surface de l'injection, des ecchymoses et plusieurs petits dépôts de lymphe plastique récente et en partie suppurée dans quelques-uns. La rate, sans offrir d'augmentation de volume, est d'une mollesse remarquable.

Réflexions. — L'étude des différents symptômes présentés par ce malade, la marche qu'ils ont suivie nous paraissent justifier la ressemblance indiquée de ce cas avec ceux de méningite cérébro-spinale épidémique étudiée dans ces dernières années. Rappelons :

1° Le début insidieux, vague, et la lenteur avec laquelle se sont produits les symptômes cérébraux plus en rapport avec le mode d'évolution des fièvres continues qu'avec celui de l'inflammation idiopathique des membranes du cerveau;

2° L'invasion simultanée de la maladie dans le crâne et le rachis se traduisant pendant la vie par une céphalalgie frontale, occipitale, cervicale, en une rigidité presque tétanique du col après la mort, par l'excellence des mêmes produits morbides sur le cerveau et la moelle épinière;

3° Un mouvement fébrile à type pseudo-intermittent;

4° Des douleurs articulaires;

5° Enfin la présence de taches lenticulaires rosées.

Je n'insisterai pas davantage sur ces faits, que j'aurais voulu donner avec plus de détails, mais sur lesquels il ne m'a été fourni que des notes laissant beaucoup à désirer. Toutefois, je puis assurer que les deux points importants de leur histoire, savoir : l'absence d'altérations intestinales typhoïdes et la présence des taches lenticulaires rosées, ont été étudiés avec tout le soin et l'attention nécessaires pour être pris en sérieuse considération et justifier l'appel que j'ai cru devoir faire à l'observation ultérieure.

NOTICE SUR UNE ÉPIZOOTIE

qui règne en ce moment sur les oiseaux de basse-cour.

Par M. Renault, directeur de l'Ecole d'Alfort, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10, 13 et 15 mai.)

Etiologie. — Les documents que nous avons recueillis sur les conditions et circonstances générales ou locales au milieu desquelles l'épizootie actuelle s'est développée dans les basses-cours où elle a exercé ses ravages, les quelques observations que nous avons pu faire par nous-même ne sont pas assez nombreuses ni assez concordantes pour qu'il nous soit possible de dire les causes prochaines ou éloignées, l'influence directe ou indirecte auxquelles elle doit sa naissance. C'est encore un point que nous réservons, et sur lequel nous continuerons nos études et nos recherches.

Il résulte, en effet, de ces documents et de ces observations, qu'elle apparaît dans les localités ou habitations et qu'elle les envahit, quels que soient l'étendue, l'élévation, la température, l'état hygrométrique, la propreté ou la malpropreté des basses-cours et des poulaillers; que quelquefois c'est à la suite de l'introduction dans ces basses-cours de volailles nouvellement achetées, ou de marchandises provenant de lieux malades. Dans l'immense majorité des circonstances, ç'a été sans que rien du dehors venant ou non de lieux suspects ait pu expliquer son invasion par cette voie. C'est spontanément, sans cause appréciable, qu'elle a apparu dans la ferme.

Laissant donc de côté l'étiologie au point de vue de l'hygiène, nous avons voulu chercher sous celui de la contagion, et dès l'origine de nos recherches nous nous sommes décidé dans cette direction à des expériences qui se continuent toujours, et dont, pour terminer cette lecture déjà bien longue, je vais avoir l'honneur d'en faire connaître sommairement les résultats.

---

ample moisson d'excentricités et d'aventures. En effet, M. Roux doit inspecter les instruments de chirurgie exposés dans le Palais-de-Cristal; mais d'avance il les connaît tous : le fabricant qui n'est ni anatomiste, ni chirurgien est dans l'impossibilité non-seulement d'inventer, mais encore de perfectionner un instrument; tout cela est l'œuvre de l'homme de l'art; l'artisan, lui, ne fait que donner au métal la forme indiquée par le chirurgien, souvent même il n'a pas le choix du métal, et celui-ci lui est imposé par des nécessités soit chimiques, soit physiologiques. Par conséquent, l'exposition de Londres ne peut présenter que des instruments connus et, selon toute probabilité, expérimentés déjà par M. Roux.

Sans doute l'examen de ces instruments peut être instructif sous le rapport de leur fabrication, de leur fini, de leur éclat; sous le rapport de l'art industriel, en un mot, et alors il fallait remplacer M. Roux par M. Charrière.

J'avais donc raison de dire que les loisirs du professeur à la Faculté lui permettraient une ample récolte d'aventures et d'histoires. J'attends son retour avec la plus vive impatience, dans l'espoir de trouver dans ses récits de quoi égayer les colonnes quelquefois arides de ce feuilleton. Je compte sur une anecdote relative au Chinois qui est en ce moment le *lion* de Londres; je compte sur une historiette concernant le bataillon des jeunes décrotteurs tout de rouge habillés, avec une plaque de cuivre sur la poitrine, et qui occupent les avenues de Hyde-Park et les environs du Palais-de-Cristal; je compte sur une visite aux hôpitaux de Londres, où notre confrère reconnaîtra sur un lit de douleur un de ses anciens clients millionnaire ruiné par les femmes et le jeu (quoique M. Roux aime le genre grivois, il ne dédaigne pas de temps en temps une scène dramatique); je compte..... mais je ne puis énumérer toutes les espérances que je fonde sur le retour du chirurgien de l'Hôtel-Dieu; je vous le dis, en vérité, pendant trois mois durant la clinique de M. Roux sera désopilante! !

Hélas! pourquoi faut-il que toutes les missions dévolues à la médecine ne soient pas aussi faciles que celle de M. Roux! Sans doute, je n'ai pas la prétention de demander que notre profession se dorlote sur un lit de roses, mais je ne voudrais pas aussi qu'on l'étendît sur les charbons de Montezuma ou sur le gril de saint Laurent.

Lecteurs sensibles, ne vous effrayez pas de mes paroles : les charbons de Montezuma et le gril de saint Laurent sont de simples métaphores; grâces à Dieu! on n'a torturé aucun de nos confrères, quoique le fait qui me reste à vous dire se soit passé en Espagne, pays où l'inquisition n'est pas complétement oubliée après y avoir brillé longtemps du plus vif éclat.

Au moment où j'écris le bonheur et l'avenir de toutes les Espagnes reposent sur la tête de trois de nos confrères; les cortès, les ministres, la reine elle-même se sont effacés pour faire place à la science. Devant l'immense responsabilité qui pèse sur les trois médecins espagnols, je me sens pris d'une telle pitié que je changerai ma quiétude de feuilletoniste contre les tourments de leur position officielle; seulement, j'aurai soin de ne pas oublier les émoluments respectifs dans cet échange..... La commisération m'égare, je reviens à mon récit.

La reine Isabelle II est dans une position intéressante : le fait est certain, il a été officiellement annoncé. L'exemple de la reine Victoria commence à porter ses fruits au delà des Pyrénées; mais ce que la reine d'Espagne a négligé de saisir dans les exemples nombreux de sa cousine d'Albion, c'est sa facilité d'accouchement, qui n'est comparable qu'à sa facilité de conception, de telle sorte que M. Simpson occupe une véritable sinécure.

En Espagne les choses se passent différemment : la reine fait des fausses couches, procrée des enfants non viables et va, comme on dit, aux portes du tombeau. Aussi, au lieu d'un accoucheur, en a-t-elle trois, circonstance qui chez beaucoup de gens rappelle l'hémistiche de Corneille, qu'ils appliquent malicieusement à la profession médicale :

Que voulez-vous qu'il fît contre trois?

Isabelle II n'a pas suivi les conseils du vieil Horace, et au lieu de mourir elle a ordonné à ses trois accoucheurs de lui prescrire tel régime, tel exercice qu'ils jugeront nécessaires, promettant de ne boire, de ne manger, de ne marcher, de ne dormir, etc., etc., que d'après leurs indications, mais leur laissant, d'un autre côté, toute la responsabilité des accidents à venir.

Toutes les Espagnes ont applaudi à cette détermination de leur reine, sauf les trois médecins, qui ont pâli d'effroi. Je suis un peu de leur avis, car on pâlirait pour beaucoup moins.

Je laisse les considérations politiques qui peuvent intéresser nos confrères d'outre-monts; je ne veux aborder que la question scientifique, la seule qui m'incombe réellement; voilà donc la médecine mise en demeure de s'expliquer sur une question fort grave et toujours débattue. L'hygiène la mieux ordonnée, la mieux secondée par tous les agents, tant internes qu'externes, la mieux soutenue par une thérapeutique tout à la fois vigilante et intelligente, peut-elle prévenir les fausses couches et les accouchements prématurés? Ombres de mesdames Boivin et Lachapelle, apparaissez! Science et expérience de MM. Dubois, Moreau, Depaul, Cazeaux, etc., parlez! venez au secours de trois confrères que le caprice d'une femme charge de la plus lourde responsabilité! Faut-il accepter le pacte que cette femme propose, et n'est-ce pas compromettre la science que de l'exposer ainsi aux quolibets et aux injures de toute une nation?

Pauvres accoucheurs! Une reine qui est capable de vous faire de semblables propositions est également capable, si elle échoue, de vous envoyer ramer sur ses galères. Décidément je ne veux pas échanger mon sort contre le vôtre, même avec la perspective de vos émoluments.

Félix Roubaud.

Mais avant de lire cette dernière partie de notre travail, je sens le besoin de me justifier en quelque sorte devant l'Académie de venir l'entretenir de faits dont une grande partie, comme elle pourra le voir, se trouve depuis quelques jours acquise à la publicité, consignés qu'ils sont dans une note adressée à l'Académie des sciences par notre collègue M. Delafond, et insérés dans plusieurs journaux scientifiques.

Il paraît, d'après cette note, que les expériences que nous avons faites, M. Reynal et moi, à la clinique d'Alfort, publiquement, devant deux professeurs de cet établissement et en présence de tous les élèves qui suivent les hôpitaux, sous les yeux et sous le contrôle de tous, ont été faites les mêmes par M. Delafond avec des résultats identiques. C'est là une coïncidence singulière.

Mais, afin qu'il n'entre dans la pensée de personne que nos expériences nous auraient été inspirées par celles de notre collègue, ou que nous n'aurions fait que les répéter, je dois dire à l'Académie que M. Delafond les a faites dans son cabinet particulier, où il opère seul avec ses deux aides; et que, comme tout le monde, nous n'avons pu les connaître et en savoir les résultats que par la publicité qu'il s'est hâté de leur donner, avant même, de son propre aveu, qu'ils soient suffisamment contrôlés.

Il ne m'appartient pas de rechercher les motifs de la précipitation qu'a mise notre collègue dans cette publication. Ce que je tenais seulement à établir, et cela est de notoriété à Alfort, c'est que, si les expériences de M. Delafond ont été rendues publiques avant les nôtres, assurément elles ne les ont pas précédées dans l'exécution.

L'Académie comprendra l'utilité de ces quelques mots, et elle me les pardonnera, je l'espère, quand elle aura vu la similitude de plusieurs de nos expériences avec celles annoncées par M. Delafond, dont, je le déclare, il est bien loin de ma pensée de mettre en aucune façon en doute la parfaite sincérité : c'est la nôtre seulement que je veux qui soit bien évidente.

Après tout, et quoi qu'il en soit pour les personnes de ces questions de priorité, la science ne peut que gagner à cette simultanéité d'efforts et de recherches, en ce sens que, si nos expériences n'ont fait que coïncider avec celles de notre collègue, les unes et les autres se contrôlent mutuellement; que, si elles les ont précédées, elles sont confirmées par elles.

Ceci dit, je passe à l'exposé des expérimentations que nous avons faites jusqu'à ce jour sur plus de quatre-vingts animaux d'espèces différentes pour étudier les conditions de la transmissibilité de cette maladie. Ces expériences peuvent être ainsi résumées :

1° Du sang de trois poules malades et *vivantes*, tiré sous l'aile, sur une de ces poules deux heures, sur une seconde cinq heures, sur une troisième douze heures avant la mort, a transmis la maladie à trois poules saines et les a fait mourir; savoir : la première en douze heures, la deuxième en quinze heures et la troisième en quarante-six heures; comme si la rapidité de la mort avait été en raison de la période plus avancée de la maladie sur les poules qui ont fourni le sang pour l'inoculation.

2° Du sang pris dans les cavités droites du cœur de deux poules mortes de la maladie, l'une depuis deux heures, l'autre depuis seize heures, a donné la maladie à deux autres poules et les a fait mourir, l'une en douze heures, l'autre en vingt-deux heures.

3° Du sang d'une poule morte de la maladie depuis cinq heures, inoculé à un pigeon sain, lui a transmis la maladie et l'a fait mourir en trois heures.

Du sang pris sur ce pigeon a donné la maladie à une poule saine, à qui, pour contrôle, on l'a inoculé.

4° Du sang pris dans le cœur d'une poule morte de la maladie depuis douze heures et inoculé à un canard lui a transmis la maladie et l'a fait mourir en douze heures.

Du sang puisé sur ce canard après sa mort a donné la maladie à une poule saine à laquelle on l'a inoculé.

5° Du sang pris dans le cœur d'une poule morte de la maladie depuis quinze heures et inoculé à une oie lui a donné la maladie, dont elle est morte vingt-trois heures après l'inoculation.

Un peu de matière prise dans la rate de cette oie vingt-huit heures après sa mort et inoculée à une poule saine lui a donné la maladie et l'a fait mourir en seize heures.

Du *sang pris dans le cœur* de cette oie et un peu de *matière prise dans sa rate, du liquide visqueux pris dans son bec* vingt-huit heures après sa mort, inoculés séparément à trois poules saines, ont donné la maladie à ces trois poules, qui sont mortes la première quatre-vingt-dix heures, la seconde seize heures, la troisième quatorze heures après l'inoculation.

6° Du sang pris dans le cœur d'une poule morte de la maladie depuis vingt-quatre heures et inoculé à un lapin lui a transmis la maladie et l'a fait mourir onze heures après l'inoculation.

Quatorze heures après la mort de ce lapin, on a pris du sang dans les cavités droites du cœur et on l'a inoculé à un coq, qui a contracté la maladie et est mort trente-cinq heures après l'inoculation.

Répétée une seconde fois avec du sang de coq malade sur un lapin, cette double expérience a donné le même résultat.

7° Du sang pris dans la veine-cave d'un coq mort de la maladie depuis douze heures et inoculé à deux jeunes chiens affectés d'un catarrhe les a fait mourir, le premier cinquante-quatre heures, le deuxième soixante-deux heures après l'inoculation.

Du sang de chacun de ces deux chiens, inoculé à deux poules différentes, en a fait mourir une avec tous les caractères de la maladie soixante heures après l'inoculation.

L'autre n'a rien éprouvé. Cette expérience sur des chiens est à répéter (1)

(1) Depuis que ce mémoire a été lu, nous avons su de M. Renault lui-même que les expériences ultérieures ont été confirmatives de celles-ci, c'est-à-dire que la maladie a été transmise au chien *et vice versâ*.

8° Du sang pris dans le cœur d'une poule morte de la maladie depuis une heure, inoculé à un cheval *sain affecté de morve*, a fait mourir cet animal trente-huit heures après l'inoculation.

Du sang pris dans la jugulaire de ce dernier animal dix-sept heures après sa mort et inoculé à une poule saine lui a donné la maladie et l'a fait mourir vingt-sept heures après l'inoculation. Cette expérience sera aussi répétée.

9° De la bile très pure prise dans la vésicule biliaire d'un canard mort de la maladie onze heures après la mort et inoculée le lendemain à une poule saine lui a donné la maladie et l'a fait mourir trente-neuf heures après l'inoculation.

10° Du sperme parfaitement pur pris avec précaution dans le testicule d'un coq mort de la maladie depuis douze heures et inoculé à une poule saine, lui a donné la maladie et l'a fait mourir vingt heures après l'inoculation.

11° Des matières fécales recueillies dans le cæcum et dans le cloaque d'une poule morte depuis sept heures ont été inoculées à une poule saine qui a contracté la maladie et est morte soixante-une heures après l'inoculation.

12° De la sérosité très claire prise avec soin dans le péricarde d'un coq mort de la maladie depuis douze heures, et inoculée à une poule saine, lui a donné la maladie et l'a fait mourir vingt-deux heures après l'inoculation.

13° De l'humeur aqueuse prise dans l'œil d'une poule morte de la maladie depuis neuf heures, et inoculée à une poule saine, lui a donné la maladie et l'a fait mourir soixante-quatre heures après l'inoculation.

14° Que du blanc d'un œuf engagé dans l'oviducte d'une poule morte depuis neuf heures, inoculé à un pigeon, lui a donné la maladie et l'a fait mourir quinze heures après l'inoculation.

Sont restées sans résultats de contagion jusqu'aujourd'hui les volailles sur lesquelles l'expérience a été faite :

a. L'inoculation faite le 28 avril d'un jaune d'œuf détaché de la grappe d'une poule morte de la maladie depuis neuf heures;

b. L'application avec léger frottement sur la peau de l'aine et de l'aisselle d'une poule saine, faite le 1er mai, de 2 centilitres de sang puisé dans les cavités droites d'une poule morte de la maladie depuis cinq heures.

Sont également restées sans résultats de contagion jusqu'aujourd'hui :

c. L'inoculation à un jeune porc du sang d'une poule morte de la maladie depuis douze heures, faite le 29 avril.

d. L'inoculation du sang puisé dans le cœur droit d'un coq mort de la maladie depuis douze heures, faite à deux moutons, à l'un le 25 avril, à l'autre le 29.

16° Ingestion dans les voies digestives d'animaux de différentes espèces.

a. Une poule saine après avoir mangé le volume d'un petit œuf de hachis composé de portions de cœur de rate, de foie, d'intestins, et de sang d'un coq mort depuis huit heures, est morte de la maladie quatre-vingt-neuf heures après l'ingestion.

b. Un coq sain, à qui le 28 avril, à midi, on a fait avaler la même quantité d'un hachis semblable, provenant d'une poule morte de la maladie depuis une heure, n'a encore rien ressenti jusqu'aujourd'hui.

c. Une poule saine qui a mangé le 1er mai un hachis composé de la même manière, provenant d'un coq qui venait de mourir, n'a encore éprouvé aujourd'hui aucun accident.

d. Un coq auquel on a fait manger tous les jours, depuis le 29 avril, toutes les graines imparfaitement digérées qui se trouvent dans le jabot des bêtes malades qui meurent, est encore bien portant aujourd'hui.

e. Un coq qui, le 28 avril, a avalé trois œufs dépouillés de leur enveloppe, trouvés dans l'oviducte d'une poule morte de la maladie depuis deux heures, ne paraît aujourd'hui aucunement incommodé (1).

f. Un chien mange, les 25 et 26 avril, le cadavre entier d'un canard mort de la maladie. Il ne paraît aujourd'hui en avoir éprouvé aucun effet nuisible.

Il en est de même d'un très jeune chien et d'un jeune porc, qui, tous deux, depuis huit jours, sont nourris avec les débris des volailles de diverses espèces de l'épizootie spontanée ou inoculée, et dont la santé n'en paraît aucunement altérée.

g. J'ajouterai que l'homme de peine préposé à la garde du chenil de l'École s'est emparé de presque toutes les poules mortes de la maladie inoculée ou spontanée qui ont servi à nos expériences; qu'il s'en nourrit depuis quinze jours avec sa famille, qui se compose de cinq enfants, et qu'aucun d'eux n'en parait incommodé.

L'innocuité de cette alimentation a d'ailleurs été constaté en 1832 et 1837 par plusieurs vétérinaires et cultivateurs qui m'ont fait part de leurs observations à cet égard.

Le docteur Baronio, qui a décrit une épizootie de volailles parfaitement semblable observée dans la Lombardie en 1789, avait déjà observé et signalé l'absence de tout danger dans la consommation par l'homme des poules mortes de cette épizootie.

17° Cohabitation.

a. Deux poules saines, placées au milieu de tous les sujets de nos expériences depuis le 18 avril, sont encore bien portantes.

b. Ayant fait suspendre successivement dans une loge à chien, sur un filet, les cadavres de dix ou onze volailles au fur et à mesure qu'elles mouraient, en ayant soin de les retirer avant qu'ils ne sentissent mauvais, j'ai placé dans cette loge une poule et un canard, le filet étant hors de la portée du bec de ces animaux.

La poule est morte de la maladie au bout de quatre-vingt-seize heures.

Le canard n'a encore rien éprouvé.

18° Je terminerai par cette remarque importante :

(1) Tous ces animaux ont continué à se bien porter depuis.

C'est que l'un des élèves qui nous ont assisté dans nos expériences, M. Artaud, s'étant coupé en ouvrant une poule malade, ne s'est cautérisé que deux heures après et n'en a éprouvé aucun accident;

C'est que, M. Reynal et moi, ayant éprouvé le même accident pendant le cours de nos nombreuses autopsies, avions négligé la cautérisation tout en continnant à manier les cadavres, et n'en avons rien éprouvé de fâcheux.

LA SUETTE MILIAIRE

dans le département de l'Hérault.

La *Revue thérapeutique du Midi* qui nous arrive aujourd'hui contient l'article suivant :

« La suette miliaire vient de faire explosion dans le département de l'Hérault. Elle a envahi à la fois depuis sept ou huit jours plusieurs communes des environs de Montpellier, affectant une sorte de privilége pour celles que baignent quelques cours d'eau. En ce moment, elle gagne les bords de l'Hérault. Sa gravité est alarmante, à en juger par le bruit public, s'il est vrai qu'elle a enlevé déjà un grand nombre de malades, parmi lesquels on en cite plusieurs qui auraient péri en six ou huit heures.

» Nous n'avons pas encore de renseignements certains sur ses caractères, non plus que sur les circonstances de son développement et de sa marche; mais il semble fort probable que les influences topographiques des contrées qu'elle visite y jouent un très grand rôle. Au surplus, nous serons en mesure d'en parler dans le numéro prochain en parfaite connaissance de cause, le doyen de la Faculté de médecine, M. Bérard, ayant pris sur lui d'inviter notre ami et collaborateur M. Alquié, professeur de clinique chirurgicale, à aller porter le secours de ses lumières aux localités infestées.

» M. le professeur Alquié est parti dimanche dernier, accompagné de plusieurs élèves, qui se sont empressés, comme de coutume, à mettre au service des populations effrayées leur zèle et leur dévouement.

» Ici, à Montpellier, l'état sanitaire n'offre pour le moment rien de bien particulier. Nos salles de clinique ne contiennent pas plus de malades que les autres années à la même époque, et les maladies *régnantes* ne diffèrent pas de celles qu'on a coutume d'y rencontrer. Le fond de ces maladies est catarrhal et bilieux; leurs formes les plus communes sont la pneumonie, le rhumatisme, les éruptions aiguës. Cependant, il est facile de voir qu'à l'appareil symptomatique propre à chaque espèce s'ajoute très promptement, pour peu qu'on n'y prenne pas garde, une perversion fort grave des forces qui leur communique aisément un caractère pernicieux. Ce dernier caractère se glisse, nous venons de le dire, dans tous les états pathologiques quelles que soient leurs localisations; mais il semble s'attacher de préférence aux états fébriles, et en particulier aux fièvres éruptives. Nous saisissons cette occasion d'engager les personnes non vaccinées, ou vaccinées depuis plus de 10 ans, à procéder sans différer à cette opération protectrice; car ce que nous observons dans nos salles nous porte à craindre, au moins pour la ville, une multiplication anormale de varioles dangereuses. FUSTER.

Sur l'extrait de ciguë.

M. Archer, qui a fait des expériences sur l'extrait de suc de ciguë, a posé les conclusions suivantes comme résultat de son travail :

1° Que le meilleur procédé pour évaporer le suc de ciguë consiste à le placer dans des vases très évasés et à le soumettre à un courant continuel d'air chaud et sec;

2° Que l'on peut retirer du suc de ciguë, privé, avant son évaporation, de l'albumine et de la chlorophylle qu'il renferme, un extrait plus actif que celui débité dans le commerce. Par l'adoption de ce procédé, il deviendrait inutile, comme cela se pratique aujourd'hui, de donner à l'extrait de ciguë une couleur verte factice;

3° Que, puisque les feuilles sèches de ciguë sont, selon toute probabilité, épuisées de leur principe actif par l'emploi de l'alcool rectifié, et que la teinture qui en provient retient peu des autres matières constituantes des feuilles telle que la chlorophylle, il est préférable, pour obtenir une teinture active, d'employer de l'alcool d'une densité de 838 ou à peu près que de l'alcool plus faible.

Quant à la question de savoir quelle partie de la plante il faut employer, M. Archer propose les feuilles seules de préférence à toute autre plante, parce que le suc fourni par les feuilles renferme une quantité moindre d'eau, proportionnellement à la quantité de matière solide, qu'un poids égal de suc exprimé de toute autre partie de la plante.

La couleur du suc dépend aussi beaucoup de la partie de la plante employée; le suc des feuilles est d'un vert plus clair que celui fourni par toute autre partie de la ciguë.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mai 1851. — Présidence de M. DANYAU.

M. CHASSAIGNAC. Il a été dit dans la dernière séance qu'il était toujours facile d'adapter un œil artificiel au moignon du bulbe oculaire; cependant, je viens de voir un malade chez lequel cette prothèse a offert à M. Sichel des difficultés insurmontables.

Injections iodées dans les abcès par congestion.

M. LARREY communique à la Société, de la part de *M. Abeille*, médecin de l'hôpital militaire d'Ajaccio, une lettre dont les premières lignes indiquent le motif. « Mon cher maître, dans la séance de la Société de chirurgie du 26 mars, vous avez pris la parole au sujet des injections iodées : j'ai cru entendre un appel aux faits quand vous avez dit : « Nous savons, par exemple, que nos ho-

» norables collègues M. Boinet et M. Abeille, ex-médecin au Val-de-» Grâce, ont attribué de grands avantages aux injections iodées » dans le traitement des abcès par congestion. Reste à savoir si les » résultats définitifs confirmeront d'une manière générale les succès » primitifs que l'on a partiellement obtenus par cette méthode. » Je m'empresse de répondre à cet appel en vous envoyant l'intéressante observation d'un malade atteint d'un abcès par congestion de la fosse iliaque, etc. »

Cette observation, assez longuement rédigée, est lue en entier par M. Larrey, qui en donne le résumé suivant :

Un jeune soldat du 39e de ligne, sans antécédents notables, est entré au Val-de-Grâce en mai 1850 pour une petite tumeur inguinale, apparue depuis une huitaine de jours, considérée comme une hernie et semblant réclamer l'application d'un bandage. L'exploration faite à l'hôpital démontre, au lieu d'une hernie, l'existence d'un abcès par congestion précédé de douleurs lombaires, sans complication de gibbosité ni de paralysie, comme sans altération de la santé générale. La maladie a son siége dans le corps des premières vertèbres lombaires.

Le traitement se compose de divers moyens successivement employés à des intervalles plus ou moins éloignés les uns des autres : à l'extérieur, divers révulsifs et notamment des cautères; à l'intérieur, des préparations d'iode, des ferrugineux, des amers, des purgatifs, etc. Mais, après sept mois de durée, la tumeur, augmentant de volume, est ouverte par une ponction sous-cutanée que M. J. Guérin est appelé à pratiquer lui-même. Il en fait plus tard une seconde, puis une troisième suivie d'une injection iodée en observant les précautions convenables. La première évacuation du pus n'avait amené qu'une amélioration passagère suivie de récidive. Les deux dernières ponctions se transforment bientôt en fistules, qui suppurent abondamment; c'est en vain que les injections iodées sont renouvelées dans ce vaste foyer; les forces du malade s'affaiblissent et s'épuisent; la fièvre symptomatique se déclare, une eschare se forme à l'épine iliaque et le marasme entraîne la mort dans les premiers jours de février.

L'autopsie démontre, enfin, une dénudation assez étendue de la crête de l'os des îles, un foyer purulent considérable dans la fosse iliaque avec migration du pus dans la gaîne du psoas, et dans les première, deuxième et troisième vertèbres lombaires une altération dont les caractères n'ont pas été précisés.

M. Abeille ajoute à ce fait des réflexions d'après lesquelles il apprécie à son point de vue la part que les injections iodées semblent avoir eue dans la production des accidents, et il est porté à les attribuer en partie à l'action mécanique de la canule, mais en reconnaissant que le liquide iodé y a joué le principal rôle.

« La Société de Chirurgie voudra bien se rappeler, dit M. Abeille en terminant, que nous n'avons accordé pour notre compte aux injections iodées employées dans les abcès par congestion qu'une action bornée au sac lui-même, quand la cause morbide initiale générale et locale a complétement disparu. En cela, nous sommes en opposition avec M. Boinet, quiprétend avec ces injections attaquer l'altération osseuse elle-même. »

M. Boinet. Je ferai une première remarque, c'est que je n'ai jamais prétendu que les injections iodées guériraient *tous* les abcès par congestion. Quel est donc le moyen qui réussit toujours? Le fait de M. Abeille ne serait donc qu'une exception très naturelle à une règle que je regarde comme générale. Notez bien, d'ailleurs, que je raisonne dans l'hypothèse que ce fait aurait la signification que lui attribue son auteur, tandis qu'il me paraît passible d'objections graves. Ainsi, l'injection est restée 20 minutes dans le foyer, temps quadruple de celui que je crois convenable, et l'on comprend que le contact si prolongé du liquide irritant surles parois de la poche ait provoqué la formation des abcès circonvoisins. — La deuxième injection n'a été pratiquée que 34 jours après la première, intervalle beaucoup trop considérable, puisque, selon moi, il ne doit être que de 5 à 6 jours. Enfin, quand l'amélioration s'est prononcée, on a trop tôt renoncé aux injections. C'est une mauvaise application de la méthode; elle ne peut rien prouver contre cette méthode. L'observation manque, en outre, de détails importants.

M. Larrey répond d'abord à M. Boinet, qu'en donnant communication à la Société de la lettre et de l'observation de M. Abeille, il n'a été que son intermédiaire ou son interprète; mais il croit devoir rappeler que, lors d'une précédente discussion sur le même sujet, M. Boinet s'était montré beaucoup plus explicite ou absolu dans son opinion qu'il ne semble l'être aujourd'hui : le *Bulletin de la Société* en fait foi.

Et alors, comme à présent, ajoute M. Larrey, j'ai soutenu que, si les injections iodées pouvaient modifier favorablement les abcès par congestion, elles étaient incapables d'agir sur le foyer de la maladie ou sur l'altération des os.

M. Boinet. Il faut bien que cette modification existe, puisqu'il y a des exemples déjà nombreux de guérison, et que cette guérison est impossible sans que la source du pus soit tarie, sans que le point lésé de l'épine soit revenu à l'état normal. J'ai obtenu de ce moyen de nouveaux succès; j'espère en outre réussir de même encore chez un malade que je traite actuellement avec M. Jules Guérin; et si la méthode ne donne pas toujours des résultats aussi heureux, c'est que le plus souvent peut-être elle est imparfaitement suivie, et que surtout on cesse trop tôt les injections, qui doivent être continuées pendant 3, 6, 10 ou 15 mois.

M. Chassaignac. Il me semble que, malgré l'habileté de l'exécution, cette méthode doit échouer dans des cas même assez nombreux. Quand, par exemple, une, deux ou trois vertèbres sont détruites avec leurs fibro-cartilages, comment voulez-vous que l'iode remédie à un pareil désordre?

Incision et évacuation directe de l'anse intestinale étranglée;

par M. Vial, chirurgien de l'hôpital Saint-Etienne.

M. Boinet, chargé, avec M. Marjolin, d'examiner le travail dont nous venons de donner le titre, en rend compte à la Société.

Dans le cas d'inflammation et de distension extrême de l'anse intestinale étranglée, ne conviendrait-il pas d'y pratiquer une ouverture pour procurer une issue immédiate aux matières, en ayant soin, après la réduction, de maintenir derrière l'anneau la plaie du tube digestif? Telle est la question que pose l'auteur, et qu'il tend à résoudre par l'affirmative. Il s'appuie sur deux faits dont voici la substance.

Un journalier de 65 ans avait depuis longtemps une hernie inguinale du volume d'un œuf. Il n'avait jamais porté de bandage. Sans cause connue, la tumeur acquiert, en deux jours, le volume de la tête d'un enfant. Elle est alors légèrement sensible et complétement irréductible. Le pouls est petit, la peau froide, la face altérée, la langue sèche, le ventre tendu, les selles supprimées, et il y a des vomissements de matières bilieuses et stercorales.

Le cas parut si pressant au chirurgien, qu'il vit dans l'opération seule quelque chance de salut. Le sac ouvert et l'anneau débridé, on essaie de réduire les 70 à 80 centimètres d'intestin qui étaient en dehors. Malgré la douceur de la manœuvre, une perforation eut lieu et donna issue à une abondante évacuation. Cette perforation avait le diamètre d'une pièce de 25 centimes, et M. Vial, sans en décrire d'ailleurs les autres caractères, ne sait s'il doit la rapporter plutôt au ramollissement de l'intestin qu'à des pressions peut-être excessives ou à l'action de ses ongles. Quoi qu'il en soit, la réduction des longues anses intestinales fut ensuite facile; la perforation fut maintenue (l'auteur ne dit pas comment) derrière l'anneau. L'amélioration fut immédiate et considérable; et à l'aide d'infusions théiformes et de lavements émollients, le malade revint comme de la mort à la vie. Au bout de deux mois d'une compression méthodique et soutenue, l'anus contre nature était fermé et la guérison parfaite.

A ce cas, dont il attribue l'heureuse terminaison à la perforation intestinale et à l'évacuation qui en fut la suite, M. Vial en oppose un autre où une perforation analogue eût peut-être sauvé le malade, qui parut succomber à la rétention invincible des matières dans l'anse réduite. Il s'agit d'un homme de 57 ans qui avait une hernie étranglée depuis deux jours. La tumeur était à peu près aussi volumineuse que chez le précédent. « Il y avait des vomissements; le pouls n'avait pas trop de fréquence; malgré la tension du ventre et de la tumeur, la pression y déterminait peu de sensibilité. Je crus donc pouvoir, sans inconvénients, ajourner l'opération, et recourir, en attendant, à l'usage des sangsues, de la glace, des frictions mercurielles et belladonées et des lavements laxatifs. Le lendemain, les accidents étaient accrus. L'opération fut dès lors décidée et immédiatement exécutée. L'intestin, très rouge et très distendu, s'échappait dans une étendue de plus de 60 centimètres. Sa réduction, néanmoins assez facile, fut exacte et complète; mais sa rentrée dans la cavité abdominale semblait avoir doublé le volume de cette région. Les évacuations sanguines, les onctions avec l'onguent napolitain, les fomentations émollientes, les laxatifs, furent successivement et activement employés, mais sans le moindre succès. Le malade succomba le quatrième jour à une violente entéro-péritonite. »

La commission signale dans ces deux observations des omissions qui portent sur la thérapeutique et sur l'exposition des faits, et elle se livre ensuite à l'examen critique des conclusions que l'auteur en a tirées.

Dans le premier cas qui se présente avec tous les caractères d'une hernie engouée, âge avancé du sujet, volume de la hernie, lenteur de la marche des accidents, il peut paraître regrettable qu'on n'ait pas insisté sur le taxis avec l'aide du chloroforme, et qu'on ait entièrement négligé l'emploi des antiphlogistiques et des purgatifs. D'un autre coté, l'état anatomique de la perforation, s'il avait été convenablement étudié, aurait révélé l'origine mécanique ou inflammatoire de cette perforation. Et puis, rien n'indique que l'anse, réduite sans perforation, ne se fût pas débarrassée, surtout sous l'influence des purgatifs, des matières qui la distendaient.

Le second cas, qui selon toute apparence appartient aussi à l'engouement, manque des détails les plus importants sous le rapport des signes comme des caractères nécroscopiques, qui ne sont pas même mentionnés, quoique l'autopsie semble avoir été faite. — La perforation de l'intestin eût-elle assez tôt arrêté la péritonite qui a causé la mort?

En résumé, les deux faits eussent-ils été recueillis d'une manière irréprochable, qu'ils se prêteraient plus volontiers à une autre interprétation que celle qui s'est présentée à l'auteur, et deux faits, dans toute hypothèse, ne sauraient suffire à établir un point de doctrine de cette importance; en outre, ils offrent de regrettables lacunes qui leur ôtent une grande partie de leur valeur. Une question de cette nature devait, d'ailleurs, être traitée avec tous les matériaux que possède la science.

La commission aime, néanmoins, à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les aperçus pratiques de l'auteur, et la promptitude avec laquelle il a saisi l'enseignement que pouvait lui fournir un fait nouveau pour lui.

En conséquence, elle propose : 1° d'adresser des remercîments à M. Vial; 2° de déposer son mémoire aux archives. — Quant à la conclusion relative à la candidature de l'auteur au titre de membre correspondant, elle trouvera sa place dans l'examen des autres travaux que l'auteur a soumis à la Société. (Adopté.)

Synchisis étincelant.

M. Chassaignac présente un malade précédemment opéré de la cataracte par abaissement, et dans l'œil duquel on voit des particules brillantes dans la chambre antérieure. Suivant M. Seidl, de Vienne, qui a eu l'occasion d'examiner le malade à l'hôpital Saint-Antoine, ce que ce cas offre de remarquable, c'est le siége de ces corpuscules brillants qu'on n'avait point encore vus ni dans la chambre antérieure, ni dans l'épaisseur de l'iris, comme chez ce malade.

M. Robert. Pour ce qui est du siége dans la chambre antérieure, il y en avait déjà des exemples, et j'en ai moi-même présenté à l'Académie de Médecine, et il y en a plusieurs autres dans le dernier numéro des *Annales d'Oculistique*, où tous les éléments de cette curieuse affection se trouvent rassemblés.

Correspondance.

M. Giraldès fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *maladies du sinus maxillaire*.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Londres, 17 mai 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Excusez-moi encore, mais je ne puis permettre que l'on dise dans votre journal que je recule devant des essais comparatifs : cela nuit à ma considération.

Si j'ai soumis mon travail à une commission que j'ai demandée, ce n'est pas pour fuir devant des essais que j'appelle au contraire de tous mes vœux. Si la commission a besoin du secours de M. Mathieu, elle l'appellera sans doute. Si je recule devant quelque chose, c'est d'avoir affaire à des lutteurs sans titre devant une commission sans mandat; alors je jouerais la comédie, et je n'aurais pas pour le public le respect que je lui porte.

En parlant de la personne qui *légitimement* défend mes intérêts (mot que M. Mathieu altère), je me suis exprimé assez clairement pour n'avoir pas besoin d'avoir recours aux registres de l'état civil; ainsi l'être fantastique qui me paraît être le cauchemar de MM. Mathieu et Cie et qui a voulu *compromettre* un chirurgien avec moi, n'existe que dans la tête échauffée de ces messieurs. Puisque M. Mathieu *n'est le complaisant de personne*, j'espère qu'il ne se mêlera plus de ce qui ne le regarde pas, et qu'il ne prêtera plus à *personne* sa plume, ses idées et son latin.

Agréez, etc. A. Luer.

Errata. — Quelques erreurs se sont glissées dans les chiffres des expériences de M. Alhiet. (*Voir* notre dernier numéro.)

Première expérience. — *Au lieu de* : Pour 1,000 grammes de sang agité, 3,174; *lisez* : 3,114.

Au lieu de : Différence *en faveur* du sang agité; *lisez* : Différence *au détriment* du sang agité.

Deuxième expérience. — *Au lieu de* : Pour 4,000 grammes de sang agité, 0,736; *lisez* : 0,746.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 59. — JEUDI 22 MAI 1851. (24e ANNEE.) N° 59. — JEUDI 22 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 21 MAI 1851.

Séances des Académies.

Comme tous les grands talents, M. Velpeau a au moins une petite faiblesse, et il faut vraiment que celle dont il est atteint porte ce caractère (c'est-à-dire qu'elle soit plus un compliment qu'un blâme), pour que nous nous décidions à la lui signaler, dans la disposition d'esprit où nous nous trouvons à l'égard du savant professeur. M. Velpeau ne peut pas, de sang-froid, malgré toute la placidité de son caractère, entendre dire que telle maladie n'est pas contagieuse; c'est au point que je n'oserais pas, dans un tête à tête, soutenir devant lui la non-contagion des fractures. Les débats de la séance d'hier de l'Académie de Médecine prouvent que ma prudence n'a rien d'exagéré.

M. Gibert, dans un très intéressant rapport qu'on trouvera textuellement plus loin, avait soutenu avec tous les dermatologistes, avec tous les médecins instruits qui se sont occupés de ce sujet, que l'éléphantiasis ou la lèpre des Grecs n'est pas contagieuse. M. Clot-Bey, présent à la séance, est venu prêter au savant rapporteur l'appui de son autorité. On pouvait croire que M. Velpeau, qui n'a probablement jamais de sa vie vu un lépreux, devait être indifférent à cette opinion. Pas du tout. « S'il peut être dangereux, » a-t-il dit (il a fait cette concession), « de considérer comme contagieuses des maladies qui ne le sont pas, il est bien plus dangereux encore de considérer comme non-contagieuses celles qui le sont réellement. Or les raisonnements de M. le rapporteur ne me prouvent nullement que la lèpre ne soit pas dans ce dernier cas. Ce n'est pas en me citant un cas, dix cas, mille cas même de non-contagion, qu'on pourrait me convaincre; car on sait bien qu'il n'y a pas une seule maladie qui soit contagieuse pour tout le monde. Il faut, pour recevoir la contagion, une prédisposition qui fait qu'un certain nombre de personnes à qui cette aptitude manque, échappent à l'action du principe contagieux. Et la preuve qu'il en est ainsi, c'est que M. Gibert a admis l'hérédité de la lèpre, quoique les enfants de lépreux soient certainement loin d'être tous atteints, sans exception. »

Après cette courte allocution, et comme pour s'éviter le désagrément d'entendre répéter que la lèpre n'était pas contagieuse, M. Velpeau s'est éclipsé et a laissé les anticontagionistes, MM. Huzard et Gérardin, s'escrimer contre l'ombre vénérable de Pariset; car, lorsque M. Velpeau est absent, il n'y a guère dans l'Académie que cette ombre qui soit contagioniste quand même, à moins toutefois que ce ne soit M. le secrétaire perpétuel ou bien notre savant maître en journalisme M. J. Guérin.

Il faut le dire, toutefois, les hommes éminents ont du bon jusque dans leurs faiblesses, et dans son allocution M. Velpeau a soulevé une question qui aurait acquis le plus grand intérêt s'il en avait précisé davantage les termes. Cette question, nous l'avons nous-même soulevée plusieurs fois à propos de la contagion du choléra et à propos de l'hérédité de la phthisie. Oui, M. Velpeau a eu raison de dire : Quand vous aurez trouvé 1,000 individus qui auront vécu au milieu d'un foyer d'infection sans contracter une maladie, vous n'aurez point prouvé que cette maladie n'est pas contagieuse; quand vous aurez compté 1,000 phthisiques ou 1,000 lépreux nés de parents phthisiques ou lépreux, vous n'aurez point prouvé que la phthisie ou la lèpre est héréditaire.

M. Velpeau, dis-je, a eu raison en articulant ces propositions; mais il aurait eu plus raison encore en disant davantage et en formulant d'une manière nette, précise le *criterium* à l'aide duquel on peut en effet décider qu'une maladie est ou n'est pas contagieuse; ce *criterium* une fois établi, nous ne doutons pas que l'esprit droit et pratique de M. Velpeau ne fût bientôt frappé de la non-contagion de la lèpre aussi bien que de celle du choléra, aussi bien que de celle des plaies d'armes à feu dans un combat. Le *criterium* dont il s'agit, nous avons essayé de le poser quand il s'est agi de la contagion, comme lorsqu'il a été question de l'hérédité de la phthisie; mais nous convenons que l'exposé des considérations nécessaires pour faire accepter ce *criterium* par tous les hommes impartiaux et suffisamment intelligents ne peut guère être improvisé. Nous ne tenterons donc pas de remplir aujourd'hui la lacune laissée par M. Velpeau; mais nous nous mettrons en mesure de la remplir dès qu'une question de contagion sera portée devant l'Académie.

M. Ricord partage le sentiment de toute l'Académie, et n'admet pas que la lèpre soit contagieuse; mais cela ne lui suffit pas; il veut savoir pourquoi il y a eu et il y a encore des populations qui ne sont pas de cet avis : il en a trouvé la raison toute naturelle dans ce fait, incontestable suivant lui, que la syphilis et l'éléphantiasis des Grecs étaient confondus autrefois, et qu'on a mis sur le compte de la lèpre la contagion, qui n'appartenait qu'à la syphilis. Cette petite théorie improvisée suppose simplement : d'abord que l'ancienneté de la syphilis est chose entièrement démontrée, et, en second lieu, que l'art du diagnostic a toujours été porté au dernier degré de perfection en Egypte, au Sénégal, en Suède, au Canada et dans bien d'autres contrées où l'on ne croit nullement à la contagion de la lèpre; tandis que ce même art est toujours resté dans l'enfance en Grèce, au Chili, au Pérou et ailleurs où l'on croit toujours à la contagion. Ces réflexions suffisent pour juger la théorie de M. Ricord.

Après le rapport de M. Gibert, l'Académie en a entendu un autre sans importance et donné comme tel de M. Collineau, quelques réflexions judicieuses de M. Louis sur un travail de M. Rufz, de la Martinique, et enfin une communication fort intéressante, avec exhibition de pièces anatomiques, par M. Delafond, communication relative à la question qui est à l'ordre du jour, le choléra des gallinacées.

Nous aurions quelques remarques à présenter sur la nouvelle communication relative à la compression de l'aorte. Nous en ferons le sujet d'un article spécial.

A l'Institut, nous avons entendu la lecture d'un rapport de M. Morin sur une importante question d'hygiène publique, et d'une note assez intéressante de M. Fermont sur la conservation des sangsues. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS — M. NÉLATON.

Anévrisme artérioso-veineux (anévrisme faux consécutif).

Nous avons annoncé récemment que nous publierions en détail le cas d'anévrisme artérioso-veineux observé dans le service de M. le professeur Nélaton. Voici ce fait intéressant tel que nous le communique M. Desruelles, interne du service.

Champion (Charles), âgé de 17 ans, garçon boucher, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 30 mars dans le service de M. Nélaton, salle Saint-Augustin. Ce même jour, au matin, il était à l'abattoir de Montmartre. Il coupait un pied de bœuf et dirigeait un petit couteau pointu de 3 pouces de long pour fendre la peau du membre dans sa longueur, quand l'instrument venant à glisser sur la peau de l'animal, pénétra, fortement lancé comme il l'était, dans la jambe de l'opérateur, et y produisit une plaie étroite au milieu de la face interne de la jambe gauche, à deux travers de doigt du bord interne du tibia. Le couteau retiré aussitôt, il s'écoula par la plaie du sang en abondance, rouge et noir, dit le sujet, bouillonnant, dirent ses camarades qui l'amenaient. Ce sang coulait en nappe le long de la jambe. Le blessé estime qu'il a coulé pendant vingt minutes, et qu'il a pu en perdre la valeur d'un litre. Ce sont ses propres paroles.

Transporté au bureau des blessés de l'abattoir même, on appliqua sur la plaie des compresses trempées dans une eau blanche dont on se sert en pareil cas. Le sang continuant de

---

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les numéros des 10 et 15 mai.)

Il existe en France 1,133 administrations hospitalières situées dans 1,130 communes.

La ville de Metz, dans la Moselle, en possède deux, une pour le culte catholique et une seconde pour le culte israélite. La ville de Ribeauviller (Haut-Rhin) en renferme trois : l'une pour les catholiques, la seconde pour les protestants, la troisième pour les israélites. A ces deux exceptions près, chaque commune ne renferme qu'une seule administration hospitalière.

Ces 1,133 administrations sont ainsi réparties :

87	dans les chefs-lieux de département (1).
255	— d'arrondissement.
597	— de canton.
194	dans des communes rurales.
Total égal, 1,133	

22 chefs-lieux d'arrondissement ne possèdent pas d'administrations hospitalières; mais plusieurs communes, dans ces mêmes arrondissements, ont des établissements hospitaliers dans leur circonscription : en sorte qu'il n'y a réellement que 14 arrondissements qui soient complétement dépourvus d'hôpitaux ou d'hospices.

Sous le titre de *commissions administratives*, les 1,133 administrations hospitalières précitées dirigent 1,270 établissements, savoir :

337	hôpitaux (1).
199	hospices.
734	hôpitaux-hospices.
Total égal, 1,270 (2)	

38 administrations hospitalières, faute de bâtiments convenables ou de mobilier, ne peuvent remplir leur mission, et sont obligées de faire traiter à domicile les malades qui réclament leur assistance.

Plusieurs de ces administrations possèdent cependant un revenu assez important. On remarque entre autres :

		fr.	c.
L'hospice de Vivien, dont les revenus s'élèvent à		9,865	»»
— de Saint-Just,	—	8,005	65
— de Chambly,	—	7,340	33
— de Florensac,	—	4,908	83

Les départements qui comptent le plus grand nombre d'administrations hospitalières sont :

Vaucluse.	44
Var.	34
Rhin (Haut-)	30
Nord.	28
Seine-et-Oise.	28
Bouches-du-Rhône.	26

Les départements qui en renferment le moins sont :

Seine	2 (1).
Alpes (Hautes-).	3
Corse	3
Pyrénées (Hautes-).	4
Saône (Haute-).	4
Tarn.	5

Le nombre des hôpitaux n'est pas assez considérable en France dans les villes, ainsi que j'aurai plus tard l'honneur de vous le prouver, monsieur le ministre. Depuis cinquante ans on a peu fondé d'établissements de ce genre. Il est à regretter que les dons immenses qui ont été faits dans ce laps de temps aux administrations charitables (2) n'aient pas été employés à en fonder de nouveaux dans les localités où le besoin s'en fait sentir plutôt que d'augmenter les revenus des établissements déjà en activité.

La position topographique des hôpitaux et des hospices est aussi un point important à examiner. Dans tel département, ces établissements sont peut-être trop nombreux; dans tel autre, il faut souvent faire plusieurs myriamètres sans en trouver un seul. De là impossibilité pour le pauvre des campagnes de recevoir le secours de l'hôpital en cas de maladie ou d'accident.

On a proposé depuis 1848 d'établir des hôpitaux dans tous les chefs-lieux de canton. Cette proposition me paraît inexécutable : un hôpital ne s'improvise pas; tout n'est pas fait le jour où la première pierre est posée : c'est l'œuvre des temps. Il a fallu treize siècles pour en arriver au point où nous en sommes, c'est-à-dire pour posséder 1,133 administrations hospitalières. Or le nombre des chefs-lieux de canton est de 2,847; 1,097 sur ce chiffre sont pourvus d'hôpitaux ou d'hospices (3); en admettant que l'on puisse transférer dans des chefs-lieux de canton les 194 administrations

---

(1) Chacun sait que la France est divisée en 86 départements, 363 arrondissements, 2,847 cantons et 36,819 communes.

(1) Les HÔPITAUX sont les établissements dans lesquels sont reçus et traités les indigents malades. Les HOSPICES sont les établissements dans lesquels sont admis et entretenus les vieillards, les infirmes incurables, les orphelins et les enfants trouvés. Lorsqu'il n'y a qu'un seul établissement pour recevoir les diverses catégories ci-dessus indiquées, on les nomme ordinairement hospices. C'est ce que je nomme HÔPITAUX-HOSPICES.

(2) Dans ce nombre ne sont pas compris l'hospice national des Quinze-Vingts de Paris, fondé par saint Louis, avec la destination spéciale de ne recevoir que des aveugles; et l'hospice national de Mont-Genève (Hautes-Alpes), qui ne sert pour ainsi dire que d'hôtellerie aux pauvres voyageurs égarés.

(1) Le département de la Seine ne renferme, il est vrai, que deux administrations hospitalières; mais l'une d'elles, celle de Paris, est tellement considérable par les immenses revenus dont elle dispose, par le nombre des établissements qu'elle dirige, par le nombre des indigents auxquels elle vient en aide, qu'elle fait à elle seule plus du cinquième des secours hospitaliers de la France.

(2) De 1800 à 1845, la quotité des dons et legs faits officiellement aux pauvres n'a pas été moindre de 122,514,890 fr. 53 c., non compris les dons manuels et les dons et legs autorisés par les préfets.

(3) Les 86 chefs-lieux de département et les 255 chefs-lieux d'arrondisse-

couler, il fut porté chez un pharmacien, qui appliqua au niveau de la plaie une masse d'agaric avec une bande et le fit ensuite transporter à Saint-Louis. Quand il arriva, le sang ne coulant plus, on laissa le pansement, qui resta ainsi sans être touché jusqu'au 5 avril.

Quand M. Nélaton l'examina, son état était le suivant :

Plaie linéaire, longitudinale, longue de 6 à 7 centimètres, située, comme nous l'avons dit, au milieu de la face interne de la jambe, à deux travers de doigt du bord interne du tibia; aucune tumeur à son niveau, aucune tuméfaction; pas de rougeur, pas de sensibilité. En appliquant la main au niveau de la plaie, il en sort une très petite quantité de sang rougenoir. De plus, on perçoit à la main des battements plus sensibles au-dessus qu'au-dessous de la plaie. En appliquant l'oreille, on entend un bruit de souffle continu avec renforcement isochrone au pouls, bruit de souffle dit à double courant, bruit qu'on peut comparer à celui du rouet d'une vieille femme, et qui a pour cause le passage du sang de l'artère dans la veine tibiale à travers une ouverture étroite. Il est très fort au niveau de la plaie, et se propage au-dessous et au-dessus surtout, où il remonte assez loin de la plaie. Au-dessous, il ne s'entend guère que dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres. On le fait disparaître nécessairement en comprimant la fémorale de ce côté. De plus, M. Nélaton fait observer ceci, qu'en comprimant modérément, peu à peu, la fémorale, ou en soulevant le membre du sujet de manière que le pied forme un angle avec le tronc, on rend ce bruit de souffle intermittent. Ce bruit s'accompagne d'un frémissement particulier qu'on perçoit sous les doigts très mollement appliqués un peu au-dessus et en dedans de la plaie. Ce frémissement n'est sensible ici que dans une très petite étendue, et par un tact intelligemment persévérant.

Les battements de l'artère sont très faibles au niveau et en dedans de la malléole interne. Il n'y a d'ailleurs aucun changement de température dans le membre, aucune coloration bleuâtre des téguments. Un peu de sang et un peu de pus se sont écoulés après le pansement enlevé.

Les 7, 8 et 9, même état. Rien de nouveau ne se produit; pansement simple de la plaie; compression méthodique à son niveau, au-dessus et au-dessous, avec des bandelettes de diachylum et un bandage roulé appliqué depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou; immobilité absolue; le membre repose par sa face externe sur un coussin qui élève modérément le pied.

Le 10, la plaie suppure abondamment. Le blessé accuse une douleur vive à son niveau, quand on promène l'éponge pour absterger (nous avons lieu de croire qu'il exagère cette douleur, car le moindre mouvement imprimé au membre, la crainte seule du pansement lui fait jeter les hauts cris); compression directe sur la plaie avec des rondelles d'agaric superposées; compresse méthodique de la jambe faite avec une bande en caoutchouc. (Disons, du reste, qu'avant chaque pansement on a soin, avant d'imprimer le moindre mouvement au blessé, de faire la compression de la fémorale, qu'on maintient tout le temps que dure le pansement.) Dans la journée, la constriction un peu forte, exercée au niveau de la malléole interne principalement, a déterminé une douleur légère qui a cédé après l'excision de quelques tours de bande.

Le 11, au matin, en faisant un mouvement en se soulevant dans son lit pour aller à la selle, le blessé a senti et vu le sang s'écouler de la plaie. Nous le voyons quelques instants après. Le bandage en effet est transpercé; du sang rouge s'est écoulé en assez grande quantité, puisqu'il a traversé les deux bandes, et qu'à l'extérieur un demi-verre à peu près est concrété. L'hémorrhagie d'ailleurs s'est arrêtée d'elle-même. A la visite, le bandage étant enlevé, aucune trace de sang ne paraît au niveau de la plaie; de telle sorte qu'on aurait peine à croire, en s'en rapportant à ce fait, que celle-ci ait pu donner lieu à l'hémorrhagie. Le pansement est fait comme d'ordinaire, avec les mêmes précautions. La bande élastique, très lâchement appliquée, du pus s'est échappé en abondance. Pas de sang. Le malade a un peu de fièvre; peu d'appétit.

Le 15, les mêmes phénomènes existent du côté de l'auscultation. La plaie a suppuré en telle abondance, qu'on doit renoncer à toute compression; pansement simple. On a remarqué depuis deux jours quelques lignes peu saillantes, un peu rouges, légèrement douloureuses à la pression, partant de la partie supérieure de la plaie, se continuant le long de la face interne de la jambe jusqu'au genou.

Le 17, les traces d'une inflammation vasculaire lymphatique ou veineuse ont à peu près disparu; les alentours de la plaie ne présentent presque plus de douleur; l'auscultation, répétée chaque jour, révèle toujours l'existence d'un souffle continu avec renforcement au niveau de la plaie et au-dessus. Un moment, en auscultant par dessus le bandage contentif, on avait cru le souffle devenu intermittent; mais l'oreille appliquée au niveau de la plaie, débarrassée de toute entrave, certifie que rien de nouveau ne s'est produit et que les phénomènes sont exactement les mêmes que les jours précédents. Le frémissement seul semble être moins facile à percevoir. En pressant très modérément près de la plaie pour faire sortir le pus, on voit paraître un peu de sang qui s'arrête et se concrète aussitôt par une compression exacte et instantanée de la fémorale. — Même pansement.

Le 18, nouvelle hémorrhagie, qui a transpercé le bandage et s'est arrêtée seule, comme les précédentes. L'appareil enlevé, l'hémorrhagie se reproduit. On voit alors dans la plaie un jet de sang rouge vermeil, non saccadé (ce qui est dû peut-être à ce que l'artère fémorale est comprimée plus ou moins complètement); compression permanente et exacte avec la main de la fémorale d'une part, et d'autre part au niveau de la plaie avec une éponge sèche. Après trois à quatre minutes, le sang cesse de couler; un peu de sérosité remplit la plaie, qui a été laissée à l'air. Un quart d'heure après, ne voyant rien reparaître, on fait le même pansement que les jours précédents. Ce malade, naturellement peu coloré d'ailleurs, semble pâlir un peu depuis quelques jours.

Le 19, mêmes accidents; avant et après le pansement, nouvelle hémorrhagie plus considérable que la veille, qui cède devant les mêmes moyens continués plus longtemps. Les journées sont en général calmes, sans accidents : un peu de fièvre le soir.

Le 20, les pièces à pansement étant encore humides, M. Nélaton pratique l'opération de la ligature d'après la méthode ancienne.

Après avoir endormi le blessé avec le chloroforme, la jambe fléchie sur la cuisse et reposant par son côté externe, la ligature de la fémorale étant faite, M. Nélaton procède de la manière suivante :

1° Il agrandit la plaie en faisant une incision longue de 2 à 3 centimètres en haut et en bas;

2° Incise le muscle soléaire, tombe dans une anfractuosité plutôt que dans un véritable sac (car il n'y en avait pas à proprement parler), enlève quelques rares caillots et arrive à la gaîne des vaisseaux;

3° Il découvre l'artère dans le lieu ordinaire entre le muscle soléaire et le jambier postérieur, isole avec la sonde cannelée son bout supérieur et y porte deux ligatures.

Ce premier temps opératoire exécuté, le chirurgien recherche le bout inférieur, qu'il trouve et qu'il découvre assez exactement pour qu'on puisse voir, d'après sa propre remarque, le sang suinter au fur et à mesure que l'éponge qui absterge est retirée par une petite ouverture latérale. Une anse de fil est passée sous le bout inférieur lié ainsi sans difficulté. Un pansement simple sans autre réunion; à partir de ce moment, plus d'hémorrhagie. La journée qui suivit a été bonne.

Le 21, en levant l'appareil, il y avait un peu de suppuration de bonne nature : pas de rougeur, de douleur au niveau de la plaie, qui est rosée; on n'entend plus rien à l'auscultation. État satisfaisant pendant deux jours.

Les 23 et 24, la plaie a suppuré abondamment; le pus, de bonne nature, n'est nullement mêlé de sang; la plaie a pourtant une teinte plus pâle, granuleuse; on prescrit une potion avec 1 gramme d'alcoolature d'aconit, qui, à partir de ce moment, est continuée tous les jours.

Le soir, le malade a eu du frisson avec chaleur; la respiration semble précipitée; il tousse un peu, toux sèche. La percussion donne de la matité du côté gauche en avant, plus prononcée encore en arrière et à la base de la poitrine; en ce point, il y a absence de la respiration; du souffle au niveau de l'angle du scapulum; pas de râle crépitant. — Potion; vésicatoire.

Le 25, nuit agitée; pouls fréquent, intermittent; le sujet est pâle, abattu; le souffle est plus prononcé que la veille; la matité, l'absence de la respiration ont gagné d'étendue.

La plaie a un aspect blafard; une suppuration roussâtre, de mauvaise nature, s'en écoule; toutes les ligatures tombent, remarquons-le en passant, le cinquième jour; les ligatures tombent ici plus vite que celles pratiquées dans les plaies qui ne suppurent pas. — Même traitement.

Le 26, le malade s'affaisse de plus en plus; respiration haletante, diaphragmatique; frissons répétés dans la journée; des phénomènes d'infection purulente se manifestent avec les symptômes caractéristiques; du délire se déclare, et le malade succombe le 27 au matin.

L'autopsie, faite de concert avec notre collègue dans le service de M. Triquet, nous a présenté les résultats suivants :

Les muscles ayant été disséqués et isolés avec ménagement, les jumeaux et le soléaire était enlevés, on voit la couche musculaire profonde de la région postérieure de la jambe sur laquelle reposent les vaisseaux, qui sont alors examinés plus attentivement; voici ce que nous pouvons constater :

Le bout supérieur présente une diminution considérable dans son calibre; au niveau de la plaie, il n'est plus possible de suivre sa continuité : le vaisseau manque, en effet, dans une étendue de 2 centimètres environ correspondant à la portion comprise dans la double ligature supérieure.

Fendu dans toute sa longueur jusqu'au tronc tibio-péronier et au delà, le bout supérieur n'offre pas, à vrai dire, de caillot obturateur; cependant il paraît bien manifestement oblitéré au milieu d'une couche de lymphe plastique qui agglutine ses bords. D'ailleurs, le fait capital au point de vue clinique, c'est que depuis l'opération, et après la chute des ligatures, arrivée, nous le répétons, le cinquième jour de l'opération, c'est-à-dire plus tôt que d'habitude, aucune hémorrhagie ne s'est reproduite.

Quant au bout inférieur, il présente le caillot conique voulu, parfaitement adhérent et assez étendu; ajoutons qu'une injection poussée avec ménagement dans le bout supérieur et, après, dans le bout inférieur n'a laissé voir aucun suintement vers les extrémités de l'un et de l'autre de ces bouts répondant à la plaie, ce qui prouve une oblitération suffisante.

Les parois des artères sont parfaitement saines.

Les veines présentent des traces évidentes d'une phlébite intense, puisque du pus, des caillots ont été constatés dans l'une d'elles.

Dirons-nous d'une manière absolue qu'il n'y avait aucune trace de sac? Pour relater fidèlement ce que nous avons vu, nous dirons qu'entre l'artère et la veine on trouvait quelques vestiges membraneux, une sorte d'anfractuosité, qui nous sembleraient pouvoir être regardés comme le commencement peut-être d'un sac anévrismal suppuré.

Par des exigences auxquelles nous avons dû nous soumettre, nous n'avons pu compléter l'anatomie pathologique.

Cette observation, quelque incomplète qu'elle soit, reporte nécessairement l'attention sur deux questions de date récente que M. Nélaton le premier a soulevées, et sur lesquelles der-

---

hospitalières établies dans des communes rurales, on obtiendra le nombre de 1,291; il restera donc encore 1,556 chefs-lieux de canton qui n'auront pas d'hôpitaux. Trente millions ne suffiraient pas pour organiser ces établissements, et je crois rester dans des bornes très restreintes en évaluant à une somme semblable le chiffre annuel de leurs dépenses. Comment subvenir à une pareille mise de fonds? Comment pourvoir annuellement à des frais aussi considérables?

Comme renseignements, je vous ferai connaître, monsieur le ministre, que :

Vingt écoles préparatoires de médecine, avec cours d'accouchements, sont annexées à nos hôpitaux;

Vingt-deux administrations hospitalières font, en outre, faire des cours d'accouchements dans les établissements confiés à leurs soins.

DES REVENUS DES HOPITAUX ET HOSPICES.

Les revenus *ordinaires* des hôpitaux et des hospices se sont élevés, en 1847, à la somme de 54,116,660 fr. 68 c. (1).

Ces revenus, établis non-seulement par département, mais encore par localité et par nature de recette, se divisent en trois catégories :

1° Les revenus réels de ces établissements, c'est-à-dire les revenus provenant des biens-fonds des rentes et des capitaux qui leur appartiennent;

2° Des revenus accidentels; ces revenus, essentiellement variables, peuvent même, dans certains cas, cesser de figurer dans les budgets;

3° Enfin, les revenus qui ne sont que des remboursements de frais et qui ne contribuent point à accroître la fortune des pauvres, mais qui néanmoins viennent en aide pour les soulager.

Voici, du reste, monsieur le ministre, la nomenclature de ces divers revenus. Je vous soumettrai ensuite quelques observations sur plusieurs d'entre eux, afin de vous faire connaître d'une manière complète l'administration de nos établissements hospitaliers.

Les revenus réels forment la somme de	24,453,654 f.	90 c.
— accidentels —	16,164,117	36
— en remboursement de frais	13,498,888	42
	54,116,660	68

NATURE DES RECETTES. 1.	MONTANT des RECETTES. 2.	TOTAUX PARTIELS. 3.
Revenu réel des hôpitaux et hospices.		
	fr. c.	
1 Loyer des maisons. . . .	2,214,219 49	
2 Fermages en argent. . .	7,381,696 74	
3 Fermages en grains. . .	2,760,204 39	
4 Propriétés exploitées par l'administration. . . .	1,141,928 60	
5 Jardins attenant aux établissements.	202,486 84	fr. c.
6 Coupes de bois.	713,035 43	24,453,654 90
7 Rentes sur l'Etat. . . .	7,295,121 45	
8 Rentes sur les communes. .	852,506 72	
9 Rentes sur les particuliers. .	1,075,318 59	
10 Bénéfices des monts-de-piété.	416,531 57	
11 Intérêts des fonds placés au trésor.	340,751 56	
12 Intérêts des fonds placés au mont-de-piété. . . .	120,782 37	
Recettes accidentelles.		
13 Subvention communale. .	8,307,625 98	
14 Droit des pauvres sur les spectacles.	1,134,666 95	
15 Dons, legs et aumônes. .	1,518.894 41	
A reporter. . .	10,961,187 34	

NATURE DES RECETTES. 1.	MONTANT des RECETTES. 2.	TOTAUX PARTIELS. 3.
	fr. c.	fr. c.
Report......	10,961,187,34	24,453,654,90
16 Amendes et confiscations. .	53,949 44	
17 Concessions dans les cimetières.	295,486 45	
18 Casuel des chapelles. . .	50,631 51	
19 Produit des enterrements. .	231,158 33	
20 Produit du travail. . . .	632,846 79	
21 Produit du pensionnat. . .	794,233 05	16,164,117 36
22 Vente des effets des décédés.	51,633 76	
23 Vente de vieux matériaux, os, cendres, eaux grasses, etc.	179,575 56	
24 Produit des vacheries. . .	98,940 06	
25 Vente de médicaments. .	388,740 65	
26 Recettes diverses et imprévues.	2,416,824 42	
Remboursements de frais.		
27 Allocation départementale pour les enfants trouvés.	6,505,810 69	
28 Allocation départementale pour les aliénés. . . .	2,117,656 87	
29 Journées de malades payants.	1,817,967 13	
30 Journées de militaires et marins.	2,772,534 25	13,498,888 42
31 Prix de pension des élèves sages-femmes. . . .	134,226 60	
32 Subvention pour layettes et vêtures pour les enfants trouvés.	150,692 88	
Total général. . .	54,116,660 68	54,116,660 68

(La suite à un prochain numéro.)

ment qui ont des hôpitaux et hospices forment 500 cantons; 597 de ces localités ont également des établissements de ce genre : 1,097 cantons seulement possèdent donc un hôpital ou un hospice.

(1) M. Necker porte à vingt millions le revenu annuel dont les hôpitaux pouvaient disposer en 1780; ce renseignement me paraît peu authentique.

nièrement encore il appelait l'attention dans sa thèse de concours.

1° La possibilité de transformer l'anévrisme variqueux en faux consécutif. « Dans ce cas, dit le savant chirurgien, le frémissement disparaît; le bruit de souffle à double courant cesse d'être continu, devient intermittent. » Nous avons dit, dans le cours de l'observation qu'on vient de lire, que M. Nélaton nous avait fait observer que par la position élevée du membre on pouvait modifier le bruit de souffle, qui, de continu qu'il était dans une position horizontale, devenait intermittent, alors que par la position le sang artériel devait circuler contre l'action de la pesanteur.

2° La deuxième question, non moins intéressante, que peut soulever cette observation, c'est celle de savoir si l'on pourrait tenter avec quelque chance de succès la ligature de l'artère au milieu d'une plaie en suppuration; nous nous bornons à poser cette question, il ne nous appartient pas de faire plus. Mais ce à quoi nous sommes autorisé, c'est de dire ce que nous avons vu et constaté; le voici :

Dans le fait qui nous occupe, l'opération de la ligature a été faite sans difficulté dans une plaie en pleine suppuration, dans une plaie suppurant depuis quinze jours. Les accidents qui ont enlevé le blessé sont tout à fait étrangers à ceux qui auraient pu dépendre de la ligature. Enfin, nous ajouterons, en terminant, que, sur la pièce, après huit jours de macération dans de l'eau légèrement alcoolisée, on a pu appliquer des ligatures sur les deux bouts de l'artère et constater, cette ligature étant enlevée, *que le fil n'avait coupé que la tunique interne et moyenne du vaisseau, et que la celluleuse était intacte.*

Rapport

SUR UN EXPOSÉ DES SYMPTÔMES ET DES CAUSES DE LA LÈPRE DU Dr RAFAEL ECHEVERRIA, ENFERMÉ DANS LE LAZARET DE QUITO.

Par M. GIBERT.

(Commissaires : MM. Keraudren, Rayer et Gibert, rapporteur.)

M. Jules Bourcier, ex-consul de la République à Quito (équateur), a pénétré, malgré les coutumes du pays, dans le lazaret où sont séquestrés et renfermés, sans aucun secours médical et sans aucune communication avec le dehors, les malheureux lépreux. Frappé de leur état d'abandon et de désespoir, il a invité un médecin du pays, renfermé lui-même, comme atteint de la lèpre, dans ce triste séjour, à rédiger un exposé des caractères de la maladie, et il a adressé ce travail à l'Académie nationale de Médecine.

La lèpre proprement dite, *éléphantiasis,* ou lèpre tuberculeuse, est naturellement le type de la description tracée par le docteur Echeverria, bien qu'il ait cru cependant devoir admettre encore deux autres espèces que nous indiquerons tout à l'heure.

Sur soixante-six individus renfermés dans le lazaret, soixante présentent tous les caractères de cette lèpre.

La description de ces caractères est, dans le mémoire que nous avons sous les yeux, parfaitement en harmonie avec celle donnée par Schilling et les auteurs plus anciens. Avec le médecin hollandais, le docteur Echeverria admet comme deux formes de la même maladie.

L'*éléphantiasis grec,* ou forme tuberculeuse proprement dite, qui donne à la physionomie cet aspect monstrueux que les Grecs avaient désigné sous le nom de *figure de lion* ou de *masque de satyre...*, et l'*éléphantiasis arabe,* qui amène dans les membres inférieurs cette tuméfaction indurée qui les a fait comparer aux jambes de l'éléphant.

Dans ces deux variétés, on peut observer ces ulcères lépreux et ces mutilations qui ont été signalés particulièrement dans la lèpre des colonies.

Toutes deux, d'ailleurs, peuvent se trouver réunies sur le même sujet; M. Echeverria en cite un exemple.

L'auteur admet une seconde espèce beaucoup plus rare que la précédente, qu'il désigne sous le nom de *lèpre écailleuse;* c'est le *lence* et l'*aphos* des Grecs, la lèpre des Hébreux, signalée dans le *Lévitique*, l'éléphantiasis anesthésique des médecins norvégiens Dannielsen et Boek et des médecins anglais. Suivant Schilling, ce n'est qu'une première phase ou un premier degré de la précédente. L'alopécie et la perte progressive de la sensibilité sont ses caractères distinctifs.

Enfin, une troisième espèce, fort rare aussi, mais admise également par les auteurs norvégiens dans leur *Traité classique de la spédalsked,* est ce que M. Echeverria désigne sous le nom de *lèpre crustacée.* Elle est caractérisée par des taches livides tirant sur le violet-bleuâtre (*mélas* des Grecs), qui s'ulcèrent et se recouvrent de croûtes.

En somme, on retrouve dans ces trois espèces les caractères généraux de la lèpre indiqués par tous les bons observateurs, savoir : les taches élémentaires, l'insensiblité, les déformations et les mutilations ultérieures; enfin la marche fatale de la maladie vers une terminaison funeste, à mesure que l'altération de la santé générale vient se joindre aux désordres extérieurs...; ce qui s'observe plus rapidement dans la forme tuberculeuse léonine, beaucoup plus lentement dans les autres, et notamment dans l'éléphantiasis arabe, ou mal des Barbades.

Ce dernier, comme on sait, chez beaucoup de sujets, ne constitue, pendant de longues années, qu'une infirmité et une difformité partielles.

Il est d'ailleurs bien extraordinaire de voir une maladie si essentiellement liée aux conditions climatériques, qu'elle est aujourd'hui presque inconnue dans les contrées centrales et tempérées de l'Europe.... se montrer avec des phénomènes semblables dans des régions situées sous des latitudes aussi différentes que la Norwége, par exemple, et les côtes d'Afrique ou celles de l'équateur!

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit dans un précédent rapport (séance du 3 octobre 1848) sur la chronologie, l'historique, la marche et la symptomatologie de la lèpre; mais nous dirons quelques mots de l'étiologie et du traitement.

On sait que la lèpre est généralement regardée comme une maladie contagieuse, et que dans nos colonies les lépreux sont, comme au temps des croisades, isolés et séquestrés du reste de la société.

Quelques auteurs cependant, et notamment votre célèbre collègue Alibert, se sont efforcés de lutter contre une opinion si ancienne et si invétérée. Sans doute les observations qui nous sont personnelles tendraient comme celles d'Alibert à repousser toute idée de contagion. Mais de ce que dans nos climats tempérés et dans le petit nombre de cas isolés et exceptionnels que nous avons pu observer à Paris, le mal n'a paru présenter aucun caractère contagieux, s'ensuit-il que dans les conditions climatériques favorables et par suite d'une fréquentation intime et prolongée on n'aura jamais rien à redouter de la transmission du mal? Je n'oserais l'affirmer.

L'auteur du mémoire que nous avons sous les yeux, victime lui-même des idées de contagion et séquestré dans un lazaret où sont abandonnés presque sans secours aucun les malheureux lépreux qu'on se hâte d'y renfermer dès qu'on vient à reconnaître chez eux les indices de cette triste et hideuse maladie, M. Echeverria, dis-je, se pose à son tour en anti contagioniste, et appuie son opinion sur plusieurs faits que nous citerons brièvement.

« Francisca Parminio, dit-il, âgée de cinquante ans, a vécu quatorze ans dans cette résidence, et se conserve, au milieu de soixante-cinq malades et dans le foyer de la corruption, parfaitement saine.

» Manuela Suarez, veuve de deux maris atteints d'éléphantiasis avec lesquels elle a vécu dans la plus étroite union jusqu'à leur mort, continue d'habiter le lazaret sans être malade.

» Le sacristain Miguel Salos et le portier Antonio Lara ont vieilli dans cet asile, élevant leurs enfants parmi les malades, et aucun des individus de cette famille n'a eu le moindre symptôme de lèpre.

» Enfin, il y a six ans que le R. P. Luis Surrita, religieux de l'ordre des Augustins et aumônier de l'établissement, visite et fréquente les lépreux, confesse les malades, donne aux mourants les derniers secours de la religion, et reste sain et sauf au milieu de ces communications journalières, intimes et répétées. »

Il faut bien reconnaître que ces faits, observés dans les conditions les plus propices à la manifestation du caractère contagieux, sont de nature à faire suspecter ce caractère, ou du moins qu'ils doivent, quand on les rapproche de ceux que nous avons signalés nous-même, faire regarder comme très exagérées les craintes que l'on a conçues sur la communication de la lèpre, et faire souhaiter à tous les amis éclairés de l'humanité que l'on modifie les mesures presque barbares qui sont prises encore aujourd'hui contre les malheureux lépreux.

L'hérédité, admise par tous les auteurs, est encore confirmée par le docteur Echeverria, qui a sous les yeux, dans l'hospice Saint-Lazare, quatre exemples de lèpre héréditaire.

Un fait curieux, cité par l'auteur, est celui qui se rapporte à deux sœurs, dont l'une, qui avait fui son père sitôt qu'avaient apparu, chez ce dernier, les premiers indices de la lèpre, fut, plus tard, amenée lépreuse au lazaret, tandis que l'autre, qui continua d'habiter avec son père et de le soigner jusqu'à la mort, est restée saine, et a eu depuis, elle-même, des enfants bien portants.

Quant au traitement, l'auteur du mémoire déplore avec raison la triste coutume établie dans son pays de déclarer incurable tout individu atteint de la lèpre, et de le séquestrer comme un objet d'horreur et de dégoût, sans secours médical aucun, dans un établissement où tout manque et où toute communication avec le dehors est rigoureusement interdite.

Nous ferons avec notre malheureux confrère et avec M. Jules Bourcier, qui n'a pas craint d'user de son caractère officiel pour pénétrer dans ce séjour de désolation, des vœux pour que les autorités compétentes, mieux renseignées sur les difficultés de la transmission du mal et sur la possibilité de le guérir, ou du moins de l'arrêter dans ses progrès prennent des mesures propres à concilier les devoirs de l'humanité avec les intérêts de la société, en défendant seulement les communications qui ne sont point indispensables au soulagement et au traitement des malades.

Plusieurs exemples authentiques prouvent, en effet, d'une part, que des rapports et des communications habituelles peuvent avoir lieu entre les lépreux et les individus sains, sans que ceux-ci contractent la maladie;

Et, d'autre part, que des tentatives soit empiriques, soit rationnelles, ont réussi à arrêter les progrès du mal et même, dans certains cas, à amener la guérison.

Ainsi, M. Baumès, de Lyon, a publié dans sa *Nouvelle Dermatologie* une observation d'*éléphantiasis grec* traité par lui avec succès, bien que parvenu à un degré grave et étendu; ainsi, Schilling a rendu à la santé quelques sujets atteints de *lèpre tuberculeuse;* ainsi nous-même, dans le rapport académique cité plus haut, nous avons signalé les bons effets obtenus de l'*assacou* (*hura Brasiliensis*) par les médecins de la province du Para au Brésil.

Nous croyons donc répondre aux vues philanthropiques de M. Jules Bourcier et aux vœux exprimés par notre malheureux confrère le docteur Echeverria, en vous soumettant les deux propositions suivantes qui serviront de conclusions à ce court exposé :

1° Que ce rapport, ainsi qu'une copie de celui déjà publié dans le tôme XIV du *Bulletin* (page 114) soient transmis à M. Jules Bourcier, qui se dispose à retourner à l'équateur, pour en faire l'usage qui lui paraîtra le plus favorable à ses vues;

2° Que des remercîments lui soient adressés ainsi qu'au docteur Echeverria, et qu'on y joigne l'expression de nos vœux pour que les léproseries soient désormais transformées en de véritables hôpitaux où les lépreux soient considérés comme des malades en traitement, et non pas comme des sujets incurables et dangereux qu'il faut à tout prix séquestrer de toute communication et de toute relation sociales.

Après une courte discussiou, ces conclusions sont adoptées.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mai 1851. — Présidence de M. ORFILA.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° De nouveaux documents relatifs au choléra envoyés par M. le ministre de l'agriculture et du commerce;

2° D'échantillons d'une source d'eau minérale de Saint-Julien (Hérault);

3° D'un mémoire de M. Chevreuse, médecin à Charmes (Vosges), sur le traitement des fièvres intermittentes par le suc de plantain, adressé par M. le ministre de l'agriculture et du commerce;

4° De la relation adressée par le même ministre d'une épidémie de scarlatine qui a régné à Formery (Vosges), relation rédigée par M. Thiriat, médecin à Epinal;

5° De plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Préparations arsenicales.

M. Limousin, de Bergerac, adresse les observations de deux cas d'œdème de la face développés à la suite de l'administration de préparations arsenicales.

Insuffisance aortique.

M. Girard, de Marseille, adresse un mémoire sur l'insuffisance aortique.

Mal de mer.

M. Yvonneau, de Blois, adresse une note sur le traitement du mal de mer et des vomissements par des *capsules* contenant une goutte de chloroforme. Six à huit de ces capsules, ingérées au moment où on sent le mal au cœur se développer, suffisent pour le prévenir ou pour le faire cesser quand il existe déjà. M. Yvonneau a expérimenté avec succès sur lui et sur deux voyageurs.

Compression de l'aorte.

M. Plouviez, de Lille, adresse sur l'emploi de la compression abdominale une note dans laquelle se trouve l'observation suivante :

Mme P..., âgée de vingt-trois ans, d'une complexion délicate, lymphatique, accoucha de son troisième enfant le 27 février dernier. Les six premiers jours se passèrent sans que rien fût digne d'être noté. Les 6, 7 et 8 mars, violentes douleurs abdominales au-dessous de l'ombilic à la suite de trop de fatigue.

Le 9, pertes utérines, qui furent suspendues par son accoucheuse au moyen du tamponnement, du seigle ergoté et des affusions froides.

Le 10, l'hémorrhagie revint avec tant d'abondance que la vie fut gravement compromise. C'est alors que je fus appelé en consultation. Je trouvai la malade exsangue, avec des vomissements; le pouls était à peine sensible, la peau froide. Je fis la compression de l'aorte vers l'angle sacro-vertébral tandis que dame Thérèse, sage-femme fort habile, tamponnait et faisait ensuite des fomentations froides. J'estime que la compression fut maintenue quarante-cinq minutes à deux reprises. L'hémorrhagie fut immédiatement arrêtée dès le début.

Le 14, en la voyant pour la dernière fois, je lui recommandai de garder le repos le plus absolu jusqu'à ce que ses forces fussent revenues; mais elle ne tint pas compte de cet avis; le 16, elle se leva; quelques heures après, elle fut reprise d'une hémorrhagie si considérable qu'en peu d'instants elle tomba sans connaissance et qu'on la crut morte. Environ vingt-cinq minutes après, j'étais près d'elle et je la trouvai dans l'état suivant :

Les syncopes se succédaient presque sans interruption; pâleur cadavéreuse, froid glacial, pouls complétement insensible pour moi comme pour les personnes présentes, angoisses inexprimables, vomissement. Une minute ne s'était pas écoulée que je comprimai l'aorte afin d'arrêter de suite l'hémorrhagie, en attendant que je pusse pratiquer la transfusion qui me paraissait parfaitement indiquée, et pour laquelle je n'avais rien sous la main. Le danger de voir s'éteindre un reste de vie était trop imminent pour que je quittasse la malade, même d'une minute, pour m'y préparer. Et d'ailleurs, l'indication la plus urgente ici n'était-elle pas, avant tout, de commencer par suspendre cette perte foudroyante?

Après trois quarts d'heure d'interruption de la circulation abdominale inférieure, elle dit pour la première fois qu'elle éprouvait un peu de mieux; mais son état était toujours pour nous extrêmement grave, le pouls ne se faisant aucunement sentir. Croyant pouvoir rétablir le cours du sang, vu la suspension de l'hémorrhagie, nous abandonnâmes la malade à elle-même; à peine une minute s'était-elle écoulée qu'une syncope effrayante se manifesta, et cependant la perte ne s'était pas renouvelée. La compression de l'aorte ramena le même calme qu'auparavant. Pendant trois heures que je la fis alternativement avec la sage-femme, il a été visible, pour nous, que, chaque fois que nous l'interrompions, un malaise extrême suivi d'évanouissements ne manquait pas de survenir, et qu'il se dissipait par le même moyen, c'est-à-dire par la compression de l'aorte.

Conservant encore, à quatre heures, les plus vives inquiétudes, je pris alors les mesures nécessaires pour pouvoir, à la dernière extrémité, opérer la transfusion, dont je n'eus pas besoin fort heureusement.

Le pouls, qui était resté insensible, commença à être faiblement perçu vers six heures; à huit heures, un peu de réaction apparut et continua toute la nuit. Nous lui donnâmes du bouillon et du lait sucré autant que son estomac put en supporter.

Le 17, on augmenta la force des consommés avec des pâtes féculentes; bref, ce n'est que le 7 avril qu'elle put se lever quelques instants, tant la faiblesse s'était prolongée, malgré une alimentation aussi substantielle que possible.

Depuis ce fait, si intéressant par l'influence toujours instantanée de la compression pour suspendre l'hémorrhagie de l'utérus et supprimer en même temps les syncopes par le refoulement du sang vers les organes les plus essentiels à la vie, deux autres femmes enceintes de quelques mois, un peu moins affaiblies par les pertes, il est vrai, et dont je ne crois pas utile de rapporter les observations, ne durent aussi la suspension immédiate des accidents qu'au même procédé, auquel il fallut revenir plusieurs fois pour les vaincre définitivement.

En somme, la compression de l'aorte contre les pertes utérines est, à mes yeux, un *moyen toujours sûr*, d'une application facile pour tout le monde, même pour les gardes-malades, auxquelles il m'est arrivé quelquefois de leur indiquer avec fruit la manière de le pratiquer. Cependant on reproche aux praticiens de ne pas bien la faire.

Huile de foie de morue.

M. Loze adresse une note sur l'emploi de l'huile de foie de morue en *émulsion simple* ou associée à l'*albumine*. Par ce moyen elle est plus digestive et plus facile à prendre.

Teintures alcooliques.

M. Bonjean (de Chambéry) envoie, par l'intermédiaire de M. le président, un mémoire sur les teintures alcooliques.

Engorgement de la rate.

M. Durand, médecin de l'hôpital du Gros-Caillou, annonce à l'Académie qu'il a dans son service un malade ayant une rate considérablement hypertrophiée, et qui n'a jamais éprouvé le moindre symptôme intermittent.

Nicotine.

M. Orfila dépose un paquet cacheté sur l'empoisonnement par la nicotine.

RAPPORTS.

Lèpre des Grecs.

M. Gibert lit un rapport sur le traitement de cette maladie. (*Voir* ci-dessus.)

Pathogénie philosophique.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. Grimaud, portant le titre indiqué ci-dessus. (Remercîments à l'auteur. — Adopté.)

Phthisie.

M. Louis lit une note sur un mémoire de M. Rufz, relatif à l'étude de la phthisie dans les Antilles. Ce mémoire doit être inséré parmi ceux de l'Académie.

LECTURES.

Convulsion spasmodique de la glotte.

M. le docteur Rendu lit l'analyse d'un mémoire qu'il a déposé sur le bureau, et qui est relatif à une maladie convulsive de la glotte particulière à la première enfance. Ce mémoire renferme six observations.

Choléra des poules.

M. Delafond lit une nouvelle dissertation et un nouveau compte-rendu d'expériences sur l'épidémie des oiseaux de basse-cour. Après quelques remarques de M. Renault, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1851. — Présidence de M. RAYER.

Procédé de conservation des substances alimentaires végétales.

M. Morin lit au nom d'une commission composée de MM. Richard, Payen, Robinet, Morin (rapporteur), un rapport sur les procédés de conservation des substances alimentaires végétales de M. Masson, jardinier en chef de la Société centrale d'horticulture.

On sait que ces procédés consistent d'abord en une dessiccation à une température modérée dans une étuve, prolongée pendant un temps suffisant pour enlever l'eau surabondante qui n'est pas indispensable à la constitution des végétaux, puis dans une compression énergique donnée par la presse hydraulique.

M. le rapporteur, après avoir rendu compte en détail des opérations et des expériences sur les appareils de chauffage et de ventilation auxquelles la commission s'est livrée, expose en ces termes la relation des essais qui ont été faits par diverses commissions.

Deux essais seulement ont été faits devant la commission : l'un sur des choux verts frisés dits *brocolis*, et l'autre sur des épinards.

920 kilogr. de choux ont été épluchés en une journée, et ont donné à l'épluchage 725 kilogr. de matière verte à dessécher ; on les a étendus sur 710 claies. Après 28 heures de séjour dans l'étuve, à une température de 40 à 48°, ils se sont réduits à 69 kilogr. de matière sèche, ayant ainsi perdu 656 kilogr. d'eau ou 87 p. 0/0 de leur poids primitif, soit les 7/8ᵉ. On a consommé, dans ces 28 heures, 300 kilogr. de charbon de Charleroi, qui n'ont ainsi vaporisé que 2 kilogr. 18 d'eau par kilogr. de houille.

L'autre expérience a été faite sur des épinards. 820 kilogr. d'épinards bruts ont été épluchés en un jour et se sont réduits à 639 kilogr. de matière à sécher. Mis à l'étuve sur 710 claies, ils se sont réduits, en 22 heures de chauffage à 40 ou 48°, à 71 kilogr. de matière sèche, ayant ainsi perdu 568 kilogr. d'eau ou 89 p. 0/0 de leur poids, soit un peu plus de 7/8ᵉ.

Ainsi, dans ces deux expériences, on a enlevé aux légumes verts l'énorme proportion de 7/8ᵉ de leur poids. Le pressage à la presse hydraulique a ensuite réduit le volume de manière à rendre l'arrimage on ne peut plus facile et à amener la densité à 550 ou 600 kilogr. au mètre cube.

Quant à la qualité des produits et à la conservation presque parfaite de la saveur, M. le rapporteur rappelle les rapports faits par diverses commissions de la marine, et cite quelques passages d'un nouveau document authentique qui lui a été remis ; c'est le rapport d'une commission formée dans le port de Cherbourg par M. le ministre de la marine pour examiner les produits préparés par les procédés de M. Masson.

Les légumes examinés par cette commission étaient des choux ordinaires, du cerfeuil, des choux de Bruxelles, du céleri, des épinards, des mélanges formant ce que l'on nomme des juliennes, des carottes et des pommes de terre.

Après avoir constaté par un examen préalable le bon état, l'apparence et l'odeur satisfaisants des produits présentés, on les a soumis à l'immersion dans l'eau chaude ; l'on a pris leur poids avant et après l'immersion, et l'on en a conclu la quantité d'eau absorbée. Il est résulté de ces observations qu'après l'immersion ces légumes ont repris la plus grande partie de l'eau qu'ils contenaient avant la dessiccation.

Le rapport de la commission de Cherbourg constate que ces légumes avaient aussi repris leur flexibilité, leur couleur naturelle, et que les formes étaient si bien conservées chez quelques-uns d'entre eux, et notamment dans le cerfeuil et dans les choux de Bruxelles, qu'ils offraient l'aspect de végétaux récemment cueillis. La saveur et l'odeur s'étaient aussi considérablement développées par l'hydratation.

La cuisson de tous ces légumes a exigé de une heure un quart à une heure trois quarts, et, après les avoir fait assaisonner et déguster, la commission de Cherbourg déclare à l'unanimité que tout a été trouvé très bon, mais que les épinards et les choux de Bruxelles ont sur tous les autres légumes une supériorité marquée et rappellent à s'y méprendre les légumes à l'état frais.

En présence de cet accord de toutes les commissions, des épreuves que plusieurs membres de l'Académie ont faites eux-mêmes, il ne saurait rester de doute, dit M. le rapporteur, sur les succès obtenus par M. Masson dans ses persévérants efforts pour la conservation des substances végétales alimentaires.

Si l'on ajoute que, quand la fabrication en grand sera convenablement organisée, les légumes ainsi préparés coûteront probablement moins cher que la choucroute, que le transport de ces produits peu encombrants se fera à des prix assez bas pour permettre de tirer les légumes des lieux d'abondante production, on reconnaîtra sans doute que M. Masson a résolu, d'une manière aussi satisfaisante que simple et économique, la question importante de l'amélioration de l'alimentation et par conséquent de la santé de nos marins. A cet avantage capital, on doit joindre l'utilité des mêmes procédés pour la formation des approvisionnements des places et des armées ; et, comme ils s'appliquent immédiatement et sans aucune modification importante aux plantes médicinales, ils seront aussi d'une grande utilité pour le service médical des hôpitaux civils et surtout des ambulances militaires.

Les commissaires proposent en conséquence :

1° D'accorder l'approbation de l'Académie au mémoire de M. Masson sur la conservation des substances végétales alimentaires ;

2° D'envoyer un exemplaire de ce rapport aux ministres de la marine et de la guerre. (Adopté.)

Conservation et reproduction des sangsues officinales et médicinales.

M. Fermond adresse sur ce sujet un mémoire dont l'objet est de faire connaître les conditions de bonne conservation et de développement des sangsues. Ce mémoire est divisé en quatre parties, comprenant la conservation des sangsues, leur reproduction, leur nourriture et leur âge. Nous en extrayons quelques-unes des principales considérations relatives à la la conservation des sangsues, à leur reproduction et à leur nourriture. L'exposition des bassins est un des points les plus importants de la conservation et du développement des sangsues ; ils doivent être exposés au midi et garantis des vents du nord et du nord-est par un mur ou tout au moins une forte palissade, et de la chaleur trop vive de l'été par l'ombre de quelques arbres. Les bassins peuvent être doublés en plomb laminé, qui n'est point nuisible aux sangsues, et qui a l'avantage de s'opposer à leur perte. L'eau de Seine est préférable pour la conservation des sangsues à l'eau du canal de l'Ourcq, et celle-ci préférable à l'eau de puits. Le niveau de l'eau dans les bassins doit être constant, afin d'assurer la conservation des œufs jusqu'à leur entière éclosion. L'eau ne doit pas être renouvelée, mais seulement remplacée à mesure que l'évaporation spontanée en abaisse le niveau.

Parmi les végétaux qui doivent croître dans le bassin, l'auteur signale particulièrement les mousses d'eau (*typha latifolia et angustifolia*), l'iris jaune des marais, les diverses charagnes. En général, plus on multiplie dans les bassins le nombre des plantes, plus on est assuré d'y attirer des insectes divers dont les larves sont autant d'éléments de nourriture pour les sangsues ; mais aussi plus il y a de chances pour que l'on y introduise des larves qui, à leur tour, pourraient attaquer les sangsues. Voilà pourquoi l'auteur indique particulièrement les végétaux qui paraissent convenir aux bassins à sangsues.

Vers les mois de novembre ou décembre, selon l'état de la saison, les bassins doivent être couverts d'une bonne couche de paille que l'on ne retire que dans les premiers jours d'avril.

Les sangsues se reproduisent, suivant les circonstances, par cocons ou par œufs composés, analogues à ceux des naïades, des biphores, des pyrosonus, etc. Quand l'exposition est convenable, quarante jours suffisent pour l'éclosion des œufs ; le soleil active cette éclosion, l'ombre et l'obscurité la retardent ou même l'empêchent tout à fait.

Les jeunes sangsues se nourrissent tout d'abord de matières muqueuses que l'on trouve à la surface des feuilles en voie de décomposition et de celles qui recouvrent les filaments de certaines conserves très abondantes dans les eaux stagnantes. Plus tard, quand leurs dents ont pris assez de force, elles attaquent certaines larves aquatiques d'insectes dont elles peuvent alors percer la peau, et se nourrissent de leurs sucs. L'auteur pense même qu'elles ingèrent des animaux entiers, tels que certaines monodaires ou autres infusoires. (Commissaires : MM. Valenciennes, Milne-Edwards, Bussy.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

M. Lüer accepte aujourd'hui les essais comparatifs qu'il refusait dans sa lettre du 4 mai ; mais il ne veut pas avoir *affaire* à moi, il lui faut absolument un chirurgien pour antagoniste : est-ce donc la personne qu'il qualifie son *légitime défenseur* et que l'on m'assure être l'un des plus habiles *lithotritistes* qui manœuvrera son instrument ? Dans ce cas, je n'aurai pas la présomption de lutter avec elle, et, satisfait de la connaître *enfin*, je me bornerai à lui faire compliment de la franchise, de la courtoisie, de la politesse qu'elle a montrées dans cette affaire. Mais, si c'est M. Lüer qui expérimente, je me présenterai pour manœuvrer les instruments que j'ai fabriqués, et j'ose espérer que la commission de l'Académie ne me saura pas mauvais gré de mon intervention.

Agréez, etc. MATHIEU.

NOUVELLES.

La Société médico-pratique de Paris met au concours la question suivante : « De l'huile de foie de morue et de son usage en » médecine. » — Prix : une médaille de la valeur de 300 francs. — Le travail couronné aura droit à l'impression dans le Bulletin de la Société, et 100 exemplaires tirés à part seront offerts à l'auteur. — Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, doivent être envoyés rue Lobau, n° 1, avant le 1ᵉʳ mars 1852.

— *Nomination du professeur d'histoire naturelle à la Faculté de Montpellier.* — A la suite du concours pour la chaire de botanique, vacante à la Faculté de médecine de Montpellier par le décès de M. R. Delille, M. Ch. Martins, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé le 13 mai professeur à la majorité de 6 voix sur 9.

Sans vouloir apprécier ici le mérite des compétiteurs de M. Martins, dont il ne nous a pas été donné d'entendre les épreuves, nous ne pouvons qu'applaudir au succès de ce savant à la fois botaniste et médecin distingué.

— Le ministre de l'intérieur, sur le rapport du préfet de l'Indre, vient d'accorder sur les fonds, dont il dispose, une somme de 2,000 fr. pour être employée à l'acquisition de sulfate de quinine destiné aux populations pauvres de la Brenne (1), atteintes de fièvres fort dangereuses, et qui reparaissent chaque année dans quelques parties de ce département. Cette somme viendra s'ajouter à celle de 1,000 fr. votée pour le même objet par le conseil général de l'Indre dans sa dernière session.

— On écrit de Pézénas (Hérault), le 16 mai :

« L'épidémie de suette miliaire cause une grande panique à Pézénas ; l'exaltation de la peur est à son comble, et la désertion complète de la part des habitants qui ont le moyen de voyager. Il y a beaucoup de mal sans doute, mais encore plus d'irréflexion et de peur. On cite cependant quelques-uns de ces hommes d'élite, au cœur généreux, qui trouvent tout naturel d'oublier le danger pour eux-mêmes, alors qu'ils se sacrifient pour en affranchir les autres.

» Les secours s'organisent sur une échelle aussi large que pourrait l'exiger le développement du fléau. Deux associations de bienfaisance existent : l'une d'elles était présidée par le digne négociant L. Delmas, qui a eu le mérite de l'organisation, et qui, l'une des premières victimes de l'épidémie, a été aujourd'hui même accompagné au champ du repos par toute la population en pleurs.

» Les médecins sont arrivés de Montpellier ; le dévouement de ceux de la localité trouvera en eux des émules, des soutiens : ils sont là au poste d'honneur. »

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, ouvrira son cours de physiologie comparée le mardi 27 mai 1851, à midi précis, au Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

(1) La Brenne est une des nombreuses subdivisions de l'ancienne province du Berri. C'est un pays très marécageux, dont la ville principale est Mézières-en-Brenne.

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hernie de l'ovaire prise pour une tumeur enkystée de la grande lèvre. — Extirpation. — Mort.

Le fait suivant pourrait donner lieu à plus d'une considération ; nous nous en abstiendrons cependant pour aujourd'hui, laissant la parole à M. Guersant, à qui nous devons la communication de ce fait curieux, et à nos lecteurs la liberté de nous présenter à cette occasion toutes les réflexions qu'ils jugeraient utiles de livrer à la publicité dans un intérêt scientifique. Les détails que nous publions ont été exposés publiquement par M. Guersant à sa dernière leçon clinique.

« S'il est utile pour la chirurgie, dit M. Guersant, de publier les succès que nous obtenons, il est nécessaire aussi de publier nos revers dans l'intérêt de la science et surtout de l'humanité.

» Une petite fille qui portait une tumeur dans la grande lèvre gauche, et que nous avons opérée jeudi dernier, est morte. Cette enfant, âgée de onze ans, née de parents sains, était elle-même d'une assez bonne constitution, quoique petite pour son âge; elle n'avait jamais eu de maladie grave. A un an, ses parents avaient remarqué qu'elle portait dans la grande lèvre une tumeur qui ne la faisait pas souffrir alors, mais qui, occasionnant de la douleur depuis dix-huit mois, forçait l'enfant à boiter.

» Rentrée à l'hôpital, nous constatâmes que cette enfant n'avait rien du côté du ventre et de la poitrine qui annonçât une mauvaise constitution. La tumeur qu'elle portait était très mobile, plus mobile que *ne l'est un kyste;* elle allait facilement de l'anneau inguinal jusqu'au bas de la grande lèvre : on aurait dit un testicule roulant dans le scrotum. Cette tumeur avait le volume d'une petite noix, était douloureuse à la pression, fluctuante d'une manière obscure dans un point, dure dans sa partie déclive. L'anneau inguinal n'était pas dilaté; l'enfant marchait avec peine, et éprouvait une douleur semblable à celle qu'on occasionne en pressant un testicule.

» Cette tumeur devait être congéniale, l'anneau inguinal étant normal, la tumeur fluctuante dans un point et surtout très mobile ; après trois semaines d'attente et d'examen journalier, le diagnostic fut qu'il y avait dans la grande lèvre une tumeur enkystée, et que la gêne et la claudication qu'elle causait nécessitaient l'opération. La ponction fut rejetée ; la tumeur étant très mobile, la fuite sous le trocart était à craindre. L'extirpation fut faite.

» Une incision est pratiquée à la partie moyenne de la grande lèvre, et, disséquant couche par couche, on rencontra une enveloppe celluleuse et séreuse à travers laquelle on put voir un corps semblable à un testicule; il tenait par un cordon qui venait de l'anneau inguinal : ce cordon fut lié et coupé au-dessus de la ligature. On reconnut alors un sac celluleux et séreux, au centre duquel se trouvait une portion de trompe, puis l'ovaire, qui était un peu variqueux et un peu plus gros qu'à l'état normal.

» L'opération terminée, M. Guersant redoutait une péritonite : ses prévisions ne l'ont pas trompé; dès le soir, une altération profonde de la face, de la fièvre, des vomissements, la petitesse du pouls, une tuméfaction considérable du ventre ne laissaient aucun doute sur une inflammation abdominale : un traitement actif, sangsues, onctions avec onguent napolitain, purgatifs, ne put empêcher ces accidents; la malade mourut le troisième jour.

» L'autopsie a fait constater une péritonite, du pus dans le petit bassin, des fausses membranes dans les anses intestinales gauches, dans le voisinage de l'anneau, qui était fermé comme celui du côté opposé; la trompe avait été liée à son extrémité; la plaie avait pris une teinte grisâtre; la matrice, un peu entraînée du côté gauche, n'était pas sortie du bassin; l'ovaire du côté droit était plus volumineux que dans l'état normal ; la trompe du côté opposé était plus longue. Rien dans les autres organes; un peu d'engouement aux deux poumons en arrière.

» Ce cas malheureux est utile à publier; il est très rare et on en rencontre peu de semblables : on a souvent constaté des hernies de l'ovaire; mais dans presque toutes les observations l'ovaire était rencontré dans l'anneau, et, s'il l'avait dépassé, ce n'était que de très peu. Dans le cas qui nous occupe, il faut noter la fluctuation et la mobilité : cette fluctuation n'était pas bien franche; il existait un point dur et la mobilité était très grande. M. Guersant l'a comparée, et avec raison, à un testicule qui roule dans le scrotum.

» En admettant que la présence de l'ovaire eût été soupçonnée, aurions-nous dû opérer? dit M. Guersant. Non, si la douleur était supportable; dans le cas contraire, nous eussions agi comme nous l'avons fait; cet ovaire, devenu douloureux, gênait la marche; il aurait pu dégénérer et devenir inutile. Si, au milieu de l'opération, l'ovaire eût été reconnu, aurait-il fallu l'enlever? Oui, il était descendu loin de l'anneau ; il était comme un testicule dans le scrotum; l'anneau était resserré comme dans l'état normal. M. Guersant n'aurait pu penser à la réduction : il aurait fallu ouvrir le sac, et il y avait beaucoup de chances pour que ce dernier fût adhérent à la trompe; si alors on eût voulu débrider le canal inguinal et refouler la trompe et l'ovaire, le chirurgien aurait cru courir plus de danger en agissant ainsi qu'en faisant la section de la trompe autour de laquelle on pouvait penser que la gaîne péritonéale était adhérente. »

Du développement des gaz au sein des tissus.

Voici un nouveau fait à ajouter à ceux que nous avons publiés depuis quelque temps relativement au développement des gaz dans les organes de l'homme. Ce fait a été observé dans la clinique intéressante de M. Maisonneuve.

Fracture compliquée de la jambe. — Gangrène accompagnée de développement de gaz dans les veines. Mort rapide. — Le 10 mai, l'on apporta à l'hôpital Cochin un carrier âgé de vingt-huit ans, atteint d'une fracture compliquée de la jambe droite ; le tibia, brisé à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, faisait issue à travers les téguments dans une étendue de trois centimètres environ. L'accident venait d'arriver ; aucun gonflement n'existait encore. M. Maisonneuve soumit le malade aux inhalations de chloroforme pour opérer la réduction ; après cette réduction, qui ne présenta aucune difficulté, la plaie, de forme linéaire et de trois centimètres à peine d'étendue, ne donnait issue qu'à un léger suintement sanguin. M. Maisonneuve crut l'occasion favorable pour appliquer le pansement par occlusion ; celui-ci fut pratiqué avec le plus grand soin au moyen de bandelettes de diachylum que l'on recouvrit de collodium ; le membre fut ensuite placé dans un appareil de Scultet. Quelques heures après, on pratiqua une saignée du bras, et l'on prescrivit la diète absolue, des boissons délayantes et une potion opiacée.

Le lendemain, le malade paraissait dans un état satisfaisant; le membre était peu tuméfié, médiocrement douloureux; M. Maisonneuve crut néanmoins, par prudence, devoir inciser en arrière la cuirasse de diachylum, afin d'éviter toute cause d'étranglement.

Le soir du deuxième jour la fièvre s'alluma; il survint de l'agitation, du délire, et le matin, à l'heure de la visite, on reconnut que la gangrène se développait dans le membre. L'appareil fut immédiatement enlevé. La plaie apparut alors béante et livide; des gaz fétides s'échappaient par son ouverture; le tissu cellulaire de la jambe et de la cuisse était emphysémateux dans une grande étendue.

M. Maisonneuve fit immédiatement de larges incisions sur tous les points où existait la crépitation emphysémateuse. Alors on put constater un phénomène qui frappa vivement l'attention du chirurgien, et sur lequel il attira immédiatement celle des élèves. Ce phénomène consistait dans l'issue de bulles nombreuses de gaz par l'orifice des veines que le bistouri venait de diviser. Ces bulles s'écoulaient mêlées avec le sang, non-seulement des veines de la jambe, où la gangrène était déjà développée, mais encore de celles de la partie supérieure de la cuisse, où les tissus paraissaient tout à fait intacts.

Après avoir constaté ce phénomène avec toute l'attention et toute la rigueur possibles, M. Maisonneuve en fit remarquer aux élèves toute la gravité. Il est une espèce de gangrène, dit-il, peu décrite dans les auteurs et cependant bien connue des chirurgiens ; c'est cette gangrène traumatique qui survient le deuxième ou le troisième jour après les blessures graves, qui s'accompagne d'un emphysème ordinairement fort étendu et qui tue le plus souvent les malades en vingt-quatre ou trente-six heures, sans que ni l'amputation, ni les incisions multipliées puissent rien pour l'enrayer.

Jusqu'à présent on n'avait pu se rendre compte de la rapidité foudroyante de cette terminaison funeste; mais le mélange direct des gaz putrides avec le sang en fournit une explication plausible ou du moins très rationnelle.

Quelle peut être l'origine de ce gaz? Provient-il de l'absorption opérée par les veines dans le foyer gangréneux, ou bien se forme-t-il directement dans les veines elles-mêmes? M. Maisonneuve n'hésite pas à se prononcer pour la dernière opinion. Il pense que, lors de l'envahissement du foyer de la fracture par la gangrène, les veines participent à la mortification générale, que le sang contenu dans ces vaisseaux, coagulé d'abord, ne tarde pas à se putréfier, et que le produit gazeux de cette putréfaction emprisonné, dans le tube vasculaire, force l'obstacle que peut lui opposer un caillot peu solide ou peu adhérent, et pénètre ainsi dans le torrent circulatoire. Quoi qu'il en soit, cette constatation positive de la présence de gaz dans les veines, à une distance considérable d'un foyer gangréneux, est un fait de la plus haute importance dans l'histoire de la gangrène traumatique.

Rappelons d'ailleurs une fois de plus ce que nous avons plusieurs fois déjà trouvé l'occasion de dire, c'est que le développement des gaz, soit dans les cavités closes, soit dans le système vasculaire, est un des phénomènes morbides les plus intéressants à étudier et les moins connus. On se rappelle encore à quelles singulières opinions la présence de ces gaz a donné lieu au sein de l'Académie lors de la discussion sur les cas de morts produites par le chloroforme. Depuis cette discussion, nous avons publié plusieurs faits curieux qui seront autant de matériaux pour celui qui voudra tenter d'esquisser l'histoire de ces développements de gaz. Le fait nouveau de M. Maisonneuve ne sera certainement pas l'un des moins intéressants.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

Forme particulière de hernie étranglée.

(Observation et résumé d'une leçon clinique.)

Le 28 janvier 1851, il est entré dans la salle Saint-Gabriel, au n° 33, un nommé Beauvais (Louis), âgé de quarante-sept ans, journalier.

Apporté à l'hôpital dans un état de faiblesse et d'accablement extrême, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Il nous apprend seulement qu'il portait depuis six ans, du côté gauche, une hernie développée insensiblement et sans effort brusque, qu'il la maintenait avec un bandage et n'en souffrait pas habituellement.

Dimanche dernier (26 janvier), vers le soir, il a fait une chute qui a déterminé la sortie brusque de sa tumeur. Quoiqu'il ne rende pas un compte parfaitement exact de ce qui s'est passé depuis ce moment, il semble néanmoins qu'il n'ait pas beaucoup souffert jusqu'au lendemain. Un médecin appelé auprès de lui a exercé à plusieurs reprises des efforts de taxis longtemps prolongés.

Aujourd'hui (mardi 28 janvier), après avoir fait appliquer des sangsues et ordonné un grand bain, ce médecin est enfin parvenu à faire rentrer la hernie.

Pendant les deux journées de lundi et mardi, il y avait eu des vomissements, d'abord de matières alimentaires, puis comme bilieuses, ayant un goût et une odeur fétides. Le ventre était tendu et douloureux. Tous ces symptômes ont continué une fois la réduction faite.

Le 28 au soir, entrée à l'hôpital.

Le malade présente un facies pâle et amaigri; il tremble sous l'impression du froid. Pouls misérable ; respiration anxieuse; vomissements plutôt bilieux que stercoraux; abdomen tendu, douloureux à la pression. Les douleurs spontanées ne semblent pas avoir une grande acuité. Point de selles. Tumeur un peu oblongue, du volume d'une grosse noix, située vers l'orifice externe du canal inguinal, près de l'épine pubienne, ne descendant point dans le scrotum, avec les éléments du cordon placés en dehors. Les mouvements qui tendent à la réduction diminuent facilement le volume de cette tumeur par le refoulement des matières dans la cavité abdominale, d'où nait un bruit de gargouillement extrêmement prononcé, et s'entendant au loin, comme si l'on agitait une vaste collection de liquides et de gaz.

On sent aussi sous le doigt une sorte de noyau qui se laisse déprimer sans perdre sa forme, et n'est pas réductible.

Il était huit heures du soir; donc il s'était écoulé quarante-huit heures depuis l'accident. On envoie chercher le chef du service. M. Laugier, arrivant à neuf heures, trouve le malade dans l'état que je viens de décrire; toutefois, avec un pouls plus faible. D'après la nature des vomissements, bilieux plutôt que stercoraux, la facilité de refouler les gaz et les liquides dans l'abdomen, le peu d'acuité des douleurs et l'état d'affaissement du malade, M. Laugier juge qu'il pourrait bien n'être plus dans la période de l'étranglement, mais sous l'influence d'un travail de mortification, les vomissements s'expliquant par la péritonite.

L'opération est pratiquée. Dans le premier temps on fait à la peau une incision oblique de trois pouces environ, formant un angle aigu avec la direction du canal inguinal. Dans le deuxième temps, les diverses couches de la tumeur sont incisées successivement, et l'on arrive sur un petit corps pyriforme de 4 à 5 centimètres de longueur, d'un aspect fibreux, présentant assez bien les caractères d'un sac herniaire. Après l'avoir entamé, M. Laugier l'arrête, l'isole des parties voisines, le presse en différents sens, et constate le voisinage des matières liquides et gazeuses. Son idée avait été d'abord que ce sac était adhérent à une anse intestinale, et qu'en procédant ainsi par petites entamures successives, il arriverait à l'intestin, et reconnaîtrait sa présence par l'écoulement abondant et continu du sang qui donnent les vaisseaux intestinaux (signe indiqué dans un travail de M. Laugier); mais tout à coup, comme il portait le doigt dans l'angle supérieur de la plaie et exerçait des tractions assez légères, un flot de matières, un mélange de pus de fecès liquides et de gaz s'est précipité. Venait-il d'un intestin, que cette légère traction aurait déchiré au point où il avait été soumis à l'étranglement, ou bien du col du sac gangréné et moins

résistant? Quoi qu'il en fût, il n'y avait plus rien à ménager. La tumeur a été incisée; les matières ont coulé avec abondance. En enfonçant le doigt, on sentait très distinctement des anses intestinales revêtues de fausses membranes, mais aucun orifice d'écoulement.

La plaie est laissée dans cet état; un fragment d'épiploon qui avait été attiré au dehors est relevé et étalé sur la paroi abdominale. — Pansement avec de la charpie; gomme sucrée. Alèzes chaudes sur les extrémités inférieures.

Le malade avait été chloroformisé à demi, seulement à cause de son état de prostration Il n'a pas paru éprouver de vives souffrances pendant qu'on l'opérait. Le chloroforme a déterminé quelques vomissements, quelques contractions; le pouls est devenu filiforme.

Onze heures du soir, même état.

Le 29 janvier, deux heures du matin. Mort.

M. Laugier a fait de cette observation le sujet d'une de ses leçons cliniques.

Après en avoir résumé les principaux traits, il a montré ce cas de hernie comme présentant une face nouvelle, et pouvant être pour le chirurgien un sujet d'embarras. Il a insisté sur une circonstance frappante et distinctive, l'espèce de gargouillement observé. J'ai cru, dit-il, devoir le désigner, pour le caractériser mieux, par le mot de *clapotement*. Ce clapotement, car c'est là le terme qui rend le mieux ma pensée, est bien différent du simple gargouillement, et par son intensité et par son timbre. Il annonce l'existence d'un vaste foyer où se mêlent des gaz et des liquides.

Quoi qu'il en soit, l'opération était indiquée par la présence d'une tumeur inguinale irréductible. Soit qu'il s'agît d'un intestin ou d'un sac herniaire, il ne pouvait qu'être avantageux au malade de donner issue aux matières, et de les diriger vers l'extérieur afin de favoriser la formation d'un anus contre nature. Il était clair, du reste, que la faiblesse du malade et la probabilité d'une péritonite donnaient peu d'espoir d'une pareille terminaison.

Maintenant quelles ont été les parties intéressées, le sac ou l'intestin? Mais le noyau demi-fibreux sur lequel a porté l'incision avait bien l'aspect d'un sac herniaire. Au dehors, il n'était ni rouge, ni violacé, ne donnait pas par la section d'écoulement sanguin continu. Sa surface interne, revêtue de fausses membranes, n'avait ni villosités, ni autres caractères de la muqueuse. Le doigt n'entrait pas dans un canal continu; mais il rencontrait, au contraire, la convexité de deux anses intestinales, et les touchait sans intermédiaire.

Mais, dira-t-on, la hernie était ancienne. Les parois intestinales ont pu subir une transformation et perdre leurs caractères primitifs. Alors on les eût reconnues au moins en quelques points, et surtout à l'aspect de la surface interne. D'ailleurs, le doigt aurait rencontré quelque part les parois de cet intestin gangrené avant d'arriver sur la convexité d'autres anses intestinales. Il est donc infiniment probable qu'il s'agissait d'un sac. Dès lors, d'où sont venues les matières qui ont fait tout à coup irruption? D'un foyer d'un abcès stercoral. Cette hypothèse cadre parfaitement avec la présence du clapotement indiqué plus haut. Quant au siége précis du foyer, à ses rapports avec une perforation intestinale, s'il en existe, l'autopsie les démontrera.

Autopsie faite le 30 janvier. — La plaie est béante. Le sac entr'ouvert et l'épiploon noirci occupent la même place qu'après l'opération. Un grand lambeau abdominal est rabattu sur les cuisses et met à nu la cavité tout entière. L'intestin grêle est dilaté, revêtu de pseudo-membranes qui unissent entre elles les anses intestinales. Foyers purulents disséminés; péritonite générale. En relevant avec précaution les anses situées dans la fosse iliaque gauche, on découvre le foyer, où restent quelques cuillerées d'un liquide formé par des matières fécales, du pus et de la sérosité mélangés, c'est-à-dire semblable à celui qui s'écoulait par la plaie. On voit aussi, au niveau de la paroi postérieure du canal inguinal, une petite ouverture ronde située au-dessus de l'anneau crural conduisant dans le sac, qu'il est facile de retourner comme un doigt de gant et de replacer dans la cavité péritonéale; le collet de ce sac est déchiré. Une circonvolution intestinale voisine, revêtue d'une fausse membrane fortement injectée, paraît avoir été détachée du pourtour de l'anneau herniaire, également tapissé de fausses membranes.

On a eu recours à l'insufflation pour découvrir la perforation intestinale; elle était située sur une anse de la région hypogastrique, à deux ou trois pouces de l'anneau herniaire. Sur l'intestin grêle déroulé en entier, on a vu qu'elle avait son siége à peu près vers le milieu de la longueur de ce viscère, un peu plus près du cœcum que de l'estomac. Ce point formait une sorte de limite au-dessus de laquelle il y avait dilatation et rétrécissement au-dessous. Le collet du sac était situé entre l'artère épigastrique et le cordon de l'artère ombilicale. Le trajet du sac était à peu près direct; les éléments du cordon situés à la partie postérieure et externe.

Donc il résultait de cette ouverture une explication très nette des faits et la réalisation presque fidèle des prévisions de l'opérateur.

Il était clair :

Qu'on avait eu affaire à une hernie inguinale directe, étranglée dans un certain moment, mais qui ne l'était plus à l'instant de l'opération;

Que le chirurgien de la ville avait bien réellement réduit l'intestin, comme le disait le malade;

Que l'accident et même peut-être les efforts du taxis avaient produit une péritonite et une perforation intestinale;

Que le point perforé avait été le siége probable de l'étranglement, vu le changement de calibre de l'intestin au-dessus et au-dessous de ce point;

Qu'à la suite de cette perforation il s'était formé un foyer dans la fosse iliaque gauche;

Que là était la source du clapotement;

Que les tractions exercées sur le sac avaient déchiré son collet, rompu l'adhérence des anses intestinales au pourtour et ainsi donné issue aux matières du foyer;

(Il fallait de toute nécessité que les tractions eussent déchiré le collet du sac, puisqu'il n'y avait pas encore eu de débridement; sans cela les matières ne se seraient pas écoulées au dehors avant l'ouverture du sac. Après cette ouverture, les adhérences avaient été déchirées largement par le doigt; mais elles n'obturaient pas complétement le collet du sac, puisque avant l'incision la pression du ventre donnait au sac vide du relief et de la rénitence, ce qui prouvait la communication du sac avec le foyer péritonéal.)

Que l'incision avait donc bien porté sur le sac et non sur l'intestin;

Que l'on avait senti réellement avec le doigt des anses intestinales libres;

Qu'on pouvait soupçonner l'état des choses, mais difficilement prévoir tout ce concours de circonstances;

Qu'une fois l'opération faite il n'y avait qu'à laisser les parties en place et qu'on ne pouvait raisonnablement aller à la recherche du point gangrené de l'intestin;

Que la connaissance pleine et entière des lésions existantes aurait pu être une contre-indication de l'opération, considérée alors non pas comme dangereuse, mais comme inutile.

Après avoir de nouveau appelé notre attention sur la valeur du clapotement, M. Laugier a terminé en nous faisant remarquer combien les hernies se présentaient sous des formes diverses, se jouant pour ainsi dire de l'expérience des praticiens.

A. Labat,
Interne du service.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Lichen compliqué d'impétigo. — Traitement par l'hydrochlorate de chaux. — Variole intercurrente. — Guérison.

Le 13 février 1849 est entrée, salle Sainte-Marthe, n° 47, la nommée P... (Elise), âgée de vingt et un ans, domestique, non mariée, née à Monceaux (Seine-et-Marne), affectée d'une éruption qui présente les caractères suivants : au bras, et surtout à la face externe, on voit une foule de petits boutons pleins, durs, non confluents, sans inflammation, ayant conservé la couleur de la peau, excepté quelques-uns qui sont irrités et déchirés par les ongles. On retrouve ces boutons jusque sur les doigts, de manière à faire croire un instant à l'existence de la gale; mais il n'y a nulle part ni vésicules, ni sillons. De pareils boutons existent au cou et au visage.

A chaque main, sur la face dorsale, au niveau du poignet, existe une plaque plus grande qu'une pièce de cinq francs, caractérisée par des croûtes jaunes, épaisses, entourées de quelques pustules évidentes. La peau, à cet endroit, est épaissie et chagrinée; elle est peu mobile sur les tissus sous-jacents.

Ce sont là, d'une part, les caractères du lichen, et de l'autre ceux de l'impétigo. Il y a d'ailleurs une relation intime entre ces deux affections; et, suivant toute probabilité, l'impétigo n'est que la suite accidentelle d'un travail inflammatoire survenu dans le lichen ou provoqué par quelque cause accessoire.

Cette malade, forte, brune, a été réglée à treize ans, et depuis fort irrégulièrement. Des douleurs abdominales précèdent toujours l'apparition menstruelle. Au dire de la malade, l'éruption impétigineuse aurait apparu il y a neuf mois, après des démangeaisons vives sur le poignet, circonscrites sur ce point, et des irritations répétées avec les ongles. L'éruption du poignet gauche ne daterait que d'un mois, et aurait présenté les mêmes phénomènes dans son évolution; enfin, les papules seraient survenues depuis quinze jours environ, à la suite de démangeaisons très vives. — Etat général bon.

Traitement. — Tisane de chicorée sauvage avec 30 grammes de sirop de gentiane; trois cuillerées de la solution suivante : hydrochlorate de chaux, 15 grammes; eau distillée, 500 grammes. Bain simple. Cinq portions.

Le 15 février, les papules semblent se convertir en pustules.

Le 18, les avant-bras présentent de véritables pustules à la place des papules; quelques-unes sont recouvertes déjà des croûtes jaunâtres de l'impétigo.

Ce qui se passe ici autorise bien à penser, ainsi que nous l'avons déjà dit, que l'éruption impétigineuse existant aux poignets a été consécutive à l'apparition des papules.

Le 28, les pustules sont converties en croûtes, qui commencent à se détacher; aux poignets, même état de l'éruption. — Même traitement.

Le 8 mars, la malade est atteinte d'une fièvre assez violente avec céphalalgie, douleurs lombaires, qui font craindre l'envahissement d'une variole.

Cette éruption se déclare effectivement le 11. Les boutons sont peu confluents à la face, sur le corps et les membres inférieurs; aux avant-bras, ils sont plus rapprochés et deviennent presque confluents sur les poignets où siége encore l'impétigo.

Le 20, le lichen et l'impétigo ont disparu. On ne voit plus que les petites croûtes brunâtres que laissent après elles les éruptions varioliques.

Le traitement avait été suspendu.

Le 4 avril, la desquamation est complète. Aux endroits primitivement malades, on ne voit que quelques papules rouges, peu saillantes, sans démangeaisons.

Le 23 avril, la malade quitte l'hôpital; elle est complétement guérie.

Cette observation offre de l'intérêt au point de vue de la maladie intercurrente. En effet, lorsque la variole s'est déclarée, l'éruption pour laquelle la malade avait réclamé son admission à l'hôpital se trouvait à peu près dans le même état qu'au début du traitement; aussi la guérison ne peut-elle être attribuée qu'à l'influence de la fièvre éruptive, et cette guérison, nous la croyons définitive, puisque l'affection cutanée n'a pas reparu, même après un mois de convalescence. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que toutes les maladies de la peau sont loin d'être également et heureusement modifiées par la variole. Quelques-unes d'entre elles ne font que s'effacer en quelque sorte pendant la durée de la fièvre éruptive, pour revenir plus tard avec les mêmes caractères qu'elles présentaient au moment de l'invasion. Le favus, par exemple, si nous consultons les faits peu nombreux, à la vérité, qui ont passé sous nos yeux, se trouve dans la catégorie des maladies de la peau rebelles à l'influence de la variole. Dans un travail plein d'intérêt publié dans ce recueil (t. II, p. 289), M. le docteur Legendre a aussi constaté cette différence.

Mais, lorsque la variole devient une heureuse complication, si l'on peut dire, lorsqu'elle modifie avantageusement ou lorsqu'elle procure la guérison d'une affection cutanée, est-ce en vertu d'une action locale, est-ce en vertu d'une action générale qu'elle exerce cette salutaire influence?

A l'appui de la première hypothèse, on peut invoquer la confluence des boutons varioleux sur les points envahis par l'éruption cutanée; dans l'espèce, cet argument a une valeur au moins apparente; mais alors le rôle de la variole se trouve réduit au mode d'action des agents substitutifs, et l'expérience a déjà prouvé que ces modificateurs locaux sont dans la plupart des cas impuissants, sinon nuisibles. Pour nous, nous ne saurions oublier que l'action première, essentielle de la variole sur l'organisme est une influence générale, et que par conséquent nous nous rallions à la seconde hypothèse, sous réserve toutefois d'une action locale, mais secondaire quant à son importance, d'une modification dans la vitalité des tissus dont il faut au moins tenir compte.

Au reste, si nous plaçons au premier rang l'action générale, c'est moins par induction théorique que convaincu par l'observation. Ainsi, nous avons vu un malade, dont nous publierons plus tard l'histoire, chez lequel une varioloïde bien légère modifia avantageusement un *érythème centrifuge* occupant à peu près tout le visage, bien que la surface malade ne présentât qu'un seul bouton varioleux.

En résumé nous publions cette observation, parce que de tels faits sont assez rares, et qu'en attendant qu'il soit peut-être possible de formuler quelques lois générales relatives à l'influence des fièvres éruptives sur les maladies de la peau, il est au moins utile pour les praticiens, au point de vue du pronostic, de connaître l'influence de la variole sur certaines affections cutanées.

M. Chausit.

(*Ann. des mal. de la peau et de la syphilis.*)

DES AVANTAGES DE LA KÉRATOTOMIE SUPÉRIEURE dans l'opération de la cataracte,

Par M. le Dr Coursserant.

(Suite. — *Voir* le numéro du 13 mai.)

Les avantages que présente la kératotomie supérieure sur les deux autres procédés d'extraction, la kératotomie oblique et la kératotomie inférieure, découlent d'une manière évidente de la place même qu'occupe le lambeau cornéen.

En effet, au nombre des dangers qu'on redoute le plus dans l'extraction, soit pendant, soit après l'opération, viennent se placer en première ligne :

1° La procidence de l'iris au-devant du couteau;

2° La hernie de l'iris entre les lèvres de la plaie;

3° La non-réunion de cette dernière par première intention;

4° La perte plus ou moins complète de l'humeur vitrée.

Or, la procidence de l'iris étant en rapport direct non-seulement avec la contraction musculaire, mais encore avec la perte plus ou moins abondante, plus ou moins brusque de l'humeur aqueuse, il est clair que la première cause de procidence, la contraction musculaire, étant la même dans tous les procédés, la seconde, c'est-à-dire la sortie de l'humeur aqueuse, sera plus abondante, plus brusque dans la kératotomie inférieure que dans la supérieure, d'où une tendance à la procidence iridienne plus grande dans le premier cas que dans le second : vérité suffisamment démontrée par la position relative qu'occupent l'humeur aqueuse, la ponction et la contre-ponction de la cornée, et enfin le lambeau cornéen lui-même.

Si, à ces considérations, on ajoute que le moyen le plus efficace pour réduire cette procidence consiste dans l'application du doigt sur la cornée et dans le refoulement de cette dernière vers la face opposée du couteau; si, d'un autre côté, on réfléchit que cette pression sur la cornée ne peut agir indirectement sur l'iris que par la couche plus ou moins épaisse d'humeur aqueuse interposée entre la cornée, en avant, et la face antérieure du couteau et celle de l'iris, en arrière, il sera facile de se convaincre que, la quantité d'humeur aqueuse qui reste dans la chambre antérieure étant plus considérable dans le cas de kératotomie supérieure que dans celui de kératotomie inférieure, la procidence iridienne sera plus rare et plus facile à réduire dans le premier procédé opératoire que dans le second.

Je passe maintenant à la hernie de l'iris entre les lèvres de la plaie et à la non-réunion de cette dernière par première intention; je vais confondre ces deux accidents dans un seul et même examen, car la plupart des causes qui amènent l'un provoquent aussi le développement de l'autre.

Toutes les causes qui peuvent faire tomber l'iris au-devant du tranchant de l'instrument, pendant que ce dernier traverse la chambre antérieure, peuvent déterminer sa hernie entre les bords de la plaie kératique; mais, l'opération une fois terminée, si les lèvres de la plaie ne sont pas affrontées

exactement, si une inflammation adhésive ne s'y montre pas de bonne heure, l'humeur aqueuse s'écoule au fur et à mesure de sa production, entraîne l'iris à travers la solution de continuité, produit des staphylomes avec tout le cortége d'accidents qui en sont la suite, et apporte ainsi un obstacle des plus funestes à la réunion par première intention.

Or dans la kératotomie supérieure le lambeau est maintenu en place par l'application sur sa face antérieure de la paupière supérieure, laquelle agit en cette circonstance à la façon d'une attelle, d'un bandage unissant; d'un autre côté, les contractions des muscles de l'orbite déterminent une action semblable et synergique dans l'orbiculaire des paupières : d'où il suit que, dans tous les mouvements exécutés par l'œil du malade, les lèvres de la plaie se trouvent toujours maintenues dans un contact parfait, et que l'humeur aqueuse, ne pouvant s'écouler au dehors qu'avec difficulté, ne vient point lubréfier des surfaces dont on doit désirer avant tout la prompte réunion. Mais si l'intervention de l'orbiculaire des paupières seconde admirablement en ce sens le travail curatif de la nature dans la kératotomie supérieure, il faut avouer qu'elle occasionne souvent les accidents les plus graves dans les deux autres procédés d'extraction et dans la kératotomie inférieure principalement. On a vu, en effet, dans certains cas, et alors même que le pansement était convenablement fait, on a vu, dis-je, la paupière inférieure, par suite de quelques contractions de l'orbiculaire, venir s'engager entre les lèvres de la plaie et devenir la cause d'une suppuration complète du globe.

Les conséquences à tirer de tout ce qui précède doivent frapper tous les esprits. Qui ne voit, en effet, 1° que dans la kératotomie supérieure les hernies de l'iris doivent être plus rares, 2° que les chances de perte de l'humeur vitrée sont considérablement diminuées, pour ne pas dire conjurées entièrement, 3° et que la plaie cornéenne, ne craignant pas continuellement, comme dans les autres procédés, dans les orbucosités et dans les larmes qui s'accumulent en bas dans le cul-de-sac conjonctival, se trouve dans toutes les conditions désirables pour que le travail inflammatoire nécessaire pour la réunion par première intention se développe sans obstacle, sans accident dans l'immense majorité des cas?

4° Quel danger court le malade par rapport à la perte plus ou moins complète de l'humeur vitrée?

Cet accident est un de ceux qui préoccupent le plus les opérateurs, et c'est aussi celui derrière lequel se retranchent surtout les partisans de l'abaissement, lesquels, soit dit en passant, comptent beaucoup plus d'amauroses consécutives à l'abaissement que les *extracteurs* ne comptent de fontes purulentes du globe déterminées par l'extraction.

J'ai vu, vous dira un partisan de l'abaissement, j'ai vu non-seulement des yeux vidés pendant l'opération, mais j'ai vu dans la même séance les deux yeux vidés sur le même malade par des chirurgiens très habiles. D'autres praticiens vous citeront des accidents de la même nature, et on partira de là pour tenir l'extraction en suspicion. Quant à moi, il ne m'a pas été donné de suivre assez assidument, ni de voir d'assez près la conduite de ceux qui mettent fréquemment en pratique la kératotomie inférieure, pour qu'il me soit permis de dire à quelles causes dépendant du malade, de l'aide, de l'opérateur ou de l'état pathologique des humeurs de l'œil ce fâcheux accident doit être attribué; mais ce que je puis affirmer sans crainte d'être démenti, c'est que, dans les quelques centaines d'extractions que j'ai vu pratiquer par kératotomie supérieure, jamais la perte de l'humeur vitrée pendant l'opération n'a été assez considérable pour compromettre d'une manière grave le succès de l'opération.

Il est bien entendu que je ne parle pas de la sortie de cette humeur consécutive à une suppuration partielle ou complète du globe. Cette complication arrive quelquefois dans la kératotomie supérieure; mais elle est infiniment plus rare que dans les deux autres procédés d'extraction. La raison de cette différence découle d'une manière trop évidente des considérations déjà présentées dans cet article pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage sur ce sujet. Qu'il me soit seulement permis d'ajouter que, naguère, dans un cas où se trouvaient réunies presque toutes les circonstances contre-indiquant l'extraction aux yeux de ceux qui pratiquent la kératotomie inférieure, j'ai fait la kératotomie supérieure sur la tante d'un des pharmaciens les plus distingués de Paris, et que j'ai dû au choix, et au choix seul de ce procédé, un succès des plus prompts et des plus complets, alors que les circonstances fâcheuses survenues pendant l'opération auraient déterminé d'une manière certaine la sortie brusque et complète de toutes les humeurs de l'œil, si la section de la cornée, au lieu de se trouver en haut, eût été inférieure ou oblique.

(*La fin à un prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DU GOUDRON

dans les maladies de la peau.

Par M. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Connu depuis longtemps et recommandé à l'intérieur contre les maladies les plus graves de la peau, et notamment contre l'ichthyose, le goudron a été remis en honneur dans ces dernières années et employé avec succès contre plusieurs affections chroniques, et principalement contre les affections squameuses. Il est presque exclusivement employé comme topique; cependant, je l'ai quelquefois administré à l'intérieur, surtout contre le lichen et quelques cas légers de psoriasis. Je me sers exclusivement des deux formules suivantes :

Eau de goudron.

Goudron.	200 grammes.
Eau commune.	1 litre.

F. macérer plusieurs jours.

Un demi-verre d'abord, et, plus tard, un verre deux fois par jour.

Pilules de goudron.

Goudron.	2 grammes.
Poudre de réglisse.	1 —

F. s. a. 40 pilules.

De une à trois, trois fois par jour.

C'est principalement à l'extérieur que le goudron est employé tous les jours avec un avantage réel, quelquefois en lotions, mais le plus souvent sous forme de pommade; j'y ai eu fréquemment recours contre le prurigo, le lichen, le porrigo, l'acné, le sycosis, et surtout le psoriasis et la lèpre vulgaire. C'est contre ces dernières affections que notre collègue M. le docteur Emery l'a préconisé.

Pommade au goudron.

Goudron.	de 4 à 10 grammes.
Axonge.	30 —

M.

En frictions sur les plaques malades.

Cette pommade, en général peu irritante, peut être employée largement.

On a souvent associé au goudron d'autres agents thérapeutiques, suivant les indications que l'on voulait remplir. Ainsi, on l'a associé au soufre, au camphre, au laudanum. J'emploie souvent, et avec succès, une pommade dans laquelle il est associé à l'onguent citrin.

Onguent citrin. . . .	à parties égales.
Goudron.	
Axonge.	

M.

Pour frictions sur les plaques squameuses. Cette pommade doit être employée moins largement que la précédente.

Pommade au goudron du docteur Emery.

Goudron.	2 grammes.
Cérat.	15 —
Axonge.	15 —
Eau de Cologne.	1 —

M.

En frictions matin et soir contre le psoriasis.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

(Suite. — *Voir* les numéros des 8, 10 et 17 mai.)

SUITE DE LA DEUXIÈME LEÇON.

b. *Des modificateurs physiques.*

L'idée de vie suppose constamment la corrélation nécessaire de deux éléments indispensables : un organisme approprié et un milieu convenable. C'est de l'action réciproque de ces deux éléments que résultent tous les divers phénomènes vitaux, et les esprits les plus adonnés à la philosophie théologique ou métaphysique sont obligés de reconnaître que les corps vivants sont soumis à l'empire des lois physiques. Mais il importe ici de tenir compte de la grande distinction de la vie en organique et en animale; car, si tous les actes de la vie organique sont essentiellement physiques et chimiques, il n'en est pas de même pour ceux de la vie animale, et particulièrement pour ceux qui concernent les fonctions nerveuses et cérébrales.

Les premiers sont donc susceptibles, par leur nature, d'un ordre plus parfait d'explication, et ce sont ceux que nous aurons principalement en vue dans l'étude que nous allons faire des modificateurs physiques, en regrettant que l'expérimentation physiologique basée sur les modifications introduites, à un point de vue déterminé, dans le système des circonstances extérieures, n'ait pas été mieux cultivée jusqu'à présent, puisque l'on doit reconnaître avec M. A. Comte que c'est elle qui est la mieux appropriée à la nature des phénomènes vitaux.

Cela posé, commençons l'étude des modificateurs physiques par celle de la *pesanteur*.

1° *De la pesanteur.*

La *pesanteur*, qu'il ne faut point, à l'exemple de quelques auteurs, confondre avec la *pression atmosphérique*, est cette force qui fait tomber tous les corps et qui exerce sur eux une action uniforme, lorsqu'aucune autre force ne lui est opposée; car vous savez que dans le vide la plume tombe avec la même vitesse que la balle de plomb; ce qui ne veut pas dire, toutefois, que la force de la pesanteur soit partout et toujours la même; car vous savez aussi qu'elle est liée à la configuration du globe terrestre, que son intensité, égale pour tous les corps dans le même lieu, varie d'un lieu à un autre, de sorte que vers les pôles les corps tombent plus vite que sous l'équateur; enfin, que son intensité est en raison inverse du carré des distances.

Après la mort, l'homme rentre sous l'empire exclusif des lois qui régissent la matière inorganique, et l'on voit tous les liquides de l'économie, n'obéissant plus qu'à la force de la pesanteur, se porter vers les parties les plus déclives du cadavre. Mais l'homme vivant, et non envisagé à titre de poids ou de projectile, est-il également soumis à cette force? La réponse n'est pas douteuse, et il est facile de voir que, conformément à la théorie fondamentale de l'équilibre et du mouvement, le plus entier développement de l'activité vitale ne saurait un seul instant soustraire l'homme à la loi de la pesanteur, qui participe à la production générale des phénomènes vitaux, auxquels elle est tantôt favorable, tantôt contraire, et presque jamais indifférente.

Tous vous connaissez les effets du décubitus sur la fatigue musculaire, la circulation, la respiration; ses avantages, ses inconvénients, et vous trouvez là une première preuve de l'influence de la pesanteur sur l'homme vivant; mais il est, en outre, des expériences vulgaires qui mettent cette influence bien plus en relief encore, et j'ai à peine besoin de vous les rappeler.

Si le membre supérieur reste longtemps pendant le long du corps, l'afflux et la stagnation du sang y produisent le gonflement des vaisseaux, la rougeur de la peau et une augmentation de volume très appréciable. Si, au contraire, le membre reste élevé perpendiculairement, les vaisseaux s'effacent, le tégument pâlit, le volume du membre diminue; et si la position se prolonge, il survient, ainsi que l'a indiqué M. Giraldès, un engourdissement, un fourmillement analogue à celui que produit la compression d'un tronc nerveux, et qu'il faut attribuer, dans cette circonstance, à la diminution de l'afflux sanguin nécessaire à l'accomplissement des phénomènes d'innervation. Vous connaissez aussi la congestion sanguine qui se produit dans l'extrémité céphalique des saltimbanques qui se placent la tête en bas et les pieds en l'air, congestion qui leur ferait courir de sérieux dangers si cette attitude était prolongée au delà de quelques secondes.

Les intéressantes recherches de M. Piorry prouvent que dans certains cas la syncope se produit lorsque le corps est debout, tandis qu'elle cesse sous l'influence de la position horizontale; et de là découle l'indication de placer dans cette position les sujets auxquels on va pratiquer une opération chirurgicale grave, ou même une simple phlébotomie; de là aussi le danger d'appliquer les agents anesthésiques à un individu placé dans une position assise.

Enfin, vous savez que l'urine dans la vessie, que la sérosité épanchée dans le péritoine ou la plèvre, obéissent à la loi de la pesanteur, occupent constamment la partie la plus déclive et changent par conséquent de place avec la position que l'on donne au corps, circonstance dont on a tiré un parti très utile pour le diagnostic des épanchements pleurétiques et de l'ascite.

Or, en tenant compte des différentes manières dont se comportent les liquides de l'économie, on voit que les uns, tels que l'urine, la sérosité épanchée dans les cavités séreuses ou le tissu cellulaire, obéissent exclusivement à la *force physique* de la pesanteur, tandis que les autres sont soumis en même temps à une *force vitale*, qui vient à divers degrés modifier la force physique, c'est-à-dire l'augmenter, l'affaiblir, l'anéantir, ou même lui substituer une force agissant dans un sens directement opposé. La circulation du sang présente tous les degrés et toutes les formes de ces diverses modifications.

Après vous avoir brièvement résumé cette partie physique et physiologique de la question, nous devons rechercher quelles sont les influences morbifiques ou curatives qui ressortent des modifications subies par la force de la pesanteur, modifications qui se traduisent par une augmentation ou par une diminution dans l'intensité ou la durée d'action de cette force.

Augmentation de la force de la pesanteur. — Les effets de la pesanteur peuvent être accrus 1° par la *déclivité*, 2° par un affaiblissement de la force vitale antagoniste de celle de la pesanteur, force vitale qui réside dans la contractilité propre des vaisseaux capillaires.

Influence de la position, de l'attitude, de la déclivité. — Chez l'homme en santé la *déclivité* devient souvent la cause prédisposante ou déterminante de divers phénomènes plus ou moins importants. M. Isidore Bourdon a observé sur lui-même que, sous l'influence du décubitus latéral droit ou gauche, la membrane pituitaire du côté correspondant se gonflait au point d'amener l'occlusion presque complète de la narine et une gêne croissante de la respiration. C'est à l'habitude du décubitus latéral droit pendant la nuit que MM. Is. Bourdon et Piorry attribuent la plus grande fréquence de ce côté de l'épistaxis, de la pneumonie, de l'hémorrhagie cérébrale, de l'ophthalmie. C'est à l'action de la déclivité qu'il faut rattacher la fréquence de l'orchite, de l'engorgement et des déplacements de la matrice, et même, suivant M. Gerdy, des ulcérations et des écoulements puriformes du col utérin. Mais, objecte-t-on, la force de la pesanteur exerce la même action sur les femmes des villes et sur celles de la campagne, et cependant les affections utérines sont aussi rares chez celles-ci qu'elles sont fréquentes chez celles-là; la pesanteur n'y est donc pour rien. Il est facile de répondre à cette objection. Sans doute la force de la pesanteur est la même dans les deux cas; mais les femmes de la campagne lui opposent une force antagoniste énergique, incessamment mise en jeu par l'exercice musculaire, lequel a pour effet d'activer la circulation, d'augmenter l'impulsion du cœur, et surtout de stimuler la contractilité des vaisseaux capillaires, tandis que l'inaction, l'inertie musculaire, auxquelles se condamnent les femmes du monde, rompent l'équilibre en réduisant cette force antagoniste à son minimum.

Le premier effet de la *déclivité* est donc de donner lieu à une congestion, à une stase sanguine qui, du côté de la tête, amène de la céphalalgie, des étourdissements, des éblouissements, des tintements d'oreilles, ou même une hémorrhagie de surface ou interstitielle. Du côté de la poitrine on observe des congestions sanguines du poumon qui ont été décrites avec soin par Bayle, Béclard, M. Chomel, et surtout par M. Piorry sous le nom de pneumohémie hypostatique; vous savez combien elles se produisent fréquemment pendant l'agonie ou dans le cours des fièvres graves ainsi que des maladies de longue durée, pendant lesquelles les sujets, et surtout les vieillards, affectent le décubitus dorsal. Cas dans lesquels, à la vérité, la plus grande part d'action appartient à la diminution survenue dans la force vitale antagoniste dont nous avons parlé, et sur le compte de laquelle nous reviendrons tout à l'heure avec détails. A l'abdomen se montrent les hémorrhoïdes, le varicocèle, et surtout l'engorgement congestif de l'utérus, contre lequel beaucoup de médecins, suivant encore les errements de Lisfranc, prescrivent le repos absolu, l'inertie musculaire et la position horizontale, sans vouloir reconnaître ce que la théorie et l'observation ont mis depuis longtemps hors de doute, à savoir : que ce traitement est le meilleur moyen d'éterniser le mal, sinon d'en augmenter les progrès. Aux membres inférieurs on observe les varices et les ulcères. « La cause déterminante la plus commune des ulcères, dit M. Gerdy, c'est une violence extérieure; mais celle-ci serait insuffisante pour produire une solution de continuité sans tendance à la guérison, et il faut toujours celle d'une situation déclive ou de l'action de la pesanteur pour que la lésion devienne un ulcère. »

M. Velpeau a indiqué comment la disposition du tissu cellulaire et des aponévroses modifie la marche des ecchymoses; mais M. Gerdy a prouvé qu'il faut également tenir compte de l'influence de la pesanteur. Si l'épanchement sanguin se fait dans un lieu élevé, le sang descend plus ou moins bas, suivant la laxité du tissu cellulaire, par imbibition et de proche en proche, et l'ecchymose se montre partout où il s'arrête, la couleur en étant plus foncée dans les lieux les plus bas que dans les autres et même qu'à la source même de l'épanchement, parce que c'est là que la matière colorante du sang se dépose avec le plus d'abondance. Si après la contusion le malade se couche [illegible], l'ecchymose change de direction et gagne [illegible] parties supérieures. Il en est de même [illegible] pus, d'urine, etc.

L'influence de la dé[illegible] sur les hémorrhagies, et M. Piorry cite [illegible]rrhagie de l'arcade palmaire profonde [illegible] la seule élévation du bras. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les effets de la position sur les hémorrha-

gies utérines. « La métrorrhagie, dit M. Piorry, n'est point mortelle lorsque la tête est placée plus bas que l'utérus. »

M. Gerdy croit que, par une élévation suffisamment prolongée des membres, on finirait par guérir les ulcères et les varices, et Hunter assure avoir obtenu la guérison d'un anévrisme variqueux du pli du bras en conseillant au malade, qui était cordonnier, d'embrasser la profession de perruquier, afin que son membre fut habituellement élevé.

Dans les phlegmasies, et principalement dans celles des membres, dans l'érysipèle, le phlegmon, le panaris, la déclivité favorise les progrès du mal et le développement de la suppuration, tandis que la position élevée suffit souvent à elle seule pour amener la résolution. MM. Piorry et Gerdy ont cité de nombreux faits à l'appui de cette assertion. « La situation déclive d'une partie, dit M. Gerdy, aggrave tellement les lésions physiques les plus légères, les contusions, les écorchures, les piqûres d'aiguille, d'épingle, de lancette au pli du bras, aux doigts, aux veines des malléoles, les coupures des cors aux pieds en les compliquant d'inflammations érysipélateuses ou phlegmoneuses, de lymphite, de phlébite, que nous croyons rendre un service immense à la science et à l'humanité en mettant cette importante vérité dans tout son jour. »

Vous savez que les ouvertures, les fistules spontanées se forment ordinairement à la partie la plus déclive des abcès, et qu'ici le chirurgien doit imiter la nature lorsqu'il pratique des ouvertures ou des contre-ouvertures artificielles.

La pesanteur favorise le développement de l'œdème, dont on fait pour ainsi dire varier le siége à volonté, suivant la position que l'on donne au malade; il faut même à cet égard user de certaines précautions, car souvent en faisant disparaître l'œdème des membres inférieurs on produit du côté de l'encéphale, de la poitrine ou de l'abdomen des accidents qui obligent à replacer les membres dans une position déclive. La position élevée des membres est une des premières indications qu'il faut remplir dans le traitement de la *phlegmasia alba dolens.* L'action de la pesanteur se fait même sentir sur les hydropisies proprement dites, et M. Gerdy a vu des hydarthroses et des épanchements consécutifs à l'opération de l'hydrocèle par injection persister, parce que les malades se levaient et marchaient, tandis que la position horizontale et le repos absolu les ont fait rapidement disparaître.

Blandin a tiré parti de la position élevée des membres pour éviter les accidents produits par l'application d'un bandage serré.

Enfin, la position n'agit pas exclusivement sur les liquides; vous connaissez son influence sur les tumeurs, sur la réduction et le développement de l'abaissement et du prolapsus de la matrice, de la chute du rectum, des hernies, que M. Malgaigne a trouvées appartenir 187 fois sur 247 à des sujets travaillant habituellement debout. C'est à la pesanteur que l'on attribue, en partie, la non-réascension du cristallin après l'opération de la cataracte par abaissement, et elle intervient également dans la marche des calculs, des corps étrangers introduits dans l'œsophage, dans la trachée-artère, dans le tissu cellulaire, les muscles, les viscères, etc.

Il résulte des considérations qui précèdent que la force de la pesanteur, lorsque son intensité est favorisée par la déclivité, produit ordinairement sur l'économie des effets fâcheux et souvent des accidents graves liés principalement au développement de congestions sanguines chroniques et d'inflammations érysipélateuses ou phlegmoneuses. L'hygiéniste doit donc combattre dans certains cas les effets de la pesanteur par l'attitude ou la position élevée, en se rappelant que l'usage de ce moyen ne doit pas être trop prolongé, surtout dans les cas d'épanchements séreux ou lorsqu'on l'applique à une partie du corps prédisposée à la gangrène, à un individu dont la vitalité est considérablement affaiblie.

Influence de l'affaiblissement de la force vitale antagoniste. — Nous venons, messieurs, d'étudier les effets de la pesanteur considérée dans sa force effective et dans ses rapports avec la position, c'est-à-dire exclusivement au point de vue de la physique; il nous reste encore à l'envisager au point de vue vital, c'est-à-dire dans ses rapports avec la force organique antagoniste dont nous vous avons parlé, et nous appelons d'autant plus votre attention sur cette seconde partie de la question qu'elle a une grande importance pratique, et qu'elle a été complétement passée sous silence aussi bien par les hygiénistes que par les pathologistes. Comment se fait-il qu'après avoir constaté les effets produits pendant l'agonie par l'anéantissement de la force antagoniste l'on n'aît pas entrevu que, pendant la vie, un affaiblissement moins considérable mais continu et prolongé de cette force pouvait et devait amener des accidents plus ou moins graves?

Et en effet, messieurs, si vous voulez observer attentivement ce qui se passe chez les individus dont la force antagoniste de la pesanteur est originairement ou accidentellement peu énergique, chez les individus dont la contractilité des vaisseaux capillaires est languissante par suite d'une circulation peu active, d'un sang pauvre en globules, vous verrez qu'on observe des phénomènes complétement analogues à ceux que nous vous avons énumérés comme pouvant être produits par la position déclive. C'est de cette façon que s'expliquent chez les sujets très lymphatiques la fréquence des engelures, des érysipèles, des engorgements et des phlegmasies chroniques, la difficulté de la résolution, la tendance à la suppuration, à l'induration; c'est de cette manière que vous pouvez vous rendre compte des engorgements utérins, des congestions hépatiques, spléniques, abdominales que l'on rencontre si souvent chez les sujets faibles, débiles, anémiques, cachectiques; c'est à cette cause qu'il faut rattacher une foule de maladies chroniques sur le compte desquelles nous aurons occasion de revenir lorsque nous nous occuperons de certains modificateurs individuels, tels que le tempérament, la circulation, le sang, etc. Enfin, c'est encore à l'affaiblissement de la force vitale antagoniste qu'il faut attribuer, en grande partie, la pneumohémie hypostatique et les eschares gangréneuses du sacrum que l'on rencontre si souvent chez les vieillards et chez les sujets atteints de fièvre grave.

Si M. Gerdy peut dire avec raison qu'il a rendu un service éminent à la science et à l'humanité en signalant les phénomènes produits par l'action de la pesanteur aidée de la position déclive, je crois, messieurs, faire une chose non moins utile en appelant votre attention sur les phénomènes tout aussi graves produits par la rupture du rapport qui doit exister entre la force physique de la pesanteur et la force vitale antagoniste, et si vous voulez vous placer à ce point de vue pour étudier la pathogénie d'un grand nombre de maladies, vous ne tarderez pas à reconnaître de quelle importance sont les considérations que je viens de vous présenter pour la prophylaxie et la curation de ces affections.

Il résulte de ceci que l'hygiéniste doit toujours tenir compte du mode d'activité de la force vitale, antagoniste de celle de la pesanteur; qu'il doit la développer lorsque, comme chez les sujets lymphatiques, par exemple, elle est originairement trop faible, et qu'il doit lui rendre son énergie première lorsque, par une cause quelconque, elle a été affaiblie, ainsi que cela a lieu chez les sujets très âgés, anémiés, débilités, cachectiques, etc. Dans l'un et l'autre cas, les moyens les plus sûrs pour obtenir ce résultat sont fournis par l'hygiène; l'alimentation, l'exercice musculaire, la gymnastique, les applications extérieures d'eau froide faites d'après des principes que nous développerons plus tard, sont les modificateurs les plus sûrement et les plus promptement efficaces auxquels il puisse avoir recours.

Diminution de la force de la pesanteur. — La position, les divers degrés d'*élévation* permettent de diminuer plus ou moins l'action de la pesanteur sur une partie donnée du corps, et même de l'anéantir complétement. Nous avons vu les avantages que présente dans un grand nombre de cas l'emploi méthodique et rationnel de l'*élévation;* nous devons seulement ajouter ici qu'une position élevée trop considérable et trop prolongée n'est pas sans inconvénients. Si le membre supérieur, par exemple, y était maintenu pendant longtemps, la nutrition ne tarderait pas à être profondément modifiée, et l'on verrait se produire une atrophie plus ou moins considérable accompagnée d'une inertie de la circulation, de l'innervation et d'un abaissement de la température. L'élévation doit donc être employée avec prudence, avec modération, et il ne faut pas, en général, l'appliquer à des parties dont la vitalité, loin d'être exagérée, est au contraire trop languissante.

Bibliographie.

Is. Bourdon. *De l'influence de la pesanteur sur quelques phénomènes de la vie.* Paris, 1823.

Piorry. *Mémoire sur la pneumonie hypostatique, — sur l'érysipèle.* In *Gazette Médicale*, 1833. — *De l'influence de la pesanteur sur la circulation.* Paris, 1835. — *Traité de Médecine.* Paris, 1847, t. III, p. 294.

Gerdy jeune. *De l'influence de la pesanteur sur la circulation*, etc. In *Arch. génér. de Méd.*, 1833, t. III, p. 553.

Dupuy. *De l'élévation des parties malades dans le traitement de quelques affections chirurgicales.* In *Arch. génér. de Méd.*, 1846, t. XII, p. 295.

Guérin (de Vannes). *De l'influence de la pesanteur sur le développement et sur le traitement des maladies chirurgicales.* Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, 1847.

P.-N. Gerdy. *Pathologie générale médico-chirurgicale.* Paris, 1851, p. 257.

L. Fleury. *De l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie.* In *Archives génér. de Méd.*, 1851, t. XXV, p. 67 et 180.

Nélaton. *De l'influence de la position dans les maladies chirurgicales.* Paris, 1851. Thèse pour le concours de clinique chirurgicale.

Mort de M. Baudelocque.

Nous avons la douleur d'apprendre qu'un de nos confrères les plus honorables et les plus distingués, M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des Enfants, membre de l'Académie de Médecine, vient de succomber à la maladie dont il était depuis longtemps atteint.

NOUVELLES.

Les dernières nouvelles que nous recevons du département de l'Hérault sont beaucoup plus rassurantes que les précédentes. L'épidémie a notablement diminué à Pézénas, où elle avait surtout sévi, et la commission médicale envoyée de Montpellier dans cette ville n'aura pas besoin, suivant toute apparence, d'y faire un long séjour.

— Le jury combiné de Gand et de Bruxelles, section de médecine, vient de clore dans cette dernière ville la première session d'examens de 1851.

Les résultats obtenus sont on ne peut plus favorables à l'Université de Bruxelles.

Candidature en médecine. — Tous les candidats inscrits ont été admis. M. Andreuw a obtenu la grande distinction; deux autres élèves ont été reçus avec distinction.

1er *examen du doctorat.* — Les trois candidats ont été admis, l'un d'eux, M. Carlier, avec distinction.

2e *et* 3e *examens.* — Les trois récipiendaires ont été admis: deux avec grande distinction, MM. Vannevel et Vertongen.

Nous appelons l'attention de nos confrères médecins d'hôpitaux sur une nouvelle invention aussi simple qu'ingénieuse destinée à remplacer ces cabinets que les Anglais appellent *water-closets*, et qui, dans le service de nos hôpitaux, sont encore, quelques soins qu'on y mette, un foyer d'infection et de malpropreté.

Ce sont des *siéges garde-robes mobiles* qui peuvent être roulés auprès du lit des malades avec autant de facilité qu'un fauteuil ordinaire, et qui ont sur tous les anciens systèmes l'énorme avantage d'être absolument inodores.

Ces siéges, tout aussi commodes pour les appartements privés que pour les hôpitaux, sont construits dans le même système que les fosses d'aisances de la compagnie justement appelée la *Salubrité.*

Ce système, sans aucune complication mécanique, consiste en un appareil en métal, fort simple, d'une application facile et peu coûteuse, et qui n'exige aucun changement dans la construction des latrines ni dans la disposition de leurs accessoires, annule la fermentation fécale, rend impossible toute formation de gaz délétères, transforme les excréments solides, à mesure qu'ils se produisent, en un terreau inodore, que son état de parfaite dessiccation permet d'enlever dans des sacs à toile, procure une notable diminution dans les frais de vidange, et affranchit enfin l'humanité des manipulations infectes et dégradantes auxquelles sont condamnés les nombreux travailleurs employés à vider et à transporter le contenu des fosses.

On peut voir ces siéges garde-robes et l'appareil complet fonctionner chaque jour de 2 à 4 heures au local de la compagnie, rue Basse-du-Rempart, 18, près de la rue de la Paix.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 61 — MARDI 27 MAI 1851. (24e ANNÉE.) N° 61. — MARDI 27

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

les os de la tête ne e chez laquelle l'ap- it pas et dont le con- probable , ajoute ce ne seraient point nt que très fai- t que nous ermet-

Le journal ne paraîtra pas jeudi prochain, fête de l'Ascension.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. MAILLOT.

Maladies des voies respiratoires traitées pendant le premier trimestre de 1851.

La température de cet hiver, beaucoup plus douce que de coutume, a modifié profondément les affections propres à la saison. Ainsi, les maladies des voies respiratoires n'ont pas régné aussi exclusivement, et elles ont revêtu un caractère qui ne leur appartient pas essentiellement, la forme grippale. Cette modification s'est répétée dans toutes les maladies de l'époque, dans celles du tube digestif tout aussi bien que dans celles des organes de la respiration, dans les angines, dans les pleurésies et dans les diarrhées nombreuses que nous avons eues d'une manière tout à fait insolite, 169 sur 1,184 entrants dans le trimestre. La maladie qui a été le plus rebelle à se laisser imposer ce cachet a été la pneumonie ; elle a conservé ses allures franchement inflammatoires. Aussi, dans aucun cas nous n'avons trouvé ce râle de la pneumonie catarrhale que M. Grisolle définit « un râle sous-crépitant à » bulles larges, plus ou moins complétement humides, iné- » gales et mêlées le plus souvent à un râle sibilant et à du » rhuncus sonore. » Le râle crépitant a été constant, presque toujours à bulles très fines, sèches, et toujours à l'inspiration.

Les bronchites ont été très nombreuses, 247. Généralement elles étaient simples. Très souvent elles ont cédé en quelques jours au régime, au repos, à une douce température, à l'emploi des boissons adoucissantes et à l'administration d'un éméto-cathartique. Dans certains cas où la persistance de la toux sans râles étendus et la violence de quintes semblaient révéler une complication nerveuse, l'opium a fait promptement justice de ces accidents. Toutes les fois que la réaction fébrile et l'auscultation ont fait reconnaître que la maladie avait une certaine intensité et tendait à envahir les petites bronches, des saignées générales ont été pratiquées, et la formation presque constante de la couenne, en dénotant la nature phlegmasique de l'affection, justifiait leur emploi.

Sur 338 entrants dans mes salles, j'ai compté 19 malades atteints de pneumonie, qui, tous, se sont rétablis très promptement, et ont pu reprendre immédiatement leur service. Je sais très bien que ces résultats tiennent en grande partie aux conditions dans lesquelles se trouvent nos sujets sous le rapport de la constitution et surtout de l'âge, dont la moyenne était de vingt-six ans. Il ne faut pas perdre de vue cependant que les soldats sont exposés plus qu'on ne l'est dans aucune autre profession à ressentir dans toute son intensité l'influence des causes déterminantes de la maladie. Les gardes, les manœuvres, les courses forcées, les imprudences de toute nature, voilà bien des circonstances fâcheuses qui pèsent constamment sur eux. Il faut y ajouter le retard qu'ils mettent presque toujours à réclamer des soins, et l'on verra que nous avons aussi nos éléments d'insuccès. Il y a donc une part à faire au traitement, quelque minime qu'elle soit.

Quand on cherche, en s'appuyant sur l'analyse des premiers symptômes, à s'expliquer ce qu'est la pneumonie au début, on arrive à n'y voir qu'un afflux sanguin actif sur la membrane muqueuse des vésicules pulmonaires. Il est naturel de conclure que, par une prompte et large déplétion sanguine, on détournera, on dérivera cet afflux ; que l'on arrêtera, en un mot, la *fluxion de poitrine*. Ce fait reçoit sa démonstration dans les cas où l'on est appelé dès les premières heures de la pneumonie. Que de fois ne voit-on pas alors des malades avec des crachats rouillés et du râle crépitant ne plus en présenter dès le lendemain d'une saignée et la santé revenir avec tant de promptitude que l'on ne peut assez s'en étonner ? Souvent même on serait autorisé à se demander si l'on a bien eu affaire à une pneumonie, sans les signes caractéristiques qui, la veille, ne permettaient pas le moindre doute.

Aussi tous les praticiens saignent dans la pneumonie, et presque tous saignent largement. Mais s'ils se rencontrent sur ce terrain, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'apprécier rigoureusement l'importance de la saignée et de déterminer la part qui lui revient dans la cure de l'affection. Les uns lui en accordent une très large, les autres la lui font si restreinte que l'on a pu croire et dire qu'ils ne lui en donnaient aucune. Il est évident que c'est encore là une de ces questions qui ne peuvent se décider que par le rapprochement et la pondération de faits nombreux.

Si, me plaçant à ce point de vue, j'envisage les 19 pneumonies que ce trimestre a fait passer dans mes salles, je trouve que pour leur traitement j'ai fait tirer par la lancette 17,000 grammes de sang, ce qui donne à peu près 895 grammes par malade. De plus, 42 sangsues et 47 ventouses scarifiées ont été appliquées pour combattre les douleurs pleurétiques concomitantes.

Plusieurs fois, il a suffi d'une seule saignée. Onze fois, il a fallu tirer de 800 à 2,000 grammes de sang en deux ou trois saignées : dans un seul cas, je me suis contenté d'une saignée de 300 grammes. Exposer ces chiffres, c'est dire que, suivant les circonstances, je varie à l'infini ma manière de faire à cet égard. Cependant, je suis généralement porté à saigner largement dans la pneumonie ; et si, sans me renfermer dans ce qui a été fait dans ce trimestre, je voulais formuler ma pratique habituelle sous ce rapport, je dirais que mes saignées chez mes adultes sont ordinairement de 500 grammes, et que j'en prescris rarement moins de deux, très rarement plus de quatre. J'ai été plus réservé cet hiver en raison de la constitution médicale, en raison surtout de ce que parmi mes malades plusieurs étaient ictériques, et qu'en raison de ce fait j'ai cru devoir saigner moins copieusement.

Si pour déterminer la durée de la maladie je prends, d'une part, le jour de l'invasion, qui est pour moi celui déclaré par le malade, et, de l'autre, le jour où j'ai commencé à donner une alimentation légère, je trouve un total de 161 jours ; ce qui donne 8 jours par malade.

Si je compte cette même durée à partir du jour où les malades ont commencé à être traités, j'ai un total de 108 jours ; ce qui fait 5 jours par malade.

Si enfin je veux savoir quelle a été la durée de leur séjour à l'hôpital, qu'ils n'ont quitté que pour reprendre la vie militaire, j'ai un total de 430 journées : 22 par individu.

Sous le rapport de la durée de l'affection au moment où ces malades ont été admis à l'hôpital, 2 sont entrés le premier jour, 5 le deuxième, 2 le troisième, 1 le quatrième, 6 le cinquième, 2 le sixième, 1 le huitième.

Dix ont été saignés dans les quatre premiers jours à dater de l'invasion, et étaient convalescents le septième jour. Neuf l'ont été du cinquième au huitième jour, et sont entrés en convalescence, en moyenne, le huitième jour. Les premiers ont fourni une somme de 74 jours, et les seconds un chiffre de 86, entre l'invasion de la maladie et le moment où ils ont commencé à être alimentés.

Presque constamment l'émétique a été donné immédiatement après la première saignée, à la dose de 2 à 4 décigrammes dans un véhicule de 120 grammes. Il y a eu dans tous les cas, moins un, des vomissements ou des selles provoquées par le tartre stibié ; et, dans ce dernier cas, il y a eu des accidents toxiques révélés par la petitesse du pouls et la prostration des forces.

L'une de ces pneumonies a affecté une marche franchement rémittente. Chaque paroxysme débutait par des frissons et se terminait par des sueurs. Une saignée a été immédiatement pratiquée, et le sulfate de quinine a, du jour au lendemain, arrêté cette rémittence. Les symptômes pneumoniques, tels que le râle crépitant, les crachats rouillés et une respiration bronchique, ont persisté et ont été combattus efficacement par l'administration du sulfate de quinine.

Dans une demi-douzaine de cas, la pneumonie s'accompagnait d'ictère. La maladie siégeait à droite. Mais, avant de rien conclure de ce fait, il faut savoir que nous avions parmi nos entrants beaucoup d'ictériques, 128 dans les divers services de fiévreux, 41 dans le mien. Ainsi je n'y ai vu qu'une simple coïncidence et non une complication.

J'ai profité de cette circonstance pour voir comment se comportait le sang chez les ictériques atteints de pneumonie aiguë. On sait que dans l'ictère le sang perd une partie de sa fibrine. Je l'ai fait examiner chez deux malades ayant un ictère simple. La fibrine était descendue dans un cas à 1,62 ; et, dans l'autre, à 1,31. Chez deux sujets atteints à la fois d'ictère et de pneumonie, la fibrine s'est élevée à 5 dans un cas (trois saignées ont été pratiquées à ce malade, et toutes trois ont été couenneuses), et à 6,50 dans l'autre cas. La loi générale n'a donc pas été en défaut ici. J'ajouterai que, chez ce groupe de malades, le caillot des saignées était épais, très large, surmontant un sang très peu séreux ; adhérait aux parois du vase, était grumelée à sa surface, et avait une teinte verdâtre.

Deux fois nous avons eu des succès vraiment critiques. Un cas de suppuration dans la région d'une parotide a eu ce caractère, autant qu'il est permis de le reconnaître et de le décider. Ce qu'il y a de certain, c'est que le sujet qui l'a présenté était fort malade, et que, à dater de ce moment, son état s'est très rapidement amélioré.

Les affections tuberculeuses du poumon ont une large part, comme toujours, à réclamer dans nos décès : 6 sur 15. Nos phthisiques nous arrivent presque toujours dans un état très avancé ; ils luttent contre le mal pendant des mois, quelquesuns même pendant des années entières. En voici un exemple bien remarquable : Un maréchal ferrant du 6e d'artillerie entra le 2 mars au Val-de-Grâce ; il avait eu, deux ans auparavant, une hémoptysie abondante, et, depuis cette époque, il était resté languissant, se livrant à de fréquents excès de boisson pour soutenir ses forces, mais n'ayant jamais réclamé de soins. A son arrivée, on constata l'existence d'énormes cavernes dans le poumon gauche. Il mourut le 8 du même mois, et, à l'autopsie, nous trouvâmes que les trois quarts de ce poumon avaient disparu ; il n'en restait plus qu'une coque de quelques millimètres d'épaisseur et qui, incisée, laissait voir de vastes cavernes anfractueuses séparées les unes des autres par des brides qui affectaient toutes sortes de directions.

A cette série des maladies chroniques de poitrine se ratta-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le maréchal Saldanha et les étudiants. — Les Romains et le doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — MM. Depaul et Lenoir et la section d'accouchements.

Il y aurait plutôt des montagnes sans vallons, des rivières sans eau et des printemps sans violettes, que des révolutions sans étudiants ; l'étudiant en médecine surtout entonne avec amour le cri de vive la ligue ! et cultive avec une égale ardeur l'étude d'Hippocrate et celle des émeutes. Je ne lui en fais ni un crime, ni un honneur ; je constate un fait ; car de quelque côté que je porte mes regards, je vois les premiers sur la brèche, je devrais dire la barricade, les jeunes aspirants à l'art de guérir. Il semble que, poussés par le démon de la science et de leur art, ils veulent se créer des sujets d'étude, et qu'ils ne répandent la désolation et le mal que pour avoir le plaisir de les soulager ensuite ; car l'émeute ou la révolution finie, l'étudiant en médecine quitte le sabre et le mousquet, et s'armant de sa trousse, panse les blessures qu'il a faites, et trouve moyen de se faire bénir par ses victimes même.

Ce n'est pas tout, car dans ce métier tout est bénéfice pour l'étudiant en médecine. La cause qu'il a servie, si elle triomphe, lui prodigue toujours ses caresses les plus tendres et ses éloges les plus flatteurs. En 1830, on lui donna la croix de la Légion-d'Honneur, sans compter les décorations spéciales que l'on inventa pour la circonstance. En 1848, il fut déclaré avoir bien mérité de la patrie, et l'on parla de lui adjuger un brassard d'honneur ; mais l'esprit de progrès ayant marché en diable depuis 1830, et les signes extérieurs de distinction étant tombés au rang d'inutiles hochets, on garda la soie et les franches d'or des brassards, que l'on fit servir quelque temps après à la confection des ceintures de nos législateurs.

En face du progrès toujours grandissant, je me demandais avec une certaine curiosité ce qu'à la prochaine révolution on ferait pour l'étudiant en médecine, car raisonnablement on ne pouvait, sans abuser de sa patience et de sa crédulité, lui répéter encore qu'il a bien mérité de la patrie. Je me livrais aux suppositions les plus folles, et je ne reculais même pas devant la pensée d'une inscription particulière sur le frontispice du Panthéon. — C'était absurde.

Le Portugal, sur lequel je comptais peu pour me tirer d'embarras, vient de me prouver que je n'avais pas la moindre imagination, et qu'en dehors des inutiles hochets de 1830 et des fastueuses acclamations de 1848, on pouvait glorifier l'ardeur de l'étudiant en médecine sans recourir à des inscriptions plus inutiles et plus fastueuses encore que le double hommage de nos deux révolutions.

L'idée en appartient au maréchal Saldanha, ce révolutionnaire au petit pied, qui, retiré dans Opporto, tranche du dictateur et du tyran. Chez nous, toutes les causes victorieuses veulent au moins paraître s'adresser aux nobles instincts, aux passions louables. En Portugal, au contraire, le soldat heureux dédaigne jusqu'au simulacre de la vertu, et réserve toutes ses faveurs à la paresse, ce vice générateur de tous les autres.

Un Français ne pouvait avoir une semblable inspiration.

Or donc, le maréchal portugais n'a rien pu trouver de mieux, afin de se bien faire acclamer par les étudiants en médecine, que de les dispenser des examens de l'année courante. Le décret oublie de nous dire si les examens sont simplement remis à l'année prochaine, où si les élèves en sont définitivement quittes. Malgré ce silence regrettable, la mesure de Saldanha a valu à son auteur les manifestations les plus enthousiastes, et les étudiants, pour occuper les loisirs que leur a faits le dictateur, parcourent les rues de Porto en vociférant à tue-tête : Vive Saldanha ! vive Saldanha !

Je m'attends à voir le proconsul délivrer, à son entrée à Lisbonne, le diplôme de docteur à tous les bacheliers de l'Université, et peupler ainsi le Portugal de créatures amies qui, délaissant le culte d'Hippocrate, purgeront, saigneront et médicamenteront au nom de l'incomparable Saldanha. Il ne manquait plus que cette plaie à ce malheureux pays.

En France, j'en ai la certitude, une pareille mesure eût soulevé l'indignation des étudiants eux-mêmes, et je n'en veux pour preuve que la foule d'auditeurs qui, trois fois par semaine, se presse dans le grand amphithéâtre de la Faculté autour de la lice ouverte du concours.

Pourtant, n'allez pas croire que tous nos étudiants soient, comme le chevalier Bayard, sans peur et sans reproche, et qu'ils ne se trouvent pas quelquefois distraits de la science par les passions et les intrigues.

L'honorable M. Grisolle en sait malheureusement quelque chose.

J'ignore, et je veux toujours ignorer, pour la dignité de notre Ecole, les motifs de certaines manifestations hostiles qui par deux fois se sont produites contre ce savant candidat. Il me suffit de savoir qu'elles ne peuvent trouver de justification ou d'explication ni dans le caractère, ni dans les épreuves scientifiques de cet estimable confrère. Nous aurions même cru faire beaucoup trop d'hon-

gies utérines. « La ro-pneumo-thorax qui a été déterminé par lorsque la tête est plocystes du foie dans la plèvre à travers M. Gerdy croit le diaphragme. Il s'est présenté chez un des membres, on Hunter assure avc régiment de chasseurs à cheval, qui est du pli du bras e Grâce le 9 décembre pour y attendre sa ré- brasser la pr fois auparavant, il avait été envoyé à l'hôpital bituellemer main pour une gêne de la respiration qui, nous Dans empêchait de faire son service. Quelques jours après son admission dans cet hospice, il avait été pris d'une douleur fort vive dans tout le côté droit de la poitrine. Cette douleur n'avait persisté que peu de jours ; mais, à dater de ce moment, la dyspnée avait considérablement augmenté et s'était accompagnée d'une toux très fréquente, très pénible, sans autre expectoration que des mucosités blanches et très aérées. A son arrivée, nous trouvons une absence complète du murmure respiratoire dans le poumon droit ; sonoréité extrême de ce côté, excepté en bas et en arrière, où la percussion constate de la matité dans une hauteur de trois centimètres environ ; au-dessus, respiration, toux et voix amphoriques avec timbre métallique ; mais, dans aucun moment, malgré nos explorations fréquentes, nous n'avons rencontré le tintement métallique. La succussion fait très distinctement entendre le bruit de fluctuation. A gauche, la respiration est exagérée. Le malade est dans le marasme. Il conserve cependant encore des forces ; il a de l'appétit, et ses digestions sont bonnes. Il a toujours été d'une excellente santé avant sa maladie actuelle. Je pensai, d'après les renseignements fournis par ce jeune soldat et d'après les symptômes observés, qu'il y avait quelques tubercules dans le poumon droit, et que l'un d'eux, placé superficiellement, avait, en se ramollissant, perforé la plèvre. C'était l'hypothèse la plus probable, la seule admissible peut-être. Ce malade succomba le 9 février. Voici ce que nous révéla l'ouverture de son cadavre : La plèvre droite renferme un litre et demi d'un pus jaunâtre. Le poumon, complètement revenu sur lui-même, est comprimé contre la colonne vertébrale, à l'exception de deux languettes adhérentes, l'une au tiers postérieur de la sixième côte, l'autre au milieu de la partie droite du diaphragme. La plèvre costale est doublée par une membrane épaisse de 2 à 3 millimètres, très résistante ; elle offre, à son intérieur, des brides nombreuses, des colonnes presque charnues qui sont dirigées toutes perpendiculairement à la direction des côtes. Le feuillet pulmonaire, revêtu de fausses membranes, se distend à peine par l'insufflation, et laisse échapper l'air insufflé par sept ou huit points ; dans deux de ces points, la communication avec les bronches est facile à suivre ; dans les autres fissures pleuro-bronchiques, la communication paraît établie par l'intermédiaire du tissu pulmonaire devenu un peu emphysémateux. Un grand nombre d'hydatides jaunâtres, du volume d'un pois à celui d'une noix, flottaient dans le liquide contenu dans la plèvre. Le diaphragme, à quelques centimètres de l'orifice de la veine-cave inférieure, était perforé dans la portion charnue qui se trouve en contact immédiat avec le foie. Le diamètre de cette ouverture est d'un centimètre ; elle est arrondie et communique avec une petite cavité qui pourrait loger une noisette, à parois épaisses et fibro-cartilagineuses, creusée dans la substance du foie, qui est sain dans le reste de son étendue. Le poumon gauche ne présente aucune altération.

MÉMOIRE

SUR LA TRANSMISSION DES ONDES SONORES A TRAVERS LES PARTIES SOLIDES DE LA TÊTE SERVANT A JUGER LE DEGRÉ DE SENSIBILITÉ DES NERFS ACOUSTIQUES.

Par M. BONNAFONT,

Chirurgien-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, correspondant de l'Académie de Médecine, etc.

Chez les animaux qui vivent dans l'air, les ondes sonores de l'air frappent d'abord les parties solides et l'organe auditif, pour ensuite passer à la lymphe labyrinthique. La force de l'ouïe des animaux qui vivent et qui entendent dans l'air doit donc dépendre du degré auquel les parties solides de son organe auditif sont aptes à recevoir les ondes sonores et du degré d'aptitude du labyrinthe à recevoir les vibrations des parties externes de l'organe auditif (1).

Les auteurs recommandent avec soin de s'assurer, avant d'opérer, si la rétine a conservé assez de sensibilité pour qu'on doive tenter les chances de sa guérison. Il semblerait naturel que les mêmes précautions fussent prises à l'égard des opérations à peu près semblables qu'exigent les organes de l'audition. Ainsi dans les cas d'occlusion des conduits auditifs externes ou de la trompe d'Eutache, l'épaississement de la membrane du tympan, toutes maladies qui s'opposent au passage et à la transmission des ondes sonores, et qui, comme la cataracte, demandent l'intervention de la chirurgie, tous les praticiens conseillent bien de détruire l'obstacle autant qu'il est susceptible de l'être ; mais aucun, que je sache, ne parle de s'enquérir avant l'opération de l'état vital du nerf, ou s'il a conservé assez de sensibilité pour recevoir l'impression des ondes sonores.

C'était pourtant un point essentiel dont la négligence a pu donner de nombreux mécomptes, tout en faisant renoncer quelquefois aux opérations qui auraient pu être suivies des plus heureux résultats. Dans l'œil, du moins en ce qui concerne la cataracte, depuis la strie la plus simple jusqu'à son opacité complète, tout est sensible à la vue du chirurgien, de même que le malade rend un compte assez exact des symptômes, depuis la tache qui voltige dans l'air jusqu'à la cécité complète. La sensibilité de la rétine est jugée par la contractilité de l'iris sous l'influence de la lumière, comme son défaut de contraction indique d'une manière générale la paralysie de cet organe ; mais tout est bien plus difficile pour l'appareil de l'ouïe, car, à l'exception des obstacles qui naissent dans le conduit auditif externe, le diagnostic de ceux qui se produisent dans les parties plus profondes se dérobe à l'œil et réclame la science des moyens artificiels.

Nous en dirons autant pour juger la sensibilité du nerf auditif dans les cas d'obstruction du conduit ; pour peu que le malade entende, la question sera résolue, et l'opération pourra, devra même être faite. Mais si l'oreille reste sourde à tous les sons et à tous les bruits, rien ne peut assurer au chirurgien que l'obstacle ne se complique pas de la paralysie du nerf : complication qui, comme l'amaurose dans le cas de cataracte, rendrait toute opération inutile. Nous avons cherché à remplir cette lacune à l'aide de nombreuses expériences, et le diapason nous a semblé être le moyen le plus rationnel pour réussir. On sait que les parties solides de la tête sont de bons conducteurs du son, et qu'un coup sonore appliqué sur le crâne sera entendu avec d'autant plus de force que le nerf acoustique sera lui-même doué d'une plus grande dose de sensibilité. Au moyen d'une série de diapasons comprenant toutes les notes d'une octave, il nous a été possible, en appliquant l'un ou l'autre de ces instruments sur les diverses parties du crâne, d'apprécier les différents degrés de sensibilité de ces nerfs. Ces expériences nous ont aussi fait connaître que les parties de la tête qui paraissent avoir des rapports plus intimes avec l'oreille interne, ou du moins qui transmettent plus directement jusqu'aux nerfs le son du diapason, sont : 1° l'apophyse mastoïde ; 2° la région temporo-pariétale ; 3° l'apophyse zygomatique. La pratique a pleinement confirmé la justesse de cette théorie, et, depuis lors, il nous est facile d'apprécier les divers degrés de cophoses et juger ainsi celles qui sont curables, douteuses ou tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Jusqu'à ce jour nous n'avions eu occasion de faire l'application de ce nouveau moyen explorateur que sur des surdités accidentelles, et nous désirions, pour juger de tous les services qu'il peut rendre au diagnostic des maladies de l'oreille, l'appliquer à quelques cas de cophose congéniale.

C'est ce que nous avons pu faire à Arras dans l'institution des sourds-muets dirigée avec tant de zèle par M. Sonnier. Là nous avons soumis tous les jeunes élèves, au nombre de 36, dont 20 garçons et 16 filles, au diapason. Sur ce nombre, 10 garçons et 7 filles ont été sensibles au diapason représentant le *sol*, le *la* et l'*ut* du médium, qui sont ceux dont les vibrations sont le mieux senties, tandis que tous les autres élèves ne témoignèrent aucune émotion pendant l'application de cet instrument sur les différentes régions du crâne. Ces expériences, faites en présence de MM. Lefebvre, président du tribunal de Béthune, de l'abbé Tuning, secrétaire général de l'évêché d'Arras, savant physicien, de M. de Latour d'Auvergne, chanoine, et d'autres personnes que nous y avions conviées, présentèrent quelques particularités qui excitèrent à un haut point l'intérêt de toute l'assistance en faveur de ces jeunes infortunés que la nature prive d'un son si éminemment essentiel au développement de l'intelligence : chaque fois que l'élève entendait le diapason, sa figure prenait une expression de joie qui se traduisait par des gestes non équivoques. C'était réellement chose fort curieuse que de voir ceux qui avaient perçu des vibrations de diapason raconter leurs impressions entre eux et surtout à ceux de leurs camarades qui avaient été moins heureux. Ce fut pour nous tous une scène très intéressante et triste en même temps de voir ces jeunes figures, ordinairement si tristes, goûter un instant le bonheur d'une sensation, lequel, hélas ! ne devait être que passager.

Quelques jours après, je me rendis à l'institution afin de renouveler les expériences avec un nouveau diapason représentant le *sol* de la troisième octave, dont le son est très aigu et les vibrations par conséquent très limitées. Les résultats que nous obtînmes furent les suivants : sur les 10 garçons qui avaient entendu et qui entendaient encore le diapason représentant le *mi*, le *sol* et le *do* du médium, 4 seulement témoignèrent d'une manière non équivoque qu'ils percevaient le son du petit diapason, tandis que les six autres y furent totalement insensibles, quelle que fût la partie du crâne sur laquelle nous fissions l'expérience.

Sur les 7 filles qui avaient été sensibles au premier diapason, 3 seulement entendirent le son du plus petit appliqué sur toutes les régions du crâne.

Les mêmes expériences furent répétées et les mêmes instruments appliqués sur les diverses parties du corps, comme la poitrine, les côtes, le sternum et la colonne vertébrale. Aucun des jeunes élèves qui n'avaient pas entendu le diapason sur le crâne n'y fut sensible apposés sur la boîte thoracique, tandis que tous ceux chez lesquels le son avait pénétré par la voûte crânienne donnèrent le même résultat à des degrés différents par le thorax. C'est ainsi, par exemple, que la colonne vertébrale était mauvaise conductrice du son, ce qui s'explique par l'intersection des éléments qui la composent. Les côtes le conduisent mieux ; puis venait le sternum, dans sa partie supérieure surtout, d'où le son est transmis avec une intensité égale et peut-être même supérieure à toute la surface du crâne. Sur trois jeunes muets, le petit diapason, appliqué à la partie supérieure du sternum, produisit évidemment une impression bien plus forte que sur aucune partie osseuse du crâne et de la face.

Malgré que nos expériences n'aient été faites que sur une petite échelle, les résultats que nous venons de mentionner nous paraissent suffisants pour soulever une grande question, à savoir : s'il ne serait pas possible de soumettre les sourds-muets qui appartiendraient à cette dernière catégorie à un nouveau mode de traitement et à un système d'éducation plus apte à développer la sensibilité des nerfs acoustiques et à les rendre ainsi plus profitables à leur intelligence. Si plus tard de nouveaux faits viennent répondre à nos prévisions, nous ferons connaître à l'Académie les idées que nous avons conçues sur un nouveau mode de traitement des sourds-muets dont l'oreille ne serait pas insensible aux vibrations du diapason au sol de la troisième octave.

Le diapason, employé dans les cas de surdité accidentelle, donne les mêmes résultats. Seulement, comme il est rare que ce genre de cophose soit accompagné de la paralysie complète des nerfs auditifs, cet instrument doit être remplacé par une montre à tic-tac un peu fort, laquelle, appliquée sur les diverses parties du crâne, fournit un diagnostic plus certain sur les chances de guérison que présentent ces affections. Mais avant d'indiquer l'application que nous avons faite de ce nouveau mode d'exploration dans la pathologie de l'organe de l'ouïe, nous mentionnerons un phénomène assez curieux, qui n'est pas sans quelque importance en physiologie, et que nous avons eu occasion de vérifier un bon nombre de fois. Ce phénomène est le suivant : qu'une personne devienne complétement sourde d'une oreille, tandis que l'autre ait conservé toute son intégrité ; le tic-tac d'une montre appliqué sur la région du crâne correspondant à la bonne oreille sera parfaitement entendu, et il semblerait, à cause

(1) Dans les cas d'occlusion congéniale ou accidentelle des conduits auditifs ou tout autre vice de conformation de l'appareil de l'ouïe capable d'intercepter les ondes sonores de la même manière que certaines maladies des yeux interceptent la lumière, les praticiens ne se sont nullement préoccupés, comme on le recommande si bien pour l'œil, de chercher à résoudre la question principale avant d'entreprendre l'opération que ces maladies réclament, c'est-à-dire, si le nerf est susceptible d'entendre ou s'il a perdu toute sensibilité ; pour la cataracte, par exemple, qu'elle soit congéniale ou accidentelle.

---

neur à ces manifestations en nous en occupant, si elles n'avaient fourni à M. Bérard l'occasion de se montrer sous un nouveau jour.

On savait M. Bérard doué des qualités les plus douces de l'homme et du savant ; on savait son âme plus accessible aux charmes de la retraite et du travail qu'aux agitations fiévreuses de la lutte et du commandement ; si on l'aimait au poste de doyen pour son caractère affable et son esprit conciliant, on redoutait pour lui les circonstances où ce poste réclame la vigueur, exige l'énergie. Ces appréhensions étaient heureusement mal fondées : M. Bérard vient de montrer que, le cas échéant, il saurait bien secouer la douce quiétude de ses mœurs et de son caractère et faire respecter la justice, les convenances et l'autorité. Il faut dire cependant, pour être juste, que l'aimable et spirituel doyen ne s'est montré qu'après y avoir été contraint et forcé.

Lorsque deux ou trois sifflets romains se firent entendre après la première épreuve de M. Grisolle, M. le doyen, partageant la surprise générale, se contenta de traduire par un haussement d'épaules très significatif le degré d'estime qu'il professait pour le genre d'industrie qui venait de s'exercer. Mais il n'en fut pas de même à la récidive. Dès que les mêmes siffleurs voulurent commencer leur besogne, M. Bérard, se retournant brusquement, s'adressa à l'auditoire à peu près en ces termes :

« Messieurs, lorsque, dans une leçon où vous avez appris beaucoup de choses que vous ignoriez, vous cédez à un sentiment généreux de reconnaissance en applaudissant l'orateur, c'est une manifestation que nous comprenons et que nous ne cherchons point à réprimer, car nous ne désirons pas sévir ici avec toute la rigueur d'un président de cour d'assises. Mais que quelques-uns d'entre vous, pour servir des animosités personnelles, viennent, cachés dans la foule, manifester des signes d'improbation aussi injustes qu'inconvenants, c'est une lâcheté que nous ne tolérerons pas. »

Cette allocution, prononcée avec un calme et une dignité au-dessus de tout éloge, a été accueillie par une triple salve d'applaudissements, et les vrais étudiants se sont ainsi empressés de prouver qu'ils n'avaient rien de commun avec quelques chevaliers du lustre égarés dans le quartier latin.

Je voudrais bien, à présent que j'y suis, fournir toute ma carrière en compagnie de la Faculté ; il est pénible de se remettre en route quand on a parcouru, comme je l'ai fait, l'étape de Lisbonne à Paris ; mais que faire ? l'Académie de Médecine me réclame et me prie, au nom de la section d'accouchement, de donner une larme à son dernier membre défunt.

Véritablement, la section d'accouchement abuse de mes larmes : hier à peine nous criions : Lebreton est mort, vive M. Cazeaux ! qu'il nous faut aujourd'hui, reprenant sur le même ton, crier de nouveau : Baudelocque est mort, vive...... Voilà le désagrément du système électif ; on ne peut achever sa phrase que six mois au moins après l'avoir commencée ; il est vrai que, grâce à ce système et surtout après six mois de mûres réflexions, on a moins de chances d'écrire une sottise, ce qui ne veut nullement dire qu'on la commette en action. Puisse les académiciens ne pas tomber dans ce danger-là !

S'ils y tombent, ils seront sans excuse, car l'indécision, qui quelquefois engendre de mauvaises choses, doit maintenant cesser et l'Académie marcher d'un pas ferme à la conquête de ses deux candidats sérieux.

M. Depaul, que tant de titres recommandent, s'est tout à coup heurté contre un homme dont les amis sont nombreux au sein de l'Académie et qu'une réputation noblement acquise place au premier rang : M. Lenoir s'est inopinément déclaré le rival de M. Depaul ; on comprend qu'entre les deux le corps savant hésite ; mais aujourd'hui, mes maîtres, la difficulté peut s'aplanir : que les amis de M. Lenoir votent pour M. Depaul et que les amis de ce dernier se réservent pour M. Lenoir ; vous le voyez, c'est aussi simple que bonjour, et pourtant je n'ai pas été le premier à trouver cet accommodement : il m'a été apporté par le vent qui souffle à travers la section d'accouchement avec ce murmure qu'il m'est doux de répéter : Capuron est mort, vive M. Depaul ! Baudelocque est mort, vive M. Lenoir !

La brise parfumée qui m'a dit cette double exclamation, après s'être amoureusement jouée dans les mèches soyeuses de M. Moreau, n'a pu me mentir ; j'ai foi à son murmure autant qu'un musulman en l'Alcoran de Mahomet.

Félix ROUBAUD.

Concours pour la chaire de pathologie interne.

Les sujets des thèses ont été tirés samedi dernier à midi, et ont été répartis ainsi qu'il suit entre les divers candidats :

MM. BEAU. De la contagion dans les maladies.

GRISOLLE. Des diathèses.

GUILLOT. De la lésion et de la maladie.

MONNERET. De la goutte et du rhumatisme.

REQUIN. De la spécificité dans les maladies.

SANSON. Des phlegmasies consécutives.

de la continuité des tissus qui forment toute la voûte crânienne, que celle-ci transmet le bruit de la montre de tous les points de sa surface à des degrés divers, suivant l'éloignement du nerf auditif. Les choses ne se passent pourtant point ainsi; car cet instrument n'est entendu de la personne que sur les parties du crâne correspondant à l'hémisphère cérébral du côté sain, tandis qu'il cesse d'être perçu aussitôt qu'il est appliqué sur un des points osseux correspondant à l'hémisphère du côté où le nerf auditif a perdu toute sa sensibilité. Que l'expérience soit faite tout près de la scissure de Sylvius, la montre sera bien entendue sur les bosses frontale et pariétale du côté sain, tandis qu'elle cessera de l'être sur les mêmes bosses du côté opposé.

Il semblerait résulter de ce fait :

1° Que les ondes sonores ne suivent pas la courbe des os pour arriver aux nerfs acoustiques, mais bien qu'elles traversent directement la substance osseuse, ainsi que la masse cérébrale, pour être ainsi transmises aux nerfs auditifs;

2° Que les hémisphères cérébraux, considérés comme conducteurs des ondes sonores, ne transmettent le son qu'à l'oreille interne qui leur correspond, et jamais à celle du côté opposé.

Nous allons maintenant relater un cas, dans le grand nombre de ceux que nous avons recueillis, où nous avons fait une heureuse application de notre méthode d'exploration. Ce fait nous paraît présenter un haut intérêt sous le double rapport de la physiologie et de la pathologie de l'oreille.

Le premier enfant sur lequel nous avons appliqué le diapason est âgé de dix mois, et affecté d'un vice de conformation des deux oreilles, avec imperforation congéniale des deux conduits auditifs internes. Cet enfant est d'Ivry, et nous a été présenté par mon estimable confrère le docteur Moreau. Les deux pavillons de l'oreille sont très difformes, et semblent avoir été mâchés. On n'aperçoit aucune trace des deux conduits externes; seulement, en appliquant la pulpe du doigt indicateur et en pressant fortement, on sent une légère dépression qu'on oserait difficilement prendre pour le commencement de ce tube.

L'obstacle qui ferme le conduit est-il charnu, ou le résultat du rapprochement des parois osseuses? Dans le premier cas, il pourrait être attaqué par les moyens chirurgicaux; tandis que le second serait tout à fait au-dessus des ressources de l'art. En supposant l'opération possible, il nous semble que, pour ne pas faire une tentative inutile et soumettre le patient à des douleurs sans résultat, il est indispensable de s'assurer, avant tout, de l'état des nerfs acoustiques, et constater s'ils ont conservé assez de sensibilité pour faire profiter le malade des bénéfices d'une opération. C'était là une difficulté réelle et qui a échappé à tous les praticiens. Comment s'assurer qu'un enfant de dix mois puisse entendre autrement que par les conduits auditifs externes? Il n'entend rien, en effet, quels que soient les cris qu'on profère très près de ses oreilles. Il y a déjà quelques années que nous annonçions, tant à l'Académie des Sciences qu'à celle de Médecine, que nous nous servions du diapason appliqué sur les diverses parties du crâne pour établir le diagnostic des dysécies et des cophoses. C'est par l'emploi de ce même moyen que nous avons pu constater que l'enfant dont il s'agit n'est pas complètement sourd; c'est du moins ce qui paraît résulter de l'expérience suivante : Nous avons appliqué successivement une série de diapasons sur les différentes régions du crâne, et, à chaque application, l'enfant, auparavant très calme, a poussé des cris ou s'est mis à pleurer, pour se calmer immédiatement après l'expérience. L'instrument appliqué sans vibrer et sans résonnance ne produisait aucun effet sur l'enfant. Les docteurs Moreau et Foucart, témoins de ces expériences, me firent observer que l'impression produite pourrait bien dépendre de la commotion résultant des vibrations de l'instrument tout aussi bien que du son; pour apprécier la valeur de cette observation, nous primes un diapason très petit, d'un ton très aigu, et dont les vibrations sont tellement bornées et rapides que la commotion qui en résulte pour l'instrument est presque inappréciable. C'est pourtant celui auquel l'enfant s'est montré le plus sensible; car, à peine posé très légèrement sur la peau du crâne, il poussait de grands cris et témoignait une impatience bien plus grande que pour les autres diapasons. Cette expérience nous permit de tirer la conséquence que les nerfs auditifs n'étaient pas insensibles, et, selon toute probabilité, si les ondes sonores pouvaient arriver jusqu'à eux par les conduits auditifs, l'enfant entendrait.

Ce point important une fois résolu et l'opportunité de l'opération jugée, il restait encore à savoir si le conduit auditif était susceptible d'être rétabli, et, dans le cas où cela serait possible, s'il conviendrait mieux d'opérer immédiatement ou, comme l'a conseillé un chirurgien distingué qui a visité cet enfant, il vaudrait mieux attendre que l'enfant eût deux ou trois ans. Nous reviendrons dans un instant sur cette question. En attendant, nous dirons quelle est notre manière d'opérer pour constater la nature de l'obstacle. C'est au moyen d'une aiguille à acupuncture que nous enfonçons dans la direction présumée du conduit auditif. Si cet obstacle est charnu et que l'aiguille pénètre, on peut et on doit tenter l'opération; tandis qu'il faut s'abstenir si l'instrument, après avoir franchi la peau, rencontre partout une résistance dure et impénétrable.

Quant à l'opportunité de l'opération, nous ne partageons pas l'opinion de notre savant confrère, qui conseillait d'attendre deux ans. Nous pensons qu'il vaudrait beaucoup mieux opérer de suite, parce que, si on attend que l'enfant ait deux ou trois ans, il sera plus fort, plus indocile et plus difficile à contenir; les parties à perforer auront, en outre, acquis une plus grande dureté; et, circonstance plus sérieuse encore, on aura laissé passer un temps précieux pour le développement de l'intelligence de l'enfant, qui, jusque-là privé entièrement de l'ouïe, sera livré à un mutisme complet; puis les nerfs auditifs, ayant été condamnés à une trop longue inaction, pourraient bien aussi offrir moins de chances de guérison et être moins accessibles à l'influence des ondes sonores. S'il en était besoin, nous appuierions nos raisons de celles que donne Dupuytren pour motiver l'opération de la cataracte congéniale.

« Chez les enfants, dit ce praticien célèbre, il y a toujours avantage à opérer, quel que soit leur âge, le plus tôt possible, afin de les mettre en état de profiter de la vue pour le développement de son intelligence, etc. »

Ce que Dupuytren recommande pour la vue, à plus forte raison doit-on l'appliquer au sens de l'ouïe; on sait que la part qu'il prend au développement de l'intelligence est de beaucoup supérieure à celle qu'exerce la vue; car, comme l'a dit quelque part M. de Bonald, la vue est le sens de l'imagination, tandis que l'ouïe est le sens de l'intelligence.

Que l'opération soit praticable ou non, il est certain que, tant que l'enfant restera dans cet état, il sera sourd et muet, quel que soit d'ailleurs le degré de sensibilité du nerf acoustique. Nous pensons aussi que, le conduit auditif externe étant le seul conducteur des sons articulés, toutes les fois qu'il sera aussi hermétiquement fermé que dans le cas dont il s'agit, l'enfant ne sera pas susceptible d'entendre la parole par la simple transmission des ondes sonores à travers les parties dures de la tête. Si les nerfs ont conservé leur sensibilité, la personne pourra seulement être sensible aux cris ou à tout autre son capable, par un commotion prompte et subite, de communiquer quelques vibrations aux os du crâne, lesquels le transporteront à leur tour jusqu'à l'oreille interne. Mais il y a loin de là à saisir toutes les modulations de la parole, qui, pour être comprise, exige toujours son passage par le conduit auditif et l'intervention de l'appareil de l'oreille moyenne, ou tout au moins de l'étrier. Lorsque l'occlusion des conduits est accidentelle et qu'elle est survenue à un âge où la personne a déjà entendu et parlé, elle peut alors, se rappelant les différentes inflexions des lèvres et de la face qui accompagnent la prononciation, comprendre ou deviner ce qu'on lui dit. C'est là un fait que tous les praticiens peuvent vérifier fréquemment. Mais si elle entend autrement qu'en regardant attentivement la personne qui lui parle, ce ne peut être qu'à la condition que celle-ci criera très fort, et encore alors plus de la moitié des mots lui échapperont; mais elle n'entendra rien si l'occlusion est congéniale, et alors que les sujets n'auront jamais été exercés à saisir et à juger les sons articulés.

Ces considérations s'accordent peu avec le fait rapporté par M. le docteur Mussey de Vannemont, qui a vu un homme de vingt-sept ans présentant un vice de conformation pareil à celui de l'enfant d'Ivry, ce qui ne l'a pas empêché, dit ce praticien, d'entendre et de se livrer à un commerce assez difficile. Il est probable que, dans ce cas, ou la cloison obturatrice était peu épaisse, ou bien qu'il y existe quelque petit pertuis qui laisse pénétrer les ondes sonores jusqu'à l'oreille.

Ayant observé des cophoses complètes produites soit par un épaississement considérable de la membrane du tympan, soit par la présence d'un corps étranger qui bouchait hermétiquement le conduit auditif, nous nous demandons comment leur occlusion congéniale ne produisait pas *à fortiori* le même résultat.

M. Mussey ajoute que Guérard, sujet de ses observations, n'éprouvait aucun changement dans l'ouïe quand la bouche ou le nez étaient fermés ou ouverts. C'est là une vérité connue de tous les physiologistes que les sons n'arrivent nullement à l'oreille par la trompe d'Eustache; de même que dans l'obstruction complète des deux conduits ce n'est pas à travers cet obstacle que l'ouïe peut s'exercer quand le nerf est intact, mais bien et seulement au moyen des os du crâne que le son se communique aux nerfs auditifs. Mais, comme nous venons de le dire, l'individu restera sourd à la voix ordinaire, et ne sera susceptible d'entendre qu'en criant et la bouche très rapprochée des parois de la tête. Si on a recours à un tube servant de porte-voix et qu'on en applique le pavillon sur le crâne, et surtout sur une des bosses pariétales, la personne pourra suivre la conversation à haute voix, pourvu qu'on syllabe bien les mots. Si on approche la personne d'un piano, elle ne pourra pas suivre un air; plusieurs notes appartenant tantôt aux tons aigus, tantôt et plus souvent aux tons graves, lui échapperont: d'où résulte une grande confusion dans leur perception. Mais pour peu qu'elle mette son crâne en communication directe avec une partie vibrante de l'instrument, comme la table d'harmonie, par exemple, peu de notes seront perdues, et elle pourra suivre presque toutes les modulations de l'air. C'est ce que nous avons observé sur plusieurs personnes, et surtout chez un accordeur atteint d'une maladie incurable des conduits auditifs et de la membrane du tympan, lequel, malgré ses efforts en approchant le plus possible ses oreilles du piano, ne pouvait parvenir à entendre certaines notes, tandis que d'autres lui paraissaient constamment fausses. Nous lui conseillâmes de faire usage d'un conducteur formé d'une tige en fer terminée à chaque extrémité par une plaque, dont l'une reposerait sur le piano pendant que l'autre serait appliquée sur sa tête; il a pu ainsi continuer son état. Mais il m'a fait observer un phénomène assez intéressant que je n'ai pas eu occasion de vérifier sur d'autres personnes. Il ne faut pas, m'a-t-il dit, que le conducteur communique par une trop large surface avec le crâne, car alors les sons arrivent avec trop de force; ils ébranlent toute la tête, et ne sont perçus qu'en produisant une grande fatigue et avec beaucoup de confusion. Nous pensons que ces effets ne sont pas absolus, et qu'ils doivent varier selon le plus ou le moins de sensibilité que le nerf acoustique a conservée (1).

M. le professeur Muller, de Berlin (2), prétend que la seule transmission des ondes aériennes par les os de la tête ne pourrait être entendue par une personne chez laquelle l'appareil de la caisse du tympan n'existerait pas et dont le conduit auditif externe serait bouché. Il est probable, ajoute ce physiologiste, qu'alors les ondes sonores ne seraient point entendues, ou du moins qu'elles ne le seraient que très faiblement. Les expériences que nous avons faites, et que nous sommes à même de vérifier tous les jours, ne nous permettent pas de partager entièrement cette opinion. Lorsque la membrane du tympan est détruite et qu'elle a entraîné la chute de la chaîne des osselets sans être accompagnée de la perte de sensibilité du nerf auditif, voici ce qu'on observe : une montre à tic-tac ordinaire, pressée contre le pavillon de l'oreille, ne sera point entendue, tandis qu'elle pourra l'être sur quelques parties du crâne; et, selon le degré de sensibilité du nerf, la même montre sera entendue sur toute la surface de la tête ou seulement sur quelques points, comme l'apophyse mastoïde, la tempe et l'apophyse zygomatique. Les choses se passeront de même avec un diapason ou tout autre instrument sonore mis en communication immédiate avec le crâne. Dans ce cas le son sera bien transmis au nerf acoustique par le moyen des os, et non point, comme le veut M. Muller, par le conduit auditif, malgré qu'il soit resté libre, ni par l'appareil du tympan, puisqu'il n'existe plus. Mais nous sommes de l'avis de ce physiologiste, quand il ajoute : « Si les sons les plus légers peuvent être entendus alors que le diapason est appliqué sur le crâne, les nerfs restent à peu près insensibles à tous les sons, et à plus forte raison à la parole, qui lui arrivent par la seule transmission des ondes aériennes (1). Les choses se passent en effet toujours ainsi dans le cas des mêmes lésions si la personne est très sourde. Mais si dans la chute de la chaîne des osselets et de la membrane du tympan, un seul osselet, l'étrier, est resté en place, tout change d'une manière remarquable, puisque l'oreille conserve la faculté d'entendre la parole à un degré qui sera en rapport avec celui de la sensibilité du nerf.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) Ingrassias cite l'observation d'un Espagnol qui devint sourd par l'obstruction du conduit auditif externe, n'entendant sa guitare qu'en plaçant le manche de l'instrument entre ses dents. (Adelon, *Physiologie de l'homme*, t. Ier, p. 380.)

(1) *Physiologie du système nerveux*, t. II, p. 547.

(1) Ce principe est tout à fait contraire à l'observation de M. Mussey.

Empoisonnement par le chlorure de zinc.

Le docteur Letheby a lu dernièrement à la Société médico-chirurgicale un cas d'empoisonnement par le chlorure de zinc, arrivé en août 1849.

Le sujet était une petite fille âgée de quinze mois, habitant Redinzfield, dans le comté de Suffolk.

Une bouteille du fluide de M. William Burnett avait été fournie à la mère dans le dessein de prévenir la fâcheuse influence d'une fièvre dans la maison, et celle-ci, ignorant les propriétés délétères de cette substance, en avait donné une certaine quantité à l'enfant, qui n'en ressentit aucun soulagement. La gorge devint le siége d'un gonflement et d'une vive douleur, et elle vomit une matière écumeuse, puis il s'ensuivit un engourdissement qui ralentit la respiration et fit tomber la pouls. L'enfant mourut dix heures après l'attaque.

A l'autopsie, l'auteur trouva que l'estomac était dur et comme tanné, et qu'il contenait une once et demie d'un liquide ressemblant à une masse de lait caillé. Sa surface intérieure était ridée, opaque et d'une couleur plombée; l'intérieur de l'estomac était fortement acide au papier de tournesol, et en faisant bouillir l'organe dans l'eau distillée, on obtenait un liquide précipitant en blanc, par le prussiate de potasse, le carbonate de soude, l'hydrogène sulfuré, le nitrate d'argent, et ne précipitant pas par l'addition d'un sel soluble de baryte.

Le liquide, que la mère avait conservé, avait une densité égale à 1,600; il était fortement acide, et contenait 52 pour 100 de chlorure de zinc.

Les essais tentés avec ce liquide pour déterminer ses principaux caractères chimiques et physiologiques démontrèrent :

1° Que l'on peut distinguer le chlorure de zinc des autres sels métalliques par la propriété qu'il possède de coaguler promptement l'albumine, et par l'action qu'il exerce sur les tissus les plus délicats du corps;

2° Que la solution du chlorure de zinc exerce une double action sur les animaux vivants, d'abord en agissant comme irritant et caustique, coagulant les tissus, occasionnant les douleurs et presque toujours des vomissements instantanés; ensuite, en accélérant le pouls, paralysant l'action volontaire des muscles, refroidissant les surfaces, dilatant la pupille, et, en dernier lieu, amenant l'engourdissement.

(*Trad. de l'angl. par* E. Cottereau, *Journ. de Chim. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mai 1851. — Présidence de M. Danyau.

Prothèse oculaire.

M. Seidl, de Vienne, candidat à la place de membre correspondant, lit un travail sur la *prothèse oculaire*. (Commissaires : MM. Lenoir, Monod et Giraldès.)

Hernie de l'ovaire par le canal inguinal.

M. Guersant. Les revers ne profitent pas moins à la science que les succès, et c'est dans cette pensée que je viens vous faire la communication suivante :

Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tumeur sans changement de couleur aux téguments, fluctuante, très mobile; indolente jusque-là, cette tumeur était devenue le siége de douleurs assez prononcées pour rendre une opération indispensable. Les caractères que je viens d'indiquer, ainsi que les antécédents, me donnèrent la conviction qu'il s'agissait d'un kyste dont l'inflammation s'était emparée. Le resserrement de l'anneau ne me semblait pas permettre de s'arrêter à l'idée d'une hernie. J'aurais eu recours aux injections iodées; mais la difficulté de fixer la tumeur sous la pointe du trocart rendait, selon moi, l'ablation

préférable. Après l'incision successive des couches extérieures, j'arrivai à une dernière enveloppe qui figurait assez bien la tunique vaginale, et à travers la transparence de laquelle on apercevait comme un corps solide qui se déplaçait sous la pression du doigt. Cette poche ouverte, je reconnus que la petite tumeur qu'elle renfermait n'était autre chose que l'ovaire et une partie de la trompe. J'en fis l'excision, et l'examen de la pièce que vous avez sous les yeux montra qu'effectivement nous avions bien affaire à la hernie mixte dont nous venons de parler. Malheureusement une péritonite se déclara, et il fut impossible de s'en rendre maître. A l'autopsie, nous retrouvâmes au milieu de l'inflammation suppurative du péritoine les restes de l'ovaire et de la trompe excisés.

L'ovaire hernié s'était manifestement atrophié, ainsi qu'on s'en assurait en le comparant à celui qui était demeuré dans l'abdomen.

Le résultat a été funeste; mais il l'est trop souvent dans les opérations les mieux indiquées, et je ne sais pas s'il y a pour les hernies ovariques enflammées un traitement plus convenable que celui que j'ai mis en usage.

M. Maisonneuve. J'ai rapporté dans ma dernière thèse de concours beaucoup de cas analogues, où des hommes habiles étaient tombés dans l'erreur qui a échappé à M. Guersant. Des opérations semblables à celle qu'il a pratiquée ont été faites avec succès ordinairement; mais quelquefois on a dû regretter l'opération, et ces exceptions malheureuses sont un avertissement qu'il ne faut pas perdre de vue : il ne faudrait, je crois, se décider à agir que si l'on avait la main forcée par des accidents sérieux.

M. Gosselin. Le col du sac était-il oblitéré?

M. Guersant. C'est ce qui n'a pu être nettement constaté.

M. Robert. Certainement notre collègue n'a négligé aucun des éléments du diagnostic; sans doute que les signes que je vais rappeler étaient masqués ou obscurcis par quelque condition locale; car, s'ils avaient été saisissables, ils auraient pu, ce me semble, mettre sur la voie. Quelques éclaircissementsme paraissent ici nécessaires. Y avait-il un pédicule à la tumeur? a-t-on cherché à le reconnaître? Son existence bien établie eût fourni une donnée importante. L'absence de la transparence eût également inspiré des doutes sur la nature liquide de la tumeur. Enfin, les kystes n'offrent pas en général cette sensibilité excessive; ils ne deviennent pas le siége de douleurs qui forcent à une opération.

M. Guersant. J'avouerai que l'extrême mobilité de la tumeur, qu'on pouvait aisément faire descendre jusqu'au fond de la grande lèvre et remonter jusqu'à l'anneau, en me donnant l'idée d'un kyste isolé de toutes parts, m'a peut-être éloigné des recherches propres à constater l'existence d'un pédicule. Cependant, bien que mon attention ne fût pas spécialement fixée sur ce point, si je n'ai pas reconnu ce pédicule dans les explorations variées auxquelles je me suis livré, peut-être me serait-il permis de supposer que la disposition des parties le dérobait à mon examen. Quant à la transparence, les connexions de la tumeur empêchèrent de la placer dans des conditions favorables à la perception de ce signe, en sorte que son absence ne pouvait avoir pour nous aucune valeur. Reste la sensibilité de la tumeur, qui était douloureuse à la pression; mais est-ce que ce symptôme ne se retrouve pas dans un kyste enflammé?

M. Chassaignac. Je crois qu'une fois le péritoine ouvert, l'extirpation de l'ovaire devait être faite; mais, si l'ovaire avait été reconnu avant l'ouverture du péritoine, il me semble qu'il eût été préférable de détruire l'ovaire avec le caustique de Vienne.

M. Guersant. Dans l'hypothèse dont vient de parler M. Chassaignac, je me serais comporté comme lui; mais le cas était différent, et j'ai dû agir différemment.

M. Larrey. « Le fait intéressant et malheureux que vient de nous communiquer M. Guersant avec une si honorable bonne foi l'a conduit à une proposition pratique dont la Société de Chirurgie ne saurait, je crois, adopter le principe. Mais ce n'est pas sur la question seule de la déviation de l'ovaire que je demande à expliquer ma pensée, puisque je suis dépourvu d'expérience spéciale à cet égard; c'est de la question assimilable à celle-là que je veux parler, à savoir : de la déviation du testicule, dont j'ai eu occasion d'observer quelques exemples. M. Guersant lui-même a établi cette comparaison, justifiée du reste par l'analogie.

» Or, si les anomalies du siége de l'ovaire sont plus rares que celles du testicule, les unes et les autres peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic d'autant plus regrettables, qu'elles entraîneraient plus promptement le chirurgien à des opérations incertaines ou dangereuses; et les résultats en seraient plus fâcheux encore si, le diagnostic étant mieux établi, on persistait à sacrifier un organe que l'on aurait pu conserver.

» Que l'on admette en effet, dans des cas donnés, l'analogie de certains signes physiques ou physiologiques entre le déplacement du testicule et celui de l'ovaire, sans altération pathologique, analogie, par exemple, de volume, de consistance, de mobilité, de gêne, de douleur. Admettra-t-on pour cela le principe de l'extirpation dans l'un et l'autre cas? Non assurément. Il faudrait, pour en venir à cette conclusion, que l'organe dévié fût en même temps atteint de dégénérescence ou d'une lésion reconnue incurable par toute autre méthode de traitement. Il faudrait au moins que la réductibilité ou la restitution en place fût absolument impossible, par l'oblitération complète de communication ou par la formation d'adhérences préservatrices de la péritonite.

» Hors de telles conditions, la plus grande réserve semble indiquée, parce qu'il n'y a en définitive aucun danger à supporter la gêne produite par un organe dont la déviation n'est pas toujours persistante, et dont l'extirpation peut devenir mortelle. »

M. Lenoir. Pour montrer jusqu'à quel point le diagnostic de la hernie de l'ovaire peut être difficile, il suffit de se rappeler ce cas rapporté par Pott, où l'opération fut entreprise sans que le chirurgien fût fixé sur la nature de la tumeur. Dans ce cas, les deux ovaires furent enlevés, et la malade guérit. Je citerai un autre fait que j'ai observé moi-même. Il y avait dans l'aine une tumeur irréductible, avec constipation, vomissement, tous les symptômes d'une entérocèle étranglée, et ce fut en effet le diagnostic qui fut porté par M. Marjolin lui-même. Un lavement de tabac fut prescrit; on se trompa sur la dose, et la mort eut lieu par un véritable empoisonnement.

A l'autopsie, on s'assura que la tumeur était formée par l'ovaire contenant plusieurs kystes séreux. Dans le cas de M. Guersant, une fois le péritoine ouvert et l'ovaire reconnu, j'aurais réduit, après avoir débridé si cela avait été nécessaire, au lieu de pratiquer l'extirpation de l'organe, ce qui n'est ni sans inconvénients, ni sans danger.

M. Morel-Lavallée. Il y a, en effet, bien des points obscurs dans la hernie de l'ovaire, même pour les symptômes qui paraissent, au premier abord, les plus faciles à constater. Ainsi M. P. Verdier a noté le gonflement de l'ovaire hernié à chaque époque menstruelle, et ce caractère lui a suffi pour établir le diagnostic, qui, il est vrai, ne fut pas vérifié par l'autopsie. J'ai cru récemment reconnaître au même signe la même hernie; la tumeur de l'aine était globuleuse, inégale, se gonflant à chaque époque. Le toucher établissait que le fond de l'utérus était entraîné du côté correspondant. Le cas paraissait assez net; cependant il me restait du doute, et je voulus revoir plusieurs fois la malade. Plus tard, ayant eu l'idée d'examiner l'autre aine, j'y trouvai une tumeur analogue qui présentait périodiquement les mêmes variations de volume. Le sujet était lymphatique, et je ne sais encore aujourd'hui s'il ne s'agissait point tout simplement d'un engorgement sympathique des ganglions inguinaux, qui participaient, par voisinage, à la congestion utérine. Je dois ajouter que, contrairement à celle de M. Guersant, les tumeurs étaient comme sessiles et très peu mobiles.

Au point de vue du traitement, l'opinion de M. Lenoir me paraît d'autant plus fondée, que Lassus avait déjà suivi cette pratique avec succès. Chez une petite fille, Lassus trouva l'ovaire dans un abcès inguinal; à l'aide d'une douce compression exercée par l'appareil, la réduction s'opéra graduellement, et la guérison était complète au bout d'une quinzaine de jours. L'auteur ne dit point s'il débrida ou non; mais si la réduction n'était possible qu'à cette condition, il me semble qu'il faudrait débrider, surtout si les adhérences de l'ovaire aux tissus ambiants étaient nulles ou peu marquées.

M. Guersant. La poche séreuse me parut fermée du côté du ventre, et c'est ce qui m'éloigne de toute tentative de réduction.

M. Lenoir. C'est qu'au milieu des préoccupations de l'opération, vous avez oublié le col du sac, qui, selon toute probabilité, était libre.

Ouverture des kystes de l'ovaire dans la trompe utérine.

M. Richard lit un mémoire sur la communication de certains kystes de l'ovaire avec l'intérieur des trompes utérines. De cinq pièces qu'il a eu l'occasion de rencontrer dans l'espace de deux mois, il en présente trois qui montrent tous les degrés de ce point d'anatomie pathologique, lequel doit avoir une application directe à la pratique. Dans l'une, c'est le début : l'ovaire a conservé presque tous ses caractères, seulement il est plus volumineux, et tout son centre est occupé par un kyste naissant. Ce kyste, en dehors, s'ouvre par un orifice arrondi dans l'intérieur de la trompe médiocrement distendue dans sa moitié externe. En ouvrant les parties, il est facile de voir ce premier rétrécissement du calibre de l'oviducte représentant son orifice abdominal, et enfin l'abouchement même entre l'ovaire et l'hydropisie tubaire, qui n'est autre que le pavillon lui-même, dont les franges sont agglutinées par une formation pseudo-membraneuse.

La maladie, à sa période moyenne, est représentée par les deux autres pièces, dont l'une a été laissée intacte pour qu'on pût mieux juger de la communication. — Autour d'un kyste évidemment ovarique, puisque la glande ovarienne fait partie de ses parois, s'enroule la trompe pleine de liquide dans sa moitié externe. A l'ouverture des deux kystes, on constate la même communication s'effectuant toujours par cet orifice arrondi, à bords tranchants, pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et qui n'est autre que l'orifice tubaire avec son pavillon.

M. Richard, comme complément de ces faits, cite plusieurs observations empruntées aux auteurs, et qui prouvent que des hydropisies des trompes peuvent s'ouvrir dans l'utérus, et il en conclut que de cette manière certains kystes de l'ovaire peuvent se vider par les voies génitales externes au moyen des oviductes.

M. Richard pense que cette particularité remarquable des kystes ovariques doit être fort commune. En tout cas, elle est, pour ainsi dire, un résultat de l'évolution physiologique de l'appareil tubo-ovarien. A chaque époque menstruelle, une vésicule de Graefe se vide, la trompe embrasse l'ovaire à son niveau; la vésicule se crève; si elle continue de croître, on a précisément la maladie sur laquelle M. Richard appelle l'attention de la Société. (Commissaires : MM. Monod, Maisonneuve et Huguier.)

Épanchement de sang derrière l'utérus.

M. Monod. Cette lésion, dont M. Nélaton a publié plusieurs cas, a été récemment prise pour sujet de thèse par un élève de l'école de Paris. Je viens vous en soumettre un nouvel exemple. Une tumeur se prononce à la face postérieure du col utérin; bientôt elle devient fluctuante, le ventre se ballonne; deux ponctions sont pratiquées à quelques jours d'intervalle, et elles donnent issue à un liquide sanguinolent. La malade a succombé, et l'on a pu constater, ainsi que vous le voyez sur cette pièce, que le foyer sanguin était situé derrière le col de la matrice, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Nélaton. Ce sont de véritables kystes sanguins; mais il est bien difficile de déterminer s'ils siégent sous le péritoine ou s'ils sont circonscrits par des adhérences à la face interne de cette membrane.

J'ai observé six fois cette affection. Ce que j'ai noté au point de vue étiologique, c'est qu'elle se déclare après la puberté et avant l'âge critique, ni avant l'apparition des règles, ni après la suppression de cette fonction. Dans tous les cas, le développement de la maladie a été précédé par des troubles dans la menstruation. Les symptômes sont assez variables : ce sont des douleurs pendant les époques : tantôt l'interruption de l'écoulement périodique, tantôt sa durée excessive que j'ai vue aller à cinq ousix semaines et constituer ainsi une véritable perte. La tumeur, qui se forme derrière le col de la matrice, se prononce dans le cul-de-sac vagino-rectal, peut remonter jusqu'à l'ombilic et s'étendre latéralement dans les fosses iliaques. Elle contient un liquide sanguinolent de la consistance de la mélasse, et quelquefois des caillots plus ou moins volumineux. J'ai observé, comme je viens de le dire, six fois cette affection. Chez une malade, la ponction seule amena la guérison. Chez deux autres, elle fut insufsante, la poche ne se vidait pas complétement; je fus obligé d'en agrandir l'ouverture avec le lithotome, et, en introduisant le doigt dans le kyste, j'en fis sortir des caillots assez considérables. Dans ces deux cas, il y eut quelques accidents de péritonite et d'infection purulente, auxquels les malades eurent le bonheur d'échapper. Chez deux autres femmes, l'épanchement s'est ouvert dans le rectum, comme M. Marotte l'a vu, de son côté, une fois, et la guérison ne se fit pas attendre. Enfin, dans un cas, la tumeur a disparu par absorption, ainsi que M. Charrier en a également rencontré un exemple.

Il résulte de ces faits qu'il ne faut recourir à la ponction que lorsqu'on ne peut plus compter sur l'absorption, que l'incision offre des dangers sérieux, et qu'on ne doit employer l'instrument tranchant que dans le cas d'absolue nécessité. Un autre accident des plus graves peut en être la conséquence, ainsi que l'a vu M. Malgaigne. Dans un cas où la disposition des parties ne permettait pas de distinguer exactement le siége du kyste, cet habile chirurgien, croyant avoir affaire à une tumeur située dans l'épaisseur même de la lèvre postérieure du col utérin, incisa cette lèvre et pénétra ainsi dans le foyer sanguin. Une artère d'un notable calibre avait été ouverte, et des hémorrhagies répétées entraînèrent une issne funeste. Il faut conclure de ce qui précède que la médecine opératoire doit agir ici avec une grande réserve.

Élimination d'un calcul par le périnée.

M. Maisonneuve présente un calcul extrait du périnée d'un homme qui, depuis qu'il a subi l'opération de la taille latéralisée, a vu se former ainsi deux concrétions. La première fois, il avait été débarrassé par M. Michon; les parties molles extérieures étaient intactes, tandis que M. Maisonneuve est arrivé au dernier calcul par une fistule. Ce fait rappelle ceux de Louis et de Ledran, où les pierres périnéales succédaient également à la taille.

Correspondance.

M. Gosselin fait hommage à la Société de sa thèse de concours sur les *pansements rares.*

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 62. — JEUDI — SAMEDI 31 MAI 1851.

(24e ANNÉE.)

N° 62. — JEUDI — SAMEDI 31 MAI 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 30 MAI 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Plusieurs rapports sur des eaux minérales de peu d'importance, une improvisation de M. Clot-Bey sur la peste, et une présentation de M. Huguier, relative à une amputation d'une moitié du maxillaire inférieur, ont occupé la séance, médiocrement remplie, de mardi dernier, à l'Académie de Médecine.

Disons cependant que cette séance a été marquée par une innovation utile. L'Académie a renvoyé à une autre séance un vote sur les eaux minérales de Batignoles. Cette réserve permettrait-elle d'espérer que l'Académie finira par attacher tôt ou tard aux rapports sur les eaux minérales l'importance qu'ils méritent? Je crois prudent de renvoyer à un autre numéro la réponse à cette question.

Quant au discours de M. Clot-Bey, annoncé à l'avance avec une certaine coquetterie, nous ne dissimulerons pas que ce discours a trompé bien des espérances et causé quelques désillusions. Notre célèbre compatriote, peu habitué sans doute à l'improvisation, est tombé dans des répétitions et dans un certain désordre qui ont rendu sa narration un peu incohérente, et à quelques égards, confuse. Empressons-nous cependant de reconnaître qu'au milieu de ces raisonnements et de ces faits entrecoupés, M. Clot-Bey a soutenu clairement, énergiquement, courageusement une opinion vraie, et qui, professée avec opiniâtreté et avec l'autorité que peut avoir M. Clot-Bey, ferait tomber autant de prétentions ridicules que de mesures prétendues sanitaires, mais qui ne sont qu'illusoires et onéreuses pour le trésor, quand elles n'ont pas le tort d'être vexatoires en même temps.

M. Clot-Bey a soutenu avec raison que les causes des grandes épidémies étaient des causes générales absolument inconnues, et contre l'action desquelles la thérapeutique, comme l'hygiène, ne pouvait rien.

Nous ne sommes pas bien certain que M. Clot-Bey ait donné des preuves suffisantes de la non-endémicité de la peste, et qu'il ait démontré que les conditions locales étaient absolument étrangères à la production de cette maladie. Jusqu'à ce jour, nous avons entendu professer des opinions contraires, et nous étions disposé à les partager. Mais si M. Clot-Bey complétait sa démonstration sur ce point, s'il parvenait à prouver que la peste, sous le rapport étiologique, est réellement analogue au choléra, alors nous n'hésiterions pas à proclamer qu'il a raison pour la peste comme il a raison pour le typhus indien, que quelques esprits faciles à l'illusion prétendent seuls arrêter dans sa marche : nouveaux Josués, à qui il manque seulement d'être venus une quarantaine de siècles trop tard pour être crus sur parole.

Quoi qu'il en soit, M. Clot-Bey a promis de faire prochainement un discours écrit. Espérons que ce discours éclaircira ce que notre célèbre compatriote a laissé d'obscur mardi dernier.

Nous ne pouvons, faute de renseignements suffisants, que mentionner la communication intéressante de M. Huguier. Les détails de l'opération qu'il a pratiquée réclament une note spéciale pour être bien compris.

Nous publierons cette note dans notre prochain numéro.

H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Suite du typhus.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 11, 25 mars; 1er, 29 avril et 10 mai.)

Traitement. — Le typhus, étant dû à un principe vénéneux introduit dans l'organisme, ne peut guérir que par la neutralisation ou l'expulsion de ce principe et l'effacement de l'impression nuisible qu'il a amenée dans l'économie. Il est impossible de faire avorter une telle affection et de l'entraver complètement dans sa marche; il faut que le typhus accomplisse au moins ses deux premières périodes; on peut le rendre moins grave, en abréger la durée; mais, quel que soit le traitement, un point d'appui est nécessaire; il faut que cette grande fonction, qui a pour but de neutraliser le principe infectieux, se trouve dans l'aptitude même des sujets. Cette aptitude est due à deux circonstances : 1° la constitution des sujets et leur puissance de réaction, c'est ce qui fait que le pronostic est d'autant plus favorable que les sujets sont jeunes et vigoureux; 2° le principe producteur du typhus, ce ferment qui pénètre dans l'économie, porte sur l'organisme une empreinte plus ou moins profonde en rapport avec la *prédisposition individuelle;* ainsi, sur deux sujets exposés à la contagion, l'un sera foudroyé en trois jours, nous en avons vu des exemples, tandis que chez l'autre il y aura à peine quelques phénomènes appréciables; le typhus pourra même passer inaperçu. La conséquence immédiate de ces considérations est celle-ci : les moyens de traitement sont limités par la marche, régulière quoi qu'on fasse, de la maladie, la puissance de réaction dont les sujets sont susceptibles et la puissance de la force productrice de la maladie. N'y a-t-il pas là l'indication expresse de la médication expectante? Ne croyez pas, cependant, que le médecin doive rester inactif; il doit appliquer ses efforts à rendre l'évolution de la maladie facile et exempte de complications. Ainsi Stahl, qui professait comme base du traitement des maladies l'expectation, savait apprécier la valeur des symptômes; il reconnaissait la nécessité, l'utilité même de la succession des phénomènes, et, quand elle se faisait régulièrement, il se gardait bien de la contrarier, s'appuyant sur cette maxime : *Quo natura vergit eo ducendum.* L'indication est la même pour les fièvres éruptives. Dans les typhus modérés, où l'organisme présente un point d'appui solide, laissez marcher la maladie; contentez-vous d'écarter les causes nuisibles tant au physique qu'au moral; fournissez à l'économie quelques moyens de réparation, des bouillons, par exemple, et vous guérirez la plupart des typhus légers.

Quand il se manifestera une phlogose des poumons, du tube digestif ou tout autre accident secondaire, vous aurez recours à une médication spéciale; mais vous n'imiterez pas les médecins qui, préconisant un traitement actif, n'ont pas su tenir compte de la marche régulière de la maladie. Ainsi, il y a un vieux traitement que Leu employa contre le typhus qui se déclara après le siége de Vienne en 1609, je veux parler des purgatifs. Pénétré des doctrines des humoristes, Leu croyait qu'il y avait une bile altérée, une humeur peccante à évacuer, et par conséquent indication des purgatifs; Strac, de Mayeuce, part des mêmes données; Ramazzini, dans le typhus deuthéropathique de Modène, avec forme intermittente, donne aussi les purgatifs à dose continue. Baglivi les repousse au contraire, car, suivant lui, une pareille médication prépare le météorisme, dérange les fonctions digestives et rend toutes les conditions plus fâcheuses.

Cette méthode était presque oubliée, lorsqu'un incident fortuit vint la remettre en honneur parmi certains praticiens. En 1825, un typhus presque épidémique, présentant la forme rémittente, désola la Touraine, le Maine et l'Anjou. M. Bretonneau, habile observateur, prescrivit à la fin de la période adynamique les purgatifs salins, le sulfate de soude, entre autres, car chez presque tous les malades l'état saburral était prononcé; les intestins présentaient des amas de fèces et de matières muqueuses sécrétées par les cryptes altérés; les purgatifs trouvaient donc ici la raison de leur emploi, et M. Bretonneau n'eut qu'à s'en louer. Quelques praticiens publièrent les cas de guérison obtenus de cette manière, et on en conclut à Paris que les sulfates de soude et de magnésie devaient produire les mêmes effets avantageux dans toutes les épidémies; c'est alors qu'arriva un médecin qui, renouvelant les vieilles doctrines, supposa que les principes sécrétés par l'intestin enflammé pouvaient devenir l'origine du typhus; l'administration des purgatifs devait, suivant lui, débarrasser l'intestin de ces matières peccantes. Cette théorie fut le point de départ des expériences vraiment incroyables que firent les *éclectiques.* Ils entassaient 25 ou 30 typhus dans une salle, puis administraient chaque jour des purgatifs à tous les malades indistinctement dans la première aussi bien que dans la seconde ou la troisième période. L'addition faite des cas de mort et de guérison, il se trouva qu'on avait perdu moins de malades par ce procédé inqualifiable que dans les services où l'on n'avait pas eu recours à cette médication. Mais quelle valeur attacher à de pareilles statistiques? Pour notre compte, nous ne pouvons accepter le diagnostic de médecins qui n'admettent pas les pétéchies comme caractère pathognomonique du typhus, et par lesquels les états saburraux, les fièvres synoques, les embarras gastriques sont comptés comme autant de fièvres typhoïdes.

Loin de nous, messieurs, la pensée que les purgatifs salins ne puissent avoir leur utilité; il est certain, au contraire, que dans la dernière période du typhus, pendant les constitutions épidémiques de l'été, alors que les sécrétions des cryptes mucipares restent altérées, on en tire un grand parti; on peut même les continuer quelque temps, car ils cessent bientôt d'agir comme purgatifs : ils deviennent toniques et stimulants, et donnent le même résultat que quand on les administre dans la dysenterie.

La méthode *rasorienne* est bonne à la première et à la troisième période du typhus quand il y a des phénomènes de dyspepsie. Rasori donnait l'*émétique à haute dose* à toutes les périodes, et dans les cas compliqués de pneumonie; c'est alors qu'il en tirait les meilleurs effets; mais il n'a jamais empêché la première ni la seconde période de s'accomplir. Il y a donc utilité manifeste des purgatifs et des vomitifs quand il y a complication saburrale pendant la première ou la dernière période. A une autre époque, abstenez-vous-en complétement; vous courez risque d'amener la perforation. Et cependant, nous qui croyons ne pouvoir trop nous élever contre cette méthode des purgatifs et vomitifs quand même, nous n'hésitons pas à prescrire l'émétique, ces éméto-cathartiques dans la première période, et même à haute dose quand il y aura indication. Plus tard, nous nous en garderons bien, car cette médication ne ferait plus qu'augmenter la phlogose érythémoïde des parois intestinales.

L'emploi des émissions sanguines a été préconisé depuis longtemps, car Gallien avait déjà remarqué que dans les maladies fébriles intenses et pestilentielles, dont le caractère est la prostration et la stupeur, on peut retirer de grands avantages d'une ou deux saignées. Nous adoptons cette médication qui respecte la marche de la maladie, mais réprime l'état inflammatoire et prévient l'hypostase. Dans les constitutions épidémiques sèches ou froides, nous recommanderons chez les sujets vigoureux une, deux, et même trois petites saignées pendant la première période; on éloigne ainsi une foule d'accidents ultérieurs, tout en favorisant l'évolution des crises.

L'administration des moyens de traitement dans la période du typhus doit avoir pour but de neutraliser les effets du principe infectieux; il faut une diététique sévère, mais non absolue.

Vous devez nourrir vos malades à un certain degré, afin que l'organisme ne se brûle pas pour fournir à l'hématose. Puis, quand la réparation deviendra facile, que la cicatrisation des ulcères se fera, lorsque, en un mot, l'équilibre des fonctions commencera à reparaître, il faudra augmenter la proportion des aliments pour fournir à l'organisme les ressources dont il a besoin. Il sera bon de recourir aux toniques et aux stimulants; c'est une vieille méthode. Rivière et Muller la mettaient en pratique pour relever les forces des individus affectés de fièvres putrides. N'allez cependant qu'avec réserve; n'excitez pas outre mesure le travail inflammatoire qui existe sur la membrane du tube digestif; suivez-en attentivement les effets, et n'augmentez que progressivement. Vous favoriserez ainsi la succession des diverses périodes, et pourrez amener votre malade à bonne fin.

Nous terminerons l'histoire des différentes méthodes de traitement préconisées contre le typhus en disant quelques mots de l'hydrothérapie, qui consiste à modérer les accidents fébriles au moyen d'ablutions, affusions, douches, etc. Nous en avons souvent retiré d'excellents résultats. En effet, la surexcitation du système circulatoire a pour résultat de rendre les fonctions plastiques difficiles et même impossibles; c'est donc dans l'intensité fébrile que se trouvent les plus grands dangers des individus attaqués de typhus. Nous pouvons mettre les malades à l'abri des accidents secondaires par l'emploi bien compris des sédatifs généraux qui opèrent la soustraction du calorique. C'est ainsi que les lotions avec l'eau fraîche furent employées par Hahn et Chéden lors du typhus de Breslau en 1678, par Branders, à Liverpool, en 1758. Currie parle aussi de ce moyen dans sa *Monographie,* dont on trouve des extraits dans le *Traité des Fièvres* de Djennini. On se propose par là de soustraire la chaleur pour exciter l'organisme à la reproduire, de manière que la surexcitation des capillaires ramène au moins temporairement les fonctions plastiques à l'état normal. Il ne faudrait donc pas jeter l'appareil circulatoire dans un état de débilité tel qu'il ne pût se relever, et qu'il y eût suspension des phénomènes de la vie organique. Voilà pourquoi nous admettons cette méthode, mais dans des limites qui permettent la réaction; cette réaction donne la mesure du degré de sédation auquel on doit s'arrêter. Les lotions sont faites avec de l'eau tiède ou fraîche, quelquefois acidulée; on a recours aussi aux affusions et même à l'immersion.

Il y a enfin un dernier moyen, déjà préconisé en 1584, à Anvers, par Cornélius Gemma, et plus tard par Baglivi; c'est l'emploi des vésicatoires. Ils font pénétrer, par absorption, dans l'économie, un principe stimulant, diffusible, qui provient des cantharides. Il en résulte une excitation de tout le système vasculaire; mais il faut toujours compter sur l'organisme. Le médicament ne peut que solliciter l'effet, et c'est l'organisme qui le donne. On retire d'excellents résultats de cette méthode quand la dynamie n'est pas à un haut degré; quand elle est trop prononcée, les vésicatoires peuvent amener la gangrène; mais on évitera cet inconvénient en ne les prescrivant qu'avec circonspection. C'est un accident, du reste, très rare dans les typhus sporadiques. Dans tous les cas, la gangrène se limite à sa dernière période.

Chez les malades impuissants à réagir après les lotions, l'application successive des vésicatoires, sur les cuisses sur-

tout, a donné de bons résultats, en raison des ressources qui existaient encore dans les sujets.

Il faut de plus, dans le typhus, agir sur les fonctions par tous les moyens hygiéniques, diéthétiques et thérapeutiques. C'est là un ensemble de moyens qui constituent le traitement prophylactique des affections typhodes.

Traitement prophylactique. — Les moyens prophylactiques consistent à prévenir l'explosion du typhus et à en arrêter la propagation une fois qu'il s'est déclaré. Ces moyens sont les mêmes dans les deux cas. On se propose de détruire la cause du typhus; pour cela, il faut agir sur l'organisme des individus de manière à les rendre capables de résister à l'influence du principe infectieux.

On s'est beaucoup occupé de cette question, et avec raison; car on sait que le typhus est imminent partout où il y a accumulation d'hommes ou de matières en putréfaction. On prévient cette invasion en disséminant les hommes et en faisant enlever les matières animales. Ainsi, dans les armées, quand le typhus vient à se déclarer dans un établissement hospitalier, on sépare les malades, on agrandit les salles, et l'on met, s'il le faut, les soldats sous des tentes. Mais on ne peut pas toujours recourir à ce moyen; on est obligé de tenir les hommes encombrés; il faut alors purifier l'air, y détruire le principe infectieux. On a proposé diverses méthodes comme propres à obtenir ce résultat.

Les fumigations acides, d'acide nitrique oxygéné ont été spécialement préconisées.

Les fumigations d'acide nitrique dégagent du deutoxyde d'azote, et sont très usitées dans la marine; on en retire de grands avantages; car le principe acide agit sur les matières animales disséminées dans l'air sous forme de miasmes.

Les fumigations de chlore ont été mises en usage par Guyton-Morveau, inventeur d'un appareil qui dégage le chlore à volonté. Ce gaz agirait de la même façon que le deutoxyde d'azote; cependant, les chimistes lui attribuent plus d'efficacité, mais il exerce une action stimulante sur les poumons et irrite les voies aériennes : aussi ne doit-on l'employer qu'avec mesure.

Malgré ces précautions dans les salles d'hôpital où il y a des blessés atteints de vastes suppurations ou des typhus en grand nombre, le principe infectieux n'est pas toujours neutralisé; il se déclare, ou se propage rapidement comme s'il existait déjà. Nous croyons que ces fumigations réussiraient mieux pour désinfecter la coque d'un navire, les parois d'une maison, etc.

On a conseillé les lotions de chlorure de chaux ou de soude, qu'on a surtout employées en 1832, alors que le typhus éclatait parmi les cholériques accumulés dans les salles; mais ces lotions ont un grave inconvénient, elles répandent l'humidité, circonstance des plus favorables à la production et à la propagation des épidémies. On doit leur préférer le chlore, qui exhale d'ailleurs une odeur moins désagréable; toutefois, les solutions de chlorure de soude ou de chaux seront choisies avec avantage pour désinfecter les matières animales putréfiées qui peuvent se répandre dans les salles, pour laver les matelas et les couvertures qui ont servi aux malades.

Sans nier l'efficacité des moyens que nous venons d'énumérer, nous pensons que c'est par une bonne ventilation qu'on obtient le plus de succès; on doit y avoir recours toutes les fois qu'on le peut, et c'est généralement assez facile dans les hôpitaux. Laissez les fenêtres ouvertes, enlevez-les même; accélérez les courants d'air en entretenant du feu dans les foyers, et vous empêcherez les miasmes de séjourner. C'est ainsi qu'en 1849 à la Pitié, et en 1832 à l'Hôtel-Dieu, nous n'avons pas eu un seul cas de typhus dans nos salles encombrées de cholériques. La ventilation, la propreté, l'enlèvement des matières putrides, infectes nous paraissent donc les meilleurs moyens. Cette médication est de plus curative, l'expérience le prouve. Les maladies typhodes font bien moins de victimes quand les salles sont bien ventilées, tenues proprement et privées d'humidité. Les avantages qu'on retire de cette méthode sont incontestables; nous en trouvons une preuve dans la relation du siége de Dantzick. Pendant les premières opérations, les assiégeants avaient été obligés d'entasser les blessés dans une île de la Vistule; les blessures, dues à des éclats de bois ou de pierre, étaient graves; les plaies suppuraient abondamment; cette circonstance, jointe à l'encombrement et à l'humidité de l'île, détermina l'invasion du typhus, et l'épidémie fut si terrible que dix-sept médecins envoyés pour combattre le fléau y trouvèrent la mort. Cependant le siége avançait, on put sortir de l'île; les malades furent placés dans de grands bâtiments bien ventilés; le typhus s'arrêta aussitôt, et presque tous les blessés guérirent.

Il faut ajouter à ces moyens, qui rendent les individus moins aptes à subir l'influence de la cause morbide, un régime alimentaire tonique et une hygiène bien réglée; on doit, en un mot, imprimer une grande énergie aux fonctions organiques. C'est ce qu'on fait dans les casernes, dans les prisons ou sur les navires; on augmente les rations de vin, de viande et des toniques en général. Il faut, en outre, éloigner toutes les causes morales sédatives; n'a-t-on pas vu, en effet, le typhus frapper les soldats démoralisés, terrifiés par une défaite?

Souvent les hommes qui vivent dans le milieu typhoïde ont des dérangements de santé; ils éprouvent du brisement dans les membres, de l'amertume à la bouche, de l'anorexie, de la fatigue, etc. Ce sont là les prodromes du typhus, bien qu'il puisse encore ne pas se déclarer. On éloignera donc des foyers épidémiques tous ceux dont l'organisation y serait en souffrance; on les soumettra de plus à une diététique convenable, car le typhus est imminent chez eux. Souvent l'administration d'un émétique ou d'un éméto-cathartique produit un bon effet; on débarrasse l'économie des saburres et des produits mal digérés, tout en déterminant une activité plus grande dans les fonctions organiques.

Ces moyens prophylactiques devront surtout être mis en usage toutes les fois que règnera une grave épidémie; car l'accumulation en résulte presque nécessairement, et nous savons que, sous cette influence, le typhus a la plus grande tendance à se déclarer comme deuthéropathique.

P. Hugot,
Élève du service de M. Gendrin.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques;

Par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Troisième mémoire sur les sédatifs et sur les altérants.

Dans les deux premiers mémoires que nous avons présentés à l'Académie des Sciences, nous avons fait connaître l'action exercée sur la température animale par les médicaments dits excitants et par les évacuants, soit vomitifs, soit purgatifs. Nous avons l'honneur de lui soumettre aujourd'hui les résultats de nos recherches expérimentales relatives aux médicaments sédatifs et aux altérants.

1° Sédatifs (digitale et digitaline). — Ces substances, si bien étudiées dans leur action physiologique par MM. Bouchardat et Sandras, Homolle et Quévenne, Bouley et Reynal, ont été expérimentées par nous avec grand soin.

Quatre expériences ont été faites avec la digitaline, et cinq avec l'extrait de digitale, qui a été introduit dans l'estomac trois fois à la dose de 1 gramme et deux fois à celle de 4 grammes dissous dans 100 ou 50 gr. d'eau chauffée à 35°. Les doses de digitaline ont été 0,01, 0,02, 0,025, 0,05, unis à 50 gr. d'eau à 35°; et dans ces expériences, comme dans toutes celles où il fallait empêcher le vomissement, la ligature de l'œsophage a été pratiquée.

Le résultat général et final a toujours été, si ce n'est une fois où les effets toxiques furent très prompts, une élévation de la température.

Dans une période de onze à douze heures, avec l'extrait de digitale, elle ne fut qu'une fois de 0°,7 seulement; trois fois elle dépassa un peu 1° et atteignit même, dans une expérience, 1°,8.

Dans un cas cependant, avec 1 gr. et, dans un autre, avec 4 gr., elle avait été précédée d'un abaissement de 0°,5 et de 1°,4. Au bout de deux heures et demie environ, cette dépression avait cessé et l'on notait une augmentation de la chaleur.

Est-ce à l'action vomitive, presque constamment produite par cette substance quand elle vient d'être ingérée dans l'estomac, que ce refroidissement au début peut être attribué? ou bien doit-il l'être à une influence directe qu'elle exercerait sur le cœur, fait sur lequel, au reste, nos observations relatives au pouls des animaux soumis aux expériences ne jettent pas encore une clarté suffisante? Quoi qu'il en soit, il y a constamment, en dernière analyse, comme nous avons tenu à le constater cinq fois, une élévation de la température déterminée par un médicament destiné à ralentir la circulation.

L'identité de ces résultats avec ceux que la digitaline a fournis est frappante.

Tant qu'on ne dépasse pas 0,025, on voit cette substance, introduite dans l'estomac à cette dose et à celle de 0,05 et de 0,02, augmenter dès le début, puis d'une façon graduée pendant dix à douze heures, et sans refroidissement initial, la chaleur propre des animaux.

On a noté 1° dans l'expérimentation avec la quantité la plus faible, 1°,9 avec 0,025, et 2° avec 0,02. Aucun des chiens n'a succombé. Le quatrième, au contraire, est mort en une heure avec 0,05, dose énorme, en raison de l'extrême énergie du poison. Dans ce court espace de temps, le thermomètre a baissé de 1°,7.

Si nous laissons de côté cette intoxication, pendant laquelle le ralentissement du pouls a été considérable, nous voyons que la digitaline, dont les effets physiologiques ont le plus grand rapport avec ceux de la digitale, produit, comme cette dernière, un accroissement de température plus considérable même, en raison de la puissance de son action sur l'économie.

Plus tard, nous reviendrons sur ces faits, curieux au double point de vue de la thérapeutique et de la théorie relative à la production de la chaleur animale.

2° Altérants. — (Iode, iodure de potasssium, acide arsénieux, deuto-chlorure et proto-chlorure de mercure.)

L'iode et l'iodure de potassium, dont l'usage en médecine est si fréquent et si précieux, ont été soumis par nous à une étude attentive et minutieuse.

Six expériences ont été faites avec l'iode, qu'on a chaque fois rendu soluble dans l'eau par l'addition indispensable d'une quantité d'iodure de potassium égale à la quantité d'iode employée. Aussi avons-nous dû, plus tard, administrer isolément la première substance, afin de démêler ce qui, dans nos résultats, devait être attribué soit à l'un, soit à l'autre de ces médicaments.

0,50 d'iode, introduits dans l'estomac avec 0,50 d'iodure et 50 gr. d'eau à 35°, ont, dans deux expériences successives, amené une élévation de 1°,8 et de 1°,9. Une dose double a, dans un cas, déterminé d'abord une dépression de 0°,4, à laquelle a succédé, au bout des quatre premières heures, une élévation de 2°,2, qui, avec quelques oscillations, était encore, onze heures après, de 1°,1. Dans un second cas, l'abaissement a été beaucoup plus considérable, c'est-à-dire de 2°,1, et n'a pas été suivi d'une aussi forte réaction; car treize heures après le début, le thermomètre, qui n'était remonté que lentement, était encore à 0°,3 au-dessous de son point de départ.

Cette action déprimante exercée par l'iode quand on élève les doses s'est manifestée d'une façon plus évidente à dose toxique, comme l'ont prouvé deux expériences, où 2 grammes d'iode ont été donnés avec 2 grammes d'iodure de potassium.

Dans la première, l'abaissement fut en une heure de 1°,1, et, après un retour momentané du thermomètre au chiffre initial qu'il dépassa même de 1°,4, le refroidissement reparut, et il était de 1°,4 au bout de neuf heures; il n'avait que faiblement diminué trois heures plus tard, c'est-à-dire après une période de douze heures. La mort, d'ailleurs, survint dans la nuit.

La seconde expérience a fourni des résultats encore plus tranchés, puisqu'en six heures il est survenu une diminution graduelle de 3°,8, qui n'a cessé qu'avec la vie; en effet, neuf heures après l'introduction du médicament, l'animal, presque mourant, avait subi l'énorme abaissement de 7°,8.

Iodure de potassium. — Les doses ont été deux fois 1,15, et deux fois 4 et 60 (1).

Contrairement aux effets obtenus dans les expériences précédentes, cette substance, employée seule, a toujours élevé la température. Cette substance a été de 0°,6 et de 0°,7 avec les doses les plus faibles, et de 1°,1, puis de 1°,3 avec les plus fortes; mais elle a toujours été précédée, dans les deux ou trois premières heures, d'un faible abaissement de 0°,3 ou 0°,4, et qui, une fois seulement, a atteint 0°,8. La mort n'a été la conséquence d'aucun de ces essais.

Acide arsénieux. — Il a été introduit dans l'économie par deux voies bien différentes : par l'*estomac* et par le *tissu cellulaire*. Par la première, il a été administré cinq fois aux doses successivement croissantes de 0,05, 0,10, 0,15, 0,85 et 1 gr. Avec les deux doses les plus faibles, une élévation régulière a toujours été obtenue; elle a été, en cinq heures, de 0°,9 avec 0,05, et avec 0,10, de 2°,2 en sept heures. Avec 0,15, le thermomètre monte de 2°,4; mais il y a comme de l'hésitation dans les premières heures. Avec 0,85 la scène change; il descend de 0°,7 en deux heures et demie, et le refroidissement devient plus considérable encore avec 1 gr., car il est de 1°,5 en trois heures. La mort a été très prompte dans ces deux dernières expérimentations, confirmatives de celles dont l'un de nous (M. Demarquay) a fait connaître les résultats dans sa thèse inaugurale.

Les recherches expérimentales de M. Orfila ayant appris que l'intoxication a lieu quand l'acide arsénieux est introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané, nous avons voulu compléter nos observations sur la température animale par des essais du même genre, et les résultats qu'ils nous ont donnés sont identiques aux précédents; car, tandis que le thermomètre avait monté de 1°,2 après l'introduction de 0,15 seulement de cette substance dans le tissu cellulaire de la région dorsale, il descendit de 2°,4 quand sa quantité fut portée à 0,30, ce qui, d'ailleurs, détermina de prompts accidents dont la mort fut la conséquence au bout de douze heures.

Mercuriaux. — 1° *Calomel.* — Deux expériences faites avec le chlorure de mercure semblent indiquer qu'il a pour effet général de déprimer la température; car 1 gr. introduit dans l'estomac avec 50 gr. de mucilage à 35° a produit, en 45 minutes, un abaissement de 1°,7; mais la réaction vitale prenant le dessus, on trouve, au bout de deux heures et demie, 1° de plus qu'au début.

Avec 2 grammes, les phénomènes sont encore plus marqués. En trente minutes, en effet, le thermomètre baisse de 1°,5, et la réaction ne survenant qu'avec lenteur et incomplétement, la température est encore, à la quatorzième heure de l'expérience, à 0°,8 au-dessous du point de départ.

2° *Sublimé corrosif.* — L'action déprimante du deutochlorure est encore bien plus manifeste, comme l'ont prouvé trois expériences faites avec de faibles doses introduites dans l'estomac et successivement augmentées. Ainsi, 0,10 font éprouver à la chaleur animale une diminution de 2°,9 en une heure trois quarts; puis, cette diminution persistant, elle est de 7°,3 au bout de douze heures, et l'animal, qui est alors mourant, succombe dans la nuit. Avec 0,30, quoique les effets toxiques aient été également produits et suivis de la mort en treize heures, l'abaissement a été moins considérable; il a atteint, à la deuxième heure de l'expérience, sa limite la plus extrême, qui fut de 2°,1; et à partir de ce moment, il y eut une faible réaction; mais jusqu'aux derniers instants, la température resta au-dessous du chiffre primitif.

Le refroidissement enfin fut de 1°,4 en deux heures, lorsqu'on porta la dose à 0,50, et à la sixième heure, l'animal étant dans un état de prostration extrême, la température initiale était descendue de 5° (2).

Le sublimé corrosif, porté dans l'estomac, déprime donc évidemment la température; et si cette dépression a été surtout remarquable avec 0,10, c'est sans doute parce que, la vie s'étant prolongée davantage, les effets de cet agent toxique ont eu plus de temps pour se produire, et par suite, ont été plus complets.

Comme pour l'acide arsénieux, nous avons voulu comparer, à notre point de vue, les résultats précédents à ceux que pourrait amener l'introduction du sublimé corrosif dans le tissu cellulaire sous-cutané. Or, avec 0,30 dans un cas, après un abaissement insignifiant, ce fut, en définitive, une augmentation de 0°,9 qu'on obtint au bout de quinze heures; et dans un autre, à la quinzième heure, un abaissement de

---

(1) Ces quantités sont exactement correspondantes pour l'iode qu'elles contiennent à celles dont nous avons fait usage quand l'iode était uni à l'iodure de potassium. Ainsi 0,50 d'iode mélangés avec 0,50 d'iodure de potassium contiennent 0,88 d'iode, quantité que représente 1,15 d'iodure. 2 grammes de cette substance, unis à 2 grammes d'iodure, contiennent environ 3,60 représentés par 4,60 d'iodure de potassium.

(2) Dans un cas, avec 0,20, l'abaissement ne fut que de 0°,7, et fut suivi d'une élévation excessivement croissante, dont le maximum était, à la onzième heure de l'expérience, 2°,1. L'explication de ce résultat, différent de celui qui a été obtenu quand la dose n'était que de 0,10, se trouve peut-être, dans ce fait, révélé par l'autopsie de l'animal, mort dans la nuit, que l'estomac était rempli de matières alimentaires, ce qui avait dû presque annuler l'effet du médicament.

0°,1 consécutivement à des oscillations pendant lesquelles le thermomètre était monté un moment de 1°,2.

L'élévation doit être sans doute attribuée à la réaction vitale, et non pas à l'action du médicament, qui avait été employé en trop petite quantité pour produire, dans une période de douze heures, des effets exactement comparables à ce qui avait été observé lors de l'introduction dans l'estomac. En effet, le second chien qui succomba, et chez lequel, par conséquent, l'absorption avait certainement eu lieu, le résultat final fut une très légère diminution de la chaleur.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mai 1851. — Présidence de M. Louis.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend sept lettres du ministre du commerce, transmettant :

1° La formule et l'échantillon de la liqueur de table à laquelle sont attribuées des propriétés médicinales, etc. (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

2° Une recette d'une poudre fébrifuge (même commission) ;

3° Une recette d'un spécifique pour les maux d'yeux (*id.*) ;

4° Un remède contre la rage (*id.*) ;

5° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source d'eau minérale sise à Saint-Denis (Seine) (commission des eaux minérales) ;

6° Un rapport rédigé par M. le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, et contenant des observations sur les malades qui ont fréquenté ces bains pendant l'année 1849 (même commission) ;

7° Une notice rédigée par M. le docteur Bassereau sur les eaux minérales de la Moldavie (*id*).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Médication émolliente.

M. Delioux, professeur de matière médicale à l'école de médecine navale de Rochefort, adresse un mémoire intitulé : *Examen critique de la médication émolliente.* (Commissaires, MM. Briehoteau et Bouchardat.)

Obstétrique.

M. Abauzit, élève en médecine, envoie une observation sur les douleurs de la parturition. (Commissaire, M. Cazeaux.)

Paquet cacheté.

L'Académie ayant reçu un paquet cacheté sans nom d'auteur, le bureau propose de n'en point accepter le dépôt. (Adopté.)

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Caventou lit, au nom de la commission des eaux minérales, et pour M. O. Henry, absent, les rapports sur les eaux minérales dont les noms suivent :

1° Sur l'eau ferrugineuse naturelle d'Auteuil. Cette eau a, par sa composition chimique, des rapports avec celle des eaux de Passy situées dans le voisinage, et paraît avoir la même origine. Le principe ferrugineux, d'après M. le rapporteur, s'y trouverait à l'état de sel double alumineux (sulfate alumino-ferreux). M. le rapporteur est d'avis que, en raison de la nature et des proportions des principes que renferme l'eau ferrugineuse d'Auteuil, qu'il désigne sous le nom d'eau *alumino-ferreuse sulfatée*, il y a lieu d'en autoriser l'exploitation. (Adopté.)

2° Sur l'eau sulfureuse des Batignolles, près Paris. — Conclusions favorables.

Une discussion s'élevant à ce sujet, vu l'absence du rapporteur, le vote de conclusion est ajourné.

3° Sur les eaux minérales thermales de Viterbe (Etats romains). Les résultats de l'analyse faite par les membres de la commission sur les échantillons envoyés à l'Académie étant complétement différents de ceux annoncés dans le mémoire qui est le sujet de ce rapport, la commission conclut en engageant le ministre de la guerre à faire demander de nouvelles analyses et de nouveaux échantillons aux chimistes placés près des sources dont M. le ministre désire connaître la composition. (Adopté.)

4° Sur une eau minérale ferrugineuse découverte à Mâcon (Saône-et-Loire).

L'eau minérale découverte à Mâcon appartient au groupe des eaux ferrugineuses ; mais son degré de minéralisation est très faible. La commission propose d'attendre, pour accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, que des preuves positives aient démontré l'efficacité qu'on lui attribue. (Adopté.)

COMMUNICATIONS.

Peste.

M. Clot-Bey demande la parole et se livre à une longue improvisation dans laquelle il cherche à démontrer que la peste est une épidémie, et que, comme toutes les épidémies, elle dépend de causes générales absolument inconnues, dont il nous est par conséquent impossible de prévenir l'action. Aussi, considère-t-il comme absolument inutiles les quarantaines, les précautions de propreté, etc. Il cite des exemples où des matières putréfiées en quantité immense ont pu se trouver près des habitations et les infecter sans que la peste se soit développée.

A la suite de ce discours, une courte discussion s'engage entre l'orateur et MM. Londe, Bégin et Renault, et l'on convient que M. Clot-Bey présentera ses réflexions par écrit dans une prochaine séance.

Ablation de la mâchoire.

M. Huguier présente une jeune fille sur laquelle il a enlevé la moitié de la mâchoire inférieure à l'aide d'une simple incision horizontale. Ce procédé lui semble devoir fournir un résultat plus satisfaisant que celui qui est généralement conseillé ; et, en effet, la jeune fille que présente M. Huguier n'offre que très peu de difformité, et n'a point, en particulier, de paralysie du nerf facial.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

(Suite. — *Voir* les numéros des 8, 10, 17 et 24 mai.)

TROISIÈME LEÇON.

2° *De l'air atmosphérique.*

L'air atmosphérique est, suivant les expressions de M. Dumas, ce cercle éternel dans lequel la vie s'agite et se meut sans que la matière y fasse autre chose que changer de place. Condition fondamentale de l'existence des êtres organisés, lien qui en unit les deux formes, vaste réservoir où les végétaux puisent l'acide carbonique et l'azote, tandis que les animaux y trouvent l'oxygène dont ils ont besoin, l'air atmosphérique est le modificateur le plus général, le plus puissant dont la physiologie et l'hygiène aient à s'occuper. *Aer pabulum vitæ*, disaient les anciens ; *tel air, tel sang*, dit Ramazzini, et, en effet, si l'air est le *sine quâ non* de la vie, il renferme aussi en lui les conditions les plus importantes de la santé, les causes les plus nombreuses et les plus énergiques des maladies. C'est vous dire que son histoire tiendra une large place dans ce cours.

L'air atmosphérique agit sur l'être vivant par la *pression* qu'il exerce sur lui, par sa *température*, par son *électricité*, par son *état hygrométrique*, par le *son* auquel il donne passage, et enfin par sa *composition chimique*; il faut étudier séparément chacun de ces agents.

a. *De la pression atmosphérique.*

Vous savez, messieurs, que l'air atmosphérique est un corps pesant dont la pesanteur spécifique varie suivant l'intensité de la pression et le degré de la température ; qu'à 0° et à la pression barométrique moyenne de 760 millimètres, un litre d'air pèse environ 1 gramme, ou plus exactement 1,3 gr. ; enfin, que l'atmosphère terrestre est composée de couches d'air superposées dont la hauteur totale a été évaluée à 15 ou 16 lieues par la plupart des auteurs, à 10 lieues de 2,280 toises chacune par M. Péclet et à 100 kilomètres par M. Pouillet.

Or, le degré de pression atmosphérique étant la mesure du poids de l'atmosphère qui est superposée à un corps quelconque, et ce poids variant avec la température, avec l'état de raréfaction ou de condensation de l'air, avec l'élévation des couches atmosphériques, il en résulte que la pression atmosphérique ne saurait être partout et toujours la même, et elle subit, en effet, des variations diurnes et des différences corrélatives à la latitude, à la longitude, à la hauteur à laquelle on s'élève dans l'atmosphère et à la profondeur à laquelle on s'enfonce sous le sol.

Les *variations diurnes* de la pression atmosphérique sont pour ainsi dire incessantes, et dépendent de la position géographique du lieu ; près de l'équateur, les différences entre le maximum et le minimum sont très grandes, et un seul jour d'observation suffit pour constater l'existence des oscillations ; il n'en est pas de même dans les latitudes élevées, où non-seulement la variation diurne est moindre, mais encore où elle est marquée par des oscillations irrégulières. Cependant, en tenant compte d'un grand nombre d'observations faites pendant de longues années entre l'équateur et le 60° de latitude nord, Kaemtz a établi que les variations diurnes de la pression atmosphérique présentent deux minima : l'un à 3 h. 45' du matin, l'autre à 4 h. 5' du soir ; et deux maxima : l'un à 9 h. 37' du matin, l'autre à 10 h. 11' du soir (*heures tropiques*). La pression moyenne diurne est donnée par la hauteur du baromètre entre midi et 1 heure ; elle est, pour Paris, de 756 millim. ; elle varie suivant la latitude et l'élévation au-dessus du niveau de la mer ; mais comme les différences, ainsi que vous pourrez le voir dans l'ouvrage de Kaemtz, ne s'élèvent pas au-dessus de 2 à 3 millim., nous sommes pleinement en droit de ne pas en tenir compte ici.

La considération de la *latitude* nous montre que la pression moyenne va en augmentant depuis le 60° sud jusqu'au 25° ; qu'elle va ensuite en diminuant jusqu'à l'équateur, où elle est au minimum, et qu'elle augmente de nouveau jusqu'à la limite boréale des vents alisés, de telle sorte qu'au cap Horn la hauteur barométrique moyenne est de 12 millimètres moins élevée que sur le grand Océan. La considération de la *longitude* nous montre qu'à latitudes égales la hauteur barométrique moyenne est plus élevée de 3 millimètres sur l'océan Atlantique que sur la mer Pacifique, et je n'ai pas besoin de vous dire que ces différences de pression sont, comme les variations diurnes, si peu considérables qu'elles peuvent être négligées par l'hygiéniste sans inconvénient.

Les variations régulières du baromètre sont dues à l'inégal échauffement de l'air par suite de l'action calorifique du soleil, car on a constaté qu'il existe une espèce d'antagonisme entre le baromètre et le thermomètre, celui-ci baissant lorsque celui-là monte, et *vice versa*.

La moyenne barométrique mensuelle est plus forte en été qu'en hiver, en raison de l'échauffement des masses d'air dans les diverses localités, et on peut en conclure que l'air s'écoule vers les régions les plus froides. Aux équinoxes, lorsque la température est à peu près égale à la moyenne annuelle, on a la pression barométrique moyenne de l'année ; le soleil s'avance-t-il vers l'hémisphère boréal, celui-ci s'échauffe, l'autre se refroidit, et la pression augmente dans ce dernier, tandis qu'elle diminue dans le premier, c'est-à-dire que le baromètre se tient plus bas dans les pays où règne l'été, et plus haut dans ceux où règne l'hiver.

En tenant compte des oscillations mensuelles et moyennes du baromètre dans les différents points du globe, on arrive à former des lignes isobarométriques importantes à considérer, car ce ne sera qu'à la suite d'études approfondies sur tous les changements de l'atmosphère que l'on pourra lier entre eux les phénomènes de déplacement des masses gazeuses à la surface du sol, et dans les diverses saisons.

Enfin les vents exercent une action remarquable sur le baromètre, et l'on a constaté que celui-ci est très haut lorsque le vent souffle entre l'est et le nord, c'est-à-dire lorsqu'il vient des continents, tandis que le baromètre est très bas lorsque le vent souffle entre le sud et l'ouest, c'est-à-dire lorsqu'il vient de la mer.

L'*altitude* exerce une influence considérable et fort importante à étudier. Jusqu'à une certaine hauteur, la pression diminue de 1 millimètre par 10 mètres d'élévation; au delà de cette limite, le poids spécifique de l'air est notablement modifié et l'on ne peut plus établir de loi ; nous savons seulement qu'à 5,000 mètres d'élévation la pression n'est plus que de 425 millimètres et qu'à 6,977 mètres M. Gay-Lussac l'a trouvée réduite à 329 millimètres. Vous savez d'ailleurs qu'à l'aide de certains appareils, tels que la machine pneumatique ou les ventouses, on peut diminuer la pression à volonté et la réduire à peu près à 0 en opérant le vide.

La *profondeur* augmente évidemment la pression atmosphérique ; mais je ne sache pas que des recherches barométriques et physiologiques exactes aient été faites soit dans les mines, soit dans les puits ; ce n'est que dans des appareils condensateurs, où l'on est arrivé à soumettre l'être vivant à des pressions de deux, trois ou quatre atmosphères, que l'on a observé avec soin les phénomènes produits, et l'on comprendra qu'il ne pouvait pas en être autrement si l'on se rappelle que dans les mines les plus profondes la pression atmosphérique n'augmente que de un septième, en raison de la raréfaction opérée par l'élévation de la température.

Si l'on applique ces données aux effets de la pression atmosphérique sur l'homme vivant, on voit qu'à Paris, et à la pression moyenne de 756 millimètres, le poids de l'atmosphère est de 1,028 grammes par centimètre carré de surface ; or, le corps humain ayant en moyenne 17,500 centimètres carrés de surface, il en résulte qu'il supporte un poids de 17,990 kilogrammes. Mais la pression s'opère dans tous les sens, et, l'air pénétrant dans les poumons et le tube digestif, l'équilibre s'établit quant à ces cavités, et il persiste même lorsque l'on permet à l'air de s'introduire dans la plèvre: d'où il faut conclure, avec M. Bérard, que, si le poumon diminue de volume dans cette circonstance, ce phénomène est dû, non à une plus forte pression de dehors en dedans, mais à une propriété rétractile de l'organe. A l'égard des membres, l'équilibre ne peut s'établir qu'en raison de pressions équivalentes exercées de dedans en dehors par les vapeurs et les gaz qu'ils contiennent ; or, comme à la température du corps humain la tension des vapeurs est très faible, il faut en conclure que l'équilibre est dû aux gaz, c'est-à-dire à l'oxygène, à l'acide carbonique et à l'azote que contient le sang à l'état de simple dissolution.

Nous n'avons pas à entrer ici dans toutes les considérations physiologiques qui se rattachent aux effets de la pression atmosphérique sur l'organisme humain ; nous ne nous occuperons point de l'*aspiration veineuse* qui se produit pendant l'inspiration, et qui a été étudiée par Haller, MM. Barry, Magendie, Poiseuille et Bérard ; mais nous vous rappellerons l'expérience de Weber, répétée tous les ans par M. Gavarret dans son cours de physique, et qui montre, d'une part, que la pression exercée par l'atmosphère sur la tête du fémur est suffisante pour faire équilibre au poids du membre inférieur ; et, d'autre part, que c'est la pression atmosphérique qui maintient la cavité cotyloïde et la tête du fémur dans les rapports que vous connaissez.

Examinons maintenant quels sont, quant à l'homme, les effets corrélatifs aux variations de la pression atmosphérique.

Il est évident tout d'abord que l'homme supporte des variations de pression comprises entre des limites assez étendues, sans que son état statique ou dynamique en soit modifié d'une manière appréciable. Ainsi, sans parler des variations diurnes ou de celles corrélatives à la latitude et à la longitude, nous voyons qu'aux bords de la mer la pression moyenne étant de 760 millimètres, chaque centimètre carré superficiel du corps humain supporte un poids de 1,033 grammes, tandis qu'à Paris la pression étant de 756 millimètres, le poids est de 1,028 ; à Mexico, la pression étant de 583 millimètres, le poids est de 793 ; à Quito, une pression de 553 millimètres réduit le poids à 752 grammes ; enfin la pression n'étant plus que de 470 millimètres à Antisana, c'est-à-dire à 4,101 mètres au-dessus du niveau de la mer, le poids n'est plus que de 639 grammes. Dans toutes ces conditions, les gaz du sang se mettent en équilibre avec la pression extérieure, et il ne se produit aucun phénomène particulier appréciable. On voit également des hommes habiter des vallées très profondes, ou passer une grande partie de leur vie dans des mines placées à une distance considérable du sol sans présenter aucune modification sensible dans leur état organique et fonctionnel.

C'est donc en dehors de ces limites, et quant aux variations accidentelles, *brusques*, et très considérables, que nous devons étudier l'influence exercée soit par la *diminution*, soit par l'*augmentation* de la pression atmosphérique.

Diminution de la pression atmosphérique. — Au mois de décembre 1747, le baromètre ayant baissé de 35 millimètres en deux jours, on observa, au rapport de Duhamel, un grand nombre de morts subites. On comprend, en effet, que la pression atmosphérique diminuant *brusquement et considérablement* les gaz du sang doivent tendre à se dégager, exercer sur les capillaires pulmonaires et généraux une pression énergique de dedans en dehors, distendre les vaisseaux et même en déterminer la rupture, d'où des hémorrhagies de surface ou interstitielles pouvant devenir mortelles. Est-ce ainsi que se sont produites les morts subites dont parle Duhamel ? Nous ne sommes pas en mesure de l'affirmer. Retz assure que pendant vingt ans il a vu dans les Pays-Bas les excès de légèreté de l'atmosphère coïncider avec des apoplexies, des épilepsies, des morts subites ; mais existait-il une relation de cause à effet entre les deux phénomènes ?

Les ascensions aérostatiques n'ont pas fourni à la science les données qu'on était en droit d'attendre d'elles. Nous savons seulement qu'à 6,977 mètres, Gay-Lussac et Biot ont noté l'accélération du pouls et de la respiration lorsqu'elle était gênée, et que des phénomènes analogues ont été constatés par plusieurs autres observateurs.

On a recherché l'influence exercée par la diminution de la pression atmosphérique dans les effets qui se produisent pendant l'ascension des hautes montagnes ; mais vous allez voir qu'ici les phénomènes sont complets, et qu'en général on a attribué à une cause unique ce qui, en réalité, appartient à la réunion de plusieurs modificateurs.

Les données que nous possédons sur les effets produits par l'ascension des hautes montagnes nous sont principalement fournies par Saussure, Clissold, Barrey, Rohrdoff, Zumstein et Lepileur, qui ont gravi le Mont-Blanc ; par Humboldt, Boussingault et Hall, qui ont gravi le Chimborazo ; par Moorcroft et Fraser, qui se sont élevés sur l'Himalaya ; et enfin par d'Orbigny, qui a parcouru les Cordillières du haut Pérou. Les relations de ces différents voyageurs établissent d'abord d'une manière générale que les phénomènes qui caractérisent le *mal des montagnes* augmentent d'intensité avec l'altitude, et qu'ils se manifestent au niveau des neiges perpétuelles, *quelle que soit la hauteur absolue de celles-ci*; que la gravité des accidents varie suivant les individus, Saussure ayant vu certains voyageurs être péniblement affectés à 1,600 mètres, tandis que d'autres ne l'étaient qu'à 2,128, 2,966 ou 3,100 mètres, et que les sujets acclimatés, les habitants des montagnes résistaient jusqu'à 3,970 mètres : « Les phénomènes, dit M. de Humboldt, sont bien dissemblables, suivant l'âge, la constitution, la finesse de la peau, les efforts antérieurs de force musculaire, » etc.

Voyons maintenant comment se comportent les divers appareils.

Digestion. — Tous les auteurs ont noté l'anorexie, le dégoût pour la viande et une soif plus ou moins vive. Le vomissement a eu lieu quelquefois, et M. Maissiat pense qu'il est dû au refoulement de l'estomac, opéré par la dilatation des gaz intestinaux.

Respiration. — La respiration est gênée, laborieuse. Saussure, parvenu à 4,750 mètres, éprouvait une dyspnée extrême au moin-

dre mouvement, à la plus légère contention d'esprit; à 4,560 mètres, M. Lepileur ne respirait pas plus que s'il avait été sous l'eau, et éprouvait l'anxiété de l'asphyxie, mais il faisait un vent très vif et un froid extrême. La plupart des voyageurs disent que la respiration est accélérée; tandis que, suivant M. Lepileur, elle devient moins fréquente : ainsi, la fréquence de la respiration étant, à Paris, de 10,69, ne fut plus, à Chamonix, que de 10,33; celle de M. Martin étant de 13,33 à Paris, descendit à 13 à Chamonix. Nous reviendrons plus loin sur ce fait.

Circulation. — La plupart des voyageurs ont éprouvé des vertiges, des palpitations, des battements dans les carotides, une sensation de plénitude des vaisseaux; Moorcroft a ressenti une congestion cérébrale qui l'a obligé à se jeter par terre; la face est parfois cyanosée, mais le froid paraît être la principale cause de ce phénomène. Le pouls est constamment accéléré en raison directe de l'altitude, et M. Lepileur a fait à cet égard des recherches précises que le tableau suivant va vous faire connaître :

Elévation. . . .	802 mètr.		1050	2019	3046	3911	4811
Fréq. du pouls.	69	—	71	»	»	»	82
—	»	—	68,14	»	»	72,70	»
—	»	—	57,60	82,90	»	87	»
—	»	—	61,50	»	92,33	92,92	88,20
—	»	—	63,12	84,36	»	89,08	94,40
—	»	—	77,75	101,70	»	105,25	117,83
—	»	—	69,22	86,60	»	100,10	111

Une opinion à peu près générale considère les hémorrhagies comme très fréquentes; cependant, en compulsant avec soin les différentes relations, on ne rencontre qu'un bien petit nombre de cas d'épistaxis et de saignement des gencives, que, selon M. Lepileur, il faut attribuer à des gerçures produites par le froid, le vent, la sécheresse de l'air, et peut-être aussi à des congestions déterminées par les efforts musculaires et la réverbération du soleil par les neiges. On ne trouve qu'un ou deux cas d'hémoptysie survenue chez des sujets dont les organes de la respiration et de la circulation n'étaient probablement pas sains.

Innervation. — Plusieurs voyageurs ont éprouvé une céphalalgie très douloureuse; la somnolence est fréquente; à 4,300 mètres, Zumstein éprouva une envie de dormir irrésistible; à 4,100 mètres, M. Lepileur dormait en marchant. Les sens sont émoussés, la mémoire est affaiblie; on s'abandonne facilement à l'impatience, à la colère, au découragement, à la prostration morale.

Musculation. — Les phénomènes les plus remarquables se montrent du côté du système musculaire. Des douleurs plus ou moins intenses se font souvent sentir dans les genoux, dans les jambes, et Fraser y éprouva un tremblement très incommode; la marche est pénible, fatigante et amène un épuisement rapide et total des forces; de 2,700 à 2,900 mètres, Saussure était obligé de se reposer après avoir fait 150 ou 200 pas; à 3,076 mètres, le repos devint nécessaire après 40 ou 50 pas; à 4,750 mètres, après 15 ou 16 pas. MM. Boussingault et Hall étaient obligés de s'asseoir après avoir fait 3 ou 4 pas. A 4,450 mètres, M. Lepileur ne pouvait marcher que la tête basse et le menton touchant presque le sternum.

Tels sont, messieurs, les phénomènes qui caractérisent le *mal des montagnes* et dont il nous reste à rechercher la véritable cause.

La raréfaction de l'air, la diminution de la pression atmosphérique sont considérées par la plupart des auteurs comme la cause de tous les accidents. Saussure les attribue au relâchement des vaisseaux produit par la diminution de la force comprimante de l'air et à l'accélération forcée de la respiration dans un air plus rare, à laquelle il rattache la fatigue et les angoisses que l'on éprouve à de grandes hauteurs.

M. Pravaz explique l'anhélation de la manière suivante : A une grande élévation, l'élasticité de l'air diminue des deux cinquièmes ou même de moitié; elle devient alors *inférieure* à la réaction du poumon, de telle sorte que celui-ci ne se développe plus qu'imparfaitement pendant l'inspiration. Messieurs, si l'élasticité de l'air devenait *inférieure* à la réaction du poumon, la mort par asphyxie ne tarderait pas à se produire; mais il est facile de prouver que, la pression de dehors en dedans diminuant autant que la pression de dedans en dehors, le rapport, quant à la réaction du poumon, reste toujours le même tant que la pression n'est pas au-dessous de cette force de contractilité.

M. Brachet explique l'anhélation et la lassitude par la présence d'un sang trop peu oxygéné sous l'influence de la raréfaction de l'air et des mouvements; car, dit-il, pendant le mouvement les muscles désoxygènent le sang, qui les traverse davantage que pendant le repos, et d'autres fois ils ne se contractent que sous l'influence du sang artériel.

Bouguer et Rey font jouer le principal rôle au mouvement spécial que les membres inférieurs et le corps tout entier sont obligés d'exécuter pour gravir une montagne escarpée; les accidents, dit M. Rey, ne sont-ils pas à peu près les mêmes lorsque l'on monte un escalier long et rapide?

M. Lepileur, sans refuser toute influence à la raréfaction de l'air et à l'exercice musculaire, pense que la cause principale des phénomènes est la congestion sanguine qui, sous l'influence des efforts, se produit dans le cerveau, les poumons et les muscles.

Aucune de ces explications ne nous paraît être complétement satisfaisante, et elles ont toutes le défaut de ne pas tenir un compte suffisant de la multiplicité des influences qui interviennent pour faire du mal des montagnes l'effet modificateur très complexe.

Si vous voulez considérer que la plupart des accidents ci-dessus mentionnés ne se produisent point dans les ascensions aérostatiques, qui dépassent de beaucoup l'altitude des plus hautes montagnes; que pendant l'ascension de celles-ci ils se manifestent, en général, au niveau des neiges perpétuelles, *quelle qu'en soit la hauteur absolue*; qu'ils varient suivant les individus; *qu'ils disparaissent tous pendant la halte*, rendue nécessaire, chez les uns, par l'anhélation, chez les autres, par la fatigue; que plusieurs voyageurs ont souffert presque autant pendant la descente que pendant l'ascension; si vous voulez vous rappeler, en outre, que la température s'abaisse d'autant plus qu'on s'élève, et que le thermomètre descend parfois à 12° c., que les vents sont extrêmement vifs, que l'état hygrométrique de l'atmosphère est notablement modifié, que la neige et l'inclinaison du sol rendent la marche très pénible et nécessitent des efforts musculaires très considérables, que les mouvements du thorax exercent une grande influence sur la circulation des veines jugulaires, et qu'ils peuvent, suivant l'observation de Barry, produire une congestion sanguine mécanique des centres nerveux; que la contraction musculaire opère, comme le dit le Brachet, une désoxygénation considérable du sang; si vous voulez tenir compte de toutes ces considérations, vous avouerez qu'il est peu logique de faire jouer à la diminution de la pression atmosphérique le principal rôle dans la production des accidents qui caractérisent le *mal des montagnes*, et en soumettant la question à une appréciation plus sévère, vous arriverez avec moi aux conclusions suivantes.

A une grande élévation, la diminution de la pression atmosphérique n'est pas, quoi qu'on en ait dit, compensée par la condensation opérée par le froid, et elle modifie l'oxygénation de façon à produire une gêne plus ou moins notable dans les fonctions de la respiration et de l'hématose, et nous ne balançons pas à admettre, malgré les deux observations produites par M. Lepileur, que la respiration doit être accélérée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAITEMENT DES TUMEURS SYNOVIALES.

Incisions multiples.

Lettre à M. le docteur Michon, *par M. le docteur* Barthélemy (*de Saumur*).

Monsieur et honoré confrère,

Dans la thèse que vous venez de soutenir pour le concours de clinique chirurgicale à la Faculté, vous avez bien voulu imprimer, à propos de mes incisions sous-cutanées appliquées à la cure des tumeurs synoviales, les mots que voici : « En 1838, M. Barthélemy » a publié dans la *Gazette des Hôpitaux* un premier procédé de ce » genre, » etc., etc.

La chose étant exacte, je n'aurais eu qu'à vous remercier de l'honneur de cette citation, si quelques lignes plus bas vous n'aviez pas complétement défiguré mon procédé, dont je crois en conséquence devoir reproduire ici la description :

« A un pouce environ de la tumeur, je fais un pli transversal à » la peau, à la base duquel je plonge une espèce de lame de canif, » portée sur une tige mince, arrondie, et assez fortement coudée » pour pouvoir agir au-dessus du niveau de la peau. Je glisse cet » instrument à plat sur le côté du kyste, que je divise en deux, » comme une amande, en promenant la lame de droite à gauche » et passant horizontalement dans son épaisseur. Je retire l'instru- » ment par la piqûre d'entrée, en le suivant dans son mouvement » de retrait avec le pouce de ma main gauche, qui, par une com- » pression bien faite, chasse devant lui l'humeur que contient le » kyste et s'oppose en même temps à toute introduction de l'air; » puis j'établis immédiatement, avec une lamelle de plomb, une » compression définitive que je laisse au moins une quinzaine pour » obtenir une solide adhérence. »

Au lieu de cela, voici ce que vous m'attribuez :

« M. Barthélemy plonge un petit instrument terminé en fer de » lance, à quelque distance de la tumeur, sous la peau, qui a été » rapprochée à l'aide d'un pli; il fait passer l'instrument sous la » tumeur, relève le tranchant en haut, et en le retirant divise le » kyste en deux moitiés. »

Afin de vous démontrer combien je suis peu partisan de ces deux incisions (l'une profonde et l'autre superficielle) pour l'opération des tumeurs synoviales, je ne crois pouvoir mieux faire que de mettre sous vos yeux les observations critiques que je me permis d'adresser en 1846 à l'honorable M. Malgaigne, qui venait de publier, dans son *Manuel de Médecine opératoire* de 1845, son procédé à incisions multiples, comprenant précisément les deux incisions en question.

Après avoir démontré à notre illustre confrère que mon procédé était bien antérieur au sien (ce qu'il n'avait pas dit dans son *Manuel* de 1845, et ce qu'il a encore oublié de reconnaître dans celui de 1849), je lui disais :

« Dans votre procédé, qui n'est, comme on va le voir, qu'une » modification de celle apportée par M. Marchal à mon propre » procédé, vous enfilez le ganglion d'une extrémité à l'autre dans » le sens de sa longueur, c'est ce qu'a fait M. Marchal avec plus de » précaution que vous, car il a bien soin, comme moi, de chemi- » ner assez longtemps sous la peau avant d'aborder la tumeur. » Mais, comme vous teniez absolument à faire du nouveau, vous » fendez le kyste en haut. A quoi bon, je vous prie? Qui me ré- » pond que dans cette incision inutile vous n'intéresserez pas quel- » quefois la peau qui est très tendue au-dessus du ganglion, et qui » souvent y adhère?

» En retirant votre bistouri vous fendez encore le kyste en bas, » c'est-à-dire à sa paroi inférieure et profonde. Pouvez-vous être » sûr de ne pas dépasser l'épaisseur de cette paroi, quand votre » instrument est engagé dans les tissus et que vous ne pouvez que » difficilement savoir ce que vous faites? Et si le kyste se trouve » placé sur l'une des artères de l'avant-bras ou sur le nerf médian, » ne sentez-vous pas quels périls vous faites courir au patient? » D'où je me crois autorisé à conclure que vos deux incisions, » ajoutées à la modification de mon procédé par M. Marchal, sont » dangereuses et sans but.

» Lorsque vous enfilez le ganglion avec un bistouri mince ou » allongé, vous en placez la lame de champ, le tranchant en bas, » de manière à soulever le bord supérieur de votre piqûre d'entrée » et à former ainsi une espèce de pont sous lequel l'humeur syno- » viale et les corpuscules cartilagineux puissent sortir; ce qui a » lieu, dites-vous, à travers les deux petits espaces qui existent » alors de chaque côté de votre lame; mais c'est précisément en » cela que je trouve votre procédé malheureux; car, si l'humeur » synoviale et les corpuscules cartilagineux peuvent s'échapper sur » les côtés du bistouri que vous tenez en place, il y a quelque chose » d'un peu plus élastique qui peut s'y précipiter aussi, mais en sens » inverse, et ce quelque chose c'est l'air (1). D'où il résulte que » vous enlevez à l'incision sous-cutanée ce qu'elle a réellement de » plus précieux, la certitude de son innocuité. »

Maintenant, monsieur, vous devez comprendre pourquoi je me défends si fort d'avoir fait consister mon procédé en ces deux incisions hasardeuses et si contraires, selon moi, aux vrais principes de l'art.

Permettez-moi de vous parler maintenant d'un autre grief.

Après la citation de mon procédé et de la modification de M. Marchal, vous arrivez à celui de M. Malgaigne, et, tout en appréciant la réserve que vous commandait votre situation, j'attendais néanmoins de vous quelques réflexions critiques sur les vices manifestes du mode opératoire de notre savant confrère. Cependant ce n'est qu'avec éloge que vous en parlez.

Je ne sais si vous aviez connaissance de la lettre que j'adressai à M. Malgaigne en 1846 dans les *Annales de Chirurgie* pour établir péremptoirement que l'idée d'aller attaquer les tumeurs synoviales par l'incision sous-cutanée (ce qui n'est pas la ponction après avoir déplacé la peau) était bien à moi et non à lui. Toujours est-il qu'après avoir cité mon procédé (le premier, j'en conviens) et au moment où vous allez parler de celui de M. Malgaigne, vous dites : « A peu près à la même époque, M. Malgaigne ima- » gina un procédé qui a beaucoup d'analogie avec les précédents » et qui est fondé sur le même principe, etc., etc. » Cet *à peu près à la même époque* est une expression par trop élastique et qui peut faire croire au lecteur que c'est ou un peu avant ou un peu après moi que l'honorable M. Malgaigne a parlé des incisions sous-cutanées pour la cure des ganglions synoviaux. Elle laisse pour ainsi dire pendante entre lui et moi la question de priorité de cette invention chirurgicale.

Mais cet *à peu près* a le tort grave d'être tout à fait à côté de la vérité. Jugez-en.

C'est le 27 novembre 1838 que j'ai publié mon procédé dans la *Gazette des Hôpitaux*, et c'est seulement dans son *Manuel de médecine opératoire* de 1845, sept ans après moi, que M. Malgaigne a mis au jour son procédé à incisions multiples (2).

J'espère, monsieur, que vous vous laisserez persuader par les faits et les raisons que je viens de vous exposer et que vous voudrez bien tenir compte de ma réclamation quand l'occasion s'en présentera.

Agréez, etc. Dr Barthélemy (de Saumur).

(1) Une observation que je lis à la page 128 de votre thèse, où il s'agit d'une tumeur hydatique du poignet droit et dans laquelle M. Malgaigne enfonça un bistouri étroit par une ponction oblique de cinq millimètres seulement, me semble confirmer le danger qu'il y a à pénétrer dans ces sortes de tumeurs sans cheminer préalablement sous la peau. Le soir même de l'opération le malade avait des symptômes graves qui l'ont emporté plus tard et qui étaient évidemment dus à l'introduction de l'air dans la tumeur.

(2) J'ai là sous les yeux l'édition de son Manuel de 1840 : il n'y est nullement question encore de son procédé.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 63. — MARDI 3 JUIN 1851. (24e ANNEE.) N° 63. — MARDI 3 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — Service de M. LOUIS.

Pleurésie aiguë du côté gauche, s'accompagnant d'un caractère amphorique de la voix et de la respiration dans le tiers supérieur gauche pendant un mois environ; conservation du frémissement vibratoire, bien qu'affaibli. Développement des signes physiques de tubercules pulmonaires dans le poumon droit. Convalescence incomplète.

Observation recueillie par M. le Dr LEBERT.

Pellicier (Sylvain), âgé de trente-neuf ans, médecin à Evian, en Savoie, entre à l'Hôtel-Dieu, division de M. Louis, le 23 septembre 1850. Je ne commence à l'observer avec suite qu'à dater des premiers jours d'octobre.

Voici ce que j'ai pu recueillir sur les antécédents du malade. Il est à Paris depuis un an. Il a exercé la médecine antérieurement dans la partie de la Savoie qui avoisine le lac de Genève. Il n'a pas exercé d'autre état, et a toujours vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Ses parents sont morts de vieillesse : le père à soixante-dix-sept ans, sans qu'il sache de quelle maladie; la mère avait présenté, avant de mourir, les signes d'une affection de l'estomac. Le malade a eu une enfance bonne sous le rapport de la santé; il n'a eu d'autre maladie éruptive que la rougeole, mais il ne se rappelle pas à quel âge. Jusqu'à celui de douze ou treize ans, il a eu des saignements de nez fréquents et abondants, qui dès lors ont complétement cessé. Absence de tout symptôme de scrofules ou de tubercules pendant l'enfance. A l'âge de quinze ans il a eu quelques crachements de sang peu abondants pendant plusieurs jours de suite, de la valeur environ d'une cuiller à soupe de sang pur. Le malade avait alors en même temps mal à la gorge, et les a attribués à cette cause. Depuis l'âge de vingt et un à trente-six ans il a eu plusieurs accès de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, dont le dernier, le plus violent de tous, a eu lieu il y a cinq ans et l'a retenu au lit pendant six mois environ. Il a été à cette époque très abondamment saigné, trente-deux fois en tout, dit-il, dans l'espace de six semaines.

Pendant ces diverses attaques de rhumatisme, il n'a point eu d'oppression ni de palpitations incommodes. Dans le courant de ces dernières années il a eu quelquefois des douleurs de tête ainsi que des maux d'estomac, qui présentaient les caractères d'une simple dyspepsie; la digestion était lente, accompagnée de gonflement et de malaise dans la région de l'estomac.

Pendant le mois qui a précédé l'invasion de sa maladie actuelle, il a beaucoup travaillé et veillé, et il a fait en outre des excès répétés de vin et de femmes. J'ai bien constaté dans l'interrogatoire que le malade ne toussait pas auparavant, qu'il n'avait pas la respiration courte, qu'il montait facilement l'escalier; en un mot, qu'il ne présentait aucun des signes d'une affection commençante tuberculeuse des poumons.

L'avant-veille de son entrée, le 21 septembre, il a été pris d'un mal de tête accompagné d'une grande agitation, sans qu'il ait eu cependant des frissons. Il avait des envies fréquentes de vomir, très mauvais goût à la bouche, et dès le principe une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine, un peu en dessous et en dehors du mamelon, accompagnée bientôt d'un sentiment de pesanteur dans ce côté de la poitrine. La toux était rare; la respiration, dès son principe, était gênée.

Le 24 septembre au matin, au premier examen, il présentait beaucoup d'oppression; la peau était froide aux extrémités et au nez; les lèvres violacées, et le pouls, de 124, très petit. Il ne peut rester longtemps couché à la même place et sur le côté droit. La respiration est comme amphorique du sommet à la base, en arrière et à gauche. Une bronchophonie non amphorique existe dans les mêmes points. Absence de râle; matité complète à gauche, aussi bien en avant qu'en arrière. Il en est de même des caractères de la respiration et de la bronchophonie, il existe une saillie assez considérable dans le côté gauche de la poitrine, près du sternum surtout, et dans sa partie inférieure. Point de frémissement vibratoire à gauche, ni en avant, ni en arrière. Dans le côté droit, la respiration est normale. On entend les battements du cœur à droite de la ligne médiane entre celle-ci et le mamelon droit. Le malade n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours. M. Louis prescrit une saignée du bras de 300 grammes, et une application de ventouses scarifiées, en arrière et à gauche pour 150 grammes. Pour boisson, la tisane de chiendent avec addition de 2 grammes de nitrate de potasse.

Le lendemain, 25 septembre, le malade est toujours très oppressé; le pouls est de 120, très petit, à peine perceptible. La bronchophonie, en avant et à gauche, persiste dans la moitié supérieure. On y entend une respiration trachéale; en arrière et à gauche la respiration amphorique existe, mais moins claire, moins éclatante. Ce n'est qu'au sommet, en arrière et à gauche, que l'on constate une respiration bronchique et de la bronchophonie; pas de râle. Dans la journée le malade est tellement oppressé, qu'on est obligé de pratiquer la thoracentèse. On évacue un litre et demi de sérosité claire, citrine, et vers le fond du vase seulement on trouve quelques flocons albumineux. Je ne puis point donner sur cette opération des détails, n'ayant pas encore alors soumis le malade à une observation suivie.

Après l'opération, la respiration est plus facile; la douleur du côté gauche a disparu; le pouls s'est relevé, mais pendant une demi-heure seulement. Pendant la journée le malade a été du reste assez bien, et vers les dix heures du soir la douleur et la gêne de la respiration ont reparu, bien que moins fortes. Il a pu cependant un peu dormir pendant la nuit.

Le lendemain 26, le malade a la figure rouge, les pommettes très colorées; la peau, froide les jours précédents, offre une bonne chaleur; le pouls, de 108, est toujours très petit. Le malade ne peut rester couché que sur le côté droit; il continue d'avoir un peu moins d'oppression qu'avant l'opération. Il a une toux sèche, pas très fréquente cependant. Le son, malgré l'évacuation du liquide, continue d'être mat à gauche, tant en avant qu'en arrière. La respiration est presque amphorique entre la clavicule gauche et le mamelon, ainsi que dans le tiers supérieur de la poitrine, en arrière et à gauche. La bronchophonie est moins marquée dans ces points, et est non amphorique. On perçoit un frémissement vibratoire de la voix très léger sur les parois du thorax, en arrière et à gauche. La saillie en avant, près du sternum, est moins considérable; les battements du cœur s'entendent un peu plus à gauche entre le mamelon et le sternum. Le malade a été à la garde-robe. Pendant les jours suivants un léger mieux se manifeste. Le pouls se relève un peu, la respiration est moins gênée, le pouls varie entre 108 et 112 pulsations dans la minute. La peau, au lieu d'être froide, devient halitueuse. Dans la nuit du 28 au 29, vient une transpiration abondante, et il passe une meilleure nuit. Il a pris pour la première fois du bouillon et avec plaisir. La douleur cependant persiste au-dessous de l'omoplate gauche; les battements du cœur se perçoivent de nouveau un peu plus à droite entre le mamelon et l'aisselle. Leur maximum est un peu au-dessus du mamelon. Pendant ces jours, le malade prend tous les jours de l'eau de Sedlitz à 45 grammes, à la dose de un à deux verres par jour, et tous les soirs une pilule de 3 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. La boisson nitrée est continuée; il continue à prendre plusieurs fois par jour quelques cuillerées de bouillon.

Le 30 septembre, on constate pour la première fois du râle sous-crépitant en haut, à droite, en avant, sous la clavicule.

Le 1er octobre, nous trouvons le pouls petit, à 100 pulsations dans la minute. La respiration est toujours gênée; il peut cependant rester couché plus longtemps sur le côté droit. La peau continue à être chaude et moite. Les battements du cœur s'entendent un peu plus à gauche, et ont un timbre plus clair; ils avaient été un peu obscurs les jours précédents. On les perçoit toujours dans toute la portion droite, entre le mamelon et la clavicule. Le râle sous-crépitant sous la clavicule droite a disparu. La respiration est exagérée, puérile dans toute la hauteur à droite. Au sommet, la voix est un peu plus retentissante qu'à l'état normal. On entend du râle vibrant, rare et disséminé sur plusieurs points du poumon droit; du côté gauche, le son mat en avant et en arrière dans toute la hauteur. La respiration est bronchique en avant et à gauche, surtout sous la clavicule. Point de râle. Nous ne trouvons point de notes détaillées encore ce jour-là sur la respiration amphorique. — On prescrit au malade 2 pilules de digitale de 5 centigr. chacune, et on continue l'opium le soir.

Pendant les jours suivants, le malade continue à avoir l'air très essoufflé, les pommettes colorées, la peau chaude, sans accuser lui-même une oppression prononcée. La saillie de la poitrine en avant et à gauche a de nouveau augmenté. Nous constatons également de nouveau un timbre éclatant et métallique à la respiration bronchique en haut, en arrière et à gauche. Le malade, tout en ne se plaignant pas d'oppression pendant le jour, a parfois des accès d'étouffement pendant la nuit. La respiration n'est, du reste, pas très fréquente; il ne respire que 30 fois dans la minute.

Le 5, le malade paraît dans un commencement de convalescence. Le pouls n'est que de 96, il est plus développé, l'oppression a diminué; il a peu toussé dans la journée, davantage le soir; il a pris ses potages avec appétit; la nuit a été assez bonne; il s'est réveillé plusieurs fois avec de l'oppression; le point de côté a à peu près disparu, seulement il sent encore une gêne et comme de la pesanteur dans le côté gauche; la langue est blanche, couverte d'un enduit peu épais; la bouche est un peu pâteuse; il a eu une selle co-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Il y a à peu près dix-huit cents ans que Sénèque le philosophe écrivait quelque part dans son *Traité des Bienfaits* (*De Beneficiis*) les belles paroles qui suivent : « Tu crois ne devoir au médecin que son faible salaire, et pourtant nous sommes pour lui pleins d'affection et de respect..... Sans doute, dira-t-on, il y a des choses qui valent plus qu'on ne les paye..... On achète du médecin une chose inestimable, la vie et la santé; aussi ne lui paye-t-on pas ce que cela vaut, mais seulement le prix de ses fatigues et du temps que pour vous il enlève à ses affaires. — Mais pourquoi devrais-je plus que cela au médecin, et ne serais-je pas quitte envers lui lorsque je l'ai payé? — C'est parce que de médecin il est devenu mon ami, et que je ne lui suis pas seulement redevable de son expérience qu'il m'a vendue, mais encore de son dévouement et de son affection..... Dès lors ce n'est plus au médecin que je suis obligé, mais à l'ami : *Non tanquam medico, sed tanquam amico.* »

Ces paroles, que j'ai toujours admirées comme l'expression la plus fidèle du rôle de la médecine, sont malheureusement peu connues des malades, et l'on dirait que le sentiment qu'elles renferment n'est plus en harmonie avec les mœurs et les habitudes de notre époque matérialiste. On me répondra peut-être que tout le monde, n'étant pas philosophe comme Sénèque, n'est pas tenu de penser et surtout de sentir comme lui. Je reconnais la justesse de l'observation; mais on m'accordera alors que le médecin, sous peine de passer pour dupe, devra réserver ses amitiés pour des occasions meilleures et visiter ses clients : *Non tanquam amicus, sed tanquam medicus.*

La reconnaissance des malades est une chimère, sauf quelques cas exceptionnels, et l'on ne saurait trop prémunir nos jeunes confrères contre cette faiblesse du cœur qui nous fait nous attacher comme malgré nous aux êtres souffrants et malheureux. Sur dix médecins qui sont victimes des vilenies de leurs malades, tenez pour assuré que plus de la moitié sont les amis de leurs clients.

Heureusement, l'amitié, cette noble prérogative du cœur de l'homme, est presque toujours vengée par le hasard, quand elle est outragée; et, comme le prouvent chaque soir les théâtres du boulevard, le crime n'est jamais impuni sur la terre.

L'homœopathie m'a toujours fait l'effet d'un instrument vengeur, créé et mis au monde pour l'usage exclusif du culte d'Hippocrate. Parmi bon nombre d'exemples que je pourrais citer, je ne rapporterai que l'anecdote suivante arrivée cette semaine à un de nos jeunes confrères, et dont l'héroïne est en ce moment réfugiée à la Maison nationale de Santé du faubourg Saint-Denis.

Notre héroïne, à l'encontre de celle de nos romanciers, n'est ni jeune, ni jolie, ni agaçante, ni.....; elle est à cet âge où l'on est bien près de n'avoir plus de sexe; cependant elle jouit encore des prérogatives du sexe féminin. Toutes ces considérations sont plus essentielles à noter que la constitution et le tempérament, et je ne dois pas oublier de mentionner que, mariée depuis longues années, notre héroïne n'a jamais eu les jouissances de la maternité, et qu'elle goûte à Paris les délices d'un veuvage anticipé, son époux habitant pour ses affaires le fin fond d'une province.

La vie de notre héroïne était tissue de velours et de soie, surtout pendant le carnaval, alors que sous un masque de satin elle peut cacher *des ans l'irréparable outrage*, quand tout à coup, et sans cause appréciable, un des jours de la semaine dernière elle vit et sentit avec effroi son ventre prendre des proportions énormes.

Elle comptait au nombre de ses amis (je ne dis pas admirateurs) un de nos jeunes confrères qui, au premier appel, se rendit avec le plus complet désintéressement auprès de la malade. Après un examen attentif et minutieux, l'Esculape diagnostiqua une tympanite viscérale par obstruction de matières fécales. Les purgatifs, les lavements, les frictions sèches ou composées, furent successivement mis en usage, sans résultats *rapidement* satisfaisants.

Notre confrère faisait de la médecine par amitié. Deux et trois fois par jour il visitait sa malade; assis au pied de son lit, il lui prodiguait toutes les consolations et toutes les espérances que lui suggérait son cœur, et passait souvent une heure à lui rendre avec de douces paroles la paix et la tranquillité qui l'avaient fuie.

O cœur de malade, qui te pénétrera jamais!

Pendant que notre confrère consacrait ainsi un temps précieux à l'amitié, sa malade méditait l'injure la plus grande qu'on puisse faire à un médecin, celle de manquer de confiance et de franchise avec lui.

Je ne sais par quelle aberration d'esprit et par quel travers de cœur cette injure fut conçue; toujours est-il qu'un matin, sans en prévenir notre confrère, elle manda près d'elle..... devinez qui?..... un homœopathe.

Depuis Hahnemann, l'homœopathie s'est singulièrement civilisée : autant le maître mettait de soin et de puérilité à interroger les malades et à noter les plus insignifiants phénomènes, autant les adeptes aujourd'hui apportent de légèreté à recueillir les symptômes.

Celui dont il s'agit ici était encore peut-être plus avancé que ses confrères.

A la vue du ventre ballonné et développé outre mesure et sans s'informer davantage des causes et de la date du ballonnement, il introduit l'indicateur de sa main droite dans sa bouche, l'en retire humecté de salive et, écartant les draps du lit, il le plonge dans le vagin de la malade, stupéfaite de ce procédé.

L'examen ne se prolongea pas longtemps.

— Madame, dit l'oracle, vous êtes au neuvième mois d'une grossesse; l'ouverture de l'utérus commence à se dilater, l'accouchement est proche.

Ces paroles, dites avec un accent grave et magistral, glacèrent

pieuse à la suite d'un lavement ; il a uriné davantage que les jours précédents ; les urines sont d'un jaune foncé, non troubles.

L'auscultation fait constater en arrière, aux deux sommets, du râle sous-crépitant humide. A gauche, on entend dans la moitié supérieure gauche, tant en avant qu'en arrière, une respiration bronchique comme éclatante, se rapprochant beaucoup du timbre de la respiration amphorique ; la voix y présente les mêmes caractères, tandis que dans la moitié inférieure, en bas, on entend de la broncho-égophonie ; le son est toujours mat dans toute la hauteur. En avant et à droite, on entend dans l'inspiration parfois une bulle de râle sous-crépitant, surtout sous la clavicule ; au sommet droit, en avant et en arrière, on entend une bronchophonie marquée. Le frémissement vibratoire est de nouveau constaté à gauche dans toute la hauteur, quoique plus faible qu'à droite et moins marqué en avant qu'en arrière. Cœur à la même place, près du mamelon droit.

Le 6, amélioration pour l'état général ; le malade souffre peu, il peut se tourner dans son lit et se coucher à gauche ; appétit et sommeil bons. On constate, ce jour-là, du râle sous-crépitant peu abondant à gauche dans toute la hauteur en arrière, c'est-à-dire dans les 3/5ᵉ supérieurs environ ; on entend la respiration, car dans les 2/5ᵉ ou le tiers inférieurs il y a toujours absence de bruit respiratoire ; on entend un léger bruit de frottement ; la respiration amphorique a diminué dans la partie moyenne en arrière ; dans le tiers supérieur elle persiste ; elle offre toujours un timbre métallique clair ; elle est moins marquée peut-être que dans les cas de pneumothorax, où elle présente son maximum d'éclat métallique ; mais elle est différente de la bronchophonie éclatante ; elle donne à l'oreille toujours, comme dès le commencement, la sensation comme si le souffle se perdait dans un vase ; une amphore à large calibre et à goulot étroit ; en un mot, elle mérite, de l'aveu de tous ceux qui observent le malade, le terme d'amphorique que lui a donné M. Louis dès les premiers jours. — On continue la digitale ; le malade en prend 4 pilules par jour de 0,05, et une pilule d'opium le soir.

Les jours suivants le pouls tombe d'abord à 88, et oscille pendant cinq à six jours entre 84 et 92. Le frémissement vibratoire de la voix augmente à gauche ; la respiration amphorique persiste, toujours d'autant plus marquée qu'on se rapproche davantage du sommet gauche. On entend quelques craquements ; les battements du cœur diminuent d'étendue à droite ; on entend toujours des râles vibrants, sonores ou sous crépitants en avant à droite, entre la clavicule et le mamelon ; la respiration est plus libre, absence du sentiment d'oppression, 24 respirations par minute. L'appétit revient, mais la langue reste toujours jaunâtre ; il y a tantôt diarrhée légère, tantôt constipation ; il urine beaucoup ; le sommeil est assez bon.

Le 10, on constate pour la première fois une diminution marquée de la matité entre la clavicule gauche et le mamelon ; la bronchophonie au sommet gauche en avant n'est plus métallique. Il a toujours un sentiment de pesanteur et de froid dans tout le côté gauche. En arrière en haut, dans le tiers supérieur, la respiration amphorique et la bronchophonie métallique persistent, mais moins marquées, plus superficielles et plus évidentes dans la fosse sus-épineuse ; dans le tiers moyen, quelques bulles de râle sous-crépitant, voix chevrotante, broncho-égophonie ; dans le tiers inférieur gauche, respiration très obscure. Le malade se couche indistinctement sur le côté gauche et sur le droit ; la toux persiste à un léger degré, avec expectoration peu abondante d'un muco-pus par crachats arrondis, assez épais.

Le 13, la diarrhée est plus manifeste ; il a eu trois à quatre selles, mais des coliques plus fréquentes ; pendant la nuit il a été plus oppressé que précédemment ; pouls à 100, toujours petit. Les crachats sont épais, opaques, jaunâtres, diffluents, quelques-uns mêlés de stries de sang ; plusieurs sont transparents, gluants et comme tremblotants. — On ajoute aux prescriptions un lavement laudanisé avec addition de 10 gouttes de laudanum.

Le 14, le pouls est revenu à 80 ; le malade est faible et abattu, il continue à avoir de la diarrhée, il a été un grand nombre de fois à la garde-robe, mais ayant plutôt des envies et ne rendant chaque fois qu'une petite quantité de mucosités ; beaucoup de tranchées ; bouche toujours mauvaise. En général, la convalescence n'est pas franche ; les forces ne reviennent pas, l'oppression est de temps en temps assez marquée, les nuits sont mauvaises, sommeil interrompu et agité, malgré l'opium. De petites doses d'eau de Sedlitz font un peu revenir l'appétit ; on ne peut point juger si elles agissent sur la diarrhée, le malade ayant trois à quatre selles par jour, qu'il en prenne ou qu'il n'en prenne pas. La fréquence plus grande des selles, accompagnée de ténesme, n'a pas reparu.

Le 15, l'examen de la poitrine fournit le résultat suivant : En avant et à droite, la respiration est assez bonne, rude sous la clavicule ; pas de râles ; les battements du cœur ne se perçoivent plus à droite que près du sternum. A gauche et en avant, la matité existe jusqu'à deux travers de doigt sous le mamelon ; sous la clavicule, la respiration est bronchique, comme métallique, conservant, mais plus faiblement, le caractère amphorique. Plus bas, le murmure respiratoire est profond et faible, surtout latéralement. En arrière à droite, on entend toujours au sommet une respiration rude, presque bronchique, avec expiration prolongée ; des râles sous-crépitants rares, disparaissant après la toux, s'entendent sur divers points. A gauche et en arrière, la matité est toujours absolue dans toute la hauteur ; dans le tiers supérieur, on continue à entendre la respiration bronchique métallique, surtout dans la fosse sus-épineuse, allant en diminuant à mesure que l'on se rapproche de l'angle de l'omoplate. De là en bas on entend la respiration, mais faible et obscure, et marquée seulement dans les mouvements respiratoires profonds ; elle est nulle dans le quart inférieur. La voix est bronchique dans le tiers supérieur, offrant toujours les caractères de l'égophonie dans le tiers moyen.

Pendant la nuit du 17 au 18, le malade a eu une douleur assez vive dans la fosse sous-épineuse gauche, qui s'étendait latéralement en avant ; les envies fréquentes d'aller à la selle ont reparu ; le ventre, toutefois, est souple et indolent ; les crachats ont toujours conservé les mêmes caractères, et continuent à renfermer des stries et des taches de sang ; ils sont moins abondants : ils ne l'ont jamais été beaucoup, le malade remplissant à peine son crachoir au quart dans les vingt-quatre heures. Le côté gauche de la poitrine s'affaisse notablement ; les battements du cœur commencent à pouvoir être perçus à gauche du sternum.

La diarrhée persiste ; les douleurs dans le côté gauche de la poitrine reviennent par moments. La toux persiste, sans être très fréquente.

Le 22, le malade est dans l'état suivant : les forces ne reviennent pas ; il se sent toujours faible et fatigué ; il continue à tousser ; les crachats ne sont pas teints de sang ; le point de côté en arrière, sous l'omoplate, et s'étendant de là en avant, persiste toujours ; il n'a pas transpiré la nuit dernière, mais bien les nuits précédentes. La diarrhée persiste : il n'a été cependant qu'une fois depuis hier. Le pouls est petit, à 72 le matin, et point accéléré le soir ; la langue est toujours jaunâtre ; il respire plus librement ; les battements du cœur s'entendent presque à leur niveau naturel, encore un peu plus vers le sternum que vers le mamelon. La voussure thoracique gauche a bien diminué. Le son est revenu à gauche, entre la clavicule et le mamelon. Entre le poumon et le mamelon, on entend la matité précordiale dans une étendue de 3 centimètres carrés environ. A droite, en avant et en haut, la respiration est toujours rude, surtout l'expiration prolongée, et dure, sans râle. A gauche, en avant, la respiration est plus nette que les jours précédents dans la moitié supérieure ; point de râle, bronchophonie non métallique sous la clavicule, avec expiration bronchique d'intensité moyenne. En arrière, à gauche, la matité est toujours absolue jusqu'au dessous de l'épine de l'omoplate ; le son commence à reparaître entre le bord interne de l'omoplate gauche et l'épine dorsale ; au sommet, la respiration est toujours soufflante, bronchique, surtout dans l'expiration ; il en est de même de la voix ; disparition de tout caractère amphorique. Depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à son angle inférieur, la respiration, tout en étant plus faible qu'à droite, est cependant nette et vésiculaire ; plus bas, elle est très obscure. La vibration de la voix est marquée, toutefois plus faible encore qu'à droite. L'égophonie dans le tiers moyen gauche et postérieur a disparu. A droite, en arrière et en haut, toujours expiration prolongée ; bruits respiratoires durs, un peu soufflants ; toujours quelques bulles de râle sous-crépitant.

L'état du malade ne subit, les jours suivants, que des modifications à peu près insignifiantes. Voici quel est le résumé du résultat de l'examen le 30 octobre.

Le dévoiement persiste, malgré l'emploi de l'opium en lavements et en pilules ; le pouls est à 84, médiocrement développé ; le sujet a plus toussé depuis deux ou trois jours que précédemment ; il a eu de l'oppression qui persiste à un léger degré ; le point de côté a également reparu depuis deux jours ; la nuit n'a pas été mauvaise ; l'appétit est assez bon ; la langue toujours couverte d'un enduit jaunâtre plus épais.

On perçoit de la matité sous la clavicule droite, bien qu'à un léger degré. Dans cette région, ou précédemment la respiration était rude et l'expiration prolongée, on commence à entendre une respiration bronchique, surtout dans l'expiration, et de la bronchophonie. Ces signes sont plus marqués sous la clavicule, près du sternum, que vers le côté externe. A gauche, en avant, la respiration est plus forte, plus naturelle, quoique toujours plus faible qu'à droite dans les endroits correspondants ; le retentissement de la voix y offre toujours le caractère bronchique, mais plus faible, non amphorique. La voussure a disparu. Il y a plutôt un rétrécissement de la cavité thoracique à gauche, point sur lequel nous reviendrons plus loin. En arrière, le son commence un peu à revenir dans le tiers inférieur gauche ; il est plus clair encore entre l'omoplate et l'épine dorsale. Au sommet, dans le tiers supérieur, en arrière et à gauche, la respiration bronchique et la bronchophonie persistent ; absence de râles. Dans le tiers moyen, la respiration est faible, mais vésiculaire ; on l'entend un peu plus difficilement dans le tiers inférieur, où elle avait été très obscure. Au sommet droit, en arrière, la respiration continue à être rude et l'expiration prolongée et accompagnée de quelques bulles de râle sous-crépitant, qui ne disparaissent pas après la toux ; la respiration devient normale à 36 centimètres au-dessous du sommet ; le retentissement vibratoire de la voix continue à être plus faible qu'à droite.

Le 2 novembre, nous examinons comparativement le côté postérieur de la poitrine sous le rapport sthétoscopique, le malade étant couché sur le ventre ou assis. Dans la première de ces positions, nous ne constatons pas une grande différence pour la sonorité ni pour la respiration dans les deux tiers inférieurs à gauche ; on perçoit un léger bruit de frottement. Dans le tiers supérieur, la respiration est plus forte, mais il y a absence de l'exagération du retentissement de la voix, absence de bronchophonie, tandis qu'elle persiste au sommet droit ; elle n'a cependant pas disparu à gauche, car le malade étant revenu à la position assise, on entend encore distinctement la bronchophonie jusqu'à 3 centimètres au-dessous du sommet. Dans la position sur le ventre, nous constatons un phénomène remarquable de la voix : des deux côtés on entend, outre la voix, un timbre plus éloigné, comme l'écho affaibli de la voix, comme une résonnance métallique ajoutée à la voix elle-même ; on dirait la voix perçue à la fois sous l'oreille et à distance, provenant du larynx. Nous continuons à soumettre le malade tous les deux ou trois jours à une exploration complète de la poitrine jusqu'à sa sortie, le 13 novembre ; mais, comme les changements survenus ne sont guère bien considérables d'un examen à l'autre, nous donnons ici seulement le résultat du dernier, fait à l'hôpital le jour de la sortie, et confirmé quelques jours plus tard encore, en ville, avant le départ du malade de Paris.

Le 13 novembre, nous trouvons donc le malade dans l'état suivant : il continue à avoir du dévoiement ; il a tous les jours deux ou trois selles en diarrhée, accompagnées quelquefois, quoique rarement, de coliques ; il a rarement de l'oppression, mais il continue à avoir un sentiment de gêne, de pesanteur et de froid dans tout le côté gauche de la poitrine ; il n'a

---

d'effroi et d'épouvante la malade, qui n'avait pas, à ce qu'il paraît, la conscience très nette en cet endroit.

Je laisse à penser si purgatifs, lavements, vomitifs, frictions, etc., furent critiqués par l'homœopathe ; tout agent pharmaceutique fut proscrit, la diète enlevée et l'exercice ordonné.

Les douleurs morales, produites par la certitude d'une grossesse adultère, étouffèrent pendant deux jours les souffrances physiques. Les prescriptions de l'homœopathe furent suivies à la lettre, et notre jeune confrère, averti par hasard de ce qui s'était passé, ne trouva, pour se venger de tant d'ingratitude, que cette exclamation contre l'adepte d'Hahnemann : Le malheureux ! il n'a même pas regardé la figure de sa malade !!!

La Providence ne voulut pas qu'une si noire ingratitude restât impunie : après deux jours de contraintes morales difficiles à décrire, les souffrances reparurent plus violentes que jamais sous l'empire du régime homœopathique, et, dans la certitude d'un accouchement prochain, un accoucheur fut appelé en toute hâte.

La grossesse était une chimère, comme on doit le penser, et la malade, croyant toucher à son heure dernière et ne sachant plus à quel Esculape se donner, se fit transporter à la Maison nationale de santé, où, chaque jour, entre les mains de M. Duméril, elle maudit l'homœopathie, ses pompes et ses œuvres.

Heureusement pour l'humanité et pour notre profession, on peut citer, à côté de ces exemples de la plus insigne ingratitude, des faits d'une reconnaissance à toute épreuve. Je reconnais que ces derniers sont infiniment moins nombreux que les premiers, ainsi que je l'ai dit plus haut, et l'on doit, pour cette raison, s'attacher à produire ceux qui sont à notre connaissance et les proposer pour modèles à nos clients.

Notre héros, cette fois, est inscrit au tableau des avocats de Paris et occupe dans une administration une position importante. Cependant l'anecdote remonte à une époque un peu plus reculée de sa vie, à celle où il avait sa place marquée sur les bancs de l'école de droit.

Pour les gens du peuple, la *profession d'étudiant* se circonscrit dans l'étude de la médecine, et, à leurs yeux, on ne peut étudier rien autre chose que l'art de guérir.

Notre avocat, au temps heureux où le Digeste faisait ses occupations et le Prado ses plaisirs, avait établi ses jeunes lares dans la maison d'un épicier qui partageait à son endroit l'erreur vulgaire dont je viens de parler.

Un jour, jour néfaste et bien souvent maudit par l'adepte de Cujas ! l'épicier entra gravement dans la chambre de son voisin et le consulta non moins gravement sur un *mal d'aventure*, bobo de peu d'importance.

L'étudiant, à qui la gaîté ne faisait jamais défaut, trouva la plaisanterie de son goût, et, façonnant sa figure et sa voix pour la circonstance, commença par bien effrayer le consultant sur la gravité de son mal, mais promettant de le guérir s'il était fidèle aux prescriptions qui lui seraient faites.

L'épicier promit tout et il tint parole.

Je ne sais quelle fut la nature des prescriptions, mais il est certain que le malade guérit et que dès ce moment il voua à son sauveur une gratitude et une confiance que jamais rien n'a pu ébranler.

A la moindre indisposition, l'épicier recourait au médecin improvisé et toujours, faut-il le dire ! avec un égal succès.

O nature ! voilà bien de tes coups !

L'épicier un jour se maria ; l'étudiant, que l'on avait élevé dans la maison au rang des êtres indispensables, fut nécessairement convié à la noce, pendant laquelle des compliments et des jeux de mots lui furent adressés touchant le rôle que la jeune épouse lui réservait dans neuf mois ; l'épicier, on le pense bien, ne resta pas en arrière dans l'expression de ce doux espoir, et l'étudiant se prêta à la plaisanterie avec la meilleure grâce du monde, ne pensant pas que jamais elle dût se réaliser.

Il se trompait : neuf mois n'étaient pas révolus qu'une nuit il fut subitement éveillé par des coups redoublés frappés à sa porte. Il se hâte d'ouvrir et se trouve en face de l'épicier, qui, une chandelle à la main, le prie de venir de suite auprès de sa femme en mal d'enfant.

La plaisanterie prit aux yeux de l'étudiant des proportions beaucoup trop fortes ; il essaya de s'excuser.

— C'est impossible, reprit l'épicier, ma femme et moi n'avons confiance qu'en vous ; nous refuser serait causer sa mort et celle de l'enfant et me jeter moi-même dana le dernier désespoir.

L'étudiant fit de nouvelles tentatives de refus, et, reculant devant la responsabilité qu'on le forçait d'assumer sur lui, il déclara son incompétence et avoua étudier le droit et non la médecine.

L'épicier ne comprit pas cette distinction, et, bien convaincu qu'on ne pouvait étudier que la médecine, il se montra inflexible devant les raisons qu'on lui opposait.

Il ne resta plus à l'élève de Cujas qu'à se bien tirer de cette affaire.

Arrivé près de la malade, il la toucha magistralement ; puis prenant à l'écart le mari :

— Le cas est très grave, lui dit-il ; comme la loi ne me permet pas encore d'exercer la médecine, il faut appeler un docteur afin qu'il réponde devant la loi.

L'épicier baissa la tête, car pour lui la loi se traduisait par le gendarme et la cour d'assises.

Un docteur fut mandé, mais on fit promettre à l'étudiant de ne pas abandonner la malade.

Pendant un simulacre de consultation, notre confrère fut mis dans la confidence de l'accoucheur malgré lui et la petite comédie qui en fut le résultat se joua à l'avantage de tout le monde.

L'étudiant ne voulut pas recevoir d'honoraires, et la femme de l'épicier n'eut jamais dans sa boutique ni assez de rhum, ni assez d'anisette fine pour acquitter sa reconnaissance, qui était sans bornes.

Félix Roubaud.

point senti les points de côté ces derniers jours; il a un peu plus d'appétit, mais celui-ci est irrégulier, inégal; la langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre; goût pâteux à la bouche; ventre souple et indolent; le sommeil est meilleur; l'état des forces aussi s'est amendé, quoiqu'il ne puisse rester levé que trois ou quatre heures au plus sur vingt-quatre. Le malade continue à maigrir; le pouls est toujours petit, à 88; il a été tantôt de 80, de 84 ou de 88. La saillie du sternum à gauche a à peu près disparu. La mensuration du thorax montre un rétrécissement de 3 ou 4 centimètres. La mesure comparative au milieu du sternum, le point étant marqué à l'encre, est de 48 centimètres pour le côté droit, et de 45 pour le côté gauche. Au bas du sternum, au niveau de l'insertion de l'apophyse xyphoïde, elle est de 48 centimètres à droite et de 44 à gauche. Le thorax est également affaissé dans le sens de son diamètre vertical, qui, du fond de l'aisselle jusqu'au bas des fausses côtes, est de 33 centimètres à droite, de 29 à gauche; mais le malade était mal conformé, et avait l'épaule droite plus haute que l'autre avant sa maladie, ce qui fait qu'ici la mensuration perd de sa valeur.

Le son est incomplétement revenu à gauche et en avant; il est beaucoup plus clair qu'au début de la maladie, mais plus mat que dans les points correspondants à droite. Cette matité incomplète se perçoit jusqu'un peu au-dessous du mamelon gauche; de là en bas on a le son tympanique de l'estomac. A droite, on trouve également une diminution de la sonorité depuis la clavicule jusqu'au troisième espace intercostal, surtout si l'on compare ce son avec celui perçu plus bas. Cette matité est plus prononcée, presque absolue, dans un espace de 2 centimètres carrés environ au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire.

La respiration, à la partie antérieure de la poitrine, montre à gauche, dans le tiers supérieur, un caractère de rudesse; on y entend à la fin de l'inspiration un râle sous-crépitant fin, râle que nous avions également constaté dans toutes nos dernières explorations. Le retentissement de la voix est exagéré dans tout cet espace. La respiration est vraiment bronchique et accompagnée de bronchophonie sous la clavicule gauche dans sa moitié et dans son étendue, de trois travers de doigt environ. Depuis le niveau du mamelon et un peu au-dessus, la respiration est faible, sans râle. Les battements du cœur se trouvent à leur niveau normal; ils sont réguliers, faibles. En les suivant à droite, on les perçoit encore, en allant en s'affaiblissant jusqu'à trois travers de doigt en dedans du mamelon droit. Sous la clavicule droite, la respiration est rude, soufflante, surtout dans l'inspiration, qui est prolongée; et près du sternum on constate une expiration bronchique et de la bronchophonie; tout le tiers supérieur droit en avant présente un respiration dure. Plus bas, la respiration est douce, vésiculaire, naturelle.

En arrière, la sonorité est incomplétement revenue en haut au tiers supérieur environ et dans tout l'espace compris entre l'omoplate et l'épine dorsale; toutefois, l'autre côté donne un son plus mat que le droit, qui sous ce rapport n'offre pas d'altération marquée.

En arrière à gauche, dans la fosse sus-épineuse, la respiration est encore bronchique dans l'expiration, qui est très prolongée; bronchophonie et quelques râles sous-crépitants dans tout ce sommet; ces caractères se perdent insensiblement et graduellement dans la fosse sous-épineuse; on constate cependant une expiration prolongée dans toute la moitié supérieure. Plus bas, à partir du niveau de l'angle de l'omoplate, la respiration est douce et faible jusqu'en bas. Dans le tiers supérieur, à droite et en arrière, respiration soufflante, bronchique, surtout dans l'expiration; celle-ci est très prolongée; ces caractères sont plus tranchés dans le tiers supérieur droit près de la colonne vertébrale; plus bas, la respiration est bonne et naturelle.

Le traitement pendant les derniers temps a consisté dans l'emploi de l'opium, dont le malade a pris jusqu'à trois pilules de 5 centigrammes de l'extrait par jour; il a fait usage de tisanes adoucissantes, d'eau de riz, de lavements laudanisés; il a toujours peu mangé; il n'a pas dépassé une portion, si mes souvenirs ne me trompent pas. Les émissions sanguines ont été pratiquées pendant la période aiguë de la maladie, après lesquelles la digitale, l'eau de Sedlitz et les préparations d'opium ont été mises en usage.

Peu de jours après ma dernière exploration, le malade a quitté Paris pour retourner dans son pays; je n'ai plus eu de ses nouvelles depuis.

Résumé. — Un médecin savoisien, âgé de trente-neuf ans, à Paris depuis un an, entre à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Louis, le 24 septembre 1850. Le malade n'a pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille; il a craché du sang en petite quantité à quinze ans. Il a généralement joui d'une bonne santé. Il a eu plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu; dans un de ces accès, il y a cinq ans, il a été saignée trente-deux fois.

Pendant le temps qui a précédé l'invasion de sa maladie, il n'a eu ni toux, ni oppression, ni crachements de sang; il a fait des excès de tout genre pendant un mois avant de tomber malade.

Sans avoir pris froid, au moins sans accuser un refroidissement comme cause de sa maladie, il est pris le 21 septembre de maux de tête, d'une agitation générale et d'un point de côté, qui a son siége près du mamelon gauche; en même temps, l'oppression se déclare; il tousse peu. Ces symptômes persistent à son entrée à l'hôpital, et on constate dès le premier jour une respiration amphorique en arrière au sommet gauche; la matité est absolue dans tout ce côté de la poitrine; absence de vibration thoracique; saillie en avant à gauche près du sternum; battements du cœur à droite près du mamelon; respiration bronchique dans toute la moitié supérieure gauche, nulle en bas. Une émission sanguine locale et générale est pratiquée.

Le lendemain, l'oppression augmente, et on entend au sommet gauche une respiration trachéale en avant et amphorique en arrière; dans la journée, la gêne respiratoire est telle que l'on est obligé de pratiquer la thoracentèse; on extrait un litre et demi d'une sérosité citrine tenant en suspension des flocons albumineux. Amélioration momentanée et passagère; mais le lendemain retour de tous les symptômes comme avant l'opération; cependant, au bout de deux ou trois jours, une amélioration assez sensible commence, le pouls se ralentit, l'oppression diminue; toux persistante; de la matité à gauche; apparition de râles sous-crépitants au sommet gauche. Dès le 30 septembre, diminution de la douleur thoracique; le timbre amphorique de la respiration et de la voix dans le tiers supérieur gauche persiste d'une manière marquée pour ne disparaître que vers le 22 octobre, époque où la pleurésie avait fait des progrès vers la guérison. Le frémissement vibratoire des parois thoraciques apparaît de bonne heure au côté gauche; la respiration n'a jamais été très accélérée, 30 par minute.

Nous n'insistons pas davantage dans ce résumé sur les phénomènes ordinaires de cette pleurésie, tels que la broncho-égophonie, le sentiment persistant de pesanteur dans le côté gauche du thorax, le retour très lent du son et de la respiration en bas, etc.

Dès le neuvième jour après le début, le sommet du poumon droit commence à présenter des signes de tubercules, qui, de jour en jour deviennent plus manifestes, et qui vers le 13 novembre, époque de la sortie du malade, consistaient en une matité sous la clavicule droite, une respiration bronchique et de la bronchophonie dans le tiers supérieur en avant et en arrière; une expectoration persistante et plusieurs fois teinte de sang par taches et par stries. Avec ces signes locaux coïncide un mauvais état général, bien que la pleurésie tende vers la guérison; le malade maigrit, il ne reprend pas de forces, il a une diarrhée qui résiste aux préparations d'opium.

Lorsque nous cessons d'observer le malade, les signes de tubercules à droite sont toujours allés en croissant. A gauche, la poitrine s'est rétrécie transversalement de 3 à 4 centimètres; le son est revenu en avant et en arrière, surtout entre l'omoplate et l'épine dorsale, moins en bas tout à fait; le cœur s'est revenu presque à sa place normale à gauche. Vers la fin de novembre, le malade quitte Paris, et nous n'avons plus eu de ses nouvelles depuis.

Réflexions. — Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport. Avant tout, nous rencontrons deux points importants, l'un se rapportant à une question de doctrine, l'autre à la symptomatologie stéthoscopique plus particulièrement.

Le premier point est le développement de tubercules, surtout à droite, en même temps qu'une pleurésie suit sa marche à gauche. Au premier abord, ce fait paraît en contradiction avec l'opinion de M. Louis, que j'ai pleinement adoptée, d'après laquelle les inflammations aiguës des voies respiratoires ne passent point directement à l'état tuberculeux.

En analysant cependant attentivement ce qui s'est passé sous nos yeux dans le cas actuel, nous trouvons que ce fait n'aurait pas cette valeur contradictoire. Le malade, qui ne toussait pas auparavant, est pris d'une pleurésie le 21 septembre, et déjà le 30, ainsi neuf jours après le début, nous constatons au sommet droit du râle sous-crépitant, bientôt la respiration devient soufflante, l'expiration se prolonge et devient bronchique, le son devient mat sous la clavicule, la bronchophonie évidente. Il est probable que ces signes constatés au sommet droit ne marquaient pas la naissance des tubercules; pour donner lieu à ces symptômes, qui ensuite vont en croissant, il faut que des tubercules aient existé au moins depuis quelques jours, si ce n'est depuis quelques semaines. Il s'ensuit naturellement que le développement des tubercules dans le poumon est ou antérieur ou simultané avec le début de la pleurésie. Par conséquent, il n'y a là qu'une simple coïncidence, mais nullement une influence causale de la pleurésie sur l'apparition des tubercules.

Parmi les phénomènes stéthoscopiques, nous devons avant tout attirer l'attention sur le caractère amphorique de la respiration et de la voix au sommet gauche qui a apparu dès les premiers jours et qui n'a cessé qu'au bout d'un mois environ. On ne peut accuser raisonnablement ni une caverne, ni une perforation pulmonaire, ni l'introduction de l'air par la thoracentèse, vu que le son a toujours été mat au niveau des régions où on entendait la respiration amphorique. Y a-t-il là une transmission de la respiration et de la voix trachéale qui, par suite du changement physique du poumon comprimé par l'épanchement, aurait pris ce caractère? C'est ce que des études ultérieures seules pourraient élucider.

Nous insistons enfin sur le fait que le frémissement vibratoire de la voix aux parois thoraciques a persisté pendant presque tout le temps du côté où étaient la pleurésie et l'épanchement, bien que plus faible que du côté opposé.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Laugier.

Anomalie de forme de l'estomac coïncidant avec une dyspepsie chronique.

On trouve dans tous les auteurs d'anatomie descriptive quelques lignes sur les anomalies de l'estomac, et entre autres sur la forme bilobée, qui n'est qu'une exagération de l'état physiologique propre à confirmer la distinction établie entre les portions œsophagienne et pylorique de ce viscère. Un exemple de plus n'aurait, comme fait anatomique, qu'un intérêt médiocre. Mais, dans l'observation qui va suivre, il m'a paru que la lésion cadavérique correspondait jusqu'à un certain point à des phénomènes morbides existant pendant la vie, en sorte qu'une dyspepsie chronique se trouvait expliquée par cette anomalie de forme.

La nommée Ravaux (Louise), âgée de soixante-trois ans, ouvrière en bas, est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 4, le 18 février 1851.

Elle paraît d'une assez bonne constitution; ses père et mère sont morts âgés et n'avaient pas d'affection organique. Ses enfants se portent bien.

Réglée à seize ans, elle a cessé de l'être à cinquante. Elle a eu deux fausses couches, trois couches, a nourri ses enfants sans jamais souffrir des seins ni de la matrice. Mais depuis l'âge de vingt-deux ans, c'est-à-dire il y a quarante et un ans, elle a été en proie à une maladie de l'estomac que les médecins appelaient nerveuse et contre laquelle tous leurs remèdes ont successivement échoué. Les symptômes qu'elle indique se rapportent à une dyspepsie chronique. Elle affirme souffrir fort peu pendant l'été. L'hiver, au contraire, elle ne supporte presque aucun aliment. Quand elle mange des légumes, elle éprouve immédiatement après les repas des pesanteurs d'estomac, des éructations, des aigreurs et vomit quelquefois. Le pain est difficilement toléré, la viande un peu mieux. Pour éviter ces digestions toujours plus ou moins fatigantes pendant toute la saison où elle souffre, elle se borne à la panade et au bouillon, régime qui lui réussit parfaitement. Elle assure avoir maigri fort peu?

Depuis huit mois, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite glande située à la partie externe du mamelon du côté droit; cette glande est allée grossissant et n'est devenue douloureuse qu'il y a trois semaines.

État actuel. — Il existe à la partie externe et supérieure de la mamelle droite, tout près du mamelon, une tumeur du volume d'une pomme solide, bosselée à un léger degré, peu douloureuse au toucher, assez bien circonscrite, mobile, non adhérente aux téguments, qui ont conservé leur coloration naturelle. Dans le creux de l'aisselle, on trouve deux ganglions éloignés de la tumeur, peu volumineux, indolents et souples. Douleurs lancinantes. Le teint de la malade est légèrement jaunâtre, mais elle prétend que cette nuance lui est naturelle.

Le 25, l'opération est pratiquée à l'aide du chloroforme. La tumeur est mise à nu par une incision unique, légèrement courbe, à concavité interne de 4 pouces environ. Elle est facilement enlevée. On laisse les ganglions intacts. Pansement une demi-heure après; réunion avec des bandelettes. La tumeur était enkystée dans une enveloppe fibreuse d'un tissu peu consistant, à colorations variées. M. Robin a rapporté cette tumeur à la variété colloïde.

Pendant les jours qui ont suivi, la plaie s'est réunie avec facilité; la malade s'est plainte quelquefois de douleurs de tête, d'étouffements, de difficulté d'aller à la selle. Pouls toujours fréquent, parfois dur et plein. Pommettes rouges. — Purgation avec 15 grammes d'huile de ricin.

Elle se trouvait mieux après cette évacuation, lorsque le 4 mars, à dix heures du matin, elle a été prise tout à coup d'étouffements en venant de manger. Une demi-heure plus tard elle était morte. L'élève de garde eut à peine le temps de prescrire des sinapismes et une potion vomitive qui ne put être prise.

Le 5, *autopsie.* — La masse encéphalique offrait partout un piqueté rouge très marqué. Au sommet de l'un des poumons, caverne tuberculeuse du volume d'une noix, entourée d'un tissu induré. Les deux poumons crépitaient peu sous le doigt, et laissaient écouler, à la coupe, beaucoup de sang et de sérosité. Dans certains points, le liquide avait la couleur du sang artériel. Il n'existait pas de foyer sanguin.

L'estomac contenait une pâte à peine digérée nageant dans un liquide. Il présentait vers sa partie moyenne un rétrécissement très manifeste, et affectait la forme d'une gourde de pèlerin. Au point rétréci il n'y avait pas d'épaississement notable des parois. Ce point occupait à peu près la partie moyenne de l'organe; mais tandis que le renflement gauche se rapprochait davantage de la forme globuleuse, le renflement droit ressemblait à un cône, dont le sommet allait au pylore. En incisant la petite courbure de l'estomac jusqu'au point rétréci, on a vu très distinctement que les deux renflements droits et gauches communiquaient par un canal du calibre de l'intestin grêle environ. Cette ouverture se laissait dilater, et l'on pouvait y passer les deux doigts. Les plis longitudinaux n'étaient pas interrompus par cette constriction. Ils passaient de la portion pylorique dans la portion œsophagienne, en formant une sorte de faisceau plus serré. Dans cette dernière portion la muqueuse était d'un rose foncé, noirâtre et amincie vers le fond du grand cul-de-sac. Vers le pylore elle était d'un rouge-brun foncé, revêtue dans toute son étendue d'un mucus épais et gélatiniforme.

Ici la mort subite me paraît trouver sa raison dans une congestion encéphalique et pulmonaire mortelles par leur grande étendue.

Les diverses nuances de coloration rouge présentées par la muqueuse stomachale s'accordent avec la circonstance de la mort pendant la digestion.

Maintenant, nous rendrons-nous un compte exact du rapport existant entre la dyspepsie de cette femme et la lésion cadavérique observée?

On peut dire que, puisqu'elle est morte pendant la digestion même, ce rétrécissement n'est autre chose que la coarctation passagère qui s'accomplit à ce moment, et que l'estomac surpris par la mort a conservé cette disposition due à la contraction musculaire; mais, outre que pendant la digestion la constriction exercée par les fibres stomachales est loin d'être aussi prononcée, puisque beaucoup de sujets meurent après l'ingestion des aliments, sans offrir sensiblement ce phénomène, il est nécessaire de faire observer que, dans le cas de coarctation passagère on n'éprouve presque pas de difficulté à donner à l'estomac sa forme primitive, tandis que le rétrécissement dont il s'agit persistait malgré les tractions exercées, et ne se laissait dilater que jusqu'à un certain degré, semblable en cela aux rétrécissements fixes et permanents signalés par les auteurs.

Je ne nie pas pour cela l'influence que la contraction mus-

culaire a pu exercer pendant les digestions sur l'estomac de cette femme, il serait même possible que la forme bilobée n'eût pas chez elle d'autre cause que cette influence; mais alors cette constriction, devenue habituelle, aurait produit un rétrécissement fixe, lequel n'aurait fait que s'exagérer au moment de la chymification.

« Des causes de plus d'une espèce, dit Meckel à ce sujet, pourraient bien rendre permanente une disposition qui ne doit être que transitoire. »

Du reste, l'apparition des phénomènes dyspepsiques à l'âge de vingt-deux ans seulement porte à penser qu'il n'y avait point là un vice de conformation congénial.

Quelle que soit la cause de ce rétrécissement, rien d'extraordinaire à voir en lui le principe des phénomènes dyspepsiques éprouvés par la malade. On comprend ainsi pourquoi le bouillon et la panade passaient si bien, tandis que les aliments solides donnaient lieu à des régurgitations et à des vomissements.

Enfin, ne pourrait-on pas se rendre raison de la difficulté de ses digestions, surtout pendant l'hiver, en l'expliquant par la tonicité plus grande de ce viscère durant la saison froide, tonicité en vertu de laquelle les contractions musculaires plus énergiques rétrécissaient davantage l'ouverture de communication entre les deux portions stomacales? A. Labat,

Interne du service.

DU TANNIN

considéré comme antidote de la strychnine.

Il serait bien important que la thérapeutique fût mieux fixée qu'elle ne l'est actuellement sur les meilleurs moyens de combattre l'empoisonnement par la strychnine. M. Orfila a indiqué l'administration des émétiques, et dans le même but Wiel a donné le sulfate de cuivre; Donné a préconisé l'iode et Fourcroy le charbon; l'Ecole italienne l'opium et ses composés. M. Bouchardat a proposé de combiner ces divers moyens de la manière suivante:

1° Provoquer les vomissements avec de l'eau fortement salée ou de l'émétique;

2° Prescrire en même temps l'eau iodurée, en donnant un excès de contre-poison;

3° Pour combattre les accidents tétaniques, entretenir artificiellement la respiration et faire prendre, soit sous forme de lavements, soit par toute autre voie, l'opium et en particulier le laudanum de Sydenham à la dose de 30 ou 40 gouttes.

L'emploi de l'eau iodurée n'est malheureusement pas une chose sans inconvénient, et même, ainsi que l'a prouvé M. Bouchardat, quand on ne donne pas un excès de contre-poison, on court le risque de former un iodure d'iodhydrate de strychnine, substance éminemment toxique, quoique complétement insoluble dans l'eau acidulée. A ce titre, nous croyons devoir mentionner un fait favorable à l'emploi du tannin que Guibourt a conseillé le premier comme précipitant les composés de strychnine.

Une femme, âgée de quarante ans, très délicate, était affectée depuis longtemps d'une douleur erratique aiguë qui se montrait alternativement dans la région de l'estomac, du colon descendant, dans les muscles intercostaux gauches, le bassin, et que son médecin prit pour une affection rhumatico-spasmodique. Le nitrate de strychnine lui fut prescrit, après d'autres remèdes, à la dose de 1/24e de grain, toutes les trois heures, en poudre avec du sucre blanc. Au lieu de suivre ponctuellement la prescription, la malade se hasarda bientôt à prendre une dose double d'heure en heure, bien que la première prise eût déjà déterminé un commencement de vertige. Au bout de six heures, elle avait déjà pris un demi-grain. Tout à coup, pendant qu'elle se promenait dans sa chambre, elle fut atteinte de vertiges d'une grande intensité, tomba à la renverse, et se fit à l'occiput une contusion avec plaie.

Au moment où on la releva, elle avait perdu entièrement connaissance. Un quart d'heure après cet accident, le médecin la trouva ayant repris ses sens, n'ayant plus d'opisthotonos, mais accusant des douleurs dans le dos, un tremblement des mains, des vertiges avec nausées, et quelques vomissements aqueux. La respiration ne s'exécutait qu'avec difficulté; le pouls était faible et fréquent; les mouvements des bras, des mains et des doigts étaient parfaitement libres. — Applications d'eau froide sur la tête; 2 centigrammes et demi de tannin par heure associé à l'acide citrique, au bi-carbonate de soude en solution dans l'eau distillée.

Lorsque les vomissements furent calmés, le tannin fut administré seul dans de l'eau distillée, avec du sirop simple. Après 24 heures tous les accidents étaient calmés. Le tannin pur, dont on avait fait prendre 60 centigrammes, put dès lors être remplacé par un médicament astringent moins actif (décoction de 60 grammes d'écorce de chêne pour 180 de colature, avec addition de 30 grammes de sirop de cannelle et de 1 gramme d'éther sulfurique). A l'aide de cette médication, la malade se rétablit promptement, et la douleur erratique signalée plus haut disparut pour ne plus revenir. Ni le poison, ni le contre-poison employés dans ce cas ne laissèrent de traces. (*Ann. de la Soc. de Méd. de Gand.*)

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA TROISIÈME LEÇON (1).

Une diminution considérable *survenue brusquement* dans la pression exercée sur les gaz qui circulent avec le sang peut et doit, ainsi que l'a établi M. Gavarret, amener la distension ou même la rupture des vaisseaux capillaires pulmonaires et généraux, de façon à produire soit une congestion sanguine pulmonaire et périphérique, soit même des hémorrhagies. Mais lorsque la pression diminue graduellement, lentement, ainsi que cela a lieu pendant l'ascension des hautes montagnes, lorsqu'elle ne dépasse point des limites d'oscillation très étendues, les gaz du sang se mettent en équilibre, et il ne se produit aucun accident, ainsi que le prouvent l'acclimatement à des hauteurs considérables et l'observation des hommes qui, placés les uns sur le sommet des montagnes, les autres dans la profondeur des vallées, sont soumis à une différence de pression qui se traduit par 44 millim. de plus ou de moins dans la hauteur de la colonne barométrique. Les cas fort rares d'ailleurs d'épistaxis, d'hémoptisie, de saignement des lèvres ou des gencives qui ont été observés pendant l'ascension des montagnes, ne peuvent être attribués à la diminution de la pression atmosphérique, car ils ne se sont jamais produits pendant les ascensions aérostatiques, c'est-à-dire à des hauteurs beaucoup plus considérables; on doit les rattacher aux effets du froid, du vent, de la sécheresse de l'air, des efforts musculaires, et dans quelques cas à des causes pathologiques. La pression atmosphérique diminuant, il est évident, d'après l'expérience de Weber, que les rapports de la tête du fémur et de la cavité cotyloïde doivent être modifiés de manière à rendre les mouvements des membres inférieurs plus difficiles et plus pénibles, ce qui explique la grande fatigue éprouvée par les voyageurs, fatigue qui ne dépend point d'un véritable épuisement des forces, puisque quelques secondes de repos suffisent pour la faire disparaître. MM. Lepileur et Martins ont essayé de constater expérimentalement l'influence de la diminution de la pression atmosphérique sur la longueur des membres inférieurs, mais ils ne sont malheureusement pas arrivés à des résultats définitifs et concluants.

Voici, suivant moi, tout ce qu'on peut admettre de positif relativement aux effets de la diminution de la pression atmosphérique; aussi renverrons-nous au chapitre consacré aux *localités* tous les développements que les auteurs ont l'habitude de rattacher à l'étude de la pression atmosphérique, et là nous montrerons encore que c'est à la réunion de plusieurs modificateurs qu'il faut attribuer l'ensemble de phénomènes qu'on a eu le tort de considérer comme produit par la diminution de cette pression.

Augmentation de la pression atmosphérique. — Nous avons dit, messieurs, que les effets de l'augmentation de la pression atmosphérique n'étaient devenus appréciables et n'avaient été étudiés avec précision que dans des appareils condensateurs.

Expérimentant avec un appareil construit pour le percement des puits, M. Triger a constaté qu'à la pression de deux atmosphères des douleurs plus ou moins vives, suivant les sujets, se font sentir dans les oreilles, diminuent d'intensité sous l'influence des mouvements de déglutition et disparaissent dès que l'équilibre s'est rétabli entre l'air de l'appareil et celui que renferme l'oreille interne. Parfois ces douleurs ne se font sentir qu'au sortir de l'appareil.

A la pression de trois atmosphères on ne peut plus siffler, et la voix devient d'autant plus nasonnée que la pression est plus forte. L'ascension rapide d'une échelle a produit moins d'essoufflement qu'à la pression ordinaire, et un ouvrier sourd a entendu plus distinctement. Après sept heures de séjour, des douleurs se sont fait sentir dans les articulations.

M. Tabarié a montré qu'une condensation lente et graduée diminue la fréquence de la respiration et du pouls, lequel tombe de 10 à 20 pulsations par minute; le sujet éprouve une sensation de froid, même lorsque la température de l'appareil est plus élevée que celle de l'air ambiant.

M. Pravaz nous apprend qu'en augmentant la pression d'une demi-atmosphère la respiration devient plus large, plus aisée, moins fréquente; le pouls baisse notablement, et parfois des deux cinquièmes; les mouvements sont faciles et énergiques; la sécrétion de la salive et de l'urine devient plus abondante; le sang, refoulé de la périphérie au centre, abandonne les capillaires cutanés, et donne à l'encéphale un degré plus élevé d'excitation; la faim se développe, et l'augmentation de l'oxygène inspiré rend nécessaire une ingestion plus considérable de substances alimentaires azotées et carbonées.

Suivant M. Pravaz, l'étendue de l'inspiration forcée ou le développement du poumon croît avec la pression atmosphérique jusqu'à une certaine limite, déterminée par la vigueur des sujets; mais la pression cesse de favoriser l'ampliation des organes respiratoires lorsqu'elle dépasse la différence toujours décroissante qui existe entre l'effort des muscles inspirateurs et l'élasticité des parois thoraciques. La quantité d'acide carbonique exhalé augmente jusqu'à la pression de 10 à 12 centimètres, et n'atteint son maximum que plusieurs heures après la sortie de l'appareil; mais au-dessus de cette limite elle devient moins considérable qu'avant l'entrée dans l'appareil condensateur.

Des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, l'hygiéniste peut tirer quelques préceptes importants.

Il est évident tout d'abord qu'il faut, autant que faire se peut, éviter les variations brusques et considérables de pression atmosphérique dans la crainte de voir se produire des accidents graves, des congestions sanguines, des hémorrhagies, des morts subites ou tout au moins des troubles marqués dans la respiration, l'hématose et la circulation.

Malgré la possibilité de l'acclimatement, de l'innocuité d'une diminution lente et graduée de la pression atmosphérique, il faut néanmoins interdire les voyages aérostatiques, l'ascension des montagnes et le séjour dans des lieux très élevés aux sujets qui ont une maladie des organes respiratoires ou du cœur, ou qui y sont prédisposés; à ceux chez lesquels on a lieu de craindre que l'accélération du pouls, de la respiration et les troubles de l'hématose n'amènent des accidents fâcheux.

L'habitation dans les vallées convient, au contraire, dans ces circonstances; mais si l'on veut obtenir de l'augmentation de la pression atmosphérique des effets marqués, il faut, comme nous l'avons dit, avoir recours à des appareils condensateurs dont M. Pravaz a obtenu de très bons résultats dans le traitement de la phthisie pulmonaire, de la chlorose, de l'anémie et de la maladie de Pott.

Bibliographie.

Roulin. *Observations sur la vitesse du pouls à différents degrés de pression atmosphérique.* In *Journal de Magendie*, 1826, tome VI, p. 1.

Rey. *Influence sur le corps humain des ascensions sur les hautes montagnes.* In *Revue médicale,* novembre 1842, p. 321.

Brachet. *Note sur les causes de la lassitude et de l'anhélation dans les ascensions sur les montagnes les plus élevées.* In *Revue médicale*, novembre 1844, p. 356.

Lepileur. *Mémoire sur les phénomènes physiologiques qu'on observe en s'élevant à une certaine hauteur dans les Alpes.* In *Revue médicale,* mai 1845, p. 196.

Tabarié. *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 1838, t. VI, p. 896; 1840, t. XI, p. 26.

Triger. *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences*, 1841, t. XIII, p. 885; 1845, t. XXI, p. 447.

Pravaz. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1838, t. II, p. 985. — *Essai sur l'emploi médical de l'air comprimé.* Paris, 1850.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24 et 31 mai.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 64. — JEUDI 5 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 64. — JEUDI 5 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 4 JUIN 1851.

Procès de Mons.

COMMUNICATION DE M. ORFILA SUR LA NICOTINE.

L'intérêt le plus vif dans cette séance a été, comme on va le voir, excité par la communication de M. Orfila sur la nicotine; le procès de Mons, qui occupe en ce moment si vivement l'attention publique en Belgique et en France, donnait à cette lecture une importance d'à-propos que tout le monde a saisie. Dans la crainte bien légitime que cette communication trop hâtive ne pût porter un préjudice quelconque aux accusés, M. Orfila avait eu la prudence de consigner le résultat de ses nouvelles recherches sur la nicotine dans un paquet cacheté qu'il avait déposé le 20 du mois dernier à l'Académie. L'aveu des accusés sur la préparation du poison et sur l'ingestion volontaire ou non par la victime délivre entièrement de cette crainte et laissait M. Orfila parfaitement libre de publier le contenu de son mémoire.

On verra dans cette communication que le toxicologue français donne une entière approbation à la manière dont le toxicologue belge, M. Stas, a procédé à ses analyses. Les deux expérimentateurs ne diffèrent que sur un point : M. Stas préfère l'acide oxalique à l'acide sulfurique de crainte de décomposition; M. Orfila, sans blâmer l'emploi de l'acide oxalique, est d'un avis contraire; il ne pense pas que l'acide sulfurique dilué, à l'état pour ainsi dire de limonade, puisse avoir cet inconvénient. A ce compte, l'emploi de l'un ou l'autre acide serait à peu près indifférent.

Il est un point encore que les débats et les plaidoiries auront à expliquer, celui de savoir si le poison a été ingéré dans la bouche de la victime par violence et lorsqu'elle a été couchée à terre, ou si l'ingestion aurait eu lieu debout; et dans ce cas, volontairement par Gustave Fougnies, auquel il aurait été présenté par erreur ou par imprudence. C'est dans cette dernière version que consiste le système de défense de l'accusé. M. Stas, dans son rapport, se prononce positivement pour la négative; c'est-à-dire qu'il prétend que l'ingestion aurait été consommée, Gustave Fougnies étant étendu sur le sol, et par suite de violences. On conçoit que nous ne croyons pas devoir nous expliquer sur ce point. C'est dans l'appréciation des dépositions des témoins et dans les lumières qui jailliront de la discussion que les juges devront former les éléments de leur conviction.

Quoi qu'il en soit, l'analyse fort bien faite de M. Stas, conforme à très peu de chose près aux procédés indiqués par M. Orfila dans un mémoire pour la confection duquel il n'avait pu avoir connaissance du travail de l'expérimentateur belge, servira, ainsi que ce mémoire, de base aux recherches ultérieures et guidera les praticiens qui pourront avoir à étudier une question d'autant plus ardue que l'action de la nicotine sur l'homme était peu connue.

Nous laissons, du reste, la parole au rédacteur chargé de l'appréciation de la séance. F. FABRE.

Séance de l'Académie de Médecine.

Tout l'intérêt de la séance est, comme on vient de le dire, dans une lecture de M. Orfila, que plusieurs journaux ont fait intervenir dans le drame qui se dénoue devant la cour d'assises du Hainaut à titre d'expert mandé par la défense, tandis que jusqu'à présent il n'a été appelé à Mons que par l'intérêt de la science.

Un cas d'empoisonnement par la nicotine se produit; M. Orfila, dont le zèle et l'ardeur sont éveillés par toute question neuve et importante, ne veut pas que la toxicologie française, qui lui doit en grande partie sa supériorité incontestée, soit devancée dans l'étude que ce fait va provoquer; il se met immédiatement à l'œuvre, recommence sur une plus grande échelle et plus complétement les recherches auxquelles il s'est déjà livré dès 1840, et le 20 mai dernier il dépose à l'Académie un mémoire dans lequel sont consignés les résultats de ses nouveaux travaux. Mais la position des accusés Bocarmé commande une grande réserve; M. Orfila retarde la publication de son travail, et se rend à Mons pour se mettre en communication directe avec le chimiste distingué de Bruxelles auquel a été confiée la tâche d'éclairer la justice et pour saisir le moment où il lui sera permis de rompre le silence qu'il s'est imposé. Ce moment est venu, car le fait de la mort provoquée par l'ingestion de la nicotine est avéré, accepté, et ce n'est plus que sur les circonstances qui ont accompagné l'introduction du poison que le jury aura à se prononcer.

Tel est le motif qui a conduit à Mons l'éminent toxicologiste; telle est l'origine du travail dont l'Académie a écouté la lecture avec un vif intérêt et une religieuse attention.

M. Orfila se propose de démontrer :

1° Que la nicotine pure a des caractères propres aussi nets, aussi tranchés que ceux qui appartiennent aux poisons minéraux;

2° Qu'il est possible de découvrir la présence du poison soit dans le canal digestif, soit dans le foie, les poumons et les principaux viscères lorsqu'il a été absorbé.

On trouvera plus loin les caractères assignés par M. Orfila à la nicotine; rappelons seulement ici que cette substance a de nombreuses analogies avec l'ammoniaque; que seule, de tous les alcalis végétaux, elle se dissout également dans l'eau et dans l'éther, et qu'il résulte des expériences de M. Orfila que les fumeurs aspirent nécessairement une certaine quantité de vapeurs de nicotine.

M. Orfila décrit avec soin les phénomènes qu'il a observés sur des chiens auxquels il a administré depuis 3 jusqu'à 12 gouttes de nicotine; il signale l'absence de selles et de vomissements; il étudie les accidents qui se produisent dans l'appareil musculaire, et il appelle l'attention de l'Académie sur ce fait singulier, que tous les animaux empoisonnés sont tombés sur le côté droit.

Enfin, l'illustre professeur expose les divers procédés à l'aide desquels on peut constater la présence de la nicotine soit dans le canal digestif, soit dans les viscères; et, à ce propos, nous rappelerons l'immense service que M. Orfila a rendu non-seulement à la toxicologie, mais encore à la physiologie et à la pathologie, par ses belles recherches sur l'absorption des poisons, leur transport avec le sang, leur présence dans toutes les parties de l'économie, et en particulier dans le foie et les reins, où le médecin-légiste est toujours sûr de les rencontrer.

Le crime, dit en terminant M. Orfila, a cru pouvoir employer impunément les poisons végétaux, tels que la morphine, la brucine, la nicotine, en raison des difficultés que présente leur constatation dans le cadavre; mais la société peut se rassurer, la science déjoue ces coupables espérances, et le châtiment vengera du moins les victimes.

M. Orfila, qui a pu prendre connaissance du travail et des procédés d'analyse de M. Stas, les a proposés pour modèle à tous les médecins légistes, et nous consignons avec plaisir dans nos colonnes un éloge qui ne peut manquer d'être précieux au savant professeur de chimie de Bruxelles.

Deux rapports ont été lus : l'un par M. Henry, sur des eaux minérales découvertes à Batignolles; l'autre par M. Lecanu, sur l'alcalinité du sang; mais l'habitude que paraît avoir prise l'Académie de se livrer, pendant la lecture des rapports, à de bruyantes conversations, ne nous a permis que de nous associer aux paroles de commisération prononcées par l'honorable président en faveur de ceux qui acceptent les pénibles et ingrates fonctions de rapporteur.

Un incident honorable et touchant a signalé l'ouverture de la séance; la fille et le gendre du professeur Fouquier ont fait hommage à l'Académie d'une grande partie de la bibliothèque de notre regrettable maître, et ils ont poussé la délicatesse jusqu'à prier le bibliothécaire de la savante Société de choisir les ouvrages capables de remplir quelques-unes des fâcheuses lacunes que l'on constate sur les rayons de la rue des Saints-Pères. — L. Fleury.

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,
Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les nos des 10, 15 et 22 mai.)

Les six premiers articles de cette nomenclature représentent les revenus des propriétés foncières des hôpitaux et des hospices.

Loyers des maisons.	2,214,219 fr.	49 c.
Fermages en argent.	7,381,696	74
Id. en grains.	2,760,204	39
Propriétés exploitées par les hosp.	1,141,928	60
Jardins attenant aux hospices. . .	202,486	84
Coupes de bois.	713,035	43
Total. . .	14,413,571	49

Dont il faut déduire :

1° Trait. des gardes for.	50,435 f.	37 c.	3,121,692	93
2° Contributions. . .	608,163	14		
3° Réparat. des propr.	1,785,060	30		
4° Frais d'exploitation.	621,503	03		
5° Frais d'assurance. .	565,531	09		
Reste net. . .			11,291,870	56

La valeur vénale des propriétés productives des hôpitaux et des hospices étant évaluée à 500,000,000 environ, il en résulte que le revenu de ce capital est de 2 1/4 pour 100. Mais les baux qui ont été renouvelés depuis 1848 ont été faits avec des réductions, et par conséquent ont apporté une diminution dans le chiffre ci-dessus indiqué. La loi du 20 février 1849, en créant l'impôt de mainmorte, a augmenté de deux tiers en sus le montant des contributions, et réduit d'autant celui des revenus, en sorte que le chiffre des revenus n'est peut-être plus actuellement que de 2 pour 100. Les administrations hospitalières sont, en général, très disposées à exploiter elles-mêmes les propriétés rurales à proximité des établissements qu'elles dirigent. Ce mode de gestion est loin d'être avantageux. En effet, il a rapporté 1,141,928 fr. 60 c., sur lesquels il faut déduire, pour frais d'exploitation, 621,503 fr. 03 c., ce qui réduit à moins de 1 pour 100 le rapport de ces propriétés.

Le montant des rentes sur l'Etat est presque égal à celui des fermages en argent. Les commissions administratives sont entrées dans une heureuse voie en augmentant cette branche du revenu des pauvres, qui rapporte plus de 5 p. 100. D'une facile perception facile, n'occasionnant pas de frais, on peut encore, en capitalisant les 3/220es, le doubler en 93 ans, ce qui obvie à la dépréciation de la rente.

Les hôpitaux et hospices sont encore propriétaires d'un grand nombre de rentes sur particuliers. Le chiffre de ce revenu n'est pas au-dessous de 1,075,318 fr. 59 c. Il serait vivement à désirer que les établissements charitables pussent obtenir la liquidation de ces titres. La perception en est difficile, onéreuse; elle force souvent les administrations à faire des frais assez considérables pour en opérer le recouvrement.

Le revenu des capitaux placés aux monts-de-piété, si l'on déduit les recettes du Mont-de-Piété de Paris, est sans importance. Ce qui prouverait que ces établissements sont beaucoup moins usuraires qu'on ne le croit, et que les classes souffrantes qui s'adressent directement à eux payent des intérêts qui ne sont pas de beaucoup supérieurs aux intérêts perçus par le commerce.

Le revenu accidentel le plus considérable est celui des *subventions* allouées *volontairement* par les communes aux administrations hospitalières situées dans leurs murs. Ce revenu est de 8,307,625 fr. 98 c. (tableaux nos 6 et 7); 432 communes, sur 1,130, contribuent à former cette somme; mais elles y participent d'une manière bien diverse. Ainsi 94 villes donnent à elles seules 7,529,818 fr. 09 c. (tableau n° 8); les 338 autres communes ne présentent que le chiffre de 777,807 fr. 89 c.

Voici dans quelle proportion, avec leurs revenus, ces 94 villes viennent en aide aux établissements hospitaliers qu'elles renferment :

1	de ces villes	(Sedan)	donne	28	p. 100	de son revenu (1).
1	—	(Rouen)	*id.*	25	—	*id.* (2)
1	—	(Rennes)	*id.*	21	*id.*	*id.*
1	—	(Schélestadt)	*id.*	20	*id.*	*id.*
3	—	—	*id.*	19	*id.*	*id.*
2	—	—	*id.*	17	*id.*	*id.*
3	—	—	*id.*	16	*id.*	*id.*
6	—	—	*id.*	15	*id.*	*id.*
2	—	—	*id.*	14	*id.*	*id.*
2	—	—	*id.*	13	*id.*	*id.*
7	—	—	*id.*	12	*id.*	*id.*
7	—	—	*id.*	11	*id.*	*id.*
2	—	—	*id.*	10	*id.*	*id.*
6	—	—	*id.*	9	*id.*	*id.*
44						

(1) Cette subvention n'est ordinairement que de 38,000 fr.; soit 19 p. 100.

(2) Cette subvention est nouvelle. Rouen est la ville de France qui, proportion gardée, alloue la plus forte somme aux établissements hospitaliers.

M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a adressé à l'Académie de Médecine trois observations de chute de l'utérus traitée par le pincement du vagin.

Les malades, ayant des prolapsus de 3, 7 et 12 centimètres, ont été soumises à ce procédé, qui consiste à implanter, à huit ou dix reprises, dans le vagin, des pinces dont le nombre varie de quatre à neuf. Le traitement a eu une durée de deux mois et demi à trois mois, et n'a produit aucun accident, soit local, soit général, et il a amené des guérisons qui se maintiennent depuis deux, quatre et six mois.

Le travail du docteur Desgranges fera probablement l'objet d'un rapport, et nous aurons alors l'occasion de l'apprécier en plus grande connaissance de cause.

L. Fleury.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Leçons cliniques de M. le professeur Piorry.

Dans sa première leçon, M. le professeur Piorry, après avoir rendu un juste tribut d'éloges à la mémoire de son honorable prédécesseur M. le professeur Fouquier, et après avoir fait comprendre aux élèves que son enseignement ne s'écarterait jamaisdes admirables préceptes gravés sur les murs de l'amphithéâtre, où se trouvent également inscrits les noms des hommes qui ont le plus illustré la science médicale par leurs savantes découvertes, Laënnec et Corvisart; Laënnec, l'admirable auteur de l'*auscultation;* Corvisart, dont on a illustré le nom en inscrivant au-dessous ces simples mots : *Maladies du cœur. Percussion*, le professeur, dis-je, commence par leur donner quelques conseils sur la manière de s'exercer à l'étude des maladies, et continue ainsi :

Ce n'est pas un cours de pathologie interne que j'ai l'intention de vous faire ; je sais que je m'adresse à des élèves qui sont sur le point de terminer leurs études médicales, et vous verrez quelle énorme différence existe entre les notions que vous possédez, que vous avez puisées dans les cours et dans les livres, et l'étude de la maladie, ou, mieux, l'étude du malade.

Je ne veux rien vous dire d'avance de ma nomenclature, que je n'impose et ne veux imposer à qui que ce soit; elle découle tout naturellement de ma doctrine, et vous verrez au lit du malade combien de fois nous serons obligés d'avouer notre ignorance, en considérant la maladie comme unité morbide; et combien, au contraire, il est plus logique de procéder de ce que nous pouvons savoir à ce que nous ne connaissons pas. De là l'étude des états organopathiques; de là la véritable science de ce que nous savons en médecine; de là la véritable manière d'étudier pour arriver, plus tard, à des appréciations moins vagues de la maladie: appréciations qui, disons-le, ont jeté la science médicale dans un chaos dont elle ne peut sortir, dans une ornière qui doit empêcher tout progrès, toute étude sérieuse. Mes travaux, mes études sont dirigés dans un sens tel que j'ai voulu, après avoir étudié consciencieusement la maladie, sortir de cette voie funeste qui fait que l'étude de la maladie tourne depuis plus de vingt ans dans le même cercle, et qu'à part les progrès que les sciences chimiques ont imprimés à certaines parties de l'étude des liquides altérés, à part quelques recherches presque toutes dues à la science microscopique, cette science sublime est aujourd'hui encore moins avancée qu'elle ne l'était après les découvertes de Laënnec, d'Avenbrugger, de Corvisart. Je veux parler de l'auscultation et de la percussion.

Il est temps, messieurs, de secouer cette vieille poussière, d'entrer dans une voie nouvelle; et, pour entreprendre ces sérieuses études pratiques, il faut commencer par bien étudier ce que nous pouvons apprécier, l'étude des états organopathiques, l'étude des symptômes, l'étude des lésions physiques des organes. C'est un point de départ solide, c'est un guide précieux qui ne vous égarera jamais et qui vous mènera, soyez-en certains, au moins à une pratique médicale saine, si ce n'est à des découvertes dont le but sera le bien de l'humanité.

On a beaucoup dit contre cette étude des altérations de l'homme malade, contre l'organopathie; mais nous en faisons tous à chaque instant, de l'organopathie! Qui a jamais songé, même parmi les vitalistes, à modifier le principe vital par des médicaments dont nous connaissons à peine le mode d'action? Qu'on me cite des maladies d'ensemble bien définies autres que les maladies du sang et les maladies du système nerveux! Et dans ces affections ne voyez-vous pas de suite dans quel dédale vous pénétrez? Faut-il rester encore dans ces idées si vagues d'affections rhumatismales, de fièvres typhoïdes, d'embarras gastriques, autres grands mots qui ne servent qu'à montrer plus évidemment notre ignorance? Et, puisque l'occasion m'est offerte de joindre des faits aux principes que je vous ferai voir au lit des malades que nous examinerons, prenons un exemple et faisons de la clinique.

Le malade couché au n° 21 de la salle Saint-Charles est un jeune garçon de vingt ans, qui est affecté d'un rhumatisme de la région lombaire; il a ce qu'on appelle un lumbago — mot insignifiant; — rhumatisme, mot qui réunit déjà sous sa dénomination les opinions les plus dissemblables, et qui désigne, selon les opinions les plus raisonnables, un état spécial de l'organisation produit par le froid humide. Pour quelques praticiens, c'est une maladie avec fièvre accompagnée d'un état inflammatoire. On applique également ce mot à quelques états fluxionnaires seulement. Il y a du rhumatisme articulaire, il existe du rhumatisme musculaire; ceci devient déjà moins clair. Il y a encore des douleurs musculaires rhumatismales. Dans d'autres cas, ce sont les nerfs qui sont le siége du rhumatisme. Enfin, le rhumatisme vient se placer non-seulement dans les tissus fibreux, mais il produit des ophthalmies. Il se transporte sur le poumon, qu'il peut enflammer. Comment le savons-nous? Qu'est-ce qui nous le prouve? Vraiment, messieurs, il ne nous est plus permis de faire de la médecine de cette manière, et si nous nous reportons à Sarcoin, nous voyons que ce grand pathologiste était beaucoup plus dans le vrai quand, ne sachant où placer la cause du rhumatisme, il la plaçait dans le sang en désignant la couenne, en montrant la fibrine du sang dans le sérum.

Pour en revenir à notre malade, il est layetier; il fait un travail forcé; il se tient courbé constamment. Il y a deux mois, étant en sueur, il ressentit du froid qui vint le frapper dans le dos et non dans la région lombaire. Il éprouva dès ce moment une douleur très vive dans la région des reins. Il n'eut pas de fièvre depuis sa maladie, qui persista jusqu'à présent sans présenter de phénomènes généraux. Si vous examinez ce malade légèrement, vous trouverez en effet qu'il a un lumbago; vous lui donnerez quelques bains de vapeur, vous lui ferez faire quelques frictions irritantes sur la partie malade et vous lui persuaderez qu'il guérira à l'aide de ces moyens. Mais, messieurs, pour nous cela ne peut pas nous suffire; il faut que nous sachions pourquoi ce malade souffre, quel est l'organe qui souffre; par quelle synergie, par quel consensus les organes qui correspondent aux parties environnantes peuvent aussi souffrir. Vous agirez alors comme vous m'avez vu le faire au lit du malade : vous le ferez coucher sur le ventre ; vous ferez porter le doigt du malade, et non la main, à l'endroit précis de la douleur. Vous chercherez avec soin le point malade si le patient ne peut vous indiquer d'une manière exacte, et vous aurez déjà des indications bien précises. Vous verrez de suite que le malade montre sur le côté droit de la colonne vertébrale un point douloureux. A cause de la durée de cette maladie, vous chercherez à voir s'il n'y a pas quelque lésion physique appréciable à la colonne vertébrale. La percussion si difficile de ce conduit osseux vous fera voir s'il y a ou non une déviation, une augmentation de volume. Vous ferez agir cette masse musculaire sacro-lombaire en déterminant quelques mouvements par le redressement de la tête, et vous constaterez que ces mouvements produisent un peu de douleur. La percussion vous fera voir également s'il n'existe pas d'organes profondément atteints dans le ventre, s'il n'y a pas d'augmentation dans le volume des reins, et vous arriverez à poser un diagnostic certain en reconnaissant que c'est en effet déjà dans la masse musculaire qu'est le siége de la maladie.

Vous éviterez déjà de cette façon des méprises bien funestes et que malheureusement j'ai vu commettre bien souvent, méprises funestes qui compromettent la médecine et plus souvent encore la vie des malades. J'ai vu dans ma propre famille un malheureux jeune homme qui se plaignait d'un lumbago et qu'un médecin, par une négligence impardonnable, traitait par des bains sulfureux depuis plus d'une année. Ce pauvre enfant se plaignait toujours, et toujours, sans vouloir l'écouter davantage, on l'envoyait aux bains sulfureux. Savez-vous ce que je découvris quand on le soumit à mon examen? Un énorme abcès par congestion des auteurs, abcès dont les suites furent la mort de cet infortuné.

Un autre jeune homme d'une riche famille se plaignait également d'un lumbago à la suite de maladies syphilitiques contractées à plusieurs reprises en Afrique. On le traitait par l'opium pour calmer les douleurs qu'il éprouvait, et, soit dit en passant, au moment où je le vis il avait un délire provoqué par des doses énormes d'opium accumulées chaque jour, singulier délire, fantastique, d'une gaîté triste. Ce malheureux avait, en définitive, une altération profonde de la colonne vertébrale, dont les progrès furent arrêtés par l'emploi de l'iodure de potassium et qui n'en laissa pas moins le malade avec une paraplégie incurable.

Eh! messieurs, parmi nos malheureux collègues, combien n'en existait-il pas qui se plaignaient de lumbago, tristes erreurs qui causèrent la mort de Sanson, de Royer-Collard, de Marjolin et de ce vénérable M. Fouquier, qui souvent à moi-même se plaignait d'une douleur de reins qui devait avoir un si triste résultat! Ces maladies de la région lombaire ne sont pas rares parmi les médecins d'hôpitaux, et surtout chez les chirurgiens, qui, constamment courbés sur le lit des malades, fatiguent beaucoup plus qu'on ne saurait le croire.

C'est dans ces conditions que la maladie de notre jeune malade s'est développée. Je ne pense pas que le froid ait pu produire cette affection; car, bien souvent, on a eu l'occasion d'appliquer sur les muscles des compresses humides, de faire des applications d'eau glacée, de laisser des cataplasmes se refroidir sur des parties malades, sans que les douleurs musculaires se soient produites sous cette influence.

Et si nous entendons souvent rapporter à cette cause ces douleurs musculaires dont se plaignent les vieux militaires, il faut plutôt les attribuer à la fatigue, à l'influence miasmatique des pays qu'ils ont parcourus, à certaines influences climatériques qu'à l'action du froid humide. Chez notre malade, le froid a porté sur la région dorsale et non sur le point qui est malade. Comment le rhumatisme s'est-il porté sur les lombes? Il est bien plus rationnel de rechercher la cause de cette douleur dans le tiraillement des muscles de la région lombaire, tiraillement continuel provoqué par l'exercice de sa profession. Ces tiraillements peuvent affecter aussi les tissus fibreux, tendineux; et je vous rappellerai à cet égard les admirables recherches de Bichat sur ces tiraillements fibreux.

Vous pouvez juger, messieurs, d'après ce simple fait, nos idées pathologiques; nous partons d'un fait, d'un point certain, le fait pathologique que nous étudions; nous remontons de ce fait bien connu à l'étiologie, que nous pouvons apprécier bien plus sûrement que si nous partions de la cause pour arriver à l'effet produit, car cette cause, nous n'en connaissons pas l'influence, et notre jugement peut s'égarer dès le début et nous mener à des conséquences fausses. Forts de ces données, nous pouvons alors faire du diagnostic et baser notre thérapeutique sur cette diagnose qui ne peut nous induire en erreur, car nous n'agissons que d'après le fait pathologique, l'étude organopathique, l'état de souffrance de l'organe bien défini. Nous guérirons donc notre malade en laissant ces muscles dans un état de repos parfait, en lui faisant prendre quelques bains.

C'est à propos de chaque fait, de chaque malade que nous agiterons les plus hautes questions de médecine pratique. Si

44 d'autre part.						
5 de ces villes		—	donne	8	p. 100 de	son revenu.
3	—	—	*id.*	7 1/2	*id.*	*id.*
6	—	—	*id.*	7	*id.*	*id.* (1)
3	—	—	*id.*	6	*id.*	*id.*
8	—	—	*id.*	5	*id.*	*id.*
3	—	—	*id.*	4	*id.*	*id.*
7	—	—	*id.*	3	*id.*	*id.*
7	—	—	*id.*	2	*id.*	*id.*
7	—	—	*id.*	1	*id.*	*id.*
1	—	—	*id.*	3/4	*id.*	*id.*
94						

La plus forte subvention accordée aux hôpitaux et hospices, comme chiffre, est celle allouée par la ville de Paris; elle est de 3,133,174 fr. 87 c. La plus faible est de 50 fr. (Mondragon, Var); 140 communes sur 432 donnent des subventions au-dessus de de 500 fr. (Tableau n° 6.)

Dans quatre départements, l'Aube, la Corse, le Gers et les Pyrénées-Orientales, les administrations hospitalières ne reçoivent aucune subvention de la part des communes où elles sont situées. Dans un seul département (Tarn), au contraire, toutes les administrations hospitalières sont secourues par leurs communes.

Le droit des pauvres sur les spectacles est une branche de revenu presque abandonnée, et cela bien à tort, par les commissions administratives. Si on défalque les sommes perçues à Paris et à Bordeaux du montant total, il restera une misérable somme de 140,451 fr. 21 c. pour toute la France. S'il est cependant un impôt légitime et juste facile à percevoir, et dont la perception n'a jamais excité la moindre plainte de la part de ceux qui l'acquittent, c'est certainement celui-là. C'est le seul impôt somptuaire qui existe en France, et les administrations hospitalières, en négligeant de faire rentrer les sommes qui appartiennent aux pauvres par le recouvrement de ce droit, me semblent manquer à leurs devoirs.

Le produit du travail dans les hôpitaux et hospices est sans importance aucune. Il s'élève seulement à la somme de 632,846 fr. 79 c. Deux cent cinquante-trois administrations hospitalières, situées dans 73 départements, font travailler les infirmes et les jeunes orphelins admis dans leurs établissements. Ces travaux sont en général exécutés par des vieillards; ils sont bien peu productifs. On pourrait, je crois, utiliser davantage la population secourue par les administrations charitables.

Un assez grand nombre d'administrations hospitalières, 354 environ, tiennent des pensionnats ou des écoles. Cette spéculation, je le pense, n'est pas heureuse. Elle rapporte brut 794,233 fr. 05 c.; mais je suis convaincu qu'en définitive il y a perte pour ces administrations. Si vous donniez l'ordre, monsieur le ministre, d'établir un compte de clerc à maître des recettes et des dépenses relatives aux pensionnats, je suis certain que ce compte solderait en *déficit.* Les pertes d'argent, dans cette circonstance, me paraissent encore la moindre des choses; mais je maintiens que la fondation de pensionnats ou d'écoles est très dommageable pour les pauvres. Non-seulement elle éloigne les religieuses de leur pieuse destination, mais encore elle prive les malades, les vieillards et les orphelins des locaux les plus sains et les plus agréables, tels, par exemple, que les jardins. Est-il prudent, d'ailleurs, de placer de jeunes enfants au milieu d'un foyer qui peut devenir instantanément pestilentiel? A chacun ses œuvres. Que l'administration charitable s'occupe seulement de sa noble mission; elle a bien assez à faire.

Parmi les spéculations commerciales entreprises par les administrations hospitalières, il n'en est pas de plus blâmable que celle relative à la vente des médicaments. Elle n'est pas sans dangers pour le public, les trois quarts des pharmacies hospitalières étant tenues par des religieuses fort peu savantes en ces matières; elle n'est pas non plus lucrative, ainsi que le prouve le montant de ces ventes (388,740 fr. 65 c.); elle est une cause de désordre dans l'administration, car les caisses occultes sont presque toujours fournies par les recettes provenant de ces ventes.

Le produit des journées de malades payants, qui n'est qu'un remboursement de frais, présente un solde assez important (1,817,967 fr. 13 c.). Voilà une innovation qu'on ne saurait trop encourager; non-seulement la création de lits payants dans les hôpitaux et dans les hospices est utile à ces établissements, qui ne peuvent toujours subvenir aux charges qui leur sont imposées, mais elle est éminemment utile aux classes ouvrières. En dehors de l'indigence, il existe un grand nombre d'individus que l'état de maladie fait passer de la gêne à la misère si on ne vient pas à leur aide. Quel secours plus efficace que celui de rendre à la santé par les soins d'un savant médecin, et presque sans frais, un père de famille qui n'a d'autre revenu que son travail! De toutes parts des caisses de secours mutuels s'établissent en France. Une des principales conditions imposées par les sociétaires de ces institutions est de payer les journées de maladie. Pourquoi donc ne pas seconder ce noble désir de ne pas être traité par la charité, tout en prodiguant néanmoins des soins qu'un malade ne pourrait trouver dans un ménage pauvre? La création de lits payants à l'hôpital est une bonne œuvre, et qui produira les meilleurs effets. Il en est de même de la fondation d'hospices où l'on pourrait être admis moyennant 150 à 200 francs de pension. C'est là le complément nécessaire, indispensable des caisses d'épargne et de prévoyance. Selon toutes les probabilités, les personnes qui placent leurs économies dans ces établissements ne parviendront jamais à se faire un revenu qui dépasse 150 à 200 francs au plus; il faut donc qu'avec ce revenu elles puissent subvenir à leurs besoins, et comment y parvenir autrement qu'au moyen de la vie commune et sous le patronage de l'autorité?

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Paris est au nombre des villes qui ne donnent que 7 p. 100 sur leurs revenus.

nous restions dans le vague, nous ne ferions que de la médecine que l'ont les charlatans.

J'espère, messieurs, vous mettre à même de juger si nous sommes dans le vrai, en travaillant sur ces données. Je ne prétends rien imposer ; je veux que vous puissiez juger, et c'est par la persuasion que je désire vous voir entrer dans une voie tout à fait nouvelle et vous faire partager des idées auxquelles je suis arrivé après avoir moi-même étudié à fond toutes les parties de l'art sublime que nous pratiquons.

Le fait si simple dont je viens de vous entretenir n'est rien à côté de ceux dont je me propose de vous parler. Bientôt nous toucherons à des questions bien autrement importantes, nous aurons à les approfondir ensemble par des expériences de physiologie pathologique, et j'espère faire passer dans vos esprits les puissantes convictions auxquelles m'ont conduit les études consciencieuses que depuis plus de vingt ans je poursuis avec la plus infatigable ardeur.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

De l'emploi du chloroforme comme moyen de diagnostic. — De la dilatation forcée du sphincter de l'anus dans plusieurs affections de cette partie.

En assistant aux causeries intéressantes que fait chaque jour au lit du malade le chirurgien de l'hôpital Cochin, nous avons été frappé de l'application heureuse qu'il fait du chloroforme non pas seulement aux opérations majeures, mais encore au diagnostic des maladies chirurgicales et à certaines opérations secondaires.

Un homme de cinquante-quatre ans, couché au n° 3 de la salle Cochin, présente une lésion du membre inférieur gauche. Cette lésion est récente; elle est le résultat d'une chute que le malade a faite la veille sur le bord d'un trottoir. Une vive douleur existe dans la région de la hanche, l'ambulation est impossible, le membre est raccourci de 3 centimètres, le pied dévié en dehors. Aucune lésion n'apparaît à la jambe, au genou, ni dans la partie inférieure ou moyenne du fémur; tout porte à croire qu'il s'agit d'une fracture du col du fémur. Mais la crépitation n'est pas perçue, et le point de savoir si la fracture est extra ou intra-capsulaire reste fort incertain. M. Maisonneuve soumet le malade au chloroforme, alors la crépitation devient évidente. Le chirurgien peut embrasser avec ses doigts le grand trochanter et reconnaître directement les désordres qui attestent une fracture extra-capsulaire. Il peut ramener sans effort le membre à sa longueur et appliquer un appareil contentif avant que le réveil ait lieu.

Un peu plus loin, au n° 7, est un malade affecté de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Mais cette fracture, évidente pour M. Maisonneuve, qui a de ces lésions une grande expérience, n'offre que des signes difficiles à saisir pour les assistants. Le malade est soumis au chloroforme, et l'on peut avec la plus grande facilité obtenir la mobilité du fragment inférieur et la crépitation. On peut apprécier le point précis de la fracture, sa direction, l'étendue du déplacement. On reconnaît aussi que l'apophyse styloïde du cubitus est arrachée. Enfin, on peut sans aucun effort remettre les fragments en position et disposer un appareil contentif dont l'exacte application n'est contrariée par aucun mouvement involontaire, aucune contraction musculaire.

Il en est de même pour le n° 2, affecté d'une fracture du péroné; pour le n° 8, affecté d'une fracture de l'omoplate; pour le n° 27, affecté d'une fracture du calcanéum; pour le n° 14, affecté d'une fracture des deux jambes, des deux cuisses et des os du nez.

Dans tous les cas, l'emploi du chloroforme a facilité singulièrement le diagnostic et la réduction des fractures. Il a rendu aussi plus efficace l'application des appareils contentifs.

A l'occasion de ces malades, M. Maisonneuve rappelle à ses élèves plusieurs cas de luxations qu'ils ont pu observer depuis quelques semaines, et dans lesquels, grâce au chloroforme, la réduction a pu être opérée par le chirurgien seul, sans effort, sans difficulté, et sans tous ces appareils d'extension et de contre-extension autrefois indispensables.

L'histoire de ces lésions, dit M. Maisonneuve, est complétement à refaire sous le point de vue du diagnostic et du traitement. Les ouvrages les plus modernes, ceux même qui ne sont point encore achevés, sont sous ce rapport vieux déjà d'un siècle. Que signifient en effet ces mouffles, ces poulies, ces dynamomètres, ces boucles scellées à la muraille, ces leviers ingénieux?

Que deviennent les procédés de Dupuytren, de Cooper, de Mayor, etc., maintenant que le chirurgien peut seul et sans aides opérer la réduction avec autant de facilité que sur le cadavre? Quant au diagnostic, la flaccidité des muscles, l'absence de cris et de mouvements rendent l'exploration si simple et si facile, que les cas autrefois les plus obscurs deviennent évidents et palpables pour l'explorateur le moins expérimenté.

Un autre malade, affecté de fissure à l'anus, a fourni à M. Maisonneuve l'occasion de réflexions non moins intéressantes. C'est un jeune homme de vingt-quatre ans, couché au n° 24 de la salle Cochin. Il est entré dans les salles pour un varicocèle, dont M. Maisonneuve l'a opéré par le procédé de l'enroulement. Il est à peu près guéri de cette opération, et réclame actuellement les secours de l'art pour une gêne qu'il éprouve dans la défécation. Ce n'est pas, dit-il, une douleur vive qu'il ressent, mais une sensation pénible de courbature dans la région du fondement, et cette sensation se prolonge chaque fois quatre ou cinq heures après les garde-robes.

Pour la plupart des chirurgiens, dit M. Maisonneuve, ce malade n'aurait qu'une affection indéterminée, pour laquelle on lui prescrirait quelques lavements, et cela sans résultat utile. Pour nous, il est affecté d'une contracture du sphincter au premier degré, et nous le guérirons par la dilatation forcée. Les accidents que détermine la contracture du sphincter anal ne sont pas encore parfaitement connus. Boyer, qui le premier sut opposer à cette affection un remède efficace (l'incision), ne les avait étudiés que dans leur période extrême. Les nuances qui se présentent dans la première apparition du mal lui avaient presque entièrement échappé.

Pour M. Maisonneuve, la contracture du sphincter anal est une maladie fréquente ; mais on la méconnaît souvent quand elle n'est point encore très prononcée. Elle existe chez le plus grand nombre des personnes affectées de constipation, d'hémorrhoïdes douloureuses, de ténesme ; on l'observe même dans la dyssenterie chronique ; et, dans tous ces cas, la dilatation forcée rend d'éminents services.

M. Maisonneuve affirme avoir guéri par ce moyen bon nombre de personnes affectées de constipation pénible, mais chez lesquelles il n'existait aucun autre symptôme de la fissure à l'anus. Chez un grand nombre d'hémorrhoïdaires, il a, par cette opération, fait disparaître la douleur et vu les tumeurs hémorrhoïdales externes s'amender notablement ou même disparaître ; il a même, en combinant ce moyen avec la cautérisation au nitrate d'argent, guéri d'une manière radicale une dyssenterie chronique datant de huit ans, et qui ne laissait pas au malade deux heures de repos. Quant à la fissure anale proprement dite, on sait que nul procédé ne peut être comparé à la dilatation.

Après ces réflexions, M. Maisonneuve procède à l'opération.

Le malade est couché sur le côté gauche; la cuisse droite est fléchie fortement, la gauche restant étendue. Le chirurgien introduit dans l'orifice anal d'abord l'index de la main gauche, puis celui de la main droite ; il les enfonce profondément, puis, les tournant dos à dos, il s'en sert pour exercer dans le sens antéro-postérieur une traction lente, mais énergique, jusqu'à ce que toute résistance élastique ait cessé. Alors on voit l'orifice anal rester un instant béant, puis se refermer sans violence. Le lendemain, le malade, enchanté de l'opération ; dit n'avoir plus éprouvé sa gêne habituelle, et les jours suivants la guérison parfaite est complétement confirmée.

MÉMOIRE

SUR LA TRANSMISSION DES ONDES SONORES A TRAVERS LES PARTIES SOLIDES DE LA TÊTE SERVANT A JUGER LE DEGRÉ DE SENSIBILITÉ DES NERFS ACOUSTIQUES.

Par M. BONNAFONT,

Chirurgien-major de première classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, correspondant de l'Académie de Médecine, etc.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 27 mai.)

Cette observation très importante, et déjà citée par Morgagni, a échappé au célèbre physiologiste de Berlin, ainsi qu'à tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'oreille. Il semblerait résulter de ce fait que la transmission de la parole jusqu'à l'oreille interne exige certaines modifications imprimées soit sur la membrane de la fenêtre ovale, soit sur le fluide labyrinthique, et peut-être sur tous les deux, par les mouvements de l'étrier. D'où nous pouvons tirer cette autre conséquence: que, dans les cas d'occlusion congéniale ou accidentelle du conduit auditif, l'oreille ne peut jouir de la faculté d'entendre la parole qu'à la condition d'être transmise à l'oreille interne par tout l'appareil de l'oreille moyenne, ou de l'étrier seul, contrairement à M. Muller, qui prétend que tout cet appareil est nécessaire à l'exécution de cette fonction ; tandis que sans l'étrier, quel que soit d'ailleurs le degré de sensibilité du nerf, l'oreille ne pourra être sensible qu'aux bruits ou à un son seulement.

Nous avons l'observation de trois personnes qui, à la suite d'affections graves, ont perdu l'appareil de l'oreille moyenne, à l'exception de l'étrier ; toutes les trois entendent assez bien pour suivre la conversation ordinaire et pour goûter le plaisir de tous les sons musicaux.

L'un est un jeune homme de quinze ans, sourd depuis quelques années, et auquel nous dûmes faire une ponction au tympan, déjà fort ramolli, pour donner issue à un amas de matières qui engouaient la caisse. Peu à peu la membrane du tympan, le marteau et l'enclume ont été entraînés par la suppuration. Des soins assidus ont arrêté les progrès du mal, qui ne céda qu'aux injections avec l'azotate d'argent et à quelques cautérisations faites avec des insufflations d'alun calciné. Au fur et à mesure que la suppuration diminuait, l'ouïe éprouvait une amélioration sensible ; la même montre, qui n'était pas entendue appliquée, le fut, à la fin du traitement, à 30 centimètres d'un côté et à 45 de l'autre. Quand la caisse fut bien détergée, nous pûmes voir distinctement, au moyen de notre spéculum réflécteur, l'étrier seul en place avec son muscle. Nous noterons, en passant, un phénomène assez intéressant: en appuyant directement avec un stylet boutonné à plat sur le sommet de cet os, le malade éprouvait une sensation très douloureuse comme si on lui avait comprimé la tête, tandis qu'en cherchant à lui faire exécuter un mouvement de bascule, il ne ressentait qu'un sentiment pénible et agaçant.

Cette observation a été lue à l'Académie de Médecine il y a quatre ans. Depuis, l'ouïe s'est bien améliorée, puisque la montre est entendue à 30 centimètres de chaque côté, et l'enfant a pu continuer son éducation, car il est actuellement clerc de notaire à Paris.

On trouve dans Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, lib. 1, epist. XIV, page 91, une observation de Valsalva qui vient à l'appui de celles que nous citons; la voici telle qu'elle est citée dans cet ouvrage:

« Quod Valsalvæ observatio confirmat in femina, quæ cum » membranam illam utrinque erosam aut prorsus, aut maxi- » ma ex parte haberet, inde vero nihil ossiculorum præter » stapedis basim, hinc autem rundum a stapedé omnino » disjunctum, non surda tamen sed gravi duntaxat auditu » jam diu fuerat. »

Comme on le voit, la femme qui fait le sujet de l'observation de Valsalva avait, comme cet enfant, perdu les deux membranes du tympan ainsi que les osselets, excepté la base de l'étrier (*præter stapedis basim*) ; aussi l'ouïe, loin d'être presque abolie, n'avait subi qu'une diminution qui la rendit plus sourde pendant quelque temps.

La deuxième est un jeune Anglais qui m'a été présenté il y a peu de temps par le docteur Makhloulin. Ce jeune homme, à la suite d'une otorrhée aiguë qui a entraîné la perte des mêmes organes de l'oreille moyenne, a conservé une surdité soumise à des alternatives très grandes. Tantôt il est complétement sourd, et tantôt il entend assez bien. L'examen nous a fait voir la destruction des tympans ainsi que celle des osselets, l'étrier excepté. Cet osselet s'apercevait au milieu d'une boursouflure de la membrane qui tapisse la paroi interne de la caisse s'étendant du côté de la trompe qu'il devait obstruer en grande partie. Les alternatives qu'éprouve l'ouïe tiennent bien évidemment à celles que subit ce gonflement, lequel ferme plus ou moins complétement l'ouverture tympanique de la trompe. Comme nous nous sommes assuré de l'intégrité du nerf, il y a ici la presque certitude d'obtenir une grande amélioration de l'ouïe, en faisant disparaître cette cause matérielle de la dysécie. C'est ce que nous avons prédit à ce jeune homme dans la seule consultation écrite que nous lui avons donnée. Il venait de suivre un long traitement, pendant lequel des cautères et des vésicatoires de toutes sortes n'avaient pas été épargnés, le tout sans aucun résultat satisfaisant, qu'on obtiendrait cependant facilement par une médication locale des plus simples.

La troisième est une jeune femme de vingt-cinq ans qui présente la même disposition d'un côté seulement, et entend la montre à 20 et 25 centimètres.

Un seul fait est contraire à ces observations. Nous avons remarqué sur un jeune homme de vingt-cinq ans les mêmes dispositions pathologiques, et cependant l'oreille était frappée de cophose complète, malgré que ce nerf eût conservé toute sa sensibilité. Ce fait nous a suscité de grandes réflexions, et nous nous sommes demandé si l'action efficace de l'étrier sur l'ouïe ne tiendrait pas plutôt à l'intégrité de son muscle, lequel, par des contractions, détermine à cet os des mouvements indispensables à la transmission des ondes sonores jusqu'à l'oreille interne. C'est là une idée que nous nous permettons d'émettre aujourd'hui, en attendant que de nouveaux faits viennent la continuer ou la faire rejeter.

Les personnes, au contraire, chez lesquelles la chute des osselets a entraîné aussi celle de l'étrier ne tardent pas à être frappées d'une surdité presque complète. Mais, lorsque la cophose ne survient pas immédiatement, comme nous l'avons vu deux ou trois fois, l'oreille peut entendre quelques mots seulement, pourvu qu'on crie très fort et sur un ton qui ne sera pas toujours le même; car l'oreille peut n'être sensible qu'aux sons les plus graves, pendant que d'autres fois, et c'est ce qui a lieu le plus souvent, elle n'entendra que le ton très aigu. Nous devons ajouter que ces derniers cas sont les plus nombreux.

Conclusions. — Les conclusions qu'on peut déduire de ce mémoire sont :

1° Que les sons articulés constituant la parole ne peuvent être perçus qu'autant qu'ils pénètrent dans l'oreille interne par les conduits auditifs externes;

2° Que, dans les cas d'occlusion congéniale de ces conduits, la cophose sera complète ou peu s'en faut;

3° Que la boîte osseuse du crâne, ainsi que les os de la tête, peuvent bien transmettre les ondes sonores d'un corps vibrant appliqué immédiatement contre eux jusqu'aux nerfs acoustiques, mais que dans aucun cas les sons articulés ne sauraient être transmis par cette voie;

4° Qu'un corps vibrant soit appliqué sur la voûte du crâne, les ondes sonores qui en dérivent ne suivent pas toujours la courbe des os pour arriver aux nerfs auditifs, mais elles traversent les substances osseuses ainsi que la masse encéphalique pour être ainsi transmises à l'organe principal de l'ouïe ;

5° Que les hémisphères cérébraux, considérés comme conducteurs du son, ne transmettent les ondes sonores qu'à l'oreille qui leur correspond et nullement à celle du côté opposé ;

6° Que le diapason ou le mouvement d'une montre appliqués sur les différentes régions du crâne que nous avons indiquées constituent les meilleurs moyens de diagnostic pour apprécier le degré de sensibilité que, dans la cophose, les nerfs acoustiques ont conservé ;

7° Que la chute de la membrane du tympan, du marteau et de l'enclume n'entraîne pas la cophose, mais seulement une dysécie plus ou moins prononcée, pourvu que les nerfs aient conservé tout ou partie de leur sensibilité et que l'étrier ainsi que ses muscles soient demeurés intacts;

8° Que la perte de ce dernier osselet (l'étrier) entraîne toujours une surdité complète, quelle que soit d'ailleurs la sensibilité des nerfs acoustiques.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 juin 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend quatre lettres du ministre du commerce relatives à des envois de rapports de médecins-inspecteurs d'eaux minérales, et deux lettres relatives à des recettes de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Coloration noire de la langue.

M. le docteur Bertrand (de Saint-Germain) adresse une observation de coloration noire de la langue. Cette observation est suivie de considérations physiologiques sur la coloration de la peau.

Traitement de la chute de l'utérus par le pincement du vagin.

M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse trois observations de *chute de l'utérus, traitée avec succès par le pincement du vagin.*

Cette méthode consiste à placer sur les parois du vagin de petits instruments auxquels l'auteur donne le nom de *pinces vaginales*. Ces pinces s'implantent dans un repli du vagin, le compriment, l'ulcèrent, et finissent par tomber du cinquième au dixième jour. Il faut répéter les applications de huit à dix fois, et toujours mettre en place le plus de pinces qu'on le peut. La durée du traitement est en général de deux mois et demi à trois mois.

Bézoarts.

MM. Claret et Lagillardey (de Vannes) adressent une observation de concrétions intestinales ou bézoarts chez une femme.

Buste de Fouquier.

Les héritiers de M. Fouquier font hommage à l'Académie du buste de Fouquier et d'un certain nombre d'ouvrages de sa bibliothèque.

LECTURES.

Recherches médico-légales sur la nicotine.

M. Orfila lit un mémoire dont voici les principales parties.

En déposant sur le bureau de l'Académie un mémoire sur la nicotine, le mardi 20 du mois dernier, j'ai dit que je ne croyais pas devoir le lire, dans la crainte qu'il n'exerçât une influence quelconque sur les débats qui devaient s'ouvrir à Mons huit jours après. Aujourd'hui, mes scrupules sont complétement levés, parce que j'ai assisté aux trois premières séances de la cour d'assises du Hainaut, et que j'ai entendu les interrogatoires des accusés et les dépositions de quelques témoins. Mon mémoire, en le supposant publié demain, et par conséquent bien avant l'époque ou le jugement sera rendu, ne saurait aggraver la situation des accusés, ni donner une arme nouvelle au ministère public.

Vous allez voir, en effet, qu'après avoir décrit la nicotine, j'arrive à cette conséquence, qu'on peut la déceler facilement dans le canal digestif, dans le foie, dans les poumons et dans tous les organes où elle a été portée après son absorption. Or, M. de Bocarmé avoue qu'il a préparé de la nicotine, que Gustave Fougnies en a pris une dose notable et qu'il est mort rapidement; il ne saurait, par conséquent, contester que M. Stas ait trouvé cet alcali dans le cadavre de son beau-frère.

Après avoir indiqué les propriétés physiques et chimiques de la nicotine, propriétés dont plusieurs n'avaient pas encore été décrites, M. Orfila fait connaître les expériences qu'il a tentées en 1840, et tout récemment, pour déterminer l'action de la nicotine sur l'économie animale. Il résulte de son travail que cet alcali, lorsqu'il est anhydre, est doué d'une activité extraordinaire, puisqu'il suffit d'une ou de deux gouttes pour donner lieu à une intoxication des plus graves, et souvent même pour amener la mort des chiens de moyenne taille auxquels on l'administre. Une goutte de nicotine appliquée sur l'œil de ces animaux les empoisonne promptement et assez gravement pour que l'on puisse croire, deux ou trois minutes après l'application, qu'ils vont succomber. Dès que les chiens ont été touchés par le toxique, ils parcourent pendant quelques secondes la pièce dans laquelle ils se trouvent, et ne tardent pas à éprouver des vertiges. Bientôt après, ils tombent sur le côté droit et sont agités de mouvements convulsifs d'abord légers, puis intenses et tétaniques; il y a opisthotonos, et la mort survient au bout d'une, deux ou trois minutes, si la nicotine était anhydre; elle n'aurait lieu que quelques minutes après si l'alcali avait retenu une certaine quantité d'eau.

A l'ouverture des cadavres, on trouve les tissus qui ont été mis en contact avec la nicotine enflammés et altérés comme ils l'eussent été par l'ammoniaque.

Passant ensuite aux recherches chimiques propres à constater la présence de la nicotine dans les organes, M. Orfila annonce l'avoir trouvée dans les liquides de l'estomac, dans ce viscère, dans le foie, la rate, les reins, les poumons et même dans le sang. Pour atteindre ce but, il a suivi deux procédés que nous allons faire connaître, et à l'aide desquels il est permis de déceler facilement des *traces* de nicotine.

Premier procédé. — On laisse macérer pendant quelques heures la matière suspecte dans 150 à 200 grammes d'eau distillée aiguisée de 3, 4 ou 6 gouttes d'acide sulfurique concentré; il se forme du sulfate de nicotine soluble. On filtre et l'on évapore au bain-marie la liqueur filtrée; lorsque celle-ci est réduite à peu près au tiers ou au quart de son volume, on la filtre de nouveau pour séparer une quantité notable de *matière organique* qui s'est déposée pendant l'évaporation. La liqueur ainsi filtrée, qui est acide, est rendue alcaline par de la soude pure et caustique, afin de transformer le sulfate de nicotine en sulfate de soude et en nicotine; alors on extrait celle-ci par l'une ou l'autre des méthodes suivantes:

1° On distille la liqueur en chauffant la cornue à feu nu; la nicotine vient se condenser dans un ballon que l'on a eu soin de faire plonger dans de l'eau froide. On voit alors que le liquide recueilli dans le récipient est alcalin et formé d'eau et de nicotine, plus, une petite proportion d'ammoniaque provenant de la décomposition de la matière organique que renfermait le liquide soumis à la distillation. Il ne s'agit plus, pour obtenir la nicotine, que de chauffer au bain-marie l'eau nicotinée; l'ammoniaque et l'eau se volatilisent et la nicotine reste.

2° On verse de l'éther sulfurique sur la liqueur rendue alcaline par la soude; l'éther dissout la nicotine sans toucher au sulfate de soude et sans dissoudre sensiblement de matière organique; on décante la dissolution éthérée et on la fait évaporer spontanément à l'air libre; la nicotine reste. Ce procédé est préférable à celui qui consiste à distiller la liqueur à feu nu.

Deuxième procédé. — On laisse macérer pendant quelques heures les matières suspectes dans de l'éther sulfurique, qui dissout la nicotine libre et celle qui a pu être transformée en savon par les matières grasses contenues dans les organes. Cette saponification paraît être un fait constant; on décante, on évapore à l'air libre, et, lorsqu'on a obtenu un produit gras, le plus souvent on le mêle avec de la soude caustique, qui décompose le savon et met la nicotine à nu. On procède alors comme il a été dit plus haut, soit en chauffant le mélange à feu nu dans un appareil distillatoire, soit, ce qui vaut mieux, en traitant de nouveau par l'éther.

M. Orfila donne la préférence au procédé dans lequel la nicotine est saturée par l'acide sulfurique excessivement dilué.

Dans le cours de son mémoire, M. Orfila rend pleine et entière justice à M. Stas, professeur de chimie à Bruxelles, chargé par le ministère public de la recherche de la nicotine dans le corps de Gustave Fougnies. Ce savant, dit-il, a décelé la nicotine dans la langue, dans l'estomac et dans les liquides que renfermait ce viscère, ainsi que dans le foie et dans les poumons. Il en a également obtenu en traitant convenablement les planches du parquet de la salle à manger où Fougnies était mort, quoique ces planches eussent été lavées avec de l'eau chaude, de l'huile et du savon. M. Stas avait opéré à peu près comme l'a indiqué M. Orfila dans son premier procédé, si ce n'est qu'il avait eu recours à l'acide oxalique au lieu d'employer l'acide sulfurique dilué et qu'il avait fait usage d'alcool pour se débarrasser de la matière organique.

M. Orfila termine en donnant lecture d'une lettre de M. Stas, de laquelle il résulte qu'il ne pouvait avoir aucune connaissance du travail du savant belge.

Eau minérale sulfureuse des Batignolles.

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur la demande d'exploitation de la source d'eau minérale sulfureuse des Batignolles (près Paris). M. le rapporteur propose que la commission soit autorisée à se transporter sur les lieux pour examiner cette source et juger de l'opportunité de son exploitation.

Cette proposition est adoptée.

Alcalinité du sérum du sang chez l'homme.

M. Lecanu, au nom d'une commission, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Cahen, intitulé; *Recherches expérimentales sur l'alcalinité du sérum du sang de l'homme.*

L'objet de ce travail est de démontrer la diminution de la proportion du principe alcalin dans le sang à la suite des maladies inflammatoires. La commission est d'avis que les expériences de M. Cahen établissent ce fait; elle juge, en conséquence, le mémoire de M. Cahen très digne d'attention, et propose de le renvoyer au comité de publication. (Adopté.)

Propriétés thérapeutiques de l'ipéca.

M. Delioux lit un extrait d'un mémoire sur l'ipéca.

Ce mémoire est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur établit, par des expériences sur l'homme et sur les animaux, les caractères positifs de l'action topique de l'ipéca; dans la deuxième et la troisième partie, il étudie cliniquement son action dynamique, en l'appliquant particulièrement au traitement de la dysenterie et de la pleuropneumonie.

Des expériences et des observations consignées dans ce mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes:

1° L'action topique de l'ipéca est irritante, mais non d'une manière égale sur tous les tissus, et toutes les préparations de ce médicament ne sont pas non plus irritantes au même degré.

2° L'action dynamique de l'ipéca est indépendante de son action topique; quand on l'administre à l'intérieur, son action topique irritante étant non-seulement inutile, mais nuisible à la réalisation des effets thérapeutiques que l'on veut obtenir, il est bon de l'éviter; dans l'emploi externe, au contraire, il peut être utile de la provoquer.

3° L'action dynamique de l'ipéca est sédative et altérante.

4° Des faits nombreux et irrécusables attestent l'efficacité de ce médicament dans la dyssenterie.

5° Son influence n'est pas moins puissante sur les lésions des organes respiratoires, et il paraît appelé à prendre un rang important dans le traitement de la pleuropneumonie. (Commissaires: MM. Pâtissier, Guibourt et Desportes.)

— M. Labat lit un travail *sur la ligature de l'iliaque externe.* (Commissaires, MM. J. Cloquet et Robert).

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juin 1851. — Présidence de M. RAYER.

Étude sur l'influence de la vaccine au dix-huitième siècle.

M. H. Carnot adresse un travail intitulé: Etude sur l'influence exercée par la variole au dix-huitième siècle, et sur la réaction produite par la vaccine, pour servir de rectification à l'ouvrage de Duvillard.

L'auteur résume ce travail en ces termes:

La variole a toujours eu deux modes d'action et deux modes de transmission, l'un externe, l'autre interne.

La variole a toujours, sous l'une et l'autre forme, choisi ses victimes entre la naissance et l'âge de la stérilité féminine.

Sur cent décès généraux, pris sur la moyenne d'un demi-siècle, la variole en a toujours causé vingt-quatre sous ces deux formes.

Dans les grandes villes dominait la variole interne au dix-huitième siècle.

Sous le nom de convulsions dans le premier âge, et de fièvre putride dans l'adolescence et la jeunesse, elle causait à peu près le sixième des décès généraux. La variole externe comptait à peine pour le douzième. La proportion était inverse dans les campagnes; mais le nombre total des victimes différait peu (24 pour 100). Entre les ravages causés par cette épidémie, sous forme apparente ou masquée, il y avait compensation réciproque.

Sur treize victimes, la variole en enlevait douze avant l'âge de puberté; une seule, entre quinze et quarante-cinq ans, à l'âge de la reproduction. Voilà ce que la vaccine a changé. Le nombre fatal des condamnés est resté le même, malgré la vaccine. Les convulsions varioleuses ont fait place aux entérites varioleuses.

Théorie de l'épilepsie; son traitement par la trachéotomie.

M. Marsall-Hall informe l'Académie qu'il croit avoir réussi, par le moyen du système nerveux diastaltique, à éclaircir à un certain degré la question de la nature de l'épilepsie. Je crois avoir tracé, dit-il, dans les cas d'épilepsie d'origine inorganique, que les émotions ou les passions et les irritations gastrique, entérique, utérine, etc., agissent, les premières, d'une manière directe; les secondes, d'une manière réflexe ou diastaltique sur les muscles du cou, et y produisent, entre autres effets: 1° la compression des veines; 2° l'occlusion de la glotte; 3° la protusion et la morsure de la langue, etc. Etat que je désigne par le mot *trachélisme*.

Tous ces effets se tracent à l'œil de l'observateur. Or avec la compression des veines s'associent le teint pourpré de la figure, l'engorgement de l'encéphale, — des symptômes cérébraux; — les vertiges, l'oubli, « le petit mal » — enfin; et avec l'occlusion plus ou moins parfaite de la glotte, les symptômes spinaux, — les convulsions générales surtout, phénomènes qui constituent « le haut mal. »

Ces contractions spasmodiques des muscles du cou, de la glotte, de la langue et de la mâchoire inférieure ne diffèrent que par leur siége et par la spécialité et la gravité de leurs effets. Restreints au cou, ces effets ne sont que des symptômes cérébraux; étendus à la glotte, il y a occlusion de cet organe, et en même temps des efforts violents de respiration, efforts d'expiration surtout, et tout de suite des convulsions générales.

Cette occlusion de la glotte est-elle essentielle au développement de la convulsion? Je le crois; il se peut qu'il y ait des affections spasmodiques, hystériques, etc., même jusqu'au tétanos. Mais, si la glotte n'est pas fermée, il n'y a pas de vraie convulsion. Donc, s'il n'y a pas d'occlusion de la glotte, ou, ce qui revient à la même chose, s'il n'y a pas d'interruption à la respiration ou à ces efforts violents expiratoires; enfin si l'on pratiquait l'opération de la trachéotomie, il ne pourrait y avoir épilepsie ou autre forme de convulsion générale. Il ne pourrait y avoir que le « petit mal. »

J'ai attendu bien longtemps l'occasion de mettre cette opinion à l'épreuve de l'expérience; enfin cette occasion s'est présentée. Un jeune homme de vingt-quatre ans, qui avait éprouvé des attaques d'épilepsie tous les deux jours pendant bien longtemps, restait, après des accès de ce genre, affecté d'une stupeur si profonde, si stertoreuse et si apoplectique, qu'il paraissait près d'y succomber.

Un de mes amis, M. Cane (d'Uxbridge), auquel j'avais communiqué mes idées sur ce sujet, lui a fait l'opération de la trachéotomie, avec le double but de l'arracher à un danger imminent et de prévenir des accès d'épilepsie à l'avenir. Le malade a bientôt repris ses facultés intellectuelles, et pendant deux mois il n'a pas éprouvé une seule attaque d'épilepsie.

La *Revue thérapeutique du Midi*, que nous venons de recevoir, donne quelques détails intéressants sur l'épidémie de suette dont le département de l'Hérault vient de ressentir les atteintes.

C'est la ville et les environs de Pézénas surtout qui ont été frappés. Dans deux communes peu éloignées de cette ville, le nombre des décès constatés le 25 mai était de 132, quoiqu'une grande partie des habitants eussent émigré.

Le traitement qui a le mieux réussi, c'est l'administration du sulfate de quinine; lui seul a arrêté les exacerbations désastreuses qui congestionnaient en un clin d'œil, et souvent sans ressource, les grands centres organiques, notamment le cerveau. Mais, pour en obtenir tous les bienfaits qu'il peut rendre, il a fallu absolument le faire prendre à très haute dose, 2, 3 et même 4 grammes dans trois ou quatre heures seulement.

Au nombre des agents les plus nuisibles, quand on en fait la base de la thérapeutique, nous ne pouvons nous dispenser dès à présent de signaler les saignées générales. Les malades peuvent périr sous la lancette, nous en avons vu beaucoup d'exemples; et des sujets qui avaient échappé à ce désastre languissent encore en ce moment au milieu de symptômes très inquiétants.

Nous sommes heureux de répéter que les lettres que nous avons reçues de l'Hérault, postérieures aux nouvelles de la *Revue thérapeutique*, sont de nature à rassurer sur l'extension qu'aurait pu prendre l'épidémie; que, grâce aux soins intelligents et au dévouement courageux de la commission qui a été envoyée sur les lieux, et qui a été parfaitement secondée par le corps médical tout entier, la maladie a notablement diminué, et que la panique qui s'était emparée des populations a presque entièrement cessé.

LE GÉRANT.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 65. — SAMEDI 7 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 65. — SAMEDI 7 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeur blanche du genou. Amputation.

M. Jobert a pratiqué hier (5 juin) l'amputation de la cuisse au-dessus du genou à une jeune fille entrée dans son service le 14 mai dernier pour se faire traiter d'une tumeur blanche du genou.

Cette jeune fille est âgée de dix-sept ans, d'une constitution assez faible, réglée il y a quelques mois pour la première fois, et n'ayant pas revu ses règles depuis; bien portante habituellement, et n'ayant pas eu de ces bronchites qu'ont souvent les personnes lymphatiques atteintes de tumeurs blanches. Il y a trois ans qu'elle a commencé à éprouver les premières atteintes de la maladie actuelle, sans cause connue. Elle travaille dans une fabrique d'allumettes phosphoriques, mais loin de l'atelier où l'on se sert de la pâte phosphorée; et par conséquent on ne peut rapporter aux vapeurs qui accompagnent certaines opérations l'origine de l'affection qu'elle présente. Son logement n'est pas humide, et elle ne peut non plus rattacher sa maladie à une affection rhumatismale. Son genre de vie est assez bon; cependant elle ne mange de viande qu'une fois par semaine. Elle ne présentait, au moment de son entrée, aucun signe de tuberculisation pulmonaire. Quelques jours après son admission, elle offrit tous les symptômes d'une bronchite assez intense, avec un peu de matité au sommet du poumon, phénomènes qui ont disparu depuis complétement. Tout porte donc à croire que l'appareil respiratoire est sain, ou que du moins, s'il existe des tubercules, ils sont à cette période à laquelle il est impossible de les apprécier. Du reste, et fût-on certain de leur présence, il est des cas, dans la pratique, où l'on doit, à notre avis, passer outre à l'opération, le danger étant encore plus grand d'attendre que d'opérer.

C'est là une question que nous avons eu, il y a quelques années, occasion de discuter déjà dans une de nos *Revues cliniques*, et sur laquelle il nous paraît inutile de revenir aujourd'hui.

La maladie a commencé par une augmentation du volume du genou, la formation d'un abcès qui s'est ouvert, et une apparence de guérison qui a permis à la malade de reprendre ses occupations. Le membre inférieur droit, qui s'était fléchi, s'est allongé; une sorte de fistule s'est établie dans le genou, et les fonctions du membre se sont en grande partie rétablies.

Pendant deux ans, cette amélioration s'était soutenue, lorsqu'il y a trois mois, sans cause connue, de nouveaux accidents se sont manifestés, le volume du genou a augmenté de nouveau, la jambe s'est fléchie sur la cuisse, et des douleurs assez vives se sont déclarées. On sent une fluctuation manifeste dans la tumeur articulaire, fluctuation due au développement de la bourse synoviale. Bien que l'on ne constate aucune crépitation pendant les mouvements imprimés au membre, M. Jobert ne doute pas qu'il n'y ait usure des cartilages et dénudation des surfaces osseuses articulaires. Il ne pense pas que les ligaments croisés soient détruits, car la mobilité des os l'un sur l'autre serait plus considérable.

Dans le fait actuel, et malgré la difficulté que l'on éprouve à déterminer le point par lequel a débuté la maladie dans des cas de cette espèce, M. Jobert est porté à penser que ce n'est pas par la synoviale qu'a commencé l'altération. La maladie aurait certainement marché beaucoup plus rapidement. Il a vu souvent des dépôts de matière tuberculeuse se faire en dehors de l'articulation, et ne déterminer qu'après un temps assez long des désordres dans l'articulation elle-même. Cette disposition a été surtout manifeste chez un jeune homme dont le fait a été publié il y a plusieurs années, et auquel M. Jobert dut pratiquer, à trois mois de distance, l'amputation des deux cuisses. On trouva, à l'autopsie des membres amputés, des masses de matière tuberculeuse sous les téguments et dans le tissu cellulaire péri-articulaire. C'est à un cas à peu près de la même nature qu'il pense avoir affaire chez cette jeune fille.

L'amputation étant le seul moyen de guérison possible, M. Jobert n'a pas hésité un seul instant, laissant de côté les cautérisations actuelles, dont les effets sont ici plus nuisibles qu'utiles, les médications internes, tout à fait impuissantes, les résections, dont, avec une altération pareille, les résultats ne pourraient être que très désavantageux. Le procédé employé par M. Jobert a été celui de Vermale légèrement modifié, et, suivant nous, heureusement modifié. On sait que ce procédé consiste à embrasser avec la main gauche les chairs de toute une moitié du membre, et à les traverser à leur base pour tailler de dedans en dehors un premier lambeau demi-circulaire, en ayant soin de raser l'os le plus près possible. On reporte ensuite de l'autre côté tout ce qui reste des chairs, et passant le couteau entre elles et l'os, on taille le second lambeau, comme on a fait pour le premier.

M. Jobert commence par plonger perpendiculairement le couteau sur le fémur, dans le point qui doit correspondre à la base des deux lambeaux, et incise jusque sur l'os toutes les parties molles dans une étendue qui déterminera la longueur des lambeaux. Puis, revenant à l'angle supérieur de l'incision, il glisse le couteau le long de l'os, traverse tout le membre et taille son premier lambeau, dont la longueur se trouve déterminée par celle de l'incision première. Le reste de l'opération se fait suivant la méthode de Vermale.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'amputation a été faite avec la promptitude, l'élégance, la sûreté que M. Jobert met dans toutes les opérations qu'il pratique. Mais nous ne devons pas omettre de dire que l'habile chirurgien a rapproché les deux lambeaux et a maintenu le contact intime entre les surfaces saignantes au moyen de six épingles et d'une suture entortillée.

Nous avons dit que la modification que M. Jobert a apportée au procédé de Vermale nous paraissait heureuse. En effet, par l'ancien mode, on était exposé à tailler des lambeaux inégaux et se terminant peu régulièrement. L'incision supérieure, pratiquée tout d'abord par M. Jobert, a le double avantage d'indiquer à l'opérateur une longueur égale pour les deux lambeaux, puisque la limite inférieure est aussi celle des lambeaux, et, d'autre part, de rendre constante et pour ainsi dire forcée la forme rectangulaire de l'extrémité de chaque lambeau.

M. Jobert est un des partisans les plus chauds de la réunion immédiate, dont il sait apprécier tous les avantages. Aussi le voyons-nous la mettre en usage dans toutes les opérations qu'il pratique, lorsqu'il y a possibilité. Le moyen de réunion qu'il préfère est la suture avec des épingles, dont il s'est servi dans le cas actuel.

L'autopsie du genou a démontré, comme l'avait annoncé M. Jobert, la présence de pus grisâtre dans l'articulation, la destruction des cartilages inter-articulaires, la présence de fausses membranes nombreuses et épaisses, et enfin la conservation des ligaments croisés.

Du traitement de la fistule lacrymale par la destruction du sac au moyen du cautère actuel.

Tous les chirurgiens connaissent la difficulté d'obtenir la guérison de la fissure lacrymale chronique et de la fistule. Les anciens, qui sans doute avaient constaté les mêmes difficultés, attaquaient cette maladie par le fer et le feu, dans le but d'amener l'oblitération du sac. Mais leurs procédés avaient été complétement oubliés, quand Nannoni chercha à détruire le sac par un caustique. Cette pratique, que beaucoup de chirurgiens ont expérimentée, et que M. Desmarres lui-même a essayée dès 1847, lui a été positivement de la plus grande utilité, et il n'y a aucun doute que Scarpa, qui a si rudement blâmé Nannoni, n'avait pas vu les résultats obtenus par son compatriote.

Dans les premières opérations pratiquées par M. Desmarres, il s'est servi du caustique de Vienne, du nitrate d'argent, et dans l'un comme dans l'autre cas, surtout quand il a fait usage de la pâte de Vienne, il est survenu des accidents inflammatoires si considérables, que le chirurgien a dû concevoir un instant des craintes sérieuses, et qu'il a complétement abandonné cette manière de détruire le sac. C'est alors qu'il a songé à se servir pour détruire cette partie d'un cautère actuel particulier assez semblable à celui d'Ambroise Paré, connu sous le nom de *tête de moineau*.

Le feu doit être appliqué plus ou moins profondément, suivant qu'il s'agit de détruire le sac lacrymal seul, ou de cautériser simultanément cette partie et les os cariés; en d'autres termes, selon que l'on a affaire à une fistule simple sans complication du côté des os, ou que ces derniers sont en même temps malades.

Dans le premier cas, le fer rouge est promené sur le sac lacrymal à l'endroit où il est entouré de toutes parts par les os, et ramené très superficiellement et avec rapidité sur toutes les parties accessibles du sac. On a soin, pour éviter des récidives et afin que l'oblitération soit complète, de relever l'extrémité du cautère et de la glisser aussi haut que possible vers le tendon du muscle orbiculaire. Quelquefois même il est indispensable, surtout dans les cas de tumeur lacrymale en gourde ou bilobée, et dont une partie est située au-dessus du tendon et l'autre au-dessous, il est indispensable, selon nous, de faire arriver le cautère jusqu'au-dessus du tendon, de manière à détruire la partie du sac lacrymal distendue et en rapport direct avec le conduit lacrymal supérieur.

Dans le second cas, la première application du cautère se fait immédiatement sur la partie des os reconnue malade. Le chirurgien doit avoir grand soin de les détruire le plus profondément possible. De là le cautère est ramené sur les parties muqueuses et les détruit, comme nous venons de le dire dans les cas de fistules simples.

Des applications d'eau froide sur le grand angle de l'œil, renouvelées pendant plusieurs heures, ont été jusqu'ici suffisantes pour arrêter la réaction. Dans un seul cas (sur un nombre très considérable), un opéré a été pris d'érysipèle, à la suite duquel il n'y a eu rien autre chose d'ailleurs de compromettant, ni pour l'œil, ni pour la santé générale. Le lendemain de l'opération les paupières sont un peu tuméfiées, œdémateuses; mais dans aucun cas l'œil n'est rouge, ou il ne l'est que fort peu. Une chose remarquable, c'est que si l'on a employé le cautère rougi à blanc, et c'est ainsi que l'on doit toujours l'appliquer en chirurgie, la douleur est immédiatement éteinte, et le malade, tout aussitôt après l'opération, accuse un sentiment de bien-être presque surprenant. La suppuration s'établit du troisième au quatrième jour, et, dans les cas de fistule simple, la plaie se ferme du quinzième au vingtième jour. Mais, quand elle est compliquée, la suppuration est naturellement beaucoup plus longue, et quelquefois même il est nécessaire de revenir à l'application du feu une ou plusieurs fois.

M. Desmarres nous a dit avoir opéré plusieurs malades chez lesquels, à la suite du traitement par le procédé de Scarpa, on voyait se former au-dessous du tendon de l'orbiculaire un enfoncement infundibuliforme cutané, correspondant à l'endroit où l'ouverture de la fistule avait été faite par le chirurgien, et chez lesquels la tumeur lacrymale s'était reproduite entre ce point et le tendon de l'orbiculaire. Dans ces cas le bistouri, introduit dans la tumeur, divise l'infundibulum en deux parties, et fait une plaie d'environ 2 centimètres, dans laquelle les deux côtés sont disséqués et séparés de leurs adhérences avec les os. On introduit dans cette plaie un cautère rougi à blanc, et du même coup on fait disparaître et la tumeur lacrymale et l'infundibulum cutané, c'est-à-dire la maladie et la difformité. La suppuration qui survient à la suite de la cautérisation rétablit le niveau de la peau dans la région du sac lacrymal.

Tous les malades opérés de cette manière se trouvent débarrassés d'un larmoiement et d'une suppuration incommodes, accompagnés trop souvent de bléphantis et de conjonctivites d'autant plus rebelles, qu'elles sont entretenues par la maladie du sac. A partir du moment où celui-ci a été complétement détruit, la glande lacrymale ne sécrète plus que la quantité de larmes absolument nécessaires à la lubréfaction de l'œil. Ce fait, déjà observé par Delpech, Volpi, Biangini, Velpeau, et tout récemment par M. Stoeber (de Strasbourg), est désormais, pour M. Desmarres, hors de toute contestation. Tous ses opérés, et ils sont nombreux, ont été débarrassés de leur larmoiement depuis qu'ils ont été débarrassés de leur sac lacrymal malade, qui joue ici le rôle de l'épine de Vanhelmont. Il n'y a donc pas à se préoccuper, en détruisant le sac, de ce que deviendront les larmes. Evidemment à l'état physiologique, et lorsque le sac lacrymal ne présente aucune inflammation, les larmes sont sécrétées en très faible quantité, et ce n'est que très rarement qu'il en passe par les conduits. Il en arrive encore moins dans le sac lacrymal et le canal nasal.

Le seul inconvénient que puisse offrir ce procédé est donc bien léger, puisqu'il n'y a de larmes en quantité suffisante pour être appréciée que dans des cas exceptionnels, lorsque l'œil est enflammé ou irrité, ou que le malade se trouve sous l'influence d'émotions morales tristes.

Vingt-cinq ou trente opérations de fistule lacrymale par ce procédé ont été pratiquées sous les yeux de M. Desmarres par M. le docteur Roumier, et ont présenté des résultats absolument semblables aux siennes, qui sont beaucoup plus nombreuses. Chez tous ces malades le larmoiement a disparu, à quelques rares exceptions près, et n'est plus pour eux l'objet d'aucune incommodité.

M. Desmarres nous a fait voir deux malades chez lesquels cette opération avait été faite par le procédé que nous venons d'indiquer.

L'un est un homme de la campagne qui était atteint depuis fort longtemps d'une tumeur lacrymale très volumineuse, accompagnée, quand il s'est présenté à l'examen, d'un ectropion sarcomateux très développé. La tumeur fut ouverte dans une étendue de plus de 2 centimètres jusque sur le tendon de l'orbiculaire; les deux lèvres de la plaie furent écartées l'une de l'autre au moyen d'érignes, et le sac lacrymal fut cautérisé dans toute l'étendue des parties accessibles.

Le lendemain, le malade ne présentait pas de gonflement de la partie malade, et le quinzième jour, moment auquel M. Desmarres nous l'a fait voir, la plaie était complétement fermée, et la pression ne faisait plus refluer ni pus, ni larmes par les conduits lacrymaux restés ouverts. Depuis cette époque, l'ectropion s'est singulièrement modifié sans que l'on y ait encore rien fait; et l'œil, presque toujours malade avant l'application du feu, est aujourd'hui parfaitement sain. Quelques cautérisations avec le sulfate de cuivre ou le nitrate d'argent suffiront, sans aucun doute, pour redresser complétement la paupière.

Nous avons omis de dire que dans quelques cas, dans le premier mois qui suit l'opération, on remarque que la pression exercée avec le doigt fait refluer des larmes par les conduits. Lorsque pareille chose se rencontre, M. Desmarres

oblitère ces conduits par le feu; et pour cela, voici comme il procède : un linge mouillé est appliqué sur l'œil; un stylet très fin est introduit dans le conduit lacrymal, puis on approche aussi près que possible de la face une bougie dans la flamme de laquelle est placée la portion libre du stylet. L'instrument s'échauffe rapidement et le canal est cautérisé. Quelques applications d'eau froide sont faites ensuite, comme après la cautérisation du sac.

Le second malade que M. Desmarres a fait passer sous nos yeux est un sujet de soixante-six ans, qui avait été opéré une première fois par M. Desmarres, suivant le procédé de Dupuytren. La canule demeura deux ans en place sans occasionner la moindre incommodité. Mais tout à coup, il y a environ deux mois et demi, une inflammation aiguë du sac lacrymal survint; il fallut ouvrir un abcès et enlever la canule. On constata une carie profonde des os. Un stylet introduit dans la région lacrymale pénétrait à la distance de plusieurs centimètres, et arrivait jusque dans le pharynx. Ce malade fut vu en consultation par plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux. La cautérisation du sac et des os reconnus malades fut faite énergiquement; et aujourd'hui, deux mois à peine après l'opération, la plaie est fermée et complétement cicatrisée; le larmoiement a disparu tout à fait, et l'œil est parfaitement sain.

Y aura-t-il des récidives? Nous espérons que non, la suppuration ayant été très étendue, et les adhérences entre la peau et les os étant actuellement devenues très intimes.

Myélite aiguë traitée par les émissions sanguines et terminée par la guérison.

La myélite aiguë est certainement une des affections dont le pronostic est le plus grave, la marche la plus rapide, la terminaison le plus souvent funeste, le traitement le plus difficile. Sous tous ces rapports, l'observation suivante, que nous avons recueillie dans le service du professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu, et dont nous donnons un extrait, mérite de fixer l'attention et de figurer dans nos colonnes.

Un homme de trente-huit ans, garçon d'hôtel, d'une constitution forte et robuste, entre le 8 mai dernier à la salle Sainte-Jeanne, où il est couché au n° 9. Il se dit malade depuis le 20 mars. Depuis cette époque, il se plaint d'une douleur qui se fait sentir dans la région lombaire, et se prolonge en forme de ceinture de chaque côté jusqu'en avant. Cette douleur augmente lorsque le malade se livre à des exercices pénibles, celui de frotter, par exemple. La myotilité et la sensibilité sont intactes dans les membres supérieurs; mais il existe une grande faiblesse dans toute la moitié inférieure du corps, y compris les membres pelviens. Pour nous servir de ses expressions, la sensibilité est *endormie* dans les deux jambes depuis vingt-cinq jours; c'est à peine s'il s'aperçoit qu'on le touche ou qu'on le pince. Ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il parvient à soulever les membres abdominaux, et encore n'est-ce que très incomplètement et pendant un moment très court. Il y a des instants où il rend involontairement ses urines, et sans le sentir passer dans l'urètre. Quant aux matières fécales, non-seulement il ne les rend pas involontairement, mais il ne va que tous les cinq ou six jours à la selle. Les fonctions des organes de la génération ne sont pas troublées; mais le malade, aux questions qu'on lui adresse, répond qu'il n'a jamais été très fort sur ce point, et ne paraît pas avoir d'instincts érotiques très prononcés.

Il paraît, d'après lui, qu'il a éprouvé, depuis le commencement de sa maladie, des éblouissements et des étourdissements. Ce sont les seuls troubles que l'on remarque du côté de l'encéphale. L'examen le plus attentif du rachis ne fait découvrir aucune déformation ou déviation, aucune saillie des apophyses épineuses. La pression exercée sur chacun des points de l'épine rachidienne ne détermine aucune douleur. La nutrition n'a pas souffert, le malade a conservé son embonpoint. Le pouls est fort, développé.

Le jour de l'entrée, on pratique une saignée du bras de 400 grammes; le caillot est riche, recouvert d'une couenne médiocrement épaisse, mais bien formée. Le lendemain, le malade se sent un peu soulagé.

Le troisième et le cinquième jour, deux applications de ventouses scarifiées sont faites le long de la colonne vertébrale, de manière à retirer chaque fois 400 grammes de sang. Des cataplasmes, des bains entiers un peu prolongés, des boissons délayantes achèvent de procurer au malade un soulagement tel que, le huitième jour, il peut essayer de faire quelques pas dans la salle, sans appui. Il retient ses urines.

Quelques purgatifs sont administrés pour combattre la constipation persistante, et le malade sort au bout de trois semaines, assez bien portant pour essayer de reprendre ses travaux.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic porté par l'habile professeur dans le cas actuel. Personne ne niera la phlegmasie aiguë de la moelle. Certes cette myélite n'était pas des plus intenses; ce n'était pas une de ces affections en quelque sorte foudroyantes qui en moins d'un ou deux septenaires mènent les malades au tombeau. Mais il n'en est pas moins vrai, d'après l'augmentation progressive de l'intensité des accidents que l'on observait, qu'elle se serait terminée par la mort, ou qu'elle aurait conduit le sujet à l'une de ces affections chroniques de la moelle contre lesquelles il n'est plus de ressources, et qui laissent dans l'économie des traces indélébiles de leur passage, des paralysies, etc. Certes, abandonnée à elle-même, la maladie n'aurait pas guéri comme elle l'a fait sous l'influence du traitement énergique dirigé contre elle

C'est surtout sous le rapport de l'efficacité du traitement antiphlogistique, dont M. Rostan a fait ici un si heureux emploi, que nous avons pensé que ce fait présentait une haute importance, et c'est là la raison qui nous a engagé à le publier.

Emploi des purgatifs dans certaines suffusions séreuses.

Lorsqu'il s'agit de solliciter la résorption de la sérosité accumulée dans la cavité péritonéale ou bien infiltrée dans les aréoles du tissu cellulaire, on recourt habituellement à l'emploi des drastiques, à la condition cependant que le tube digestif soit en état d'en supporter l'action. Cette indication se présente particulièrement dans les cas d'ascite consécutive à un engorgement des viscères abdominaux, ou dans les cas plus rares d'albuminurie chronique.

Tous ces purgatifs ne jouissent pas au même degré du pouvoir de produire cette diacrisie intestinale. Il en est qui, sous ce rapport, sont doués d'une efficacité pour ainsi dire spéciale. C'est à ce titre que nous recommandons au choix des praticiens la formule suivante, que nous avons vu employer avec succès au Val-de-Grâce dans le service de M. Champouillon.

Résine de jalap.	} aa.	0,2
Résine de scammonée.		
Gomme gutte.		0,1
Scillisine.		0,2
Suc d'ail.		4,00

Faites quatre pilules à prendre par deux, à un intervalle d'une heure. — Dr A. Foucart.

OSTÉOSARCOME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Amputation et désarticulation de la moitié droite de cet os. Nouveau procédé.

Nous publions aujourd'hui la note relative à la communication que M. Huguier a faite dans l'avant dernière séance de l'Académie. — Les points essentiels de cette communication sont la direction horizontale de l'incision qui permet de conserver l'intégrité du nerf facial, et l'application d'une anse de fil derrière la branche de la mâchoire pour faciliter la traction de l'os en haut et en avant, et par conséquent la section.

Le 7 avril 1851, mademoiselle Mely (Rosalie), âgée de vingt-cinq ans, blanchisseuse, demeurant rue Saint-Michel, 8, née à Misepp (Meuse), entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier, pour y être traitée d'une affection de l'os maxillaire inférieur.

Cette jeune femme est née de parents qui vivent encore et n'ont aucune infirmité. Sa constitution, sans être forte, n'est nullement affaiblie; son tempérament est lymphatico-sanguin. Elle n'a jamais été malade dans son enfance, ni dans sa jeunesse. Réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans, elle l'est tous les mois, sans éprouver jamais une interruption.

Il y a deux ans, elle s'aperçut d'une petite tuméfaction siégeant à la partie interne et droite du maxillaire inférieur; cette grosseur, quoique faisant peu de saillie, lui causa de l'inquiétude, ainsi qu'aux médecins qui la virent (avril 1849). MM. Hervey et Vessières lui arrachèrent les deux dernières molaires, puis excisèrent la tumeur, ce qui causa une hémorrhagie assez abondante pour nécessiter l'emploi du fer rouge.

Quinze jours après cette opération, la tumeur avait déjà reparu et, depuis, augmenta rapidement. La malade resta encore deux ans dans son pays, ne suivant qu'un traitement insignifiant (quelques purgatifs de temps à autre); mais, enfin, perdant patience, elle vint à Paris réclamer les secours de la chirurgie. On l'adressa à M. Huguier.

On constate que la partie inférieure de la joue droite est gonflée, dure, tendue; mais la peau a conservé sa couleur normale, sa souplesse, et est restée mobile sur les tissus sous-jacents. Elle est entièrement saine, ainsi que les autres tissus qui composent la joue.

On sent, située plus profondément, une tumeur dure, non fluctuante, immobile, adhérant à l'os, du volume d'une noix; cette tumeur, assez bien circonscrite, a les limites suivantes : en haut, le bord supérieur de l'os maxillaire inférieur; en bas, le bord inférieur du même os; en arrière, les dernières molaires. Quant à sa limite en avant, nous y reviendrons tout à l'heure.

A un pouce en avant de l'angle de la mâchoire, se trouve un ganglion lymphatique de la grosseur d'une petite noisette, dur, engorgé, mais encore mobile.

La tumeur n'est nullement douloureuse au toucher.

Si la malade ouvre la bouche, on constate que les incisives et la canine du côté de la tumeur sont conservées; ces dents ne sont pas cariées; celles d'en haut sont saines, ainsi que celles implantées sur le maxillaire inférieur du côté gauche.

Sur la partie droite du maxillaire inférieur, on voit une tumeur volumineuse, fongueuse, violacée, mollasse, produisant une sanie ichoreuse; tumeur indolente, non douloureuse à la pression, et si peu douloureuse qu'elle porte sur son bord supérieur l'impression des dents de la mâchoire supérieure qui peuvent rencontrer sur elle un plan suffisamment résistant pour servir à la mastication. Cette tumeur a la forme d'un coin dont la base est à la branche ascendante de la mâchoire; le sommet, se terminant en pointe, dépasse la ligne médiane du corps de l'os maxillaire, auquel, du reste, elle n'est pas adhérente : c'est une languette qui se détache du corps de l'os au niveau des dents qui persistent, c'est-à-dire au niveau de la deuxième incisive. La face supérieure est large, volumineuse, formée d'une masse lobulée, bosselée, se prolongeant en dehors à un centimètre de la mâchoire, repoussant la joue à laquelle elle n'est pas adhérente, permet d'introduire le doigt entre la joue et la tumeur; en dedans, cette face supérieure, ainsi que la face interne, s'avancent dans l'intérieur de la bouche jusqu'à la ligne médiane et repoussent la langue, qui est rejetée à gauche.

Le bord inférieur est confondu avec le bord du maxillaire inférieur.

Le bord supérieur est constitué par le bord supérieur du maxillaire.

Jusqu'au niveau des dents qui existent encore, la tumeur comprend le maxillaire inférieur; mais à ce niveau, c'est-à-dire la deuxième incisive du côté droit, elle le quitte et se prolonge par une languette qui longe le corps de la mâchoire et se termine en s'amincissant au delà de l'incisive du côté opposé. Cette languette n'adhère pas même à la muqueuse du corps de l'os; on peut introduire un stylet qui pénètre librement entre l'os et l'appendice de la tumeur jusqu'au niveau de la deuxième incisive droite.

La malade est un peu gênée pour parler, pour avaler et pour manger, à cause des mouvements de la langue qui sont plus difficiles, la langue étant repoussée du côté gauche de la bouche.

Le samedi 26 avril M. Huguier lui enleva la tumeur. Voici le procédé que ce chirurgien mit en usage :

Craignant, par les procédés jusqu'à ce jour suivis, la section d'artères nombreuses profondes qu'il est impossible d'éviter, puisqu'on pratique une incision profonde qui s'étend depuis le conduit auditif externe, descend le long du bord postérieur de la mâchoire, arrive à l'angle de la mâchoire, devient horizontale, suit le bord inférieur de cet os jusqu'au menton, où elle remonte verticalement jusqu'à la lèvre, qu'elle fend dans toute son épaisseur; dans ce trajet que d'artères coupées! saus parler de leurs veines satellites :

La transverse de la face,
Les parotidiennes antérieures,
Les massétérines antérieures,
La faciale,
La sous-mentale,
La labiale inférieure,
La branche musculaire du trifacial,

Les branches du grand lymphatique qui accompagnent les artères de la face et les branches du plexus cervical qui se rendent à cette partie;

Craignant, en outre, la lésion du facial, et pour un temps plus ou moins long la paralysie faciale et toutes ses conséquences : ophthalmie chronique, immobilité de l'aile du nez, déformation de la bouche, difficulté de prononciation, de mastication, etc.;

Enfin, craignant la lésion des racines du conduit de Sténon et une fistule salivaire :

Dans le but d'éviter ces organes importants, M. Huguier plongea un bistouri droit bien pointu dans la bouche jusqu'au niveau du bord antérieur de la branche de la mâchoire; par transfixion, il perça la joue et le muscle masséter de dedans en dehors, et de cette ponction il ramena le bistouri jusqu'à la commissure droite des lèvres. Ce premier temps est fait avec une grande rapidité. Le conduit de Sténon est évité, l'incision est à un centimètre au-dessous de lui; le facial et les autres nerfs sont évités ou du moins il n'y a qu'un très petit filet parfaitement insignifiant de lésé.

Cette incision ne divise pas toutes les parties molles jusqu'à la partie postérieure de la joue; alors, pour agrandir, M. Huguier, allant des parties superficielles aux parties profondes, prolonge l'incision jusqu'à 1 centimètre en avant du lobule; il divise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, et évite ainsi l'épanouissement du facial, qui est situé profondément dans l'épaisseur de la parotide. Cette incision lui donne un lambeau inférieur facilement dissécable et un lambeau supérieur. Avec un bistouri convexe, il rase l'os d'abord à sa branche, puis à son corps, et là il dépasse la ligne médiane.

Une seule artère, la faciale, a été ouverte au-dessus du point où elle fournit la labiale inférieure.

La deuxième dent incisive préalablement arrachée, M. Huguier passe une aiguille mousse, armée d'un fil triple, un peu à gauche de l'apophyse génienne; puis un aide, à qui on a confié ce fil, le tire à lui afin de faire saillir l'os en haut et en avant; un autre aide renverse la peau disséquée, afin que la scie ne l'atteigne pas. L'os maintenu en outre par deux autres aides, M. Huguier, avec une scie ordinaire, pratique la section de l'os un peu à droite de la ligne médiane, qui, étant intacte, maintiendra la langue, qui ne pourra produire la suffocation.

Voilà l'os isolé en bas, en dehors et scié. L'opérateur isole alors la partie supérieure et externe de l'os en détachant le masséter de la branche de la mâchoire jusqu'à l'apophyse zygomatique. Le chirurgien a un long bras de levier pour faire basculer le maxillaire en dehors; afin de l'isoler en dedans, il coupe le ventre antérieur du digastrique, le milo-hyoïdien, le ptérigoïdien interne; il ouvre l'articulation en avant; il allait remonter et arriver à désarticuler le condyle, lorsque dans un mouvement forcé le col de la mâchoire, affaibli par la maladie, cassa. Alors la tumeur était enlevée, l'opération terminée; mais, en chirurgien prudent qui veut éviter une récidive, M. Huguier ne se laisse pas décourager par cet accident, qui rend plus difficile la désarticulation en le privant du bras de levier formé par le corps de l'os. Avec de fortes pinces à griffes, il saisit le col de la mâchoire et cherche à inciser les ligaments, lorsqu'une portion de l'os se rompt et force le chirurgien à le saisir de nouveau et à le faire basculer en haut et en avant; la partie postérieure de la capsule de l'articulation est ouverte; une forte traction est opérée de bas en haut et d'arrière en avant, et l'on fait successivement se dégager de dedans les parties molles, le condyle et l'apophyse coronoïde. On aperçoit alors à nu la corde du tympan et le lingual. Pour éviter plus sûrement la récidive, quoique le condyle parfaitement sain pût rassurer à cet égard, il prend un fer rouge, fait tirer la langue à gauche au moyen d'une érigne que tient un aide, place une compresse mouillée pour protéger la corde du tympan, le lingual et le glosso-pharyngien, et il cautérise les parties molles qui entouraient la tumeur. Puis on réunit au moyen de quatre épingles et de la suture entortillée.

Quinze jours après l'opération, la malade était entièrement guérie.

Aujourd'hui 19 mai, réunion complète; le bord de la mâchoire parait reconstitué par un épaississement de la muqueuse; la mastication, la déglutition, la prononciation s'exécutent parfaitement; il n'y a pas la moindre paralysie du mouvement.

La face a presque conservé toute sa régularité; on aperçoit seulement une cicatrice linéaire, qui se porte transversalement de la commissure buccale droite vers l'oreille correspondante.

La tumeur était formée par un cancer encéphaloïde, qui semblait avoir pris naissance dans le canal dentaire et avait dilaté l'os au point de ne plus former dans la plus grande partie de son étendue qu'une coque osseuse. En haut et en dedans, l'os était entièrement détruit et la tumeur faisait saillie à nu dans la bouche.

Encéphalocèle. — Opération. — Guérison;

Par M. Riboux, d.-m. à Anthée.

Le 2 janvier, les époux D. Collinet de Flavion m'apportèrent leur premier né, âgé d'environ dix jours. L'enfant était bien portant, mais criait et pleurait sans cesse. Le lendemain de sa naissance, il présenta au-dessus de l'angle externe de l'œil droit une tumeur qui, d'abord très petite, avait, lorsqu'on me le présenta, le volume d'une aveline. Elle était dure, rénitente, sans changement de couleur à la peau. Je conseillai la compression unie aux résolutifs. Les résultats du traitement furent que le 12 cette tumeur avait le volume d'un œuf de poule.

A part son accroissement rapide et les cris continus de l'enfant, je déclare n'avoir rencontré aucun des signes propres à l'encéphalocèle ni à l'hydrocéphale.

J'étais donc dans le doute, mais décidé, si je rencontrais une de ces dernières affections, à ne pas imiter le célèbre Lallemand; et puisque l'enfant devait nécessairement périr, à persister jusqu'à la fin.

Voici mon procédé opératoire:

Incision verticale des téguments, dissection de la tumeur, qui est pédiculée. La tumeur, largement ouverte, laisse échapper un liquide limpide et transparent. Ce liquide écoulé, les membranes s'affaissent et coiffent une petite tumeur mollasse qui est de la substance cérébrale blanche. J'enlève de cette dernière environ plein une cuiller à café, au niveau de l'orifice osseux, et la déprime avec la pulpe du doigt. Les membranes d'enveloppe sont excisées presque au niveau de la suture et repliées sur la substance cérébrale.

Enfin, pour terminer, je nettoyai la plaie, en rapprochai les lèvres par trois points de suture, sur lesquels furent placées des bandelettes agglutinatives.

Quatre jours après (16 janvier), j'enlève les fils; il y avait réunion par première intention. Depuis lors l'enfant a joui d'une excellente santé; les cris ont complètement cessé; sa figure est rose et intelligente; il sourit à sa mère. L'opération n'a laissé qu'une cicatrice linéaire d'environ 8 lignes de longueur.

Ma façon d'agir était bien imprudente peut-être, mais je voulais tenter la cure radicale, et pour arriver à ce but, j'avais deux conditions qui me paraissaient essentielles à remplir:

1° Enlever les enveloppes du sac, qui étaient atteintes de supersécrétion séreuse comme dans les hernies en général, et auraient amené une récidive;

2° Enlever les parties qui, en s'interposant entre les bords osseux, auraient empêché leur accroissement et la solidification complète de la boîte crânienne.

(*Presse médicale belge.*)

Guérison des hémorrhoïdes

PAR L'EMPLOI DE L'HUILE DE LIN.

Par le docteur Van Ryn.

Voici une médication aussi simple qu'inoffensive dont M. le docteur Van Ryn assure avoir constaté l'efficacité constante contre les hémorrhoïdes pendant une pratique de près d'un quart de siècle. Cette médication consiste dans l'emploi interne de l'huile de lin récente administrée, que les hémorrhoïdes soient fluentes ou non, à la dose de deux onces matin et soir. Sous l'influence de ce seul remède, dit M. Van Ryn, l'amendement des symptômes est ordinairement si rapide que le traitement dure tout au plus une semaine. Les selles, par suite de l'administration de l'huile de lin, sont souvent un peu augmentées, mais on n'observe jamais ni vomissements ni autres accidents; c'est à peine si les malades doivent modifier leur régime, à moins qu'une complication quelconque ne fasse surgir des indications spéciales sous ce rapport. La seule recommandation que fait M. Van Ryn, c'est d'éviter l'usage des boissons alcooliques et une alimentation trop stimulante. Aucune complication, du reste, ne contre-indique la médication même.

Si l'efficacité de ce moyen répond à sa simplicité, ce qu'on ne saurait mettre en doute d'après l'assertion du médecin honorable dont nous venons de reproduire la communication, ce serait, pour les médecins des campagnes surtout, une ressource précieuse et qu'on ne saurait trop vulgariser.

(*Annales de Roulers.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 mai 1851. — Présidence de M. Danyau.

Suite de la discussion sur les épanchements sanguins du petit bassin et sur leur traitement.

M. Robert. L'histoire des épanchements de sang qui se forment dans le bassin et au voisinage de l'utérus est encore trop peu connue pour que la communication de M. Monod ne doive pas exciter vivement l'intérêt de la Société de Chirurgie. Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait des faits sur cette question. Depuis M. Récamier, qui, le premier je crois, a signalé les tumeurs de cette espèce et en a institué le traitement, plusieurs observations en ont été publiées par M. Velpeau (*Recherches sur les cavités closes*), par M. Bourdon (*Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin*), et plus récemment enfin par M. Nélaton et par M. Viguès, à qui l'on doit une bonne thèse sur ce point de pathologie.

On aurait tort de croire que ces épanchements se produisent constamment derrière l'utérus. Il n'est pas très rare d'en observer sur le côté et dans l'épaisseur des ligaments larges: on trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1850) une observation recueillie par M. Pigeey, dans laquelle la collection hématique occupait le côté droit du bassin et avait considérablement refoulé l'utérus dans le sens opposé. Sur la pièce présentée par M. Monod, le sang est disséminé tout autour de l'utérus. Enfin, il s'épanche quelquefois dans l'épaisseur même du tissu de cet organe.

Sous quelle influence se produisent les désordres dont il s'agit? C'est ce que l'on ignore à peu près complètement. Leur apparition coïncide en général avec des troubles de la menstruation, surtout avec la dysménorrhée; il semble vraiment que ce soient des déviations, des aberrations du molimen hémorrhagique, dont la face interne de l'utérus est le siége à l'état normal.

D'après le petit nombre de faits que j'ai observés, ces collections sanguines se développeraient souvent par périodes successives et seraient la conséquence de raptus sanguins répétés à diverses époques menstruelles. Aussi y trouve-t-on le sang à divers états de condensation depuis les concrétions fibrineuses solides jusqu'à la consistance du sang liquide et récemment épanché. J'ai en 1847 vidé par ponction une de ces tumeurs contenant plus de 1,200 grammes de sang liquide: je reviendrai bientôt sur ce fait.

Lorsque ces hématocèles sont peu volumineuses, et surtout lorsqu'elles font saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin, elles peuvent simuler des déviations, des rétroflexions de l'utérus. Cependant, il est un moyen sûr d'éviter l'erreur: c'est le cathétérisme de l'utérus pratiqué avec toutes les réserves et précautions que réclame une exploration aussi délicate: si le cathéter se dirige en haut, dans le sens de l'axe de la cavité de l'organe, on peut être certain que celui-ci est étranger à la tumeur. Il est une lésion au moins aussi fréquente que l'hématocèle et que, dans l'état actuel de nos moyens d'investigations, on ne saurait, je pense, distinguer d'avec cette maladie, c'est l'inflammation phlegmoneuse et suppurative du tissu cellulaire placé autour de l'utérus. Celle-ci se manifeste souvent à la suite des mêmes causes que l'hématocèle: souvent elle se forme d'une manière lente, successive, sans provoquer de douleur ou de réaction générale. La tumeur est circonscrite et diffère assez peu de celles dont nous nous occupons pour que le diagnostic différentiel en soit presque impossible.

Heureusement cette incertitude du diagnostic influe peu sur le traitement, lequel doit consister, dans toute hypothèse, à évacuer le liquide contenu dans la tumeur. C'est toujours par le vagin qu'il faut agir en pareil cas. On peut recourir soit à la ponction, soit à l'incision. La ponction se pratique avec un long trocart courbe. M. Récamier emploie quelquefois un long instrument large, plat et recourbé, semblable au pharyngotome. La ponction me paraît devoir toujours être préférée à l'incision, surtout au début du traitement, par les considérations que voici: l'incision peut donner lieu à la lésion d'artères assez volumineuses. Dans un cas d'hématocèle rétro-utérine, j'ai senti sur la partie la plus saillante de la tumeur les battements d'une artère qui m'a paru grosse comme la radiale et dont la blessure aurait pu donner lieu à de graves accidents si on avait incisé sur ce point. La ponction faite avec le trocart permet d'éviter plus sûrement la lésion des artères.

Un autre avantage de ce mode opératoire est le suivant:

Lorsque l'épanchement de sang est très considérable, il peut être dangereux de le vider immédiatement et en entier. On peut, une fois la canule introduite dans le foyer, ne faire écouler qu'une partie du sang et laisser l'instrument en place en le bouchant. Le lendemain et les jours suivants, on achève peu à peu de vider le foyer. En 1847, je fus appelé par M. le docteur Lalourcey près d'une jeune femme qui, depuis trois jours, était en proie à d'intolérables douleurs de bas-ventre. A la suite de dérangements dans la menstruation survenus trois mois auparavant, une tumeur douloureuse s'était manifestée à l'hypogastre; cette tumeur s'était accrue lentement d'abord, mais depuis trois jours les progrès en avaient été rapides; il s'y était joint des douleurs expulsives très violentes, des accidents nerveux comme hystériques et un grand état de faiblesse. Je fus frappé d'abord du volume de la tumeur, qui s'élevait presque à la hauteur de l'ombilic; puis, au moyen du toucher vaginal, je constatai qu'elle proéminait fortement aussi dans le bassin et qu'elle refoulait en avant l'utérus, dont le col était très petit. Il s'écoulait par la vulve un peu de sang noir analogue au sang des règles. Le spéculum me permit de reconnaître que ce suintement sanguin provenait de l'intérieur de l'utérus.

Avant de rien tenter je voulus savoir quelle part l'utérus pouvait prendre à la formation de cette tumeur. Dans ce but j'introduisis avec précaution une petite sonde de gomme élastique dans la cavité de l'organe. L'instrument y pénétra sans difficulté à la profondeur de quatre travers de doigt environ, et me donna ainsi la certitude que l'utérus, étranger à la tumeur, était seulement refoulé par elle, et qu'il se trouvait d'ailleurs dans un état complet d'intégrité.

Je pratiquai immédiatement la ponction par le cul-de-sac postérieur du vagin; il s'échappa par la canule du sang noir, liquide, et sans odeur; j'en retirai d'abord 750 grammes. La malade fut beaucoup soulagée; mais son grand état de faiblesse me fit craindre de prolonger l'évacuation. Je bouchai donc la canule avec un petit fausset, et la fixai au moyen de deux sous-cuisses. Le lendemain et le surlendemain je retirai chaque fois plus de 100 grammes de sang.

Plus tard, ce vaste foyer que j'avais ouvert et vidé, devint le siége d'une inflammation de mauvaise nature, et mit la malade en grand danger. Cependant je parvins à conjurer les accidents par de fréquents lavages, au moyen de la canule que je laissai en place vingt-quatre jours. La malade s'est complètement rétablie, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Ainsi, pour me résumer, on voit que dans cette observation la ponction de la tumeur a été d'une exécution facile et sûre; qu'elle a permis de n'évacuer le sang que par degrés et d'après l'état des forces de la malade. Lorsque les accidents inflammatoires sont survenus, et que le sang altéré par le contact de l'air est devenu fétide, j'ai pu, en laissant la canule à demeure dans le foyer, y pousser facilement des injections désinfectantes.

Il est des cas, j'en conviens, où la ponction ne présente pas les mêmes avantages; c'est lorsque le sang, au lieu d'être resté fluide, est plus ou moins concret. Evidemment il faut inciser le foyer dans une étendue suffisante pour donner issue aux caillots. La ponction, employée au début, n'est plus qu'un moyen explorateur; cependant elle est utile encore, parce qu'elle sert de base aux indications thérapeutiques.

M. Huguier a eu souvent occasion d'observer ce genre de tumeurs. Il présentera prochainement un travail sur ce sujet. Ce sur quoi il appelle l'attention aujourd'hui, c'est la présence d'une artère située dans l'épaisseur du col à l'union de son tiers supérieur et de son tiers moyen; elle a le volume d'une plume de corbeau et peut facilement être intéressée dans certaines manœuvres opératoires; l'hémorrhagie qu'elle fournirait serait d'autant plus difficile à arrêter, qu'elle est entourée d'un tissu rigide qui ne permet point aux parois de ce vaisseau de revenir sur elles-mêmes.

M. Maisonneuve, tout en admettant les notions anatomiques énoncées par M. Huguier, ne partage pas les craintes de notre confrère quant à l'hémorrhagie que pourrait fournir le vaisseau en question s'il était intéressé; à plusieurs reprises il a divisé complétement le col utérin; il l'a vu diviser par M. Récamier, et il n'a point eu d'hémorrhagie grave; d'ailleurs, ajoute M. Maisonneuve, une cautérisation bien faite avec le fer rouge mettrait toujours fin à cet accident.

M. Huguier, revenant sur le fait anatomique énoncé plus haut, explique l'absence d'hémorrhagie par la section transversale du col à la façon de M. Récamier. On sait en effet que ce professeur n'incise le col à droite et à gauche que dans une petite étendue, et qu'il termine la section complète de cet organe par la déchirure.

M. Danyau. Comme les chirurgiens ne sont point d'accord sur le siége précis de ces tumeurs sanguines, il importe, au point de vue théorique et pratique, que la pièce présentée par M. Monod soit examinée avec soin. Il est un signe pathognomonique donné par M. Nélaton, et qui consiste dans une coloration bleuâtre de la partie du vagin en rapport avec la tumeur; si ce signe est constant, il serait de nature à faire cesser les doutes et les incertitudes de quelques chirurgiens lorsqu'il s'agit du diagnostic de ces affections.

De l'exostose médio-palatine comme symptôme de la syphilis constitutionnelle.

M. Chassaignac revient sur la présentation de deux femmes qu'il a faite dans la précédente séance. Ces deux femmes étaient toutes deux affectées de syphilis constitutionnelle (accident tertiaire), l'une portant des exostoses sur plusieurs parties du corps, et l'autre des périostoses au-devant des tibias. Sur ces deux femmes on constatait bien manifestement une exostose médio-palatine. Il y a quelques années, ajoute M. Chassaignac, que j'ai attiré l'attention des médecins sur l'importance de cette exostose; MM. Cullerier et Ricord ont contesté la valeur de ce signe. Je profite de l'occasion de ces deux malades pour fixer de nouveau l'attention sur ce point.

M. Huguier a été frappé de la présence de l'exostose médio-palatine chez les syphilitiques; seulement il ne croit pas que toujours cette saillie soit due à une exostose, elle dépend souvent d'une périostose, laquelle disparait par un traitement convenable, ce que l'on n'obtient pas avec l'exostose.

De la paralysie musculaire survenant à la suite des luxations scapulo-humérales.

M. Chassaignac parle d'un malade qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, a eu une luxation de l'humérus; cette luxation fut réduite par le procédé de White. Quatre jours après, on constate une paralysie du nerf circonflexe et du nerf radial. Les paralysies consécutives aux luxations de l'humérus étant fréquentes, il y a lieu de se demander si elles sont primitives, dépendantes de la luxation elle-même, ou dépendantes des efforts de réduction.

M. Robert a été frappé aussi de la fréquence de ces lésions nerveuses à la suite des luxations de l'épaule; sur 12 cas de cette espèce de luxation, il a constaté 5 paralysies. Il se demande aussi si cela ne tiendrait point aux méthodes de réduction généralement employées. Quant à lui, il ne le croit pas; il a actuellement dans son service un malade dont la luxation a été réduite par le procédé le plus simple, le procédé de Lacour, et cependant il existe une paralysie rebelle. Suivant M. Robert, le plus souvent ces luxations sont primitives; elles dépendent de la violence qui a produit la luxation.

M. Gosselin. Il a été publié l'année dernière une thèse intéressante sur ce sujet, elle est de M. Empis; dans ce travail se trouve un fait qui a été observé par M. Gosselin. La paralysie était survenue en même temps que la luxation. Le fait avait été constaté avant toute tentative de réduction. C'est là un point de pathologie fort obscur. M. Empis a cherché à se rendre compte de certains faits dans lesquels on a observé une paralysie du mouvement avec conservation du sentiment; suivont lui, ces faits doivent être rapportés à une lésion encore inconnue du système nerveux. Toutefois, ajoute M. Gosselin, ce serait une erreur de croire que les paralysies du membre supérieur ne se lient qu'à la luxation scapulo-humérale; il a vu des paralysies diverses survenir à la suite de contusions simples des membres.

M. Chassaignac n'a point été plus heureux que ses collègues dans le traitement de ces paralysies, malgré la multiplicité des moyens employés. Il se demande, en raison de la persistance de ces paralysies, si des racines nerveuses du sentiment et du mouvement n'auraient point été arrachées, comme cela résulte des faits rapportés par Flaubert, de Rouen.

M. Maisonneuve dit que depuis quelques années il a été amené, par la fréquence des accidents qui surviennent à la suite des luxations de l'humérus, à les considérer comme graves; en effet, on n'observe pas seulement des accidents nerveux à la suite de ces luxations, l'arrachement de la grosse et de la petite tubérosité de l'humérus a été observé, ainsi que certaines ruptures musculaires. Dans un cas, il a vu survenir une double ankylose à la suite d'une double luxation de l'humérus. Quant aux lésions nerveuses, elles ne sont pas seulement liées aux luxations; une contusion, une commotion, une distension peuvent amener des paralysies rebelles. Grâce au chloroforme, qui permet de réduire les luxations avec une grande facilité, on ne verra plus de paralysie survenir à la suite de tractions violentes exercées sur les membres luxés quand les agents anesthésiques étaient inconnus.

M. Morel, dans la thèse qu'il a eu à soutenir tout récemment sur les luxations compliquées, n'a pu trouver que trois cas de luxations de l'épaule compliquées de paralysie constatée avant toute tentative de réduction. Un de ces faits est dû à Desault; un autre au docteur Brelew; le troisième à M. Empis. Il reste encore beaucoup de recherches à faire sur ce sujet.

M. Denonvilliers insiste sur l'importance de la question. Dans certains cas, il n'est pas douteux que la paralysie est consécutive au déplacement de l'humérus; mais souvent la contusion seule a produit des désordres semblables, et il a eu occasion d'observer cinq ou six fois des paralysies suite de contusion des membres.

A propos de ces paralysies partielles suite de lésions physiques, M. Denonvilliers a constaté qu'elles sont toujours du mouvement,

tandis que les paralysies partielles hystériques sont toujours du sentiment.

M. Larrey. D'après l'observation de quelques cas de paralysie à la suite de luxations scapulo-humérales, je serais porté à l'attribuer aussi à la luxation *plutôt qu'à la réduction*, en raison de l'accident lié d'ordinaire à la lésion principale; à savoir, la contusion. En effet, la paralysie du mouvement qui complique à divers degrés la luxation me paraît devoir être d'autant plus prononcée que l'attrition nerveuse et musculaire aura été plus forte, tandis que cette attrition est assez faible, et souvent nulle, dans les efforts de réduction même les plus prolongés.

Resterait à savoir si les tractions exercées sur le membre démis ne peuvent pas distendre les nerfs et les fibres musculaires au point de paralyser les mouvements. C'est ce qu'une observation attentive pourrait seule démontrer. Mais aujourd'hui que l'anesthésie facilite et simplifie la réduction de la plupart des luxations récentes, ce moyen servira précisément à faire reconnaître si la paralysie ne dépend point, dans la plupart des cas, non de la réduction, mais de la luxation.

L'expérience, du reste, en décidera, en permettant, plus tard, d'assigner à ce genre de paralysie traumatique, si souvent difficile à guérir, une place mieux définie parmi les complications de luxations contuses.

M. Demarquay. On ne peut nier que le chloroforme ne rende de grands services dans la réduction des luxations; cependant l'anesthésie n'a point vaincu toutes les difficultés; souvent le chirurgien se trouve arrêté. Tout récemment, j'ai fait des tentatives de réduction d'une luxation du pouce en arrière; et malgré l'insensibilité la plus complète et la plus absolue, je ne suis parvenu à réduire qu'à la troisième tentative.

M. Chassaignac. Dans l'anesthésie appliquée à la réduction des luxations, il ne faut pas confondre les degrés qu'elle peut présenter. En effet, dans le premier degré, on a bien l'insensibilité, mais il existe une contractilité musculaire tellement grande, qu'il faut multiplier les efforts pour réduire une luxation. On ne doit pratiquer la réduction que dans la période de colapsus.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 avril 1851. — Présidence de M. le professeur Dubois.

La correspondance comprend :

1° Un travail de MM. Rayer, Soubeiran et Bouillaud, sur la digitaline (M. Moret, rapporteur);

2° Les six derniers numéros des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, par MM. Cazenave et Chausit. (M. Serrurier, rapporteur.)

— M. Paul Dubois. La discussion qui a eu lieu dans la dernière séance paraît se résumer en deux points : Que sont les injections intra-utérines après l'accouchement ? Que sont-elles lorsque l'utérus est à l'état normal ?

Pour ce qui concerne les femmes récemment accouchées, je dois dire que les injections n'offrent que peu d'avantages et ne présentent point d'inconvénient. Elles ont pour but de laver et d'amener au dehors les débris du placenta quand il en reste, et d'éviter, par conséquent, l'absorption de liquides infects.

On n'a pas à redouter que le liquide injecté pénètre dans le péritoine; car les orifices des trompes n'absorbent pas après l'accouchement, et l'utérus offre d'ailleurs une large issue à l'injection; néanmoins celle-ci doit être pratiquée aussi doucement que possible.

On a préconisé les injections intra-utérines après la parturition, dans le but d'éloigner la fièvre puerpérale. Cette opinion se rattache à ce que l'on croit cette inflammation due à l'absorption de matières putréfiées. C'est là une erreur; car ces fièvres ne se manifestent qu'à une certaine époque de l'année; le reste du temps, elles apparaissent isolées; et, en outre, la métro-péritonite puerpérale se montre ordinairement dans les deux premiers jours qui suivent l'accouchement. Or, après ces quarante-huit heures, la putréfaction n'a pas encore eu lieu.

S'agit-il, au contraire, d'injections intra-utérines pratiquées à l'état normal, alors que l'utérus est vide, il est encore plus difficile au liquide de pénétrer; car l'orifice des trompes n'offre qu'un pertuis très étroit. Aussi, ne crois-je pas que les accidents dont a parlé M. Pédelaborde soient dus à l'introduction du liquide dans le péritoine.

Du reste, il n'est pas nécessaire d'injecter un liquide dans l'utérus pour voir apparaître des douleurs très vives qui gagnent la cavité abdominale. Le même fait a lieu quand le liquide n'a pas dépassé le vagin, et même sans qu'une injection ait été faite.

Je fus appelé auprès d'une dame qui avait une érosion du col. Une sage-femme lui avait recommandé de se borner à des injections, et de ne pas se laisser cautériser. Inutile de dire que l'opinion de la sage-femme n'était basée sur aucun motif rationnel. L'érosion était simple et me parut devoir guérir aisément à l'aide de la cautérisation. Celle-ci pratiquée fut suivie vers le soir d'accidents de métro-péritonite très intenses; état fébrile, frisson, puis chaleur; deux applications de sangsues furent faites; j'employai d'autres antiphlogistiques; la décroissance des symptômes commença à se manifester vers le quatrième jour et la malade guérit.

Autre cas : je vis, il y a quelques années, une personne de Meaux, dont l'utérus était entouré de petites excroissances polypeuses; quelques-unes étaient pédiculées. Cette dame était sujette à des pertes abondantes toujours suivies d'un écoulement sanguinolent qui persistait.

J'incisai les excroissances avec des ciseaux plats; la douleur fut nulle. Mais à la fin de la journée survinrent des souffrances très violentes. Le lendemain, elles augmentèrent; la malade succomba le quatrième jour sous l'influence d'une métro-péritonite des plus intenses. Assurément chez ces deux personnes il n'y avait pas eu pénétration du liquide dans le péritoine.

Je me résume en concluant que les injections ne sont jamais nuisibles, en tant qu'injections, soit après l'accouchement, soit dans un utérus à l'état normal; que le liquide injecté ne saurait pénétrer dans le péritoine et que des accidents de métro-péritonite peuvent se développer sans que l'espace intra-utérin ait été tout d'abord touché en aucune manière.

M. Pédelaborde. Ce que vient de dire M. le président justifie pleinement mon diagnostic; j'ai pu me tromper sur la cause; mais des explications données par notre honorable président il résulte que j'ai eu affaire à une métro-péritonite et non à des accidents hystériques, ainsi que l'a prétendu M. Vidal. Je prie M. Paul Dubois de vouloir bien me dire ce qu'il pense de la malade dont j'ai entretenu la Société.

M. P. Dubois. Je crois, en effet, que M. Pédelahorde a eu à combattre une métro-péritonite; mais je dois ajouter que l'hystérie simule parfois les accidents métro-péritoniques.

M. Guersant. Je tiens à établir la différence qui existe entre les injections et les attouchements. Ainsi j'ai pratiqué à l'hôpital de Lourcine la cautérisation du col sur plus de deux cents femmes, et cela sans accidents autres que des hémorrhagies toujours arrêtées. Et pourtant, bien que j'aie porté le caustique jusqu'à un pouce dans l'intérieur du col, je n'ai jamais rencontré d'hystérie. J'en ai conclu qu'on pouvait agir sur le col à l'état de vacuité sans avoir à redouter rien de sérieux.

M. Duhamel. Il fallait nécessairement qu'il existât une idyosyncrasie chez les malades de M. Paul Dubois. Depuis longtemps je fais des cautérisations utérines à l'aide de caustiques très violents, tels, par exemple, que le caustique de Vienne, je n'ai pas eu jusqu'ici à combattre des suites sérieuses.

M. Pédelaborde. Je tenais à ce que la certitude de mon diagnostic fût reconnue; il est maintenant bien clair que je me suis trouvé en présence d'accidents métro-péritoniques semblables à ceux dont nous a entretenus M. Paul Dubois.

M. P. Dubois. Vous avez tous compris, sans que j'aie eu besoin d'en faire la remarque, que les deux cas dont je viens de vous parler sont exceptionnels. J'ajoute qu'en général l'utérus est un organe sur lequel on peut agir très énergiquement sans qu'il vienne à s'enflammer d'une manière grave; c'est ainsi que, pour arrêter des pertes dues à des affections cancéreuses, j'ai pu porter le cautère actuel impunément jusque dans la cavité du col de l'utérus.

— M. Guersant fait un rapport verbal sur le *Bulletin médical du nord de la France publié par la Société centrale de médecine du département du Nord.* M. le rapporteur signale en particulier un article de M. Loiset, qui, à l'aide d'un tableau synoptique et comparatif de la consommation de la viande à Lille depuis 1812 jusqu'à 1850, démontre que la mortalité a été d'autant plus grande que la consommation de la viande était moindre, et que le nombre des naissances s'est accru dans les années qui ont suivi celles où une plus grande consommation de viande avait été faite.

— M. Caron donne lecture d'un travail original sur l'acide hydrochlorique employé à l'intérieur; dans cette communication, l'auteur s'attache à faire ressortir toutes les propriétés thérapeutiques de cet acide, qui, bien qu'associé à d'autres agents pharmaceutiques, est encore assez concentré pour être facilement reconnu et pour déterminer des phénomènes qu'on ne saurait franchement lui refuser.

Après un exposé assez détaillé des phénomènes physiogéniques que cet acide produit dans l'état normal, M. Caron s'empresse de rassurer les praticiens sur les conséquences qu'on pourrait redouter de l'emploi continué longtemps de ce médicament; il cite plusieurs observations qui tendent à démontrer que l'usage habituel de cet agent thérapeutique ne donne lieu ni à la carie des dents, ni au ramollissement des os, comme tendraient à le faire craindre les assertions des auteurs.

Après avoir énuméré tous les phénomènes primitifs produits par l'ingestion de ce médicament dans l'estomac, M. Caron en étudie successivement toutes les conséquences sur les actes digestifs modifiés par les causes pathogéniques; il s'attache surtout à démontrer comment ce principe chimique peut disparaître peu à peu de l'économie par les altérations successives que subit l'estomac dans les différentes phases de la gastralgie et de toutes les formes de gastrites.

Le tableau des symptômes qu'il en trace est de nature à entraîner la conviction sur sa manière de considérer ces affections et à déterminer la valeur de sa méthode de traitement; ses déductions, tout théoriques qu'elles sont, se présentent avec un caractère assez spécieux pour leur accorder une certaine confiance, d'autant qu'il les confirme par le rapprochement de théories professées par MM. Bérard et Trousseau, qui semblent effectivement les corroborer.

La description qu'il donne des effets physiologiques comparés aux phénomènes qui se succèdent dans l'ordre des actes pathogéniques fait admettre que réellement cette médication est appelée à rendre de véritables services à la thérapeutique des affections gastro-intestinales.

Cette pratique, au point de vue où se place son auteur, réunirait les conditions les plus heureuses pour le traitement de maladies très variées, reconnaissant pour cause une altération primitive des fonctions digestives et de leurs annexes. Son association au fer et aux médicaments spécifiques, iode, mercure, etc., peut se faire sans la moindre crainte. Elle contribue, d'ailleurs, à l'efficacité de leur action; elle en favorise les différentes applications, comme le démontrent les observations qui suivent ce mémoire, où l'action des mercuriaux a pu se trouver inoffensive en présence de l'acide hydrochlorique, et celles où la présence de cet agent a seule favorisé l'administration des préparations ferrugineuses.

Les recherches auxquelles se livre notre confrère lui font espérer que cette médication pourra ultérieurement s'appliquer au traitement de certaines affections des reins et de la vessie; qu'elle est aussi de nature à modifier la succession des phénomènes morbides qui caractérisent la phthisie pulmonaire, certaines formes pathologiques des affections de l'utérus, la scrofule, la syphilis. Il nous tiendra, du reste, au courant de ses nouvelles expériences.

Le secrétaire de la Société de Médecine pratique, Al. Magne.

Baccalauréat ès-sciences. — Premier examen de fin d'année. — Troisième examen définitif. — Chimie générale. — Chimie appliquée à la toxicologie et à la thérapeutique. — M. Edouard Robin ouvrira, le 10 juin, par la physique, la chimie, la zoologie et les mathématiques, une nouvelle série de cours. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, chez lui, rue de La Harpe, n° 90. — Le cours de chimie sera commencé à une heure, et celui de physique à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie générale sera terminé, M. Edouard Robin exposera les nouvelles applications de cette science à la toxicologie et à la thérapeutique. Il se propose de montrer que la toxicologie n'est pas une science à part, qu'elle se prévoit quand on sait la chimie; et que la thérapeutique médicale, au lieu d'être un art empirique, n'est également qu'une branche des connaissances chimiques, où, en général, tout se rattache à quelques règles.

Journal de Clinique Médicale,

Organe de la Société de Médecine physiologique de Breslau, publié par le docteur Frédéric Gunsbourg.

Tous les deux mois il paraît un cahier de cinq feuilles, composé de mémoires originaux et de critiques. Prix, par année, 18 francs.

La rédaction, s'étant proposé de faire connaître au public médical de l'Allemagne les ouvrages étrangers, engage messieurs les auteurs et éditeurs français et anglais à envoyer un exemplaire de leurs publications, franc de port, à la rédaction.

M. C. Reinwald, libraire, rue des Saints-Pères, n° 10, à Paris, est également chargé de recevoir ce qu'on voudra envoyer à la rédaction.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 66. — MARDI 10 JUIN 1851. (24e ANNEE.) N° 66. — MARDI 10 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Trousseau.

Des convulsions.

Ce qu'on nomme *convulsions* en pathologie n'est pas, à proprement parler, une maladie; c'est un symptôme, tout comme la diarrhée, la dispnée, les sueurs, etc. Ce symptôme doit avoir une corrélation directe avec une lésion anatomique ou une maladie. Etudions cette corrélation.

Et d'abord parlons du symptôme *convulsions*.

Les convulsions présentent diverses formes; nous citerons en premier lieu la forme épileptique. Sans préambule, un enfant, d'ailleurs d'une bonne santé, est pris soudain d'une attaque caractérisée par un cri du petit malade, une chute, et s'il est couché par un renversement du corps en arrière. Les yeux sont largement ouverts; la tête est *toujours* tournée au côté opposé à celui où les membres sont convulsés. La bouche grimace du même côté, et la commissure se rapproche de l'oreille du côté des membres affectés; les bras et les jambes sont roides. Ces phénomènes durent pendant vingt, trente secondes, une minute au plus; c'est là ce qu'on entend par convulsion tonique. Bientôt la face, pâle au début, se colore rapidement, les veines du cou sont tendues et gonflées, la peau du corps rouge, et alors commence la convulsion *clonique*, c'est-à-dire l'agitation constituée par le relâchement et la contraction alternative et rapide des muscles. Dans la première période, la langue est hors de la bouche; dès que la seconde commence, les mâchoires sont rapprochées brusquement; aussi a-t-on vu quelquefois la langue être coupée complétement. La tête reste toujours inclinée du côté opposé à celui des membres malades.

Les secousses durent de un quart de minute à une minute; puis elles deviennent de moins en moins rapides, et de plus en plus larges, et enfin survient une secousse dernière, qui est suivie d'une résolution complète. Le malade est dans le *carus*.

On le voit, les symptômes que nous venons de décrire ressemblent singulièrement à l'épilepsie; et, en effet, il n'y a pas de différence entre l'épilepsie et l'éclampsie quant aux phénomènes qui les constituent, seulement la première revient par accès à intervalles réguliers plus ou moins espacés, la seconde ne revient pas nécessairement.

Après le carus l'enfant reste dans la stupeur apoplectique, et présente de la somnolence et de l'accablement pendant un temps plus ou moins long.

Le vertige éclamptique est encore une des formes de convulsions que nous devons étudier chez les enfants. Tout à coup, et sans raison aucune, il survient chez un enfant un étouffement très notable, les yeux sont ouverts et grimacés; ces phénomènes persistent pendant quatre ou cinq secondes, se reproduisent deux, trois, quatre fois dans une journée, et puis reparaissent pendant plusieurs jours de suite.

Ceci se rapproche singulièrement du vertige épileptique, forme d'autant plus grave, que, selon Esquirol, elle s'accompagne presque toujours de la perte de l'intelligence. Ordinairement les malades n'ont pas conscience d'eux-mêmes pendant le vertige; mais bientôt les facultés intellectuelles reviennent tout entières; quelquefois cependant l'intelligence est restée troublée pendant quelques minutes. M. Trousseau a eu occasion d'observer le président d'un tribunal de province qui, pris d'un mouvement convulsif dont il ne se rendait pas compte, quittait l'audience, allait uriner dans la chambre du conseil, et revenait à sa place quelques minutes après, sans avoir eu conscience de l'acte qu'il venait d'accomplir. De même un architecte qui était pris souvent de vertige avait l'habitude de prononcer son propre nom à haute voix, mais à son insu. Cette forme de convulsions occasionne donc une absence momentanée du monde extérieur; elle est très commune chez les enfants.

Il est des convulsions qui peuvent se dire partielles, c'est-à-dire n'occupant qu'une partie du corps: ainsi les convulsions latérales s'accompagnant quelquefois à la fin de la cessation complète des mouvements. Dans quelques circonstances la douleur et les secousses ne durent que pendant peu d'instants; quelquefois au contraire l'attaque éclamptique dure assez longtemps, ou plutôt se répète à de très courts intervalles.

On a vu la convulsion prendre une tournure différente de celle que nous venons de mentionner; elle est alors *interne* et se manifeste au dehors par un certain nombre de gros soupirs s'accompagnant d'un léger bruit; les muscles inspirateurs sont convulsés, et notamment ceux du larynx. Cela dure sept à dix secondes et cesse complétement; c'est l'asthme de Kopp ou thimique; mais la convulsion peut être encore plus interne; les yeux deviennent fixes d'abord, puis un peu d'oscillations et du strabisme. Chez les enfants, la convulsion peut être pour ainsi dire continue; l'épilepsie ne l'est au contraire presque jamais; les attaques sont séparées par des espaces plus ou moins longs. La convulsion peut durer pendant plusieurs heures, mais il est rare qu'on n'observe pas un peu de répit. A la suite d'une pneumonie, qui s'est accompagnée de convulsions, un enfant que nous avons dans nos salles est resté avec les doigts de la main droite rapprochés les uns des autres et la main pliée sur l'avant-bras; le pied droit est fortement cambré et la plante du pied concave. On observe, au contraire, dans quelques cas que le pied est redressé, et, le gros orteil surtout, élevé en haut et en arrière; quelquefois la tête est tordue; tous ces phénomènes sont sans douleur; ils durent pendant quelques jours, quelques mois dans les maladies de la moelle, dans certains cas quelques années: c'est la forme tonique de la convulsion.

Il y a donc une foule de formes de convulsions; voyons maintenant à quoi on peut les rapporter. Les plus communes, qu'on pourrait appeler *convulsiones parvi momenti*, se rencontrent, par exemple, au début des maladies éruptives; pendant une diarrhée, l'enfant est pris tout à coup; les attaques reviennent deux, trois, jusqu'à dix fois le premier jour, moins le second, moins le troisième et finissent par cesser jusqu'à une nouvelle apparition. Ces convulsions de début, qu'on rencontre aussi chez les enfants qui poussent leurs dents, ou pendant une indigestion, n'ont pas de gravité; elles guérissent ordinairement d'elles-mêmes. A quelle lésion anatomique faut-il rapporter ces *convulsions initiales?* Quelques instants avant l'attaque, le petit malade ne présentait d'autre symptôme que quelquefois un peu d'accélération du pouls; le carus passé, il ne reste rien. Lorsque le virus des fièvres éruptives est inoculé et que commence ce que Sydenham appelle la fermentation, le levain morbide amène dans l'économie des mutations analogues à celles du ferment dans les matières végétales; et, en effet, on observé qu'une seule pustule variolique en produit une quantité innombrable, circonstance qui permet de pousser plus loin l'analogie. Pourquoi le cerveau ne participerait-il pas comme les autres organes aux troubles fonctionnels qu'amène l'éruption et pourquoi les convulsions ne seraient-elles pas produites sous l'influence de l'irritation de l'encéphale? Cette circonstance rend compte du peu de gravité des convulsions initiales, qui disparaissent avec les maladies qu'elles accompagnent. Si la convulsion initiale se produit, un repos absolu et l'absence de toute excitation extérieure peuvent la faire cesser. Mais un réveil brusque et en général toute cause excitante peuvent en favoriser le retour. Quand la convulsion initiale se répète pendant trois ou quatre jours, le danger va croissant à mesure qu'il s'écoule un plus long espace de temps; par conséquent les convulsions de début ne sont dangereuses que si elles se prolongent, et dans ce cas seulement on doit rencontrer une lésion anatomique correspondante. Dans quelques cas rares s'accompagnant de roideur excessive, si la convulsion dure plus de deux minutes, le petit malade peut mourir asphyxié: aussi doit-on chercher à combattre cette forme dès le début.

Recherchons maintenant la signification de la convulsion partielle. Ordinairement peu étendue, elle peut cependant dans quelques circonstances prendre un peu plus d'extension. Tout un côté du corps peut être pris, ou bien seulement une partie. Le pied, le bras, le visage peuvent être successivement ou alternativement envahis.

Nous avons en ce moment dans les salles de chroniques un jeune fumiste de quatorze ans, qui, il y a deux ans, est venu réclamer nos soins pour une convulsion unilatérale. Quelque temps avant son entrée, il avait été pris, en descendant d'une cheminée, d'une convulsion de tout le côté droit du corps, commençant par le pied et gagnant bientôt le bras, puis le visage, et l'attaque se passait quelques instants après. Déjà le petit malade avait eu plusieurs attaques lorsqu'il s'est présenté à nous, et elles reparaissaient jusqu'à cinq et six fois par jour à son entrée. Cette convulsion avait cela de particulier qu'elle venait tout à coup, et devenait promptement envahissante, ce qui faisait dire au malade: « *Ma convulsion remonte.* » A la suite de l'attaque, il restait de l'étourdissement; le bras et la jambe restaient paralysés pendant une, deux, trois heures; puis le mouvement et la sensibilité revenaient, de sorte que le malade finissait par reprendre son état ordinaire. Traitées par la belladone, les convulsions ne revinrent plus qu'une ou deux fois par jour, puis seulement une fois tous les deux ou trois jours; et enfin, au bout de deux mois et demi, la guérison parut complète, le malade n'avait pas eu de convulsions depuis trois semaines. Il sortit de l'hôpital; mais il nous est revenu hémiplégique et aveugle, mais sans convulsions désormais.

Ainsi, dans ce cas, une convulsion unilatérale amenait une paralysie momentanée, et plus tard, la convulsion cessant, la paralysie a persisté.

Nous avons aussi observé une jeune femme de vingt-trois ans, du département de Seine-et-Marne, qui nous fut amenée à l'hôpital Necker il y a cinq ou six ans; elle racontait qu'étant enceinte de six mois, et étant occupée à faner de l'herbe dans une prairie, elle avait été prise d'une convulsion du côté gauche qui l'avait mise dans l'impossibilité de marcher. Rapportée chez elle, cette convulsion reparut plu-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Si je n'étais aguerri et complétement rassuré par dix bonnes années d'usage de cigares et de tabatière, j'aurais peur; il n'est pas un lieu public, un salon, un atelier, une chambre de grisette qui n'entende une dissertation complète de toxicologie sur le tabac et la nicotine. Le procès Bocarmé a produit une révolution complète dans les idées et les croyances de la population parisienne, et le travail de M. Orfila, rapidement connu du public, n'a pas peu contribué à entretenir l'agitation fièvreuse qui domine en ce moment la capitale du monde civilisé.

Depuis huit jours, les journaux de médecine n'ont pu suffire aux demandes nombreuses qui leur ont été adressées, et l'administration de la *Gazette des Hôpitaux* va se voir forcée de recourir à un second tirage.

L'usage du tabac était tellement passé dans nos habitudes qu'il ne venait à l'esprit de personne de mettre en doute sa complète innocuité. On prisait, on fumait, on chiquait le tabac avec la même insouciance que si l'on eût prisé, fumé ou chiqué la réglisse et l'iris de Florence. On rencontrait bien par-ci par-là quelques esprits chagrins qui reprochaient à la nicotiane une action délétère sur les voies respiratoires ou tout au moins sur les glandes salivaires; mais on leur répondait avec Giacomini que l'habitude émoussait cette influence, et les plus optimistes allaient même jusqu'à dire que l'augmentation de la sécrétion salivaire et de la sécrétion pituaire déterminée par l'usage du tabac était un bien plutôt qu'un mal; d'ailleurs le nombre de ces esprits chagrins diminuait chaque jour et l'on pouvait même prévoir le moment où les amateurs de la plante arabique jouiraient sans contestation de leur plaisir favori.

Pour mon compte, je ne connaissais plus que le professeur Roux parmi les adversaires irréconciliables du tabac; à l'instar des frêles marquises de l'ancien régime, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu est capable de se trouver mal sous le vent d'un simple cigare, sensibilité d'autant plus extraordinaire que j'ai entendu M. Roux proclamer la supériorité de l'odeur du pus sur celle de la rose.

Jamais on n'a pu dire avec autant de vérité que tous les goûts étaient dans la nature.

Aujourd'hui, grâce au procès Bocarmé, les habitudes parisiennes ont bien changé: à son retour d'Angleterre, M. Roux pourra sans crainte se hasarder sur les boulevards; le havane, le manille, le panatellas sont irrévocablement abandonnés; au moment où j'écris le fumeur est passé à l'état d'être surnaturel; c'est un Murat affrontant une mort presque certaine et dont le courage est estimé bien supérieur à celui du brave des braves.

Le gouvernement est dans la consternation; le revenu des tabacs a baissé depuis huit jours d'une manière énorme et tout fait craindre que ce revenu ne tombe bientôt à l'état de zéro. Raisonnablement il ne peut, comme le gouvernement de Rome, ordonner à tous les Français âgés de vingt et un ans de consommer une plante toxique et que la science a dit contenir un énergique poison. Le public peut bien accepter une nécessité politique, mais il ne saurait transiger sur sa santé.

Les débits de tabac sont, eux aussi, dans l'abomination de la désolation; ils maudissent la science, la toxicologie et M. Orfila; celui-ci fera bien de mettre un faux nez pour échapper à la colère de ces honnêtes négociants et par des lunettes pleines à l'usage des louches de garantir ses yeux de l'atteinte mortelle des ciseaux féminins.

M. Orfila surtout est le cauchemar de cette classe intéressante de citoyens. Avant son travail sur la nicotine, lu à la dernière séance de l'Académie de Médecine, il comptait encore parmi les marchands de tabac quelques admirateurs, ceux dont la vente avait augmenté soit au préjudice de leurs confrères, soit que des passions criminelles, assurées de l'impunité par l'impuissance de la science, eussent voulu se procurer un poison qui, sur la foi de M. de Bocarmé, ne laissait pas de traces. Mais, depuis sa communication à l'Académie, M. Orfila ne doit plus compter sur un seul débitant de tabac; la consommation de cette plante est devenue presque nulle, ainsi que je le disais plus haut, soit que la peur des fumeurs ait augmenté, soit que les passions criminelles aient renoncé à un toxique dont M. Orfila se charge de retrouver les traces.

Pauvre toxicologue! vous le voyez, le chemin de la science n'est pas toujours émaillé de roses!

Cependant à côté de ces colères s'élèvent en faveur de M. Orfila quelques actions de grâce. J'ai un de mes amis qui pousse cet enthousiasme jusqu'à la frénésie: il s'est emparé de mon numéro de la *Gazette des Hôpitaux* où se trouve relatée la communication de l'ancien doyen et lit régulièrement chaque jour à sa femme jeune, exaltée et capricieuse le compte-rendu de l'Académie; bien plus, il prend soin tous les soirs de le placer en évidence sur la table de nuit de la chambre conjugale et d'appeler sur lui avant d'éteindre la bougie l'attention de sa jeune épouse.

Etonné de cette admiration par trop communicative, j'en demandais les motifs à mon ami:

— Mon cher, me répondit-il, on ne saurait trop inculquer à l'esprit des femmes que rien n'échappe aux investigations de la science; on ne sait pas ce qui peut arriver.

Infortuné Lafarge! pourquoi n'avoir pas pris cette sage précaution!!

La plus belle moitié du genre humain, moins prévoyante que la plus laide, apporte aussi son tribut de félicitations à la science, mais pour des motifs bien différents de ceux qui agitent certains maris.

Une femme pleine de sens et d'esprit me disait que, grâce au procès Bocarmé qui avait forcé l'attention publique à se fixer sur

sieurs fois jusqu'au moment de l'accouchement, qui se fit à terme et sans accidents. Après l'accouchement, la convulsion persistant toujours et du même côté, et se répétant littéralement jusqu'à vingt ou trente fois dans une heure, elle vint réclamer des soins. Il se manifestait d'abord chez elle de la roideur dans le pied; puis sa jambe était fléchie sur la cuisse, et les secousses convulsives commençaient; du membre inférieur, la convulsion gagnait le tronc et le bras du même côté; et enfin la face était convulsée la dernière. Pendant toute l'attaque, la malade parlait et conservait toute son intelligence; seulement il arrivait un moment où la convulsion de la face était si grande, que les sons articulés par la malade étaient inintelligibles; le côté gauche du corps restait libre. Traitée par la belladone, elle parut complétement guérie au bout d'un mois, et sortit de l'hôpital en nous promettant de revenir demander des conseils si elle rechutait. Depuis, nous n'en avons pas eu de nouvelles: aussi la regardons-nous comme complétement guérie.

Ici donc, convulsions amenant une paralysie momentanée, et enfin curation par la belladone.

Il y a deux ans, nous avions à la salle Saint-Jean un jeune garçon qui avait des convulsions suivies de paralysie persistant pendant trois à cinq jours; il fut pris d'une hydropisie de poitrine, et guérit par la paracenthèse; mais il succomba à une nouvelle attaque de paralysie, et l'autopsie nous fit observer dans son cerveau plusieurs masses hémorrhagiques capillaires, avec commencement de ramollissement tout autour. Quelques-unes paraissaient plus anciennes que les autres.

De quoi étaient-elles l'expression? Chez le jeune malade la convulsion était-elle le résultat des hémorrhagies capillaires succesives, si souvent le point de départ du ramollissement cérébral? et lorsque la congestion locale n'arrivait pas à la déchirure et ne déterminait pas la mort, n'était-elle pas suffisante pour occasionner les convulsions? Chez la jeune femme dont nous parlions tout à l'heure, les choses se sont peut-être passées de la même façon; seulement ici il y a de plus un phénomène extraordinaire, c'est la cécité complète des deux yeux. Enfin la jeune villageoise dont nous avons rapporté l'observation avait, elle aussi, probablement des foyers congestifs dans un des côtés de l'encéphale, qui peut-être se sont dissipés plus tard. Après la convulsion, la guérison peut survenir, si le désordre anatomique qui lui a donné naissance est réparable. Ainsi donc, pour qu'une convulsion unilatérale guérisse, il faut que la congestion disparaisse; aussi, si elle est portée au delà de certaines limites, il survient des hémorrhagies des centres nerveux ou des méninges, qui sont rapidement mortelles.

Cette explication, qui paraît rationnelle, n'est pas toujours confirmée par l'anatomie pathologique. Et en effet, aux mêmes désordres fonctionnels ne correspondent pas toujours des lésions anatomiques analogues. Il faut donc la prendre pour ce qu'elle vaut, mais non pas comme absolue. Nous avons aux chroniques un jeune garçon qui, à la suite de convulsions, est devenu aveugle. A part cela, pas de trouble fonctionnel; où est donc la lésion anatomique?

Au point de vue du pronostic, les convulsions unilatérales sont plus graves que les convulsions générales, et les deux petits aveugles dont nous venons de parler n'ont eu, en effet, que des convulsions latérales.

(La fin à un prochain numéro.)

EMPLOI DE LA CASÉINE

pour envelopper les pilules,

Par G. Jozeau.

Pour conserver les pilules et en masquer la mauvaise odeur et saveur, M. Jozeau a remplacé la gélatine par la caséine.

La préparation de la caséine destinée à cet usage se fait de la manière suivante:

On place pendant vingt minutes dans l'eau bouillante de la caséine privée de beurre, on la presse ensuite fortement et on la dissout dans une quantité d'ammoniaque liquide suffisante pour former une liqueur de consistance sirupeuse, qu'on mêle avec du sucre dans la proportion d'un dixième environ du poids de la caséine; puis on évapore le tout à siccité et on réduit en poudre.

Pour envelopper des pilules, on dissout une petite portion de poudre dans l'eau, de manière à former un épais mucilage dont on mouille les pilules, que l'on couvre ensuite avec la poudre. Il faut répéter cette opération deux ou trois fois selon l'intensité de l'odeur ou de la saveur que l'on veut masquer, et lorsque la dernière enveloppe est faite, au lieu de couvrir les pilules de poudre, on les passe dans de l'eau légèrement acidulée, puis on les fait sécher.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mai 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Huguier, à propos de ce dernier, remplissant la promesse qu'il avait faite dans la séance précédente de s'occuper des tumeurs sanguines du petit bassin, s'exprime de la manière suivante:

Ces tumeurs sont situées à la partie inférieure de la cavité abdominale entre l'utérus et le rectum et entre le péritoine et le cul-de-sac vaginal, ou encore dans la partie inférieure du péritoine.

Ces tumeurs ont reçu des noms variés, tels que ceux de tumeurs sanguines du petit bassin, tumeurs sanguines du cul-de-sac péritonéal, kystes sanguins, trombus, hématocèle, etc.

La connaissance de ces tumeurs sanguines est assez ancienne; Ruysch, dans ses observations anatomo-pathologiques, en rapporte un exemple.

En 1693, les Actes des érudits de Leipsick en signalent un nouvel exemple.

On trouve encore cette maladie mentionnée dans le journal de Hufeland pour 1818.

Depuis, en France, on s'est beaucoup occupé de cette maladie: M. Deneux d'abord, dans son *Mémoire sur le trombus du vagin et de la vulve après l'accouchement*, a rapporté des faits qui appartiennent bien manifestement à la maladie qui nous occupe. M. Récamier en 1831 et M. Bourdon en 1841 ont appelé l'attention des médecins sur les tumeurs fluctuantes du petit bassin, et parmi les faits consignés par ces auteurs il en est quelques-uns qui ont trait aux tumeurs sanguines du petit bassin. Dugès et Boivin ont publié des faits analogues. Tout récemment, M. Bernutz, dans un mémoire ayant pour titre: *Des accidents produits par la rétention du flux menstruel*, a rapporté des observations propres à éclairer l'histoire de la maladie qui nous occupe. Enfin, MM. Piedagnel, Laugier, Beau, Nélaton, Juteau, Piogey et Vigués, qui vient de publier une thèse ayant pour titre: *Des tumeurs de l'excavation pelvienne chez la femme*, ont publié des faits que j'invoquerai pour faire l'histoire succincte des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne.

Ces hématocèles ne peuvent point être décrites d'une manière générale, car elles sont souvent distinctes par leur siége, *leurs causes, leur marche, leurs symptômes et leur pronostic et même leur traitement.*

Malgré ces différences, ces tumeurs sanguines ont cependant des caractères communs: 1° d'être formées par du sang épanché liquide ou coagulé; 2° d'offrir une certaine analogie symptomatique due aux connexions étroites, vasculaires, nerveuses, celluleuses, séreuses, qui unissent l'utérus et ses annexes aux organes pelviabdominaux. Nous prendrons comme base de classification de ces tumeurs leur siége anatomique et le point de départ de la maladie; en effet, l'étiologie et la symptomatologie ne sont pas dans cette circonstance assez fixes pour que nous les prenions comme moyen de classification. Ces épanchements sanguins présentent deux grandes classes:

1° Les uns sont placés au-dessous du péritoine dans le tissu cellulaire compris entre l'utérus et le rectum et le cul-de-sac péritonéal et vaginal;

2° Les autres sont situés dans l'un des annexes de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal ou dans un des replis de cette membrane séreuse.

Première classe. — Cette première classe renferme donc toutes les tumeurs sanguines situées dans le tissu cellulaire compris entre le rectum, le vagin, l'utérus et le cul-de-sac péritonéal; elles peuvent disséquer plus ou moins loin les parois du vagin, occuper le tissu cellulaire qui entoure latéralement cet organe. C'est à cette classe des tumeurs que doivent être rapportés les faits de MM. Récamier, Bourdon, Beau, Nélaton, la deuxième observation de M. Vigués et un cas inséré dans le mémoire de M. Deneux.

Les causes sont prédisposantes ou déterminantes; les premières sont: l'existence d'un plexus veineux que l'on rencontre dans cette région, la congestion menstruelle ou sexuelle, les grossesses répétées et la dilatation variqueuse des veines; les secondes sont: les fausses couches, les efforts violents et les excès de copulation. (M. Huguier cite à ce propos l'histoire d'un homme qui eut une ecchymose de tout le scrotum à la suite d'excès dans l'acte vénérien.) Sous l'influence de ces excitations diverses, le sang se porte avec force vers la partie inférieure de l'utérus, et c'est alors que l'on voit se former les tumeurs qui nous occupent. Peut-être que du sang accumulé dans un des ligaments larges pourrait se porter dans l'endroit que nous signalons et former là une tumeur. Les faits manquent à l'appui de cette hypothèse.

Parmi les signes nombreux qui caractérisent ces tumeurs, la plupart appartiennent également aux hématocèles du cul-de-sac péritonéal, à l'exception cependant de la coloration violacée du vagin, qui se trouverait seulement dans la classe des tumeurs que nous étudions maintenant.

La deuxième grande classe des tumeurs sanguines du bassin dont nous allons nous occuper est de beaucoup la plus importante; elle est surtout liée à un trouble survenu dans les functions génitales de la femme. Elle comprend plusieurs variétés que nous allons passer rapidement en revue.

La première espèce, qui n'est qu'une pseudo-hématocèle, dépend surtout d'une grossesse extra-utèrine arrêtée à un ou deux mois de conception. J'ai eu occasion de voir deux tumeurs développées dans le cul-de-sac péritonéal et dont l'origine bien évidente remontait à une grossesse extra-utérine; dans un cas, l'autopsie a démontré le produit de la conception; dans l'autre, après une ponction faite convenablement, mais suivie d'imprudence de la part de la malade, il est survenu une violente inflammation de la poche et bientôt celle-ci s'est vidée en laissant écouler les débris d'un fœtus.

La seconde espèce, comprenant plusieurs variétés, est surtout formée par la rétention du sang menstruel dans les cavités génitales ou le cul-de-sac péritonéal recto-vésical. Les causes prédisposantes sont les congestions utérines arrivant à des époques déterminées, les grossesses multipliées qui développent les veines du bassin et de l'utérus, les excitations vénériennes. Les causes déterminantes sont les troubles apportés dans l'accomplissement régulier de la menstruation, un obstacle survenu à l'écoulement des menstrues par suite d'un rétrécissement ou d'une oblitération du col. Le sang ainsi retenu dans les organes génitaux peut être accumulé dans les trompes: MM. Récamier, Bourdon, Bernutz, Piogey et moi avons constaté la présence de tumeurs sanguines dans le point que nous venons d'indiquer. C'est là une première variété de la seconde classe de nos tumeurs. Dans une seconde variété, le sang est épanché dans les trompes et dans la cavité péritonéale. Le fait rapporté par Hufeland en 1819, la première observation de M. Bernutz doivent être rangés dans cette catégorie.

Une troisième variété comprend celles de ces hématocèles qui sont formées par la rupture des vaisseaux ovariques ou utérins; c'est surtout chez les femmes enceintes qu'on les observe. M. Marjolin a signalé un fait de ce genre.

Il pourrait encore exister une quatrième variété: elle serait formée par les kystes sanguins formés par exhalation sanguine à la surface péritonéale de l'utérus par dérivation du flux menstruel et comme hémorrhagie supplémentaire.

Ceci une fois établi, nous pouvons constater la différence que présentent ces deux classes de tumeurs.

Sous le rapport du siége, nous avons déjà fait remarquer la différence capitale, puisque c'est cette différence qui a servi de base à notre classification. Le mécanisme, les antécédents et les causes sont aussi à noter. Ainsi, tandis que les premières tiennent soit à l'accouchement, soit à une exagération des fonctions génitales, les secondes, au contraire, trouvent leur source dans l'accomplissement vicié des fonctions des organes génitaux de la femme, dans des rétrécissements de ces derniers et dans des grossesses extra-utérines.

Les signes à l'aide desquels on reconnaît ce genre d'affection sont presque communs aux deux genres de tumeurs que nous avons admis; dans l'une et l'autre classe, la tumeur plus ou moins volumineuse se fait sentir dans le vagin, entre l'utérus et le rectum; l'utérus est fortement déplacé, suivant le volume de la tumeur. Celle-ci est plus ou moins fluctuante; quelquefois elle dépasse la symphyse des pubis, et la palpation abdominale, secondée de la palpation vaginale et rectale, permet de constater la fluctuation, ainsi que l'étendue du mal. L'exploration de la cavité utérine ne démontre rien d'anormal de ce côté, si ce n'est une exhalation sanguine par la face interne de cet organe, comme cela a été observé par MM. Nélaton et Robert. Des phénomènes généraux, des troubles fonctionnels peuvent encore compliquer la symptomatologie de ces tumeurs. Quelques signes peuvent faire reconnaître les tumeurs de la première classe de celles de la seconde; aussi celles que nous avons

---

l'action délétère du tabac, la France allait reprendre le sceptre de la galanterie et des fines causeries qu'elle avait perdu depuis la vulgarisation de la nicotiane.

— Désormais, ajoutait-elle, les hommes ne nous délaisseront plus au moment où l'imagination a le plus d'éclat et l'esprit le plus de verve, c'est-à-dire au sortir de table, pour étouffer l'une et l'autre dans les vapeurs stupéfiantes du tabac. Notre caractère national reviendra, n'en doutez pas, à ce type gracieux et gai qui nous avait placées au sommet de l'échelle sociale, et les beaux jours de l'Œil-de-bœuf refleuriront, ainsi que les soirées de l'hôtel Rambouillet. C'est à la chimie, à la toxicologie, à la science, en un mot, que nous devrons cette heureuse transformation, cette admirable métamorphose.

Certainement j'étais convaincu de la bienfaisante influence de la science sur la marche des sociétés, mais, je l'avoue à ma honte, je ne lui croyais pas une puissance aussi décisive et surtout aussi subite.

Plus que jamais c'est ici l'occasion de s'écrier: O chimie, voilà bien de tes prodiges!!!

Par ma foi! plus je réfléchis aux révolutions diverses qu'a produites la question scientifique du tabac, sans parler de celles qu'elle contient en germe, je ne serais pas étonné que M. Roux, emporté par un vif sentiment de reconnaissance, quittât le bistouri du chirurgien pour la cornue du chimiste et le couteau de l'opérateur pour la marmite du toxicologue; dame! puisqu'elle est à faire des prodiges, je ne vois pas pourquoi la chimie n'accomplirait pas celui-là.

Notre époque, d'ailleurs, est fertile en miracles! C'est véritablement une chose extraordinaire que l'extrême facilité avec laquelle aujourd'hui on vous transfigure un homme!! Il suffit du premier passant venu pour fondre ou détruire une réputation! Que travaillez-vous à la science? Que sert d'user ses plus belles années et ses yeux à la recherche de quelque vérité nouvelle, ou tout au moins à l'étude des faits déjà connus? Pourquoi châtier votre langage et peser sept fois, comme le sage, la parole que vous devez prononcer? Voyez autour de vous: cet homme qui ostensiblement court après des malades, sans pouvoir jamais les atteindre, est proclamé un grand docteur, un génie de la science; un ami complaisant l'a dit, le public le répète; cet autre, qui n'ouvre la bouche que pour dire une sottise, est affublé du titre d'homme d'esprit; un badaud l'a reconnu, le public le croit sur parole; en un mot, voyez les oripeaux étranges dont on a affublé la mémoire du docteur Koreff.

C'est incroyable: pendant plus de huit jours j'ai été stupéfait de tous les dithyrambes chantés en l'honneur de ce cher homme; je l'avais vu deux fois dans ma vie, et j'avais conservé de lui un souvenir qui contrastait affreusement avec les éloges que j'en entendais faire. Qui peut lui avoir fabriqué la réputation de praticien émérite, de savant de premier ordre, d'homme d'esprit éminent, de philosophe profond, de convive joyeux, que sais-je encore? A en croire la rumeur publique, la terre était trop petite pour le contenir et l'espace trop étroit pour ses poumons.

Heureusement pour la vérité et pour notre honneur, tout le monde n'a pas été dupe de cette plaisanterie ou de cette jonglerie, comme on voudra, et parmi les quelques rares protestations qui se sont élevées contre ce concert d'éloges à faux bourdon, j'ai noté un passage des spirituelles causeries du journal l'*Illustration*. Mes lecteurs me sauront gré de leur faire connaître ce petit morceau de choix où la fine plaisanterie marche de front avec la vérité; la voici: « Il est mort dernièrement un digne et excellent homme qui s'appelait le docteur Koreff. Tout le monde à peu près connaissait le nom, et beaucoup de gens parlaient de la personne sans trop savoir pourquoi. J'ignore s'il a joui des bénéfices de la célébrité, mais il en étalait à merveille le simulacre. Son nom méritait de rester dans la mémoire des hommes comme l'emblème des réputations usurpées, s'il avait pu jamais usurper quelque chose. Le docteur Koreff, disait l'un, diable! c'est une célébrité scientifique, un des aigles de la Faculté! — et (voyez la prévention) ce grand médecin n'exerçait plus depuis vingt ans; il avait été obligé de renoncer ostensiblement à la profession à la suite d'une cure trop malheureuse. — Comment! ajoutait un autre, vous ne connaissez pas le docteur Koreff? un esprit charmant, un délicieux causeur, Juif de race, Allemand d'origine, mais Français et Parisien d'inclination, à telles enseignes que le roi de Prusse, dont il prenait congé, lui disait un jour: « Vous partez, Koreff, et qu'allez-vous faire à Paris? — Sire, je vais causer. » Ah! vous ne connaissez pas le docteur Koreff? J'en suis fâché pour vous et pour vos connaissances. Ainsi parlait le premier venu, et pourtant ce bonhomme si disert ne disait rien qu'à bâtons rompus, et il suait à grosses gouttes après avoir lâché un monosyllabe...... — Quoi! s'écriait un troisième, c'est du docteur Koreff que vous parlez? le plus amusant convive, œil de feu, bouche expressive, tournure imposante, un homme qui..... un homme que..... un homme enfin qu'Hoffmann a mis dans ses *Contes — fantastiques*, je le crois bien; toujours est-il que les plus sincères vous diront qu'ils n'ont jamais vu dans le beau Koreff qu'un bon gros petit vieillard, obèse, goutteux, quinteux et taillé à la façon des bonshommes grotesques de Nuremberg; à cela près, la perle des hommes et des docteurs. » Coiffez ce roque petit vieillard d'une casquette de loutre ou de peau de lapin, qui ne le quittait jamais chez lui, et vous aurez le portrait fidèle du savant, du spirituel et du beau Koreff.

O dérision! faudra-t-il éternellement qu'*un sot trouve toujours un plus sot qui l'admire*, et ne nous déciderons-nous jamais à regarder sous le masque les réputations qu'on nous donne?

Félix Roubaud.

M. le docteur Ph. Ricord vient de recevoir de la Porte ottomane les insignes du Nichan-Sftéhar.

décrites tout d'abord présentent une coloration vaginale spéciale, sur laquelle nous avons insisté; elles n'exposent point à la péritonite, comme les secondes; en conséquence, leur pronostic est moins grave; elles laissent, de plus, après la cicatrisation, un point dur situé à la partie postérieure et supérieure du vagin.

Le traitement de ces tumeurs doit consister dans une ponction évacuatrice, dans une incision, au besoin dans l'emploi d'injections convenablement faites. Tout cela sera secondé par le régime des affections aiguës. Lorsque la tumeur sera le résultat d'un trouble du côté de la menstruation, le chirurgien aura à s'en occuper; il fera disparaître les obstacles qui pourraient troubler cette fonction, en même temps que, par un traitement médical convenable, il favorisera l'accomplissement régulier de la menstruation.

M. Lenoir regrette que M. Huguier n'ait point fait une lecture au lieu d'un discours, dans lequel l'orateur n'a pas formulé son opinion d'une manière nette et précise; il a confondu des choses distinctes dans la science et dans la nature. Les trombus peuvent avoir un autre siége que la vulve; on en a trouvé dans les parois du vagin. M. Deneux et Nægele ont rapporté des faits de ce genre. Siebold a eu également l'occasion d'en observer un cas très haut placé dans l'épaisseur du vagin. C'est surtout à l'époque de l'accouchement qu'on les rencontre. Les tumeurs sanguines péritonéales et celluleuses, là était toute la question. M. Huguier, en parlant des épanchements péri-utérins, des tumeurs sanguines du ligament large, a dévié la question.

M. Huguier n'accepte point le reproche d'avoir dévié la question; il l'a élargie; il a fait rentrer dans sa classification des tumeurs du petit bassin des observations dont le titre semble devoir les éloigner; mais, en lisant ces observations avec soin, on voit bien qu'elles appartiennent aux hématocèles de l'excavation pelvienne. Relativement aux reproches d'avoir confondu les trombus de la vulve avec les tumeurs sanguines du petit bassin, M. Huguier déclare n'avoir point fait cette confusion; il connaissait les faits cités par M. Lenoir. La confusion n'était donc point possible.

M. Debout. Puisque notre collègue M. Huguier veut bien se rendre au vœu de la Société et rédiger un mémoire sur les tumeurs sanguines du bassin, je lui signalerai une variété de trombus, le trombus utérin, qui n'a pas encore été décrite, et dont M. Montgomery a fait l'objet d'un mémoire inséré dans le numéro de mai du *Dublin quarterly journal of medecine*. Dans ce travail, M. Montgomery rapporte avec détail trois faits de trombus développés dans la lèvre antérieure du col de l'utérus. Dans les trois cas, la tumeur sanguine a apporté un obstacle momentané à la marche du travail, jusqu'à ce que la rupture de la tumeur sanguine eût permis le passage de l'enfant.

Dans un quatrième cas qui a été communiqué à la Société obstétricale de Dublin, M. Montgomery cite une hémorrhagie mortelle survenue au quatrième jour après l'accouchement, l'utérus étant complétement revenu sur lui-même, par suite de la rupture spontanée d'une de ces tumeurs sanguines. A l'autopsie, on a trouvé une cavité sanguine occupant la lèvre antérieure du col et remontant jusque dans l'épaisseur des parois de l'utérus; cavité dans laquelle venait s'ouvrir des vaisseaux importants qui avaient fourni l'hémorrhagie.

Quelle que soit la cause des paralysies traumatiques, qu'elles soient dues à la distension, à la commotion ou à la compression des troncs nerveux, le traitement reste le même, et la thérapeutique n'est pas aussi impuissante que MM. Chassaignac et Gosselin l'ont dit. Il est un médicament sur la valeur duquel l'expérimentation chimique a prononcé, c'est la strychnine. Rappeler les faits nombreux de guérisons dues à cet agent dans les cas de paralysies suite de lésions cérébrales ou spinales, ou même résultant d'une intoxication saturnine, est inutile. Il est vrai que dans les cas de paralysie traumatique la lésion se trouve bornée à un groupe de muscles. Or, soumettre l'économie entière à l'influence d'un médicament aussi énergique que la strychnine, lorsqu'il s'agit de combattre une paralysie locale, ne serait pas d'une saine pratique; mais il reste la voie endermique. Une bonne formule à rappeler est la pommade au sulfate de strychnine; des frictions faites largement sur les parties paralysées ont produit des succès, même dans des cas de paralysies dues à la lésion des centres nerveux. Vous pouvez encore porter plus directement l'agent médicamenteux sur les parties malades en dénudant le derme à l'aide d'un vésicatoire. Enfin, un dernier moyen sur lequel je crois devoir appeler votre attention est la galvanisation localisée.

Dans la dernière séance, M. Gosselin, en vous citant les deux cas intéressants de paralysie du membre supérieur qu'il avait observé à l'Hôtel-Dieu, vous a dit que les tentatives de M. Duchêne n'avaient produit qu'une amélioration. J'ai revu hier les deux malades de notre confrère, et je puis vous annoncer que le premier, celui dont la paralysie était due à une simple commotion, est complétement guéri, et a repris son métier d'ébéniste. Quant au second, le nommé Vacabelle, qui a fait le sujet de l'intéressante thèse de M. Simonis-Empis, et chez lequel la paralysie était compliquée d'une luxation, la cure n'est pas complète encore. Les muscles du bras et de l'avant-bras ont, jusqu'à présent, seuls repris leurs mouvements complets, ainsi que leur volume normal; il reste à traiter les muscles de la main, qui, sous l'influence de la lésion nerveuse, s'étaient atrophiés comme ceux du bras et de l'avant-bras. Or, les résultats obtenus sur la partie supérieure du membre nous sont garants de la prochaine guérison de ce malade. Nous avons engagé M. Duchêne à vous présenter alors ses deux malades, et il le fera.

Dans un sujet aussi important, il était essentiel de signaler tous les moyens de traitement que les progrès de la science mettent à notre disposition, et je suis convaincu que la galvanisation doit être inscrite au nombre des moyens efficaces de traitement des paralysies traumatiques.

M. Forget et plusieurs membres expriment le désir de voir M. Huguier rédiger un travail sur les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne; ce travail serait le point de départ d'une discussion approfondie sur ce sujet.

M. Danyau communique un cas de paralysie du bras chez un enfant nouveau-né.

En écoutant, dit-il, les intéressantes communications faites dans la dernière séance sur les lésions nerveuses qui succèdent aux luxations du bras, aux contusions et même aux simples pressions de l'épaule, je me rappelai une phrase qui termine une observation de Smellie, et qui me semblait se rapporter au fait en discussion.

« La compression prolongée, dit l'auteur anglais, avait donné » lieu à une paralysie du bras qui dura plusieurs jours, mais céda » bientôt à des frictions et à des embrocations. » (*Cases and obs. in Midwifery*, II, 509.)

La mention de cet accident m'avait d'autant plus frappé, que je n'en avais rencontré d'exemple nulle part ailleurs, que je ne l'avais jamais observé moi-même, et n'avais pas connaissance qu'il eût été observé par d'autres. Les détails très insuffisants donnés par Smellie ne permettaient guère de démêler la cause de cette paralysie, et ce fait était resté inexpliqué pour moi. Le hasard me fit trouver, le lendemain même de la séance de la Société, l'explication que j'avais vainement cherchée.

Voici dans quelles circonstances :

Une femme primipare, dont l'urine était chargée d'albumine, était arrivée presque au terme d'un travail assez pénible qui avait duré plus de vingt-quatre heures, lorsqu'une attaque d'éclampsie survint. La tête, en position occipito-iliaque droite postérieure, venait de franchir l'orifice. On disposa tout pour l'application du forceps. Pendant ces préparatifs, une seconde attaque très forte eut lieu. Bien que très basse, la tête fut un peu plus difficilement extraite que dans les cas simples, où elle est à la vulve en position occipito-antérieure. L'occiput fut dégagé en arrière, la face en avant. L'enfant, garçon fort, à terme, pesant près de 3 kilogrammes et demi (3,325), naquit dans un état de mort apparente. Il fut ranimé par l'insufflation après une demi-heure de soins.

Lorsqu'il me fut présenté (trente-six heures après la naissance), il respirait assez bien, mais sans crier; il avait évacué son méconium, prenait de l'eau sucrée et du lait à la cuiller, mais ne tetait pas. Il y avait à la fois hémiplégie faciale à gauche et paralysie du membre supérieur du même côté. Je ne dirai rien de l'hémiplégie faciale, qui n'était pas tout à fait complète et qui offrait d'ailleurs les caractères particuliers qu'elle présente chez les nouveau-nés.

Le membre supérieur gauche pendait immobile sur le côté du corps, l'avant-bras dans la pronation, les doigts demi-fléchis. Lorsqu'on le soulevait, il retombait inerte à sa place; la flexion de l'avant-bras sur le bras était instantanément suivie du retour à l'extension passive; non-seulement aucun mouvement spontané n'avait lieu dans le membre, mais encore on essayait vainement d'en provoquer en pinçant la peau. L'enfant témoignait bien, par un petit grognement et par un léger mouvement d'élévation de l'épaule produit par l'action du trapèze, que la sensibilité n'était point affaiblie; mais la paralysie du mouvement était évidemment complète.

En examinant la partie latérale gauche du col, je vis qu'une eschare presque linéaire, de 1 centimètre de longueur, et dont la chute laissa plus tard une plaie pénétrante dans le tissu cellulaire, existait le long du bord externe du trapèze. Elle avait été produite par la branche droite du forceps, qui, sans doute par suite d'un peu de déflexion et d'inclinaison de la tête, avait pénétré loin sur le côté du col et comprimé le plexus brachial, comme elle avait comprimé le nerf facial à sa sortie du trou stylo-mastoïdien. Dès lors ce fait n'était plus comparable à ceux qui avaient antérieurement occupé la Société. Son extrême rareté m'a cependant fait penser qu'il y avait quelque intérêt à l'en entretenir.

La vie de l'enfant avait toujours été si précaire, que je ne fus pas étonné de le voir s'affaiblir de plus en plus. Il vécut cependant huit jours, et succomba après être resté pendant quarante-huit heures dans une sorte de léthargie, à laquelle se joignirent, le dernier jour, une cyanose assez prononcée, un refroidissement très marqué et une insensibilité générale presque complète.

Je ne ferai que mentionner parmi les lésions trouvées sur le cadavre un céphalœmatome de moyen volume sur le pariétal gauche, un peu de suffusion sanguine à la surface de l'hémisphère droit du cerveau en arrière, l'oblitération incomplète du trou de Botal, une péritonite caractérisée par un épanchement sanguin et purulent baignant toute la cavité abdominale et les viscères qu'elle contient, et j'arrive aux altérations qui ont particulièrement trait à la paralysie observée pendant la vie.

Il y avait un léger épanchement de sang dans les tissus environnant le plexus brachial du côté gauche à son origine. Depuis ce point jusqu'au dehors des scalènes, les branches qui concourent à la formation du plexus présentent une teinte sanguinolente, qui ne disparaît nullement par le frottement; au delà des scalènes, au niveau du creux axillaire, les nerfs sont décolorés comme à l'état normal. Le tissu nerveux présente partout la consistance ordinaire. — Les tissus qui environnent le nerf facial, au moment où il sort du trou stylo-mastoïdien pour aller s'enfoncer dans la glande parotide, sont ecchymosés; le nerf lui-même est injecté dans cette partie de son trajet; au delà de la parotide les rameaux nerveux présentent leur coloration normale.

Dans le cas que je viens d'avoir l'honneur de faire connaître à la Société, la paralysie du membre supérieur est exactement de la même espèce que celle si fréquemment observée sur l'un des côtés de la face; elle reconnaît la même cause, la compression par l'une des branches du forceps. Si le forceps peut comprimer, contenir et paralyser le nerf facial, il peut aussi, quoique plus difficilement et dans quelques cas tout à fait exceptionnels, atteindre le plexus brachial et produire sur lui les mêmes effets. Le cas que j'ai rapporté ne le prouve-t-il pas surabondamment? Traces évidentes de l'instrument; co-existence des deux paralysies sur le même sujet, du même côté; altérations absolument identiques, et, suivant toute probabilité, produites au même moment.

La disparition graduelle et en général assez rapide de l'hémiplégie faciale des nouveau nés produite par la compression du forceps doit faire penser que la paralysie du membre supérieur, dépendant de la même cause, céderait également sans peine à l'emploi de moyens simples si l'enfant se trouvait d'ailleurs dans de bonnes conditions. C'est ce qu'on peut inférer des lésions peu graves constatées dans le cas que j'ai rapporté et du résultat promptement heureux des frictions et des embrocations employées par Smellie. Au reste, pour dire entièrement mon opinion sur le cas de l'illustre accoucheur anglais, je ne doute pas maintenant que la paralysie observée par lui, et qui avait cela de très remarquable qu'elle était double, ne fût due à la compression, par les branches du forceps, de l'un et de l'autre plexus brachial. C'est ce dont on peut se convaincre en lisant attentivement cette observation, en remarquant qu'il s'agissait d'une présentation de la face, et en songeant que, pour extraire la tête, Smellie se servit probablement dans ce cas de son forceps droit.

— M. Chassaignac présente trois malades :

1° Un sur lequel il a enlevé une tumeur érectile veineuse située à la partie interne de la main;

2° Une autre malade portait une tumeur érectile veineuse de la langue et de la joue;

3° Un troisième ayant deux tumeurs variqueuses situées à la partie interne du membre inférieur droit.

Le vice-secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

QUATRIÈME LEÇON (1).

B. DE LA TEMPÉRATURE. — DE LA TEMPÉRATURE EXTÉRIEURE OU ATMOSPHÉRIQUE. — DE LA TEMPÉRATURE ANIMALE. — DE LA RÉSISTANCE A LA CHALEUR ET AU FROID.

Parmi les conditions physiques de l'existence des corps vivants, la plus fondamentale est peut-être l'action thermologique du milieu ambiant. Dans toute la hiérarchie organique, en effet, le développement de la vie est subordonné à certaines limites déterminées de l'échelle thermométrique extérieure, et ces limites paraissent être moins étendues et plus rigoureuses que les variations barométriques compatibles avec l'état de vie. Vous savez qu'en histoire naturelle, la répartition des divers organismes sur la surface de notre globe forme des zones si nettement dessinées qu'elles fournissent aux physiciens des indications thermométriques d'une assez grande justesse. « Les êtres organisés, dit M. Bérard, ne peuvent accomplir les actes de la vie que sous une certaine température au delà et en deçà de laquelle ces actes finissent par s'enrayer plus ou moins complétement; le calorique, ou plutôt une température déterminée, doit donc être rangée au nombre des conditions de la vie, et Hoffmann l'a judicieusement appréciée dans les termes suivants : *Caloris ad vitam, nutritionem, propagationem et motus vitales producendos et conservandos maxima necessitas et potentia est.* »

Vous connaissez l'action de la chaleur sur l'évolution organique dans toute l'étendue de l'échelle; sur la graine, sur l'œuf, sur le fœtus.

« Les phénomènes de la végétation, dit M. Boussingault, s'accomplissent toujours sous l'influence d'un certain degré de chaleur; s'ils exigent, en outre, le concours de la lumière, de l'air, de l'humidité et de diverses substances inorganiques, il est néanmoins établi que ces agents ne contribuent au développement d'une plante qu'autant qu'ils sont favorisés par une température convenable. » Mais il y a plus, et la chaleur exerce sur toute la vie de la plante une action si rigoureusement nécessaire et déterminée, que M. Boussingault a pu démontrer que la durée de la végétation est en raison inverse de la température moyenne du lieu où l'on observe; de telle sorte que, si on multiplie le nombre de jours durant lesquels une même plante végète dans des climats distincts par le chiffre de cette température moyenne, on obtient des nombres à peu près égaux.

L'étude de la température atmosphérique considérée en elle-même appartient exclusivement à la physique, et elle vous est présentée chaque année avec un soin tout particulier par M. Gavarret; celle de la température animale, en tant que résultat de la fonction dite de calorification, rentre complétement dans le domaine de la physiologie, et conformément aux principes et aux distinctions que nous avons établis dans notre première leçon, nous ne devrions nous occuper ici que des influences, que des rapports hygiéniques qui existent entre la température extérieure et l'organisme. Mais la température extérieure, considérée en elle-même, est un des éléments les plus importants des modificateurs complexes qu'on appelle saisons, climats; et comme, d'un autre côté, l'un de ses principaux effets sur l'organisme est relatif à la température animale, nous serons obligé de vous rappeler brièvement quelques détails de météorologie et de physiologie, particulièrement indispensables à la compréhension de la partie hygiénique de la question.

De la température atmosphérique.

L'air atmosphérique présente une certaine température dont il est nécessaire d'étudier la source et les conditions.

Or la source de la température de l'atmosphère terrestre réside tout entière dans la radiation solaire calorifique, car la chaleur propre à la terre n'y contribue que pour 1/30e de degré environ; et le calcul démontre que, si la quantité totale de la chaleur que la terre reçoit du soleil dans le cours d'une année était uniformément répandue à sa surface et employée, sans perte aucune, à fondre une couche de glace qui envelopperait la terre entière, elle serait capable de fondre une couche de 31 mètres d'épaisseur.

La température terrestre étant due à la radiation solaire calorifique, il en résulte nécessairement qu'elle doit varier avec la direction des rayons solaires, par conséquent avec la latitude, avec les saisons, avec les différentes heures de la journée, et vous pouvez entrevoir, *à priori*, quelles sont les conditions générales de ces variations, puisque vous savez que la chaleur émise par un rayon solaire est en raison inverse de son obliquité.

Il en résulte, en premier lieu, que la température atmosphérique doit décroître de l'équateur au pôle, et Herschell a constaté, en effet, qu'au cap de Bonne-Espérance l'effet thermométrique des rayons solaires se traduit par + 48°,75, tandis qu'en Europe il n'est que de + 29°,5, et au pôle boréal de — 8°. Selon Kaemtz, la température moyenne varie à l'équateur entre 27 et 28°; à Ténériffe, elle est de 21°,7; à Paris, de 10°,8; et enfin au cap Nord, de 0°.

Les variations diurnes et saisonnières de la température atmosphérique dans le même lieu s'expliquent par la présence ou l'absence du soleil sur l'horizon et par la direction qu'affectent les rayons solaires aux différentes heures de la journée.

« A mesure que le soleil s'élève sur l'horizon, dit Kaemtz, la chaleur augmente; elle diminue dès qu'il est couché; les différences entre l'été et l'hiver dépendent du temps qu'il reste au-dessus de l'horizon et de sa distance au zénith de l'observateur. Lorsque le soleil est au-dessus de l'horizon, il agit d'autant plus sur la terre et sur les couches inférieures de l'atmosphère que sa hauteur angulaire est plus considérable; une partie de cette chaleur pénètre dans le sol, l'autre se perd en rayonnant vers l'atmosphère et les espaces célestes. Avant midi, la terre reçoit à chaque instant une quantité de chaleur supérieure à celle qu'elle perd par le rayonnement, et sa température s'élève; cet effet se continue encore quelque temps après que le soleil a passé le méridien, d'où il résulte que le maximum a lieu quelques heures après l'instant de midi. Lorsque le soleil s'abaisse vers l'horizon, son action devient moins puissante; la perte par rayonnement l'emporte sur le gain par l'absorption, et la chaleur diminue d'autant plus rapidement que le soleil est plus près de se coucher. Dès qu'il a disparu, la source calorifique n'existant plus, toute la chaleur acquise rayonne vers les espaces célestes, la température baisse et baisserait encore plus si une partie de la chaleur qui a pénétré dans les couches superficielles du sol ne revenait à la surface en vertu du pouvoir conduc-

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai et 3 juin.

teur de la terre. Ce refroidissement continue jusqu'à ce que l'aurore annonce le retour du soleil, qui réchauffe de nouveau les régions qu'il éclaire. »

C'est par ce rayonnement nocturne de la terre qu'on explique un phénomène singulier souvent observé par les jardiniers au mois d'avril ; à savoir : que, par les nuits très claires, on voit les plantes couvrant la surface du sol être frappées par la gelée, tandis que la température atmosphérique reste à 5 ou 6 degrés au-dessus de 0.

Les variations atmosphériques saisonnières sont corrélatives de l'inclinaison de l'axe de la terre par rapport au soleil. Pendant l'hiver la terre est plus rapprochée du soleil, mais son axe est plus incliné ; il en résulte que les nuits sont plus longues que les jours, que le soleil échauffe la terre pendant moins longtemps, et que par conséquent la température s'abaisse. Le contraire a lieu pendant l'été.

Nous savons maintenant que la température atmosphérique a sa source dans la radiation solaire calorifique, il nous reste à rechercher de quelle façon se distribue la chaleur solaire.

Or, lorsque les rayons solaires pénètrent dans l'atmosphère, ils perdent à chaque instant une certaine quantité de leur chaleur, qu'ils cèdent aux impuretés contenues dans les couches atmosphériques qu'ils traversent ; mais la plus forte partie arrive jusqu'à la terre et est absorbée par elle, pour être rayonnée plus tard sous forme de rayons obscurs qui pénètrent dans les couches atmosphériques les plus inférieures. Mais la densité de l'air n'étant point partout la même et allant en diminuant de bas en haut, il en résulte que, lorsque les couches atmosphériques inférieures ont acquis par leur contact avec la terre une chaleur suffisante, elles remontent vers les régions supérieures et sont remplacées par des couches plus froides qui s'échauffent à leur tour, et qui établissent ainsi un courant continu d'air chaud dirigé de bas en haut.

De cette double circonstance on peut conclure : 1° que, dans tous les lieux et dans tous les temps, le maximum de la température atmosphérique existe dans les couches d'air les plus inférieures ; 2° que la température diminue à mesure qu'on s'élève, suivant une loi qui a été déduite d'ailleurs des observations faites pendant les ascensions aérostatiques et celles des hautes montagnes.

On admet que la température diminue de 1° par 185 mètres d'élévation, ou plus exactement de 1° par 191 mètres jusqu'à la hauteur de 3,691 mètres, et de 1° par 141m,6 au-dessus de cette hauteur. Ainsi la température étant à la surface du sol de + 27°, on a trouvé :

+ 12°	à 3,032 mètres.
8°	à 4,725
4°	à 5,267
0°	à 5,674
— 1°,5	à 6,107
— 3°	à 6,143
— 7°	à 6,888
— 9°,5	à 6,977

Cette loi de décroissement, en raison de l'altitude, varie toutefois avec la saison, l'heure de la journée et la disposition du sol. Ainsi, en été, le thermomètre baisse beaucoup plus vite à mesure qu'on s'élève, qu'en hiver ; et il résulte de ce décroissement inégal que la différence entre les moyennes de l'hiver et celles de l'été est d'autant moindre qu'on s'élève davantage sur les montagnes. Dans les plaines de la Suisse, à 400 mètres, elle est de 19° ; sur le Saint-Gothard, à 2,091 m., de 14°,9 ; sur le Saint-Bernard, à 2,493 m., de 13°,5 ; de telle sorte que, suivant de Saussure, les différences entre les saisons doivent disparaître à la hauteur de 12,000 à 13,000 mètres. C'est vers cinq heures du soir que le décroissement de la température est le plus rapide, et vers le lever du soleil qu'il est le plus lent, et la différence correspondant à ces deux instants égale environ le tiers de la hauteur dont il faut s'élever en moyenne pour obtenir un abaissement de 1°. Enfin si le terrain s'élève doucement, s'il présente des gradins successifs, on peut admettre pour 1° une différence de niveau de 235 mètres, tandis que sur le flanc des montagnes abruptes la différence n'est plus que de 195 mètres.

Le décroissement de la température avec l'altitude est un des éléments les plus importants de l'étude climatologique des localités. Ainsi dans les Cordillières, entre le 11e degré de latitude boréale et le 50e degré de latitude australe, la température moyenne, qui est de + 27°5 à Cumana, c'est-à-dire au niveau de la mer, est de,

+ 23°,7	à Anserma-Nueva, élevé	de 1,050 mètres.
+ 15°,5	à Latacouza,	de 2,861 mètres.
+ 10°,7	à Combal,	de 3,219 mètres.
+ 3°,4	à Antizana,	de 4,072 mètres.
+ 1°,7	au glacier d'Antizana,	de 5,460 mètres.

Il résulte de ce qui précède que l'altitude et la latitude peuvent exercer sur la température des influences contraires ; qu'il est possible de les combiner de manière à détruire l'une par l'autre chacune de ces influences, et qu'on doit arriver ainsi à une température moyenne égale pour deux localités placées dans des rapports inverses de latitude et d'altitude. C'est en effet ce qui a lieu. On trouve une température annuelle moyenne de + 3°,5 à

St-Pétersbourg, par 59°,56' de latitude et 0 m. d'altitude,
Antizana, par 1° de latitude et 4,000 m. d'altitude.

La température moyenne de Quito et de Rome est de + 15°,4.

La hauteur du soleil au-dessus de l'horizon étant le principal élément de son action calorifique, les mathématiciens se sont efforcés de déduire de cette hauteur les changements de température des jours et des saisons ; mais indépendamment de la latitude, de l'inclinaison de l'axe de la terre par rapport au soleil et de l'altitude, la température varie suivant un grand nombre de circonstances qui se rapportent à la terre, à l'atmosphère et aux eaux.

Les circonstances terrestres se rattachent à la constitution géologique du sol et à la disposition de sa surface, à la culture, aux forêts, aux montagnes, qui le recouvrent.

Les circonstances atmosphériques sont fournies par l'état hygrométrique de l'air, la hauteur de la colonne barométrique, la pureté de l'atmosphère, la direction et l'intensité des vents, les orages, la pluie, la neige, la grêle, les brouillards, et les autres hydrométéores.

Enfin les circonstances hydrologiques se tirent du voisinage plus ou moins rapproché de la mer, des courants marins, de la présence des glaces, etc. On comprend en effet que l'évaporation aqueuse doit en général abaisser la température, et M. de Humboldt, ayant trouvé la température de l'air continental à + 27°,7, a vu le thermomètre plongé dans l'air océanique descendre à + 25°5.

(La suite à un prochain numéro.)

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

PROPRIÉTÉS MÉDICINALES DES EAUX THERMALES DE MOLITG,

Près de Prades (Pyrénées-Orientales).

Employées primitivement contre les affections du tissu cutané, les eaux minérales de Molitg ont dû surtout leur vogue et leur renommée à l'action énergique et sûre qu'elles exercent sur ce genre de maladies. Leurs vertus antidartreuses et antipsoriques étaient depuis longtemps préconisées ; mais on ne connaissait pas les autres aptitudes médicinales qui sont inhérentes à leur constitution.

Il était réservé aux recherches et aux progrès de la chimie moderne de démontrer que ces eaux, se comportant vis-à-vis des réactifs à la façon de celles de Barèges, de Saint-Sauveur, etc., devaient être douées des mêmes attributions médicinales, et se prêter, par conséquent, aux mêmes indications curatives.

Ces données de la théorie ont été pleinement justifiées par la pratique, et les nombreux malades qui, depuis quelques années, viennent implorer le secours de nos thermes pour des sciatiques rhumatismales et nerveuses, pour des rhumatismes chroniques, musculaires et fibreux, pour des engorgements articulaires et des ophthalmies dépendant de l'affection strumeuse, pour des bronchites chroniques, pour des lésions vitales et organiques de l'utérus, pour des paralysies consécutives d'une affection cérébrale (1) ; pour des affections du système nerveux, des ulcères atoniques, etc., témoignent de la valeur de ces thermes et de leur efficacité dans diverses maladies autres que les dermatoses.

Il est de fait que depuis quelques années le cadre pathologique qui se produit à Molitg dans chaque saison prend des proportions sensiblement croissantes. Toutefois, il est vrai de dire que l'individualité morbide qui s'y montre en relief, celle pour laquelle leur action bienfaisante est le plus généralement invoquée, est, sans contredit, l'affection dartreuse.

Chargé depuis huit ans du service médical des eaux de Molitg, elles ont été, de ma part, l'objet d'une étude spéciale ; et, bien que les attributions de ma place aient été insuffisantes pour me permettre de faire le relevé de tous les malades qui ont fréquenté ces thermes pendant cette période de huit ans, les observations que j'ai faites près des personnes dont j'ai été appelé à diriger le traitement, et les renseignements que j'ai pu recueillir sur celles qui ont eu avec moi des rapports accidentels forment un recueil de faits dont l'appréciation m'autorise à conclure :

1° Que les eaux thermales de Molitg constituent le moyen le plus puissant et le plus efficace que la thérapeutique puisse opposer à l'affection dartreuse ;

2° Que l'affection dartreuse légère, ou d'une gravité médiocre, et dégagée de toute complication, résiste rarement à l'effet d'un premier traitement par les eaux utilisées simultanément en bains et en buisson ;

3° Que dans les cas d'affection dartreuse grave et invétérée, si un premier traitement par les eaux, convenablement administrées, n'amène pas toujours la disparition de la maladie, elles n'en révèlent pas moins leur puissance et leur efficacité par un amendement sensible dans les symptômes, par la diminution notable de ce sentiment d'ardeur et de prurit dévorant qui tourmente les malades : circonstance heureuse qui réveille dans leur esprit l'espoir d'une guérison complète par l'intervention du même agent repris dans des circonstances opportunes ;

4° Que dans certains cas de lésions vitales et organiques, entretenues par une diathèse réputée dartreuse et sans manifestation à la peau, les eaux de Molitg agissent à l'instar d'une pierre de touche ; elles enrayent la marche de la maladie interne tout en déterminant des éruptions de formes diverses sur la peau, et mettent ainsi en évidence la nature essentielle d'une affection qui avait été insaisissable par d'autres procédés ;

5° Que dans l'affection dartreuse associée avec d'autres états morbides, les eaux de Molitg fournissent au médecin une arme précieuse pour combattre et pour annihiler l'un des éléments de la maladie composée, et par suite rendre la guérison de celle-ci plus sûre et plus facile ;

6° Que la médication précitée se recommande par son innocuité autant que par son efficacité ; d'où il suit qu'en la soumettant aux règles d'une bonne méthode, elle peut être employée avec les avantages les plus marqués dans toutes les variétés comme dans toutes les phases de l'affection dartreuse, sans faire craindre les inconvénients graves, et même les accidents funestes qui sont quelquefois les suites de l'administration de quelques autres remèdes, notamment des préparations mercurielles ;

7° Que, pour assurer le succès du traitement, il est des cas où il importe de faire concourir successivement à la cure les eaux de deux thermes, et quelquefois de trois ;

8° Que les eaux de l'établissement de Barrère, bien que décidément sulfureuses, m'ont paru jusqu'ici sans action contre les dermatoses, mais qu'elles ne sont pas dépourvues d'efficacité contre les névroses et les lésions de l'utérus ; qu'elles sont employées avec le plus grand avantage pour combattre les symptômes d'une excitation forte produite par des causes accidentelles ;

9° Que les eaux de l'établissement Massia se sont montrées aussi efficaces pour la cure de l'ophthalmie scrofuleuse que celles des anciens thermes, et bien moins que ces derniers contre les engorgements articulaires et les ulcères provenant de la même cause ;

10° Que les eaux de Molitg sont parfaitement supportées par les personnes atteintes d'affections herpétiques, à quelque période de la maladie qu'elles soient employées (1).

Ces corollaires, déduits de mes obervations médicales aux thermes de Molitg, justifient pleinement l'opinion généralement adoptée sur la virtualité de ces thermes, et consacrent les principes de la science analytique qui, en partant des données fournies par la constitution chimique des eaux de Molitg, par la nature de leurs ingrédients, leur mode d'assortiment, et la modération de leur chaleur, avait reconnu *à priori* qu'elles devaient exercer une prééminence incontestable dans la cure des dartres ou des maladies subordonnées à une affection dartreuse latente.

En les livrant à la publicité, je ne saurais avoir d'autres prétentions que d'accomplir un devoir, et de signaler à l'attention de mes confrères un agent thérapeutique d'une haute valeur, et dont le mérite ressort d'autant mieux, qu'on en fait l'application à des cas d'affections herpétiques graves, chroniques, devenues habituelles, et qui ont été réfractaires à l'action des autres méthodes de traitement, même les plus préconisées, contre ce genre de maladie.

Dr Picon.

(1) Madame D..., âgée de 75 ans, a éprouvé dans une période de dix ans trois attaques d'apoplexie qui ont amené une résolution des forces musculaires. A la suite de ces attaques, elle s'est fait transporter aux thermes de Molitg, où elle a recouvré chaque fois l'usage de ses membres par l'emploi des bains tempérés et l'usage intérieur de l'eau coupée avec le lait.

(1) Les partisans du contre-stimulus ne sauraient invoquer cette propriété comme un fait confirmatif de leur doctrine, attendu que la tolérance, pour leur remède, est aussi impuissante après la guérison que pendant la durée de l'état pathologique.

M. P. de C... était atteint d'une dartre squameuse réputée héréditaire, puisque son père et son aïeul avaient été affligés d'une maladie semblable. Il avait en vain employé les remèdes les plus préconisés contre sa maladie. Il avait recouru sans succès, et à plusieurs reprises, aux eaux sulfureuses des établissements les plus renommés de l'Europe. Au commencement de mai 1847, M. de C... vint aux thermes de Molitg. A cette époque, la maladie avait fait des progrès tels, que M. P. de C... n'osait plus se montrer en public, tant il était défiguré par cette cruelle maladie, dont les ravages s'étaient principalement exercés sur la face. Les viscères abdominaux étant dans de bonnes conditions, on recourut d'emblée aux eaux des thermes Llupia. Soixante bains pris dans l'intervalle de deux mois, et l'usage intérieur de l'eau, à la dose de quatre verres par jour, n'avaient fait que déterminer des alternatives de soulagement et de recrudescence. Ce ne fut que dans le courant du troisième mois qu'un amendement sensible et permanent se manifesta dans les symptômes, dont la disparition complète n'eut lieu qu'à la fin du quatrième mois. Le même traitement fut encore continué cinquante jours, à l'effet de s'assurer de la réalité de la guérison, sans que le remède produisît la plus légère perturbation dans la santé générale.

N° 67. — JEUDI 12 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 67. — JEUDI 12 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 11 JUIN 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après un rapport de M. Villeneuve sur un fait de compression de l'aorte dans un cas de métrorrhagie grave, la séance a été occupée par des lectures.

M. Bouchardat a produit un nouveau travail sur la glucosurie, dans lequel il a pris la peine de rappeler à l'Académie les procédés à l'aide desquels on peut reconnaître la présence du sucre diabétique dans l'urine. La viande contient, mais en très minime quantité, une substance qui, dans le foie, se transforme en glucose. Les glucosuriques ne digèrent point les féculents de la même manière que l'homme en état de santé. L'exercice, le travail au grand air diminuent la quantité de sucre, ou même font complétement disparaître celui-ci par une action semblable à celle qu'ils exercent dans la goutte et la gravelle urique, c'est-à-dire en activant la combustion; tels sont, sans parler d'une digression sur la fabrication du pain de gluten, les points que M. Bouchardat a développés dans son mémoire, et sur lesquels nous lui avons déjà depuis longtemps donné raison. Mais, que M. Bouchardat nous permette de le lui dire, il se méprend sur la valeur du traitement qu'il préconise avec tant de persévérance, ainsi que sur la nature des objections qui lui ont été opposées. Personne ne conteste qu'il ne puisse être utile de supprimer les féculents aux glucosuriques; mais on ajoute avec raison que ce n'est là qu'un moyen palliatif provisoire, un adjuvant, et il est impossible que M. Bouchardat lui-même ne partage pas cette opinion. A un homme qui rejetterait par le vomissement tous les aliments introduits dans l'estomac, M. Bouchardat se contenterait-il de prescrire l'abstinence? Non, évidemment, puisqu'il administre aux glucosuriques des boissons alcalines, et qu'il leur couvre de larges vésicatoires le thorax, l'abdomen et les membres.

M. Lenoir a lu un travail intéressant sur le bassin de la femme considéré dans ses diverses variétés de forme et dans ses nombreux vices de conformation. On verra plus loin l'analyse de ce mémoire, où l'on retrouve toutes les qualités qui caractérisent l'esprit si net et si lucide de son auteur. Espérons que l'Académie, qui compte des accoucheurs dans sa section de chirurgie, profitera de l'occasion pour placer dans sa section d'accouchement un chirurgien distingué, un aimable et excellent confrère. — L. Fleury.

En 1840, sur 180 malades placés dans l'asile d'aliénés d'Auxerre, on en comptait 30 chez lesquels l'excrétion des matières fécales était involontaire; en 1847, sur 275 malades, on en comptait 46, en août 1850, la population n'ayant pas changé, ce dernier chiffre était réduit à 28; et au 8 juin 1851, il n'était plus que de 5.

Ces résultats si heureux ont été obtenus par M. le docteur Girard au moyen d'une hygiène bien entendue et de l'administration du sulfate de strychnine.

Sirop de sucre.	30 grammes.
Sulfate de strychnine.	2 centigrammes.

A doses progressives de 5 à 40 grammes.

Un travail étendu et accompagné d'une statistique détaillée est promis par M. Girard dans la lettre qu'il a adressée au président de l'Académie; nous le ferons connaître à nos lecteurs.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

Des convulsions.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Au n° 20 de la salle Saint-Jean est un petit garçon qui a été pris mardi matin, à la suite d'un repas copieux, d'une convulsion épouvantable survenue au milieu de l'intégrité la plus parfaite des fonctions. Pendant la journée, le carus qui succéda à l'attaque se dissipa, et le lendemain matin l'enfant était assis dans son lit, parlant parfaitement, et conservant seulement un peu de fréquence du pouls. Posé à terre, le petit malade accuse une douleur vive dans la jambe convulsée et refuse obstinément de marcher. De plus, on observe des contractures et de la paralysie dans la jambe gauche; rien dans le bras ni le visage. Dans la journée, cet enfant est pris d'une convulsion qui met une demi-heure à parcourir la jambe et la cuisse, et plus tard, le tronc, le bras et le visage. A ce moment arrive la perte de connaissance. Les phénomènes se succèdent comme si un espèce d'*aura convulsif*, remontant le cordon gauche de la moelle, gagnait la protubérance et amenait alors la perte de connaissance. Les phénomènes se sont donc présentés ici d'une façon successive; et si l'on veut déterminer à quoi cela tient, il est difficile de trouver une lésion du cerveau, car il est complétement étranger à ces phénomènes. Serait-ce la moelle? Mais le mal change de côté; et d'ailleurs, il semble courir, et ne doit donc pas avoir un point de départ fixe. Y a-t-il hypérémie? On n'en soit rien; car on ignore absolument les conditions de la congestion cérébrale.

Une fièvre intense s'allume; il survient un délire continu, puis de l'abattement, chez un jeune enfant couché dans nos salles; on pourrait croire avoir affaire à une affection cérébrale et cérébro-spinale, et on observe en outre à la base du poumon gauche des signes de pneumonie capillaire. Nous cherchons les signes de la lésion cérébrale; nous ne les trouvons pas.

Dans d'autres cas, les signes de convulsions unilatérales se rapprochent singulièrement de ceux produits par les tumeurs du cerveau.

L'année dernière, nous avons eu occasion d'observer une jeune fille qui, restée aveugle à la suite d'une convulsion unilatérale sans paralysie, mourut, et l'autopsie nous révéla l'existence de deux tubercules dans chaque lobe du cervelet.

Dans un grand nombre de cas, la convulsion unilatérale est, comme ici, liée à la présence d'un ou de plusieurs tubercules dans le cerveau, et il est indifférent pour le résultat qu'il y en ait un ou plusieurs; car tant qu'ils sont à l'état cru, leur action paraît nulle, et lorsque l'inflammation arrive, il n'y en a guère jamais qu'un à la fois qui s'enflamme, le reste de la masse restant étranger au travail phlegmasique; de sorte qu'on peut dire, en effet, qu'il n'y a jamais qu'un seul tubercule qui agit.

En résumé, la convulsion unilatérale est due, le plus souvent, à des lésions cérébrales graves, telles que tubercules, ramollissement, apoplexie capillaire ou même véritable hémorrhagie cérébrale. Les récidives paraissent être la conséquence d'un travail de ramollissement; quelquefois on ne trouve pas de lésion anatomique qui les explique.

Nous avons en ce moment dans le service plusieurs enfants dont les convulsions, coïncidant avec des pleurésies ou des pleuropneumonies, sont, par conséquent, liées à un état organique inflammatoire, et paraissent être sous l'influence de la lésion organique de l'inflammation.

Dans la salle Saint-Roch est en particulier un enfant qui, pendant le cours de la convalescence d'une pneumonie, a été pris d'une convulsion des mains et des pieds qui les a laissés fortement fléchis (convulsion tonique). La pneumonie a guéri, la convulsion n'a pas reparu, et les membres ont peu à peu repris leur état normal. Il est probable que dans ce cas particulier il n'y avait pas de lésion grave, puisque la guérison est arrivée si facilement.

Chez les adultes, des phénomènes analogues se présentent quelquefois. A l'hôpital Necker, nous avons vu une nourrice se plaindre d'abord de ne pouvoir porter son enfant, et éprouver, en effet, des douleurs vives avec mouvements convulsifs dans ce membre. Le lendemain, ce fut la jambe qui fut prise, et le bras redevint libre, puis l'autre pied fut envahi, et le second ne fut plus malade, et ainsi la maladie gagna la langue et le pharynx. La présence de la douleur et du mouvement fébrile fit croire à un rhumatisme, et la mobilité du siége tendait aussi à confirmer ce diagnostic. Une large saignée fut faite, et la malade guérit. Le sang était fortement couenneux. A quelque temps de là, un fait analogue se présenta, et cette fois la saignée amena aussi une amélioration sensible; seulement, après qu'une ligature était posée pour pratiquer la saignée, il survenait une roideur invincible, et cependant les veines du membre ne paraissaient pas congestionnées lorsque la convulsion avait lieu naturellement, mais le membre malade présentait des traces d'œdème, la tête restait libre. C'est la forme qu'on appelle *convulsion tonique des nourrices*. Les toniques, le sulfate de quinine et le quinquina à haute dose, en particulier, sont parfaitement indiqués. Pas plus que chez les adultes, cette forme n'a pas de gravité; cependant lorsqu'elle coïncide avec la grande convulsion éclamptique, on doit être très réservé quant au pronostic.

Qu'est-ce que l'asthme thimique, ou de Kopp? Un enfant de deux mois à quatre ou cinq ans, à la suite d'une excitation extraordinaire, d'une frayeur, ou après avoir ressenti un gros chagrin, prend tout à coup une respiration étrange; ses yeux deviennent fixes; tout le corps éprouve quelquefois des mouvements saccadés; la respiration est soufflante. Dans quelques cas, des secousses dans une main; dans d'autres, ses yeux sont agités; quelquefois enfin les malades sont précipités à terre. Si on reproduit les circonstances qui ont fait paraître ces accidents, ils reparaissent. On a attribué cette forme à l'engorgement du thymus; et c'est aussi de là que lui est venu son nom d'asthme thimique. Si, dans quelques cas, le thymus a été trouvé gros chez des enfants morts après avoir eu cette maladie, il n'est pas rare que l'anatomie pathologique vienne déjouer les conjectures de ceux qui ont ainsi nommé la maladie.

Il y a ici une convulsion laryngée partielle; mais cette affection peut aussi consister quelquefois en un simple vertige épileptique. Si les accidents reparaissent à des périodes plus ou moins fréquentes, on doit induire à une véritable épilepsie ou à la grande convulsion éclamptique. Toutefois, l'asthme thimique est moins grave que la convulsion partielle unilatérale. Cette forme, qui se rencontre assez fréquemment au début d'une autre affection convulsive des enfants, la coqueluche, est, en général, sans gravité, et guérit même assez facilement.

Etudions maintenant les rapports des convulsions avec les autres maladies qui se rencontrent chez les enfants.

Les convulsions ont, chez les enfants, un accident qui est à peu près le corrélatif du délire ou de la céphalalgie de l'adulte dans le cours des maladies. Au début d'une fièvre éruptive, un adulte est pris d'une céphalalgie intense avec impossibilité d'ouvrir les yeux et de regarder la lumière, des défaillances, de l'accablement, obnubilation de l'intelligence. En pareilles circonstances, un enfant serait le plus souvent pris de convulsions; aussi, de même que chez l'adulte, on ne s'inquiète pas outre mesure de ces accidents; de même, chez les enfants, les convulsions ainsi survenues ne doivent pas inspirer de craintes sérieuses. Le frisson de la pneumonie, si ordinaire et si intense quelquefois, est un exemple bien choisi de ces sortes d'accidents, et ce frisson, du reste, n'est autre chose qu'une véritable convulsion. Un frisson, en effet, est un mouvement de contraction et de relâchement alternatif et involontaire des muscles du corps: c'est donc là une véritable convulsion; c'est même le type le plus tranché de cette forme de convulsion que nous avons appelée clonique; on est habitué à cet accident, et on ne s'en inquiète pas; cependant c'est une convulsion dont le siége reste dans la longueur de la moelle épinière, et peut-être que c'est lorsque le cerveau ou même la protubérance participent à la maladie que se développe l'éclampsie ou la convulsion épileptique.

La convulsion que nous avons appelée *initiale* est, en général, peu grave; cette convulsion se rencontre dans presque toutes les maladies aiguës, mais surtout au début des pyrexies exanthématiques et pendant la dentition. Cette convulsion est si peu grave au début de la variole que Sydenham la regardait comme une circonstance favorable; sans prendre à la lettre l'opinion peut-être exagérée de ce praticien, toujours est-il que son avis doit donner une idée du peu de gravité de cet accident. Au début de la rougeole, on observe aussi très souvent des convulsions, mais il est urgent de respecter ces phénomènes comme constituant une espèce de crise; car, en effet, si on tente de s'opposer par des moyens énergiques à leur manifestation, au lieu de venir à la peau, l'affection morbilleuse peut se porter vers les organes internes, et en particulier vers le poumon, et aggraver singulièrement l'état du malade.

Pendant la dentition les convulsions sont communes, et elles arrivent au moment où les phénomènes inflammatoires sont le plus intenses, c'est-à-dire au moment où la dent est près de percer la gencive; et comme ordinairement la dent perce pendant les convulsions, on avait regardé cette convulsion comme un phénomène critique, ce qui est une erreur: il y a simple coïncidence. D'un autre côté, on a cherché des moyens pour accélérer la sortie des dents: ainsi, on a conseillé d'inciser la gencive au moment où la convulsion commence, afin de faire sortir la dent; on produirait ainsi le soulagement qu'occasionne une ponction dans un abcès près de s'ouvrir: le cas est loin d'être identique. Une compression énergique de la gencive sur la dent nous paraît un moyen préférable; les dents, en effet, sont très aiguës à cette époque, et en appuyant fortement sur la gencive, elle est coupée juste à l'endroit où doit sortir la dent.

Dans quelles circonstances arrivent les convulsions qui accompagnent la dentition? Les enfants qui font des dents ont presque tous de la tendance au dévoiement; tant qu'ils n'ont qu'une ou deux selles par jour, c'est une bonne disposition; mais s'ils ont une diarrhée plus ou moins intense, il peut y avoir péril. Une constipation, même opiniâtre, serait moins grave. L'indigestion est la cause la plus commune des convulsions des enfants; et comme ils ne sont jamais plus disposés aux indigestions que lorsque le tube digestif est déjà malade, on comprend que les enfants qui ont la diarrhée sont plus que d'autres sujets à avoir des convulsions par indigestion.

Le retentissement des affections intestinales sur l'encéphale est remarquable. Tout le monde connaît les désordres cérébraux occasionnés par la présence chez les malades des vers intestinaux. Dans les mers des Indes, les marins sont quelquefois pris de coliques dites sèches, s'accompagnant de

vomissements et de symptômes cérébraux analogues à ceux de la colique saturnine, quelquefois de cécité.

Les convulsions qui se présentent au début d'une pyrexie exanthémateuse durent généralement assez peu, et cela parce que l'organisme subit à cette époque des modifications importantes. La période d'invasion pendant laquelle les convulsions se présentent le plus souvent dure peu, de quelques heures à quatre ou cinq jours, suivant les cas, et puis il se fait vers la peau un vaste mouvement critique qui change la marche des symptômes concomitants de la maladie; de sorte qu'il est rare que les convulsions durent plus que la fièvre d'invasion. Mais, lorsqu'elles se rencontrent au début d'une phlegmasie, elles peuvent se perpétuer, et même durer autant que la maladie elle-même; elles présentent alors plus de gravité que les convulsions initiales ordinaires.

Chez les enfants, les convulsions qui surviennent vers la fin des maladies prennent la forme et la gravité des phénomènes cérébraux qu'on rencontre à la même période chez l'adulte. Chez les uns et les autres, les mêmes phénomènes nerveux, peu graves au début, présentent au contraire, vers la fin des maladies, une gravité considérable. Dans la pneumonie de l'enfant, une convulsion est peu grave au début; elle précède de très peu une fin fatale quand elle survient au déclin. Il en est de même dans les pyrexies. Avant de porter un pronostic grave à cause d'une convulsion se présentant au déclin d'une maladie, il faut prendre garde à la forme de la convulsion; et si on n'a affaire qu'à une convulsion tonique, ce sera sans doute toujours une complication fâcheuse, mais qui n'aura pas la gravité de la grande convulsion éclamptique.

Dans les maladies cérébrales elles-mêmes, il arrive quelquefois, quoique rarement, que le début d'une fièvre cérébrale, par exemple, est une convulsion; généralement elle n'a pas une influence bien notable sur la marche de la maladie, et ne présente quelque gravité que lorsqu'elle persiste à la troisième période, où le pouls, de lent qu'il était à la seconde, est devenu fréquent, et où la tache cérébrale se présente d'une façon très marquée à la moindre friction exercée sur le corps.

En résumé donc, comme signe pronostique la convulsion est peu grave au début des maladies, pyrexies ou autres; elle doit être considérée comme une complication des plus fâcheuses lorsqu'elle se présente au déclin.

Traitement de la convulsion. — Nous allons chercher quels sont les moyens à opposer à la convulsion, non pas la convulsion qui est le résultat d'une lésion profonde de l'encéphale, mais la convulsion qui est l'analogue de la céphalalgie et du délire de l'adulte; nous allons la considérer comme affection symptomatique. Peut-on quelque chose contre les convulsions? Parlons d'abord de l'éclampsie, dont la lésion est si fugace qu'elle est difficile à saisir, mais qui constitue un certain nombre de phénomènes nerveux tout aussi graves dans leur ensemble que ceux qui sont le résultat d'une lésion matérielle; la céphalalgie qui est la conséquence du cancer du cerveau et celle qu'on rencontre au début d'un érysipèle de la face peuvent avoir la même intensité, et cependant il y a deux lésions organiques, bien qu'il n'y ait qu'une manifestation morbide de même nature.

Alors même que la lésion en elle-même est inaccessible, on peut diminuer l'intensité des symptômes qui en révèlent l'existence. Dans le cancer du cerveau, par exemple, on peut, par une saignée de la temporale, l'application de la morphine sur la peau dénudée, l'opium à haute dose, la belladone, le cyanure de potassium, le chloroforme ou l'éther chlorhydrique chloré, détruire ou atténuer la douleur. Pour les convulsions, il y a aussi quelque chose à faire.

Dans l'éclampsie simple du début des maladies, il faut, le plus ordinairement, employer les antispasmodiques et les immersions froides. Parmi les antispasmodiques, l'éther et la belladone doivent être mis en première ligne. On emploie le sirop d'éther à la dose de 15 à 30 grammes; la belladone à 1, 2 ou 3 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Si la convulsion est plus persistante, les immersions froides devront être conseillées, et, pourvu qu'elles ne durent qu'un quart de minute à une minute au plus, elles produiront une réaction favorable. Nous nous élevons contre les applications d'eau froide, sur la tête, par exemple, parce que l'application est continue d'abord, et puis parce que l'eau qui s'écoule des compresses glisse le long du cou et vient mouiller le lit du malade et, au bout de quelque temps, peut lui causer un froid très vif; de sorte que, si on a affaire à une maladie éruptive, l'éruption est empêchée et la maladie aggravée.

Dans quelques cas, si, par les moyens que nous venons de mentionner, la convulsion n'a pas cessé, on pourra employer l'opium, une à deux gouttes de laudanum de Sydenham par jour.

Après avoir cherché à combattre le symptôme, il faut aborder franchement la difficulté, s'occuper de la cause qui produit la convulsion et lutter contre elle : ainsi, on emploiera les vermifuges dans les affections vermineuses; dans les cas de convulsions accompagnant la dentition, on pratiquera, comme nous l'avons dit, la compression des gencives, et on fera en même temps sur les gencives et les lèvres des frictions avec une préparation de belladone affaiblie. Les applications de sangsues et les vésicatoires sont rarement utiles dans ces cas; les purgatifs seront enfin mis en usage dans les cas où, comme nous l'avons dit, il est urgent d'entretenir une certaine liberté du ventre.

HOPITAL DU MIDI. — M. Vidal (de Cassis).

Du virus syphilitique.

Extrait des leçons cliniques (1).

Les questions que nous allons traiter avec vous sont du plus haut intérêt, et méritent de fixer toute votre attention. Que doit-on entendre par maladies vénériennes? Que doit-on entendre par maladies syphilitiques? Sous la première dénomination on doit entendre un groupe de lésions observées à la suite de rapports sexuels, ou d'autres rapports intimes, et sous la seconde, des lésions observées dans les mêmes circonstances, avec addition et introduction d'une cause virulente, d'un *virus*. Le mot de vénériennes appliqué aux affections qui nous occupent est donc le terme générique; celui de syphilitiques sert à désigner une variété de la maladie vénérienne avec l'intervention d'un poison, d'un *virus*.

L'étude de ces questions présente de grandes obscurités et de sérieuses difficultés à résoudre. Aussi je n'entreprendrai point aujourd'hui de dire toutes les causes de ces difficultés, de ces obscurités, mais de vous montrer seulement la multiplicité et l'étendue de ces questions. Quand j'aurai atteint ce but, vous comprendrez alors que pour arriver à la vérité, si vous n'avez qu'un guide, quelque habile, quelque fidèle que vous le supposiez, vous ne pourrez voir qu'un côté de ces grandes questions, et vous n'arriverez pas à la vérité.

Je n'ai pas la prétention de vous faire l'histoire de la syphilis. Si vous voulez savoir si elle est de toute antiquité, ou si c'est une maladie d'origine moderne, lisez les livres, surtout ceux d'Astruc, de Jourdan.

Mais ce qu'il faut que nous sachions d'abord, c'est s'il y a ou non un virus syphilitique. Deux opinions, deux écoles, sont ici en présence. La première, née de l'humorisme, semble remonter à Fernel. Elle admet le virus syphilitique; ce poison est introduit dans l'économie, il la modifie et a pour effet certaines lésions qui sont dues au virus, et qui forment par leur ensemble la *vérole*. Voilà ce qu'on peut appeler une véritable doctrine, car elle est basée sur un grand fait étiologique.

La seconde école, issue du solidisme, prétend qu'après les rapports sexuels il survient des modifications morbides sur les parties mises en contact, et elles seules peuvent être affectées, ou bien se produisent à l'occasion de ces effets primitifs d'autres maladies sur des organes qui sympathisent plus ou moins avec celui qui a souffert tout d'abord. Cette opinion a été soutenue dans ces derniers temps par les élèves plus ou moins directs de Broussais. Ils ne voient dans les lésions consécutives ni des manifestations, ni des symptômes de la maladie primitive, mais bien des maladies indépendantes d'elle. Ils nient enfin une cause matérielle dans l'économie qui les influence; il n'y a point de *virus*, selon eux.

Vous ne trouverez cependant dans la science que ces deux doctrines; et si j'insiste sur ce point, c'est que je tiens à ce qu'on n'admette pas comme doctrine des faits isolés, des opinions même d'une certaine valeur; car si pour une vérité, pour une erreur surtout, on était chef d'école, il y aurait beaucoup trop de chefs d'école.

Les micrographes, les chimistes les plus habiles, malgré les nombreuses ressources qui sont à leur disposition, n'ont pu nous mettre à nu le virus. Nous ne voyons que le véhicule, le pus, qui porte et cache le virus; il ne diffère en rien de celui du pus louable des plaies qui suppurent; mais ce virus n'en existe pas moins; c'est un poison morbide contagieux pouvant reproduire avec les mêmes caractères la maladie qui lui a donné naissance.

L'observation ne nous montre-t-elle pas en effet tous les jours qu'un individu qui a eu un chancre après des rapports avec une femme qui portait un chancre, que cet individu, dis-je, le transmet à une autre femme, etc., etc. L'expérimentation est venue ensuite mettre hors de doute les faits que l'observation avait démontrés. Pour les bons observateurs, toute expérimentation était inutile; mais à l'époque où elle fut reprise, il y avait encore des esprits rebelles qui luttaient contre l'observation ou qui ne savaient l'interpréter. Aussi considéraient-ils les accidents consécutifs comme des effets sympathiques et alléguaient-ils des faits de guérison sans spécifiques, uniquement par les antiphlogistiques; ce qui, pour la plupart d'entre eux, n'aurait pas eu lieu s'il y avait eu une cause virulente. Mauvais argument, puisqu'on a vu dans certaines circonstances quelques maladies guéries naturellement sans thérapeutique. L'expérimentation est venue alors et a saisi le virus, l'a porté d'un individu malade à un individu sain et a produit un chancre identique au premier. Du deuxième individu on l'a porté sur un troisième; même résultat sur un quatrième, et on a eu quatre générations de chancres. On a été plus loin, on a mis une seule goutte de pus virulent dans un verre d'eau, et l'inoculation a été pratiquée avec succès; circonstance qu'il faut noter avec soin, car elle pourra nous aider plus tard à démontrer que l'absorption peut se faire sur certaines parties, sans lésion préalable de ces parties. La solution de gomme, la salive, le suc pancréatique, le sulfate de cuivre, ne peuvent enlever au pus virulent ses propriétés infectantes.

Nous allons maintenant, messieurs, soulever une question plus délicate, plus difficile, celle de savoir s'il y a plusieurs virus. Les effets produits par le virus sont-ils toujours les mêmes? Non; tantôt c'est une inflammation avec suppuration particulière, la blennorrhagie; tantôt une ulcération toute spéciale, le chancre. La manifestation de ces deux espèces d'accidents a fait soutenir aux uns, avec Benjamin Bell, qu'il y avait deux virus : celui de la blennorrhagie, qui ne donne jamais que cette maladie; celui du chancre, qui est aussi seul capable de produire le chancre, et l'infection constitutionnelle. On trouve néanmoins, et ce n'est pas très rare, des individus qui ont en même temps un chancre et une blennorrhagie. Bell dit que le sujet s'est exposé deux fois à l'infection; que le premier coït a donné un chancre, le second une blennorrhagie. Aussi, ajoute-t-il, il faut deux traitements; car celui qui guérit le chancre est impuissant contre la blennorrhagie.

Toute cette théorie s'écroule devant les faits bien observés, qui prouvent qu'un seul coït a produit les deux infections.

Nous arrivons à Hunter, qui n'admet qu'un seul virus, mais dont les effets sont différents suivant la surface d'application. Si c'est une surface non sécrétante (et par là il entend la peau, la muqueuse du prépuce, du gland, de l'anus), le chancre est produit; si c'est une surface sécrétante (la muqueuse urétrale, vaginale), on a la blennorrhagie. Il a cependant été prouvé que le chancre existe quelquefois dans le vagin, ce qui a compromis la théorie de Hunter.

M. Ricord a tourné la difficulté. En effet, dit-il, pourquoi chercher deux virus, puisqu'il n'y a qu'un seul accident syphilitique, le chancre? Jourdan dans son livre, en parlant de B. Bell, disait déjà qu'il avait beaucoup fait, puisqu'il avait enlevé la blennorrhagie à la syphilis. Hernandez avait dit aussi qu'on attribuait à la blennorrhagie des effets qui étaient dus à un chancre qu'on n'avait pu découvrir, à un chancre *larvé*, car pour lui il n'y avait point de blennorrhagie virulente. M. Ricord admet donc que le pus virulent qui sort de l'urètre n'est pas le produit d'une inflammation blennorrhagique, mais le pus d'un chancre qui est dans le canal, la blennorrhagie n'étant qu'une inflammation purement catarrhale. On le voit, le moyen n'est pas nouveau. Admettons pour un instant le chancre urétral. On ne peut cependant pas nier qu'il existe une inflammation blennorrhagique qui produit des ophthalmies contagieuses, des arthrites métastatiques; comment concevoir que l'inflammation simple, purement catarrhale, peut produire de pareils résultats? Il faudrait donc séparer les espèces blennorrhagiques des inflammations simples. Si on ne peut pas les appeler spécifiques, il faut convenir au moins qu'elles ont quelque chose de spécial. Il y a donc un élément spécial dans l'étiologie, une autre cause. Prenez garde, vous voilà revenus aux idées de B. Bell.

M. Baumès croit qu'il y a deux virus : l'un plus fort, plus virulent, celui du chancre; le second moins fort, un *demi-virus*, occasionnant moins de véroles ou une vérole moins grave. Il n'y a pas loin delà à l'opinion de M. Lagneau.

Quelles sont, messieurs, les parties sur lesquelles le virus est le plus souvent appliqué? Ce sont les organes sexuels, l'anus, le mamelon. Il n'est pas toujours nécessaire que l'inoculation ait lieu par le coït; une pipe, un verre, une plume, une sonde peuvent servir de support à la matière virulente.

Voici comment Hunter explique le mode d'action du virus syphilitique :

Il produit une inflammation d'une manière spéciale sur les parties qu'il touche, et cette inflammation reproduit, multiplie le virus; celui-ci passe dans le sang et agit sur les solides, les liquides, en produisant les accidents appelés constitutionnels.

L'inflammation ou l'ulcération préalable est-elle absolument nécessaire pour l'absorption du virus? Pourquoi refuser d'admettre que le virus syphilitique puisse être absorbé comme celui de la morve, de la variole, comme certains agents thérapeutiques, sous forme aqueuse? L'absorption, qui s'ouvre à tant de principes morbifiques, à tant de modificateurs thérapeutiques, se fermerait devant un virus aussi subtil, aussi diffusible que le virus vénérien! Non, et nous pouvons revendiquer en notre faveur l'analogie, car l'observation l'a confirmée : ainsi plusieurs faits ont été publiés par MM. Cazenave, de Castelnau, Baumès, qui prouvent que le virus a été absorbé sans lésion préalable sur le lieu d'application. Le dernier observateur visita dans une maison de tolérance à Lyon deux filles qui avaient des chancres et les fit mettre à part. Malgré sa défense, l'une d'elles se livra au coït avec un jeune homme qui apprit, mais trop tard, qu'elle était malade. Il fut trouver M. Baumès; ce médecin, qui savait que la femme avec laquelle ce jeune homme avait eu des rapports avait des chancres à l'anneau vulvo-vaginal, l'observa attentivement. Quatre jours se passèrent sans accidents. Le cinquième, les premières traces d'un chancre parurent à la verge. Il y eut donc, comme on le voit, absorption physiologique du virus et un temps d'incubation.

Ce fait se rapproche complétement d'un autre que j'ai pu observer dans ma clientèle.

Un jeune homme assez haut placé dans le monde alla dans une maison publique et eut des rapports avec une fille qui jouissait d'une certaine réputation de beauté. Il en fit part à un de ses amis, qui quelque temps auparavant avait gagné un chancre avec cette même fille. Ce jeune homme, craignant le sort de son ami, vint me consulter le lendemain du coït. Je ne trouvai rien. Je lui prescrivis des bains. Trois jours, quatre jours se passent, point d'accidents; mais le cinquième j'aperçus une petite ulcération, qui apparut sans pustule préalable. Elle se prononça de jour en jour; son fond devint épais et s'endurcit. Il y a donc encore eu ici absorption physiologique et cinq jours d'incubation avant l'apparition du chancre.

On a voulu combattre l'idée de l'incubation, et pour cela qu'a-t-on fait? On a pris du pus virulent, on a piqué le sujet avec la pointe d'une lancette et on a vu que le lendemain le point blessé était devenu rouge; puis bientôt il survenait une papulle, puis une pustule, enfin une ulcération, et tout cela sans intervalle qui sépare l'action de l'effet.

De là on conclut que rien ne sépare le coït infectant de l'effet produit. Mais ne voyez-vous pas qu'on confond ici l'inoculation avec la contagion? En effet, dans l'inoculation il y a piqûre et par cela même irritation, blessure. Les effets doivent donc être différents de ceux d'un coït ordinaire; ils peuvent tout au plus être comparés à ceux d'un coït avec déchirure.

Aussi faut-il de toute nécessité, messieurs, distinguer la contagion, c'est-à-dire l'inoculation physiologique de l'inoculation expérimentale.

Ailleurs on vous enseignera que l'accident primitif de la syphilis se réduit à un seul, le chancre. Eh bien! le chancre lui-même peut être théoriquement supprimé comme accident primitif, ou mieux, comme accident immédiat; car, si vous ac-

(1) M. Vidal fait ses conférences le mercredi de chaque semaine, et pratique le même jour les opérations à huit heures du matin.

ceptez l'absorption physiologique du virus, vous êtes entraînés nécessairement à ne voir dans le chancre qu'un effet consécutif. Il n'y aurait donc dans la vérole que des effets morbides consécutifs ; ou, si l'on veut que le chancre soit primitif, il faut qu'ils le soient tous. Je vous montrerai, en effet, dans d'autres leçons que les syphilides, que les exostoses mêmes peuvent apparaître avant toute autre espèce de lésion, c'est-à-dire primitivement.

Michel HAMON,
Ancien élève de l'hôpital du Midi.

TRAITEMENT DES HYDROPISIES ASTHÉNIQUES

par les préparations de noix vomique ;

Par M. TEISSIER, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Parmi les substances toniques, il en est une qui n'a jamais été administrée contre les hydropisies, et dont les propriétés spéciales, que tout le monde connaît, sur le système nerveux m'ont paru pouvoir être utilisées surtout dans celles de ces maladies qui sont liées à un état de faiblesse et d'asthénie générales ; je veux parler de la noix vomique. Il m'a paru logique de penser que, dans certains cas, les vaisseaux chargés de l'absorption, c'est-à-dire les capillaires veineux et les vaisseaux lymphatiques, pourraient bien avoir perdu leur force de contraction ou de sensibilité ; que cette inertie des vaisseaux absorbants pouvait contribuer à la production des hydropisies, et que la noix vomique, bien mieux encore que le quinquina et le fer, pouvait rendre à ces vaisseaux l'énergie de leurs fonctions et favoriser ainsi la résorption du liquide séreux épanché soit dans les cavités splanchniques, soit dans les mailles du tissu cellulaire. J'étais d'ailleurs autorisé à le penser par ce qu'on voit quelquefois chez les malades paralytiques, quand ils présentent les signes de l'infiltration séreuse dans les membres paralysés. Tant que dure la paralysie, l'infiltration va en augmentant ; mais si, sous l'influence de l'administration de la noix vomique, les membres reprennent leurs mouvements, l'infiltration disparaît. J'étais encore conduit à la même manière de voir par ce que nous savons aujourd'hui touchant les effets de la noix vomique sur les organes digestifs. Nous savons, en effet, que cette substance excite les contractions musculaires de l'estomac et des intestins, qu'elle augmente l'appétit, réveille l'énergie des fonctions de l'estomac et favorise les évacuations alvines. J'ai publié moi-même un mémoire sur les heureux effets de la noix vomique *contre la constipation par inertie des intestins* ; de pareils effets ne peuvent se produire sans que l'absorption intestinale soit également stimulée, et il est permis de penser que ce sont là des conditions favorables à la résorption des épanchements abdominaux.

Ces raisonnements m'ont paru si naturels et si vrais, que j'ai saisi avec empressement la première occasion qui s'est présentée à moi de faire l'application de mes idées ; et, sans aller plus loin, je vais maintenant soumettre à l'appréciation du lecteur et les circonstances dans lesquelles j'ai expérimenté la noix vomique et les résultats que j'en ai retirés.

OBS. I. — Œdème des membres inférieurs suite de diabètes. — Guérison de l'œdème par la noix vomique.

Le nommé Michel Mellet, journalier, âgé de cinquante ans, était affecté depuis dix ans d'un diabètes non sucré que j'ai guéri en six semaines par l'ammoniaque liquide, et dont j'ai rapporté l'observation dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 juillet 1850. A partir du moment où la sécrétion urinaire fut diminuée, les jambes et les cuisses s'œdématièrent. Je supprimai alors l'ammoniaque et prescrivis les purgatifs ; je ne réussis pas. Je ne pouvais employer les diurétiques proprement dits, à cause du diabètes ; j'étais donc assez embarrassé, quand j'eus l'idée, en raison du grand état de faiblesse presque dyscrasique dans lequel était le malade, d'expérimenter la noix vomique pour relever la tonicité générale. — J'administrai donc chaque jour d'abord 0,02 centigr., puis 0,05 d'extrait alcoolique de cette substance, et au bout d'une semaine j'avais déjà obtenu une diminution sensible de l'œdème ; je continuai la médication pendant un mois, et après ce laps de temps il n'y avait plus trace d'enflure, mais alors le diabètes reparut un peu.

Alors je revins pendant une dizaine de jours à l'administration de l'ammoniaque, qui fit rentrer encore une fois la sécrétion urinaire dans les limites physiologiques ; et, chose singulière, dès que ce résultat fut obtenu, je vis reparaître l'œdème, que j'attaquai de nouveau par la noix vomique, qui eut le même succès que la première fois.

OBS. II. — Je fus chargé de donner des soins, au mois d'avril 1850, au nommé Montessuy (François), journalier, âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution détériorée par une mauvaise alimentation, qui était affecté d'un violent catarrhe pulmonaire et d'un œdème général commençant. Il avait une toux fréquente, de l'oppression, une expectoration muqueuse très difficile et une enflure prononcée des membres inférieurs. Je le traitai d'abord par des potions béchiques et kermétisées, et par les vésicatoires. Ce traitement fut continué pendant environ trois semaines ; il fit cesser à peu près complètement la toux ; mais au bout de ce temps la faiblesse était très grande, l'oppression persistait, et l'œdème des membres inférieurs avait beaucoup augmenté ; il avait gagné progressivement les cuisses et le scrotum, et même le liquide avait envahi la cavité abdominale au point de rendre le ventre plus gros et plus tendu.

C'est dans cet état que, encouragé par le succès obtenu chez le malade de la première observation, je crus utile d'administrer la noix vomique pour combattre la faiblesse générale et dans l'espoir de réveiller l'action des vaisseaux absorbants et de faire rétrograder l'hydropisie. En conséquence, je prescrivis chaque jour une pilule de 0,03 d'extrait alcoolique de noix vomique. Au bout de huit jours, une amélioration incontestable s'était déjà produite, et à partir de ce moment on put constater un mouvement très notable de décroissement graduel dans l'hydropisie et d'accroissement dans les forces générales. Bref, ce traitement fut continué pendant vingt-cinq jours, à l'expiration desquels il n'y avait plus d'accumulation séreuse ni dans le ventre, ni dans les membres, dont la peau et le tissu cellulaire avaient repris leur apparence normale ; l'oppression avait disparu, l'appétit était bon et l'état de la santé générale satisfaisant.

Les deux observations qui précèdent démontrent évidemment que la noix vomique peut être administrée utilement dans certains cas d'hydropisie passive, car il est impossible de nier, dans le premier cas aussi bien que dans le second, que ce ne soit à l'action de cette substance que la guérison de l'œdème doive être attribuée. Aucun autre agent médicamenteux n'a été prescrit concurremment, il faut donc bien de toute nécessité faire les honneurs à celui qui seul a été mis en usage. Mais ces faits peuvent soulever une objection que je prévois et que je veux immédiatement résoudre.

On pourrait me dire, en effet : « Les résultats que vous venez de signaler n'ont rien que de bien ordinaire et de tout à fait conforme à ce que savent tous les médecins. Vous avez affaire à deux malades très affaiblis qui étaient affectés d'hydropisie compliquée de débilité générale. L'indication des toniques était ici nettement établie. La noix vomique a agi simplement à titre de tonique comme l'auraient fait le fer, le quinquina ou la gentiane. Vous aviez des ressources connues et certaines entre les mains ; vous pouviez donc vous passer de recourir à la noix vomique, dont l'action devait être pour vous moins sûre. »

Je sais que le quinquina et le fer peuvent rendre de grands services dans les hydropisies qui s'accompagnent d'une grande faiblesse. J'ai trop souvent retiré d'excellents effets de ces deux substances pour méconnaître leurs propriétés ; mais je crois être dans le vrai en affirmant que la *noix vomique* peut, dans les hydropisies qui sont liées à un état d'asthénie générale, donner des résultats plus satisfaisants que le quinquina et le fer, et même réussir complètement dans les cas où ces dernières substances auraient entièrement échoué.

La preuve de ce que j'avance découlera naturellement d'une autre observation que je vais maintenant décrire.

OBS. III. — Hydropisie ascite compliquée d'œdème des membres inférieurs, suite de fièvre intermittente ayant résisté à l'emploi du quina et du fer et guérie par la noix vomique.

Le nommé Jean-Baptiste Mignard, âgé de vingt-sept ans, militaire allant en congé, entra le 19 août 1850 dans la salle Saint-Martin, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour s'y faire traiter d'une fièvre intermittente quotidienne qu'il avait contractée en Afrique, qui avait été coupée plusieurs fois par le sulfate de quinine et qui avait reparu depuis un mois avec une grande ténacité. Cette fièvre s'accompagnait d'une hypertrophie de la rate très prononcée, d'ulcération des gencives, de fétidité de l'haleine, d'ascite abdominale et d'œdème des membres inférieurs. Ainsi ce malade était dans un état cachectique grave.

Il fut traité d'abord par le vin de quina, les gargarismes avec la poudre de quina et le charbon, la tisane de centaurée. La fièvre céda rapidement sous l'influence de ce traitement, mais il ne modifia en rien l'état scorbutique des gencives ni l'hydropisie. On le continua inutilement pendant vingt jours ; on le remplaça alors par la tisane de cochléaria et de raifort et par la poudre de sous-carbonate de fer. Cette médication fut aussi impuissante que la première, du moins sur l'hydropisie. Ce résultat négatif m'engagea à administrer l'extrait alcoolique de noix vomique ; j'en prescrivis d'abord pendant deux jours 0,05 centigr., qui amenèrent une diarrhée assez abondante qui me fit suspendre le médicament. Je le repris trois jours après à la dose de 0,02 centigr. seulement, et bientôt le résultat dépassait mon attente, car une semaine ne s'était pas écoulée que le ventre était beaucoup moins tendu, que l'hydropisie abdominale avait diminué de plus de moitié et que l'œdème des membres inférieurs avait presque disparu. Le malade se sentait beaucoup plus fort ; son appétit était revenu, et même l'amélioration était telle que le malade se prétendit guéri et voulut, à mon grand regret, sortir de l'hôpital. Je ne l'ai plus revu depuis cette époque, en sorte que j'ignore si l'effet s'est maintenu.

J'ai vivement regretté que ce malade n'ait pas voulu rester plus longtemps à l'Hôtel-Dieu. L'observation eût été plus complète et nous aurions pu étudier avec plus de suite les effets de la médication expérimentée ; mais tel qu'il est le fait parle assez haut ; il démontre clairement qu'une hydropisie asthénique du péritoine et du tissu cellulaire des membres inférieurs a été notablement amendée par la noix vomique après avoir résisté complétement à l'emploi du quinquina et du fer. Ce résultat est important pour la thérapeutique, car il met les médecins sur la voie d'expérimentations tout à fait nouvelles et qui ne sont indiquées nulle part, ni dans les ouvrages de matière médicale qui font autorité parmi nous, ni dans les livres homœopathiques, qui pourtant accordent tant de propriétés à la noix vomique. Il n'est pas indifférent de posséder une ressource de plus contre des maladies aussi difficiles à guérir que les hydropisies ; il n'est pas indifférent de savoir que la noix vomique, indépendamment de ses propriétés si puissantes sur le système nerveux, qui ont été mises à profit dans le traitement des paralysies, a également une action remarquable sur les organes chargés de l'absorption, car on est de suite et naturellement amené à déduire ce corollaire que probablement la noix vomique a une action particulière sur le système veineux, qu'on regarde aujourd'hui comme l'agent principal de l'absorption, et que peut-être on retirerait de bons effets de son emploi dans certaines hémorrhagies passives.

Les idées que je viens d'émettre sur la plus grande énergie d'action que la noix vomique peut imprimer aux agents de l'absorption n'ont rien qui puisse choquer nos connaissances physiologiques. Elles me paraissent très bien justifiées par les observations que j'ai citées, et voici un autre fait qui leur donne encore un grand appui.

OBS. IV. — Au mois d'août 1850, je reçus dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, qui était affecté de fièvre typhoïde. Pendant trois semaines, ce jeune homme fut très malade, et au bout de ce temps il entra en convalescence ; mais cette convalescence fut longue et languissante.

La faiblesse générale était extrême, le pouls mou, petit et dépressible ; la parole éteinte, les jambes œdématées, l'appétit nul, le regard terne et abattu, et, quoiqu'il n'y eût presque pas de fièvre, le malade persistait à rester couché. J'administrai le quinquina et un régime tonique ; mais, malgré l'emploi de ces moyens, la débilité et l'asthénie générale restèrent les mêmes et les jambes enflèrent davantage.

C'est alors que je me décidai à tenter l'administration de la noix vomique : 2 centigr. et demi d'extrait furent donnés chaque jour. Sous l'influence de cette nouvelle préparation, les symptômes changèrent tout à fait de face ; les forces se relevèrent, l'appétit devint meilleur, l'abattement cessa, et nous vîmes disparaître graduellement l'infiltration des jambes ; ce changement fut même très rapide, car quinze jours suffirent pour faire disparaître l'œdème et la débilité.

Cette observation ne laisse, je crois, rien à désirer, et après l'avoir lue on ne peut hésiter à reconnaître que la noix vomique ait favorisé la guérison de ce jeune homme, qui était affecté d'un œdème des membres inférieurs, suite d'une maladie longue et d'une asthénie générale, et que dans cette circonstance la noix vomique ait été plus puissante que le quinquina, puisque cette dernière substance avait complétement échoué là où la première a si bien réussi.

Je pourrais encore citer un autre fait que j'ai actuellement sous les yeux, mais le résultat, quoique satisfaisant, n'est pas suffisamment complet, et je préfère le passer sous silence pour ne pas fatiguer l'attention du lecteur. Je me borne donc pour le moment aux quatre que j'ai racontés, et de leur appréciation attentive je crois pouvoir tirer les corollaires suivants :

1° Les préparations de noix vomique peuvent être administrées utilement dans les cas d'hydropisies *asthéniques*, c'est-à-dire qui se compliquent d'un état de débilité générale, comme par exemple celles qui surviennent à la suite de longues maladies, ou chez les individus soumis à une alimentation mauvaise et insuffisante. Remarquez que je dis hydropisies *asthéniques* et non pas *passives*. Cette distinction est très importante pour la juste appréciation des cas où l'on peut administrer la noix vomique, car je n'aurai jamais la prétention de guérir avec ce médicament les hydropisies qui résultent de la compression des gros troncs veineux.

2° On peut prescrire avec avantage la noix vomique dans les cas d'hydropisies suites d'anciennes fièvres intermittentes, alors que les malades sont arrivés à une espèce d'état cachectique, et quand les préparations de quina ont cessé d'être efficaces.

3° Elle peut rendre quelques services quand l'hydropisie est liée à un état d'anémie ou de chlorose, alors que le fer a épuisé sa puissance curative, comme on le voit assez souvent.

4° Les bons effets de la noix vomique dans les hydropisies asthéniques dépendent probablement de ce qu'elle active les fonctions de l'estomac, excite les contractions musculaires des intestins et favorise ainsi la circulation veineuse abdominale et par suite l'absorption générale, l'assimilation et la nutrition. Ils tiennent probablement encore à ce qu'elle stimule directement par l'intermédiaire du système nerveux l'énergie des agents de l'absorption, c'est-à dire des capillaires veineux et des vaisseaux lymphatiques. Sous ce double rapport elle peut être plus utile que le quina et le fer.

5° Les préparations de noix vomique doivent être formellement proscrites dans tous les cas d'hydropisie active, surtout dans ceux qui sont compliqués de pléthore.

On le voit, je limite l'action de la noix vomique à des faits particuliers qui sont assez peu nombreux et bien définis. Ce n'est donc pas une question générale sur le traitement des hydropisies que j'ai voulu traiter, c'est une simple question de détail ; mais en thérapeutique les plus petits détails ont de l'importance, et j'ose espérer que les médecins qui liront cet article ne le trouveront pas complétement dépourvu d'intérêt pratique.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juin 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet un rapport de M. le docteur Marx, de Metzerville, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Altorff (Moselle) pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1850. (Commission des épidémies.)

Le même ministre transmet un rapport de M. le docteur Fabas, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850. (Commission des eaux minérales.)

— M. le préfet de police adresse le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de mai 1851.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sulfate de strychnine dans les excrétions involontaires.

M. Girard, médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre, adresse une note sur l'emploi du sulfate de strychnine comme moyen de combattre les excrétions involontaires des aliénés. L'auteur prescrit ce sel à la dose de 2 centigrammes dissous dans 30 grammes de sirop; il en dose de 5 à 7 grammes, et dans les cas rebelles il en élève la dose jusqu'à 30 et même 40 grammes.

Choléra.

MM. Ferrand et Dufay, de Blois, adressent la relation de l'épi-

-démie de choléra de 1849 dans le département de Loir-et-Cher. (Commission du choléra.)

Compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines.

M. Villeneuve lit un rapport sur une note sur la compression de l'aorte abdominale contre les pertes utérines ; par M. le docteur Plouviez, de Lille.

Voici l'exposé sommaire du fait rapporté par M. Plouviez :

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, accouchée heureusement de son troisième enfant, et chez laquelle il survint, au dixième jour de l'accouchement, plusieurs métrorrhagies qui furent suspendues par le tamponnement, les affusions froides, etc. Mais le lendemain, nouvelle hémorrhagie tellement violente que la vie était gravement compromise. M. Plouviez pratiqua aussitôt la compression de l'aorte vers l'angle sacro-vertébral, et immédiatement le sang cessa de couler. Pendant cette compression, qui dura quarante-cinq minutes, les hémostatiques indiqués furent de nouveau mis en usage, et tout faisait espérer que l'accident ne se reproduirait plus. Cependant six jours après survint une nouvelle hémorrhagie suivie d'une telle syncope, que les assistants regardaient la malade comme morte. Après trois quarts d'heure de la compression aortique, elle donne quelques signes d'existence qui disparaissent bientôt, malgré la cessation de l'hémorrhagie dont on prévint le retour en prolongeant la compression pendant plusieurs heures.

M. Plouviez se disposait à pratiquer la transfusion, lorsqu'une lueur de réaction s'étant fait apercevoir, il put espérer qu'à l'aide de bouillons et de potages on pourrait ramener la vie près de s'éteindre. C'est ce qui eut lieu.

A l'occasion de ce fait, M. le rapporteur reproduit le conseil qu'il a mentionné dans un dernier rapport, de placer horizontalement la personne atteinte d'hémorrhagie, et même le bassin plus élevé que la tête. Par ce moyen, secondé par les ligatures placées à la partie supérieure de chaque bras, on peut prévenir ou modérer la syncope et diminuer l'affusion du sang.

M. le rapporteur propose d'adresser à M. Plouviez une lettre de félicitation pour la conduite qu'il a tenue dans le cas périlleux dont il s'agit, et des remercîments pour sa communication. (Adopté.)

LECTURES.

M. Bouchardat lit la première partie d'un travail sur la glucosurie.

Sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin.

M. Lenoir, candidat pour la section d'accouchements, lit un mémoire sur quelques variétés de forme et quelques vices de conformation du bassin de la femme adulte, généralement omis dans les traités d'accouchements publiés en France.

Le bassin de la femme adulte et de race caucasique ne présente pas chez tous les sujets, dit M. Lenoir, la forme et les dimensions qu'on décrit généralement comme étant celles du bassin normal. Le professeur Nægelé rapporte que sur 50 bassins de femmes qui paraissaient bien conformées, et dont aucune n'avait eu d'accouchement difficile, il n'en put trouver un seul qui lui parût propre à la description du bassin régulier. C'est à l'étude de ces altérations plus ou moins prononcées de la forme du bassin qu'on est convenu d'appeler *normal* que M. Lenoir a consacré ce mémoire. Il étudie successivement, d'abord les altérations du bassin qui n'ont rien de nuisible pour l'individu qui les porte, et qu'il désigne sous le nom de variétés de forme ou d'anomalies ; puis celles qui rendent difficile ou impossible l'accomplissement de la fonction de la parturition par les voies naturelles, ou s'opposent au libre exercice des organes de la génération et constituent une difformité ou vice de conformation.

Les premières sont ramenées aux cinq types suivants : le bassin en cœur de carte à jouer, le bassin ovale transversalement, le bassin rond, le bassin en forme de coin ou cunéiforme ou bassin ovale d'avant en arrière, et le bassin carré ou quadrilatère.

Pour les vices de conformation, M. Lenoir, admettant avec quelques auteurs que le bassin ne peut jamais être vicié que dans sa forme et dans sa direction, fait deux grandes divisions : aux vices de la forme, il conserve le nom de vices de conformation ; aux vices de la direction, il donne le nom de *déviations*.

Mais, prenant plus en considération qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la nature même des causes qui produisent les vices de conformation du bassin, il est amené à faire dans la première division deux groupes distincts l'un de l'autre par l'époque à laquelle l'altération de la forme s'est développée; ainsi, sous le titre de malformation du bassin, il range tous les vices de conformation de cette cavité qui s'effectuent pendant la vie intra-utérine par suite d'un trouble survenu dans le cours du développement normal et ceux qui surviennent après la naissance, mais sous l'influence d'une altération originelle. Il rapporte à ce groupe :

1° Le bassin régulièrement trop grand ;
2° Le bassin régulièrement trop étroit;
3° Le bassin en entonnoir;
4° Le bassin trop haut;
5° Le bassin trop bas;
6° Le bassin oblique ovalaire.

Et, sous le titre de déformation du bassin, il réunit tous les vices de conformation de cette cavité qui, survenus après la naissance, reconnaissent pour cause une altération pathologique des os qui la forment. Telles sont :

1° Les déformations rachitiques;
2° La déformation par ostéomalaire;
3° Les déformations par tumeurs de diverse nature développées dans les parois de l'excavation, y compris celles qui sont produites par des cals difformes ou par des déplacements d'os voisins.

Enfin, sous le titre de déviations du bassin, il décrit les diverses inclinaisons vicieuses de cette cavité, lesquelles coexistent fréquemment avec les autres vices de conformation et tiennent par conséquent aux mêmes causes qu'elles, et constituent ainsi la seconde grande division. (Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Moreau et Danyau.)

— M. Cazeaux, au nom de la section d'accouchements, propose à l'Académie de porter à 5 la liste de candidats à la place vacante dans cette section.

— M. Grimaud lit un travail sur le sulfate de cadmium et quelques-uns de ses usages en thérapeutique.

— M. Dubois (d'Amiens) lit un fragment historique sur l'Académie royale de Chirurgie. L'heure avancée ne permettant pas à M. Dubois de terminer cette lecture, la suite est remise à une autre séance.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juin 1851. — Présidence de M. Rayer.

Persistance de la vie dans les membres atteints de rigidité cadavérique.

M. Brown-Séquard adresse sur ce sujet quelques observations résultant d'expériences entreprises dans le but d'étudier l'irritabilité musculaire. Selon l'auteur, les membres atteints de la roideur cadavérique peuvent se remontrer parfois vivants, c'est-à-dire cesser d'être rigides, réacquérir l'irritabilité musculaire et la sensibilité, et se mouvoir par l'action de la volonté. Déjà des expériences avaient été tentées par James-Philips Kay, lorsque M. Brown-Séquard ayant mis le système circulatoire d'un lapin atteint de rigidité depuis dix à vingt minutes en communication avec la circulation d'un animal vivant de la même espèce, il a vu la rigidité disparaître dans les membres inférieurs du sujet et des mouvements survenir sous l'influence d'une excitation extérieure.

D'où il a conclu que des nerfs et des muscles ayant perdu de leur excitabilité peuvent la recouvrer sous l'influence du sang même après que la rigidité *postmortem* a existé pendant environ un quart d'heure dans les muscles.

Par des ligatures convenablement disposées, il a fait diminuer l'irritabilité musculaire, laquelle a fait place à la rigidité pendant quinze à quarante minutes; puis après ce temps la ligature étant lâchée, la rigidité a disparu et la mobilité est revenue.

Dans une autre série d'expériences, ayant lié l'aorte au-dessous des rénales, la sensibilité a été perdue dans le train postérieur, puis les mouvements volontaires, et enfin est survenue la rigidité, qui a duré pendant un quart d'heure à peu près, après quoi tous les phénomènes se sont rétablis dans leur ordre normal.

L'auteur conclut de ces recherches :

1° Que les muscles atteints de cette rigidité qu'on trouve chez le cadavre ne sont pas des muscles morts, et que, s'ils n'ont pas la vie en acte, ils ont encore la faculté de vivre;

2° Que les nerfs moteurs et sensitifs dans des membres où le sang ne circule plus, ayant perdu tout pouvoir de réagir suivant leurs aptitudes spéciales lorsqu'on les excite, sont capables de réacquérir ces aptitudes par l'action du sang;

3° Que, malgré une durée de dix à vingt minutes de la rigidité *postmortem* ou cadavérique dans des membres de mammifères, ces membres peuvent cesser d'être roides, redevenir irritables, et retrouver en outre la sensibilité et les mouvements volontaires.

Dans la séance de l'Académie des Sciences du 28 avril 1851, M. Edouard Robin a présenté une note sur un nouvel anesthésique, l'éther bromhydrique.

La théorie que j'ai développée dans plusieurs de mes notes, dit M. Robin, rangeait l'*éther bromhydrique* parmi les agents qui, même en présence de l'oxygène humide, protégeant les matières animales contre la combustion lente, sont antiputrides après la mort, et, suivant la dose, sédatifs, antiphlogistiques, et poisons asphyxiants pendant la vie.

D'après la règle que je m'efforce d'établir, ceux des agents modérateurs de la combustion lente qui appartiennent à cette classe sont nécessairement anesthésiques quand ils pénètrent à dose suffisante dans la circulation.

N'ont-ils de saveur ni âcre, ni caustique, ils sont *anesthésiques par inspiration*, si le terme d'ébullition, inférieur à 80°, leur permet de répandre beaucoup de vapeur aux températures ordinaires; ils ne sont plus qu'*anesthésiques locaux ou par application*, si le terme d'ébullition est trop élevé.

L'éther bromhydrique, qui bout à 40°,7, qui n'a de saveur ni âcre, ni caustique, qui répand une odeur aromatique assez faible et agréable, réunissait donc les conditions utiles, suivant moi, pour faire un bon anesthésique par inspiration. Aussi n'ai-je pas manqué, il y a plusieurs mois, de le comprendre dans l'énumération que, dans un de mes paquets cachetés, je faisais des agents non encore employés qui doivent jouir du pouvoir anesthésique par inspiration.

J'étais soutenu dans cette manière de voir par ce fait, que l'éther bromhydrique présente une extrême analogie avec l'éther chlorhydrique, dont les propriétés anesthésiques remarquables ont été découvertes par M. Flourens.

Les circonstances m'ayant amené à faire l'étude particulière du premier de ces éthers, je me suis empressé de constater ses propriétés antiputrides et physiologiques; elles sont bien celles que ma théorie indiquait.

D'une part, les matières animales n'éprouvent aucune altération, c'est-à-dire sont protégées contre la combustion lente, tant dans sa liqueur que dans la vapeur qu'il émet aux températures ordinaires dans un vase fermé.

D'autre part, cette vapeur anesthésie rapidement les oiseaux; ils reprennent facilement l'activité de la vie, et ne manifestent, ni pendant, ni après l'anesthésie, aucun indice de souffrance. Des oiseaux plusieurs fois mis en expérience il y a quatre jours sont maintenant pleins de vie.

L'éther bromhydrique se présente donc jusqu'ici comme devant être mis au rang des meilleurs anesthésiques par inspiration.

L'éther chlorhydrique de M. Flourens produit une anesthésie qui ne semble précédée d'aucune excitation; c'est un état léthargique que succédant à un doux sommeil; le réveil, facile, n'est suivi d'aucun malaise apparent; mais le point d'ébullition trop peu élevé de cet éther (11° + 0°) n'en rend l'emploi habituellement praticable que dans les pays froids et dans les saisons froides des climats tempérés. L'éther bromhydrique est pour ainsi dire un autre éther chlorhydrique d'un point d'ébullition différent et convenablement approprié à nos climats.

NOUVELLES.

Nous apprenons que M. Orfila vient d'être mandé officiellement à Mons pour déposer dans le procès Bocarmé. On assure qu'il est appelé par la défense.

Du reste, M. Orfila ne pourra être à Mons que dans quelques jours, car il a dû partir aujourd'hui pour Nantes, où il est mandé devant la cour d'assises.

— M. Oscar Reveil vient d'être nommé, par suite d'un concours, pharmacien en chef de l'hôpital de Lourcine.

— En attendant la publication de lettres sur l'exposition de Londres, destinées à faire connaître tout ce qui, dans cette exposition, peut intéresser notre profession, voici, d'après le *Medical Times*, un aperçu des envois faits par les divers pays du monde :

Les colonies anglaises ont envoyé une foule de produits bruts, tels que : opium, poix résines, gommes, résines; le cap de Bonne-Espérance a donné une collection de plantes médicinales; la Nouvelle-Ecosse, de l'huile de foie de morue et plusieurs préparations chimiques; de l'Autriche sont arrivés d'importants produits chimiques et pharmaceutiques, des instruments de physique et quelques instruments de chirurgie fabriqués dans un seul atelier. La Belgique est à peine représentée dans ce genre de produits.

La Chine n'a pas oublié son excellent camphre, flanqué d'autres substances importantes. Le Danemark s'est contenté de quelques instruments de physique et de chirurgie. L'Egypte compte une liste copieuse de plantes indigènes ou cultivées dans ce beau pays. La France, comme on le pense bien, n'a pas démérité de sa haute réputation; elle est représentée dans tous les produits, instruments, etc., propres à l'art de guérir.

On voit encore à l'exposition un nombre considérable de produits chimiques, instruments de chirurgie, d'obstétrique, appareils de pharmacie, etc., venant de Berlin; des bandages et une quantité énorme d'eau de Cologne fournie par la ville de ce nom : de la potasse, de la soude, de l'alun, etc., de Dusseldorf; des substances chimiques et pharmaceutiques de Magdebourg. Le Wurtemberg a fourni un « alcali hydriodinique » pur, ainsi que de la créosote dégagée de toute substance étrangère. La Bavière, la Saxe, Hambourg, le Hanovre, Lubeck, Mexico, le Mecklembourg, la Nouvelle-Grenade, Oldenbourg, la Perse, n'offrent rien d'intéressant.

La Grèce a envoyé des échantillons de soufre natif et du carbonate de magnésie; le Portugal, du vin et des olives; Madère, de l'huile de ricin, du safran, de la cochenille, du curcuma; la Sardaigne, quelques produits chimiques; la Russie, idem; l'Espagne, des drogues, des appareils orthopédiques, des dents artificielles; la Suède et la Norwège, du fer, du cobalt, des balances pharmaceutiques; la Suisse, une jambe de bois, des appareils à ventouses, des ostéotomes; la Toscane, du sulfate de quinine et de la santonine; enfin, sont venus des Etats-Unis des drogues, des instruments de chimie, de chirurgie, des dents artificielles et une foule d'instruments employés dans l'art du dentiste.

— Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public de clinique sur les aliénations mentales* (avec applications à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés) ; par M. Falret, médecin en chef de la première section des aliénés.

Ce cours commencera mercredi 18 juin, à neuf heures du matin, et continuera tous les mercredis, à la même heure, et les dimanches (à partir du dimanche 13 juillet prochain).

Les leçons cliniques auront lieu à neuf heures, et les leçons théoriques à dix heures précises.

Nota. MM. les élèves pourront assister, tous les jours, à la visite et à l'examen clinique des maladies.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — L'Exposition universelle sous le rapport des sciences médico-chirurgicales. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du chancre et de son évolution. — Traitement des morsures des animaux enragés. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 4 juin. — FEUILLETON. Bibliographie.

L'Exposition universelle
SOUS LE RAPPORT DES SCIENCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Londres, le 10 juin 1851.

A Monsieur le professeur NÉLATON.

Cher maître et ami,

Quoique les plus beaux produits de la médecine et de la chirurgie ne soient pas ceux qu'on peut exposer, mais, au contraire, ceux qui peuvent aller voir l'exposition, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de comparer les objets divers relatifs aux sciences médicales, et que les nations ont apportés à ce concours splendide des arts, des sciences et des industries du monde entier. Tel a été le but de mon voyage, dont j'ai grandement à me féliciter aujourd'hui, puisqu'il m'a permis de constater une supériorité éclatante en faveur de notre pauvre France, si tourmentée, et cependant toujours victorieuse dans les luttes de l'intelligence humaine.

Mes confrères du *grand journalisme*, qui ont écrit sur Londres tant de vérités et tant d'erreurs, nous ont assez fait connaître Hyde-Park et le palais de cristal pour que je puisse me dispenser de toute description nouvelle. J'arrive donc sans plus tarder au but de cette première lettre, qui est l'appréciation des instruments chirurgicaux exposés par les diverses nations.

Cependant, avant de pénétrer jusque dans les *vitrines* des exposants, qu'il me soit permis d'adresser, au nom de la médecine, à la commission anglaise de l'exposition, des éloges et des remercîments qu'il est pour le moins étrange qu'on n'ait pas songé à lui adresser encore. La commission a eu la grande et pieuse pensée de placer dans l'avenue centrale du palais de cristal, tout près de la fameuse *montagne de lumière* (qui, soit dit en passant, ressemble très peu à une montagne et n'est que très peu lumineuse) un modèle de statue et un piédestal sur lequel on lit les mots suivants :

Model for a statue of Dr Jenner.

Et au-dessous en gros caractères ;

BY SUBSCRIPTION OF ALL NATIONS.

Quelle gloire, en effet, fut jamais plus digne de la reconnaissance et de la vénération de tous les peuples que la gloire de Jenner, jusqu'à ce jour encore laissée sans piédestal! Au risque d'encourir les reproches de notre ami Bayard, et bien certain que M. Bousquet serait là pour me défendre au besoin, j'ai vivement applaudi à la pensée de la commission, et déposé ma modeste offrande au pied de la grande illustration dont l'Angleterre a raison de s'enorgueillir.

Cette dette payée, je me suis mis à la recherche des instruments et appareils chirurgicaux, et je me suis dirigé d'abord, vous trouverez cela bien naturel, vers les trois grands compartiments du palais occupés par les produits français.

Dans le second compartiment, et immédiatement à droite de la grande avenue centrale, de la nef, si l'on peut ainsi dire, j'ai rencontré d'abord M. Auzoux, dont j'aurai à parler plus tard, et ensuite MM. Charrière, Luër, Sir Henry (dont l'établissement appartient aujourd'hui à une association d'ouvriers) et Mathieu. Ces quatre fabricants sont les seuls représentants français de la fabrication médico-chirurgicale; et c'est avec quelque regret que je n'ai point trouvé là et M. Sanson, de Paris, et quelques fabricants de nos grandes villes de province, qui jouissent d'une réputation justement acquise.

Tout jugement étant le résultat d'une comparaison, je ne pouvais que constater d'abord les qualités et les défauts des produits français, pour me servir ensuite de ces produits comme d'un type auquel je rapporterais ceux que j'examinerais plus tard ; c'est ce que j'ai fait.

Je ne vous décrirai pas minutieusement tous ces instruments que vous connaissez, dont vous vous servez beaucoup mieux que moi, et parmi lesquels j'en ai trouvé huit qui sont dus à vos ingénieuses inspirations, sans compter deux appareils à transfusion imaginés, l'un, en France, par M. Charrière, l'autre, en Angleterre, par MM. Philp et Wicker, et qui n'auraient point vu le jour sans l'heureuse et importante rénovation que vous avez accomplie récemment dans la pratique chirurgicale.

Mais, sans entrer dans aucun détail descriptif relativement aux divers instruments exposés par nos fabricants, il est du devoir de la presse de rendre à ces derniers un juste tribut d'hommages.

Au premier rang, parmi eux, se présente M. Charrière, qui est moins un artisan qu'un artiste, et dont l'infatigable et intelligente activité n'a pas exécuté moins de 125 modifications ou inventions nouvelles depuis l'exposition française de 1849 ! Il serait aussi impossible que fastidieux d'énumérer en quoi consistent toutes ces innovations ; mais il en est trois sur lesquelles vous me permettrez d'insister, parce qu'elles me paraissent aussi simples qu'ingénieuses et parce qu'elles s'appliquent à un grand nombre d'instruments à la fois.

Ces trois modifications sont : 1° l'excentricité de la vis dans tous les instruments articulés et tranchants; 2° le décroisement, près des anneaux, des branches de tous les instruments articulés ; 3° enfin l'adaptation à tous les instruments à pression articulés d'une crémaillère dépendante et indépendante qui permet de les maintenir à tel degré de pression que l'on juge convenable, sans que le chirurgien soit obligé d'employer aucune force à cet effet. Le mérite de ces modifications s'apprécie surtout lorsqu'on tient ces instruments dans ses mains ; aussi n'y insisterai-je pas plus longtemps ici.

Après M. Charrière vient M. Luër, dont le talent remarquable d'exécution s'associe à un certain esprit d'initiative qui lui a déjà suggéré plusieurs modifications et inventions ingénieuses. Parmi ces modifications ou inventions, nous devons signaler ici une pince à ligatures profondes, une pince coupante et dilatatrice pour faire la trachéotomie avec un seul instrument, une pince pour placer et enlever facilement les canules du canal lacrymal, une sonde tire-fond pour extraire les corps étrangers engagés dans l'urètre, et un instrument pour extraire les corps étrangers de la vessie, dont il a été un peu trop question dans ces derniers temps et dont il reste encore à apprécier la valeur pratique.

Enfin, en troisième ligne, mais encore avec un talent d'exécution incontestable, se présentent MM. Hamm et Cie (successeurs de Sir Henry) et M. Mathieu.

Outre les instruments proprement dits, la fabrication française a encore exposé beaucoup de bandages ou d'appareils divers. Parmi ces appareils, j'ai en vain cherché ceux de M. Martin. Je ne sais si cet ingénieux mécanicien a ou non envoyé ses produits à l'exposition L'exécution de tous ces appareils, qui appartiennent à MM. Valérius, Grossman et Vagner, Borsari, etc., est plus ou moins remarquable; mais les seules modifications nouvelles que j'aie observées appartiennent encore à M. Charrière, qui a très heureusement et très ingénieusement perfectionné les pelottes des bandages, ainsi que les membres artificiels, et à M. de Beaufort, dont j'ai eu l'occasion l'année dernière de vous faire remarquer l'invention, consistant, ainsi que vous vous le rappelez, en une jambe artificielle qui s'allonge quand l'amputé s'appuie dessus, tandis qu'elle se raccourcit dans le cas contraire.

M. Kisless, de Bordeaux, a exposé un modèle fort ingénieux de lit pour les paralytiques. Ce lit n'est d'ailleurs qu'un perfectionnement élégant du modèle que vous avez pu voir employé, quand vous étiez chirurgien de Bicêtre, dans la division des *gâteux*.

Je dois mentionner, en terminant, plusieurs formes de lunettes pour les strabiques, exposées par M. Henry, de Paris ; ce sont les seules de ce genre que j'aie vues à l'exposition.

Enfin, peut-être dois-je vous signaler que les trois rivaux qui se sont disputé les faveurs académiques, MM. Breton frères, Bulvermaker et Duchenne (de Boulogne), ont transporté leur concurrence jusque dans la grande *exhibition*, accompagnés du docteur Burq, de MM. Cabirol et J. Massé, qui soutiennent l'honneur des cataplasmes galvaniques, « *patented in France and England*, etc. »

Cette rapide esquisse des produits français terminée, je vais passer sommairement en revue ceux des autres pays. Je n'ai pas besoin de vous dire que dans les appréciations que j'ai faites, je me suis efforcé de mettre de côté tout esprit de nationalité, et que j'ai la ferme conviction d'y être parvenu. Si j'avais eu à rendre compte de toutes les parties de l'exposition, j'en aurais donné la preuve incontestable en proclamant la supériorité évidente des lames de Tolède, des cristaux de Bohême, des porcelaines de Saxe, etc. Dans la spécialité où je suis obligé de me renfermer, je serai presque toujours obligé de reconnaître la supériorité de la France ; mais j'ai la conscience que mes sentiments n'influeront en rien sur mes appréciations.

ANGLETERRE.

La fabrication chirurgicale anglaise a suivi le mouvement de toutes les autres industries de la Grande-Bretagne, c'est-à-dire qu'elle a exposé des masses de produits qu'il me serait complétement impossible d'examiner un à un. Je serai donc obligé de faire un choix et de me borner aux produits des plus célèbres manufacturiers, quoique, sur les lieux, je n'aie négligé d'en examiner aucun.

Les instruments qui m'ont paru les mieux confectionnés dans leur ensemble sont ceux de MM. Fergusson, Philp et Wicker, Simpson et Weiss. On peut faire à tous les instruments sans exception de ces habiles fabricants un reproche commun : c'est qu'ils semblent destinés à la chirurgie vétérinaire ou du moins à une chirurgie de géants, tant ces instruments possèdent d'inutile solidité. Ce défaut entraîne non-seulement l'absence de toute élégance dans tous les instruments en général, mais des inconvénients sérieux lorsqu'il s'agit de certains instruments spéciaux, tels que des lithoclastes, des lithotomes, des aiguilles à cataracte, etc.

M. Fergusson, par exemple, a exposé un lithoclaste auquel il donne son nom, et qui non-seulement est d'un diamètre inutilement exagéré, mais qui se manœuvre encore avec l'ancienne clef, que vous avez abandonnée avec tous les chirurgiens expérimentés depuis que M. Charrière a imaginé son admirable mécanisme à écrous brisés.

C'est en effet un autre reproche que j'ai à adresser aux fabricants anglais de ne profiter que très lentement des perfectionnements que les autres pays apportent dans la fabrication chirurgicale. Dans toute l'exposition anglaise, je n'ai vu que

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du Médecin praticien, ou *Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée;* par le Dr VALLEIX.

(Deuxième édition. — Tomes III, IV et V.)

Voici terminée en quelques mois à peine la seconde édition du livre de M. Valleix, des deux premiers volumes de laquelle nous avons rendu compte au moment de leur publication. La forme sous laquelle l'intelligent éditeur a su, sans diminuer le texte, condenser matériellement cet ouvrage, mérite tout d'abord notre approbation, comme aussi la perfection de l'exécution, qui tend chaque jour de plus en plus à rapprocher des livres de luxe les traités scientifiques autrefois si cavalièrement traités, et nous pourrions presque dire repoussants à l'œil. Nous sommes de ceux qui pensent que l'on n'étudie pas plus mal, que l'on étudie mieux dans un beau volume que dans un livre imprimé avec des caractères communs sur un papier grossier. Ceci posé pour les conditions matérielles de cette nouvelle édition, passons à un sujet plus important.

Le troisième volume renferme, par ordre de régions ou d'appareils organiques, la fin des maladies des voies digestives, celles de leurs annexes, celles des voies génito-urinaires.

Nous avons dit dans notre premier article de compte-rendu que nous n'étions pas de ceux qui voient avant tout et partout dans un traité de pathologie la classification mise en usage par l'auteur, et que, pourvu que l'ouvrage soit complet, pourvu qu'il n'y existe pas de lacunes importantes, nous passions volontiers condamnation sur l'ordre qui a présidé à l'arrangement des chapitres. Au lieu d'étudier les maladies d'après leur nature, de réunir en un groupe toutes les inflammations; dans un autre, les hémorrhagies, etc., comme c'est assez l'habitude dans les traités de pathologie interne, M. Valleix a préféré les distribuer par appareils. Les motifs qui l'ont déterminé à agir ainsi peuvent être parfaitement approuvés, et nous n'y trouverions rien à redire, si de loin en loin cette méthode ne semblait introduire quelque peu de confusion, en ce sens que des maladies qui se tiennent par les connexions les plus intimes se trouvent éloignées les unes des autres. Comme c'est principalement sous ce rapport que le livre de M. Valleix est vulnérable, notre honorable et savant confrère ne trouvera pas mauvais, nous l'espérons, que nous lui soumettions quelques-unes des réflexions que la lecture de son livre nous a suggérées.

Nous trouvons, par exemple, dans les maladies du tube digestif, l'histoire des vers intestinaux; les hydatides du foie sont comprises dans l'histoire des maladies des annexes des voies digestives; d'autre part, les hydatides du larynx, du cerveau, de la moelle, sont étudiées dans les articles correspondants aux affections de chacun de ces divers organes. Pour la facilité des recherches, n'eût-il pas été préférable de réunir dans un chapitre particulier, sous le nom, par exemple, d'entozoaires, l'histoire de ces productions singulières susceptibles de se rencontrer dans des appareils si différents?

Il en est de même, et ici le reproche que nous lui faisons est plus grave, quand il s'agit des maladies vénériennes et syphilitiques. Nous commencerons par approuver M. Valleix de n'avoir pas craint d'aborder dans un livre de pathologie interne l'histoire de la syphilis. Nombre d'auteurs de traités purement médicaux ont cru devoir supprimer les maladies vénériennes et les rayer de leur cadre, sous le prétexte que ces maladies ressortissaient plutôt à la chirurgie. D'autre part, certains auteurs fort distingués de traités de pathologie externe ont rayé ces mêmes maladies, sous le prétexte que les accidents qui sont du domaine de la chirurgie ne sont qu'exceptionnels, et que c'est aux médications internes qu'il faut s'adresser pour obtenir la guérison de la vérole. De chaque côté, l'on a eu tort. Les livres dont nous parlons ont été faits, sans aucun doute, pour l'instruction des élèves. S'ils ne trouvent ni chez les médecins, ni chez les chirurgiens, l'histoire de la syphilis, et cela dans des traités complets, où veut-on qu'ils aillent la chercher, et comment l'apprendront-ils? Dans les livres spéciaux? Mais les traités généraux sont faits pour dispenser des monographies et des traités spéciaux.

Après l'éloge vient naturellement la critique; ici elle sera très sérieuse. C'est dans les maladies des voies génito-urinaires qu'il place la blennorrhagie, à laquelle nous eussions mieux aimé, pour le dire en passant, le voir donner le nom d'*urétrite*. Après la blennorrhagie vient la balanite, puis le chancre. Certes, les organes génitaux sont le siége d'élection du chancre; mais si la blennorrhagie doit être forcément étudiée avec les maladies de l'urètre, duquel elle n'est, après tout, que l'inflammation, il n'en est pas de même du chancre, qui peut se développer partout, sur toute partie d'une muqueuse ou de la peau où aura été déposé du pus syphilitique inoculable. Ce n'était donc pas là qu'il fallait étudier le chancre; le chancre devait être placé parmi ces maladies qui n'ont pas de siége fixe, et qui ne sont elles-mêmes que par leur nature spécifique. Or cela était d'autant plus facile à M. Valleix que, dans

deux seuls instruments où l'on eût appliqué le perfectionnement des vis excentriques et de décroisement dont je vous ai parlé précédemment et que nous devons à M. Charrière. Nulle part je n'ai vu appliqué le système de crémaillères dépendantes et indépendantes du même fabricant.

J'ai cependant observé dans les vitrines anglaises quelques innovations qui peuvent avoir leur utilité. M. Weiss a exposé un réflecteur fort bien construit pour éclairer les parties profondément situées, et un instrument fort ingénieux qu'il appelle acoëmètre et qui est destiné à mesurer les degrés divers de l'affaiblissement de l'ouïe.

M. Fergusson a exposé une pince à réduction du pouce et un appareil pour la réduction des luxations de la mâchoire analogue à celui que vous avez inspiré à M. Charrière.

M. Coxeter a imaginé d'enduire d'une couche de caoutchouc les cuillers des forceps pour les rendre à la fois moins glissantes et plus innocentes pour la tête de l'enfant. C'est là une modification dont notre savant maître P. Dubois et nos amis MM. Danyau, Cazeaux et Depaul ne tarderont pas sans doute à nous faire connaître la valeur.

Ainsi que je vous l'ai dit précédemment, MM. Philp et Wicker ont construit, à la suite du retentissement qu'a eu votre opération de transfusion, un appareil à transfusion qui se compose d'une sorte de seringue à injections anatomiques ayant, à la place ordinaire du robinet, un entonnoir en verre dans lequel on reçoit le sang; lorsqu'il y a une certaine quantité de ce sang dans l'entonnoir, on fait un mouvement d'aspiration qui le fait passer dans la seringue, et, par un mouvement contraire, on l'introduit dans la veine du malade, préalablement ouverte. Cet appareil est fort ingénieux; mais il me paraît assez difficile à manœuvrer.

Enfin, les mêmes fabricants ont imaginé une cuiller à médicaments dont le principe général, sinon le modèle exact, est depuis longtemps appliqué en France.

Un grand nombre de fabricants anglais ont exposé des bandages et des appareils orthopédiques dont l'exécution laisse, en général, plus ou moins à désirer; les pelotes à ressort en boudin d'un fabricant de Charing-Cross méritent seules, avec l'appareil suivant, d'attirer l'attention:

M. Bursill a exposé une main artificielle qui s'ouvre et se ferme par un mouvement d'extension et de flexion du moignon de l'avant-bras. Le mécanisme est caché dans une main en caoutchouc vulcanisé qui a la forme, la couleur et même jusqu'à un certain point la consistance d'une main naturelle. Cette main, dite de *chair artificielle*, dont le mérite pratique est encore à apprécier, est d'ailleurs la seule chose nouvelle dans la production de M. Bursill, et appartient à M. Cayley; le mécanisme employé par M. Bursill est depuis plusieurs années usité en France; il lui reste seulement le mérite d'une bonne exécution.

Les yeux artificiels de MM. Grosmith et Halford sont d'une remarquable perfection.

Enfin M. Simpson a imaginé des attelles qui peuvent s'allonger et se raccourcir à volonté, et qui pourront rendre des services réels aux praticiens éloignés des grands centres de population.

J'en aurai fini avec l'Angleterre quand je vous aurai signalé un appareil qui est peu chirurgical, mais que je suis obligé de mentionner quelque part, et dont je désire vivement que l'introduction soit faite en France. Cet appareil est désigné sous le nom de *fire-scape* (sauve-feu); c'est une longue échelle montée obliquement sur deux roues, et qu'un homme peut manœuvrer très facilement et adosser à un mur élevé, dans les cas où une personne se trouve surprise par le feu. Les pompiers de Londres appliquent avec avantage ce précieux appareil dont j'ai le regret de ne pouvoir nommer l'auteur.

Cette halte faite en Angleterre, je vais vous faire voyager rapidement à travers les autres nations dont les productions médico-chirurgicales ont été beaucoup moins nombreuses.

BELGIQUE.

La Belgique, qui, sous tant de rapports, a donné des preuves d'une étonnante activité, n'a envoyé que trois échantillons médico-chirurgicaux. Ce sont trois instruments imaginés par M. le docteur Noggerath (de Bruxelles). Le premier est destiné à porter des vapeurs dissolvantes dans la trompe d'Eustache, dans les fosses nasales et dans le conduit auditif externe, lorsque ces conduits sont obstrués; le second est une pompe propre à comprimer l'air dans ces mêmes conduits obstrués, et enfin le troisième est une paire de ciseaux d'une courbure particulière pour l'excision de la luette.

La HOLLANDE, si remarquable à tant d'égards par ses productions industrielles, n'a envoyé absolument aucun produit à l'exposition de Londres.

SUÈDE ET DANEMARK.

La Suède et le Danemark, qui possèdent de si excellentes matières premières pour la fabrication des instruments chirurgicaux, n'ont envoyé à l'exposition aucun produit qui permette de juger leur degré d'habileté dans ce genre.

Le Danemark a seul envoyé plusieurs bandages médiocres et une cuisse artificielle construite à peu près sur le modèle de celle de Palmer dont il sera question plus loin, et qui en a presque tous les avantages. Je n'ai pu savoir le nom de l'auteur de cet appareil.

RUSSIE.

La Russie n'a été représentée, au point de vue médico-chirurgical, que par un seul fabricant, M. Rooch, de St-Pétersbourg. Ce fabricant a même borné son envoi à une simple boîte d'instruments pour l'opération de la cataracte et de la pupille artificielle. Parmi ces instruments, il ne s'en trouve aucun de ceux qui ont été récemment imaginés en France; mais l'exécution de ceux qu'on y remarque est excellente, et fait regretter que M. Rooch ne nous ait pas donné d'autres échantillons de son habileté.

AUTRICHE.

L'Autriche n'a envoyé que quelques membres artificiels de M. Franz-Xaver Wurm, de Vienne; ils rappellent tout à fait l'enfance de l'art orthopédique.

ALLEMAGNE.

Enfin, les Allemands n'ont pas donné de preuves d'une supériorité marquée sur leurs voisins les Autrichiens, et cela m'a d'autant plus surpris que la coutellerie allemande ne manque pas, comme vous le savez, d'une certaine réputation.

Un des grands fabricants de Sollingen, ville célèbre par ses armes blanches et qui a envoyé de nombreuses preuves à l'appui de sa vieille réputation, M. Hoeller, a glissé, parmi ses épées et ses remarquables lames de fleurets, quelques instruments de table et de chirurgie: les uns et les autres sont d'une grande médiocrité.

MM. Goldsmidt, de Berlin, et Mies, de Cologne, ont exposé des bandages auxquels on peut adresser le même reproche. Le dernier de ces fabricants a, en outre, envoyé un céphalotribe d'une exécution et d'un modèle tout à fait grossiers.

SUISSE.

La Suisse, qui a fourni de si nombreux et de si remarquables échantillons de son industrie en horlogerie, ne s'est manifestée, sous le rapport chirurgical, que par un ostéotome et par un appareil à ventouses, qui n'ont rien de bien remarquable.

ITALIE.

Si la Sardaigne a fourni à Londres, comme on n'en peut guère douter, ses meilleures productions orthopédiques, elle a donné une preuve incontestable de son infériorité sous ce rapport. La main et le bras artificiels de M. Juseppa Mazera sont d'une exécution extrêmement arriérée. C'est d'ailleurs le seul État d'Italie qui ait envoyé des appareils ou instruments chirurgicaux.

ESPAGNE.

Enfin l'Espagne, qui se fait tant remarquer par ses lames de Tolède et par quelques autres productions, n'a envoyé que quelques appareils orthopédiques sans valeur.

ÉTATS-UNIS.

Si vous voulez maintenant franchir l'Océan avec moi, je vous conduirai dans l'Amérique, représentée par les seuls Etats-Unis, où je terminerai mon voyage et ma trop longue lettre.

Les dentistes de tous les pays ont été d'une rare fécondité à la grande *exhibition*; je ne vous en ai point entretenu et vous m'en saurez gré, si du moins vous avez la constance de me lire jusqu'au bout. Je dois faire cependant une exception en faveur des dentistes des Etats-Unis, qui brillent par la perfection de leurs instruments; je dois surtout mentionner M. Alcock, de New-York. M. Alcock, qui paraît vouloir bannir de la pratique la clef de Garangeot, instrument un peu barbare, il faut bien en convenir, et qui a imaginé, à cet effet, pour l'extraction presque de chaque dent, un davier d'une forme spéciale, qui donne, selon lui, les plus grandes facilités à l'opérateur. Quoi qu'il en soit de l'utilité de cette innovation, toujours est-il que l'exécution extrêmement remarquable et l'élégance des instruments de M. Alcock suffiraient pour lui mériter une mention particulière.

Nous devons également une mention à M. Gray pour la perfection de ses yeux artificiels.

Mais tous les honneurs de la fabrication médico-chirurgicale des Etats-Unis sont pour M. B.-Fr. Palmer, de Philadelphie. Cet habile fabricant, ayant subi l'amputation de la cuisse, a imaginé, d'abord pour lui et ensuite pour le public, un membre artificiel d'une rare perfection, qui permet à l'amputé non-seulement de marcher, mais encore d'exécuter presque tous les mouvements utiles du membre naturel.

La légèreté de l'appareil est telle, qu'il ne pèse que trois livres et demie lorsqu'il se compose de la cuisse et de la jambe, et de deux livres seulement quand il ne se compose que de cette dernière partie. Il a tout à fait la forme du membre. L'élégance de cet appareil égale sa légèreté. Il me serait difficile de vous donner une idée de son mécanisme sans entrer dans de très longs détails et sans risquer d'être obscur. Une gravure que j'espère publier plus tard vous fera connaître ce mécanisme.

Tels sont, mon cher maître et ami, les détails que j'avais à vous donner sur la partie chirurgicale de l'exposition. Il vous sera facile, d'après ces détails, de reconnaître que, sauf un petit nombre d'instruments ou d'appareils particuliers, c'est encore à Paris qu'il faut venir pour trouver l'élégance de la forme et la perfection du fond.

Peut-être y aurait-il lieu de rechercher s'il n'y a pas un certain rapport entre la supériorité des fabricants et l'habileté des chirurgiens qui les inspirent; mais si j'entrais dans l'examen de cette question, je pourrais arriver à des conséquences fâcheuses pour votre modestie et surtout pour celle de vos collègues; et j'aime mieux vous éviter ce nouveau désagrément et vous remercier ici de la constance que vous aurez peut-être eue de me lire. H. DE CASTELNAU.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du chancre et de son évolution.

Il semblerait que, depuis le temps que l'on fait des leçons et des livres sur la syphilis, il ne devrait rester que bien peu de choses à apprendre; et que, sur les points fondamentaux au moins, on devrait être d'accord. Il est loin d'en être ainsi, et pour n'en prendre qu'un seul exemple, nous parlerons d'une question qui reste encore en litige et non résolue entre deux écoles rivales: nous voulons dire l'*incubation du chancre*.

Cette question, M. Vidal l'étudiait hier à la conférence qu'il fait chaque mercredi devant les élèves, et dans laquelle il passe en revue les principaux points, les difficultés de la science syphilitique. Peut-être, nous commençons par le dire, ne partageons-nous pas complétement toutes les idées de notre savant confrère sur ce point comme sur quelques autres; mais ce ne nous paraît pas être une raison pour supprimer son opinion et son argumentation. Toute idée sincère et appuyée sur des faits a droit de se produire au grand jour, à la condition par elle de se soumettre à la discussion sérieuse si elle trouve des contradicteurs.

Avec nombre d'auteurs, M. Vidal admet l'incubation du virus syphilitique, l'incubation du chancre, que combat avec énergie le chef d'une école moderne. Dans le cas, dit-il, où, pendant le coït ou autrement, le virus syphilitique est déposé sur une surface susceptible d'absorption, une muqueuse ou même la peau, sans solution de continuité de cette surface, il y a une période où rien, absolument rien, ne paraît sur la partie qui doit bientôt devenir le siége de l'ulcère, de l'éruption. Il y a là un travail silencieux de la part de l'organe et de la part de l'économie, que l'on peut appeler *incubation*; dans le cas, au contraire, où le virus est mis en contact avec une surface entamée par une inoculation artificielle, par exemple, le travail morbide commence visiblement à partir du moment de l'opération.

Les faits sont nombreux, dit M. Vidal, à l'aide desquels on peut prouver cette incubation, et il en a rapporté plusieurs à ses auditeurs. M. Baumès, qui a longtemps été chargé à Lyon de fonctions qui le mettaient à même de suivre de très près des femmes reconnues malades, et des hommes qui avaient été exposés à l'infection, a signalé entre autres le suivant.

Une prostituée de Lyon, connue par des particularités qui lui avaient donné une sorte de célébrité, est vue un jour par un homme qui le lendemain confie le secret de son escapade à l'un de ses amis. Ce dernier, devenu malade quelques jours auparavant à la suite de coït avec la même femme, lui fait concevoir de graves inquiétudes sur les suites de son aventure. Inquiet, il vient trouver M. Baumès, qui examine les parties génitales avec attention, et ne trouve aucune trace apparente d'infection locale. Trois jours se passent sans que l'inspection la plus minutieuse amène le moindre résultat. Le quatrième jour seulement un chancre apparaît. Comment expliquer ceci sans admettre une période d'incubation du virus?

Des faits analogues à celui-ci, qu'il a été à même d'observer lui-même, M. Vidal conclut, lui aussi, à l'existence de l'incubation, qu'il définit: Le temps qui s'écoule entre l'application du virus sur des surfaces saines, et la première apparition du chancre ou de la pustule chancreuse. On a

son cinquième volume, il a dû, pour ne pas passer sous silence les accidents constitutionnels, faire un chapitre spécial sur la syphilis. Laissant, si l'on veut, la blennorrhagie aux maladies de l'urètre, il fallait mettre le chancre comme premier article du chapitre syphilis; en effet, sans le chancre, pas de vérole constitutionnelle, et l'accident primitif ne pouvait être séparé des accidents secondaires dont il est toujours la préface obligée. Ce qui caractérise le chancre, ce n'est ni son siége, ni sa forme, ni sa grandeur, etc.; c'est son pus inoculable, son virus, et c'est pour cela que l'auteur aurait dû changer la place de son histoire. Cette objection nous paraît tellement fondée que nous ne doutons pas que, dans sa troisième édition, aux honneurs de laquelle nous ne lui donnons pas deux ans pour arriver, M. Valleix ne répare ce que nous ne craignons pas d'appeler une disposition irrationnelle.

Et il est si vrai que nous avons ici complétement raison, que, dans les variétés du chancre, M. Valleix a dû décrire le chancre induré, première manifestation de la syphilis constitutionnelle, inséparable par conséquent des autres accidents de la syphilis constitutionnelle.

Le quatrième volume renferme les maladies des femmes, les maladies du système nerveux, tant maladies organiques que névroses; parmi ces dernières, nous avons remarqué un article sur le mal de mer, trop peu étudié jusqu'à ce jour par les pathologistes, et dans lequel, à notre avis, l'auteur a donné une trop large place aux théories de M. Semanas, qui en fait une maladie miasmatique; un autre sur la migraine, et enfin un article fort complet sur l'angine de poitrine.

Le cinquième volume comprend les maladies du tissu cellulaire et de l'appareil locomoteur, dans lesquelles l'auteur a fait rentrer le rachitisme et l'ostéomalacie; les maladies des organes des sens, affections de l'appareil auditif et dermopathies. Parmi ces dernières, et sous le nom de maladies cutanées fébriles, nous rencontrons la rougeole, la scarlatine, la variole, maladies générales desquelles il se sert comme d'une transition pour arriver aux fièvres, où nous trouvons la fièvre éphémère, la fièvre continue, la fièvre puerpérale, le typhus, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, la peste, la suette miliaire, et enfin les fièvres intermittentes simples et pernicieuses.

Les deux derniers livres sont consacrés aux maladies transmises des animaux à l'homme, morve, farcin et rage, et les intoxications ou empoisonnements, coliques métalliques, accidents nerveux produits par le plomb, le cuivre, le zinc, l'ergotisme, etc.

L'ouvrage se termine par une table alphabétique générale des matières contenues dans les cinq volumes.

M. Valleix nous pardonnera les légères objections que nous lui avons adressées à propos de quelques-uns des points de sa classification. Elles nous ont paru fondées et nous ne devions pas les passer sous silence. Si nous y avons insisté un peu longuement, c'est que, nous le répétons, c'est après tout presque le seul côté de son ouvrage qui prête à la critique. Le plus bel éloge que l'on puisse faire de son *Guide du médecin praticien* n'est-ce pas de constater l'immense succès qui lui ont fait et que lui font journellement les élèves, si bons juges quand il s'agit de leur instruction?

Dr A. FOUCART.

Concours pour la chaire de pathologie interne. — Les argumentations, que nous avions annoncées pour le 9, ne commenceront que lundi, 16 courant.

voulu, ajoute M. Vidal, tirer de l'inoculation directe des objections contre l'existence de la période d'incubation. Ces objections, il les regarde comme sans valeur, et voici pourquoi. L'expérimentation procède par voie de solution de continuité. Les faits d'application du virus sur des surfaces saines sont la seule véritable expérimentation physiologique, et c'est d'eux seuls que l'on doit conclure pour l'admission ou la non-admission de la période dont l'existence est mise en doute.

Une autre question qui touche essentiellement aussi à la pratique est celle-ci : Le chancre est-il localisé à une certaine époque de son existence? Les effets que produit le chancre peuvent-ils se localiser et quelle est la sphère de leur localisation? Ici encore l'expérimentation est venue répondre. On a dit : Si, avant le cinquième ou le sixième jour, vous cautérisez la pustule, le chancre, vous détruisez sa spécificité et vous n'avez à redouter aucune suite fâcheuse, aucune infection constitutionnelle. A cette assertion, M. Vidal répond : Il aurait fallu pousser plus loin l'expérimentation ; le malade est sorti guéri de l'hôpital, c'est vrai Sa plaie s'est cicatrisée promptement, comme une plaie simple; mais il aurait fallu suivre pendant longtemps le malade, le revoir pendant plusieurs mois et s'assurer qu'aucun accident constitutionnel ne paraîtra chez lui. C'est ce que l'on n'a pas fait, et l'on est d'antant plus en droit d'en douter que l'on a vu survenir des accidents constitutionnels après des chancres volants.

Un homme fort instruit et consciencieux, qui sans idées préconçues a écrit un livre sur la syphilis, M. Reynaud, de Toulon, a rapporté l'histoire d'un médecin qui, après un coït suspect, vit naître sur lui-même deux pustules chancreuses, qu'il s'empressa de détruire, d'étouffer à leur berceau au moyen des caustiques. En quelques jours, les deux plaies, ramenées à l'état de plaies simples, furent complétement cicatrisées. Pendant un temps assez long, notre confrère n'eut plus de rapport avec aucune femme; il était dans la tranquillité la plus absolue, lorsqu'un jour il vit apparaître, à son grand étonnement, des accidents constitutionnels. Des faits de ce genre, car celui-là n'est pas unique et nous l'avons cité en raison de son origine qui ne permet pas le moindre doute, il résulte encore que l'on n'a pas détruit les effets du virus parce que l'on a détruit un de ses effets locaux. M. Vidal ne pense pas que le chancre puisse être considéré comme un accident tout à fait local; il ne pense pas non plus que l'on puisse limiter le temps de son action.

A son avis, le virus syphilitique passe dans la circulation avec la plus grande rapidité; les effets qu'il produit sont tout à la fois locaux et généraux. Quelle est la sphère d'action du chancre? Où s'arrête le virus? Question encore dont la réponse est des plus difficiles. A une époque où M. Vidal n'avait pas encore des idées très arrêtées sur ce point, où il cherchait par des faits à se faire une conviction, il lui est arrivé d'enlever avec un chancre et autour de lui une surface assez étendue, une quantité de tissu de plusieurs centimètres de diamètre et de réunir les lèvres de la plaie au moyen de la suture. Au moment de l'opération, les tissus entamés par l'instrument paraissaient parfaitement sains, leur coloration, leur consistance étaient normales. La plaie se réunissait primitivement; puis, au bout de quelques jours, les bords devenaient rouges, se tuméfiaient, la plaie se rouvrait, et un énorme chancre était la suite de l'opération. La sphère d'action du chancre s'étend donc assez loin; jusqu'où? Nous ne savons; mais c'en est assez pour nous empêcher de croire que l'on puisse guérir un chancre et mettre l'individu qui le portait à l'abri de toute infection constitutionnelle par cela qu'on l'a enlevé avec une grande partie des tissus qui l'environnaient.

Traitement des morsures des animaux enragés.

La rage est une si terrible affection, contre laquelle toutes les ressources de la thérapeutique ont si constamment échoué jusqu'à présent qu'il ne paraîtra pas déplacé de faire entrer dans notre *Revue clinique hebdomadaire* l'exposé sommaire des résultats auxquels est arrivé, il y a quelques mois, un de nos confrères du département du Gard, le docteur Chabanon (d'Uzès), lors d'un terrible événement qui faillit coûter la vie à vingt-trois personnes de l'arrondissement qu'il habite. M. Chabanon vient de publier sous forme de mémoire la relation des observations intéressantes qu'il a été à même de faire à cette époque. Le compte-rendu de ces observations nous semble fournir un article clinique intéressant à plus d'un titre.

Voici d'abord les faits.

Dans la nuit du 11 au 12 juillet 1850, une louve enragée parcourt huit villages de l'arrondissement d'Uzès, mord 23 personnes et nombre d'animaux domestiques.

Des 23 blessés, dix-sept ont été mordus à nu, six à travers des vêtements plus ou moins épais, sur lesquels le virus a été déposé en plus ou moins grande quantité et même en totalité.

Par rapport au siége de leurs blessures, les malades peuvent être classés de la manière suivante : douze ont été blessés aux membres inférieurs; cinq au visage ou à la tête; trois au bras; un au cou; un à la poitrine; un à l'épaule. Il est résulté de ces diverses blessures 108 plaies produites par quarante morsures faites successivement dans l'espace de sept heures et demie. De ceux qui ont été blessés aux membres inférieurs, aucun n'est mort; sur trois, aux membres supérieurs, deux ont succombé; sur cinq, à la tête, trois sont devenus enragés et sont morts; un, au cou, est mort; les deux mordus à la poitrine et à l'épaule ont guéri. Nous mentionnons ces chiffres sans y attacher d'autre importance, et nous passons sur-le-champ à l'examen du traitement dont l'auteur a fait usage, et auquel il rapporte les succès qu'il a obtenus.

Des 23 blessés, sept se sont confiés à d'autres médecins; M. Chabanon en a traité seize, et n'en a perdu qu'un seul, qui, dit-il, se trouvait dans des conditions telles qu'il fut impossible d'employer la méthode dont on fit usage chez les autres. Fait dans cette section du journal, on conçoit qu'un compte-rendu ne doive pas être compris au même point de vue que s'il s'agissait d'une analyse ordinaire; ici, le côté pratique doit dominer. Nous envisageons le travail de M. Chabanon au point de vue clinique; et, en effet, quelle clinique a jamais été assez riche pour présenter seize malades atteints de rage à l'observation d'un médecin?

Les succès obtenus ici par M. Chabanon doivent être rapportés, dit-il, à son traitement préservatif de l'hydrophobie. Quel est, selon lui, le traitement de la morsure d'un animal enragé? Il se compose d'un ensemble de moyens dont le but unique est de détruire ou de détacher le virus introduit dans la plaie. Le moyen le plus propre à remplir cette indication, c'est la cautérisation, qui est au traitement de la rage ce qu'est le mercure à la syphilis, le quinquina aux fièvres intermittentes, etc. Comme le mercure, la cautérisation doit être réglée dans son application; le succès ou l'insuccès est la conséquence de son intelligent emploi. La cautérisation ne sera pas sûrement obtenue si le moyen mis en usage manque de cette puissante action qui détruit le virus dans la partie et avec la partie, afin de rendre inerte l'un et l'autre, et de frapper ainsi d'impuissance tout moyen d'absorption. Le praticien intelligent devra s'armer du caustique le plus certain et proportionner son action à l'étendue ou à la profondeur des blessures, à la plus ou moins grande quantité de tissus désorganisés, à leur siége sur des organes nobles ou des vaisseaux importants.

Au feu, cautère le plus puissant et le plus ancien, mais dont l'application n'est pas toujours possible ou facile; au chlorure d'antimoine, qui se décompose avec la plus grande rapidité, M. Chabanon préfère l'acide sulfurique concentré (acide sulfurique anhydre liquide). Ce caustique, considéré sous ses rapports chimiques avec l'humidité, n'est pas susceptible de manquer ses effets par l'influence de cet agent. Il ne perd pas non plus ses vertus en se trouvant en contact avec l'humidité naturelle des plaies; en cela, il est préférable au chlorure d'antimoine; ce caustique agit très vite, se combine très rapidement avec les tissus, est très avide d'eau, et détermine la formation de ce liquide aux dépens de l'oxygène et de l'hydrogène des matières animales, en mettant à nu le carbonne. De là l'eschare noire qui succède à son application.

Une fois la rage déclarée, tout le monde est d'accord sur ce point qu'il est impossible de la guérir, au moins dans l'état actuel de la science. Tout le soin du médecin doit donc tendre à prévenir la maladie. Il est certain, d'après cela, qu'un sujet étant mordu par un animal enragé, si on le cautérise et que la rage ne se déclare pas, il sera toujours impossible de dire si les choses se sont ainsi passées parce que le traitement a été efficace, ou simplement parce que le sujet ne devait pas devenir hydrophobe Mais qu'importe, si sur un nombre donné de blessés on parvient à élever la moyenne du chiffre de ceux qui ne sont pas pris d'accidents?

La théorie de M. Chabanon est celle-ci : « Un sujet mordu étant donné, si le virus rabique est emprisonné par une eschare qui l'enveloppe entièrement, sa pénétration dans l'économie devient impossible, et tout danger est conjuré. Le traitement de la rage n'est plus alors problématique; il reçoit par l'expérience un degré de certitude, que l'observation de chaque jour consacrera de plus en plus. »

Une fois l'eschare produite, des pansements rationnels et méthodiques en favorisent l'élimination, suivie bientôt de la cicatrisation de la plaie; car M. Chabanon condamne, et avec raison, la méthode ancienne, qui consistait à faire suppurer longtemps la plaie pour débarrasser l'économie des *humeurs peccantes*.

Les remèdes généraux peuvent être employés quelquefois utilement par le médecin quand il s'agit de désordres accessoires survenus après la morsure; mais il ne faut compter sur eux ni pour prévenir, ni pour guérir la rage.

Enfin se présente la question du régime. Faut-il, comme le conseillait M. Dupuy, recourir à une alimentation exclusivement végétale? L'introduction ou la pénétration d'un virus dans l'économie ne peut être modifiée. Le virus possède toujours la même activité. Il peut trouver des organisations plus ou moins disposées à en subir les atteintes; mais ses ravages n'en sont pas moins dangereux.

Il est évident qu'il sera de la plus haute importance de rassurer le moral des malades; nous ne sommes pas de ceux qui pensent, avec un médecin de Senlis, dont les journaux de médecine ont souvent publié les travaux, que la rage ne soit que le produit de l'imagination et de la frayeur. Les faits, la logique prouvent que l'opinion à laquelle nous faisons allusion ne repose sur aucune base solide, même en apparence. Mais nous ne nions pas que dans certaines maladies, principalement dans les affections miasmatiques, infectieuses ou virulentes, l'état du moral constitue une prédisposition dont il faut tenir compte.

Une question pratique de la plus haute valeur, sans l'étude de laquelle tout ce que nous venons de dire resterait à peu près inutile, est celle-ci que M. Chabanon n'a pas négligée et qu'il ne pouvait pas omettre :

« La bave virulente d'un animal enragé, lorsqu'elle est introduite dans la morsure, est-elle absorbée et portée dans le torrent de la circulation? A quelle époque le virus rabique peut-il être efficacement attaqué dans les plaies pour empêcher son absorption et conséquemment sa pénétration dans l'économie?»

Tout le monde, à très peu d'exceptions près, admet maintenant l'absorption du virus rabique et sa pénétration dans le torrent circulatoire. Mais, entre le moment de la morsure et l'époque du développement des accidents, un temps extrêmement variable peut s'écouler. C'est la période d'*incubation*. Pendant le cours de cette période, le virus est-il déjà porté dans l'organisme entier ou, comme le prétend l'auteur du mémoire que nous examinons, séjourne-t-il dans la plaie ou même dans la cicatrice?

Si l'on admet que le virus soit absorbé sur-le-champ, il est bien difficile d'expliquer sa *latence* pendant plusieurs semaines, ce qui ne veut pas dire cependant que les choses ne se passent pas ainsi. Combien y a-t-il encore de faits en médecine dont l'explication nous échappe? Sous ce point de vue, la théorie de M. Chabanon est plus séduisante et rendrait mieux compte des faits observés. Suivant lui, l'absorption du virus rabique ne s'opère pas avec une telle rapidité qu'il ne soit plus possible de l'atteindre quelques instants, quelques heures, quelques jours même après son introduction dans la plaie. L'opinion vulgaire, dit-il, est donc complétement dans l'erreur lorsqu'elle considère comme incurable tout individu mordu par un animal enragé s'il ne reçoit sur-le-champ les secours d'un homme de l'art. L'observation a démontré par des faits nombreux et multipliés qu'il existe un temps variable pendant lequel le virus reste dans les tissus sans produire aucune irritation locale, sans se révéler par aucun indice, et que ce n'est qu'après avoir passé les limites de la plaie que les symptômes généraux se manifestent, que le virus, par une disposition inconnue et inexplicable, exerce ses ravages généraux sur le système nerveux cérébro-spinal et détermine les terribles accidents de l'hydrophobie. D'où M. Chabanon conclut, avec quelque raison, que l'opportunité de l'attaquer dans la plaie avec quelque apparence de succès n'a de terme que lorsque les premiers symptômes de la rage se manifestent.

Nous n'avons pas par nous-même assez de cas de rage pour faire de sérieuses objections aux doctrines de M. Chabanon. Nous avouons qu'elles nous paraissent des plus séduisantes; les faits paraissent les confirmer, puisque sur vingt-trois individus mordus dans le cas actuel, six ont succombé; de ces six un appartient aux seize malades qu'a vus M. Chabanon; enfin que ce seul mort est aussi le seul sujet qui n'ait pu être cautérisé suivant la méthode de M. Chabanon.

Nous recommandons cet important travail à tous les médecins des campagnes et des villes de province, auxquels il fournira d'utiles indications. Dr A. Foucart.

Erratum — Une erreur typographique grave s'est glissée dans notre dernière *Revue clinique*. A la première ligne de l'article sur le traitement de la fistule lacrymale par le feu, on doit remplacer le mot *fissure* lacrymale chronique, qui n'a pas de sens, par le mot *tumeur*.

Dans le cours du même article, remplacer le mot *bléphantis* par celui-ci : *blépharite*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juin 1851. — Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Épanchement de sang derrière l'utérus.

M. Denonvilliers. Je regrette de n'avoir pu assister aux deux dernières séances; j'aurais apporté à la discussion des tumeurs sanguines postéro-utérines deux nouveaux faits que j'ai eu l'occasion d'observer. Voici le premier :

Une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital le 8 mars, dans le service de M. Marotte.

Dans les premiers jours de février, elle venait d'avoir ses règles d'une manière régulière, quand elle ressentit des coliques hypogastriques vives, intermittentes, assez pénibles pour l'obliger à se coucher, et s'accompagnant de constipation. Ces phénomènes persistent tout le mois.

Le 5 mars suivant ses menstrues, en retard de huit jours, paraissent et ne durent que deux jours, au lieu de six, durée ordinaire. En même temps les coliques hypogastriques et la constipation persistent; de plus, une rétention d'urine se manifeste. La malade, effrayée de ce nouvel accident, entre à l'hôpital trois ou quatre jours après.

Le 30 mars, les règles reparaissent trois jours d'avance, coulent peu et ne durent que deux jours. Cette dernière époque est le point de départ des symptômes d'une péritonite. De plus, la tumeur abdominale que l'on avait constatée par l'hypogastre et par le vagin lors de l'entrée de la malade dans le service augmente notablement dans l'espace de quatre jours, de telle manière qu'elle s'élève davantage au-desus des pubis, et qu'elle descend plus bas dans le vagin.

Les accidents de péritonite persistent jusqu'au 11 avril, époque où la malade rend par le rectum, et après de vives coliques, environ 500 grammes de sang noir en grande partie coagulé et ressemblant à de la gelée de groseilles. Les jours suivants, de nouvelles quantités de sang sont rendues par la même voie; la diarrhée est presque continuelle. La tumeur de l'hypogastre semble s'affaisser; celle du vagin reste, au contraire, tendue.

Vers le 10 mai, un écoulement mêlé de sang et de pus se fait par le vagin.

Appelé le 15 près de la malade, je trouvai à la partie supérieure du vagin une petite ouverture que j'agrandis largement, en faisant communiquer la poche rectale avec la poche vaginale; mais il se déclara une infection purulente et la mort eut lieu le 25.

A la dissection; la tumeur m'a paru située dans le péritoine, dans le cul-de-sac utéro-rectal, d'où elle remontait jusqu'aux ligaments larges qui faisaient partie de la poche. L'épanchement était limité en haut par la masse intestinale adhérente.

Les ovaires, assez volumineux, correspondaient par une de leur face à l'intérieur du foyer, et tous deux offraient sur cette face plusieurs lacunes ouvertes dans le kyste sanguin, comme si l'épanchement avait eu sa source dans des ruptures partielles des ovaires.

Rien à noter dans les trompes, qui étaient plutôt rétrécies que dilatées.

Chez la seconde malade, l'affection s'annonça également par un dérangement dans la menstruation, dérangement qui avait cependant été précédé par des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui duraient depuis plusieurs semaines, disparurent à l'époque suivante. Mais les règles sont devenues irrégulières et se sont bientôt transformées en de véritables pertes en même temps que le ventre se tuméfiait. Cette femme entre épuisée à l'hôpital Sainte-Marguerite. A l'hôpital, l'abondance de l'écoulement sanguin diminue, mais il reste permanent. La tumeur était bilobée comme la précédente. Le col utérin était un peu dévié en avant; derrière le col, je trouvai une tumeur arrondie, du diamètre d'une pièce de cinq francs; elle

était le siége d'une fluctuation réelle, quoique obscure. Le doigt, placé dans le vagin, en pressant sur cette tumeur, s'y était formé un godet comme sur une partie œdémateuse. Cinq ou six jours plus tard, le col était tellement repoussé en avant qu'il était difficite de l'atteindre. La tumeur hypogastrique et la tumeur vaginale avaient augmenté toutes deux.

Le vagin offrait, au lieu de cette coloration violacée que M. Nélaton a signalée, une teinte grise et presque de la pâleur. Je plongeai d'abord dans la tumeur vaginale un trocart court et de gros calibre. Il ne sortit rien dans le moment; puis, au bout de dix minutes, des pressions exercées sur la tumeur abdominale expulsèrent par la canule du sang coagulé assez semblable à du résiné. Du reste, avant l'issue de ce coagulum, je ne redoutai nullement une erreur de diagnostic. La facilité avec laquelle je faisais décrire des arcs de cercle à l'extrémité profonde de la canule montrait évidemment qu'elle avait pénétré dans une cavité. Je me décidai à agrandir l'ouverture de la ponction à l'aide du bistouri boutonné; et la difficulté que j'éprouvai à introduire cet instrument me fit regretter de n'avoir pas employé un trocart cannelé. J'injectai de l'eau tiède, qui ressortit à peine colorée. Le lendemain, la malade avait perdu un peu de sang. Voyant que je ne réussissais pas à expulser le coagulum, je pris le parti de l'extraire. N'ayant pas sous la main d'instrument approprié, je me servis d'une cuiller à café emmanchée. Mais comme elle ne ramenait à chaque fois que son contenu, je divisai la masse du caillot avec une spatule arrondie à son extrémité; puis des injections furent faites. Ce moyen fut moins insuffisant que les autres; mais il est encore bien resté un sixième de l'épanchement dans la poche, et il faudra chercher un procédé plus efficace.

M. Monod, sur l'invitation de M. le président, donne les détails suivants sur le cas qu'il n'avait fait qu'indiquer sommairement dans une précédente séance :

La malade était entrée à la Maison nationale de santé avec les symptômes qui accompagnent ordinairement les déplacements de matrice. Au toucher, je constatai une tumeur entre le rectum et l'utérus, et j'annonçai une rétroflexion. Cependant l'intensité des douleurs abdominales me laissait des doutes. Le lendemain, la tumeur avait augmenté, et, après un examen plus approfondi, je me prononçai définitivement pour un épanchement de sang. Il y eut une rétention d'urine, des symptômes d'ictère et d'infection générale. Une fluctuation obscure se manifesta derrière le col; je fis une ponction, qui donna issue à du sang brunâtre. L'évacuation du foyer restait incomplète; je pratiquai une nouvelle ponction à côté de la première et deux jours après. Quinze jours après son entrée, la malade succombe à une péritonite compliquée d'infection purulente.

Il répète en terminant que, selon lui, l'épanchement sanguin siégeait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Huguier. Les faits de M. Denonvilliers confirment la distinction que j'avais établie entre les tumeurs sanguines péri-utérines; ils démontrent que ces épanchements se font tantôt dans le péritoine, tantôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. Lenoir. Les deux observations, et surtout la pièce anatomique présentée par M. Denonvilliers, ont à mes yeux une grande importance, parce qu'elles tendent à éclaircir deux points encore obscurs de l'histoire des tumeurs sanguines péri-utérines.

Le premier de ces points est relatif au siége précis de l'épanchement sanguin : or, dans la pièce qui est soumise à votre examen, cet épanchement a bien évidemment lieu dans le cul-de-sac recto-vaginal formé par le péritoine, et c'est bien dans la cavité péritonéale, transformée en une poche circonscrite par des adhérences pseudo-membraneuses, que le sang épanché est contenu.

Le second point est relatif à l'étiologie de la maladie. Dans les deux observations, il est fait mention que les accidents se sont développés immédiatement après l'époque menstruelle, et dans la pièce anatomique on peut constater à la surface de l'un des ovaires deux petits kystes sanguins ouverts à la surface de ces organes. Cette coexistence n'éclaire-t-elle pas l'étiologie de ces épanchements de sang? Ne sait-on pas, en effet, qu'à chaque époque menstruelle il y a rupture d'une des vésicules ovariques, à la suite de laquelle l'œuf contenu dans cette vésicule tombe dans la trompe ou dans la cavité péritonéale? Or cette rupture est toujours accompagnée et suivie d'un écoulement de sang ordinairement peu considérable, mais qui quelquefois est assez abondant pour former à la surface des ovaires des tumeurs du volume d'une noix, comme j'en ai déjà vu deux exemples chez des femmes mortes pendant l'époque menstruelle. Maintenant ne peut-il pas se faire que le sang fourni par la rupture de la vésicule ovarique, au lieu d'être en petite quantité et de séjourner à la surface de l'ovaire, soit épanché de manière à représenter une hémorrhagie légère, qu'il tombe dans la cavité péritonéale et s'accumule dans le cul-de-sac recto-vaginal? C'est l'idée que me suggère la coexistence mentionnée plus haut et que je soumets à votre appréciation.

Tumeurs vasculaires.

M. Chassaignac rend compte à la Société des trois malades qui ont été présentés à la séance précédente et au commencement de la séance d'aujourd'hui.

Obs. I. — *Tumeurs variqueuses considérables de la jambe et de la cuisse avec phénomènes alternes de fluctuation et bruit de souffle.*

Le sujet de cette observation est un homme de 51 ans, entré le 15 mai à l'hôpital Saint-Antoine pour un petit ulcère variqueux de la jambe. Il présente à la partie interne de la cuisse droite une énorme tumeur variqueuse exclusivement formée d'un peloton assez régulièrement arrondi de veines flexueuses. A la partie interne de la jambe droite et à la hauteur du mollet existe une tumeur semblable à la première sous le rapport du volume, de la forme et de la composition. Ces tumeurs communiquent visiblement entre elles au moyen de la veine saphène interne très dilatée. Cette circonstance a donné l'idée d'explorer les deux tumeurs sous le rapport de la fluctuation qui pourrait être renvoyée de la première à la seconde *et vice versa*. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est que la fluctuation n'est pas réciproque d'une tumeur à l'autre dans le même moment et avec une même attitude du membre. Le malade est-il couché; si l'on applique une main sur l'une des deux tumeurs et l'autre sur la seconde, la pression alternative des deux tumeurs donne le choc de la fluctuation à un degré très prononcé dans la tumeur du mollet; il est nul dans celle de la cuisse. La *fluctuation descendante* existe seule. Le malade est-il debout, résultat diamétralement opposé. Choc de fluctuation très prononcé à la tumeur de la cuisse, nul à celle de la jambe. Fluctuation *ascendante*.

Autre remarque : chaque fois que dans l'attitude verticale du sujet on exerce une compression brusque sur la tumeur de la jambe, un bruit de souffle très distinct se manifeste à l'oreille appliquée sur la tumeur supérieure.

Chez ce malade, ainsi du reste que chez tous les sujets atteints de varices de la saphène interne, M. Chassaignac mentionne un renflement ampullaire qui lui paraît avoir un siége constant, et cela à la hauteur du pli du genou du côté interne, dans le point correspondant à la dépression qui existe à la partie déclive de la tubérosité interne du tibia. Cette ampoule, ou golfe de la saphène interne, offre dans le cas particulier ceci de remarquable, que le moindre choc du doigt sur l'ampoule se fait sentir aussitôt dans chacune des deux tumeurs, en quelque attitude que soit actuellement le malade, debout ou couché.

Obs. II. — *Tumeur érectile sous-cutanée de la main coïncidant avec une tache cuticulaire congénitale répondant au centre de la tumeur.*

Cette tumeur existe chez un jeune homme de seize ans, tourneur en cuivre, entré le 22 avril 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

A la naissance, tache cuticulaire de la grandeur d'une lentille au côté interne de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du cinquième doigt. Jusqu'à l'âge de dix ans, état absolument stationnaire; à partir de cette époque, progrès continu, mais assez lent; marche plus rapide dans les deux dernières années. Enfin tumeur érectile veineuse bien caractérisée, du volume d'une grosse noisette, devenant le siége d'élancements fréquemment répétés.

Ablation de la tumeur par l'instrument tranchant après quelques jours d'usage préventif de l'alcoolature d'aconit, et l'emploi du chloroforme au moment de l'opération. Au lieu de trouver une masse tout entière érectile, spongieuse, on voit qu'une portion de la tumeur est constituée par des flexuosités veineuses à parois bien distinctes; en outre, la peau est vascularisée par un réseau très dense de radicules veineuses offrant çà et là des renflements ampullaires. (M. Lebert a fait l'analyse anatomique de la tumeur.) L'opération n'a donné lieu qu'à une seule ligature d'artère. Trois épingles entortillées et le pansement par occlusion sont appliqués. La réunion par première intention a été obtenue. Au quinzième jour, une cicatrice de bonne nature, très résistante et ne présentant aucune trace suspecte, était formée. C'est dans cet état que le malade a été présenté à la Société de Chirurgie, qui l'avait examiné avant l'opération.

Le troisième malade, présenté par M. Chassaignac, offre un exemple de *tumeur érectile* veineuse arrivée à un degré d'envahissement extraordinaire, et qui la place d'emblée au-dessus des ressources de l'art.

En effet, toute la région temporo-maxillaire droite, une partie de l'oreille, une portion du maxillaire inférieur dont le tissu osseux a été détruit, la presque totalité de la langue, moins une petite portion siégeant près de la pointe du côté droit, l'amygdale droite, la voûte palatine, le plancher de la bouche, sont convertis en tissu veineux, bleuâtre, spongieux, cédant à la pression, d'une rénitence modérée, et ne donnant lieu à aucune douleur.

Quand on comprime la langue entre les doigts, on sent trois ou quatre petits corpuscules très durs, insensibles à la pression, et qui ne semblent autre chose que ces concrétions veineuses appelées phlébolithes.

Il existe en outre une varicocèle assez volumineuse à gauche. Du reste, point d'hémorrhoïdes; seulement, quelques varices aux membres inférieurs.

Interrogé sur l'époque d'apparition de ces diverses tumeurs qui, selon toute apparence, entretiennent des communications, du moins en ce qui concerne les tumeurs de la tête, le malade nous apprend :

Que la tumeur de la langue existe depuis sa naissance, du moins ses parents lui ont-ils dit avoir remarqué la coloration bleuâtre de la langue dès les premiers temps de sa naissance; et, de plus, il rapporte que, depuis qu'il se connaît, il a toujours eu la parole embarrassée.

La tumeur temporo-maxillaire est rapportée à l'avulsion d'une dent pratiquée à l'âge de seize ans.

C'est à la même époque qu'il fait remonter la varicocèle, à la suite d'un travail forcé.

Il semblerait que la tumeur, originairement linguale, a poussé des embranchements successifs vers tous les points que nous avons indiqués; seulement le mode, les dimensions et le siége anatomique précis des points inter-communiquants ne sont pas rigoureusement établis.

Cet homme a un de ses enfants qui présente, comme lui, de l'embarras dans la parole, causé par une tuméfaction avec coloration bleuâtre de la langue.

Chez le malade, la parole est difficile et empâtée; il lui arrive quelquefois de se mordre la langue, mais il n'a jamais eu d'hémorrhagie. Quand il se livre avec force à sa profession de mécanicien, toutes ces tumeurs se gonflent, et il survient une salivation assez abondante. Il éprouve souvent des douleurs comme névralgiques dans le côté droit de la tumeur. Aucun phénomène d'auscultation à noter.

Le développement considérable du tissu malade rendant toute opération impraticable, on se borne à lui faire tenir le plus longtemps possible, dans la bouche, de gros fragments de glace au moyen de la pince de Museux.

M. Lebert. La tumeur que M. Chassaignac m'a chargé d'examiner était formée par des veines volumineuses, sans communication entre elles dans sa partie sous-cutanée; dans la partie cutanée de la tumeur, il n'y avait pas non plus de communication entre les veines; mais ces vaisseaux offraient des dilatations partielles, qui sont, d'après mes recherches antérieures, une tendance à la communication qui aurait certainement amené plus tard une texture caverneuse.

Hydrocèle avec épanchement de matière plastique infiltrée de sérosité, avec un kyste du cordon.

M. Huguier. Une hydrocèle me paraissait présenter des caractères particuliers; j'incisai couche par couche jusqu'à la tunique vaginale inclusivement. Il sortit de la sérosité transparente. La tumeur ayant peu notablement diminué de volume, j'agrandis l'incision avec des ciseaux, et je fis sortir de la tunique vaginale une masse spongieuse, œdémateuse, qui était légèrement adhérente. Restait encore un kyste à la partie inférieure du cordon; je l'incisai également. Ce fait me semble surtout intéressant au point de vue de la masse spongieuse et infiltrée extraite de la tunique vaginale.

M. Michon. Je crois qu'en regardant de plus près ce fait, il perdra ce qu'il peut au premier abord offrir d'exceptionnel. Pour moi, il s'agissait tout simplement d'une hydrocèle multiloculaire dont les loges siégeaient dans une fausse membrane. J'ajouterai que ces cas ne sont pas rares, et qu'on en trouve des exemples dans les auteurs, et notamment dans Pott. Je demanderai si la tumeur la plus élevée n'était pas, au lieu du kyste du cordon, une de ces loges contenues dans la tunique vaginale.

M. Lenoir. La complication d'un kyste du cordon avec l'hydrocèle proprement dite est fréquente; la forme d'épanchement vaginal rencontré par M. Huguier n'est pas extrêmement rare, si l'épanchement est le résultat d'une récidive après l'injection. Mais ce cloisonnement de l'hydrocèle a quelquefois lieu d'emblée; le fait suivant m'empêcherait de l'oublier.

Un jour que A. Cooper assistait à la clinique de Dupuytren, une hydrocèle arrive à la salle d'opérations; le chirurgien de l'Hôtel-Dieu présente le trocart à son illustre confrère de Londres, qui le refuse par le même sentiment qui l'avait fait offrir. Dupuytren plonge l'instrument dans la tumeur, et il ne sort rien. Il annonce immédiatement qu'il s'agit d'une hydrocèle multiloculaire, et qu'en perforant successivement les cloisons, le liquide va s'écouler, et c'est ce qui eut lieu.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 69. — MARDI 17 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 69. — MARDI 17 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

L'Exposition universelle

SOUS LE RAPPORT DES SCIENCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Londres, le 11 juin 1851.

A Monsieur SAPPEY, *professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Mon cher Sappey,

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* gagneraient beaucoup à ce que vous fussiez l'auteur de cette lettre au lieu d'en être le destinataire. A vous plus qu'à tout autre il aurait appartenu de juger avec une intelligente compétence les efforts tentés par divers exposants pour vulgariser ou perfectionner cette science si belle de l'organisation, et néanmoins si peu séduisante et si peu fructueuse, que presque tout le monde la laisse dans l'oubli. Mais, puisque les rôles sont si mal distribués que c'est à moi de vous rendre compte de la partie anatomique de l'exposition, j'espère que les lecteurs de ce journal ne manqueront pas, pour cette fois encore, de cette inépuisable indulgence à laquelle ils m'ont depuis longtemps habitué. Quant aux auteurs dont j'aurai à apprécier les œuvres, je ferai en sorte que mes jugements leur rendent en bienveillance ce qu'ils ne sauraient leur donner en autorité.

Les produits anatomiques envoyés à la grande *exhibition* sont tous des produits artificiels, et vous comprenez de reste qu'il n'en pouvait guère être autrement. Mon intention n'est point de discuter l'utilité que présente l'étude de ces produits artificiels, de ces contrefaçons de la nature, si je puis ainsi dire, comparée à l'utilité qu'offre l'étude de la nature elle-même; c'est aujourd'hui une question jugée; l'utilité des produits artificiels est évidente, elle est reconnue par tout le monde, et cela suffit pour qu'on doive encourager les hommes qui s'efforcent de reproduire par l'art les infinis détails de l'organisation, et pour qu'on doive récompenser ceux dont les efforts auront été les plus intelligents.

A ce point de vue, comme à celui de la fabrication des instruments et appareils chirurgicaux (1), la France jouit d'une supériorité impossible à méconnaître, et la France est surtout représentée par M. Auzoux. Mais ce n'est pas sans d'assez pénibles recherches à travers l'immense labyrinthe de cristal que je suis parvenu à découvrir les deux spécimens les plus importants de M. Auzoux, et la raison de mes fatigues vaut bien la peine d'être connue.

(1) On m'a fait remarquer depuis mon retour à Paris que je n'avais rien dit dans ma première lettre sur le mérite relatif des instruments anglais et français sous le rapport des tranchants, et l'on m'a assuré que M. Roux ne se sert jamais que d'instruments tranchants anglais, tant il les trouve supérieurs aux autres. Mon silence sur ce point est bien facile à comprendre : pour porter un jugement motivé et conséquemment sérieux sur le mérite respectif des tranchants, il faudrait une longue série d'épreuves auxquelles je n'étais nullement en mesure de me livrer. Je dirai seulement que, dans la notice qu'il a publiée, M. Charrière propose ces épreuves aux fabricants anglais et que je ne sache pas que sa proposition ait été acceptée jusqu'à présent. Quant aux préférences de M. Roux, elles s'expliquent tout aussi naturellement que mon silence et n'ont pas plus de signification : M. Roux sait qu'il a beaucoup de droits à avoir des caprices, et il en use.

Vous n'ignorez pas tout ce que nos historiens fantaisistes nous ont raconté de la pruderie des Anglais et surtout des Anglaises. A les en croire, prononcer devant une lady les mots *gilet*, *pantalon*, serait crime de lèse-convenance; à peine les mots *gant* et *chapeau* pourraient-ils être tolérés.

En physiologiste expérimenté, vous n'avez sans doute pas adopté sans réserve les narrations de nos touristes, et vous avez dû penser que sous tout derme féminin, païen ou juif, catholique ou anglican, devaient se trouver un cœur, un cerveau et surtout un nerf grand sympathique qui ne perdent pas leurs droits.

M. Sallandrouze qui est commissaire général français à l'exposition de Londres, mais qui n'est pas obligé d'être physiologiste, ne s'est point fait ce raisonnement : il a accepté comme articles de foi et avec une bonhomie parfaite les facéties de nos peintres de mœurs, et il a cru naïvement que les regards de la pudique Albion, qui contemplaient sans trop d'indignation les formes libidineuses des Phrynés, des Apollons, des Bacchantes et des Bacchus dont la grande nef est pavoisée, s'offusqueraient à la vue de deux pauvres écorchés d'homme et de cheval. En conséquence, notre honnête commissaire a fait reléguer les deux écorchés en question dans le coin obscur d'une des galeries supérieures du palais, où j'aurais ma foi grandement risqué de ne pas les trouver si une foule de charmantes ladies ne s'était chargée de m'indiquer le chemin, tout en montrant à M. Sallandrouze que, pour n'être point autant peut-être que les Françaises friandes de fruit défendu, elles n'en sont pas moins de très légitimes filles d'Eve. Une fois le réduit des deux écorchés découvert, il n'a pas tardé à se partager, avec les bijoux de Lemonnier et les fleurs artificielles de Constantin, les faveurs des visiteurs et surtout des visiteuses, et à devenir l'un des points les plus fréquentés de l'exposition. Au moment où je suis allé moi-même pour la première fois voir les deux modèles d'homme et de cheval de M. Auzoux, un jeune anatomiste, dont je regrette de ne point connaître le nom, faisait une démonstration, et la foule était telle que quatre policemen étaient obligés de maintenir la circulation dans la galerie.

Il faut avouer que s'il y a des spectacles plus séduisants, il n'y en a guère de plus curieux et de plus intéressants. Voir un squelette de cheval (je dis de cheval, parce que même dans le coin obscur dont il s'agit, M. Sallandrouze n'a pas voulu qu'on fît des démonstrations sur l'homme, qui est seulement exposé), voir un squelette de cheval se revêtir pièce à pièce de tous ses organes et se transformer enfin en un coursier de proportions magnifiques, c'est assister à un des spectacles les plus attachants qu'on puisse imaginer. Que serait-ce donc si la démonstration pouvait être faite sur le modèle humain, qui ne compte pas moins de 130 pièces séparables représentant 1,700 objets différents, avec une admirable vérité de forme et de couleur? Arrivé à un telle degré de perfection, l'anatomie clastique devient vraiment un art de premier ordre, et l'on ne peut qu'applaudir à la faveur qu'elle a conquise. Ce n'est pas seulement à l'anatomie de l'homme et du cheval que M. Auzoux a borné son exposition; les poissons, les reptiles, les insectes, les mollusques mêmes sont reproduits avec la même fidélité, et cette anatomie de hauneton que vous avez tant admirée dans la remarquable monographie de Strauss, vous la retrouvez ici avec des proportions qui permettent d'en saisir avec une grande facilité les merveilleux détails.

L'Angleterre est la seule nation qui nous ait initiés aux efforts qu'elle a tentés pour propager ou perfectionner la belle invention de M. Auzoux, qui en est d'ailleurs le seul représentant français à l'exposition.

M. Georges Simpson a exposé un modèle d'homme de grandeur naturelle, mais qui ne se démonte qu'en un petit nombre de pièces; la forme et la couleur des organes sont assez bonnes, sans cependant égaler à beaucoup près la vérité des modèles de M. Auzoux.

M. J. Gordon, sculpteur à Bristol, a également exposé un modèle d'écorché en ivoire d'environ de deux pieds de hauteur, et qui se démonte en un certain nombre de pièces; je n'ai pu en savoir le nombre, ce modèle étant placé sous un globe de verre; mais ce nombre n'est probablement pas très considérable, si l'on en juge par la profession de l'auteur, qui a vraisemblablement exécuté cet écorché pour l'instruction des personnes qui cultivent son art. Quant aux qualités extérieures de ce modèle, c'est-à-dire la forme et la couleur, elles m'ont paru remarquables en ce qui concerne les muscles. La forme générale surtout est tout à fait une œuvre d'art. Mais les vaisseaux ne sont pas isolés, et ne se distinguent que par une légère saillie et une différence de coloration. En outre la matière première, qui donne un plus grand intérêt au travail de M. Gordon, considéré comme œuvre d'art, lui en enlève beaucoup au contraire sous le rapport de l'utilité pratique, ce modèle étant probablement d'un prix inaccessible à la plupart des personnes qui veulent se livrer à l'étude de l'anatomie ou de la sculpture.

Tels sont les deux seuls spécimens d'anatomie clastique produits par des pays étrangers.

L'anatomie modelée ordinaire a été un peu plus féconde. La France a été représentée dans cette spécialité par les successeurs de Bourgery et par MM. Carteaux et Chaillou.

Sous le nom de Bourgery, on a exposé deux sortes de modèles: les uns représentent des poissons, des fleurs et des fruits; les autres, divers exemples d'anatomie pathologique. Les modèles de la première catégorie sont d'une remarquable vérité comme forme et comme couleur, et pourraient parfaitement servir à des collections d'histoire naturelle. Ceux de la seconde catégorie sont moins parfaits, quoique très remarquables encore; ils peuvent être d'une utilité réelle pour les musées d'anatomie pathologique. Ces modèles sont en cire.

Ceux de MM. Carteaux et Chaillou sont, au contraire, en cuir repoussé, et représentent des fragments d'anatomie chirurgicale. On voit dans leur vitrine une région axillaire et une région cervico-faciale d'une remarquable exécution, et qui rappelle parfaitement les dispositions des divers organes renfermés dans ces régions.

L'Angleterre a aussi exposé quelques modèles d'anatomie chirurgicale en cire d'une exécution remarquable. Elles sont dues à M. Towne, qui les a exécutées d'après des dissections de M. John Hilton, professeur d'anatomie à l'hôpital Guy. Deux préparations représentant, l'une la région parotidienne et cervicale, l'autre les régions maxillaire et temporale, sont surtout remarquables. Le même préparateur a exposé une série de préparations représentant l'évolution de l'œuf de poule depuis le premier jour de l'incubation jusqu'à l'éclosion. Ces préparations sont d'une perfection remarquable.

Cependant celles de M. Dinsdale, qui représentent précisément la même évolution, sont peut-être d'une exécution plus parfaite encore. Vous savez que notre habile naturaliste M. Dupont a représenté, il y a 20 ans déjà, cette évolution de l'œuf

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Tout homme qui consent à formuler à haute voix son opinion, à exprimer en public sa pensée la plus intime comme la plus futile, doit se résigner d'avance à supporter les tortures les plus bizarres, les attaques les plus acerbes, les critiques les plus inexplicables. Le journal est une espèce de lit de Procuste où l'écrivain est sans cesse tiraillé par mille tyrans. Le plus redoutable de tous est sans contredit le public, ce monstre à mille têtes, dont on ne peut contenter à la fois tous les goûts et tous les appétits.

Le public médical surtout a la fibre d'une sensibilité extrême; un mot, que dis-je? une virgule, détournée de sa place, agace péniblement ses nerfs, lui donne des convulsions, que je ne crains pas d'appeler épileptiformes, et qui lui suscitent l'idée de répandre sur le papier les flots de son atrabile. Les choses se passent ainsi d'autant plus souvent, que la gent médicale recherche plus la gloriole, et échange volontiers la lancette contre la plume de l'écrivain.

La quantité de missives que reçoit chaque jour un journal est impossible à dire, et si l'administration des postes n'avait pas une pièce de cinq francs à la place du cœur, elle rendrait aux journaux le prix énorme des affranchissements, en reconnaissance du surcroît de recettes qu'ils lui procurent sur la correspondance manuscrite. Cette mesure serait d'autant plus juste, que les feuilles publiques en France ne reçoivent pas, comme chez nos voisins d'outre-Manche, les communications les plus intimes du cœur et de la famille. Il est bien quelques journaux qui réservent une place à la petite poste, mais ils ne s'en servent que pour leur usage particulier, et, s'il est cocasse parfois de lire cette correspondance intime et *logographique*, ils n'en sont point encore venus à mettre, à l'exemple des Anglais, des avis de cette nature : « M. le docteur X... est prévenu que sa malade, rue..., n°..., est accouchée d'une fort belle fille, et qu'on tient à sa disposition le placenta, afin qu'il l'examine; » ou cet autre, que je me rappelle également : « Mademoiselle X..., demeurant rue..., n°..., prie M. le docteur X..., qui lui a donné des soins pour de nombreuses maladies d'amour, de lui dire si elle peut sans crainte contracter mariage. » A laquelle demande le docteur répondit le lendemain par la même voie : « Mlle X..., demeurant rue..., n°..., à qui j'ai donné des soins pour de nombreuses maladies d'amour, peut sans crainte contracter mariage, si depuis ma dernière cure il ne lui ait pas survenu de nouveaux désagréments. » (*Textuel.*)

Les journaux français n'ont point encore atteint ce degré de la civilisation britannique, et si d'aucuns ouvrent leurs colonnes à des correspondances énigmatiques, c'est, je le répète, pour leur usage exclusif et particulier.

La *Gazette des Hôpitaux* n'a pas cru devoir entrer dans cette voie fallacieuse et surtout économique, et ne s'en trouve pas plus mal.

Ce n'est pas à dire pour cela que les lettres ne lui arrivent aussi nombreuses qu'à ses confrères, au contraire peut-être, et pour mon compte personnel je puis affirmer que la gent médicale est aussi prompte à la riposte que riche en imagination. Je possède déjà une magnifique collection d'autographes qui feront un jour, je l'espère, la fortune de mes enfants, la seule que je pourrai leur laisser, si le ciel m'en accorde, car ce sont là les plus clairs bénéfices du métier de journaliste.

Je réponds rarement *à cette place* aux lettres que l'on m'adresse, parce que j'estime que tout n'est pas bon à dire en public, et que les questions qui me sont souvent posées ne me présentent pas un intérêt assez général pour en entretenir mes lecteurs; ce qui ne m'empêche pas de répondre par une autre voie, car je n'oublie jamais ce mot si vrai de Voltaire : *Ce qui est une faute de politesse est une faute de français.*

Cependant, je ferai aujourd'hui une exception à la règle de conduite que je me suis tracée, et j'ouvrirai les colonnes de ce feuilleton à deux réclamations qui me semblent exiger dans l'intérêt commun une réponse publique.

La première m'est arrivée de Drulingen (Bas-Rhin) et est relative aux récompenses antiscientifiques que le maréchal Saldanha a accordées aux étudiants d'Oporto et contre lesquelles je m'étais élevé dans un de mes derniers feuilletons.

Voici dans son intégrité cette lettre, que je ferai suivre de quelques courtes réflexions :

Mon cher courrier,

Je vois avec une douleur profonde que votre dernier feuilleton cherche à enlever à la France l'honneur d'une invention et d'en attribuer la première idée à Saldanha, qui n'en est que le plagiaire. Serait-ce peut-être malice de votre part pour pouvoir flageller la mémoire de Louis-Philippe sur le dos de ce pauvre maréchal?

Peut-être aussi avez-vous le bonheur d'être assez jeune pour ignorer que c'est à ce roi, juste appréciateur de tous les mérites, que l'on doit l'invention des récompenses antiscientifiques à décerner aux héros politiques? Si vous aviez entendu les cris de : Vive le roi! poussés par les candidats malheureux du baccalauréat ès sciences, qui virent après 1830 disparaître pour quelques années le fantôme de ce diplôme tant redouté, vous pardonneriez certes aux étudiants d'Oporto l'expression de leur joie d'écoliers en vacances.

Recevez, etc. ....

Eloignons tout d'abord les considérations politiques; car, journaliste sans cautionnement, j'ai été élevé dans la crainte de Dieu et de la correctionnelle; ni directement ni indirectement, je n'ai voulu flageller personne, parce que cela ne m'était permis ni directement ni indirectement. J'ai blâmé chez Saldanha une mesure qui m'a paru contraire non-seulement aux intérêts de la science, mais en-

avec une perfection qui ne laissait rien à désirer; les préparations de M. Dinsdale ne sont pas moins parfaites que celles du naturaliste français.

Le préparateur de Londres a aussi exposé quelques échantillons d'anatomie humaine; mais ceux-ci laissent beaucoup à désirer.

L'Italie, cette terre si féconde en anatomistes célèbres, n'a envoyé à l'exposition qu'un seul spécimen d'anatomie; mais ce spécimen suffit pour maintenir l'Italie au rang où elle s'est placée depuis longtemps. M. le professeur Calamaï, de Florence, a exposé une série de préparations en cire, qui représentent, dans ses détails les plus délicats et avec une admirable perfection, toute l'anatomie de la torpille. Pour exécuter une telle série de préparations, il faut être, non-seulement un artiste habile, mais encore un anatomiste des plus distingués.

Les autres nations n'ont exposé aucun produit anatomique, et il ne me reste, pour terminer cette revue succincte, qu'à vous parler d'une des préparations qui m'ont le plus intéressé et le plus agréablement frappé; cette préparation ou plutôt cette série de préparations, unique dans son genre à l'exposition, a été exécutée par une Anglaise, ce qui pourrait vous surprendre au premier abord, mais ce qui vous paraîtra tout naturel quand je vous aurai dit qu'il s'agit seulement de l'anatomie des plantes.

Cette ingénieuse exposante s'appelle miss Emma King. Sa *vitrine* renferme plusieurs plantes absolument privées de leur parenchyme et réduites à leur trame fibreuse; ce sont à proprement parler des squelettes de plantes, mais des squelettes où les fibres les plus déliées sont tellement bien respectées que la plante conserve on ne peut plus fidèlement sa forme; les feuilles les plus délicates, plusieurs fruits et même quelques fleurs sont ainsi réduits à une trame aussi agréable par son port élégant et la ténuité extrême de son tissu que par sa blancheur. Ce mode de préparation ne peut sans doute s'appliquer qu'aux plantes fibreuses, mais même borné à cette application l'art que cultive miss King avec un talent remarquable n'en est pas moins un art charmant et utile à la fois.

Tels sont, mon cher ami, les seuls produits de l'exposition universelle qui puissent intéresser ceux qui à divers titres se livrent à l'étude de la science que vous cultivez avec tant de talent.

Vous voyez par les détails dans lesquels je viens d'entrer que j'étais autorisé à dire au début de cette lettre que dans cette spécialité la France avait encore une supériorité marquée, puisque dans une catégorie de préparations elle se montrait l'égale des nations voisines, tandis que dans l'autre catégorie, l'anatomie clastique, elle était évidemment et de beaucoup au premier rang. Vous avez déjà montré que vous étiez un de ceux qui devaient contribuer le plus à la maintenir dans ce rang honorable; l'école de Paris espère que vous ne faillirez point à votre mission. H. DE CASTELNAU.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Considérations sur l'hydrothorax et la pleurésie.

Nous nous proposons de traiter les hydrothorax et les pleurésies au point de vue des épanchements qui se font dans la poitrine; nous écarterons de notre sujet les épanchements traumatiques qui sont du domaine de la pathologie externe. Ce que nous dirons ne sera donc pas applicable aux épanchements sanguins que l'on voit arriver à la suite des plaies pénétrantes de poitrine.

Les épanchements que l'on rencontre dans la cavité thoracique sont de deux espèces :

1° Les uns formés par une sérosité plus ou moins limpide, remplissant la cavité d'une ou des deux plèvres, et ne contenant aucun principe plastique. Ce sont les épanchements thoraciques ou *hydrothorax* proprement dits;

2° Les autres sont constitués dans la cavité pleurale par une sérosité plus ou moins trouble; on y constate, de plus, soit nageant au milieu du liquide séreux, soit déposée sur les parois, de la lymphe plastique à différents degrés d'organisation, depuis l'état amorphe jusqu'à la fausse membrane parfaitement organisée. Ce sont les *pleurésies*.

A côté de ces deux grandes classes, nous placerons les épanchements qui, indépendamment de la sérosité contenant ou non de la matière plastique, sont liés à la dégénérescence, soit tuberculeuse, soit carcinomateuse, de la lame séreuse ou du tissu propre du poumon. Nous aurons donc à examiner successivement :

1° Epanchement indépendant de toute lésion ne contenant pas de matière plastique : *hydrothorax;*

2° Epanchement par phlogose des parois pleurales, contenant de la lymphe plus ou moins organisée : *pleurésie;*

3° Epanchement par dégénérescence *tuberculeuse;*

4° Epanchement par dégénérescence *carcinomateuse.*

Notre plan ainsi tracé, dirons un mot sur le mécanisme par lequel se forment les épanchements. A l'état physiologique, il n'y a pas de cavité pleurale; pendant la respiration, les deux feuillets pariétal et viscéral de la plèvre glissent l'un sur l'autre, et restent parfaitement appliqués, de manière à ne pas laisser de vide; la cavité qui pourra survenir plus tard n'existe donc qu'en puissance; mais, s'il pénètre entre les deux parois accolées une certaine quantité de liquide, quelle que soit son origine, immédiatement la cavité pleurale se forme par l'interposition de ce corps étranger entre les deux feuillets de la plèvre. Le liquide épanché agrandit la cavité à mesure qu'il augmente lui-même de volume; la cavité, à son tour, diminue aussitôt que l'épanchement commence à se résorber; de telle sorte qu'elle est toujours remplie, sans vide possible, à moins qu'il n'y ait production de gaz, phénomène dont nous nous entretiendrons ultérieurement.

Il résulte de ces considérations, qu'on a toujours la mesure de la compression du poumon par le volume de l'épanchement.

Tous les épanchements étant déterminés par un liquide déposé entre les deux feuillets de la plèvre sont soumis aux lois physiques; aussi les voit-on gagner le point le plus déclive de la poitrine relativement à la position du malade. Voilà pourquoi dans les cas ordinaires l'épanchement se montre à la base des poumons. Toutefois, des causes pathologiques peuvent s'opposer aux règles de la déclivité; telles sont les adhérences; mais elles font l'exception, et n'ont pas une longue durée. Nous en donnerons l'explication quand nous parlerons de la formation des fausses membranes.

Aussitôt qu'un épanchement a commencé à se produire, il constitue une couche plus ou moins épaisse entre les poumons et les parois thoraciques. Or, à l'état normal, la percussion détermine de la sonorité, bruit clair, particulier, dont la cause est la transmission des vibrations des parois aux molécules d'air occupant les cellules des poumons et communiquant avec les ramifications bronchiques.

Il est de toute évidence que, si une couche de liquide vient à s'interposer, les vibrations ne pourront plus se transmettre aussi facilement à l'air contenu dans les vésicules pulmonaires; de plus, l'épanchement, serré entre deux parois, dont l'une, la paroi thoracique, est résistante, se creuse une cavité aux dépens des cellules, qui se laissent facilement déprimer, et expulse l'air de ces cellules, de celles surtout qui supportent le plus immédiatement le liquide, c'est-à-dire des plus superficielles. Le son est donc modifié par deux causes; la présence d'une couche liquide qui empêche la transmission des vibrations et l'absence plus ou moins complète d'air dans les vésicules les plus extérieures du poumon. Cette modification dans le résultat de la percussion est une conséquence nécessaire des nouvelles conditions physiques que la maladie a créées pour la poitrine; on lui a donné le nom de *matité;* son intensité est variable, car elle dépend de la quantité, de l'étendue, de la profondeur du liquide épanché, et aussi du nombre des cellules déprimées et privées d'air. On peut dire d'une manière générale que la matité donne la mesure de la surface de l'épanchement, tandis que le manque plus ou moins absolu de sonorité donne celle de l'épaisseur.

Quand un certain nombre de vésicules se trouvent ainsi comprimées, les plus superficielles ne sont plus perméables; l'air qui arrive du dehors vient se heurter au fond des ramifications bronchiques, puisqu'il n'y a plus de cellules; si la pression ne s'exerce pas trop profondément, on trouve encore à l'auscultation le murmure vésiculaire, mais il est affaibli; à l'expiration, le bruit respiratoire a disparu pour faire place à un léger bruit de souffle. Ces deux phénomènes ont leur raison d'être facile à trouver. L'affaiblissement du murmure respiratoire est dû au petit nombre et à l'éloignement des cellules restées perméables et à l'épaisseur de la couche que doit traverser le son pour arriver à l'oreille de celui qui ausculte. D'un autre côté, quand le malade fait une expiration, il chasse l'air des cellules non comprimées; cet air sortant brusquement et venant s'ajouter à celui des ramifications bronchiques, il en résulte une expiration soufflante qui vient se propager jusqu'aux cellules déprimées et de là à l'oreille.

Si l'épanchement augmente, il peut aller jusqu'à comprimer non-seulement les vésicules, mais encore une partie des ramifications bronchiques. Le tiers, la moitié même de la masse totale des poumons peut être soumise à la compression. On conçoit facilement que les cellules restées perméables sont alors si profondément situées, que le bruit d'expansion vésiculaire n'est plus perceptible; il y a même pendant l'inspiration un bruit de souffle produit par les vibrations de l'air pénétrant dans les ramifications bronchiques, et venant se heurter contre les vésicules terminées en cul-de-sac. Au second temps de la respiration, le souffle est encore plus marqué. Il est bien entendu que ce bruit sera d'autant plus fort que le malade aura respiré plus largement.

Ces bruits subissent d'ailleurs diverses variations dues à la quantité du liquide déposé entre les deux feuillets de la plèvre. Ainsi, nous avons dit que, dans les cas où le poumon n'est que peu comprimé, on entend le murmure vésiculaire plus ou moins affaibli au premier temps de la respiration, et du souffle au second temps. L'épanchement devenant plus considérable, le bruit de souffle se fait entendre pendant l'inspiration et l'expiration; mais s'il s'accroît de nouveau, le poumon est alors pressé, refoulé en haut; car la base de la cage thoracique est occupée par le liquide; il y a alors, à la partie inférieure de la poitrine, suppression d'une partie du poumon, et par conséquent de tout bruit; aussi plus de murmure respiratoire ni de souffle; car il n'y a plus de ramifications bronchiques assez allongées pour que le bruit dont elles sont le siége puisse arriver jusqu'à l'oreille de l'observateur. Si vous auscultez en remontant de bas en haut, vous trouvez à la base du poumon absence complète de tout bruit. Vers le milieu, on perçoit le bruit de souffle aux deux temps de la respiration; mais au sommet, ce souffle n'existera qu'à l'expiration, tandis que l'inspiration sera accompagnée d'un peu d'expansion vésiculaire. Le segment supérieur de l'épanchement est formé par une lame très mince de liquide enchâssée comme un cône entre les deux feuillets de la plèvre, et s'agrandissant à mesure que l'on descend.

Quand la couche de liquide est mince, les mouvements respiratoires et l'action des poumons n'exercent sur elle qu'une compression légère; et si l'on fait parler le malade pendant qu'on l'ausculte, on a la sensation d'un phénomène qui trouve ici son explication : la couche de liquide, étant dans des conditions de vibrations variables suivant son épaisseur, pourra, à l'endroit où elle ne forme plus qu'une simple lamelle, donner lieu à des résultats presque normaux pour ce qui concerne l'auscultation et la percussion; car elle est immédiatement en contact avec le poumon, qui n'est lui-même que très peu comprimé; les cellules pulmonaires sont donc perméables. Si le malade vient à parler, la couche qui forme l'épanchement reçoit de l'air disséminé dans les cellules et mis en mouvement par la phonation des vibrations sonores qu'elle transmet à l'oreille du médecin. La voix paraît aigre, tremblotante, ressemblant à celle de la chèvre, d'où le nom d'*égophonie*, que l'on a donné à ce phénomène, et qui n'a pas d'autre cause que les vibrations sonores modifiées par une couche peu épaisse de liquide. Comme on le voit, deux conditions sont nécessaires pour produire l'égophonie; l'interposition d'une couche très mince de liquide entre les deux feuillets pleuraux, et la perméabilité des vési-

---

core aux sentiments de devoir et d'émulation que l'on doit inspirer à la jeunesse. Loin de revendiquer pour la France l'honneur de ces récompenses que j'attaquais, j'avais pris soin d'éloigner de ma plume tout souvenir qui pût leur être comparé. Pour la dignité de mon pays, je redoutais même le soupçon.

Mais, puisque ce soupçon s'est fait jour, puisqu'on ne m'a pas tenu compte de ma réserve, je dirai que le fait de 1830 n'est nullement comparable à la mesure de Saldanha et que je persiste plus que jamais à attribuer à ce dernier le triste mérite d'une semblable découverte.

En effet, l'ordonnance du 5 juillet 1820, qui établissait le baccalauréat ès sciences pour l'étude de la médecine, était une mesure essentiellement répressive : elle fut rendue, on se le rappelle, à la suite des mouvements qui eurent lieu à l'occasion de la discussion de la loi du 29 juin 1820 sur les élections et qui amenèrent la fermeture des écoles de droit et de médecine de Paris. Cette ordonnance de juillet 1820 avait donc un caractère essentiellement politique, et l'obligation du baccalauréat ès sciences contenue dans l'art. 4 devait avoir la même portée aux yeux des étudiants. Rien de plus naturel alors que les élèves en médecine, qui prirent une si large part à la révolution de juillet, aient demandé l'abrogation d'une mesure qui à leurs yeux n'avait été qu'une arme de compression entre les mains d'un pouvoir qu'ils avaient vaincu.

Et cela est si vrai que, lors de la révolution de 1848, il n'est venu à l'esprit de personne de réclamer l'abolition de cet examen, parce que l'ordonnance du 9 août 1836 qui le rétablissait n'avait pas le caractère répressif de l'ordonnance de 1820.

Saldanha n'est pas notre plagiaire; la France a de plus nobles exemples à donner au monde civilisé.

La seconde réclamation m'arrive du quartier latin; elle est signée par plusieurs étudiants, qui se plaignent de l'appréciation peu bienveillante que j'ai faite des marques d'improbation qui se sont élevées contre M. Grisolle pendant le concours de pathologie interne.

Comme pour la lettre précédente, je dois céder un instant la place à mes correspondants, sauf à la reprendre après.

Monsieur,

Les étudiants qui ont accueilli par des signes désapprobateurs M. Grisolle, dès le début du concours de pathologie interne, n'appartiennent à aucune coterie et sont encore moins des *chevaliers du lustre.*

Puisque vous ignorez les motifs qui ont donné naissance à ces *signes désapprobateurs*, permettez-nous de vous les exposer en peu de mots et d'éclairer ainsi votre conscience, qui, nous en sommes sûrs, nous rendra justice.

M. Grisolle, dont il est inutile d'apprécier ici la valeur, a le tort, aux yeux de ceux qui ne veulent pas que le concours soit une jonglerie, d'avoir été désigné d'avance pour la chaire vacante, de telle manière qu'il est tels agrégés que nous pourrions citer qui ont fui une lice sans espoir de triomphe.

C'est contre cette manière de procéder que nous avons cru devoir protester, et, pour qu'on ne pût se méprendre sur le but et la portée de cette protestation, nous l'avons adressée même avant les épreuves au candidat favorisé.

Si vous savez un autre moyen de doléances, nous vous serons reconnaissants de nous le faire connaître, car ce n'est qu'à regret que nous avons troublé des leçons où tout est profit pour nous.

Agréez, etc. ......

Je rends d'abord justice à la forme de cette lettre; elle est convenable, modérée et expressive comme les doivent écrire des hommes sensés et réfléchis. Je vais essayer de m'élever à cette hauteur et d'être grave et sévère dans le débat.

Oui, il n'est que trop vrai que nous assistons souvent au douloureux spectacle d'une nomination anticipée; que de fois n'avons-nous pas entendu les concurrents, avant de commencer la lutte, exprimer un profond découragement et avouer avec amertume ne vouloir prendre part au combat que pour ne pas sembler abandonner une carrière où se sont concentrés tous les efforts de leur vie!! Il est si dur de voir s'évanouir le rêve qu'on a longtemps caressé! Oui, je le dis avec mes correspondants, cette manière de faire vicie essentiellement l'institution du concours.

Mais, en dehors des faiblesses de la nature humaine, dont il faut bien tenir compte dans les affaires de ce monde, n'est-il pas vrai que bien souvent aussi les préférences du jury s'adressent au plus digne? Les hommes qui se présentent pour disputer une chaire de professeur sont généralement connus, ils ont déjà donné la valeur de leur mérite, et les adversaires du concours n'ont pas de meilleurs arguments pour repousser cette institution comme inutile.

Sans doute un candidat, inconnu jusqu'alors, peut se produire qui efface et éclipse ses rivaux; sans doute la réputation du candidat préféré peut être de mauvais aloi, ainsi que nous l'apprend dans cet axiome l'ancienne Société de médecine : « Tant de circonstances influent sur les réputations qu'on y est trompé chaque jour. » Et il suffit qu'une de ces circonstances puisse se produire pour que les membres du jury soient excessivement circonspects.

Sur ce point donc, je partage entièrement l'opinion de mes jeunes correspondants.

Quant au cas de M. Grisolle, on comprend que la question est trop épineuse pour qu'il me soit possible de la résoudre; je ne suis pas assez le confident du jury pour avoir été mis dans le secret de sa conscience ou de ses prédilections.

Je décline donc ma compétence pour cette partie du problème, et j'avoue que, lors de mon précédent article, je croyais peu de personnes assez compétentes pour la résoudre.

D'ailleurs, que les étudiants ne me jettent pas la pierre; je n'ai point l'habitude d'insulter la jeunesse studieuse et généreuse de l'Ecole sur les bancs de laquelle j'étais encore assis hier. On me verra toujours la défendre et la soutenir, parce que sa cause est noble et est celle de la profession médicale tout entière.

Félix ROUBAUD.

cules pulmonaires sous-jacentes. Aussi, l'égophonie ne s'observe-t-elle qu'à la partie supérieure des épanchements, là où ils ont peu d'épaisseur; elle disparaît si la couche du liquide s'accroît, et se montre de nouveau quand cette dernière diminue, ou qu'il n'y a plus que des pseudomembranes imprégnées d'humidité. L'égophonie prouve donc que l'épanchement est peu considérable, et que les cellules sont encore perméables à l'air; car ce sont là les deux conditions indispensables à sa production; son apparition indique en outre que l'épanchement est en voie de résorption, tandis que sa disparition brusque avec la persistance de la matité est un signe de l'accroissement de la couche liquide interposée.

Quand il se produit sur les parois de la plèvre des modifications de tissu dues à la présence de tubercules miliaires dans les feuillets pleuraux, à l'extension d'un carcinome ou à la formation de fausses membranes, il en résulte des conditions physiques particulières.

Dans l'état physiologique, la plèvre viscérale exécute avec les parois de la poitrine des mouvements réciproques de déplacement; ainsi, dans l'inspiration, le poumon s'abaisse par rapport aux parois thoraciques; dans l'expiration, il reprend sa position et son volume primitifs. Tous ces mouvements de va-et-vient sont favorisés par le glissement des deux feuillets pleuraux l'un sur l'autre. Si la surface de la plèvre vient à s'altérer, ce glissement va devenir plus difficile, et sera la cause du *frottement pleural*, qu'on a si heureusement comparé au bruit que donne le froissement d'une feuille de papier gris ou le doigt mouillé sur le marbre.

Le frottement pleural indique donc l'altération de la surface de la plèvre ou l'absence de tout liquide. Au début des épanchements liés à une altération de la plèvre, le frottement pourra être entendu avant que le liquide soit épanché, ou bien il pourra être perçu aux limites supérieures de la cavité pleurale récemment formée; mais c'est là une exception. Le plus communément, le frottement pleural est produit par une modification de tissus due à l'épanchement. Mais ce bruit de froissement exclut l'idée d'une couche de liquide interposée; il ne se présentera donc jamais avec la matité, ou bien alors l'absence de sonorité se rattacherait à une lésion dont le poumon serait le siége.

A l'état normal, les deux feuillets de la plèvre ne sont pas adhérents; un épanchement se fait; il creuse la cavité pleurale. S'il n'y a que du liquide ne contenant pas de matière plastique qui générait le glissement des deux parois, on pourra, en faisant changer la position du malade, faire varier les points de déclivité, observer le déplacement de l'épanchement et des conditions physiques qui en sont le résultat. Ce déplacement du liquide est inhérent à deux conditions: la première, c'est que la quantité de liquide épanché ne soit pas trop considérable, qu'elle ne remplisse pas toute la cavité pleurale, par exemple; la seconde, c'est que l'épanchement ne soit pas lié, dans sa structure, à une substance plastique qui accollerait les feuillets, circonstance qui devient pour nous un point de diagnostic important. Ainsi, le liquide épanché ne contient-il pas de lymphe plastique, les deux feuillets glissent parfaitement l'un sur l'autre; le liquide peut-être changé de place, la matité pérégrinera avec les différents points déclives; vous avez, en un mot, un *hydrothorax* proprement dit. Si l'épanchement contient de la matière plastique, il est, au contraire, peu mobile, ne se déplace qu'avec le temps et successivement. Quand l'épanchement résulte de la sécrétion des capillaires exhalants, il creuse la cavité pleurale et la dilate; s'il continue, les parois de la poitrine seront distendues et affecteront une forme sphérique. Voilà pourquoi, au summum des épanchements, il y a écartement des côtes, repoussement de la cloison médiastine, abaissement du diaphragme, dépression des viscères et des hypocondres. Cette pression, qui se transmet ainsi à tous les organes, explique pourquoi l'épanchement ne détermine pas une lésion de la respiration seulement sur le côté où il existe; mais par l'empiètement sur le côté opposé, on y observe une matité absolue et l'absence de tout bruit respiratoire.

Cependant l'épanchement s'en va, et la marche a lieu en sens opposé; la poitrine revient à ses dimensions normales, mais avant que le poumon reprenne son volume primitif. Toutefois, le liquide se résorbant, l'air, par son propre poids, tend à arriver dans les voies aériennes; il pénètre dans les bronches, distend les vésicules; le poumon revient enfin sur lui-même, à moins qu'il n'ait été trop longtemps comprimé, ou qu'une fausse membrane ne se soit formée autour de lui pour l'enlacer de toutes parts. Dans ce cas, le liquide persiste ou ne disparaît que lentement, car la pression qu'il supporte est presque nulle; le poumon ne pouvant plus se dilater, c'est la paroi thoracique qui va cheminer vers l'organe respiratoire, et l'on pourra observer un rétrécissement de la poitrine de ce côté. Plus tard, si le sujet est jeune, si le poumon a perdu ses adhérences, il pourra, comme la poitrine, reprendre ses dimensions normales.

Mais chez les individus âgés, il ne faut pas compter sur ce résultat. Comme on peut le voir par ces simples remarques; les épanchements sans matière plastique, sans fausse membrane, les *hydrothorax*, en un mot, sont loin d'être dans des conditions aussi défavorables que les *pleurésies*, qui empêchent le retour des poumons et entraînent la dépression de la poitrine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er mai 1851. — Présidence de M. le professeur Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— M. Duperthuis. Je désire que l'on comprenne bien dans quelles circonstances j'ai fait usage des injections intra-utérines. J'avais déjà vu mourir deux femmes atteintes de métro-péritonite. La malade dont je parle était accouchée depuis deux jours; les lochies étaient supprimées, le ventre considérablement ballonné; il existait des nausées, du hoquet. J'avais fait usage de révulsifs sur les extrémités inférieures. En pratiquant des injections intra-utérines, et en laissant la sonde à demeure, j'avais pour but de favoriser l'écoulement des matières contenues dans l'utérus. Dès le soir même il survint une amélioration sensible; des caillots sortirent, les lochies reprirent leur écoulement naturel et la santé ne tarda pas à se rétablir.

La personne dont je parle a mis au monde deux jumeaux bien constitués. On prit une seule nourrice pour ces enfants, nourrice qui avait à peine du lait. Les nouveau-nés ne tardèrent pas à dépérir, la muqueuse buccale se couvrit de muguet; je fis venir une autre nourrice, et comme il s'agissait de fermière, j'en profitai pour faire main-basse sur le lait, que je fis chauffer, et dans lequel je fis plonger les enfants. A la suite de chaque bain, on les enveloppait d'ouate. Aujourd'hui, quatre mois après l'accouchement, la mère et les jumeaux sont dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer.

M. Coursserant. J'ai à vous citer un cas assez curieux au point de vue physiologique. Le 27 mars, j'ai opéré une dame qui présentait une tumeur lacrymale qu'elle vidait deux fois par jour avec de grands efforts. Cette tumeur faisait un repli falciforme, attirant la peau du nez et gênant la vision. Je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'un abcès dans le tissu cellulaire péri-orbitaire. Je me contentai d'un pansement avec de la charpie et du cérat; je reconnus qu'il n'existait point de canal nasal. J'aurais pu, en pareil cas, mettre en usage le procédé de l'oblitération du sac; mais, comme je ne saurais dire à la malade à quelle époque cessera le larmoiement, j'ai mis de côté ce procédé. Je me suis contenté de faire cicatriser la plaie, conservant un petit pertuis près du tendon. Par ce pertuis, sort du mucus très transparent. La malade y introduit un petit clou en plomb, le recouvre de taffetas et peut se livrer à ses occupations. Elle retire deux fois par jour ce clou pour faire sortir le mucus, et ce n'est qu'au bout de six heures qu'il survient du larmoiement. Ce n'est plus qu'une infirmité de coquetterie, et je pense que bien des vieillards pusillanimes seraient heureux d'éviter à ce prix une opération. Je souhaite que la malade demeure en cet état jusqu'à la fin de ses jours.

Du reste, l'idée ne m'appartient pas, et M. Amussat a déjà fait usage de la même manière d'un petit clou en or pour une actrice atteinte d'une tumeur lacrymale qui s'abcédait souvent.

Le clou que j'ai employé est presque comme une épingle, et sa marque au dehors pourrait simuler un grain de beauté.

On peut, si le malade le désire, donner à la tête du clou une teinte couleur de chair.

M. Magne. Je suis heureux que l'occasion se présente de dire deux mots sur l'oblitération du sac lacrymal. M. le professeur Stœber (de Strasbourg), qui n'avait pas connaissance du travail que j'ai publié sur ce sujet et de la méthode que j'emploie, vient de faire paraître dans le dernier numéro des *Annales d'oculistique* une observation qui se rapporte en tous points à ce que j'ai écrit l'an dernier. Comme moi, M. le professeur Stœber a échoué en employant le nitrate d'argent; comme moi, il a réussi en faisant usage d'un caustique assez violent pour déterminer l'inflammation adhésive des parois du sac; comme moi, enfin, il a été assez heureux pour voir le larmoiement disparaître.

Mais, me dit-on, quand, à quelle époque cesse le larmoiement? Je n'emploierai la cautérisation du sac que lorsque je pourrai répondre aux malades sur cette question. Je pourrais à mon tour dire à mon honorable confrère: Quand, à quelle époque, votre pertuis fistuleux ne donnera-t-il plus de mucus? Je ne placerai votre petit clou que lorsque je pourrai indiquer aux malades le jour où je les en débarrasserai.

Mais là n'est pas la question; les larmes finissent par disparaître; voilà le fait reconnu par moi, par M. Vidal (de Cassis), par M. le professeur Stœber. L'époque de cette disparition est variable, et ne saurait offrir des règles fixes. Du reste, entre quelques larmes qu'il n'est jamais besoin d'essuyer, mais qu'il suffit d'absterger localement et du mucus à vider, et un clou, si petit qu'il soit, je n'admets pas qu'on puisse hésiter.

— M. Guersant. Il arrive souvent que le chirurgien soit appelé auprès d'un enfant pour extraire un corps étranger introduit dans l'oreille; il s'agit, la plupart du temps, de noyaux de cerises, de graines d'Amérique, de boulettes de papier, etc. L'extraction peut se faire parfois sans difficultés, soit à l'aide de petites pinces, soit à l'aide d'une curette, ou mieux par le moyen de la curette articulée de M. Le Roy (d'Etiolles); mais, quel que soit l'instrument que l'on emploie, il en résulte pour l'enfant de la fatigue et une certaine irritation; parfois même le sang coule.

Depuis plus de trois ans je fais usage avec succès du procédé dont M. Ménière a déjà parlé, c'est-à-dire des injections. Je fais tenir la tête par un aide, je fais tirer l'oreille en arrière de manière à donner de la rectitude au canal, puis, à l'aide d'une grande seringue, je pousse une injection froide d'eau ou d'eau de guimauve; presque toujours le corps étranger fait issue au dehors à la troisième et même à la deuxième injection. C'est ainsi que j'ai fait sortir dernièrement un coquillage.

Si, ce qui est très rare, ce procédé ne réussissait pas, je pense qu'il conviendrait de chloroformiser le malade, ce qui permettrait à la curette de manœuvrer alors avec facilité.

M. Magne. Le procédé de M. Guersant me rappelle qu'un des membres les plus distingués de l'Académie de Médecine avait reçu les soins de plusieurs chirurgiens de Paris pour une surdité qui l'empêchait de se livrer à l'exercice de la médecine. Le cas paraissait excessivement grave, les mots de carie du rocher avaient même été prononcés. M. Ménière fut appelé. Il se conduisit comme M. Guersant vient de le dire; la seconde injection expulsa au dehors un amas de cérumen qui formait un bouchon très dur et très volumineux: l'ouïe fut rétablie à l'instant. Je tiens ce fait du malade lui-même, qui, je le répète, est un des membres les plus distingués de l'Académie de Médecine.

Le secrétaire de la Société de Médecine pratique, Al. Magne.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA QUATRIÈME LEÇON (1).

Nous ne faisons qu'indiquer ici ces différentes causes de variations dans la température extérieure, parce que déjà elles vous ont été exposées dans le cours de physique, et que nous serons obligé d'y revenir à propos des localités et des climats; mais il résulte de ce que nous venons de dire que la détermination des variations de la température ne peut être faite qu'à l'aide de l'observation directe, c'est-à-dire du thermomètre. Or cette observation montre que la température change à chaque instant, mais que ses variations offrent une telle concordance, que l'on peut déduire la température moyenne de la journée d'un petit nombre d'observations faites à des heures convenables. Ces observations montrent, en effet, qu'il y a chaque jour un maximum de température, lequel a lieu vers deux heures de l'après-midi, et un minimum qui a lieu une demi-heure avant le lever du soleil, ces moments déterminés variant d'ailleurs dans des limites peu étendues suivant les saisons et la latitude. Pour obtenir la moyenne de la journée, il suffit d'observer le thermomètre à quatre heures et à dix heures du soir et du matin; le quart de la somme des températures trouvées donne un chiffre qui varie très peu de la moyenne des vingt-quatre heures.

Vous comprenez, Messieurs, que par des procédés analogues on arrive facilement à déterminer les moyennes de température mensuelles, saisonnières et annuelles, et c'est en tenant compte de ces moyennes, des rapports qui existent entre elles et des différences qui les séparent des maxima et des minima que l'on arrive à évaluer les conditions thermologiques de chaque localité, de chaque contrée, de chaque climat.

Quelques chiffres vont vous faire connaître ce procédé d'évaluation, que l'hygiéniste est souvent mis en demeure d'appliquer lorsqu'il est appelé à se prononcer sur la nature climatologique d'une localité, d'une contrée, et sur l'influence qu'elle peut exercer au point de vue de la pathogénie, de la prophylaxie et de la thérapeutique.

A Paris, placé par 48°,50' de latitude, la moyenne annuelle de la température est de + 10°,8'; les moyennes saisonnières sont les suivantes:

En hiver les jours étant de	9 h. 45',	la moyenne est de	+ 3°,3.
Au printemps,	14 h. 30',	»	+ 10°,3.
En été,	14 h. 30',	»	+ 18°,1.
En automne,	9 h. 45',	»	+ 11°,2.

En Guinée, placée par 5° de latitude, et les jours ayant constamment une durée de douze heures, la moyenne annuelle est de + 27°,4, et les moyennes saisonnières sont les suivantes:

En hiver,	+ 28°,1.
Au printemps,	+ 28°,3.
En été,	+ 26°,4.
En automne,	+ 27°.

A Rio-Janeiro, la température moyenne de l'année est de + 23°,5.
Celle du mois le plus chaud, de 27°,2.
Celle du mois le plus froid, de 20°,0.

A Edimbourg la différence entre la moyenne de l'hiver et celle de l'été est de 10°,6; à Moscou elle est de 27°,8, et à Kassara, elle atteint le chiffre énorme de 31°,3.

A Yakoutz, enfin, la moyenne de l'été est de + 17°,5, tandis qu'en hiver le mercure est congelé pendant deux mois.

J'extrais de l'ouvrage de Kaemtz quelques chiffres indiquant les minima, les maxima et les moyennes de température observés dans différents lieux.

LIEUX.	LATITUDE.	MINIMA.	MAXIMA.	MOYENNE.
Pondichéry. . .	11°,42' R.	+ 21°,6	+ 44°,7	
La Martinique. .	14 ,35	+ 17 ,1	+ 35 ,0	
Esné.	25 ,15		+ 47 ,4	
Le Caire. . . .	30 , 2	+ 9 ,1	+ 40 ,2	+ 22°,4
Athènes.	37 ,58	— 4 ,0	+ 38 ,0	
Rome.	41 ,54	— 5 ,9		+ 15 ,4
Montpellier. . .	43 ,36	— 16 ,1		+ 14 ,1
Nice.	43 ,42	— 9 ,6	+ 33 ,4	+ 15 ,6
Pise.	43 ,43	— 6 ,3	+ 39 ,4	
Florence. . . .	43 ,46	— 5 ,3		+ 15 ,3
Turin.	45 , 4	— 17 ,8	+ 36 ,9	+ 11 ,7
Milan.	45 ,28	— 15 ,0	+ 34 ,4	+ 12 ,8
Paris.	48 ,50	— 23 ,1	+ 38 ,4	+ 10 ,8
Londres.	51 ,31	— 11 ,4		10 ,4
Moscou.	55 ,45	— 38 ,8	+ 32 ,0	3 ,6
St-Pétersbourg.	59 ,56	— 34 ,0	+ 33 ,4	3 ,5
Fort Reliance. .	62 ,46	— 56 ,7		
Port Elisabeth. .	69 ,59	— 50 ,8	+ 16 ,7	

Il résulte de ce tableau que l'homme peut supporter des variations de température de 104°, puisque telle est la différence qui sépare le maximum observé à Esné en Egypte (+ 47°,4) du minimum constaté au fort Reliance dans l'Amérique du Nord (— 56°7).

C'est en tenant compte des moyennes de températures saisonnières et annuelles qu'on est arrivé à tracer les lignes *isochimènes*, *isothères* et *isothermes*, les premières réunissant tous les lieux dont la moyenne hibernale est la même, les secondes passant par les points où les moyennes estivales sont égales et les troisièmes indiquant tous les lieux ayant la même moyenne générale de température.

L'étude des climats nous fournira l'occasion de vous reparler de ces lignes et de vous en montrer toute l'importance en hygiène.

De la température animale.

Vous savez qu'il s'opère dans l'organisme humain une véritable combustion dont Lavoisier et Séguin avaient placé le foyer dans les poumons, mais que Lagrange, Spallanzani, Hasenfratz, Edwards, Magnus et tous les physiologistes contemporains considèrent comme s'accomplissant pendant tout le cours de la circulation, et particulièrement dans les capillaires.

Cette combustion produit une certaine quantité de calorique que, d'après les recherches de MM. Andral et Gavarret sur la combustion du charbon (240 grammes en vingt-quatre heures) et celles de M. Dumas sur la combustion de l'hydrogène (20 grammes en vingt-quatre heures), on peut évaluer à 2,627 calories, ce qui revient à dire que la chaleur produite par un homme adulte en vingt-quatre heures serait suffisante pour élever de 1° la température de 2,627 kilogrammes d'eau. En nombres ronds, on admet que l'homme produit 2,500 calories pouvant élever 25 kilogrammes d'eau de 1° à 100°.

Or cette chaleur est, comme l'avaient établi Lavoisier et Séguin, la source de la chaleur propre au corps de l'homme, et les expériences de MM. Despretz, Dulong, Dumas, Favre et Silbermann montrent qu'elle est supérieure à celle que l'homme perd par le rayonnement.

Que deviennent les 2,500 calories produites chaque jour par la combustion animale? Voici, suivant M. Dumas, la répartition qu'on peut en faire entre les différents phénomènes qui en absorbent, en supposant que la température extérieure soit de + 20°:

7 mètres cubes d'air inspiré à 20°, expiré à 36°.	55,9	calories.
1 kilogr. d'aliments ingérés à 20°, rejetés à 36.	26,0	—
2 kilogr. de boissons — —	32,0	—
150 grammes d'eau produits par l'évaporation pulmonaire. . . . . / 850 grammes d'eau produits par la transpiration cutanée.	550,0	—
	663,9	calories.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai, 3 et 10 juin.

Ce qui fait en nombre rond 700 calories, d'où il suit que l'homme en perdrait 1,800 par le rayonnement; mais il faut se rappeler en outre les expériences de MM. Matteucci, Becquerel père et Breschet, qui démontrent la présence de courants électriques dans les muscles et le dégagement d'une certaine quantité de chaleur pendant la contraction.

La chaleur qui se distribue à l'organisme et qui constitue la *température animale* peut être évaluée en plaçant un thermomètre sous la langue, sous l'aisselle ou dans le rectum. On peut aussi se servir de l'appareil thermo-électrique de M. Becquerel père. Elle est, suivant Liebig, de + 39° chez les enfants, de 37°,5 chez les adultes; M. Despretz donne les évaluations suivantes : 36°,99 à 18 ans, 38°,14 à 30 ans, 37°,13 à 68 ans. Davy a trouvé 36°,9 chez un vieillard de 91 ans et elle est descendue à 35° sous la langue; 33°,9 sous l'aisselle chez un centenaire. D'après M. Roger, la moyenne est de 37°,08 chez les nouveau-nés de 1 à 7 jours, de 37°,21 pour les enfants âgés de 4 mois à 14 ans et de 36°,68 pour les vieillards âgés de 72 à 95 ans. Or, la moyenne chez l'adulte étant de 37°,50, on serait autorisé à penser que la température animale est à peu de chose près la même à toutes les époques de la vie, les différences en moins oscillant entre 42/100 et 82/100 de degré.

Le calorique n'est pas également distribué dans toutes les parties du corps; le thermomètre placé dans la bouche reste au-dessous de celui de l'aisselle de 0°,25 à 4° et la différence en moins est de 5 à 6° pour les mains et les pieds. Enfin, la température animale est modifiée par l'exercice musculaire et le repos, par l'alimentation, par l'état de veille ou de sommeil; nous vous ferons connaître ces modifications en étudiant chacun des agents auxquels elles se rattachent.

Quelle est l'influence exercée par la température atmosphérique sur la température animale?

Edwards établit que la température des oiseaux est plus élevée de 2 à 3° en été qu'en hiver; ainsi elle serait de 40°,8 au mois de février, de 42° en avril et de 43°,77 en juillet. La température animale varie suivant la latitude; par 35°,22' de latitude sud, elle est en moyenne de 36°,9; tandis que par 0°,12' de latitude nord, elle s'élève à 37°,8. Des matelots ont présenté après le passage de la ligne une élévation de 1°,1 dans la température de leur corps, et Davy a établi :

1° Que la température de l'homme s'accroît de 1° à 1°,5 quand il passe d'un pays froid ou même tempéré dans un pays chaud;

2° Que les habitants des pays chauds ont une température plus élevée que ceux des zones tempérées ou froides;

3° Que la température est la même quelles que soient la race et l'alimentation des individus.

Davy a constaté, en outre, les rapports suivants entre la température atmosphérique et celle du corps de l'homme :

TEMPÉRAT. ATMOSPH.	TEMPÉRAT. ANIM. S. LA LANGUE.
+ 33°,3	+ 38°,
30 ,5	37 ,5
22 ,8	37 ,2
18 ,9	36 ,9
15 ,3	36 ,4
7 ,2	36 ,4
6 ,1	36 ,1

Ce tableau vous montre qu'à une différence de 27°,2 dans la température extérieure correspond une différence de 1°,9 dans la température animale. Il n'existe pas une différence plus marquée entre la température des hommes qui, habitant le Sénégal, y sont soumis à une chaleur de + 50°, et ceux qui, habitant la Sibérie, y sont exposés à un froid de — 48°. Or, si, en dehors de toute influence extérieure artificielle, l'on cherche à se rendre compte du phénomène en raison duquel l'organisme parvient à conserver ainsi une température à peu près la même en présence de différences aussi considérables dans la température extérieure, on découvre, avec M. Letellier, que la combustion se modifie de manière à produire une quantité de calorique d'autant plus considérable que la température extérieure s'abaisse. Ainsi, M. Letellier a constaté expérimentalement, sur des mammifères, qu'à 0° les unités de chaleur produites dans une heure sont représentées par 8,2782, et correspondent à 0,001022 de charbon brûlé, tandis qu'entre + 14 et + 22° on trouve 6,2451 pour les unités de chaleur, et 0,000771 pour le charbon, tandis que entre + 30 et + 42° les unités de chaleur descendent à 4,7223, le charbon étant représenté par 0,000583.

Il ne faut pas croire cependant que le chiffre de la température animale puisse se maintenir ainsi à peu près invariable en présence des degrés extrêmes de la température extérieure, ou de variations considérables survenues brusquement. Berger et Delaroche, ayant exposé des animaux pendant un espace de temps variant entre 35 minutes et 1 heure 27 minutes à une température de + 60°,63 à 93°,75, ont vu la température de leur corps s'élever de 6°,25 à 7°,19; et s'étant placés eux-mêmes dans des étuves chauffées de 37°,5 à 48°,75, leur température, prise sous la langue, a augmenté de 1°,87 à 3°,12. J'ai fait moi-même, depuis six ans, de nombreuses expériences sur l'application du calorique, et j'ai montré que le séjour pendant 30 à 45 minutes dans une étuve sèche chauffée à 65°, produit dans la température du corps, prise sous la langue, une élévation de 2 à 3°.

Si l'homme ne combattait point les effets du froid extrême par l'exercice musculaire, l'usage de vêtements appropriés, de boissons chaudes, sa température ne tarderait pas à subir un abaissement considérable. Vous savez d'ailleurs que parfois, et malgré tous les efforts tentés pour le combattre, cet abaissement a lieu, et qu'il peut même se terminer par la mort et la congélation.

Ces considérations nous conduisent tout naturellement à rechercher quels sont les éléments et les degrés de la résistance que l'organisme vivant peut opposer soit à la chaleur, soit au froid.

De la résistance à la chaleur.

« L'observation démontre, a dit Boerhaave, qu'aucun animal pourvu de poumons ne peut vivre dans une atmosphère dont la température est égale à celle de son sang. »

Ce que l'observation démontre, messieurs, c'est que l'assertion de l'illustre Boerhaave est erronée, car vous savez que l'homme peut vivre dans une atmosphère dont la température est de beaucoup au-dessus de celle de son sang. Sans parler des contrées tropicales, où la chaleur s'élève jusqu'à + 50°, on a vu un homme rester pendant 7 minutes dans une étuve chauffée à 92°,99° C. (Blagden), un autre séjourner pendant le même espace de temps dans une étuve à 107-109° (Berger), et enfin une jeune fille rester exposée pendant 10' à une température de 112° R. (Tillet).

Mais si, prise dans son sens absolu, l'assertion de Boerhaave est inexacte, il faut reconnaître qu'elle ne manque pas de justesse si on la modifie de manière à lui faire dire que l'homme ne peut séjourner sans inconvénients, pendant longtemps, dans une atmosphère dont la température est supérieure à celle de son sang. Delaroche a montré, en effet, que le point limite de la résistance exempte de dangers est le degré de la chaleur propre à l'animal; au-dessus, les dangers de mort s'accroissent rapidement en raison inverse de la masse du sujet, et il arrive un moment où la mort a lieu presque instantanément.

M. Magendie a fait sur ce point des expériences fort intéressantes que nous devons vous faire connaître.

Pour les animaux de même force et de même taille, la mort survient d'autant plus vite que la température est plus élevée. Des lapins placés dans des étuves à air sec sont exposés à des températures différentes, et voici ce qui se passe :

120°	Mort après	7'
100°	—	10'
80°	—	18'
60°	—	25'

Trois chiens fournissent des résultats analogues :

100°	Mort après	18'
90°	—	24'
80°	—	30'

La température animale augmente en raison de l'élévation de celle du milieu ambiant; mais, quelle que soit la chaleur à laquelle on les soumet, les mammifères ne peuvent dépasser 45 ou 46° sans succomber. Les oiseaux ne meurent qu'à 48° environ; les animaux à sang froid meurent dans un milieu de 80° offrant environ 40° de température.

La mort survient par une action délétère spéciale de la chaleur, qui paraît s'exercer avec beaucoup plus d'énergie par la peau que par la muqueuse pulmonaire; car on a reconnu, par des expériences directes, que la chaleur sèche, appliquée sur la surface pulmonaire, produisait des effets infiniment moins rapides que lorsqu'elle se trouvait appliquée sur la peau, ce qui démontre quel degré de protection les vêtements doivent exercer sur le corps de l'homme dans les températures solaires, ou artificielles, extrêmement élevées. Tillet avait déjà constaté que les animaux protégés par des espèces de maillots résistaient beaucoup mieux à la chaleur que ceux qui en étaient dépourvus.

A cette dernière proposition de M. Magendie, nous pouvons ajouter, en nous fondant sur des expériences répétées un grand nombre de fois, que les phénomènes sont bien différents suivant que la chaleur exerce son action simultanément sur la peau et sur la surface pulmonaire ou sur la peau seulement. Ainsi, lorsqu'un homme est plongé tout entier dans une atmosphère de + 60°, la température animale s'accroît rapidement de 3 à 4°, et les troubles de la respiration et de la circulation obligent bientôt à suspendre l'opération; lorsqu'au contraire le corps seul est plongé dans une étuve chauffée à la même température et qu'un air extérieur frais vient frapper la figure et pénétrer dans les poumons, la température animale s'élève beaucoup plus lentement, n'atteint pas son maximum d'accroissement, la respiration et la circulation sont beaucoup moins accélérées, et l'expérience peut être continuée sans inconvénients pendant un temps beaucoup plus long.

Ainsi donc, sous l'influence d'une température extérieure très élevée, la température animale s'élève aussi, et, lorsqu'elle a dépassé une certaine limite, la mort survient. Mais la température animale ne s'élève point dans la même proportion que celle du milieu ambiant; l'animal est donc doué d'une force *de résistance à la chaleur* qui le protége pendant quelque temps. Quelle est la nature de cette force? Franklin déjà et, depuis lui, M. Delaroche ont attribué la résistance à la chaleur au refroidissement produit par l'évaporation aqueuse qui se fait à la surface du corps couvert de sueur. Cette explication, généralement adoptée aujourd'hui, est combattue par M. Magendie, qui toutefois ne lui en substitue aucune autre.

Si, comme le pensait Delaroche, dit M. Magendie, la résistance à la chaleur était due à l'évaporation et au froid qui en résulte, les animaux devraient résister d'autant plus qu'ils auraient plus de liquide à évaporer. Or deux lapins de même taille et de même poids, dans les veines de l'un desquels on avait injecté 30 grammes d'eau distillée, sont placés tous deux dans une étuve; ils meurent, l'un au bout de 9', 5", l'autre au bout de 10', ayant subi le même accroissement de température, celle-ci étant de 44°.

Nous ne voyons pas comment cette expérience autorise à conclure que la résistance à la chaleur n'est point due au refroidissement produit par l'évaporation aqueuse, et nous croyons qu'il faut encore s'en tenir à cette explication adoptée par la plupart des physiologistes, en ajoutant que la résistance à la chaleur est favorisée, en outre, par la diminution qui s'opère dans l'activité de la combustion.

De la résistance au froid.

Tandis que la température animale ne peut s'élever de plus de cinq ou six degrés sans que la mort survienne, il semble, au contraire, qu'elle peut s'abaisser dans des limites infiniment plus étendues. Ainsi, trois chiens et deux lapins ayant été plongés dans un mélange réfrigérant à la température de 0° à + 2°, ils ont perdu 3 et 4° au bout de dix minutes, 6° après 15', 7° après 20', et le dernier succombait au bout de 40', après avoir perdu 20°, c'est-à-dire la moitié de sa température propre.

M. Magendie, auquel nous empruntons ces chiffres, a établi d'autres lois encore relativement au refroidissement des animaux; mais les expériences sur lesquelles il s'appuie ayant été faites en plongeant les animaux, non dans un *air froid*, mais dans un mélange réfrigérant d'eau et de glace ou dans du mercure, nous vous en ferons connaître les résultats ailleurs, et nous sommes obligé de nous arrêter ici, car je ne connais pas d'expériences ayant constaté d'une manière précise et rigoureuse les effets du froid atmosphérique sur la température animale.

Pour que ces expériences fussent concluantes, il faudrait d'ailleurs, ainsi que le dit avec raison M. Gerdy, les faire sur un homme nu, immobile, placé à l'ombre, dans un appartement bien clos où la température serait partout la même et pourrait être à volonté graduellement abaissée ou élevée. Il faudrait même, ajoute M. Gerdy, que l'homme fût plongé depuis un certain temps au milieu de cette atmosphère, car le passage brusque d'un lieu très froid dans un lieu qui l'est sensiblement moins, mais où l'on ne pourrait demeurer sans éprouver du froid, peut le faire paraître chaud. Enfin, il faudrait encore que le sujet de l'expérience ne fût sous l'influence d'aucune excitation, ni endurci par aucun genre d'habitude capable de le faire résister au froid.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins certain que l'homme peut jusqu'à certaines limites résister à l'action du froid atmosphérique, et l'on doit se demander où il puise, indépendamment de l'exercice musculaire, qui est une source puissante de chaleur comme nous le verrons plus tard, indépendamment des vêtements, de la chaleur artificielle, où il puise, dis-je, les éléments de cette *résistance au froid*. Eh bien! messieurs, vous le savez déjà, les expériences de M. Letellier vous l'ont appris; c'est dans la combustion qui s'opère au sein de nos organes et qui devient plus active et produit une plus grande somme de chaleur à mesure que la température extérieure s'abaisse : d'où vous pouvez conclure, sans que j'aie besoin d'anticiper sur des détails qui se présenteront plus tard, que la résistance que l'homme peut opposer au froid varie suivant l'âge, le sexe, la constitution, l'état de veille ou de sommeil, l'alimentation, etc. Elle est plus faible chez l'enfant et le vieillard, chez la femme, chez les individus faibles, débilités, pendant le sommeil; elle est diminuée par une alimentation insuffisante par sa quantité ou par sa qualité, etc.

Maintenant que nous vous avons rappelé brièvement les principales considérations physiques et physiologiques qui se rattachent à l'importante question dont nous nous occupons, nous pouvons aborder l'étude des influences exercées sur l'organisme par la température atmosphérique au triple point de vue pathogénique, prophylactique et curatif.

On nous écrit d'Angers, le 14 :

M. le professeur Orfila a traversé avant-hier notre ville; il se rendait à Nantes, où il était appelé par le ministère public pour donner son avis dans un cas d'empoisonnement par le sulfate de fer. Pendant plus d'une heure, le célèbre professeur a parlé avec cette lucidité, cette autorité qui le placent à la tête de la science médico-légale, et ses démonstrations ont porté dans tous les esprits la plus complète conviction. L'accusée a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

L'impression produite par M. le professeur Orfila a été si grande que, lorsqu'il a quitté la salle de la cour d'assises, l'audience a été suspendue, tout l'auditoire s'étant levé pour se porter sur son passage.

Dr A. LACHÈSE.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 70. — JEUDI 19 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 70. — JEUDI 19 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

L'Exposition universelle

SOUS LE RAPPORT DES SCIENCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Londres, le 13 juin 1851.

A Monsieur L. FLEURY, *professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.*

Mon cher suppléant,

A vous qui, pendant mon absence, avez bien voulu vous charger des modestes et épineuses fonctions de critique, vous qui auriez tant de droits à vous envelopper fièrement dans vos lauriers d'auteur, à vous ces derniers mots sur l'exposition de Londres en témoignage de ma reconnaissance et de mon affection. Puissé-je en vous adressant cette épître et ainsi en vous obligeant en quelque sorte à la lire ne pas contracter une nouvelle dette au lieu d'en acquitter une ancienne!

L'art admirable auquel les sciences doivent la plus grande part des progrès immenses qu'elles ont fait dans les temps modernes, cette invention merveilleuse qui, suivant l'expression du poète, a trouvé le moyen de peindre la pensée et de parler aux yeux, l'imprimerie, en un mot, méritait bien une attention particulière de la part de celui qui lui doit d'abord sa modeste existence, ensuite le plaisir pur de louer le mérite et quelquefois la satisfaction moins douce de sinapiser la sottise, de modérer la vanité et de dévoiler le charlatanisme et la mauvaise foi.

Je n'aurais cependant pas cédé à ce penchant bien naturel si le progrès de l'imprimerie n'avait pas importé d'une manière spéciale à celui des sciences médicales et si l'étude de cette partie importante de l'industrie n'était point rentrée sans contrainte dans le plan de mon excursion. Autant que toute autre branche des connaissances humaines, la médecine a besoin en effet des secours de l'imprimerie, et ces secours sont d'autant plus efficaces que la forme sous laquelle ils se présentent est plus agréable, car ce qui plaît à la vue captive davantage l'attention que ce qui déplaît; en outre, l'imprimerie a trouvé dans ces derniers temps les moyens de rendre sensibles, frappants, à l'aide du dessin et du coloris, des faits abstractivement difficiles à comprendre : vous savez depuis votre âge de raison que le plus court chemin que les faits puissent parcourir pour arriver à la mémoire, c'est de passer par les yeux.

Un autre côté par lequel l'imprimerie intéresse d'une manière toute spéciale le progrès médical, c'est l'extension plus ou moins grande qu'elle donne à ses produits, et cette extension dépend du prix auquel elle peut les livrer. C'est donc à ces deux points de vue que j'ai cherché à comparer l'imprimerie et la librairie françaises à l'imprimerie et à la librairie étrangères. La comparaison n'a malheureusement pas été facile, car en ce qui concerne la librairie la France est la seule nation qui ait exposé quelques produits.

Dans la partie typographique de l'imprimerie, la France a trouvé, il faut le dire, des rivales sérieuses. Des spécimens extrêmement remarquables de typographie ont été exposés par un grand nombre d'imprimeurs anglais, en particulier par MM. Stephenson, Blake et Cie, Bower frères (de Scheffield), Dunkan et Sinclair (d'Edimbourg), Knight et Hawker, et surtout par MM. Bradburg et Evans (de Londres). Dans la case de ces derniers se trouvent des gravures sur bois d'une remarquable perfection.

L'Autriche et la Prusse, sous le rapport de l'impression en caractères, et les Etats-Unis, tant sous le rapport de l'impression que sous celui de la gravure sur bois intercalée dans le texte, rivalisent dignement avec la France et l'Angleterre, et, entre ces cinq nations, qui sont incontestablement les premières, mon défaut de compétence ne me permet pas de me prononcer.

Je dois dire cependant que, sous le rapport des difficultés vaincues, je n'ai rien vu, dans les expositions étrangères, de comparable au charmant et microscopique *La Fontaine* de notre imprimeur, M. Plon; et je dois remarquer aussi que les divers genres de caractères typographiques qui, chez nos grands imprimeurs, se trouvent tous réunis, sont, au contraire, épars chez les imprimeurs étrangers, et forment pour ainsi dire une spécialité de chaque imprimeur. Je ne sais pas jusqu'à quel point cette particularité peut être un cachet de supériorité pour nous; mais c'est au moins une facilité de plus pour ceux qui font imprimer, et qui sont assurés de trouver, en s'adressant dans une imprimerie du premier ordre, à peu près tous les modèles de caractères qu'ils peuvent désirer.

Si c'est là un avantage, je dois avouer, par compensation, que les gravures sur bois de MM. Bradbury et Evans m'ont paru supérieures au nôtres.

Mais les produits dont la supériorité est bien plus remarquable encore, ce sont les impressions en couleur exposées par l'imprimerie impériale de Vienne. Vous avez admiré comme moi les belles planches des ouvrages de MM. Jobert, Rayer, Cruveilhier et Cazenave, publiés par MM. J.-B. Baillière et Labé; eh bien! ces planches, qui sont pourtant peintes à la main, sont très notablement inférieures aux six exemples de maladies de la peau qu'a glissés l'imprimerie de Vienne parmi une nombreuse collection de fleurs, de fruits et de peinture de genre. Au dessus de beaucoup de ces spécimens sont suspendus les tableaux peints à l'huile qui ont servi de modèle; et en vérité, ce n'est pas sans une certaine attention qu'on parvient à distinguer la copie de l'original. Cette sorte de *chromo-lithographie* est d'autant plus remarquable, que l'administration de l'imprimerie impériale a le soin de prévenir le visiteur que le prix de l'original est au prix de la copie à peu près comme *cinq cent francs* sont à *vingt-cinq sous*.

Il est donc de la plus haute importance pour la vulgarisation et le progrès de l'anatomie pathologique en France, que nos imprimeurs se familiarisent avec les procédés de l'imprimerie impériale d'Autriche.

Voilà, mon cher ami, ce qui est uniquement relatif à l'art de l'imprimeur. Quant à ce qui concerne la librairie médicale, je vous ai déjà dit qu'elle était représentée à Hyde-Park uniquement par MM. J.-B. Baillière et Victor Masson.

Le premier de ces éditeurs a choisi pour spécimen, dans ses nombreuses et importantes publications, le grand ouvrage d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, ceux de M. Rayer sur les maladies des reins et de la peau, celui de M. Jobert sur la chirurgie autoplastique, celui de M. Ludovic Hirschfeld, celui de M. Donné, tous illustrés de magnifiques planches, et enfin les remarquables travaux de MM. Pouchet sur la *Théorie de l'ovulation spontanée*, Ferrussac et Deshayes sur l'*Histoire naturelle des Mollusques*, travaux illustrés de planches plus belles encore, et dont le dernier en particulier est sans rival en Europe. A côté de ces travaux, où l'art s'allie si heureusement et si avantageusement à la science, M. Baillière a placé l'œuvre de Bénédictin de M. Littré, la traduction presque aussi considérable d'Oribase par MM. Darenberg et Bussemaker, et enfin les traités de MM. Valleix et Guibourt.

Dans la vitrine de M. Masson, qui a tant contribué, comme vous le savez, à donner à nos livres scientifiques les qualités typographiques qu'ils possèdent aujourd'hui, nous avons trouvé le règne animal de Cuvier, la belle monographie des quinquinas de M. Wedel, l'anatomie et la physiologie du système nerveux de M. Foville, l'atlas de M. Bonamy, à côté duquel aurait figuré avec avantage l'excellent traité d'anatomie de notre ami Sappey, et enfin la savante physiologie de notre bon et aimable ami Longet.

Je doute que, si les libraires étrangers avaient songé à exposer leurs produits, ils eussent pu figurer avec avantage à côté de MM. J.-B. Baillière et Masson, quant à l'exécution des produits; mais je suis certain qu'ils y auraient figuré avec désavantage sous le rapport du prix. Or, comme le prix, ainsi que je l'ai dit en commençant, a une influence considérable sur la propagation des sciences, je suis autorisé à conclure que la comparaison aurait été toute au profit de la France, à l'exception de la réserve que j'ai faite pour la chromo-lithographie de Vienne. J'espère du moins qu'ainsi le jugeront tous ceux qui, comme vous, savent désirer ardemment le progrès sans le confondre avec les utopies vaines de quelques cerveaux creux.

H. DE CASTELNAU.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon clinique

Recueillie par les internes du service, MM. BAUCHET et GAILLET.

Messieurs,

Je ne vous entretiendrai pas aujourd'hui des principes généraux qui doivent diriger l'enseignement clinique tel que je le comprends. Je prends mon cours dans une partie de l'année trop avancée; et ces considérations viendront plus naturellement au début du cours. Je vous parlerai donc de suite de quelques-uns de nos malades qui nous ont présenté de l'intérêt à différents points de vue. Deux de ces malades sont atteints de divisions du voile du palais : nous en parlerons plus longuement tout à l'heure; l'autre est une femme morte dans la nuit de vendredi, deux jours après avoir subi l'opération de la hernie étranglée.

Cette femme était dans un âge déjà avancé (soixante-deux ans); elle jouissait habituellement d'une bonne santé, et présentait depuis six mois, dans la partie supérieure de la région crurale droite, une hernie survenue brusquement à la suite d'un effort. Cette malade portait habituellement un bandage; mais, comme il arrive souvent pour les hernies crurales, le bandage était fréquemment déplacé dans les mouvements de la cuisse; aussi la hernie était-elle fort mal contenue.

Le lundi 2 juin, sans cause bien appréciable, la hernie sortit et ne put être réduite. La malade fut prise de douleurs, de coliques violentes, puis bientôt de nausées et de vomissements abondants. Au moment de l'accident, qui, selon elle, serait arrivé à onze heures du matin, elle eut trois ou quatre selles assez abondantes et coup sur coup. Quoi qu'il en soit, ces accidents persistèrent malgré des efforts de taxis tentés par un médecin, malgré l'administration d'un lavement purgatif. La nuit, les vomissements et les coliques continuent, la malade ne prend aucun repos. On fait appeler un nouveau médecin, qui fait infructueusement de nouvelles tentatives de taxis, donne de nouveau un lavement purgatif et applique 12 sangsues sur la tumeur formée par la hernie. Le mercredi matin, 4 juin, M. Gosselin est appelé près de la malade. Nouveau taxis, soutenu pendant près de douze minutes à l'aide du chloroforme; il n'amène aucun résultat. L'opération est alors résolue, et la malade nous est adressée.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas eu de vomissements; le ventre est peu douloureux, sonore, un peu développé; de temps en temps coliques assez vives; la face est légèrement grippée, la langue un peu sèche, la malade évitant de boire crainte des nausées. Du reste, pas de céphalalgie; pouls plein, un peu accéléré; chaleur bonne. La tumeur a le volume d'un petit œuf, un peu allongée dans le sens transversal; elle est peu saillante, fixe au-dessous du ligament de Fallope, autour duquel elle semble un peu se réfléchir en dedans des vaisseaux, un peu au-dessus de l'embouchure de la saphène; elle est tendue, douloureuse à la pression, bien limitée, au milieu d'un tissu cellulaire lamelleux, infiltré d'un peu de sang et de sérosité.

L'opération a été très simple. Nous avons incisé couches par couches; nous sommes arrivé sur le sac, qui a été ouvert largement avec les précautions ordinaires. Il s'est écoulé près d'une cuillerée de sérosité sauguinolente, et nous avons pu voir à nu, au fond de la plaie, une anse d'intestin grêle distendue par les matières qu'elle contenait; elle présentait une coloration d'un rouge veineux assez foncé; de plus, sur sa partie antérieure la plus saillante, on voyait la membrane séreuse, rompue et détachée dans l'étendue de plus d'un centimètre, laissant à nu les fibres circulaires de l'intestin, parfaitement préparées comme sur une pièce anatomique. C'était là l'indice d'un taxis fait certainement avec une vigueur assez grande. J'ai rencontré plusieurs fois cette déchirure de la membrane séreuse de l'intestin; entre autres, chez un malade de M. Breschet. Dans ce cas, l'intestin était comme dépouillé dans l'étendue de deux ou trois pouces, et les fibres circulaires à nu formaient la couche la plus extérieure. Faut-il voir, dans cet accident, une contre-indication à la réduction? On doit, en effet, se demander ce que deviendra cet intestin réduit; se fera-t-il une perforation qui pourrait devenir la cause d'un épanchement de matières fécales dans le ventre et déterminer une péritonite mortelle? ou bien cette plaie du péritoine se cicatrisera-t-elle sans accident? C'est, nous le pensons, ce qui arrive à peu près constamment, et il nous a toujours paru qu'il était d'une bonne pratique de réduire l'intestin dans cet état, plutôt que d'établir un anus contre nature. C'est, en effet, la conduite que nous avons tenue dans ce cas et dans un certain nombre d'autres, sans avoir eu jamais sujet de la regretter (nous pourrons, du reste, observer tout à l'heure, chez cette malade, quel est l'état de l'intestin réduit). Nous avons fait un débridement très peu étendu, directement en haut, et après avoir attiré et examiné les parties de l'intestin sur lesquelles avait porté l'étranglement, nous avons réduit le tout avec la plus grande facilité. Les personnes qui assistaient à l'opération ont pu être surprises du peu d'étendue que j'ai donné au débridement, qui n'a pas eu certainement plus de 2 millimètres, et de la facilité avec laquelle la réduction s'est faite. C'est qu'en effet ces petits débridements suffisent toujours pour rendre la réduction facile. Quant à la partie sur laquelle a porté le débridement, je vous ai dit que c'était en haut; c'est qu'il n'y a nul danger de ce côté, surtout avec des débridements peu étendus, comme je vous conseille de les faire; vous coupez en effet le sac, puis vous entamez le bord inférieur de l'arcade crurale, et vous n'allez pas même jusqu'au cordon; aussi ai-je pour habitude de faire le débridement en ce sens pour la hernie crurale.

L'opération n'a pas eu une issue favorable, comme je vous l'ai dit, et la malade est morte le vendredi, dans la soirée, deux jours après l'opération.

L'autopsie nous a montré les signes non douteux d'une péritonite générale (pus et fausses membranes); mais le point qui nous intéresse le plus et que je veux surtout vous faire remarquer, c'est l'état de l'anse intestinale étranglée. Elle présente une coloration rougeâtre assez prononcée, due à l'infiltration sanguine; mais, dans le point où les fibres musculaires sont à nu, vous ne remarquez ni inflammation violente, ni fausses membranes, ni adhérences; l'intestin a conservé sa résistance normale; seulement cette déchirure paraît un peu moins étendue qu'au moment où la réduction a été faite, parce qu'alors cette anse intestinale était distendue par les matières contenues. Vous pouvez aussi remarquer sur le

sac de la hernie que le débridement a tout au plus 2 millimètres, et que, chose remarquable, il n'a porté que sur le collet. Ceci, en effet, n'est pas habituel dans les hernies crurales, et l'étranglement siége presque constamment à l'anneau fibreux du fascia crébriforme. Cette particularité donne donc au cas que vous avez sous les yeux un intérêt tout particulier et qu'il était bon de signaler à votre attention.

Arrivons maintenant à nos deux malades atteints de divisions du voile du palais. De ces deux affections, l'une est accidentelle, résultat d'un traumatisme récent; l'autre est spontanée, congénitale. Nous pourrons ainsi comparer les caractères propres à chacune de ces variétés.

La première est le résultat d'une opération faite le 30 avril de cette année par M. Giraldès. Il s'agissait d'un polype volumineux, implanté à la partie postérieure de la fosse nasale droite, la remplissant complétement et faisant un peu saillie dans le pharyyx. Il était donc difficilement accessible, et M. Giraldès, suivant en cela le précepte donné par Manne et Garengeot, se décida à diviser le voile du palais sur la ligne médiane et dans toute sa hauteur, afin de faciliter l'opération. Cette manière d'agir a été blâmée par Blandin, comme vous le savez; il lui reproche d'être souvent inutile et même dangereuse. Nous ne pouvons, quant à nous, partager cette opinion. Peut-on dire en effet qu'une opération est inutile lorsqu'elle a pour résultat de vous permettre d'agir directement sur des parties que leur profondeur, leur disposition anatomique soustraient à la vue; quant au danger, il me paraît presque nul, nous n'avons à craindre ni hémorrhagie, ni inflammation violente, ni réaction générale grave; la réunion tend même à se produire spontanément et sans le secours de l'art. C'est en effet ce qui arrive chez notre malade, et c'est un des points sur lesquels je voulais surtout appeler votre attention. Dans ce cas, cependant, les suites de l'opération ne furent pas tout à fait simples; ainsi les lèvres de la division furent le siége d'eschares d'une petite étendue, mais qui néanmoins produisirent une perte de substance. Or malgré cette circonstance défavorable, la réunion s'est déjà faite spontanément dans la moitié supérieure de la division, et vous pouvez observer sur la ligne médiane une petite ligne blanchâtre, un peu déprimée, étendue du bord postérieur de la voûte palatine à la division du voile, et qui est la trace de la réunion; elle marche même avec une certaine rapidité, et, si l'on met entre chaque examen un intervalle de deux ou trois jours, on peut remarquer que la division a diminué d'étendue au profit de la réunion. Ce cas est bien loin d'être une exception, c'est même la règle dans les cas de division traumatique du voile du palais. A l'appui de cette proposition je vous citerai le fait suivant, dans lequel cette tendance fut on ne peut plus marquée.

Il s'agit d'une religieuse d'Orbec, qui portait dans l'épaisseur du voile du palais une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api; cette tumeur faisait saillie du côté de la bouche, du côté du pharynx, déprimait la langue et l'épiglotte, et gênait considérablement la déglutition et la respiration. Cette malade était donc menacée de périr par inanition, sinon par asphyxie. En présence d'un péril si pressant, je résolus d'extraire cette tumeur; une incision fut faite sur la partie moyenne dans toute sa hauteur. Par bonheur elle n'était pas adhérente; je la saisis avec une airigne, et au moyen de quelques débridements à droite et à gauche je pus l'extraire, mais non sans quelque difficulté. Il existait à la place de la tumeur une vaste perforation du voile du palais; on conçoit en effet qu'il nous eût peu préoccupé pendant l'opération. Les jours suivants, nous pûmes voir qu'il en restait quelques lambeaux assez irréguliers, dont un entre autres assez mince placé transversalement au-dessous d'une large perforation, et représentant en quelque sorte le bord inférieur du voile du palais; quelques points de suture furent passés pour tenter la réunion de ces lambeaux, mais fort inutilement. Enfin je cessai tout moyen chirurgical, désespérant de pouvoir jamais obtenir par des moyens artificiels la guérison de cette vaste perforation. La malade fut donc abandonnée aux ressources de la nature. Peu à peu je vis remonter vers les autres lambeaux ce petit pont dont j'ai parlé; enfin la perforation se réduisit graduellement au point d'admettre le bout d'une sonde n° 8.

Ces deux faits, on le comprend, doivent nous rassurer pleinement sur le résultat des divisions traumatiques du voile du palais. Aussi, je le répète, dans les cas comme celui de M. Giraldès, le chirurgien est-il pleinement autorisé à diviser cet organe.

Ce malade nous présente encore de l'intérêt à un autre point de vue; ainsi la voix n'est pas altérée; elle est revenue tout à fait ce qu'elle était avant le développement du polype. Et cela s'explique très bien, car les deux moitiés du voile ont de la tendance non-seulement à venir au contact, mais même à chevaucher leur partie inférieure au niveau de la luette; il n'y a pas la moindre tendance à l'écartement. C'est au moins ce que nous voyons toutes les fois que nous faisons ouvrir un peu largement la bouche du malade.

Le seul inconvénient que notre malade ait ressenti de la division du voile du palais, c'est un peu de difficulté dans la déglutition des liquides; ainsi il est obligé d'avaler avec une certaine lenteur, de prendre quelques précautions, de faire *attention*, comme il le dit lui-même, pour éviter le passage des liquides dans le nez pendant la déglutition.

Un des caractères de ces divisions traumatiques qui se retrouve à un point notable chez notre malade, c'est l'épaisseur de chaque moitié du voile. On sait qu'au contraire dans les cas de division congénitale il y a toujours un certain degré d'atrophie, point fort important et qui n'est pas sans influence sur les insuccès dans les cas de la phyloraphie.

Que faire chez ce malade? Il faut attendre. Il est vraisemblable que la réunion se complétera d'elle-même; sinon, faudra-t-il faire la staphyloraphie? Non encore. Il y a, en effet, une méthode particulière qui n'est pas applicable à la division congénitale du voile du palais, et qui me paraît très convenable pour les cas pareils à celui dont nous parlons, c'est la cautérisation. Elle a été appliquée avec succès par M. Henry, médecin à Lisieux, à un cas de division congénitale; mais probablement, c'est du moins mon opinion, la division était incomplète et n'atteignait pas le bord postérieur de la voûte palatine; le caustique était porté de temps en temps à l'angle de réunion des deux moitiés du voile. M. Cloquet a, je crois, employé aussi ce moyen, mais dans un cas seulement. La cautérisation une fois décidée, de quel agent conviendrait-il de se servir? Quant à moi, je donnerais la préférence au cautère actuel. Cette cautérisation a pour avantage d'être instantanée, d'agir sur un point que l'on peut parfaitement limiter, de déterminer par la cicatrice produite une rétraction plus prononcée que celle produite par tous les autres caustiques. Si donc, chez notre malade, la marche de la cicatrisation s'arrêtait, nous toucherions l'angle de réunion des deux moitiés du voile à plusieurs reprises avec le cautère actuel, pour le forcer à descendre peu à peu au niveau de la luette.

Le deuxième cas de division du voile du palais est congénital; la division existe dans toute sa hauteur, depuis l'épine nasale postérieure jusqu'à la luette, et partage cet organe en deux moitiés latérales. Elles sont écartées lorsqu'on fait ouvrir largement la bouche du malade, et arrivent très difficilement au contact. Les bords de cette division sont minces, tranchants; il existe donc dans ce cas cette atrophie que j'ai dit caractériser les divisions congénitales; la voix est altérée; elle est notablement nasonnée. Si, en outre, on écoute parler le malade avec un peu d'attention, on voit qu'il y a un certain nombre de lettres qu'il ne peut prononcer ou qu'il prononce fort mal. Enfin, chez lui, la déglutition des liquides n'est pas très gênée, ce qui tient probablement à ce que la division existe dès la naissance, et que peut-être il s'est établi dans le mécanisme de cette fonction quelque modification difficilement appréciable en vue de suppléer aux fonctions de l'organe mal formé.

Ce jeune garçon est, du reste, dans des conditions favorables; ainsi il a vingt ans et a le plus grand désir de guérir de son infirmité. Or, vous n'ignorez pas que M. Roux recommande de ne point faire la staphyloraphie chez les enfants âgés de moins de douze à quinze ans. Dans un âge moins avancé, le champ dans lequel on doit agir est, en effet, trop rétréci pour permettre de manœuvrer convenablement les instruments; de plus, il faut que le malade soit plein de docilité, se soumette à toutes les exigences du médecin et, entre autres choses, s'abstienne de boire, malgré une soif souvent fort vive. Cependant, je dois le dire, certains auteurs ont conseillé d'opérer dès la naissance, et même une sorte de réaction s'est opérée en ce sens depuis les nombreuses opérations de bec-de-lièvre faites avec succès par M. Dubois sur des enfants à la mamelle et même sur des nouveau-nés. Maintenant même il est peu de chirurgiens qui hésitent à opérer un bec-de-lièvre chez l'enfant. La principale raison qui a fait adopter cette pratique, c'est, vous le savez, le rapprochement graduel des deux moitiés de l'arcade dentaire et, par suite, une diminution considérable de la difformité ou même sa disparition. J'avais cru que l'on pourrait peut-être obtenir le même succès pour le rapprochement de la voûte palatine, en faisant la staphyloraphie dans l'enfance, pour les cas de bec-de-lièvre compliqué, ou pour les cas de division congénitale du voile et de la voûte du palais. J'étais, du reste, encouragé dans cette voie par un succès de M. Maisonneuve. Je fis donc une opération dans ces conditions, mais sans succès. L'opération fut très difficile, à cause du peu d'étendue du champ dans lequel je devais faire agir les instruments; en outre, l'enfant tendait à soulever instinctivement la langue et la portait incessamment entre les lèvres de la plaie, et rendait presque impossible l'application de la suture. Il faut ajouter que les enfants ne crachent pas, que l'opération donne lieu à un écoulement de sang qui tombe dans le pharynx et passe de là dans l'œsophage, puis dans l'estomac. Or, si l'on se rappelle que le sang introduit dans l'estomac, dans de telles conditions, doit être presque nécessairement rejeté par le vomissement, dont les efforts viendront ébranler la suture et compromettre le succès; si l'on ajoute à toutes ces raisons la seccahilité si grande des tissus chez l'enfant, l'on se rendra facilement compte de cet insuccès et l'on sentira toute la sagesse du précepte qu'a posé M. Roux. Aussi l'ai-je adopté entièrement quant à l'opération de la staphyloraphie.

Sous le rapport de la docilité, notre malade est dans de très bonnes dispositions, il montre en effet très facilement le fond de sa bouche, et, comme vous avez pu le voir tous les matins à la visite, nous avons essayé d'émousser la sensibilité de cette partie par des examens fréquents et prolongés, par des attouchements réitérés avec le doigt: aussi maintenant, ces attouchements ne déterminent-ils plus de mouvements dans ces parties.

Mais, avant de procéder à l'opération dont il s'agit, il importe de vous exposer les différents procédés, et surtout les perfectionnements divers dont elle a été l'objet, depuis 1819, époque à laquelle M. Roux obtint ses premiers succès. M. Roux n'est cependant pas le premier qui ait songé à guérir la division congénitale du voile du palais; Græff, en 1817, avait fait plusieurs opérations dans ce but, mais il n'avait pas obtenu un seul succès et son opération était tombée dans l'oubli. On n'a, du reste, que des détails fort vagues sur la manière d'opérer.

M. Roux, comme je l'ai dit, fit ses premières opérations de staphyloraphie en 1819 et obtint plusieurs succès; il opérait de la manière suivante: passait d'abord les fils au nombre de trois, puis faisait l'avivement, et enfin liait ses fils. Il opéra ainsi pendant plusieurs années, de même que les chirurgiens qui suivirent ses traces. Mais les insuccès étaient assez nombreux, les différents temps de l'opération présentaient des difficultés assez grandes; vinrent alors plusieurs chirurgiens qui tentèrent de surmonter ces difficultés par l'invention d'instruments plus ou moins ingénieux destinés surtout à passer les fils; telles sont les différentes sortes de porte-aiguilles, etc., que je n'entreprendrai pas de vous décrire ici.

Plus tard, d'autres chirurgiens, beaucoup moins préoccupés des instruments, s'étudièrent surtout à mettre les lèvres de la plaie dans un parfait affrontement, à diminuer la tension des parties en contact, et vous comprenez combien cette préoccupation était importante. C'est cette idée qui a porté M. Jobert, dans ses opérations de fistule vésico-vaginale, à faire des débridements particulièrement du côté du col de l'utérus. Dans l'opération de la staphyloraphie, lorsque la division du voile se complique d'une division incomplète de la voûte palatine, M. Roux avait déjà conseillé de faire des débridements. Dans un cas de ce genre même, il avait fait un débridement transversal à l'attache du voile à la voûte palatine, afin de pouvoir amener au contact les deux moitiés de l'organe trop écartées, et il avait eu le bonheur de réussir.

Cependant, malgré ce perfectionnement, les insuccès étaient encore nombreux, et c'est ce qui a porté Dieffenbach à conseiller les incisions latérales de chaque côté de la suture. Mais cet auteur est assez vague, il ne s'exprime pas nettement sur l'étendue, la profondeur de l'incision, sur les tissus qui doivent être divisés; j'ai cru comprendre qu'il recommandait de diviser seulement la couche muqueuse et la couche glanduleuse; c'est, en un mot, quelque chose de semblable aux incisions que Celse a recommandé, lorsque dans la suture des lèvres il y a un peu trop de tension.

Or, ces incisions dans un grand nombre de cas seraient insuffisantes, et vous le comprendrez facilement si vous vous rappelez la disposition générale des muscles du voile du palais, en négligeant le petit muscle spalato-staphylin, qui est peu important pour nous. Nous voyons que les muscles du voile, au nombre de 4 de chaque côté, peuvent se diviser en un système ascendant et un système descendant. Seulement, tous viennent pénétrer dans cet organe par ses bords latéraux en changeant de direction et en devenant horizontaux. Tous ces muscles, par suite de ce changement de direction, ont donc pour effet commun, dans les cas de division congénitale du voile du palais, de tirailler plus ou moins fortement en dehors chaque moitié latérale de l'organe, et conséquemment de tirailler la suture, de nuire à l'affrontement des deux lèvres de la plaie. C'est dans le but de remédier à cet inconvénient, que M. Warren, de Boston, a donné le conseil de couper les muscles péristaphylins externe et interne, au moment où ils pénètrent dans l'organe; mais cette opération n'a pas donné des résultats très satisfaisants. M. Fergusson, dirigé par la même idée, coupa le péristaphylin externe et le glosso-staphylin, et il aurait obtenu, en agissant ainsi, un meilleur résultat que M. Warren.

M. Sédillot, enfin, combinant en quelque sorte les résultats déjà obtenus par M. Warren et M. Fergusson, s'est demandé si l'on ne pourrait pas soustraire le voile du palais aux mouvements qu'il accomplit habituellement et le mettre dans un relâchement complet, il s'est demandé enfin si l'on ne pourrait pas couper tous les muscles du voile du palais. Il n'a pas tardé à mettre en pratique cette idée. Une jeune fille s'est présentée à lui, elle avait deux fois déjà subi l'opération de la staphyloraphie avec un insuccès complet; M. Sédillot l'a opérée, a mis le voile du palais dans le relâchement par la section de tous ses muscles, et la malade a parfaitement guéri. La sœur de cette première malade présentait aussi une division du voile, mais elle n'avait jamais subi d'opération; M. Sédillot l'opère par son procédé, succès complet comme dans le premier cas. Cette opération est un progrès remarquable; on met ainsi le voile dans le relâchement, les fils ne tirent pas, les bords de la plaie ne sont pas tendus, ils sont convenablement affrontés; ce sont là des conditions nécessaires pour la bonne réussite des sutures; M. Sedillot a même pu laisser ses malades boire et se gargariser, ce qui n'est pas sans importance, vous le comprenez, pour leur bien-être.

Malgré ces éloges mérités, que je donne au procédé de M. Sédillot, je ne vais cependant pas le mettre en pratique pour mon malade, et voici pourquoi: c'est que ces incisions sur le voile, ces sections des muscles doivent amener probablement quelques irrégularités dans la forme, quelques difficultés dans les mouvements de l'organe, et selon moi, il faut les réserver spécialement pour les cas où il y a tension de l'une des parties, pour les cas opérés précédemment sans succès, pour ceux avec perte de substance. Mais si les deux moitiés de l'organe peuvent venir facilement au contact, ces débridements ne nous paraissent pas indispensables. Si toutefois, pendant l'opération, je m'apercevais qu'il existât un peu de tension dans quelques parties du voile, je ne balancerais pas à couper chez notre malade le muscle péristaphylin externe, qui me paraît l'agent le plus actif du tiraillement en dehors.

Après la leçon que nous venons de rapporter, l'opération a été faite en présence d'un concours nombreux d'élèves avec ce soin et cette habileté qui distinguent l'honorable professeur. Les fils une fois liés et coupés, M. Nélaton a trouvé un peu de tension dans la moitié supérieure et droite du voile, aussitôt il s'est décidé à couper le péristaphylin externe. Cette section faite, le voile a paru suffisamment relâché et le malade a été reconduit à son lit.

OBSERVATION DE MORVE AIGUE

communiquée du cheval à l'homme.

Par M. Narbonne,

ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hôpital de Narbonne.

Le nommé Sicart, roulier, âgé de trente-trois ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament sanguin fortement prononcé et d'une constitution très vigoureuse. Cet homme

habite Bayes, petite localité située à huit kilomètres de Narbonne. Il avait depuis quelque temps deux chevaux malades qu'il soignait tous les jours, et il connaissait tellement la gravité de cette affection, qu'il avait engagé sa femme à ne pas s'approcher d'eux, et à ne pas les toucher; l'un avait le farcin, il jetait par les nasaux; l'autre jetait beaucoup. La première fois que je fus appelé auprès de lui, j'appris du médecin qui le voyait habituellement les détails suivants:

La maladie avait débuté quinze jours ou trois semaines auparavant, et on n'avait appelé un homme de l'art que huit à dix jours après le début des premiers accidents. A cette époque Sicart présentait tous les signes d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé, très intense. Les articulations étaient le siége de douleurs très violentes, et le moindre mouvement occasionnait des souffrances atroces; il fut traité en conséquence. Deux saignées furent pratiquées; il n'y eut pas d'amélioration. Le nitrate de potasse ne put être supporté; le sulfate de quinine fut administré les jours suivants sans plus de succès. L'articulation tibio-tarsienne du côté droit devint le siége d'un abcès qui fut ouvert. La fièvre avait toujours été très intense. Tels sont les quelques détails que je pus recueillir sur les commémoratifs de cet homme, que je vis pour la première fois le 13 mai, à huit heures du matin, et qui alors présentait l'état suivant: Le malade est couché sur le dos, sa physionomie exprime l'anxiété, sa figure est animée et fortement injectée; l'intelligence est conservée, mais il répond avec impatience aux questions qu'on lui adresse; sa parole est brève. Il se plaint d'un violent mal de tête. Ses yeux sont souvent à demi fermés; sur la joue droite existe une inflammation de nature érysipélateuse qui a envahi les paupières et principalement la paupière inférieure; les narines sont le siége d'un prurit qui engage le malade à y porter ses doigts, et d'où s'écoule par intervalles une petite quantité de sang; la soif est vive, la langue blanche, recouverte d'une couche saburrale assez épaisse, rouge sur la pointe et sur les bords. Lorsqu'on lui dit de la sortir, il parvient difficilement à la montrer d'une manière complète, car elle est agitée par des mouvements convulsifs très rapides. La déglutition est difficile; la respiration un peu gênée; la peau est chaude et sèche; le pouls fort et fréquent (130 pulsations); les mouvements du cœur sont précipités, mais très distincts, sans bruit anomal.

Les douleurs violentes qui avaient existé antérieurement dans les épaules, les coudes et les poignets ont disparu, mais sont remplacées par un peu de roideur dans ces articulations; les mouvements sont un peu difficiles, et, lorsque le malade veut lever les mains, on voit qu'elles sont agitées par des mouvements convulsifs, par des tremblements continuels; aussi saisit-il les objets avec beaucoup de difficultés et après beaucoup d'efforts; par moments, soubresauts des tendons.

Les genoux sont encore le siége de douleurs assez vives, mais sans gonflement appréciable; le genou droit présente encore un peu de rougeur, et sur la partie externe de l'articulation on aperçoit une éruption de pustules petites, blanchâtres, paraissant formées par une matière concrète. Elles sont au nombre de sept ou huit. Cette éruption n'existe dans aucune autre région du corps. Dans les articulations du pied, la scène change, et d'abord l'articulation tibio-tarsienne gauche est le siége d'un gonflement bien notable; le moindre attouchement y provoque de la douleur; ce gonflement entoure l'articulation d'une manière uniforme et présente une coloration d'un rouge vif. Au-dessous de la malléole externe, on constate une tumeur de la grosseur d'une petite noix, douloureuse à la pression et évidemment fluctuante.

L'articulation tibio-tarsienne droite est douloureuse, mais à un moindre degré que celle du côté opposé; près de la malléole interne existe une petite plaie consécutive à un abcès qui a été ouvert il y a peu de jours, et par où s'écoule un pus très épais, à demi concret, lorsqu'on vient à presser les parties environnantes; la peau est décollée dans une étendue de 3 centimètres à peu près autour de cette petite plaie, et présente une coloration violacée. Le ventre est souple et indolent, pas de selles depuis deux jours; sécrétion urinaire peu abondante. — Emétique en lavage.

Je revis le malade le lendemain à huit heures du matin. J'appris qu'il avait passé une mauvaise nuit; agitation, délire presque continuel, se rapportant principalement à ses occupations habituelles; sa figure est abattue; ses yeux se ferment souvent d'une manière complète; il répond aux questions qu'on lui adresse, mais avec plus de difficulté qu'hier; les mouvements convulsifs de la langue persistent toujours; il en est de même des mains. L'inflammation érysipélateuse de la joue a un peu pâli. Il y a eu depuis hier plusieurs saignements de nez, mais le sang a coulé en quantité peu considérable. Plusieurs selles liquides. Pas de changement dans les genoux. Sur le poignet droit, éruption analogue à celle qui existait hier sur le genou droit; cette dernière présente les mêmes caractères. Les articulations tibio-tarsiennes n'offrent aucun changement: elles sont toujours fort douloureuses; il s'écoule moins de pus. La peau a perdu la chaleur vive qu'elle avait hier; elle est un peu humide. Le pouls est plus fréquent (140 pulsations), mais il a perdu de sa force et est facilement dépressible. Les battements du cœur sont toujours fréquents, sans bruit anomal. La respiration est un peu gênée, parfois saccadée. La percussion et l'auscultation ne font constater rien de particulier, si ce n'est un peu de râle sous-crépitant à la partie inférieure du poumon droit. — Emétique en lavage; frictions sur les articulations avec l'onguent napolitain.

Six heures du soir. La journée a été très mauvaise; le malade a été plongé dans un assoupissement profond; par moments un peu de délire. Lorsqu'on l'interroge, il répond encore aux questions qu'on lui adresse, mais pour retomber bientôt dans l'assoupissement; il ouvre les yeux, mais les referme bientôt après. La respiration est très gênée; les mouvements de la poitrine sont saccadés. Rien de particulier à la percussion et à l'auscultation. La langue est un peu sèche; la peau est couverte d'une sueur froide; le pouls petit, misérable, difficile à compter. Plusieurs épistaxis dans la journée.

Mort à dix heures du soir. L'autopsie n'a pu être faite. Après la mort, écoulement abondant par le nez.

LUXATION SOUS-PUBIENNE DU CÔTÉ DROIT.

Fracture condyloïdienne du fémur gauche chez le même individu. — Mort le cinquième jour. — Autopsie des deux membres.

Par M. le docteur VERHAEGHE, d'Ostende.

Un fait doublement intéressant, sous le rapport de l'histoire des luxations de la cuisse d'abord et ensuite sous celui de l'histoire des fractures condyloïdiennes du fémur, s'est présenté à l'hôpital civil d'Ostende dans le courant du mois de mai.

Un homme d'une cinquantaine d'années tomba d'une hauteur de trente pieds et se fit plusieurs blessures graves. Transporté immédiatement à l'hôpital, il offrit:

1° Une plaie à la région sourcilière droite avec fracture de l'os frontal;

2° Une fracture des os propres du nez;

3° Une fracture de la voûte palatine s'étendant dans toute la longueur de la ligne médiane et séparant les deux os maxillaires supérieurs;

4° Une fracture compliquée de l'humérus droit;

5° Une luxation en bas et en avant de la cuisse droite;

6° Enfin, une fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche dans l'articulation.

La luxation fut réduite facilement par les moyens ordinaires. La fracture du fémur gauche comprenant le condyle interne fut reconnue à une vive douleur avec gonflement du genou, augmentée par les mouvements de flexion et d'extension imprimés à l'articulation, ainsi qu'à la crépitation très apparente déterminée par ces mouvements. Le membre fut placé dans l'extension et entouré d'un appareil amidonné.

Malgré le nombre et la gravité de ces blessures, cet homme allait bien les premiers jours et fit même concevoir l'espoir d'une guérison, lorsqu'une méningite aiguë se déclara le quatrième jour et emporta le blessé au bout de vingt-quatre heures.

Je ne donnerai ici que les détails des désordres observés dans les deux membres inférieurs, comme étant les seuls points réellement intéressants de l'histoire de ce blessé.

Aucun des muscles qui entourent l'articulation coxo-fémorale n'était déchiré. Une extravasation sanguine assez considérable existait dans le tissu cellulaire compris entre les muscles pectiné et obturateur externe; une portion de ce tissu était en outre lacérée, ce qui indique que la tête du fémur avait occupé cet espace pendant la luxation. Les deux muscles que je viens de nommer étaient ramollis et se laissaient déchirer [illegible] la plus grande facilité. Le ligament qui remplit le tro[illegible]ateur était intact, et l'infiltration sanguine de ce lig[illegible]t et du muscle obturateur externe se bornait à peu de chose. La capsule articulaire était largement déchirée à sa partie interne, et le ligament rond était complétement rompu à son point d'insertion sur la tête du fémur. Le tissu cellulaire de la fesse était assez largement ecchymosé.

La fracture condyloïdienne tombait juste au milieu de la poulie articulaire du fémur gauche, divisant l'os d'avant en arrière dans toute son épaisseur. De là, elle remontait obliquement en dedans à la hauteur de six à sept centimètres, de sorte que le condyle interne se trouvait séparé du reste de l'os, retenu seulement en place par les parties molles non divisées. Les fragments de cette fracture étaient légèrement mobiles l'un sur l'autre, mais n'avaient point quitté leurs rapports respectifs. La cavité articulaire était remplie de sang liquide mêlé à de la synovie.

— Les auteurs sont partagés sur la question de savoir si le ligament rond est rompu ou non dans la luxation sous-pubienne. Astley Cooper n'hésite pas à dire qu'il l'est toujours et qu'il se rompt avant même que la tête de l'os ait quitté la cavité cotyloïde; tandis que Boyer croit que la disposition de ce ligament lui permet de céder sans se rompre, et que c'est seulement dans les déplacements très étendus qu'il peut se rompre en partie ou en totalité. Aucun de ces illustres chirurgiens ne rapporte des autopsies de luxation récente à l'appui de son opinion; aussi l'auteur de l'article: *Luxation de la hanche* du *Dictionnaire de médecine* regrette-t-il de voir persister le doute à cet égard. J'ignore si des faits observés depuis sont venus décider cette question; mais, comme le nombre n'en saurait être trop grand, j'ai tout lieu de croire que les détails que l'on vient de lire pourront être utiles à ceux qui s'occuperont dans la suite de l'histoire des luxations coxo-fémorales.

Un autre point de la luxation sous-pubienne sur lequel les auteurs ne sont pas non plus d'accord, c'est l'endroit qu'occupe la tête de l'os lorsqu'elle est sortie ainsi de la cavité. Tandis que les uns la disent logée dans la fosse obturatrice entre le ligament que forme le trou ovale et le muscle obturateur externe, les autres la placent sur le muscle obturateur entre celui-ci et le pectiné. C'est dans cette dernière situation et vis-à-vis du trou obturateur qu'elle a été logée chez mon blessé.

La fracture de l'un ou l'autre condyle du fémur est un accident qui paraît être très rare, puisque M. Malgaigne, qui est sans contredit l'autorité la plus compétente en matière de fractures, n'en connaît que cinq exemples. Elle a été reconnue sur le vivant non-seulement par moi, mais aussi par mes confrères attachés à l'hôpital d'Ostende.

Le mode de traitement que j'avais adopté est la position du membre dans l'extension et l'appareil amidonné, qui est généralement employé ici. Si le blessé avait survécu, l'articulation siége de la fracture aurait été soumise au bout de trois semaines à des mouvements peu étendus, que la disposition particulière de l'appareil de M. Seutin pour ces sortes de cas permet d'exécuter sans le moindre dérangement du bandage et avec la certitude de prévenir l'ankylose.

NOUVEAU MOYEN ANTISYPHILITIQUE.

Bichromate de potasse employé dans un cas d'infection constitutionnelle.

Par le docteur VICENTE.

M. de G..., âgé de vingt-huit ans, demeurant à Paris, aux bains de la rue de la Pépinière, eut, il y a trois ans, un chancre induré qui fut cautérisé par un médecin de Vienne, qu'il habitait alors. Au bout de huit jours le chancre était cicatrisé, et pendant un mois M. de G... prit tous les jours une et deux pilules de proto-iodure de mercure. Après ce traitement, son médecin lui assura qu'il était guéri. Six mois plus tard, M. de G... quitta Vienne pour venir habiter Paris, et peu de temps après son arrivée il vint me consulter pour un petit bouton qu'il avait au front depuis quelques jours; ce bouton n'était autre chose qu'une plaque sèche syphilitique; les antécédents, l'alopécie et l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ne me laissèrent aucun doute sur le diagnostic de cette affection. M. de G... fut soumis à un traitement mercuriel énergique qui n'empêcha pas cependant le développement de plusieurs autres plaques syphilitiques, car huit jours après tout le cuir chevelu se couvrit de croûtes, qui disparurent au moyen d'onctions faites avec une pommade composée de turbith minéral. Quelques plaques isolées se présentèrent aussi sur les bras, et furent guéries de la même manière. Le malade prit pendant quarante jours plus de 150 pilules de proto iodure de mercure (1 grain chacune), et il se crut encore une fois guéri.

Ne partageant pas l'opinion de ceux qui croient les maladies radicalement guéries lorsqu'après un traitement mercuriel tous les phénomènes syphilitiques ont disparu; convaincu du contraire par les nombreuses récidives que j'ai observées chez des personnes qui ont suivi plusieurs traitements antisyphilitiques très énergiques dirigés par moi-même, et dont les observations bien détaillées se trouvent consignées dans le deuxième volume de mon *Tratado theorico-practico de las enfermedades venenas y syfiliticas*; autorisé enfin par des cas très nombreux de récidives que j'ai aussi observés pendant quatre ans à la clinique de M. Ricord; pensant, dis-je, avec ce célèbre syphilographe, que des accidents constitutionnels les mieux traités et parfaitement effacés peuvent se présenter de nouveau sous différentes formes au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il soit besoin d'une nouvelle infection, j'ai l'habitude d'en prévenir les malades, comme je le fis alors à l'égard de M. de G....

En effet, au bout d'un an, les plaques syphilitiques reparurent de nouveau, comme la première fois, à la tête et aux avant-bras, et de plus sur les commissures des lèvres et sur le bord de la langue. Le traitement mercuriel fut suivi alors pendant deux mois; les croûtes de la tête tombèrent après les onctions de pommade de turbith minéral, mais les plaques de la bouche persistèrent pendant cinq mois, et ne disparurent qu'après les avoir touchées pendant longtemps avec le crayon de sulfate de cuivre. Le malade était encore une fois guéri; mais huit mois plus tard il vint me trouver, se plaignant d'avoir mal à la bouche. Le timbre de la voix était changé; sur la voûte palatine se voyait une traînée d'ulcères superficiels, dont deux plus profondes que les autres entouraient la luette et allaient se perdre derrière le voile du palais. Cet état du malade me fit concevoir des craintes réelles pour sa luette, que je voyais pour ainsi dire sapée par la base. La forme de ces ulcérations était due à la réunion de plusieurs plaques syphilitiques.

M. de G... avait déjà pris beaucoup de mercure, à trois reprises différentes. Je me décidai à le soumettre à un traitement antisyphilitique nouveau qui m'avait été indiqué par un chimiste distingué de Paris, dont je prononcerai tout à l'heure le nom. Ce nouveau médicament est le *bichromate de potasse*, que j'administrai en pilules à M. de G..., à la dose d'un quart de grain. Au bout de trois jours il prenait deux pilules; trois jours après, il en prit une le matin, une à midi, et la troisième en se couchant. Le quinzième jour, le nombre fut élevé à cinq, deux le matin, deux à midi, et une le soir. Les premières deux pilules qu'il avait prises à la fois lui occasionnèrent quelques nausées; mais l'estomac s'habitua bientôt à ce sel; et prenant cinq pilules par jour, comme je viens de le dire, le malade en consomma deux boîtes de 80 pilules chacune.

En même temps que les pilules du bichromate de potasse, j'avais conseillé des gargarisme iodés (3 pour 100 d'eau distillée). Au bout de quinze jours de ce traitement les ulcères de la bouche changeaient d'aspect; de profondes qu'ils étaient, ils commencèrent à devenir plus superficiels; le timbre de la voix n'était plus le même; ce qui me fit grand plaisir, car j'avais craint que la luette ne tombât. Enfin deux mois plus tard tout était cicatrisé et la voix revenue à son état normal.

Pendant ce traitement, le malade eut un appétit dévorant. « Autant, me disait-il, les pilules de mercure m'occasionnaient une espèce de malaise dans l'estomac et m'ôtaient tout appétit, autant celles que je prends maintenant me donnent une faim insatiable. » En effet, depuis deux ans que je traite M. de G..., je ne l'ai jamais vu aussi bien portant.

Que conclure de cette observation? Le but que je me suis proposé en la publiant n'est pas, certes, de présenter le bichromate de potasse comme un antisyphilitique qui doit dès aujourd'hui remplacer le mercure; il faudra pour cela des faits nombreux et plus concluants; mais j'ai cru devoir publier néanmoins cette observation, afin d'engager les praticiens à employer le bichromate de potasse, qui, d'après les

vues théoriques de M. Edouard Robin, doit jouir de propriétés antisyphilitiques pour le moins aussi énergiques que les préparations mercurielles.

C'est dans des conférences particulières que j'eus avec ce savant chimiste que, le questionnant sur la possibilité de trouver une préparation chimique qui pût se substituer au mercure, il me répondit : « Nombre de composés exercent sur les matières animales un mode d'action analogue à celui des mercuriaux, nombre de composés doivent jouir de leurs propriétés antisyphilitiques. Parmi ces composés, il en est même quelques uns dont l'action antisyphilitique pourra être supérieure à celle du mercure. » C'est alors qu'il m'indiqua le bichromate de potasse, dont je fis prendre à M. de G... 160 pilules de un quart de grain. Je rappellerai ici que cette fois le malade eut des accidents syphilitiques plus graves, plus profonds que les précédents et qui ont disparu plus vite. Je suis convaincu que les gargarismes iodés ont beaucoup contribué à une cicatrisation si rapide des ulcères de la bouche ; mais pour moi il est hors de doute que le bichromate de potasse n'est pas resté sans effet antisyphilique.

Disons en résumé :

1° Que notre malade a mieux supporté le bichromate de potasse que les préparations mercurielles; que lorsqu'il était sous l'influence du mercure il était sans appétit, triste, pâle et maigre, au lieu que pendant et après l'usage du bichromate de potasse l'appétit est revenu, et avec lui la gaieté, les couleurs et l'embonpoint;

2° Que les plaques syphilitiques de la bouche profondément ulcérées ont disparu plus vite cette fois que lorsqu'il a été soumis au traitement mercuriel;

3° Enfin que, si des expériences ultérieures venaient confirmer ou prouver l'action antisyphilitique du bichromate de potasse, son emploi nous serait plus facile chez beaucoup de personnes qui, ayant horreur du mercure, se refusent à le prendre, préférant ne rien faire et se laissant ainsi miner par le virus syphilitique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juin 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Chaleur animale.

M. le docteur Wanner adresse un mémoire sur la chaleur animale, les lois de l'inflammation et les moyens à employer pour les combattre. (Commission déjà nommée.)

Rétrécissements de l'urètre.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une nouvelle note sur le traitement des rétrécissements de l'urètre par les bougies tortillées.

Déjà, dit-il, dans mon *Traité des rétrécissements* j'ai inséré une vingtaine de faits qui démontrent les avantages de cette importante minutie; je prie l'Académie de me permettre de lui en adresser une nouvelle série, afin d'attirer sur ce point l'attention des médecins. Ces faits sont au nombre de 53; je n'ai pas relaté tous ceux que j'ai rencontrés, j'ai choisi de préférence ceux qui ont eu des médecins pour témoins, afin de leur donner plus d'authenticité; au surplus, les occasions de vérifier les bons effets de la manœuvre que j'ai indiquée ne sont pas rares et chacun par sa propre expérience peut en acquérir la conviction. Il n'est pas nécessaire d'avoir des instruments fabriqués *ad hoc* : il suffit de prendre une petite bougie fine de gomme ou de gutta-percha, de l'enrouler autour d'une grosse épingle ou de toute autre tige cylindrique et de l'y tenir fixée pendant une ou deux minutes; la forme de spirale qu'elle conserve permet au chirurgien de rencontrer l'ouverture excentrique de l'angustie et d'en suivre les sinuosités; il est bon de varier les courbes de la spirale et les formes du crochet qui la termine. La bougie tortillée demande pour son application beaucoup de légèreté de main et de patience : ce n'est parfois qu'après une demi-heure et plus de tentatives qu'il est possible de la faire pénétrer.

Ordinairement l'urine peut couler à côté de la bougie capillaire; alors l'indication est de la laisser à demeure pendant vingt-quatre heures et de la faire suivre immédiatement d'une plus grosse sans interruption, car autrement les difficultés se reproduiraient peut-être aussi grandes qu'à la première introduction.

Kystes de l'ovaire.

M. Delotz, de Saint-Flour, adresse un mémoire sur la formation des kystes de l'ovaire. Il pense qu'ils se forment dans les vésicules ovariennes.

Nicotine.

M. Barral adresse une réclamation relativement à la nicotine, qu'il dit avoir préparée pure le premier et dont il a aussi constaté les propriétés toxiques.

M. ORFILA a la parole au sujet de la correspondance.

Il déclare que le but de son mémoire a été de démontrer que la nicotine est absorbée et qu'elle peut être retrouvée après la mort dans le foie, les reins, le poumon, etc. Mais mon intention, dit-il, n'a jamais été de tracer une histoire complète de la nicotine, et c'est dans ce cas seulement que j'aurais eu à citer les travaux de MM. Barral, Melsens et Schlevessing. Quant au mémoire de MM. Boutron et O. Henry, il m'était inconnu, et je me suis fait un devoir de citer ce mémoire dans le travail qui paraîtra prochainement dans le *Bulletin*. Mais, tout en rappelant que je n'avais point l'intention de faire l'histoire de la nicotine, je dois dire que personne, à l'exception de M. Stas dont j'ignorais le travail, n'a fait connaître aussi complètement que moi les propriétés chimiques de cet agent.

RAPPORTS.

Vaccinations.

M. Bousquet lit la première partie du rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France et à l'étranger pendant l'année 1849. La seconde partie de ce rapport, qui désignera les médecins auxquels la commission a décerné des récompenses, sera lue dans une autre séance.

Syphilis des nouveau-nés

M. Cazeaux lit un rapport sur le mémoire lu dernièrement par M. Depaul et que nous avons publié textuellement. Son étendue nous empêche de le publier; mais nous aurons soin de le discuter longuement quand nous aurons pu le méditer comme il le mérite.

Ce rapport est suivi d'une discussion à laquelle prennent part MM. Roux, Gibert, Moreau, Danyau et P. Dubois. L'intérêt pratique de cette discussion et l'étendue du rapport de M. Cazeaux nous obligent d'en renvoyer à notre prochain numéro l'examen et le compte-rendu.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juin 1851. — Présidence de M. RAYER.

Nouvelle théorie de l'épilepsie et des accès en général.

M. Marshall-Hall communique sur ce sujet la nouvelle note suivante :

J'essaie, dit l'auteur, d'assujettir les divers accès des maladies paroxysmales et surtout de l'épilepsie aux mêmes lois d'investigation que les autres maladies. Et, quoiqu'il ait été dit que l'épilepsie est au-dessus de toute explication physiologique et que tous les médecins la traitent encore aujourd'hui empiriquement, je ne crains pas de pouvoir ramener cette maladie à la catégorie des choses non entièrement incompréhensibles.

J'ai commencé par séparer entre ces accès ceux qui sont d'origine inorganique, mettant à part les maladies organiques du système nerveux. Puis j'ai retracé chaque anneau de la chaîne des causes et des effets dans ces accès séparément pour les réunir et les enchaîner ensuite par une espèce d'analyse et de synthèse.

Les causes de ces accès sont de nature à agir sur le centre du système spinal directement ou diastaltiquement; c'est par ce système qu'ils atteignent les muscles du cou, et par les contractions spasmodiques de ces muscles que les veines de cette région deviennent comprimées et congestionnées à leurs racines capillaires; d'où l'engorgement, le ramollissement, la rupture des centres nerveux et des symptômes paralytiques, apoplectiques et épileptiques. Selon le degré de ces effets, les maladies sont simplement paroxysmales ou permanentes.

Chaque accès laisse après lui une susceptibilité du système spinal augmentée, cause disposante des accès futurs.

J'ai associé avec les attaques d'épilepsie les accès paralytiques et apoplectiques de forme paroxysmale et plus ou moins évacuante, accès qui se présentent presque journellement au médecin dès que son attention y est rappelée spécialement.

Les accès apoplectiques, paralytiques, épileptiques ne complètent pas le catalogue de ces maladies; il faut y ajouter la folie, la démence, la paralysie générale, effets plus ou moins prompts ou éloignés de ces accès.

J'ai attaché une importance toute nouvelle à la région du cou, comme région médicale, importance qui mérite, je crois, d'être signalée par une expression nouvelle : j'ai choisi celle de *trachélisme*.

Ecole secondaire de Médecine de Reims.

M. le ministre de l'instruction publique ayant autorisé l'Ecole à procéder par voie de concours à la présentation d'une liste de candidats pour la nomination d'un professeur titulaire à la chaire d'anatomie et de physiologie devenue vacante, le directeur de l'Ecole invite les docteurs en médecine et en chirurgie qui auraient l'intention de concourir à vouloir bien la lui faire connaître; il s'empressera de leur fournir tous les renseignements qu'ils pourront désirer.

Le concours s'ouvrira du 16 au 20 août prochain.

Le directeur de l'Ecole,
F. HANNEQUIN.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 20 JUIN 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Ainsi que nous l'avons annoncé, nous avons lu avec toute l'attention qu'il nous avait paru mériter le rapport de M. Cazeaux. Nous devons dire que cette lecture attentive a entièrement confirmé notre première impression. Si M. Cazeaux a voulu prouver à l'Académie qu'elle ne s'était point trompée en l'associant à ses travaux, il a complétement atteint son but. Est-ce à dire que toutes les opinions professées par le jeune académicien soient à l'abri de toute contestation? Nous sommes loin de le penser; mais s'il fallait qu'un travail ne contînt absolument que des vérités à l'abri de toute contestation pour mériter nos éloges, combien peu seraient dans ce cas, surtout en médecine, où la vérité est si difficile à dégager de l'erreur. Nous savons heureusement être moins difficile que cela. Lorsqu'un mémoire, lorsqu'un travail quelconque renferme des idées qui ne sont point trop évidemment déraisonnables, quand ces idées sont développées avec ordre et méthode, quand elles sont exposées dans un langage clair, simple et correct, comme le doit être le véritable langage scientifique, nous disons que l'auteur d'un tel travail mérite nos éloges, et voilà pourquoi nous les donnons aujourd'hui à M. Cazeaux.

Mais cette dette légitime une fois payée, faisons, comme M. Cazeaux l'a fait lui-même pour M. Depaul, la part de la critique, et discutons au fond les opinions du savant rapporteur. Ces opinions d'ailleurs, quoique assez longuement développées, se réduisent à un petit nombre; elles sont relatives à des questions générales de pathologie ou à des questions spéciales relatives à la syphilis.

Pour faire naître des doutes sur la nature syphilitique des abcès du poumon, du thymus et sur le pemphygus des nouveau-nés (car M. Cazeaux, sans nécessité suffisamment démontrée, a confondu dans une même réfutation et le mémoire de M. Depaul et celui de M. P. Dubois), pour faire, dis-je, naître ces doutes qui suffisaient à son but, M. Cazeaux s'est fondé sur un petit nombre d'arguments que nous allons successivement passer en revue.

1° Il n'y a rien de déraisonnable à admettre que les abcès du poumon chez le fœtus soient le résultat de phlegmasies partielles.

La rareté des abcès à la suite de la pneumonie de l'adulte, dit M. Cazeaux, est certainement une des raisons qui ont fait rejeter l'origine inflammatoire des abcès des nouveau-nés. La raison pourtant est loin d'être concluante; si, en effet, les foyers purulents sont très rares dans l'âge moyen de la vie, c'est que l'inflammation d'un organe aussi important détermine une perturbation si profonde dans toute l'économie que la mort survient avant que le pus ait eu le temps de se former.

Ces assertions constituent à la fois un non-sens médical et un hors-d'œuvre tout à fait inutile à l'éclaircissement du sujet en discussion. J'hésiterais à écrire le mot, un peu expressif peut-être de *non-sens*, si M. Cazeaux, en le commettant, avait fait une faute à lui personnelle; mais il n'a fait en cela que suivre une doctrine trop en honneur encore en ce moment à l'Ecole de Paris, surtout parmi les chirurgiens. Cette doctrine consiste à croire que l'inflammation constitue une maladie à part; cette doctrine irréfléchie n'a jamais songé que la pustule variolique et celle de la vaccine, que l'abcès de la morve et le bubon de la syphilis sont autant d'affections inflammatoires qui n'en sont pas moins d'une nature absolument différente. Soutenir donc qu'une affection quelconque est ou peut être inflammatoire pour signifier qu'elle n'est point spécifique (syphilitique, varioleuse ou autre), c'est avancer un non-sens d'une manière générale; dire en particulier qu'une affection purulente peut n'être pas inflammatoire, c'est tomber dans une hérésie médicale; car, dans l'état actuel de la science, on n'admet pas que le pus puisse se former sans inflammation préalable. Nous croyons bien nous rappeler, à la vérité, que M. Depaul était tombé dans la même erreur; mais M. Cazeaux aurait dû la relever au lieu de la partager.

2° Le deuxième argument sur lequel s'est fondé M. Cazeaux est le suivant :

Pour affirmer, dit M. Cazeaux, que ces abcès ne s'observent que chez les enfants nés de parents syphilitiques, il faudrait avoir fait un grand nombre d'autopsies d'enfants morts sous l'influence de causes évidemment étrangères à celle dont il est question, et je ne crois pas que l'auteur ait fait assez souvent cette étude comparative.

Mais d'ailleurs de quel droit une simple coïncidence permettrait-elle d'établir une relation de causalité? La vérole est si commune aujourd'hui, et surtout dans les classes inférieures, que, si on voulait lui attribuer toutes les maladies qui s'observent, fréquemment pourtant, chez les individus infectés, il faudrait agrandir beaucoup son domaine pathologique.

Croyez-vous que, parmi les malheureuses qui viennent accoucher dans nos hôpitaux, il y en ait beaucoup dans le ménage desquelles on ne puisse trouver quelques souvenirs anciens ou récents de vérole? En supposant que la mère n'offre rien d'appréciable, la vie antérieure du mari ne fournira-t-elle pas le plus souvent quelque appui à votre théorie, et enfin, à défaut du mari, ne pourrez-vous pas trouver dans les relations extra-conjugales quelques ressources étiologiques?

Si ce n'est toi, c'est donc ton frère.
— Je n'en ai point. — C'est donc quelqu'un des tiens.

Avec cette logique facile, on en est venu à vouloir rattacher à la vérole une foule d'affections qui n'ont de commun avec elle que d'affecter le même individu ou un de ses ascendants.

Cet argument est moitié plaisant, moitié sérieux; M. Cazeaux est un homme assez grave pour que nous ne nous attachions qu'à la partie sérieuse. M. Cazeaux sait très bien qu'il n'y a guère en médecine, à un bien petit nombre d'exceptions près, que les coïncidences qui puissent nous révéler les rapports entre les causes et les effets morbides; ce n'est donc pas sérieusement qu'il a pu d'une manière générale poser un principe contraire. Seulement il y a certaines règles qui doivent nous diriger dans l'interprétation de ces coïncidences, et c'est seulement sur l'usage que MM. P. Dubois et Depaul ont fait de ces règles que M. Cazeaux pouvait être admis à argumenter. Il a eu raison, sans doute, de désirer qu'à côté des quinze cas d'abcès du poumon coïncidant avec des antécédents syphilitiques, M. Depaul eût rapporté le plus grand nombre possible d'autopsies de fœtus ayant succombé à des causes évidemment étrangères à la syphilis, afin de voir si dans ces autopsies on n'aurait pas constaté aussi des abcès dans les poumons. Oui, c'était là un vœu légitime; mais ce qui l'était moins, à mon avis, c'était de méconnaître la valeur de quinze cas d'abcès des poumons ayant tous coïncidé avec des antécédents syphilitiques. M. Cazeaux aurait bien pu ne se trouver point entièrement convaincu par ces quinze faits, et alors il nous aurait trouvé de son avis; mais il ne pouvait avec raison rejeter tous ces faits comme non avenus, sous prétexte que l'auteur qui les a observés n'a pas poursuivi ses recherches jusqu'au point de donner à son opinion le cachet de démonstration géométrique.

Nous pensons que, pour être autorisé à en agir ainsi, M. Cazeaux, surtout vis-à-vis des faits publiés par M. Dubois, et dont il n'était point forcé de s'occuper, aurait dû apporter dans la discussion précisément des faits contraires à ceux qu'il aurait désirés dans les travaux de ses adversaires, et nous partageons sous ce rapport l'opinion de M. Dubois, qu'un journaliste, le jour ou le lendemain du jour où il a entendu la lecture d'un travail, fasse ses réserves sur les opinions contenues dans ce travail, qu'il les combatte quand elles ne lui paraissent pas absolument vraies, et cela même sans avoir par devers lui des faits contradictoires, c'est son droit, c'est même son devoir. Mais qu'un auteur fasse un travail spécial pour réfuter des opinions fondées sur des faits et sans pouvoir opposer à ces faits d'autres faits contraires, c'est suivre une voie stérile, et que, par cela même, un esprit aussi lucide que celui de M. Cazeaux aurait dû éviter.

3° M. Cazeaux a voulu trouver un argument dans cette circonstance, que le pemphygus syphilitique ne serait pas tout à fait aussi grave que l'aurait annoncé M. Dubois. Ce n'est pas là un argument.

Il en est de même de quelques autres assertions relatives au moment de l'apparition des symptômes syphilitiques chez les nouveau-nés, à la transmissibilité de ces symptômes au moment de l'accouchement, à leur coïncidence entre eux; toutes questions sur lesquelles M. Cazeaux a émis des opinions peu conformes à la vérité; mais il n'est guère blâmable en cela, il a suivi les erreurs d'une doctrine trop accréditée encore, et qui n'est pas moins contraire à toute science sérieuse qu'aux intérêts des malades.

Quant aux conséquences que M. Cazeaux a voulu tirer du doute auquel il a été conduit par sa critique, nous devons dire que ces conséquences seraient encore très fâcheuses, alors même que ce doute serait aussi légitime qu'il est irrationnel. Il faut le reconnaître, il faut le proclamer avec M. P. Dubois, avec tous les syphiliographes expérimentés. Un traitement antisyphilitique dirigé par des mains prudentes est non-seulement sans danger, mais sans le moindre inconvénient. Or s'il en est ainsi, quel est le praticien judicieux qui, en face d'une probabilité même très douteuse, hésitera à faire subir ce traitement pour prévenir des avortements qui se répètent indéfiniment, pour porter enfin souvent le bonheur dans une famille et rétablir l'ordre naturel dans la société? De ces praticiens, il n'en est pas un parmi ceux qui prennent quelque souci de leur art, et nous aimons à croire que, dans l'occasion, M. Cazeaux s'empresserait d'enfreindre ses tristes principes thérapeutiques.

Le sujet que nous venons d'ébaucher est loin d'être épuisé. Dans les idées en fait de syphilis, il règne aujourd'hui un tel chaos que l'on a de la peine à traiter un seul point dans ce vaste sujet sans ébranler tous les autres; mais nous prenons de nouveau l'engagement d'étudier en détail les principales questions de la syphilis qui intéressent le praticien; mais il faut, pour cela, plus de temps qu'il ne m'en est donné pour rédiger une appréciation des séances académiques.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

De la chorée.

Le mot *chorée* s'appliquant non-seulement à ce qu'on a aussi appelé *danse de Saint-Guy* (*chorea Santi Vitis*), mais encore aux autres chorées, telles que la chorée sénile, alcoolique, maniaque ou apoplectique, nous réserverons le nom de *danse de Saint-Guy* pour désigner la maladie dont nous allons indiquer quelques caractères importants.

Qu'est-ce que la danse de Saint-Guy?

Un enfant marche droit pendant trois ou quatre pas, puis il lance un pied de travers et puis sa main, puis il relève fortement les pieds en marchant, ou bien il fait des grimaces ou lance sa tête dans des directions diverses.

L'enfant choréique n'a pas, dans sa marche, cette harmonie des mouvements qui caractérise le trot des animaux; il y a, au contraire, de l'incohérence. Dans les mouvements de préhension, les doigts s'ouvrent, mais la main n'est pas portée régulièrement vers l'objet à saisir. La danse de Saint-Guy est la seule chorée où il y ait des mouvements désharmoniques. Dans la chorée alcoolique, mercurielle, maniaque ou sénile, la volonté dirige les muscles, mais un mouvement clonique les paralyse. Le choréique est désharmonique en tout; il se mord la langue en parlant; pendant qu'il boit, le liquide revient par le nez; il expire au lieu de parler; tous ces phénomènes sont dus au défaut de concensus, qui est caractéristique de la maladie.

Le choréique marche; mais en même temps qu'il avance une jambe normalement, l'autre reste en arrière; il ne peut pas soulever les objets des deux mains; il est hémiplégique dix-neuf fois sur vingt. Les deux membres d'un même côté sont ordinairement pris; mais l'affaiblissement qui se manifeste d'un côté du corps peut passer facilement d'un côté à l'autre. Quelques malades ont une difficulté notable pour s'exprimer; d'autres parlent très pertinemment. L'intelligence paraît embarrassée, et les parents qui rendent justice aux difformités physiques et morales de leurs enfants disent que l'enfant a perdu son intelligence ou qu'il est nerveux; en un mot, il est *bête*. D'autres, sans s'avouer la vérité, reconnaissent qu'il y a chez leurs enfants un trouble moral. La perversion de l'intelligence est donc un fait ordinaire à la danse de Saint-Guy; mais c'est surtout dans les pensionnats, où on a des termes de comparaison, que cette perversion devient sensible.

Défaut d'harmonie dans les mouvements, perversion dans la force motrice et l'intelligence, tels sont donc les caractères qui sont propres à la danse de Saint-Guy.

Marche. — La danse de Saint-Guy survient quelquefois d'emblée; mais c'est l'exception. Ordinairement, elle débute à l'occasion d'un flux menstruel supprimé, d'une peur, d'un

rhumatisme aigu ou d'autres causes douteuses. Dans d'autres circonstances, la maladie se produit pour ainsi dire progressivement. Les enfants, d'abord tristes, deviennent plus tard irritables, méchants, grondeurs, ils se battent avec leurs camarades, et présentent une mobilité inaccoutumée; il y a encore de l'harmonie dans leurs mouvements, mais avec cela beaucoup d'impatience. Au bout de huit à dix jours, l'enfant devient maladroit; il pleure ou rit sans raison; il y a un état maladif. L'enfant ne peut bientôt plus se servir que d'un de ses bras; son intelligence se trouble, une jambe traîne en marchant; enfin les mouvements deviennent incohérents. Les désordres augmentent alors, et se produisent tantôt d'un seul côté, et tantôt des deux côtés à la fois, mais, dans ce dernier cas, pas avec la même intensité des deux côtés. Quelquefois les enfants ne peuvent plus se tenir debout, et alors même qu'ils sont couchés il faut les attacher; car sans cela, les mouvement perpétuels qu'ils exécutent leur usent les parties saillantes et produisent des plaies qui amènent la mort au milieu de douleurs atroces. Les mêmes phénomènes se rencontrent aussi quelquefois chez les adultes.

Y a-t-il des chorées partielles? Nous l'avons dit, la danse de Saint-Guy se présente quelquefois d'un seul côté du corps. Chez quelques malades, elle ne frappe qu'un seul bras; chez d'autres, seulement les muscles du cou; chez d'autres enfin, ceux de la face. Mais il ne faut pas cependant confondre la chorée partielle de la face avec le tic, maladie presque incurable, qui passe d'un côté à l'autre de la face, se remplace quelquefois par un bégaiement, mais dure toute la vie. Dans la danse de Saint-Guy partielle, il y a d'ailleurs toujours le défaut d'harmonie caractéristique.

La danse de Saint-Guy peut durer depuis un jusqu'à sept, huit, dix mois, un an ou plusieurs années. Nous avons observé dernièrement un choréique malade depuis quatre ans. La récidive est presque la règle après un temps plus ou moins long.

Quels sont les précédents de la chorée? Un médecin anglais avait observé que quelques choréiques le deviennent après une attaque de rhumatisme; et Brigth avait constaté la coïncidence de la chorée avec des endopéricardites rhumatismales ou non. Ces idées, reprises et exagérées par M. Shée, l'ont conduit à regarder la danse de Saint-Guy comme une manifestation rhumatismale, ou plutôt comme étant liée à peu près invariablement au rhumatisme aigu, au même titre que l'endocardite, selon M. Bouillaud.

L'année dernière, M. Shée ayant suivi assidument le service de l'hôpital des Enfants, constata la présence de signes d'endopéricardite dans la moitié des quinze cas de chorée qu'il eut à observer, et dans la seconde moitié il voulait absolument retrouver des douleurs rhumatismales, à tel point qu'il prenait pour elles l'endolorissement causé par les mouvements convulsifs des malades. Quoi qu'il en soit, on doit admettre qu'un enfant qui a eu un rhumatisme est par cela même prédisposé à la danse de Saint-Guy, surtout s'il a des signes d'endopéricardite; aussi doit-on examiner le cœur avec soin, afin de pouvoir déduire de cet examen un pronostic certain.

Lorsque la chorée s'accompagne d'accidents convulsifs capables de produire les usures des membres dont nous avons parlé, on a l'habitude, à l'hôpital des Enfants, de mettre les petits malades dans une espèce de caisse rembourrée de tous côtés par des matelas; les enfants jouissent ainsi de toute la liberté de leurs mouvements, et ne se blessent pas. Si, au contraire, on les laissait s'user les parties saillantes dans leur lit, ils pourraient mourir par suite de ces blessures.

La danse de Saint-Guy se complique quelquefois d'accidents cérébraux. Il y a dix jours, un grand garçon de notre salle des chroniques, qui avait une chorée intense que nous avions traitée par la strychnine, avait disparu depuis quelques heures, lorsqu'on le trouva derrière la porte des lieux, accroupi et endormi. Transporté dans son lit, il était d'une hébétude extrême. Le lendemain, des convulsions se manifestèrent, et avec elles les signes d'une méningite rachidienne. Nous appliquâmes des ventouses sur la colonne vertébrale, nous donnâmes de la belladone, et trois jours après le malade était guéri.

Il arrive ainsi assez souvent que la chorée se complique de signes d'encéphalite, de ramollissement ou d'inflammation des méninges.

Une chorée fébrile est, en général, grave; le pronostic de la chorée bénigne est, au contraire, sans gravité; ce n'est donc qu'exceptionnellement que la chorée peut être dangereuse; cependant, lorsqu'elle a duré longtemps, la perversion de l'intelligence peut persister, et on observe quelquefois un affaiblissement notable du côté malade. L'autopsie fait quelquefois constater l'existence d'un ramollissement cérébral, qui explique les désordres fonctionnels observés.

La danse de Saint-Guy frappe ordinairement les enfants entre trois et quinze ans. Dans l'enfance, elle n'est pas plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Après dix ans, elle semble plus fréquente chez les filles peut-être, parce que leur sexe les prédispose à la chlorose. De cette coïncidence, on a déduit le traitement de la chorée par les ferrugineux, déduction entachée de fausseté, du moins lorsqu'on applique ce traitement aux garçons.

Traitement. — Plusieurs moyens de traitement ont été successivement préconisés; nous allons les énumérer succinctement.

A. L'eau froide a été employée, il y a un demi-siècle, par affusion, en plaçant les enfants dans un baquet et jetant dessus un ou deux seaux d'eau froide deux fois le jour; on par immersion, en trempant les enfants dans l'eau froide pendant une minute ou deux. (Bains de rivière, bains de mer.) Les enfants, convenablement essuyés, doivent faire de l'exercice au sortir de leur bain.

B. Les bains sulfureux ont été considérés par MM. Baudelocque et Bonneau comme très utiles; toujours est-il que ces sœurs ont observé que ces bains étaient moins favorables certaines années que d'autres; il est difficile de dire pourquoi.

C. Les antispasmodiques, valériane, *assa-fœtida*, et en général les labiées et les ombellifères, ont été employés avec quelque succès, mais c'est surtout chez les jeunes filles hystériques.

D. *Les stupéfiants.* — La belladone n'a rendu que peu de services; l'opium, au contraire, a paru avoir une grande efficacité.

Une fille publique nous fut amenée à l'hôpital Necker avec une chorée affreuse; nous lui fîmes prendre d'heure en heure 5 centigrammes de sulfate de morphine jusqu'à ce que le sommeil se produisît (les choréiques n'ont jamais de convulsions en dormant). Elle prit le premier jour 75 centigrammes d'opium et dormit cinq heures. A son réveil, on recommença la même médication, et elle prit 50 centigrammes d'opium le second jour. Le troisième jour, la chorée était singulièrement diminuée, et, en diminuant la dose à mesure que les symptômes s'amendaient, on arriva à une guérison complète.

On doit donc dans l'administration de l'opium à haute dose s'arrêter dès que le narcotisme arrive, car alors commence le danger. Un monsieur, qui occupait depuis quelques jours des appartements nouvellement peints, fut pris de coliques violentes; il fut guéri par l'opium (5 centigrammes d'heure en heure jusqu'au narcotisme).

Une dame belge, qui avait une névralgie faciale depuis quelques années et qui, outre bien d'autres traitements, avait subi la section des nerfs de la face, après laquelle elle n'avait éprouvé qu'un soulagement passager, en est arrivée par l'opium à haute dose jusqu'au narcotisme à n'avoir plus ses crises qu'à de longs intervalles. Elle les calme en revenant toujours à l'opium; mais, si elle dépasse la dose ordinaire, elle a des nausées.

Enfin, nous avons observé un homme atteint de douleurs ostéocopes qui prenait jusqu'à 30 et 40 grammes de laudanum de Rousseau par jour sans éprouver d'accidents.

Il est à remarquer que, lorsque le sommeil n'arrive pas et que le système nerveux est en proie à la douleur, on dirait que l'opium est absorbé par celle-ci avec une intensité proportionnelle à son acuité, et qu'ainsi l'action physiologique de l'opium est détruite jusqu'à ce que la douleur soit pour ainsi dire *saturée*.

On doit donc donner tout de suite l'opium à haute dose, mais dans un temps donné et en agissant graduellement. On obtiendra alors des effets merveilleux; mais il faut se rappeler que la tolérance pour l'opium est en rapport direct avec l'intensité de la douleur et que, celle-ci éteinte, l'action physiologique de l'opium se manifeste de nouveau.

E. *La noix vomique.* — Lorsqu'en 1832 nous avons employé la noix vomique, nous l'avons mise en usage sous forme d'extrait, mais nous avons bientôt été obligé d'y renoncer, parce que, comme ce médicament est peu employé, il reste longtemps dans les pharmacies, et lorsque la provision est finie le nouvel extrait n'agit plus de la même façon que le premier; à l'hôpital Necker, une malade, qui prenait jusqu'à 80 centigrammes par jour d'extrait de noix vomique, éprouva des accidents tétaniques lorsqu'on renouvela l'extrait, bien que, ayant été prévenu, nous ayons baissé la dose de 80 à 50 centigrammes. Aussi aujourd'hui n'employons-nous plus que la poudre de noix vomique ou les sels de strychnine, et parmi eux le sulfate.

Comment le distribuer aux enfants? On fait faire par simple solution un sirop qui contient 25 centigrammes de sulfate de strychnine pour 500 grammes de sirop simple. Si la cuillerée à bouche ordinaire contient 20 grammes de ce sirop, elle renferme 1 centigramme de sulfate de strychnine, la cuillerée à dessert la moitié et la cuillerée à café le quart.

Chez les enfants de cinq à dix ans, on commence par une cuillerée à dessert (demi-centigramme de sulfate de strychnine) répétée deux fois dans la journée, le soir et le matin, autant que possible pendant le repas ou immédiatement après. On donne la même dose pendant deux jours; il y a ou il n'y a pas de roideur; s'il n'y en a pas, on augmente le nombre des cuillerées jusqu'à huit et dix par jour, jusqu'à ce que la dose soit capable de produire ces roideurs. Lorsque l'enfant marche, il éprouve dans les jambes des douleurs vives qui produisent de la titubation; d'autres fois, l'enfant est obligé de s'arrêter, et dans quelques cas même la douleur est si aiguë et si soudaine que l'enfant saute en l'air et va tomber plus loin. Lorsque les enfants sont immobiles, la roideur est dans le cou, les mâchoires, et cette roideur n'est douloureuse que lorsque le petit malade veut faire exécuter des mouvements à la partie. Quand la roideur existe principalement dans les mâchoires, les enfants ne peuvent ni manger ni parler, et il se produit une sorte d'ivresse qui cesse avec l'usage du remède. Il faut toujours donner la strychnine avec prudence, et être prévenu qu'en vertu de causes inconnues, météorologiques ou idiosyncrasiques peut-être, le même enfant, qui la veille avait pris huit et dix cuillerées de sirop sans éprouver de roideurs, en aura aujourd'hui d'énormes avec une dose beaucoup moindre. Cet accident se présente tous les jours; aussi ne doit-on pas donner tout le sirop à la fois, et il faut s'arrêter dès que des roideurs considérables surviennent. Les accidents choréiques ne diminuent qu'après cinq ou six jours de roideurs; aussi, lorsque ce phénomène se manifeste, doit-on suspendre le médicament pour y revenir quelques jours après. Quand les phénomènes ont cessé depuis quelque temps et que le traitement a été ainsi plusieurs fois recommencé, on peut considérer les malades comme guéris.

F. Un des médecins de l'hôpital des Enfants de Pesth a préconisé dans ces derniers temps l'emploi de l'ammoniure de cuivre; il fait faire une potion contenant:

Ammoniure de cuivre.	0gr,40
Eau.	80
Sirop simple.	50

et on ajoute une petite quantité de sirop d'opium. On donne cette potion par cuillerées à bouche d'abord deux ou trois fois le jour, et on augmente jusqu'à ce qu'on donne la potion tout entière dans les vingt-quatre heures. Nous n'en avons pas retiré de grandes améliorations, mais aussi n'avons-nous peut-être pas fait des expériences assez suivies.

G. L'idée d'appliquer la gymnastique au traitement de la danse de Saint-Guy appartient à M. Récamier, qui a pensé que, lorsque les organes sont atteints de spasmes, on pouvait obtenir la résolution par un exercice réglé; c'est ainsi que, pour le spasme du sphincter de l'anus, il a appliqué avec succès le massage en cadence, et plus tard la dilatation brusque. En vertu de cette idée, le massage en cadence lui servit pour résoudre un certain nombre de spasmes musculaires, du cou, du visage et des membres, en occupant fortement la volonté à régulariser les mouvements du membre malade. Appliquant cette idée au traitement de la chorée, M. Récamier envoyait ses choréiques suivre les tambours qui battaient la retraite tous les soirs à la place Vendôme et les obligeait à marcher au pas; dans la pratique civile, les parents font faire aux enfants des mouvements réglés sur la marche d'un métronome; la volonté étant alors concentrée à cause de la mesure à suivre, les mouvements deviennent réguliers. Il en est de même pour le bégaiement, et il est si vrai que pour la parole la mesure est tout que les bègues ne bégayent pas en chantant. La gymnastique est donc un moyen de guérir la danse de Saint-Guy, qui, s'il n'est pas de premier ordre, peut être regardé comme un adjuvant utile.

Enfin, en essoufflant les choréiques, on parvient aussi à régulariser leurs mouvements: ils sont obligés de respirer en cadence, et leur attention étant captivée leur impose une mesure régulière.

DES EAUX DE VICHY,

considérées sous les rapports cliniques et thérapeutiques, spécialement dans les maladies des organes de la digestion, la goutte, et les maladies de l'Algérie (1).

Par le docteur DURAND-FARDEL,

médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant et lauréat de l'Académie nationale de Médecine, etc.

S'il est une question dans l'hydrologie médicale qui intéresse à un haut degré les praticiens, c'est, à coup sûr, celle des sources de Vichy, tant par le nombre des malades qui sont appelés à les visiter que par la nature des affections diverses contre lesquelles ses eaux minérales alcalines sont utilement employées.

Les théories établies sur le mode d'action chimique des eaux de Vichy, à propos des maladies les plus difficiles à guérir (engorgements chroniques, gravelle, goutte, etc.), ont-elles fait la lumière dans l'esprit de tous les médecins, et ne peut-on pas arriver à d'autres interprétations d'après les changements physiologiques ou vitaux que la médication par les eaux de Vichy apporte à l'organisme? C'est vers ce but que sont dirigés les efforts de M. Durand-Fardel, qui attaque résolument les tendances chimiques, en invoquant les vrais principes de la médecine et en prenant pour point de départ l'*organisme*, tel que la maladie d'un organe, le trouble d'une fonction, et la solidarité de tous les organes et de toutes les fonctions viennent l'apporter à l'observation.

Ce travail, dit l'auteur dans la préface, n'est pas un traité, c'est une *étude*; mais une étude dans laquelle il s'est trouvé tout d'abord fort embarrassé, à cause du manque absolu d'un guide, d'une méthode rationnelle qui pût, en le dirigeant dans l'application des eaux, l'aider à déterminer plus facilement les indications et les contre-indications du traitement thermal. Si la critique ou plutôt la discussion a pris une certaine place dans son livre, c'est qu'elle était commandée *par la différence complète du point de départ* qui a présidé soit à ses propres études, soit à celles dont il a combattu *les tendances et les résultats*.

Le tableau qui est présenté des différentes sources de Vichy démontre qu'il existe une grande analogie, une identité presque complète dans leur constitution chimique. Toutes renferment par litre, avec une quantité plus ou moins considérable de glairine, un demi-litre d'acide carbonique, et 5 grammes de bi-carbonate de soude sur 6 à 7 grammes de substances minéralisantes. On a constaté, par des analyses récentes, que toutes contenaient aussi en très petite quantité de l'arsenic, de la strontiane, des bromures et des iodures alcalins. Du reste, ces divers éléments ne paraissent pas devoir ajouter beaucoup aux ressources thérapeutiques qu'offraient auparavant les eaux de Vichy.

Sans attendre des résultats analytiques plus complets, et qui seraient cependant fort utiles pour déterminer exactement la quantité de fer et d'acide sulfhydrique, M. Durand-Fardel, en présence des résultats fournis par la pratique des eaux de Vichy, propose la classification suivante, classification essentiellement médicale qui permet, sans entrer dans tous les détails de la composition chimique, de juger rapidement des ressources dont le médecin peut disposer, suivant les indications:

Sources alcalines thermales: *Grande Grille, Hôpital.*

Source alcaline non thermale: *Célestins.*

Sources alcalines ferrugineuses: *Puits Lardy, sources d'Hauterive.*

Sources alcalines sulfureuses: *Source des Acacias, puits Carré, puits Chomel.*

Source alcaline ferrugineuse et sulfureuse: *Source des Dames* (route de Cusset).

La source de l'*Hôpital* et celle de la *Grande Grille* ont une composition chimique sensiblement la même. Leur saveur est semblable; leur température n'offre qu'une très légère différence, et cependant chez la plupart des malades elles ne peuvent se suppléer l'une par l'autre. L'eau de la

(1) A Paris, chez Germer Baillière.

source de la *Grande Grille* est plus excitante ; celle de l'*Hôpital* est quelquefois lourde et de digestion difficile, circonstance attribuée par M. Prunelle à la plus grande quantité de glairine qu'elle contient.

La source des *Célestins* présente sur toutes les autres sources un léger excédant et d'acide carbonique et de principes minéralisateurs fournis surtout par la silice et le bicarbonate de soude.

La source *Lardy* et les sources d'*Hauterive* contiennent, en outre du bicarbonate de soude, une proportion de fer assez importante pour leur communiquer des propriétés spéciales. Les analyses anciennes ne signalaient dans la source *Lardy* qu'une proportion de fer exactement la même que dans la source de la *Grande Grille*. Une analyse faite en 1849 par M. Lefort, pharmacien de Gannat, a prouvé que les principes ferrugineux étaient plus abondants dans la source *Lardy* que dans toutes les autres sources, où une certaine proportion de fer avait cependant été rencontrée.

La présence du soufre peut servir à caractériser la source des *Acacias* et le *puits Carré*, qui ne sont employés que pour les bains, ainsi que le *puits Chomel*, qui n'est utilisé que pour la boisson. *Chomel* et *Desbrets* avaient déjà noté que ces sources exhalaient une odeur très sensible d'œufs couvés. MM. Chevalier, Prunelle, et M. Baudrimont, qui a trouvé la sulfuraire dans la source des *Acacias*, ont mis ce fait hors de doute.

Enfin la source *des Dames* emprunte des propriétés mixtes et au fer et au soufre, qui sont unis aux autres principes minéralisateurs.

La richesse thermale, comme on le voit, est grande à Vichy. Sept sources minérales et même davantage, si l'on compte les sources d'*Hauterive* et de *Cusset* qui en sont voisines, fournissent à des emplois pour lesquels, dans la majorité des cas, elles ne peuvent se remplacer mutuellement. Toutes cependant contiennent une proportion sensiblement égale d'acide carbonique et de bicarbonate de soude ; et, malgré cela, l'on remarque dans la pratique des différences notables qui commandent un grand discernement dans le choix de chacune d'elles. « Les sept sources de Vichy, disait M. Lucas, présentent dans leur emploi médical des différences bien plus importantes qu'on ne pourrait le croire d'après les analyses chimiques. Et bien qu'il soit difficile d'établir, *à priori*, cette différence, des observations nombreuses recueillies depuis vingt-cinq ans ne me laissent aucun doute à cet égard. »

M. Durand-Fardel, tout en reconnaissant l'analogie qui les rapproche, cherche à faire la part de chaque source d'après les éléments qui lui donnent en quelque sorte des propriétés *individuelles* ; car il est bien certain que le fer et le soufre communiquent aux eaux de Vichy, indépendamment de l'action dérivant des éléments qui leur appartiennent essentiellement, quelques-unes des propriétés recherchées dans les eaux dont l'efficacité est rapportée au fer ou au soufre qui les minéralisent.

Pour apprécier d'un point de vue général les propriétés thérapeutiques des eaux de Vichy, M. Durand-Fardel avait à choisir entre deux méthodes : l'une, *théorique, chimique*, qui prend pour guide les données de l'analyse, et qui déduit les vertus des eaux de leur constitution chimique, de la nature des matériaux qu'elles tiennent en dissolution, et des propriétés médicinales qui forment les attributs de ces matériaux ; l'autre, *expérimentale, clinique*, qui ne juge de la vertu de l'eau minérale que d'après ses effets. Il a pensé que, si ces deux méthodes ne devaient pas s'exclure mutuellement, mais devaient au contraire se combiner ensemble pour procéder plus sûrement dans une recherche difficile, *il était cependant certain que l'une ou l'autre pouvait servir de point de départ aux études nécessaires à la connaissance des eaux minérales* ; et plutôt que de s'appliquer à suivre ou à démontrer les *réactions chimiques qui s'opèrent entre le médicament et les éléments morbides*, il s'est attaché à bien déterminer *quels changements subissaient les diverses fonctions de l'économie sous l'influence du traitement thermal, et quelles modifications éprouvaient les différents organes dont ces fonctions sont les manifestations actives*.

L'examen des conditions générales dans lesquelles se présentent à Vichy, comme aux autres sources minérales, la plupart des malades, a conduit l'auteur à une excellente appréciation des phénomènes qui sévissent sur l'organisme entier dans les maladies chroniques les mieux localisées par l'anatomie pathologique, et qui consistent dans l'*amoindrissement des forces* et dans l'*affaiblissement des fonctions*. La solidarité qui unit entre eux tous les organes et toutes les fonctions fait que la perversion ou l'abolition des fonctions d'un organe ne peut manquer de se réfléchir sur tous les autres. Cette dépendance mutuelle des fonctions fait que, dès qu'un organe est malade, quelque peu de réaction qu'il provoque dans l'économie, *la loi du balancement des forces* est rompue aux dépens de la santé générale. A cette vérité en succède une autre : c'est que, dans le cours d'une dyspepsie, d'une maladie du foie ou d'un engorgement de la rate suivi de fièvre intermittente, si la peau ne transpire plus chez l'un, si la digestion se fait incomplètement et si la nutrition languit chez l'autre, etc., la maladie est aussi bien dans l'appareil digestif, dans la peau, partout enfin où la nutrition s'est abaissée, que dans le foie de celui-ci, la rate de cet autre, l'estomac de celui-là. De cette observation toute pratique découle une conclusion rigoureuse, à savoir : *que l'enchaînement de toute l'économie à la lésion principale fait une loi de ne pas s'attacher seulement à résoudre tel engorgement ou à stimuler telle surface inactive, ou tel organe de sécrétion devenu languissant, mais à agir sur le reste des organes et des fonctions devenus acteurs, pour ainsi dire, dans cette scène complexe qui constitue la maladie.*

La médication par les eaux minérales offre un moyen précieux de remplir ces indications multiples que présente le traitement des maladies chroniques. Elles agissent principalement sur deux vastes surfaces, sur la muqueuse gastro-intestinale et sur tout l'appareil tégumentaire ; elles excitent ces deux membranes, qui, à leur tour, réagissent sur les autres organes liés avec elle par de nombreuses sympathies, activent leurs fonctions et modifient leur vitalité. (Patissier, *Traité de l'action thérapeutique des eaux minérales*).

C'est le propre des eaux de Vichy en particulier de déterminer une excitation générale dont le résultat est celui-ci : activité plus grande vers la peau, vers les organes digestifs et leurs annexes ; augmentation de l'appétit, digestions plus faciles et plus promptes, assimilation plus complète, selles plus régulières, urines plus faciles et plus abondantes, accroissement des forces, sentiment général de bien-être, etc. Cette médication se traduit à l'intérieur par l'augmentation d'action et la modification humorale de tous les sécréteurs, et à l'extérieur par des crises et réactions vitales très prononcées ; s'adresse à l'organisme tout entier qu'elle modifie plus ou moins profondément, à tel point que l'on voit ordinairement les effets salutaires se manifester d'abord sur les fonctions générales de l'économie les plus éloignées de l'organe malade qui, lui, ne s'améliore que plus tard et consécutivement, en quelque sorte, au retour des forces et au rétablissement plus ou moins complet de la santé générale (Finot, *Observations sur l'action thérapeutique des eaux de Vichy*). C'est, du reste, un fait que l'observation clinique a permis de vérifier pour toutes les eaux minérales ; c'est lui qui sert à expliquer cette vérité banale, mais qui n'en est pas moins vraie, à savoir : que les phénomènes de guérison ne sont point, en général, apparents pendant le séjour des malades aux eaux, et qu'ils sont plus prononcés après que pendant la cure.

Cette manière d'envisager les choses, cette médecine clinique ne marche pas parallèlement avec les idées chimiques qui tendaient à se généraliser à Vichy. Cependant elle n'en a pas moins son mérite, et elle pourrait bien troubler un peu ce rêve de l'*alcalisation* qui a fait poser en principe que la condition essentielle de toute guérison, c'est que l'urine soit bien alcalisée. Aussi voit-on à Vichy chaque malade, armé d'un petit papier rouge ou bleu, guetter incessamment dans ses urines l'heureux instant où le phénomène si vivement désiré va se produire ; et, pour ne rien déranger à l'avènement de ce résultat, on est allé jusqu'à bannir du régime alimentaire et le vin, et le lait, et la moindre goutte de vinaigre, et les fruits surtout, sans faire attention que la plupart des acides organiques qu'ils contiennent se convertissent dans l'économie en carbonates alcalins.

L'alcalisation, ce phénomène qui se produit si promptement, puisque l'urine est alcaline quelquefois après un premier bain, et qui disparaît si facilement, puisqu'il suffit quelquefois d'une diarrhée légère pour la détruire, constituerait effectivement un résultat très important à obtenir s'il était bien constaté que les maladies (goutte, gravelle, chlorose, cancer, phthisie) pour lesquelles on le recherche existent parce qu'il y a prédominance d'acides dans l'économie, et s'il était démontré que l'élément morbide, en apparence prédominant (engorgements variés dont les tissus membraneux, celluleux ou parenchymateux peuvent devenir le siége), se trouve soluble dans les alcalins. Il est à craindre que, dans un pareil ordre d'idées, on ne néglige la cause de la maladie pour n'en envisager que l'effet. Dans ces affections que l'on combat par les alcalins et qui produisent des résultats acides, est-on bien certain que leur cause prochaine soit acide ? Passe encore pour les pierres de la vessie ; ce serait bien là de la médecine chimique, *si l'eau de Vichy les dissolvait*. Mais la goutte, mais la gravelle, mais les engorgements du foie et de la rate, mais les catarrhes vésicaux ; mais la dyspepsie, la gastralgie, l'entérite chronique ; mais les engorgements utérins, les cancers, les scrofules et *tutti quanti*, sont aussi soumis à l'action de l'eau alcaline. Comment le médicament se comportera-t-il vis-à-vis tant d'individualités pathologiques diverses ? Chez les goutteux, chez les graveleux, ira-t-il saturer l'excès d'acide urique ? Dans les maladies du foie et de la rate, dissoudra-t-il les engorgements albutrineux et fibrineux ? Trouvera-t-il encore quelque chose à dissoudre chez les dyspeptiques, chez les gastralgiques ; et aura-t-il le bonheur de rencontrer aussi des acides à neutraliser chez les gens atoniques, débiles, lymphatiques plus ou moins chlorotiques ou scrofuleux ? Ce serait bien plus agréable pour les malades et pour les médecins chargés de les diriger si les choses pouvaient se passer ainsi, et si dans cette chimie *organico-minérale* le corps pouvait se transformer en une vaste cornue où toutes les réactions s'accompliraient au profit de la santé. Tel n'est pas l'avis de Liebig : « On a mis le sang, l'urine et d'autres parties de l'organisme sain ou malade en contact avec des alcalis, des acides et toute espèce de réactifs chimiques, et l'on est parti de ces réactions pour faire des inductions sur les phénomènes de l'économie. Quelquefois le hasard a ainsi conduit à une médication utile ; mais il est impossible qu'*une pathologie rationnelle* se fonde sur ces sortes de réactions, car l'économie animale ne peut pas être considérée comme un laboratoire de chimie. »

Si l'eau de Vichy agissait à la manière d'un neutralisant chimique ou d'un dissolvant, on devrait d'abord voir l'organe engorgé perdre sa fibrine et son albumine, et la santé renaître ensuite ; mais les choses ne se passent pas ainsi. Il est à remarquer (Notes inédites de M. le docteur Prunelle, médecin inspecteur des eaux de Vichy) que, dans les cas d'engorgement du foie ou des autres organes, on ne voit l'engorgement se dissiper qu'après le retour des forces. *Retour ou amélioration des fonctions générales, puis retour de l'organe essentiellement malade*, et, partant, phénomènes de guérison beaucoup plus prononcés après que pendant le séjour aux eaux, tel est l'ordre suivant lequel la santé se rétablit.

L'enchaînement de tous ces faits ne ramène-t-il pas naturellement aux idées émises par M. Durand-Fardel. Chez tous les individus atteints d'affections chroniques quelconques, une double indication se fait toujours sentir : *celle de remonter au ton physiologique des fonctions insuffisantes ou languissantes, ou celle de surexciter les fonctions demeurées normales afin de fournir à l'organisme le moyen de réagir sur l'organe malade, et de faire disparaître ainsi la maladie.*

Or l'eau de Vichy fournit cette ressource : comme la plupart des eaux minérales, c'est par l'excitation générale qu'elle agit sur les conditions morbides générales ou locales, tantôt agent de révulsion, tantôt rappelant l'équilibre entre les fonctions troublées, avec la puissance merveilleuse d'un remède qui, suivant l'expression de Bordeu, travaille peu à peu, agit sur les humeurs, heurte à toutes les portes, dégage tous les sécrétoires.

Toutefois, après cette action générale du médicament qui a, d'après l'auteur, la plus grande part dans la guérison, le produit chimique, le bicarbonate de soude exerce aussi une action spéciale. Il faut tenir compte de ce qu'il peut faire à titre de médicament altérant en rendant le sang et les humeurs diverses moins propres à fournir des éléments aux phlegmasies, et en mettant ainsi des entraves à la génération de produits accidentels. Mais on ne doit pas s'en tenir là ; on ne doit pas surtout, reléguant au dernier rang les autres propriétés des eaux, dire *que l'alcalisation en est le seul phénomène constant*.

Dr Camille de Laurès,
Ex-médecin inspecteur des eaux minérales de Balaruc, médecin inspecteur adjoint des eaux de Néris.

(La suite à un prochain numéro.)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 17 JUIN 1851.

On se rappelle le mémoire de M. Depaul sur les abcès des poumons considérés chez le fœtus comme un symptôme de syphilis. C'est sur ce mémoire, que nous avons publié textuellement, que M. Cazeaux avait à faire un rapport.

Après avoir accordé à M. Depaul les justes éloges qu'il mérite pour la constatation d'un fait nouveau et important d'anatomie pathologique, M. le rapporteur croit devoir combattre la relation de cause à effet qu'on a voulu établir entre ce fait et la syphilis.

Est-il possible en effet, dit-il, d'affirmer, dans l'état actuel de la science, que les abcès du poumon sont toujours chez les nouveau-nés l'expression anatomique d'une syphilis héréditaire ? et si cette affirmation peut être assez absolue pour autoriser le médecin à soumettre le père et la mère à un traitement antisyphilitique, alors même qu'aucun indice ne révélerait chez eux l'existence antérieure du virus, il n'hésite pas à répondre par la négative. Je n'ai pas besoin, dit-il, pour appuyer ma négative, de démontrer que ces abcès du poumon appartiennent à tel ou tel groupe de maladie, autre que la syphilis ; il me suffira de faire voir qu'on peut, sans forcer les analogies pathologiques, les rattacher à une phlegmasie, par exemple ; il me suffira de faire naître des doutes légitimes sur la vérité de leur origine syphilitique, pour être en droit de rejeter la conclusion de M. Depaul. M. Cazeaux examine : 1° si la présence du pus peut s'expliquer autrement que par la syphilis ; 2° si l'auteur du mémoire a logiquement démontré son origine syphilitique. De cet examen, il conclut que ces lésions peuvent naturellement être rattachées dans tous les cas à la même cause, c'est-à-dire à la pneumonie partielle ou lobulaire ; et en ce qui concerne le second point, qu'il n'y a rien de syphilitique dans les abcès du poumon, pas plus que dans les abcès du thymus et dans le pemphygus, que d'après l'autorité de M. P. Dubois, M. Depaul avait invoqués à l'appui de son opinion. J'espère au moins, dit en terminant M. le rapporteur, être parvenu à faire naître dans votre esprit un doute légitime sur leur nature syphilitique. Or, comme je l'ai dit en commençant cette argumentation, ce doute seul me suffit pour ne pas me croire autorisé à prescrire l'administration au père et à la mère d'un traitement antisyphilitique qui n'aurait d'autre prétexte que les altérations décrites plus haut.

Quoi qu'il en soit de ces observations, votre commission pense que l'Académie ne saurait trop encourager les travaux de cette nature ; elle a l'honneur de proposer à l'Académie : 1° d'adresser des remercîments à M. Depaul ; 2° de l'engager à continuer ses recherches ; 3° de lui exprimer tout l'intérêt qu'elles lui inspirent ; 4° enfin, de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. Gibert pense que M. le rapporteur n'a pas suffisamment distingué la cachexie syphilitique des symptômes qui révèlent l'existence actuelle de la syphilis. La cachexie syphilitique existe chez le fœtus comme chez l'adulte ; avec cette seul différence que, chez l'adulte, il y a presque toujours eu, sauf quelques exceptions cependant, des symptômes antécédents. Il a vu, avec M. Hervez de Chégoin, un jeune homme qui présentait de vastes collections purulentes dépendant d'une cachexie syphilitique générale, bien qu'il n'existât chez lui aucun symptôme caractéristique de syphilis. M. Gibert partage les doutes du rapporteur, sans toutefois aller aussi loin que lui. Ainsi il n'est pas très éloigné de voir, dans les symptômes signalés par M. Depaul, quelque chose d'analogue à la cachexie syphilitique des adultes, sans symptômes de syphilis actuelle. M. le rapporteur a émis, suivant lui, une opinion fondée, lorsqu'il a dit qu'il n'était nullement prouvé qu'un traitement antisyphilitique fût utile chez les parents qui ont donné naissance à un enfant atteint de cachexie syphilitique ; les spécifiques n'agissent que sur les manifestations morbides actuellement existantes de la syphilis.

M. Roux se joint à l'opinion exprimée par M. Gibert. Il y a longtemps qu'il professe cette doctrine, que le traitement antisyphilitique est inutile et souvent même dangereux. Il ne donne jamais son assentiment à la demande que font parfois les malades de se soumettre à un traitement prophylactique, et n'emploie jamais ce traitement en l'absence de symptômes syphilitiques évidents.

M. Moreau ne peut qu'approuver, en général, le rapport de M. Cazeaux, dont il a pris d'ailleurs connaissance et qu'il a signé en qualité de commissaire. Cependant il ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Cazeaux, soutenue par MM. Gibert et Roux, relativement au traitement des personnes qui n'ont pas actuellement de symptômes syphilitiques, mais qui ont des motifs d'en craindre la manifestation ultérieure. M. Moreau rappelle à ce sujet l'histoire d'une dame, femme d'un officier de la garde royale, qui l'avait consulté dans le temps pour une affection syphilitique. Cette dame ayant mis au monde successivement trois enfants mort-nés, le père et la mère, sur l'avis de M. Moreau, se soumirent à un traitement antisyphilitique, à la suite duquel ils eurent plusieurs enfants vivants et bien portants.

M. Dubois. Je regrette que notre honorable collègue M. Cazeaux n'ait pas eu sous les yeux, quand il a rédigé son rapport, le tra-

vail que j'ai publié il y a un peu plus d'une année, et qu'il a cru devoir associer, dans son examen, à celui dont l'Académie l'avait chargé de lui rendre compte. S'il en avait été ainsi, il n'aurait certainement pas altéré, ainsi qu'il l'a fait sans le vouloir, l'opinion que j'ai exprimée, et qui n'était pas, à beaucoup près, aussi absolue que sa critique le ferait supposer. L'Académie me permettra de lui rappeler en peu de mots l'objet et le sens de ce travail.

J'avais remarqué des collections purulentes dans le thymus chez un certain nombre d'enfants; les uns, morts avant de naître et issus de parents atteints d'une affection syphilitique constitutionnelle, les autres, morts peu de jours après leur naissance, et atteints alors d'une affection que je croyais et que je crois encore de nature vénérienne. Non-seulement cette altération particulière du thymus avait été observée par moi chez tous les enfants qui avaient succombé dans de telles circonstances, mais je ne l'avais pas reconnue chez des enfants morts-nés issus de parents qui pouvaient être considérés comme sains, ou chez des enfants morts après leur naissance, et qui avaient succombé à des affections étrangères à la syphilis. M'autorisant de ces faits, et usant d'un procédé d'induction qui, s'il n'est pas décisif, est du moins, et avec raison, très généralement accepté et employé, j'en avais tiré cette conclusion, que la suppuration du thymus observée chez l'enfant mort-né, et en l'absence de toute cause de mort évidemment étrangère à la syphylis, pouvait être considérée comme le témoignage de cette affection, et que pour éviter les retours d'un aussi déplorable accident, on pourrait être autorisé à soumettre les parents, ou l'un d'eux, à un traitement antivénérien; et cependant, cette conclusion était exprimée avec une extrême réserve. Je me contentais, en effet, de livrer à l'appréciation du public médical les faits sur lesquels elle était fondée; je sollicitais même certaines recherches nécessaires encore, et dont les résultats pourraient plus tard infirmer ou confirmer mon opinion et la conclusion pratique dont je la faisais suivre.

Si je ne me trompe, le travail de M. Depaul, qui a trait à une altération partielle des poumons et qu'il regarde également comme la conséquence d'une infection vénérienne pendant la vie fœtale, était écrit dans le même esprit et fondé sur des raisons analogues aux miennes, c'est-à-dire que M. Depaul avait vu la lésion signalée et spécialement caractérisée par lui coïncider assez souvent avec une infection syphilitique du nouveau-né, et être assez constamment absente dans les cas contraires pour qu'il fût autorisé à croire que la lésion était la conséquence de l'infection. Il en avait donc conclu que dans des cas obscurs la première pouvait révéler l'existence d'une infection vénérienne. Il me semble que, pour invalider la légitimité des conclusions de M. Depaul et les miennes, il y avait une marche naturelle à suivre, c'était d'établir par des faits que les altérations que j'ai regardées comme des témoignages possibles d'une infection syphilitique pouvaient être observés chez des enfants morts-nés et issus de parents parfaitement sains, qu'elles pouvaient être en conséquence le résultat de causes pathologiques diverses étrangères à la syphilis, que dès lors la concomitance de ces altérations et d'une affection syphilitique actuelle ou antérieure n'avait point la signification que je lui avais prêtée. Je ne pense pas qu'il fût suffisant pour arriver à ce résultat de procéder, comme l'a fait notre collègue, par le raisonnement seul. Je ne crois pas surtout qu'il fût nécessaire ou même utile de consacrer la plus grande partie d'un rapport académique à la réfutation d'une opinion qui ne s'était produite dans la science que pour ouvrir la voie à de nouvelles recherches.

M. Cazeaux et quelques-uns de nos collègues ont contesté au pemphigus des nouveau-nés le caractère syphilitique; je pense que c'est à tort; je dois d'abord déclarer que je ne suis pas le premier qui aie regardé cette affection comme une conséquence de la syphilis : Dugès avait exprimé cette opinion avant moi et je l'ai acceptée; je crois d'ailleurs, sans attacher à cela une grande importance, que l'éruption dont il s'agit est moins vésiculeuse que pustuleuse. La forme particulière de la plupart des boutons et la lésion plus ou moins profonde du derme quand ils sont bien développés m'ont fait souvent penser que cette affection avait plus d'analogie avec l'ecthyma qu'avec le pemphigus; les raisons qui m'ont déterminé à la regarder comme syphilitique sont celles qui m'ont fait supposer le même caractère à la suppuration du thymus. Des observations ultérieures pourront sans doute affaiblir la valeur de mon opinion sur ce point; mais, quant à présent, je crois devoir la maintenir.

J'ai été, enfin, surpris de l'idée de danger qui s'attache dans l'esprit de quelques-uns de nos collègues au conseil donné par M. Depaul et par moi de recourir, dans des cas que nous avons déterminés l'un et l'autre, à un traitement antivénérien. Nous avons cru qu'il pouvait être utile pour prévenir un malheur beaucoup plus redoutable que l'inconvénient d'un traitement inutile, le malheur de procréer des enfants infectés et condamnés ou à mourir avant de naître ou à succomber misérablement et rapidement après être nés. Je déclare que, dans l'incertitude même, je n'hésiterais pas un instant. Je suis d'ailleurs convaincu qu'un traitement antisyphilitique ordonné et dirigé par un médecin instruit et attentif ne saurait devenir un traitement dangereux.

Quant à la question de savoir si ce traitement peut être utilement prescrit lorsqu'il n'existe aucun signe actuellement apparent d'une infection vénérienne, je ne saurais me prévaloir sur ce point d'une parfaite compétence. Il me sera pourtant permis de penser que, chez un sujet infecté depuis longtemps, il peut y avoir, entre les manifestations successives des accidents vénériens apparents, des intervalles d'une durée variable pendant lesquels, malgré l'absence de tout phénomène visible, le mal n'en existe pas moins et l'infection n'en est pas moins réelle, bien qu'elle existe à l'état latent. Or, je crois que ce mal peut être combattu avec succès dans cette condition même, comme il aurait pu l'être auparavant ou comme il pourra l'être plus tard pendant les périodes des manifestations évidentes.

M. Cazeaux déclare qu'il connaissait parfaitement le mémoire de M. Dubois, et qu'il l'a cité très exactement. Quant à prouver le contraire de l'opinion de M. Dubois, ce n'était pas à moi à chercher des faits contraires à cette opinion; c'était à M. Dubois lui-même à fournir les preuves de l'exactitude de sa proposition. Les faits contraires existent d'ailleurs dans la science, ils ont été avancés par Baron, Billard, M. Cruveilhier; M. Dubois les récuse, mais sans donner de preuves. Il avance sa proposition comme une opinion, une croyance; mais doit-on, sur une simple croyance, infliger un traitement antisyphilitique à des personnes qui n'ont aucune manifestation syphilitique actuelle? Je ne crois pas qu'une pareille détermination soit suffisamment motivée par une simple croyance, par une opinion. Du reste, je le répète, je n'ai pas eu d'autre but, dans cette discussion, que d'élever des doutes sur la proposition qui fait l'objet du mémoire de M. Depaul, et conséquemment sur celles de M. Dubois, qui ont avec elle une étroite connexité; si j'ai pu faire partager ces doutes à l'Académie, mon but aura été rempli, car j'aurai empêché de prescrire inutilement un traitement syphilitique.

M. Danyau. J'ai vu beaucoup de pemphygus des nouveau-nés, et j'ai pu constater dans beaucoup de cas des antécédents syphilitiques chez les parents. Dans quelques autres il ne m'a pas été possible de constater cet antécédent. Je ne suis donc pas complétement édifié sur la nature du pemphygus. Cependant un fait tout récent me porterait à me ranger complétement à l'opinion de M. P. Dubois.

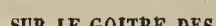
Un enfant était venu au monde avec un pemphygxs; on était très incertain sur la question de savoir si ce pemphygus pouvait être attribué à une origine syphilitique, lorsqu'il se manifesta une roséole que M. Cullerier n'hésita pas à déclarer manifestement syphilitique.

M. Danyau a observé, en outre, des faits analogues à ceux que vient de citer M. Moreau. Une dame ayant fait une fausse couche, eut une seconde grossesse qui se termina par l'accouchement d'un enfant mort et putréfié; on ne trouva aucune altération dans le placenta. M. Danyau émit le soupçon qu'il pouvait y avoir une influence syphilitique, soupçon qui lui parut motivé par l'aveu fait par le père qu'il avait eu des accidents syphilitiques légers, il est vrai, et dont il avait été guéri. Un traitement antisyphilitique fut proposé, mais non accepté, par le médecin ordinaire de la famille. M. Danyau a su plus tard que cette dame avait mis au monde deux autres enfants atteints de symptômes syphilitiques non équivoques.

M. Dubois demande l'autorisation de donner lecture, dans la prochaine séance, du passage de son mémoire où se trouve consignée la réserve dont il a parlé.

Les conclusions du rapport de M. Cazeaux sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.



SUR LE GOITRE DES NOUVEAU-NÉS,

Par M. Frédéric Betz (de Tübingue).

Le goître des nouveau-nés est une maladie peu connue malgré sa fréquence. Les enfants qui en sont affectés sont le plus souvent forts et bien nourris. Souvent on prend le goître pour un pli de la peau chargée de graisse; d'autres fois, le cou offre simplement une trop grande largeur, et d'autres fois encore le goître n'est nullement apparent.

Les accidents produits par cette affection sont des troubles dans les fonctions de la respiration qui peuvent amener la mort au bout de quelques heures après la naissance ou deux ou trois jours plus tard. Les symptômes sont peu nombreux. Immédiatement ou peu après la naissance, l'enfant éprouve le besoin de respirer; les inspirations sont profondes et accompagnées d'un bruit particulier qui s'entend de loin; les expirations sont aussi très pénibles et par moments accompagnées de pleurs. Quelquefois la respiration s'arrête; l'enfant est menacé de suffocation jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration suivie d'un cri vienne le rendre à l'existence. Ces accidents se reproduisent à des intervalles variables. A ces signes, on en peut joindre d'autres qui accompagnent ordinairement les troubles de la respiration : mouvements des ailes du nez, coloration bleuâtre, froid des lèvres et des mains, etc. La succion n'est plus possible; quand l'enfant cherche à teter, il s'éloigne subitement du sein en poussant un cri d'angoisse; la même chose a lieu quand on lui donne à boire ou quand on veut lui faire prendre des médicaments; la bouche est remplie de salive et de mucus. L'asphyxie termine cette scène pénible.

Le goître des nouveau-nés consiste dans une hypertrophie du corps thyroïde sans changement de texture; seulement la glande est plus riche en sang que de coutume. L'hypertrophie affecte tantôt la glande entière et produit une tumeur en demi-lune, tantôt les deux lobes, qui sont réunis par un isthme, et alors le cou est plus large, ou enfin elle n'affecte qu'un seul lobe. Lorsque les deux lobes sont hypertrophiés, ils compriment la trachée et l'œsophage et empêchent la libre entrée de l'air.

Cette maladie paraît être héréditaire, circonstance que l'on a aussi signalée pour l'asthme laryngée. Du reste, la connaissance de l'altération organique qui détermine les accidents que nous venons de rapporter peut jeter quelque jour sur l'asthme laryngé, le spasme de la glotte, l'asthme thymique, etc., affections qui produisent des effets analogues.

Quant au traitement, on a peu d'espoir de réussir à combattre une affection qui marche avec une telle rapidité. L'auteur a eu recours aux sangsues et aux vomitifs, et il conseille l'emploi de l'iode à l'extérieur et à l'intérieur quand les accidents sont moins violents et quand la marche de la maladie fait espérer que le médicament aura le temps d'agir.

Zeitscrift fur rationnelle medizin).

EMPLOI DE LA CASÉINE POUR ENVELOPPER LES PILULES.

Par G. Joseau.

Pour conserver les pilules et en masquer la mauvaise odeur et saveur, M. Joseau a remplacé la gélatine par la caséine.

La préparation de la caséine destinée à cet usage se fait de la manière suivante :

On place pendant vingt minutes, dans l'eau bouillante, de la caséine privée de beurre, on la presse ensuite fortement et on la dissout dans une quantité d'ammoniaque liquide suffisante pour former une liqueur de consistance sirupeuse, qu'on mêle avec du sucre dans la proportion de 1/10e environ du poids de la caséine, puis on évapore le tout à siccité et on réduit en poudre.

Pour envelopper des pilules, on dissout une petite portion de poudre dans l'eau, de manière à former un épais mucilage dont on mouille les pilules, que l'on couvre ensuite avec la poudre. Il faut répéter cette opération deux ou trois fois, selon l'intensité de l'odeur ou de la saveur que l'on veut masquer; et lorsque la dernière enveloppe est faite, au lieu de couvrir les pilules de poudre, on les passe dans de l'eau légèrement acidulée, puis on les fait sécher.

(*Journ. de Chim. méd.*)

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 72. — MARDI 24 JUIN 1851. (24e ANNÉE.)
N° 72. — MARDI 24 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 23 JUIN 1851.

Une visite au Musée de Hunter.

A Monsieur le professeur DENONVILLIERS.

Monsieur et très honoré professeur,

Il ne m'était point possible de faire le voyage de Londres sans aller rendre visite au monument renommé élevé par l'illustre Hunter aux sciences médicales et naturelles. Ce monument, si digne de l'intérêt de tous ceux qui se livrent à l'étude de la biologie, avait surtout un double intérêt pour moi, puisque c'était là que vous étiez allé chercher des exemples, lorsque l'esprit éclairé, le zèle infatigable, l'heureuse témérité de M. Orfila résolurent de fonder au sein même de l'Ecole de Paris un monument rival de celui de Hunter. Mon intention ne saurait être aujourd'hui d'établir un parallèle entre le célèbre modèle et notre magnifique copie; ce n'est pas après une seule visite au Collége des chirurgiens qu'on peut être en mesure de tracer ce parallèle d'ailleurs très intéressant à établir et qui montrerait notre infériorité sous plusieurs rapports et notre supériorité sous beaucoup d'autres; je me propose seulement de publier sur l'organisation du Musée de Hunter quelques détails encore trop généralement ignorés en France, et d'appeler votre attention, celle de nos collègues, celle des médecins représentants du peuple et aussi celle du public médical tout entier sur quelques points de l'organisation du Musée qui pourraient à tant de titres nous servir d'enseignement.

Mais, avant d'aller plus loin, permettez-moi de témoigner toute ma reconnaissance au conservateur du Musée, M. le professeur Owen, pour l'extrême complaisance et la grâce parfaite qu'il a mises à m'en montrer, à m'en expliquer les richesses visibles ou cachées et dont un si grand nombre sont dues à ses savantes et incessantes investigations. Je suis d'autant plus heureux d'exprimer ici tous mes remercîments à M. Owen que beaucoup de nos compatriotes ont trouvé auprès de lui le même accueil, et qu'il m'a fait part de l'estime qu'il professait pour votre caractère et pour votre talent, ainsi que du regret qu'il avait éprouvé de n'avoir pu mettre sa bonne volonté à votre disposition lors de votre voyage à Londres.

Ce qu'il faut admirer le plus, à mon avis, dans le Musée de Hunter, ce ne sont pas les pièces rangées en ordre dans les tiroirs et sur les rayons; il y a quelque chose de plus admirable encore, c'est le vaste génie qui a conçu et exécuté à la fois ce magnifique monument. Lorsqu'on songe que Hunter a été le chirurgien le plus occupé, le Dupuytren de son époque; lorsqu'on songe aux nombreux et importants ouvrages qu'il a écrits; lorsqu'on songe que l'impôt légitime qu'il prélevait sur les malades opulents était entièrement consacré à l'édification d'un monument scientifique; lorsqu'on songe, enfin, que, sur 22,910 pièces renfermées aujourd'hui dans ce monument, 10,563 ont été préparées dans le laboratoire de Hunter, et le plus souvent de sa propre main, l'esprit reste vraiment foudroyé d'étonnement et d'admiration! La médecine et la chirurgie du continent n'ont, en vérité, aucune gloire à opposer à celle de Hunter; et si la France n'avait enfanté Cuvier, elle devrait s'incliner encore devant sa puissante rivale. Mais quel génie ne pâlirait pas devant le génie de Cuvier! L'Angleterre elle-même ne songe point à le contester; et, avec un bon goût et une libéralité dont il faut lui savoir gré, elle a placé dans le Musée de Hunter le buste de ce grand homme à côté du buste de Cuvier.

Quand on entre dans le Musée, la première chose qui frappe tout d'abord le spectateur, c'est l'excessive propreté qui règne dans toutes les parties du monument: depuis le parquet jusqu'aux corniches, tout est balayé, frotté, épousseté avec un soin tel, qu'on pourrait se croire, ainsi que vous avez coutume de le dire vous-même, dans le salon ou le boudoir d'une petite-maîtresse. L'impression favorable qui naît de ce premier coup d'œil ne tarde pas à se justifier de plus en plus. Tous les objets ne sont pas seulement tenus avec une propreté exquise, ils sont disposés, soit scientifiquement, soit matériellement, de la manière la plus favorable pour l'étude.

Un catalogue en dix-huit volumes in-4°, dispersés sur des supports appropriés, dans les diverses parties de l'édifice, contient une indication sur le but, la signification de chaque pièce; et quand il s'agit de pièces pathologiques, souvent l'observation de la maladie et des planches explicatives. Ce catalogue, en même temps qu'il facilite considérablement l'instruction des élèves, donne un intérêt extrême aux visites qu'on fait au Musée; car vous avez constamment sous la main la description de tous les objets qui excitent votre intérêt ou qui piquent votre curiosité. Il est vraiment aussi étonnant que regrettable qu'une telle amélioration n'ait pas encore été réalisée dans notre pays, et que, dans aucun de nos établissements, on ne trouve des catalogues semblables, qui sont, cependant suivant la juste et pittoresque expression de M. Owen, l'*âme des musées*.

Vous n'avez certainement pas attendu cette lettre pour apercevoir la lacune que je vous indique ici; toutefois je la signale de nouveau à votre active sollicitude, car je ne puis croire qu'avec l'appui habile et opiniâtre que vous savez donner aux bonnes causes, vous n'obteniez enfin de la commission du budget et avec le concours de vos collègues le crédit nécessaire pour l'impression d'un ouvrage aussi indispensable que le catalogue dont il s'agit. Je sais que l'entreprise est difficile; mais j'ai le ferme espoir que vous la mènerez à bien. Quelle différence sous ce rapport (et à notre désavantage) entre nous et nos voisins! Aucune dépense ne les effraie quand il s'agit de l'honneur qui peut en rejaillir sur la commune patrie. Depuis 1799, année de l'acquisition du Musée de Hunter par le gouvernement, 2,350,000 fr. ont déjà été votés par le parlement pour le prix d'acquisition et l'érection successive des bâtiments qu'on a agrandis à mesure que les besoins se sont accrus, et 60,000 francs, dont 20,000 francs pour des acquisitions nouvelles, sont affectés annuellement à l'entretien de ce précieux sanctuaire de la science.

Mais si la nation fait des sacrifices pour la gloire commune, admirons aussi le respect de chacun pour le bien de tous, et ici constatons avec une douloureuse humilité notre infériorité sous ce rapport. Vous avez vu comme moi, mon cher et honoré professeur, tous les bocaux du Musée de Hunter à la portée de tous les visiteurs, et vous avez pu vous convaincre qu'il a suffi de mettre en tête des volumes du catalogue ces simples mots : « *Visitors are requested to re-* » *frain from touching the preparations,* » pour que le public se soit toujours abstenu de toute manipulation capable de détériorer les pièces.

Vous avez aussi, comme moi, visité la bibliothèque placée à côté du Musée, et vous vous êtes convaincu du soin extrême que les lecteurs prennent des livres qu'on leur confie, à tel point qu'il n'y a guère de bibliothèques particulières qui soient dans un meilleur état de conservation que la bibliothèque publique du Collége des chirurgiens. Or, vous n'ignorez pas que, dans notre bibliothèque, à la Faculté, presque toutes les meilleures thèses, pour ne citer qu'un exemple, ont été enlevées des volumes qui les renfermaient. Je sais que ce triste défaut, dont nous finirons par nous corriger, je l'espère, n'est pas un des moindres obstacles à l'amélioration de nos établissements publics; mais, s'il fallait s'arrêter devant tous les obstacles, on ne ferait jamais un pas.

En pénétrant plus profondément dans l'organisation administrative du Musée de Hunter, nous trouverions de nouvelles raisons à son admirable tenue. En dehors du comité nommé par le Collége des chirurgiens pour *gérer*, si l'on peut ainsi dire, la partie scientifique du Musée, il y a un conseil d'administration composé de trente des premiers personnages de la nation (1), qui prennent leur mission au sérieux, qui se réunissent tous les trois mois, visitent le monument une fois au moins tous les ans, et qui savent récompenser, par une haute estime et des témoignages publics de reconnaissance, les savants qui se dévouent au progrès de la science et à l'amélioration des monuments qui font la gloire de la nation. Combien encore nous sommes loin de cette organisation ou plutôt de ces mœurs vraiment patriotiques, et combien nous avons encore à apprendre sous ce rapport!

Cependant, s'il me plait ici d'avouer nos défauts pour que nous tâchions de nous en corriger, ce n'est point notre satire que je prétends faire. Si tout ce que je viens de louer chez nos voisins est réellement digne de nos éloges, admirons aussi ce que font ici nos savants, malgré le dénûment où on les laisse : certes, lorsqu'on voit que ce magnifique Musée Orfila, à l'édification duquel vous avez tant contribué, s'est élevé à peu près avec la même somme qu'on dépense à Londres pour entretenir pendant un an le Musée de Hunter, on peut bien déplorer la parcimonie des dispensateurs des deniers publics; mais on doit admirer les ressources que trouve toujours dans notre pays l'activité éclairée et le véritable talent.

C'est sur cette pensée consolante, monsieur et très honoré professeur, que je m'arrêterai pour ne pas donner à cette épître des proportions trop fatigantes pour mes lecteurs et pour ne pas tarder davantage à vous exprimer les sentiments d'affectueuse estime avec lesquels

J'ai l'honneur d'être

Votre dévoué serviteur,

H. DE CASTELNAU.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Inauguration de l'amphithéâtre Corvisart.

Messieurs, il vous semble peut-être qu'aujourd'hui nous nous éloignons un peu de notre enseignement clinique; cependant, si nous faisons quelque excursion dans la science, vous verrez que toujours nous trouverons à établir un certain rapport avec la clinique, et si nous vous parlons aujourd'hui de cet amphithéâtre, c'est pour vous rappeler qu'en 1797, alors que Corvisart, sous le consulat, était médecin de Bonaparte, Corvisart, dis-je, fit ici la première leçon clinique,

(1) Dans ce conseil, on trouve, entre autres personnages, nommés par élection, le duc de Wellington, le duc de Sommerset, le duc de Buccleuch, l'évêque de Londres, etc.

FEUILLETON.

Frais de dernière maladie. Privilége des honoraires médicaux.

La consultation suivante, présentant plus spécialement au point de vue judiciaire les opinions que nous avons défendues nous-mêmes par des arguments tirés de la raison et de la justice générales, nous devons nous contenter de publier ce document, en lui donnant purement et simplement notre approbation.

Consultation pour l'association des médecins de la Seine.

L'avocat soussigné, consulté par l'Association des médecins du département de la Seine, sur la question de privilége soulevée dans l'intérêt de M. le docteur Boullard devant la seconde chambre du tribunal de première instance de la Seine, est d'avis des résolutions suivantes :

La question se pose ainsi :

Le privilége général, accordé par le § 2 de l'article 2101 du Code civil pour frais de dernière maladie, doit-il, quand il est réclamé sur le prix des meubles garnissant la maison du défunt, primer le privilége spécial accordé au propriétaire sur le prix de ces mêmes meubles par le § 1er de l'article 2102?

La question du concours des priviléges généraux et des priviléges spéciaux a donné naissance dans la doctrine et dans la jurisprudence à trois systèmes différents.

Il a été enseigné et jugé tour à tour :

1° Que les priviléges généraux doivent toujours et dans tous les cas primer les priviléges spéciaux;

2° Que l'antériorité appartient, au contraire, aux priviléges spéciaux;

3° Que, dans le concours de ces deux priviléges, c'est la nature de la créance réclamée suivant qu'elle est plus ou moins favorable, qui doit déterminer l'antériorité.

Ce dernier système est un terme moyen qui ne nous paraît reposer sur aucune disposition de loi, qui méconnaît et confond les deux principes, et, en laissant à l'arbitraire du juge le soin d'apprécier la faveur de la créance, est contraire à l'essence même du privilége, qui, par sa nature et par ses conséquences, doit avoir une base fixe, invariable.

Sans doute, c'est en considération de la faveur due à la créance que les priviléges sont institués, et c'est en raison de cette faveur plus ou moins grande que la classification de chacun des priviléges a été faite. Mais cette classification a dû être, et a été, en effet, l'œuvre de la loi. Quand le Code a créé des priviléges généraux et des priviléges spéciaux, et quand il a classé entre eux chacun des priviléges compris dans l'une et l'autre de ces catégories, il s'est décidé par la nature de la créance, par la faveur qui y était attachée. C'est aller contre sa volonté que de permettre au pouvoir discrétionnaire du juge d'établir, suivant telles ou telles préférences, un concours entre les priviléges généraux et les priviléges spéciaux.

Il y a donc, dans tous les cas, et quelle que soit la nature de la créance, antériorité d'un privilége sur l'autre. La loi est pour le privilége général ou pour le privilége spécial : c'est celui-ci ou celui-là qui doit passer le premier; tout tempérament de l'un ou l'autre principe mène à la confusion.

C'est donc entre ces deux premiers systèmes qu'il faut opter, en faisant remarquer toutefois que, même en se plaçant dans le terme moyen dont nous venons de parler, il faudrait encore reconnaître que le privilége du médecin, par la nature de sa créance, par la faveur qui s'y attache, devrait primer celui du propriétaire.

Si l'on pose la question dans des termes plus absolus, elle doit recevoir la même solution.

En effet, la seule qualification de chacun des priviléges consacrés par la loi suffit pour indiquer le degré de faveur qui s'y attache et le droit de priorité qui en résulte.

Le privilége, par cela seul qu'il est général, est plus favorable, plus énergique que le privilége restreint, c'est-à-dire spécial.

« Le législateur, dit la Cour de Rouen dans un arrêt du 12 mai 1828, n'avait pas besoin de dire que le privilége général sur les meubles l'emporterait sur le privilége spécial sur certains meubles, puisque cela ressortait sensiblement de la nature des choses, de la force virtuelle de la généralité établie au premier ordre, et du sous-ordre dans lequet il avait placé la spécialité. »

Il est évident que les priviléges de l'article 2101 qui pèsent sur l'universalité du mobilier ont un droit de préférence fondé sur un degré d'intérêt et de faveur supérieurs à celui des priviléges de l'article 2102 qui ne frappe que sur une nature spéciale et restreinte de meubles.

« A ne considérer que la faveur de la cause, dit M. Troplong sur l'article 2096, les priviléges généraux doivent avoir préférence, puisque la loi les a jugés dignes d'une faveur telle qu'ils affectent la généralité des meubles et même des immeubles. La prédilection du législateur n'est pas douteuse. Elle s'explique par des considérations de haute moralité qui valent bien de petits et pénibles arguments empruntés à des textes sans liaison entre eux..... Tous les

et fonda les écoles cliniques de santé, qui furent le commencement des facultés de médecine. Corvisart, cet homme d'un si prodigieux mérite, fit comprendre le premier tout le prix de la clinique, et le premier fit voir quelle importance on devait attacher aux signes physiques des maladies.

Avant Corvisart, Maximilien Stall avait, sous la protection de l'empereur d'Autriche, commencé à faire voir les avantages de la clinique; mais s'il ne resta que peu de temps chargé d'un enseignement qui n'était pas fondé sur les signes physiques, ce grand homme eut du moins la gloire d'avoir fait connaître le livre d'Avenbrugger, qui, sans Maximilien Stall, fût peut-être resté ignoré. Ce livre fut le point de départ de travaux immenses, car dans ce petit ouvrage il y avait beaucoup plus à apprendre que dans d'autres très volumineux écrits des anciens, que l'on cite beaucoup trop.

Corvisart traduisit en français le petit livre d'Avenbrugger, et dès ce moment, quoique la percussion fût mal connue, on peut dire que la médecine changea de face; Corvisart est devenu un grand homme, non par un puissant crédit, ni par sa haute position, ni par la place qu'il occupa si dignement dans l'enseignement, mais par l'immense service qu'il rendit à l'humanité, par un tact infini, par des travaux qui le rendront à jamais illustre.

Faut-il, messieurs, vous prouver encore l'utilité de la découverte d'Avenbrugger? Vous avez vu ce matin dans nos salles, sur les quelques malades que j'ai examinés avec vous, que, sans la percussion, nous n'aurions pu arriver à un diagnostic certain. Je laisse de côté ce qui m'est personnel; je n'attache ici aucune valeur au plessimètre, si vous voulez. Qu'est-ce, en définitive, que la percussion médiate ou immédiate dans un fait de cette importance? Nous examinons un malade couché au n° 1; nous l'interrogeons; il souffre partout. Nous ne pouvons rien tirer des réponses qu'il fait à nos questions; nous lui trouvons une rate grosse; elle a 10 centimètres. Nous insistons dans une question; fort de ce renseignement, nous cherchons à découvrir la vérité. Cet homme avait eu il y a dix-huit mois une fièvre intermittente tierce, et hier encore il a eu un accès parfaitement caractérisé. Nous le traitons, nous le guérissons. Sans un examen sérieux, sans ce fait constaté par la percussion, cette hypertrophie de la rate, nous eussions été forcé de chercher au hasard un diagnostic. Ce n'est plus ainsi que la médecine doit procéder.

Des hommes d'un immense talent, Morgagni, Haller, etc., avaient fini, en remarquant que tel symptôme se manifestait constamment avec telle lésion, avaient fini par avoir une certaine habitude de diagnostic. Cependant, si vous cherchez, par exemple, de quelles maladies le vomissement peut être symptomatique, vous allez trouver une série tellement grande d'affections qu'il vous faudra des efforts incroyables pour arriver à quoi? A une conjecture; car, tant que vous n'aurez pas trouvé et constaté la lésion, vous ne pourrez que rester dans cette conjecture, et faire alors de la médecine du *strictum*, du *laxum*, médecine qui vous conduira dans des hypothèses qui pourront être poussées jusqu'à l'absurde. Sans la percussion, messieurs, vous ne ferez que de détestables médecins : vous ne serez jamais certains de votre diagnostic.

Je vois en face du nom de Corvisart gravé sur les colonnes de cet amphithéâtre le nom de Laënnec. La médecine a grandi par Laënnec, messieurs; ce sont ses travaux d'anatomie pathologique qui ont dignement continué ceux de l'illustre Morgagni : Laënnec avait commencé par rallier les symptômes aux lésions anatomiques; mais il s'aperçut que cette méthode physiologique le menait trop loin, qu'il faisait de cette manière trop d'histoire naturelle, que souvent le symptôme ne se trouvait plus d'accord avec la lésion. En travaillant dans cette voie, Laënnec avait suivi les anciens errements; cela ne devait plus lui suffire; fervent disciple d'Avenbrugger, de Morgagni, il acquit une certaine habileté de percussion, quoique cependant il percutât fort mal; car il faut que vous sachiez, messieurs, que d'abord la percussion se faisait presque à coups de poing, puis on percuta à plat; Avenbrugger percutait avec le doigt garni d'un gant; Corvisart employait une force qui le faisait fuir de ses malades et faisait en même temps redouter un moyen dont il savait cependant tirer un grand parti. Depuis, Leroux percuta d'une manière affreuse; enfin, Laënnec employait tout simplement un bâton, qui était son stéthoscope.

On élève des statues, messieurs, aux hommes qui ont fait des découvertes considérables dans les arts, qui ont trouvé le moyen d'employer la vapeur, etc., etc.; mais quel monument ne devrait-on pas dresser à l'homme qui, le premier, eut l'idée d'appliquer son oreille sur le thorax d'un malade, et qui, par sa perspicacité, par son esprit, par son intelligence, trouva que la poitrine renfermait tantôt des produits solides, d'autres fois des gaz, des liquides, des corps durs, découverte qu'il rapporte de suite à des altérations qui viennent caractériser des lésions dont Laënnec avait déjà deviné la nature! Laënnec, messieurs, fut professeur dans cet amphithéâtre; son nom s'y trouve glorieusement inscrit; mais ce n'est pas assez pour illustrer l'homme à qui l'art de guérir doit une de ses plus belles découvertes, son plus immense progrès!

Qu'est-ce, en effet, que l'auscultation à côté de la période scientifique dans laquelle nous vivons et où nous venons demander aux sciences cliniques et physiques la connaissance de faits dont elle ne peut encore nous donner l'explication! Quand on considère que la chimie, que le microscope n'ont pu encore découvrir les différences qui existent entre les virus, dont nous connaissons cependant si bien les différents modes d'action, nous sommes forcés d'avouer que ces sciences n'ont fait faire encore à la médecine que des progrès lents et qu'elles n'occupent jusqu'à présent qu'un rang secondaire.

Les sciences marchent, messieurs; jamais un homme ne crée tout seul. Mais le travailleur comprend le mouvement, y croit et marche dans ce sens; celui qui fait rétrograder tombe. Il en est de même d'une rivière que l'on voudrait arrêter dans son cours par une digue; sachez d'où elle coule, dirigez-la, elle deviendra un fleuve utile et non des flots qui porteront partout la dévastation. Celui qui veut trop innover tombe au moins dans un amour-propre excessif, et touche de près à l'aliénation mentale; il veut que tout cède. Soyez bien persuadés que l'homme qui avance est celui qui continue ce qui a été déjà étudié. En médecine, on a observé des symptômes; on les a groupés, on en a fait la maladie, état tellement mal défini qu'il a fallu les lumières de l'anatomie pathologique pour percer les ténèbres qui l'entouraient. L'anatomie pathologique avait donc déjà fait reculer l'idée de la maladie. Alors on a cherché la lésion. La pneumonie n'était déjà plus la fluxion de poitrine, mais bien l'inflammation du tissu pulmonaire; la pleurésie n'était plus le point de côté, mais bien l'inflammation de la plèvre. Toutes les fièvres sont tombées, excepté une seule que l'on a ressuscitée, la fièvre typhoïde, sous le manteau de laquelle on a déguisé tout ce qu'on a voulu. La seule chose qui en soit restée et qui paraisse la plus claire, c'est la lésion, la maladie des glandes de Peyer, la fièvre peyerique, comme on l'a appelée. On s'est réfugié alors sur la fièvre intermittente, que l'on cherché à saper autant que possible, et on a été forcé d'admettre, en définitive, que cette maladie n'est que le résultat d'une lésion, l'hypertrophie de la rate.

Vous voyez donc bien, messieurs, qu'avant la maladie il faut étudier la lésion, à moins que vous ne préfériez attaquer le principe vital par des drogues. Allons jusqu'au fond des choses, et ajoutons que la lésion peut être seule ou multiple, que l'organe peut souffrir de différentes manières, que tous les organes peuvent souffrir ensemble. Avant tout, il faut étudier les points de détail avant les points de départ.

Tel est, messieurs, le résumé de mes doctrines. C'est l'école anatomique tout entière portée à ses dernières conclusions. Si l'on dit que je suis logique, il faut qu'on me rende justice. Mes idées ne sont autres que celles émises par Vésale, Morgagni, Haller, Laënnec, Pinel, Sauvages, et je suis heureux de penser qu'elles sont tout à fait dans la direction de celles qui illustrent encore l'Ecole de Paris; elles ne sont ni ridicules, ni déplacées. Tous les grands maîtres que je viens de citer ont créé des mots, dont quelques-uns ont survécu; les pathologistes modernes ne se sont pas gênés pour en créer d'autres, que j'ai adoptés parce qu'ils sont meilleurs. J'ai été assez heureux pour voir plusieurs des miens adoptés par des hommes de progrès. Soyez persuadés, messieurs, qu'il restera toujours quelque chose de ma doctrine et des principes qui en découlent; je saurai la soutenir et la défendre avec toute l'ardeur et la conviction dont je suis pénétré.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Opération du varicocèle par enroulement.

Nous avons eu souvent occasion, dans nos colonnes, d'examiner les diverses méthodes au moyen desquelles on opère le varicocèle, et de les comparer entre elles au point de vue de leur efficacité, de la promptitude de la guérison, de la fréquence des récidives.

Parmi ces méthodes, une de celles qui méritent d'occuper une des premières places est sans contredit la méthode dite par enroulement des veines du cordon spermatique, telle que la pratique aujourd'hui son inventeur, M. Vidal (de Cassis). Nous n'avons pas besoin de décrire ici le manuel opératoire, que connaissent tous nos lecteurs et qui a été figuré dans ce journal il y a déjà plusieurs années. Nous voulons seulement en dire un mot en passant, et à l'occasion d'un malade que nous a fait voir M. Vidal ces jours derniers, et à l'occasion d'une deuxième édition qui vient d'être publiée du mémoire sur ce sujet, imprimé pour la première fois en 1844.

Le malade que nous a fait voir M. Vidal est un jeune homme dont l'histoire ne présente, du reste, rien de remarquable, mais qui a offert ceci de particulier, que les fils d'argent et l'eschare qu'ils avaient déterminée sont tombés au quatorzième jour. Le sujet n'a plus aujourd'hui qu'une très légère surface des téguments en suppuration; et d'ici à peu de jours il sortira complétement guéri.

Ce fait est curieux en ce sens qu'il n'est pas très fréquent de voir la section de toute l'épaisseur des parties molles s'opérer aussi rapidement. Nous savons bien qu'une durée de quelques jours de plus ou de moins n'a pas une très grande importance si l'on envisage le résultat définitif. Mais n'oublions pas cependant que les anciens, nos maîtres, ne négligeaient pas le *cito*, qu'ils plaçaient même avant le *tuto* et le *jucunde*.

Chez ce jeune homme, on saisit facilement entre les doigts le noyau formé par la cicatrice profonde des vaisseaux et des parties tégumentaires qui caractérise l'opération par enroulement.

Les mérites de ce procédé sont nombreux; d'abord il n'y a pas, comme par les anciens procédés, par celui de Breschet, par exemple, chances de phlébite; quoique peut-être les craintes générales que l'on avait de cet accident fussent un peu exagérées. Les nombreuses observations de M. Vidal ne l'ont pas mis à même de constater une seule fois la phlébite après l'enroulement des veines. Pour les récidives, il est évident qu'il doit s'en présenter très peu; car non-seulement, comme par les autres méthodes, on oblitère les vaisseaux veineux du cordon spermatique, mais on oblitère aussi, en les coupant en plusieurs points, les veines de la peau des bourses, dont la perméabilité est une cause très fréquente de récidive de l'affection.

Sous ce dernier rapport, celui des récidives et par suite de la possibilité de la cure radicale du varicocèle, M. Vidal a fait faire un grand pas à la science. La question de l'innocuité est évidemment complétement vidée aujourd'hui. Celle de curabilité absolue et à tout jamais semblait moins avancée. Les observations nombreuses, accompagnées de preuves authentiques présentées à l'Académie de Médecine à plusieurs reprises par M. Vidal, la mettent également hors de doute. Il ne peut en rester aucun à ceux qui ont vu faire une fois l'opération par enroulement. La récidive n'est plus possible. Comment pourraient devenir variqueuses des veines qui n'existent plus?

Nous ne parlons que pour mémoire de la difformité qui résulte de l'opération, et qui peut, il est vrai, persister un temps plus ou moins long. Il est certain qu'au moment où les fils tombent la section spontanée ou artificielle du pont qui sépare l'entrée de la sortie des aiguilles laisse une plaie profonde, et dont la réparation est assez longue à se faire. Il y a donc, pendant un temps assez long, une cicatrice inégale dont le grand diamètre est mesuré par la longueur du pont, et dont les petits diamètres ont à peine 8 à 10 millimètres. La rétractilité agit peu à peu dans tous les sens, et finit par réduire la difformité à une légère dépression qui se confond avec un des plis nombreux et très marqués du scrotum.

Nous avons vu, et M. Vidal en convient, que la portion de peau qui est au-dessus des fils, vers la verge, forme une espèce de lambeau, surtout quand on a beaucoup enroulé.

privilèges énumérés dans l'article 2101 (les frais de justice exceptés) reposent sur des services rendus à l'homme, tandis que les privilèges spéciaux sont fondés sur la propriété ou sur la possession, sur des services rendus à la chose. Or ne serait-ce pas tomber, ajoute M. Troplong, dans un matérialisme dégradant que d'attribuer à ces derniers privilèges une préférence sur ceux qui sont destinés à encourager les devoirs de l'humanité et les soins dus à la personne?

» Ce que j'ai dit des frais funéraires, ajoute encore M. Troplong, s'applique aux frais de dernière maladie; on peut consulter ce que dit Loyseau pour prouver qu'*ils doivent primer les loyers.* »

La même opinion est professée par M. Malleville (*Esprit du Code civil*), par Tarrible, Grenier, Favard de Langlade.

Un arrêt récent de la Cour de Rouen (30 janvier 1851) consacre le même principe. On peut voir aussi l'arrêt ci-dessus cité de la même Cour du 12 mai 1828. — Limoges, 15 juillet 1813. — Poitiers, 30 juin 1830. La Cour de cassation ne s'est pas prononcée sur la question, mais elle a reconnu implicitement le principe, en jugeant, par son arrêt du 14 décembre 1824, que le privilège général de la douane primait le privilège spécial du prêteur à la grosse.

Ce n'est pas seulement par voie d'induction qu'il faut ainsi résoudre la question. On peut dire qu'il y a dans la loi un texte précis, formel, et qui ne laisse subsister aucun doute, c'est l'article 2105.

Cet article dit que, lorsqu'à défaut de mobilier les privilèges généraux se présentent pour être payés sur le prix d'un immeuble en concurrence avec les créanciers privilégiés sur cet immeuble, les payements se font dans l'ordre suivant : d'abord les privilèges généraux énoncés dans l'article 2101, puis les créances privilégiées sur les immeubles.

Ainsi se trouve nettement tranchée la question de priorité du privilège général, et l'on se demande quelle raison sérieuse pourrait faire fléchir ce principe quand il s'agit du privilège spécial sur certains meubles.

L'esprit de la loi et son texte sont donc d'accord pour justifier la demande formée par M. le docteur Boullard.

En conséquence, l'avocat soussigné estime qu'il y a lieu de maintenir le règlement provisoire qui a colloqué M. le docteur Boullard pour honoraires de soins donnés dans la dernière maladie du défunt, par préférence et antériorité à la créance réclamée pour loyer par le propriétaire sur le prix du mobilier.

PAILLARD DE VILLENEUVE.

Paris, 13 juin 1851.

L'Association des médecins du département de la Seine demande au tribunal la permission d'ajouter quelques mots aux développements juridiques donnés au point de droit par son Conseil.

La question qui concerne M. le docteur Boullard intéresse le corps médical tout entier, et les membres du bureau de l'Association établie aux termes d'un décret du président de la République, en date du 16 mars 1851, croient qu'il est de leur devoir d'intervenir dans ce débat.

Le privilège du médecin pour frais de dernière maladie repose sur un principe d'humanité, nous pouvons dire aussi de dignité professionnelle : il protége les intérêts si précieux du malade, en même temps qu'il sauvegarde la considération du corps médical. En assurant au médecin le prix légitime de ses soins, il fait obstacle à des exigences anticipées contraires tout à la fois aux sentiments de l'humanité et à la réserve imposée à l'homme de l'art dans l'exercice de sa profession.

Les membres du bureau de l'Association, pleins de confiance dans la justice du tribunal, ne doutent pas que la solution ne soit conforme aux règles du droit, aux principes de l'équité.

Les membres du bureau :

ORFILA, président de l'Association.
BÉRARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vice-président.
ADELON, professeur de médecine légale à la Faculté, vice-président.
VOSSEUR, trésorier de l'Association.
MÉNIÈRE, secrétaire annuel.
PERDRIX, secrétaire général.

Paris, 15 juin 1851.

Nous aurons soin de faire connaître le texte du jugement.

— La *Gazette médicale de Montpellier* et la *Revue thérapeutique du Midi*, que nous venons de recevoir, ne contiennent aucune nouvelle relative à l'épidémie de suette miliaire qui avait sévi pendant le mois dernier sur la ville et l'arrondissement de Pézénas. Ce silence prouve assurément que la maladie, si elle y existe encore, a perdu presque toute sa gravité.

Ce lambeau, après la section des chairs, reste épais, saillant; mais peu à peu il s'atrophie, diminue de volume, s'aplatit et se met de niveau avec la peau qui était au-dessous des fils, du côté du testicule.

Nous ne terminerons pas sans dire que la méthode de M. Vidal semble gagner chaque jour. Il y a peu de jours nous la voyions mettre en usage par M. Jobert (de Lamballe), chez un malade de ses salles, à l'Hôtel-Dieu. Nous apprenons que M. Sédillot s'en sert aujourd'hui; et, jusqu'à présent, de tous ceux qui ont su la pratiquer, aucun ne l'a abandonnée pour recourir à d'autres.

D[r] A. F.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Ankylose incomplète du coude dans l'extension, datant de deux ans; flexion obtenue de vive force et sans accidents.

Observation recueillie par M. Duclos, interne du service.

Louis Danicourt, âgé de vingt-quatre ans, menuisier, d'une bonne constitution, entré dans le service le 6 avril 1851.

Il est tombé, il y a deux ans, de la hauteur d'un deuxième étage sur le sol; et étant resté sans connaissance, il ne peut donner de détails précis sur la manière dont il est tombé. Quoi qu'il en soit, quand il revint à lui, il avait une douleur très vive dans le coude gauche, qui devint immédiatement le siége d'un gonflement énorme; il entra en conséquence à l'hôpital d'Amiens. Durant les huit ou dix premiers jours, la jointure continua à se gonfler et fut le siége d'une douleur si vive qu'il n'avait pas un instant de sommeil. On mit en usage un traitement antiphlogistique: cataplasmes, bains, repos; et enfin, après deux ou trois mois de séjour à l'hôpital, le coude était parfaitement revenu à son volume normal; mais il avait conservé une roideur articulaire considérable, et se trouvait par malheur dans une extension complète que ni le malade, ni son chirurgien ne pouvaient essayer de vaincre sans produire les plus vives angoisses. On se borna donc à le garder à l'hôpital, en couvrant la jointure de cataplasmes et essayant des bains de toutes sortes. Enfin, après deux ans de ce traitement, la jointure restant toujours immobile, M. Josse se décida à l'envoyer à l'hôpital Saint-Louis, pour essayer si les *douches de vapeur* auraient plus d'efficacité sur cette roideur articulaire.

Lors de son entrée, nous trouvons le coude gauche sans gonflement, sans douleur, ayant bien sa forme normale, mais dans une extension fixe et complète, avec impuissance absolue de le fléchir, même au plus léger degré, de sorte que tout le membre ressemble à une tige rigide pendant le long du corps; ce qui gêne considérablement le malade et l'empêche de travailler de son état de menuisier.

Avait-on affaire à une ankylose vraie, auquel cas le membre devait rester irrévocablement étendu; ou bien n'y avait-il qu'une fausse ankylose, ce qui, sans donner à espérer le rétablissement des mouvements du coude, vu l'ancienneté du mal, devait au moins permettre de le ramener à la demi-flexion? M. Malgaigne arrive à ce diagnostic différentiel à l'aide d'un signe qu'il regarde comme pathognomonique; en essayant d'imprimer des mouvements à l'articulation, si l'on détermine quelque douleur, fût-ce sans mobilité apparente, il n'y a pas soudure osseuse, et l'on peut espérer de changer la position sans fracture et sans accidents. C'était le cas de notre malade; la flexion essayée en portant le genou au pli du coude détermine une vive douleur; en conséquence, la flexion forcée fut arrêtée pour le lendemain.

Le malade étant couché et endormi à l'aide du chloroforme, M. Malgaigne, placé du côté blessé, saisit fortement avec les deux mains l'avant-bras malade un peu au-dessus du poignet, pendant qu'un aide retenait le bras dans l'immobilité; puis le chirurgien fléchit l'avant-bras lentement et sans secousses jusqu'à ce qu'il lui eût fait faire avec le bras un angle dépassant un peu l'angle droit. Cette manœuvre, qui nécessita une assez grande force, s'opéra sans craquement, ni fracture; le malade ne jeta pas un cri. On maintint ensuite cette flexion forcée, d'abord à l'aide d'un mouchoir triangulaire qui fixait le coude contre le tronc, puis avec une bande formant un nœud coulant autour du poignet et dont les chefs furent ramenés derrière le cou, de manière à retenir la main à la hauteur et au-devant de l'épaule droite. Le malade se réveilla alors, et manifesta une vive joie de voir son coude fléchi. — On applique sur le coude des cataplasmes émollients fréquemment renouvelés.

Il y eut dans la journée quelques douleurs vers le coude, mais qui s'apaisèrent dès le lendemain. On laissa le bandage contentif jusqu'au 21 avril; à cette époque, le malade ne ressentait aucune douleur; le coude était fléchi à angle droit, mais n'offrait pas le plus léger mouvement spontané. Sans compter beaucoup sur le retour des mouvements, M. Malgaigne l'engagea cependant à exercer la jointure, et de fait le malade était parvenu à exécuter seul quelques légers mouvements de flexion et d'extension de manière à faire espérer davantage, lorsque le manque de lits et l'arrivée de quelques blessures graves obligea à le renvoyer. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

Note du Rédacteur. — Lorsque j'admis ce malade dans mes salles, ce n'était pas assurément en vue de lui rendre les mouvements du coude, non que je regarde la chose comme absolument impossible; mais, lorsque la roideur articulaire date de deux ans, il faudrait pour la vaincre des soins assidus et surtout un temps beaucoup plus long que celui dont on peut disposer dans un hôpital. Mais il restait encore un immense service à rendre à ce jeune homme: c'était de lui restituer l'usage du bras et de la main en ramenant le membre à la flexion. On ne saurait imaginer un résultat plus rapide que celui qui a été obtenu; grâce au chloroforme, il n'y a pas eu de douleur d'abord, et j'incline encore à croire que l'emploi du chloroforme n'a pas été sans influence sur l'absence presque absolue de tout accident consécutif.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juin 1851. — Présidence de M. Danyau.

Hydrocèle. — Extraction d'une masse spongieuse de la tunique vaginale.

M. Lebert. La masse spongieuse infiltrée que M. Huguier a extraite de la tunique vaginale ne m'a pas offert au microscope les caractères d'une fausse membrane. On n'y trouve aucune trace de fibrine amorphe; c'est un tissu cellulo-vasculaire qui résulte, pour moi, d'une sorte d'exfoliation de la tunique vaginale.

— M. Giraldès fait un rapport verbal sur le 33[e] volume des *Transactions médico-chirurgicales de Londres.*

De la ténotomie dans les fractures.

M. Larrey, à propos du mémoire de M. Campbell (de Morgan), cité par M. Giraldès, dit avoir eu l'occasion de rappeler à l'Académie de Médecine que la ténotomie dans le traitement des fractures irréductibles avait été employée pour la première fois par le docteur Meynier (d'Ornans), ancien chirurgien militaire.

Luxation du bras avec la fracture du col chirurgical et du col anatomique de l'humérus.

M. Lenoir met sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui est curieuse par la multiplicité et par la rareté de quelques-unes des lésions qu'elle présente. C'est une articulation scapulo-humérale sur laquelle on rencontre à la fois une fracture du col chirurgical de l'os, une fracture du col anatomique de ce même os, une luxation en avant de la tête humérale et une fausse ankylose de la cavité glénoïde de l'omoplate avec ce qui reste de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Le sujet sur lequel cette pièce a été prise est une vieille femme de 83 ans, encore pourvue d'assez d'embonpoint, et qui est tombée seulement de sa hauteur sur le sol, son coude gauche étant écarté du tronc.

Un médecin appelé après l'accident lui dit qu'elle avait le bras démis et exerça des manœuvres de réduction. Celles-ci furent très douloureuses et accompagnées de craquement; mais, comme elles n'avaient produit aucune réduction, la malade entra le lendemain à l'hôpital Necker.

On constata à la visite une tuméfaction notable de la partie supérieure du bras gauche avec ecchymose assez étendue de sa partie interne, un raccourcissement de 2 centimètres, le membre étant mesuré de l'acromion à l'épicondyle, et enfin une crépitation rude et multiple pendant les mouvements de rotation et d'élévation du bras.

Vu le grand âge de la malade et les douleurs qu'elle éprouvait dans cet examen, on ne chercha pas à préciser davantage le siége de la lésion. On diagnostiqua une fracture du col chirurgical de l'humérus et on appliqua des résolutifs sur l'épaule, et quelques jours après un appareil approprié à l'espèce de fracture qu'elle portait. Cet appareil fut maintenu pendant près de trois mois et renouvelé de temps à autre. Au bout de ce temps, il fut levé, et la consolidation de la fracture parut achevée; la malade pouvait très légèrement mouvoir son bras d'avant en arrière; mais elle ne bougeait pas de son lit, quand elle fut prise d'accidents cérébraux, qui dénotèrent un ramollissement de l'organe, et qu'elle mourut. A l'autopsie, l'épaule, examinée avec soin, a présenté les altérations suivantes, que la Société peut encore constater, en partie du moins, sur la pièce que M. Lenoir met sous ses yeux.

1° *Une fracture du col anatomique de l'humérus.* — La solution de continuité porte évidemment sur cette partie de l'os, et le fragment supérieur qui en résulte est exclusivement formé par la tête humérale recouverte par son cartilage d'incrustation. Ce fragment tient encore au pourtour de la cavité glénoïde par une petite portion de la capsule articulaire, qui s'insère dans l'étendue de quelques millimètres sur la rainure qui sépare cette tête de la grosse tubérosité.

2° *Une luxation de la tête de l'humérus.* — En effet, le fragment supérieur de la fracture, formé, comme nous venons de le dire, par la tête de l'humérus, au lieu d'occuper la cavité glénoïde de l'omoplate, est passé en avant de cette cavité et est venu se placer sur la troisième côte après avoir éprouvé un mouvement de bascule sur lui-même, par suite duquel sa face articulaire regarde directement en avant. Dans ce point, il est recouvert par le plexus brachial et l'artère de ce nom, qu'il soulève. Cette tête de l'humérus est maintenue dans cette position par une portion de la capsule articulaire, qui lui adhère encore, et sur laquelle la surface inégale résultant de la fracture qu'elle a subie repose et peut même glisser.

3° *Une fracture du col chirurgical du même os.* — Quoique les fragments soient consolidés, il est encore facile de suivre sur la pièce anatomique les dépressions et les saillies qui limitent cette fracture; elle passe au-dessous des deux tubérosités humérales, et sa réduction n'est pas tellement exacte que la coulisse bicipitale de l'os ne se trouve déviée de sa direction habituelle.

4° Enfin, il existe entre la cavité glénoïde et la surface fracturée de l'humérus des adhérences courtes et assez larges qui unissent ces parties l'une à l'autre; mais qui cependant permettent encore de légers mouvements de glissement.

M. Lenoir avoue n'avoir pas constaté chez cette malade l'existence de la fracture du col chirurgical et de la luxation de la tête de l'os. Il se demande, dans le cas où il aurait pu préciser davantage le diagnostic de ces diverses lésions, si sa conduite eût été différente; il regarde comme impossible la réduction d'une pareille luxation *sens dessus dessous* de la tête humérale, et il ne connaît aucun moyen propre à la maintenir réduite.

M. Maisonneuve. Puisque la luxation a échappé à M. Lenoir, il fallait qu'il fût impossible de la constater, et sans doute que le moyen dont je vais parler n'eût pas permis d'arriver à ce but. Cependant le chloroforme présente ici de très grands avantages; en supprimant la douleur et la contraction musculaire, il favorise merveilleusement l'examen et conséquemment le diagnostic de la lésion.

M. Larrey. Le cas rare et intéressant observé par M. Lenoir vient d'être pour M. Maisonneuve le sujet d'une digression qui me permettra d'y ajouter quelques mots. J'ai eu occasion aussi d'utiliser l'emploi de l'anesthésie comme moyen de diagnostic de certaines lésions des membres et spécialement dans des cas dont l'observation est plus fréquente aux hôpitaux militaires qu'aux hôpitaux civils. Il s'agit d'affections simulées par des conscrits et surtout par des remplaçants qui cherchent à se faire réformer, et parviennent quelquefois à force d'adresse et de persévérance à imiter les effets réels soit d'une ankylose, soit d'une rétraction, d'un raccourcissement ou d'une déviation des membres. L'exploration la plus attentive, les manœuvres les mieux dirigées ne suffisent pas toujours à faire reconnaître la réalité des cas de ce genre; tandis qu'à l'aide du chloroforme administré prudemment on réussit à constater s'il s'agit d'une affection vraie, exagérée ou simulée.

Dès les premiers temps où l'éthérisation fut mise en usage, ajoute M. Larrey, j'en ai essayé l'effet dans les conditions que j'indique, et, sans y attacher d'abord une grande importance, j'ai reconnu depuis tout le parti que la chirurgie militaire et peut-être la médecine légale pourraient tirer des agents anesthésiques dans des circonstances semblables.

M. Chassaignac. Voici un point qui me paraît mériter des éclaircissements. Je vois bien des restes de la capsule se rendre du pourtour du fragment inférieur au col glanoïdien; mais il y a d'autres faisceaux fibreux qui partent du centre même de la coupe de ce fragment. Comment expliquer cette insertion centrale?

M. Lenoir. C'est tout simplement un tronçon fibreux qui a contracté les adhérences sur ce point du fragment. Quant à la violence de la chute, elle a eu lieu de la hauteur de la malade et dans l'attitude que j'ai indiquée; il n'était pas possible de tirer beaucoup de lumières de cet antécédent. J'ajouterai que l'embon- point du sujet augmentait encore l'obscurité du diagnostic.

M. Boinet. Je me demande si la perception d'une tumeur arrondie dans l'aisselle n'eût point donné au moins la présomption de l'existence de la luxation. Je désirerais savoir si l'on a cherché ce signe.

M. Nélaton. Sans nul doute M. Lenoir connaît le cas de Houzelot cité par Delpech, où la tête séparée du corps de l'os était allée se loger sous l'épine de l'omoplate.

M. Lenoir. C'est moi qui ai donné la pièce au Musée du Val-de-Grâce; je l'avais reçue de M. Houzelot, qui a été l'un de mes premiers maîtres. Je ne pouvais donc pas ignorer ce fait, et notre secrétaire en a consigné quatre autres semblables dans sa dernière thèse du concours, les uns avec autopsie, les autres avec réduction et guérison complète ou avec ankylose; mais dans ces cas, une fracture unique compliquait la luxation, tandis que dans le mien cette fracture est double.

M. Morel-Lavallée. Je remercie d'abord M. Lenoir d'avoir bien voulu citer ma thèse; elle contient encore des exemples de complication analogue pour d'autres luxations, pour aller de la hanche et du coude-pied, où l'os luxé, le fémur et l'astragale s'est en même temps fracturé. Ce que le fait de M. Lenoir offre de nouveau, c'est en effet la fracture simultanée des deux cols de l'humérus coïncidant avec la luxation de l'os; la terminaison de ces deux fractures par ankylose est aussi un des points intéressants de cette observation. On a dit que la présence de la tête dans l'aisselle aurait peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic de la luxation. Il y a un signe plus facile à saisir; mais sans doute qu'il n'était pas appréciable dans ce cas, puisque M. Lenoir n'en a pas parlé; c'est l'aplatissement de l'épaule.

M. Lenoir. Ce qui m'a surtout frappé, c'était une crépitation des plus caractérisées; la douleur et le gonflement, qui étaient considérables, ne permettaient pas de compléter les explorations.

Cholestérine du globe oculaire (synchisis étincelant).

M. Chassaignac. Dans une des dernières séances de la Société, j'eus l'honneur de vous présenter un malade offrant un très bel exemple de cette curieuse altération de l'œil, qui consiste dans l'existence de corps étincelants dans le globe oculaire. Cette altération, désignée par M. Desmarres sous le nom de *synchisis étincelant*, par M. Sichel sous celui de *spinthéropie*, nous semble pouvoir être, d'après le progrès rapide des études faites sur sa nature, désignée sous le nom de *cholestérie* du globe oculaire.

Nous la subdivisons en *cholestérie libre* et *cholestérie adhérente*, suivant que les paillettes scintillantes sont dénuées de toutes connexions et qu'elles jouissent d'une mobilité absolue, ou suivant qu'elles ont un rétinaculum, une adhérence plus ou moins forte à tel ou tel des éléments du globe oculaire.

Nous rejetons la division fondée sur le caractère de mobilité ou d'immobilité des paillettes, par cette raison que la mobilité de ces corpuscules peut exister dans deux conditions très différentes, puisqu'il en est qui sont mobiles d'une manière absolue et dépourvus de toute adhérence, tandis qu'il en est d'autres qui, tout en ayant des adhérences, — lâches, il est vrai, — sont mobiles aussi. Or la circonstance anatomique consistant dans l'existence ou la non-existence de l'adhérence de ces corps nous paraît plus importante en matière de classification que la circonstance de leur mobilité ou de leur immobilité.

Le fait que nous avons présenté à la Société nous a paru surtout digne de son attention en ce sens qu'il établit une variété nouvelle, et voici en quoi:

Jusqu'ici toutes les observations recueillies, elles sont au nombre de quinze, et celle-ci fait la seizième, portent sur des cas où il y avait une communication non douteuse entre la chambre antérieure et la chambre postérieure de l'œil à travers la pupille. Dans notre observation cette communication n'existe pas; mais la communication est détruite depuis un trop grand nombre d'années pour permettre de supposer que les corps étincelants formés d'abord dans la chambre postérieure de l'œil auraient pu être transmis de ce point dans la chambre antérieure avant l'oblitération de la pupille, oblitération qui est évidemment ici contemporaine de la lésion primitive du globe oculaire. Or cette lésion traumatique date de l'âge de cinq ans, et le malade en a actuellement vingt-sept.

C'est là ce qui forme le point curieux de l'observation. En effet, ce seul exemple suffirait pour battre en brèche toutes les théories qui supposent 1° la production exclusive des paillettes étincelantes dans la chambre postérieure; 2° la présence de ces paillettes dans la chambre antérieure, comme étant le résultat d'un déplacement purement secondaire.

Voici l'observation:

Le nommé Paroissien, plâtrier, âgé de vingt-sept ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le 6 mars 1851. Suivant le récit du malade, la lésion dont son œil droit est le siége aurait pour origine un coup violent porté sur cet organe dès l'âge de cinq ans, dans une chute sur l'extrémité d'une pompe à tirer le vin. Ce ne fut qu'au bout de quelques mois que la vision se perdit entièrement dans l'œil blessé. La couleur des iris est brunâtre; les cheveux sont noirs.

Aujourd'hui, atrophie peu considérable de l'œil droit; consistance normale; diminution des diamètres de la cornée et de sa convexité. Cette membrane présente dans son tiers inférieur un croissant horizontal de couleur blanchâtre conservant un peu de transparence, et qui est évidemment la trace de la blessure reçue à l'œil autrefois.

Dans la chambre antérieure de l'œil, on voit, surtout en faisant l'examen au soleil, à l'œil nu, et mieux encore avec une loupe, de petits corpuscules brillants très nombreux, de volume différent,

mais toujours très petits. On ne peut mieux les comparer qu'à des paillettes métalliques d'une teinte dorée. Avant d'entrer plus avant dans l'étude de ces paillettes, nous nous arrêterons un instant sur l'état de la chambre antérieure, de la pupille et du cristallin.

La partie inférieure de la *chambre antérieure*, dans le point correspondant à l'opacité signalée plus haut, paraît, au premier abord, complétement oblitérée. On voit très distinctement les extrémités du croissant opaque se confondre avec l'iris. A un examen plus attentif, il nous a semblé qu'à la partie moyenne un petit intervalle libre s'était conservé entre l'iris et la cornée. Nous aurons occasion de revenir sur ce petit godet, c'est ainsi que nous le désignerons, et l'on verra le rôle que nous lui assignons : c'est le réceptacle de ceux des petits corpuscules qui ont atteint la partie la plus déclive de la chambre antérieure.

La *pupille* est petite, absolument et toujours immobile, à quelque lumière que l'œil soit exposé. Elle est déformée, ovalaire de haut en bas et de dedans en dehors, adhérente à la capsule cristalline, ou du moins aux produits pseudomembraneux qui la recouvrent dans tout l'espace correspondant au champ de la pupille oblitérée. A la partie supérieure interne, on voit très distinctement une petite houppe brune de l'iris, étendue sur le tampon pupillaire. Celui-ci, qui offre une couleur jaune-verdâtre, est-il constitué par des pseudomembranes, par la capsule antérieure devenue opaque ou par le cristallin lui-même? C'est ce qu'il est assez difficile de déterminer d'une manière précise. Ce qu'il y a de très certain, c'est que l'occlusion de la pupille est complète. Un peu de matière pigmenteuse noire déposée sur quelques points du limbe pupillaire nous avait donné, dans le principe, quelques doutes à ce sujet; mais toutes nos observations ultérieures, et surtout l'expérimentation avec la belladone, ont confirmé pleinement l'existence de l'oblitération complète de la pupille.

Il n'existe aucune teinte anormale de la sclérotique dénotant une maladie de cette membrane ou de la choroïde. D'autre part, l'absence de l'iridodonesis, ou tremblement de l'iris, exclut toute idée d'un ramollissement du corps vitré.

Quel est mainteuant le siége précis des paillettes dans la chambre antérieure clôturée comme nous venons de le dire? Elles nous ont d'abord paru semées sur la face antérieure de l'iris; mais ayant examiné la chambre antérieure par le côté externe de l'œil, nous avons vu d'autres paillettes fixées à la face concave de la cornée. Nous remarquâmes ensuite, et à plusieurs reprises, que les paillettes s'accumulaient sur certains points déclives de la chambre antérieure; puis, à un examen ultérieur, nous ne les trouvions plus dans les mêmes points. Il nous était dès lors démontré qu'elles changeaient de place. Pour vérifier l'exactitude de ces premières données, nous avons fait imprimer à la tête et à l'œil des mouvements en divers sens, mouvements dans lesquels nous avons positivement vu les paillettes se déplacer sous nos yeux. Nous ne pouvions pas nous faire illusion et prendre pour des changements de place les reflets miroitants de ces corpuscules sous les incidences variées de la lumière, pendant les mouvements involontaires assez fréquents de l'œil du malade; car, ayant fixé notre attention sur certains d'entre eux qui se détachaient sur le fond verdâtre de la pupille, nous les vîmes peu à peu descendre et dépasser la circonférence inférieure de cette ouverture oblitérée.

M. Sichel et le docteur Seidl, de Vienne, qui sont venus voir ce malade à l'hôpital Saint-Antoine, ont constaté avec nous la locomotion de ces paillettes étincelantes. La mobilité absolue de la plupart de ces cristaux ne nous a laissé, ainsi qu'à ces deux observateurs, aucun doute; mais n'en est-il pas quelques-uns qui adhèrent, les uns à la face antérieure de l'iris, les autres à la face postérieure de la cornée? C'est là un point encore sujet à controverse.

Chez notre malade, les paillettes libres s'accumulent ordinairement à la partie inférieure et interne de la chambre antérieure, surtout au niveau de la corne interne du croissant opaque de la cornée. De là elles semblent arriver, en dernière analyse, dans le petit godet correspondant à la partie moyenne du croissant, entre lui et l'iris. Toujours est-il qu'à travers la demi-opacité de cette partie centrale du croissant on aperçoit une concrétion qui se détache, par son éclat, du voile terne qui la recouvre. Nous avions cru d'abord que c'était tout simplement une parcelle albumineuse, d'une teinte plus claire que le reste de la cicatrice cornéale; mais nous avons fini par croire qu'un des cristaux adhérait en ce point à la face postérieure de la cornée, et, ce qui nous a confirmé dans cette idée, c'est qu'en suivant ultérieurement et jour par jour l'état du malade, nous avons vu très distinctement, dans la partie semi-opaque et à côté du corpuscule primitif, des points de même aspect et nouvellement formés. Leur situation au côté interne du premier serait en rapport avec ce que nous avons dit de l'accumulation des paillettes à la corne interne du croissant et de leur disparition ultérieure due à leur arrivée dans le godet postéro-cornéal.

Depuis six semaines, le malade se plaint d'un brouillard qui gêne la vue de l'œil gauche; il voit moins bien dans l'obscurité qu'à une vive lumière; il aperçoit souvent des bleuettes lumineuses. L'œil gauche est fortement strabique en dedans.

La constitution du sujet est bonne. Il ne paraît pas avoir eu la moindre trace de scrofule; pas d'ophthalmie, pas de ganglions cervicaux engorgés pendant son enfance. Tous les organes paraissent sains, le cœur excepté. Il y a un bruit de souffle musical à la base du cœur et à la partie médiane du sternum, au premier temps; dans le même point, le deuxième bruit est sec et rude. Il y a des étourdissements, des vertiges quelquefois. Jamais d'hémoptysie, ni d'œdème des extrémités inférieures; point de palpitations. Il n'y a point eu de rhumatismes.

Le 12 mai, instillation d'extrait de belladone dans l'œil droit. Répétition de la même manœuvre le 30. Aucune trace de dilatation pupillaire.

Le malade est en cours d'observation. M. Trastours, interne du service, nous assure qu'il aurait, à plusieurs reprises, constaté l'existence des paillettes scintillantes à la surface externe de la cornée dans le liquide qui baigne la conjonctive. Nous avons refusé jusqu'ici d'admettre cette particularité, qui nous a semblé fort extraordinaire; et cependant, l'exactitude habituelle et la véracité parfaite de M. Trastours nous portent à croire qu'il ne s'est pas fait illusion. C'est un point à étudier. Si des cristaux externes peuvent être recueillis, tous les doutes seront dissipés.

M. Lebert. J'ai eu récemment l'occasion d'observer de ces paillettes brillantes, dont les unes étaient libres et les autres adhérentes à une fausse membrane.

M. Chassaignac. Dans un travail publié par les *Annales d'oculistique*, M. Sichel a résumé tous les faits de synchisis étincelant que possédait la science; ces faits étaient au nombre 15; le mien est le 16e, et c'est le premier qui renferme l'analyse des paillettes brillantes. M. Desmarres, qui s'est occupé du sujet, croyait que le phénomène lumineux se passait dans les cellules du corps vitré; il n'a pas parlé de la cholestérine.

Correspondance.

M. Charrière adresse à la Société la notice des instruments dont l'idée lui a été suggérée par les chirurgiens et de ceux qu'il a imaginés lui-même.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

CORRESPONDANCE.

Nous insérons avec le plus grand plaisir la lettre suivante, que nous adresse notre bon et loyal confrère M. le docteur Battaille. Mais nous devons dire que, tout en approuvant sans réserve la chaleur de ses sentiments patriotiques, nous ne pouvons nous empêcher de rapporter à Jenner et à sa patrie la gloire incontestable qui leur est due. M. Battaille n'a qu'à relire le *Traité de la vaccine* de M. Bousquet, et il en sera tout aussi convaincu que nous. — H. de Castelnau.

Versailles, 18 juin 1851.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens de lire avec un vif intérêt, dans votre numéro du 14 juin, la lettre de votre spirituel collaborateur et correspondant M. de Castelnau, sur l'exposition universelle de Londres, et ce n'a pas été sans que se réveillât en moi un vieux ressentiment national que j'ai vu là, comme partout, comme toujours, depuis si longtemps, rendre à la mémoire de l'anglais Jenner, comme auteur de la découverte de la vaccine, un hommage que je regarde comme une de ces pirateries de gloire dont les Anglais se font si peu faute envers les autres peuples.

Est-il bien vrai, en effet, monsieur, est-il sans conteste que la découverte de la vaccine soit, plus que celle de la vapeur et tant d'autres, une gloire anglaise?

J'ai, non pas seulement pour douter, mais pour être convaincu du contraire, quelques raisons que je vous demande la permission d'exposer.

Je donnerais tout au monde pour retrouver dans ma mémoire de dix-huit ans, et dans les notes que j'ai perdues en 1812, le titre d'un ouvrage de médecine que j'ai lu en 1808, et l'extrait que j'en ai fait à la bibliothèque de Berlin, ouvrage dans lequel l'auteur (un de ces Allemands qui savent si bien écrire en belle et bonne latinité), faisant l'histoire de cette précieuse découverte, en rapportait l'honneur à un vieux médecin de Montpellier, dont il cite le nom, et que Jenner était allé visiter dans un de ses voyages scientifiques dans le midi de la France.

Or, est-il dit dans cet ouvrage, le bon vieillard, dans un de ses expansifs entretiens avec Jenner, communiqua à celui-ci, avec cette joie naïve d'un octogénaire qui, avant de mourir, a le sentiment d'un dernier service rendu à l'humanité, la découverte sur la voie de laquelle il se voyait, après avoir observé que les filles occupées à traire les vaches étaient à l'abri de l'infection variolique.

Jenner, ajoute l'auteur, de retour en Allemagne, s'appliqua à vérifier les observations qui lui avaient été communiquées. Les faits se confirmèrent, et le vieux médecin français étant mort peu de temps après l'entrevue dont il vient d'être question, Jenner (ici ce n'est plus l'auteur allemand qui parle), en sa qualité d'Anglais, eut la *patriotique* pensée de se constituer unique et discret légataire de cette gloire, dont, comme de bien d'autres, nous avons laissé le bénéfice à nos rivaux, sans prendre souci des titres d'héritage. Nous sommes riches, c'est vrai, en faits de gloire de toute sorte; mais, à mon sens, ce serait le cas d'être aussi avares que riches, surtout quand on a pour voisins gens qui vivent sans trop de gêne sur le bien d'autrui.

Voilà, monsieur et honoré confrère, ce que j'ai très précise souvenance d'avoir lu dans l'ouvrage en question, et d'en avoir extrait avec l'âpre et joyeux empressement d'un héritier légitime dépouillé qui découvre son titre perdu ou soustrait.

Examinons maintenant, monsieur, et voyons quel degré de confiance peut mériter cette déclaration de l'auteur allemand, quelle valeur on peut lui accorder comme pièce au procès.

Trois points sont à considérer ici :

1° L'époque où a été publié ce témoignage historique;

2° Le caractère d'impartialité qu'il peut offrir;

3° La nationalité de l'auteur comme gage de sa véracité.

Sur le premier point, j'ai déjà dit que l'écrivain dont je m'appuie, je l'ai lu en 1808, c'est-à-dire il y a quarante-trois ans. J'ajoute (et ici je ne suis pas moins sûr de ma mémoire) que l'ouvrage datait d'une dizaine d'années, ce qui le fait remonter à 1798 environ, c'est-à-dire à une époque où les faits encore tout récents étaient assurément plus et mieux connus : c'était de l'anecdote contemporaine toute fraîche. Ces considérations ne sont pas sans valeur.

Envisagerons-nous maintenant la question au point de vue de la véracité de l'auteur? Les Allemands, vous le savez, monsieur, sont consciencieux jusqu'au scrupule dans leur critique, dans leurs élucubrations historiques et chronologiques, et, en matière littéraire et scientifique, comme en bien d'autres actes de la vie morale et philosophique de ce peuple, j'ai grande foi en sa loyauté. Sur quoi, d'ailleurs, se fonderait ici le doute? Quel intérêt, autre que celui de la vérité, pourrait-on, avec quelque apparence de raison, supposer à l'auteur dans cette question? Evidemment aucun. Il n'a pu écrire que ce qu'il savait de notoriété publique.

Enfin, monsieur, pour plus probes que nous les reconnaissions, les Allemands en sont-ils moins que les Anglais jaloux de la gloire française? J'affirme que non, moi qui ai vécu au milieu d'eux et de leurs savants. Seulement, leur patriotisme ne va pas, comme chez ces derniers, jusqu'à ce fameux système que tout ce que l'or, la force ou la ruse peuvent accaparer est de très légitime acquisition nationale, et que, exploiter par celui-là les besoigneux, par celui-ci les faibles, par l'autre les benêts qu'ailleurs on appelle les hommes de bonne foi, c'est toujours et quand même faire du *patriotisme* de bon aloi. L'Allemand rend volontiers à César ce qui appartient à César.

Voilà, monsieur, sur quels éléments s'est basé, non pas seulement mon doute sur la légitimité des prétentions anglaises à l'endroit de la gloire de Jenner, mais ma conviction sur la réalité de la nôtre.

Ces éléments, je ne puis pas faire qu'ils soient autres que ce qu'ils sont, qu'ils aient un caractère plus irrécusable; mais, tels que je les ai recueillis, ils sont ce que sont tous les documents sur lesquels s'écrit l'histoire : ils sont contemporains; ils sont purs de tout soupçon de partialité nationale; ils procèdent d'un peuple rival, mais connu du monde savant par sa loyauté, par sa candeur.

En voilà, je pense, autant qu'il en faut pour mériter confiance.

Par contre, je ne sache rien que la vulgaire renommée qui établisse les titres de Jenner : *Mendax quippè fames.*

Que si on me demande à quoi bon ce débat et ce que j'en espère. — Je ne sais, dirai-je..... Sans doute quand je vous aurai convaincu, vous, monsieur, et mille de vos lecteurs, au degré où je suis convaincu, moi, je n'aurai pas détruit un préjugé aussi vieux, aussi enraciné que l'est celui-là. Le temps, s'il dévoile bien des mensonges, bien des erreurs, consacre aussi bien des usurpations; ce qu'il ne détruit pas, il le consolide, et certes ce n'est ni par mon nom ignoré, ni par ma position scientifique ou sociale infime, nulle, que je suppléerai jamais à ce qu'offre d'insuffisant comme *preuve* historique le document que je cite sans le pouvoir faire connaître. Aussi n'est-ce pas là ma prétention, et il y aurait folie à songer à opérer pareil prodige. Je n'ai voulu que dire ce que je savais de ce fait qui nous touche si intimement; je n'ai pas tenu au plaisir de donner à mon esprit la satisfaction — puérile, j'en conviens — de revendiquer ce qui, dans ma pensée, nous appartient; je n'ai pas pu garder plus longtemps par devers moi ce que la lecture de l'auteur allemand avait laissé de conviction dans mon âme.

Pourquoi n'est-ce qu'aujourd'hui, et déjà vieux, que je m'y détermine? Je ne saurais en donner d'autre raison, si ce n'est qu'à propos de l'exposition de Londres j'ai senti se rajeunir en moi ce vieux ferment de récrimination nationale, quand j'ai vu une main française attacher un nouveau fleuron à la couronne de Jenner.

L'exposition universelle de Londres! encore un *emprunt* fait à l'idée française!

Agréez, etc. Dr Battaille.

NOUVELLES.

Pendant que l'Association des médecins défend les droits d'un confrère à la 2e chambre civile, deux autres membres du corps médical vont faire apprécier leurs démêlés à la 6e chambre correctionnelle. C'est aujourd'hui, à onze heures, que doit être jugé le procès intenté à M. A. Latour par M. Chassaignac, pour refus d'insertion d'une lettre en réponse à un article sur le dernier concours de clinique chirurgicale.

— M. le docteur Phillips commencera un cours d'autoplastie le mardi 1er juillet, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole Pratique, et il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 73. — JEUDI 26 JUIN 1851. (24e ANNÉE.) N° 73. — JEUDI 26 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 25 JUIN 1851.

Séances des Académies.

Quelques détails nouveaux et intéressants donnés par M. Orfila sur la constatation de la nicotine chez les animaux empoisonnés par cette substance ont fourni à M. Roux le sujet d'une philippique plus violente, peut-être aussi plus éloquente que toutes celles qu'il a précédemment lancées contre les fumeurs, les priseurs et les chiqueurs. Jusqu'à présent la passion du tabac et l'art de le consommer n'avaient guère fait que servir de thème à l'imagination de quelques poéticules plus ou moins bien inspirés. M. Roux les élève à la hauteur d'une question hygiénique de premier ordre; il voit dans la passion, aujourd'hui si générale du tabac, la source d'une foule de maladies, la cause de la dégradation des facultés morales et intellectuelles, et finalement la raison d'une décadence prochaine pour la nation. Nous sommes loin assurément d'avoir pour le tabac la passion stigmatisée avec tant d'éloquence par M. Roux; nous croyons même que cette passion ou plutôt ce goût dépravé ne joint pas à ses nombreux inconvénients l'avantage de constituer un bon impôt pour l'Etat, comme le pensent quelques économistes de mauvaise école. Nous sommes obligé de convenir néanmoins que l'improvisation de M. Roux nous a paru un peu sévère, et que notre *tabacophobie* (puisse cet hybride ne pas trop déchirer le tympan de notre savant ami M. Piorry) ne va pas jusqu'à demander la tête de tous les fumeurs. A travers ses imprécations, M. Roux a soulevé une question qui pouvait avoir quelque importance sous le rapport médico-légal. Il s'est demandé si l'on ne pourrait pas rencontrer dans les organes des fumeurs ou des priseurs de profession de la nicotine qui en imposerait au médecin légiste et lui ferait admettre un empoisonnement, quand celui-ci n'aurait réellement point eu lieu. La réponse que M. Orfila a faite à cette question nous paraît très rassurante pour les médecins légistes. Cependant il ne serait peut-être pas inutile de multiplier les recherches capables de donner à cette réponse plus d'autorité encore.

La péroraison foudroyante de M. Roux et la réponse de M. Orfila terminées, on a vu le moment où, par l'intervention du savant professeur de physiologie, la discussion allait se généraliser, et être portée à la fois sur la physiologie, la pathologie et l'hygiène publique; mais les discours, graves d'abord, s'étant bientôt transformés en conversations légères, le président a jugé qu'il était temps de mettre un frein aux dispositions joviales des orateurs, et il a donné la parole à M. Bousquet.

L'honorable vaccinographe (grâce encore pour cet hybride) a lu la seconde et dernière partie du rapport annuel sur les vaccinations. Dans cette partie, M. Bousquet a discuté avec soin le mérite relatif de la vaccine et de l'inoculation, en faveur de laquelle une certaine réaction tend à s'opérer en ce moment dans quelques esprits. M. Bousquet a démontré une fois de plus et irrévocablement la prééminence de la vaccine, et a rejeté l'inoculation dans tous les cas, excepté celui où l'on se trouve sans vaccin en face d'une épidémie.

Après M. Bousquet, M. Archambault est venu faire part à l'Académie des bons résultats qu'il avait obtenus à Charenton d'une mesure qu'il a inaugurée depuis quelques mois dans le service des *gâteux*. Cette mesure consiste dans la création d'un personnel d'infirmiers qui font exécuter aux malades, à des heures déterminées, les fonctions de la miction et de la défécation.

M. Bouchardat a clos la séance par la lecture d'une seconde partie de son travail sur la glucosurie.

A l'Académie des Sciences, nous avons pris connaissance avec intérêt de la seconde communication de M. Chevallier sur les maladies des ouvriers qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine; la note de M. Brown-Séquart sur l'irritabilité des muscles après le développement de la rigidité cadavérique est également digne d'attention; enfin, ce n'est pas sans une certaine satisfaction que nous avons appris les vues et les bonnes intentions de M. Rivière, de Marseille, touchant l'inoculabité des pustules *quiniques*. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Leçon clinique sur l'acné rosacea.

L'acné est une maladie pustuleuse ayant pour siége anatomique les follicules sébacés, c'est-à-dire ces cryptes très répandus, surtout au visage, et à la sécrétion desquels la peau doit sa souplesse et son aspect légèrement onctueux.

Il existe plusieurs espèces d'acnés. L'acné *simplex*, que l'on rencontre si souvent chez les jeunes gens, et qui occupe principalement le front, consiste dans une congestion légère, un gonflement à peine marqué des follicules; souvent le goulot de la petite glande est en même temps dilaté (acné *punctata*), et l'on en exprime facilement le contenu sous la forme d'un ver. Disons en passant que ce n'est là qu'une simple apparence: l'existence réelle de vers dans ces cas est tout exceptionnelle.

Ailleurs, au lieu d'une congestion, c'est une inflammation véritable du follicule, dont la base est plus ou moins indurée, et dont la sécrétion a perdu sa consistance: c'est l'acné *indurata*. La pustule suppure très incomplètement, et la plus grande partie de l'engorgement persiste sous forme d'un tubercule plus ou moins volumineux.

Si, au lieu de rester confinée dans la cavité du petit sac glandulaire, la matière sébacée s'épanche au dehors, cette sorte de flux constitue ce qu'on appelle l'acné *sebacea*, maladie importante, mais dont l'histoire est encore loin d'être complète.

Enfin, une dernière espèce d'acné est celle qu'on désigne sous le nom de *rosacea*, et qui se distingue par la présence d'une rougeur érythémateuse reliant les pustules entre elles.

Dans l'acné rosacea, vulgairement *couperose*, quelquefois l'érythème l'emporte tellement sur l'éruption pustuleuse, qu'il constitue pour ainsi dire toute la maladie, surtout lorsque celle-ci est à son début. Ainsi, chez les femmes principalement, on voit d'abord paraître des rougeurs sur les pommettes, le nez ou quelque autre partie du visage, rougeurs dont les malades se tourmentent beaucoup, même quand elles sont encore seules à les apercevoir. Ce n'est que secondairement et à de rares intervalles qu'on voit naître çà et là une ou plusieurs petites pustules sans induration, qui disparaissent dans l'espace de quelques jours. Lorsque ces taches érythémateuses existent depuis un temps plus ou moins long, les vaisseaux capillaires de la région malade deviennent le siége de dilatations variqueuses, ou bien il se forme des vaisseaux nouveaux. C'est ce qu'on désigne vulgairement sous le nom de *vaisseaux rompus*. Les plaques érythémateuses dont nous parlons paraissent quelquefois d'une manière périodique et régulière, comme des accès fébriles intermittents. A un moment donné, toute la face se congestionne, les malades y éprouvent un sentiment d'ardeur pénible; ils ont de la somnolence, de la pesanteur de tête; puis, au bout d'une ou de plusieurs heures, tous ces phénomènes disparaissent si bien que le lendemain on n'en trouve pas de trace. Ces congestions, en se répétant, finissent par grossir les traits; les plaques d'érythème deviennent permanentes, les dilatations vasculaires de plus en plus marquées, et la face acquiert un aspect tout particulier.

D'autres fois (et ce cas est plus rare), la couperose est, comme on dit, *boutonneuse*. Cette forme succède souvent à la précédente. Elle est caractérisée par la présence de pustules plus ou moins nombreuses, saillantes, lenticulaires, sans induration bien prononcée. Chaque pustule est entourée d'une auréole qui se confond avec celle de la pustule voisine; de temps en temps elle suppure à son sommet, où se forme ensuite une petite croûte qui ne tarde pas à tomber. Cette suppuration partielle se répète ainsi indéfiniment et à des intervalles irréguliers. La forme que nous décrivons ici est celle qui excite le plus particulièrement de la répulsion parmi les gens du monde, surtout à raison des causes qu'on lui attribue par suite d'un préjugé très répandu.

Une remarque curieuse, c'est que l'acné rosacea a pour siége exclusif la peau de la face. Lorsqu'un individu atteint de cette maladie présente en même temps une éruption d'acné sur d'autres parties du corps, loin d'être semblable à celle du visage, cette éruption affecte les formes simplex, indurata, etc.

Parmi les causes de l'acné rosacea, il en est trois surtout qui méritent toute l'attention du praticien. La première, et une des plus fréquentes, est l'influence de l'hérédité, qui tantôt s'exerce sur tous les membres d'une famille, tantôt exclusivement sur les hommes ou sur les femmes. Fréquemment, cette influence se continue directement d'une génération à la suivante; mais il n'est pas rare de lui voir sauter pour ainsi dire une génération, et passer sans intermédiaire des grands-parents aux petits-enfants, circonstance qu'il ne faut jamais perdre de vue dans l'interrogatoire des malades. Quelquefois on trouve la raison de cette prédisposition dans un état particulier de la peau, qui est brune, forte, semée de follicules très apparents, état anatomique qui lui-même est héréditaire. Les individus qui le présentent ont, dès leurs premières années, des éruptions d'acné simplex qui passe facilement à la forme d'acné indurata. Mais d'autres fois l'influence de l'hérédité s'exerce en l'absence de cet état de la peau, et chez beaucoup de femmes on voit l'acné rosacea se développer sur une peau fine et souple.

Un deuxième ordre de causes se trouve dans un état d'irritation du tube digestif ou dans un trouble des fonctions du foie. Nous ne saurions trop insister sur l'importance qu'il y a pour le praticien à connaître ces causes. Leur mode d'action n'est pas facile à expliquer; on se rend surtout difficilement compte de la part que peut prendre le foie dans cette maladie. Cependant, on conçoit peut-être que cet organe, dont les physiologistes ont signalé l'influence sur la formation de la graisse et sur la sangnification en général, puisse jouer un grand rôle dans une affection qui a pour éléments essentiels un trouble dans la sécrétion de la matière sébacée, matière essentiellement graisseuse, et un trouble de la circulation se révélant par une injection des vaisseaux capillaires.

Un troisième ordre de causes réside dans les troubles de la menstruation. L'existence de l'acné rosacea dépend souvent du non-établissement des règles, de leur diminution ou de leur suppression. Quand elles s'établissent ou se régularisent, il n'est pas rare de voir la maladie disparaître. Souvent elle se supprime pendant la grossesse pour revenir après l'accouchement; souvent aussi elle se développe à l'âge critique, lorsque des pertes de sang abondantes annoncent la prochaine cessation des menstrues. Enfin, ce qui prouve encore la relation intime qui existe entre l'acné rosacea et les fonctions utérines, c'est que la maladie disparaît quelquefois spontanément sous l'influence d'un traitement dirigé contre un état morbide du col de la matrice, granulations, ulcérations, etc.

En cherchant à appliquer ces notions d'étiologie aux deux malades que nous soumettons aujourd'hui à votre examen, nous trouvons que chez l'un d'eux la maladie s'est développée sous l'influence d'un vif chagrin, d'une alimentation insuffisante et d'excès alcooliques; nous voyons aussi que le trouble qui a dû en résulter dans les fonctions digestives persiste encore actuellement, puisque ce malade a de temps en temps des diarrhées abondantes et que même en ce moment nous sommes obligé de combattre ce symptôme. Enfin, ce malade a le teint manifestement jaune. Quant au second, il présente actuellement toutes les apparences d'une bonne santé; nous savons seulement qu'il a été atteint, il y a plusieurs années, d'un ictère qu'il attribue à des émotions morales vives.

Sans vouloir nous étendre longuement sur le diagnostic, nous vous signalons seulement la possibilité de confondre l'acné rosacea avec les tubercules syphilitiques, et, comme moyen de les distinguer, les caractères suivants :

L'acné rosacea siége exclusivement au visage; au sommet de la pustule, on voit de temps en temps paraître un petit point purulent, ce qui n'a jamais lieu par le tubercule syphilitique. L'auréole qui entoure les pustules d'acné est toujours d'un rose plus ou moins vif, celle des tubercules a une teinte cuivrée spéciale. La saillie qui forme les tubercules est bien plus considérable que celle des pustules d'acné. Les cicatrices elles-mêmes suffisent quelquefois pour établir le diagnostic; celles qui succèdent aux pustules d'acné sont souples, blanches, lenticulaires, un peu saillantes, en un mot, telles qu'on ne saurait méconnaître leur origine.

La gravité de l'acné rosacea dépend surtout de la difficulté extrême d'en obtenir la guérison complète. On ne réussit guère qu'à la modifier à un degré suffisant pour qu'elle ne puisse plus porter le nom de couperose. Les guérisons complètes que l'on observe quelquefois sont bien rarement, il faut l'avouer, l'effet des médications employées. Une des conséquences possibles de l'acné rosacea est l'hypertrophie des follicules et des tissus voisins et un développement inégal et démesuré des traits, qui ont alors quelque chose de repoussant. Sanson a opéré un individu atteint d'une hypertrophie monstrueuse du nez qui était survenue à la suite d'une acné rosacea, et tel fut l'effet de l'opération que la figure du malade était devenue méconnaissable. Il est digne d'attention que l'acné rosacea peut seule occasionner de semblables hypertrophies, bien qu'il ne soit pas rare de voir se former dans l'acné indurata, au dos surtout, de petits sacs ayant la forme et le volume d'une noisette, et dont le contenu, vidé par la pression, peut jaillir à plusieurs pieds de distance.

Le traitement consiste principalement à combattre les causes de la maladie. Aussi chez les femmes il faut employer tous les moyens capables de rappeler la menstruation, tels que les évacuations sanguines, l'application pendant huit jours avant chaque époque de linges mouillés qu'on serre autour de la racine des cuisses (moyen emprunté à l'hydrothérapie et qui nous a souvent réussi).

Le fer, si utile quelquefois pour rétablir la menstruation, exerce d'une autre part une action si nuisible sur les maladies de la peau qu'on doit le proscrire de la thérapeutique de ces affections. De même, il faut modifier le régime, traiter, s'il y a lieu, les symptômes qui peuvent exister du côté des fonctions digestives. Le bicarbonate de soude, les eaux de Vichy, celles de Kiessingen sont souvent fort utiles; il en est de même des laxatifs et des purgatifs.

Le traitement local, dont la valeur est beaucoup moindre que celle du traitement général, se compose d'applications de sangsues au voisinage du mal, de bains émollients ou al-

calins, ou mieux de douches de même nature peu chaudes et peu prolongées appliquées en pluie fine sur la région malade.

Alibert mettait en usage contre l'acné rosacea les sulfureux tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Ce traitement irritant ne pourrait guère trouver son utilité que dans les cas d'acné extrêmement chronique.

DES EAUX DE VICHY,

considérées sous les rapports cliniques et thérapeutiques, spécialement dans les maladies des organes de la digestion, la goutte, et les maladies de l'Algérie.

Par le docteur Durand-Fardel,

médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, membre correspondant et lauréat de l'Académie nationale de Médecine, etc.

(Suite et fin. — *Voir* le nº du 19 juin.)

Comme confirmation des idées qui viennent d'être analysées, M. Durand-Fardel a choisi l'étude de trois affections bien différentes, la dyspepsie, la goutte, et *les maladies de l'Algérie.*

La dyspepsie, dont le nom est à peine prononcé dans les ouvrages récents, qu'on peut considérer comme des résumés complets de la science contemporaine, ne doit pas être prise pour une *névrose de l'estomac*, avec lenteur et difficulté de la digestion. C'est une affection *non fébrile, continue, souvent liée à un état général de l'économie, et caractérisée par une diminution ou un affaiblissement des facultés digestives.* Elle doit être distinguée de la gastralgie, dont *les symptômes sont pour la plupart opposés aux siens.*

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'étude qu'il a faite avec le plus grand soin de chacun des symptômes de la maladie, de sa marche et de sa durée; mais nous ferons observer qu'il insiste fortement sur la solidarité qui unit l'ensemble des fonctions de l'économie aux fonctions digestives (de telle sorte que l'organisme tout entier prenne une part active à l'accomplissement de ces dernières) pour expliquer le rôle qui doit appartenir dans l'étiologie de la dyspepsie à certaines maladies, soit locales, soit générales, dont l'effet est de déprimer les forces vitales et de rendre toutes les fonctions languissantes. Ce qui a fait dire à J. Annesley que la dyspepsie provient bien plus souvent des maladies des organes jouissant d'un consensus avec l'estomac que de ce viscère lui-même; opinion qui a été également exprimée par W.-L. Robertson.

Après avoir présenté dans un tableau synoptique les caractères les plus importants de la gastralgie et de la dyspepsie, et après avoir mis en regard les traits principaux qui servent soit à les rapprocher, soit à les différencier, tant sous le rapport des causes qui sont *dépressives* pour la dyspepsie, et *stimulantes* pour la gastralgie, que sous le rapport des symptômes, M. Durand-Fardel appelle l'attention, ainsi que l'avait déjà fait notre honorable confrère le docteur A. Tardieu, sur la difficulté de distinguer souvent la dyspepsie des lésions organiques, circonstance beaucoup plus intéressante, au point de vue du diagnostic différentiel, que celle qui tend à distinguer la gastralgie de la gastrite chronique.

Quant à la nature de l'affection, pour tous ceux qui veulent bien encore mentionner la dyspepsie, comme pour ceux qui la sous-entendent sous le nom de gastralgie, *c'est une névrose.* Les définitions qu'en donnent les auteurs ne fournissent qu'une idée inexacte et surtout très incomplète de la maladie; M. Durand-Fardel pense que c'est une *diacrise*, ou une lésion de sécrétion. La digestion étant un phénomène nerveux et chimique, on est conduit naturellement à accuser soit l'influence nerveuse, soit l'influence chimique; mais les névralgies ne se manifestent pas en général par un amoindrissement des fonctions nerveuses. C'est l'exagération ou la perversion de ces fonctions qui les caractérise. Les auteurs qui ont fait de la dyspepsie une névrose avaient certainement fait abstraction de la partie chimique de la digestion, c'est-à-dire des sécrétions qui prennent une si grande part à son accomplissement. Les travaux remarquables des physiologistes contemporains (MM. Blondot, Bouchardat, Sandras, Mialhe, Bernard, etc., etc.), ont appris l'importance et la nature du rôle qu'y joue chacune de ces sécrétions, et il arrive souvent de pouvoir, à la suite de ces expérimentateurs, diagnostiquer dans le cours d'une dyspepsie le siége particulier, sinon la nature de l'altération morbide, lorsqu'il existe une impossibilité spéciale de digérer soit la viande, soit la graisse, soit les féculents, et qu'il en résulte pour nous, par exemple, que c'est le suc gastrique ou le suc pancréatique qui est spécialement affecté.

L'influence de l'état général des organes sur les phénomènes nerveux et chimiques de la digestion est regardée par l'auteur comme aussi respectable dans la question *que l'état de l'appareil organique* dans lequel on localise habituellement la dyspepsie.

Pour le traitement de la dyspepsie, qui ne consiste si souvent que dans des palliatifs, on doit interroger avec soin l'état général du sujet, les causes de la maladie, et saisir la moindre indication pour diriger ailleurs que vers l'estomac (ainsi vers l'autre extrémité de l'appareil digestif et vers la peau surtout). les agents destinés à relever la tonicité amoindrie des organes. L'eau de Vichy offre ici de fort grandes ressources, et son application, suivant les différents cas, amène l'auteur à discuter tous les détails du traitement. Il insiste beaucoup sur le choix de la source à prescrire aux dyspepsiques. Celles de l'*Hôpital* lui paraît mériter la préférence dans un grand nombre de cas; elle est supportée plus facilement par beaucoup de malades, et il recommande l'eau de la source de *Lardy* comme produisant souvent des effets favorables là où les autres n'avaient rien obtenu.

Du reste, il ne revendique pas exclusivement pour l'eau de Vichy le privilége d'être utile dans la dyspepsie. Il reconnaît le même avantage à d'autres eaux minérales de composition chimique bien différente. Je trouve ici l'occasion de dire qu'à Balaruc, où l'eau est essentiellement minéralisée par le chlorure de sodium, j'en ai fait souvent une heureuse application chez les dyspeptiques. A l'intérieur je l'employai seulement à dose altérante; mais pour l'usage des douches, des bains généraux et des douches intérieures, j'ai pu vérifier que l'état général s'améliorant, les symptômes qui se passaient du côté de l'estomac s'amendaient rapidement. Il est à regretter, soit dit en passant, que les eaux thermales de Balarue, qui ont joui jadis d'une réputation si bien méritée, soient aujourd'hui laissées presque complétement dans l'oubli. J'ai été à même de voir les effets favorables qu'elles produisent dans une foule de maladies. J'ai constaté, en étudiant soigneusement leur mode d'action, qu'elles agissaient en déterminant tantôt une excitation générale qui modifie l'organisme entier, tantôt une excitation locale qui provoque vers les reins, vers la peau ou vers les intestins des crises salutaires. J'ai cherché, dans un mémoire soumis en 1850 par le ministre de l'agriculture au comité consultatif d'hygiène, à mettre en relief les points les plus saillants du traitement thermal, et je suis heureux de pouvoir aujourd'hui étayer mon opinion par celle de mon honorable confrère.

Après l'étude de la dyspepsie vient celle de la *goutte.* L'auteur passe en revue les différentes théories qui ont été soutenues. Il rappelle qu'on a trop souvent fait abstraction complète des conditions vitales et organiques qui se trouvent mises en jeu dans toute évolution morbide pour en considérer uniquement les produits matériels, les *résultats pathologiques*, qui sont loin, dans la plupart des cas, de rendre compte des phénomènes qui ont originairement conduit à leur formation. La présence des concrétions articulaires de l'acide phosphorique et de l'acide urique dans l'urine, etc., etc., etc., a fourni matière à des théories de la goutte dans lesquelles l'importance exclusive qu'on a attribuée à quelques phénomènes chimiques plus ou moins bien constatés a singulièrement défiguré la maladie. De là des contradictions flagrantes entre les opinions. Tandis que les uns ne voient que des acides dans la goutte, les autres n'y voient que des alcalis. M. Durand-Fardel résume avec soin un travail qui paraît être demeuré tout à fait inconnu en France, et qui a cependant une grande importance et pour l'histoire de la goutte et pour la physiologie. C'est le travail de M. Garrod, dont les expériences ont constaté la *présence de l'acide urique dans le sang des individus en bonne santé comme dans celui des goutteux et la disparition de l'acide urique de l'urine chez ces derniers. La présence de l'acide urique dans le sang des goutteux n'aurait donc pas par elle-même de caractère de spécificité; ce ne serait qu'une affaire de quantité.*

M. Durand est ensuite amené à poser ces questions: Qu'est-ce que la formation d'acide urique dans l'économie? *C'est un phénomène de nutrition.* Quelle est l'origine de l'azote qui sert à faire cet acide urique? *C'est l'alimentation.* C'est donc dans l'analyse des phénomènes propres à la digestion et à la nutrition qu'on peut trouver le mécanisme de la production de l'acide urique rencontré dans le sang des goutteux et quelquefois en si grande quantité dans d'autres parties du corps: de même qu'en recherchant les conditions générales de l'organisme sous l'influence desquelles se préparent et s'accomplissent les manifestations soit symptomatiques, soit chimiques de la goutte, on voit que les troubles de la digestion, des fonctions de la peau et de la sécrétion urinaire constituent les trois grandes séries de désordres fonctionnels qui président au développement de la maladie. Le point d'appui de ces idées avait été fourni par Sydenham, qui en revient toujours « au vice des digestions et à l'accumulation des humeurs nuisibles; » par Boerhaave: « *Ejus vitii autem origo proxima in indigestione viscerum non assimilantium attenuantiumque....;* » par Cullen: « *Præeunte plerumque ventriculi affectione insolitâ;* » par Barthez, par Copland et tant d'autres encore.

Les indications thérapeutiques se présentent donc naturellement: assurer l'accomplissement normal des fonctions digestives; entretenir la liberté du ventre; rendre la sécrétion urinaire libre et normale; entretenir et même surexciter les fonctions de la peau; diminuer l'introduction des principes alimentaires azotés; augmenter la proportion d'oxygène contenue dans le sang et nécessaire à la nutrition.

L'eau de Vichy possède les propriétés nécessaires pour arriver à ces résultats.

Son action sur la goutte est analogue à celle que ces eaux exercent dans les autres maladies chroniques, action qui n'est autre que celle des eaux minérales en général, et à laquelle vient s'ajouter la prédominance des sels alcalins, et sans doute quelque chose de spécifique qui échappe à toute analyse. J'ai pu constater à Néris une vérité que M. Durand proclame dans un passage de son livre, en disant qu'on traite la goutte à Wiesbaden, à Neundorf, à Néris avec autant de succès qu'à Vichy. Il n'en reste pas moins établi qu'à la suite du traitement à Vichy un grand nombre de goutteux voient souvent leurs accès diminuer d'intensité et de fréquence, et quelquefois même s'éloigner assez pour qu'ils puissent croire pendant un certain temps à une véritable guérison. Les observations publiées par notre honorable confrère M. le docteur Petit lèvent tous les doutes à cet égard.

A la question de savoir s'il faut chercher à guérir la goutte, contrairement à l'avis de M. Réveillé-Parise, qui croit « qu'elle est un préservatif de toutes les autres maladies, et que tous les moyens soi-disant curatifs finissent par entraîner des résultats nuisibles »; M. Durand n'hésite pas à répondre que non-seulement on peut, mais on doit chercher à la guérir ou au moins à l'atténuer.

Quant à l'opportunité pour le traitement par les eaux de Vichy, il établit en principe: 1° que les eaux ne doivent pas être administrées à l'époque des accès, soit pendant leur durée, soit dans leur imminence, soit après leur terminaison, lorsqu'on n'est pas assuré que leur solution soit complète; 2° que le moment le plus favorable est l'époque la plus éloignée possible des accès. Cette opinion, basée sur l'administration non perturbatrice mais méthodique des eaux, trouve sa place entre la pratique fort différente des deux médecins inspecteurs de Vichy, puisque, suivant l'un, exclusivement préoccupé de la crainte de troubler en rien l'évolution des accès de goutte, on s'abstient expressément de l'emploi des eaux de Vichy, à moins que son emploi n'ait précisément pour but d'en favoriser l'apparition; tandis que, suivant l'autre, accordant peu d'attention aux accès de goutte, on peut employer les eaux de la même manière, c'est-à-dire à dose généralement élevée dans toutes les formes et à toutes les époques de la goutte.

Dans la dernière partie de son livre, l'auteur proclame l'action favorable des eaux de Vichy sur l'état cachectique particulier qui succède si souvent aux maladies contractées sous l'influence du climat de l'Algérie.

Les affections de l'Algérie impriment à l'organisme malade des caractères tels qu'il semble qu'une diathèse particulière se développe chez les individus qui viennent habiter ce pays, diathèse entraînant après elle une cachexie dont les caractères tranchés donnent une physionomie spéciale à tous les malades qui sortent de l'Algérie. L'endémicité paraît reconnaître pour causes appréciables la chaleur atmosphérique, l'humidité, le miasme marécageux, et se traduit par quatre formes morbides: 1° la fièvre intermittente, 2° la diarrhée, 3° la dyssenterie, 4° l'ophthalmie, ainsi que l'a remarqué le docteur Finot, qui a pratiqué la médecine avec distinction dans les hôpitaux militaires d'Afrique pendant dix années. On ne rencontre plus là les inflammations thoraciques si communes dans nos contrées, ni la fièvre typhoïde. La marche des maladies aiguës, leurs caractères généraux, et surtout peut-être leur traitement, diffèrent singulièrement de ce que l'on observe en France: marche moins aiguë; caractères inflammatoires moins tranchés, moins tenaces; tolérance, enfin, pour des médications impossibles chez nous. Lorsque la cause qui a engendré la maladie continue d'agir, l'organisme s'altère profondément, et présente alors les traces de cette cachexie paludéenne que les médecins d'Afrique ont appelée chloro-auémie. On peut, à Vichy, dans l'hôpital civil, où affluent les paysans atteints de fièvre intermittente et habitant certaines localités humides, malsaines du Bourbonnais, de l'Auvergne, du Lyonnais, et dans l'hôpital militaire, où l'on reçoit un grand nombre de malades venant de l'Algérie, trouver l'occasion de comparer entre eux les accidents que produisent sur les uns l'alimentation insuffisante, les logements vicieux, l'excès de travail, la misère enfin, et sur les autres les influences climatériques. L'on voit alors qu'il n'y a pas aussi loin qu'on pourrait le penser de ces fièvres intermittes., de ces dyspepsies, de ces engorgements viscéraux développés en France, et des dyssenteries, des diarrhées, des fièvres intermittentes et des maladies du foie contractées en Algérie. Ce qui porte à conclure que les cachexies développées par l'action du climat de l'Afrique n'offriraient pas, une fois sorties du milieu qui les avait vues naître, des caractères de spécialité proprement dite.

Tout en tenant compte de la part que le changement de climat doit prendre au rétablissement des malades, il est à remarquer que l'excitation générale produite par les eaux de Vichy exerce une action très favorable sur la diathèse et la cachexie dont il vient d'être question, et les observations sont déjà assez nombreuses pour qu'on puisse espérer que l'avenir sanctionnera l'importance de la médication signalée par M. Durand-Fardel.

Je terminerai ce résumé, fait avec la propre substance du livre, par le parallèle que l'auteur a établi entre ses tendances et celles qu'il cherche à combattre. « L'idée que les eaux » de Vichy n'agissent qu'en vertu de leurs propriétés alcali- » nes a fait créer cette singulière pathologie qui ne voit à peu » près que des acides à neutraliser ou de l'albumine à dis- » soudre dans les affections auxquelles on les oppose avec » succès, depuis les maladies les mieux matérialisées en ap- » parence, comme les engorgements viscéraux, la gravelle, » jusqu'aux maladies les plus purement fonctionnelles, » comme la dyspepsie, la goutte, jusqu'aux diathèses même; » elle a conduit, cette idée, à ne tenir aucun compte dans » la goutte, par exemple, des différences de forme, de siége, » d'époque, dont l'importance élémentaire a toujours dominé » les indications thérapeutiques dans cette maladie; elle a » conduit à supposer qu'il fallait fluidifier le sang des indivi- » dus les plus cachectiques; elle a conduit à administrer les » eaux de Vichy à une dose exagérée; elle a conduit encore » soumettre la direction du traitement thermal à la simple » considération du degré d'alcalinité de l'urine, et enfin à » considérer jusqu'à l'usage du vin comme incompatible avec » l'usage des eaux de Vichy.

» Pour nous, prenant un point de départ différent, celui- » ci: que les phénomènes chimiques qui se passent dans le » sein de nos organes n'ont pas généralement la simplicité » de ceux qui s'effectuent dans nos laboratoires; qu'il n'est » pas toujours possible de soumettre la chimie organique aux » mêmes formules que la chimie minérale; qu'il n'est pres- » que pas un seul fait, parmi ceux d'après lesquels on a pré- » tendu expliquer chimiquement l'action des eaux de Vichy » dans les maladies, qui puisse être accepté dans l'état actuel » de la science, nous avons cherché à faire comprendre » qu'après des modifications chimiques fort obscures encore » que les eaux minérales peuvent imprimer à nos tissus et à » nos humeurs, il y a une action vitale et des modifications » fonctionnelles dont il faut tenir compte d'abord; que les » indications relatives à l'emploi des eaux minérales ne doi- » vent point être recherchées dans de simples réactions chi- » miques dont la plupart peuvent être hautement contestées, » et dont les autres sont absolument inadmissibles; que les » indications et les contre-indications de la thérapeutique » minérale doivent être puisées exactement aux mêmes sour- » ces que toutes les autres médications, c'est-à-dire dans la

« double considération et de l'action déjà connue de la médication employée, et de la nature des phénomènes locaux et généraux présentés par le malade lui-même. Le point de vue *spécial*, mais non pas *exclusif*, que nous avons entendu développer, c'est l'importance des études cliniques et physiologiques pour la connaissance et la pratique des eaux minérales. »

Je n'ai pas mis en lumière les qualités qui distinguent l'ouvrage de M. Durand-Fardel et qui le recommandent à l'attention des praticiens. J'engage seulement nos confrères à le lire. Les faits ont été pris tels qu'ils existaient; les questions ont été acceptées comme elles étaient posées, et l'auteur n'a torturé ni les uns ni les autres pour en tirer des conclusions favorables à ses opinions. Il les a discutés avec la plus parfaite convenance par des arguments puisés à la source d'une vaste érudition et d'une pratique consciencieuse. Ce n'est point l'exposition séduisante des idées, c'est la double puissance du raisonnement et de la logique qui conduit à la persuasion. On ne saurait trop répéter combien les travaux de cette nature seront profitables à la science et aux malades. Ils s'adressent exclusivement aux médecins et leur épargnent au moins l'outrage fait à l'intelligence par les conteurs de miracles que la méditation de cet ouvrage ramènerait à coup sûr à des prétentions plus modestes. *Soulager souvent* et non pas *guérir toujours*, telle est l'immense ressource que M. Durand-Fardel trouve dans les eaux minérales. Mais il prétend que la thérapeutique thermale se fasse suivant les mêmes règles et les mêmes lois qui dirigent les praticiens dans l'exercice difficile de notre art; que les indications et les contre-indications du traitement soient puisées aux mêmes sources que toutes les autres médications; en un mot, qu'il faille *rester médecin*, puisque l'on a affaire à des malades.

Médecin d'eau minérale moi-même, et placé dans un établissement thermal où tant de souffrances ont trouvé du soulagement, j'appelle de tous mes vœux un peu de cette activité de l'esprit qui a produit en moins de deux ans deux ouvrages importants sur les eaux de Vichy. Que les renseignements de toutes sortes, que les observations qu'on a dû recueillir amplement à Néris dans une période de quinze années soient enfin produits au jour pour répondre d'abord à la confiance des médecins qui dirigent leurs malades vers nos sources et ensuite pour qu'un silence inexplicable ne leur donne pas le droit de le prendre pour de l'impuissance, et de penser qu'on se soucie peu de cultiver le champ de la science pourvu qu'on le moissonne.

Silentium non facundius, sed fœcundius verbis....

Dr Camille de Laurès,

Ex-médecin inspecteur des eaux minérales de Balaruc, médecin inspecteur adjoint des eaux de Néris.

Sirop de Cuisinier.

Par M. Malfilatre.

Le sirop de Cuisinier a fixé toute l'attention des pharmacologistes lorsqu'ils ont eu à en décrire la préparation.

Le *Codex*, MM. Henry et Guibourt, Soubeiran, etc., nous ont donné chacun un *modus faciendi* différent, qui tous certainement peuvent donner un bon produit, mais qui peuvent cependant, je crois, être avantageusement modifiés, tout en faisant une économie considérable de temps et de combustible.

Ce procédé consiste simplement à traiter la salsepareille et les autres substances concassées par la lixiviation; à fractionner les produits deux ou trois fois, à commencer l'évaporation des dernières liqueurs obtenues, la continuant par celles qui contiennent le moins de principes actifs jusqu'à ce que toutes ces liqueurs réunies soient réduites au 3/5 du poids du miel et du sucre réunis qui doivent entrer dans la confection du sirop. On ajoute alors ces dernières, puis on termine comme le prescrit le *Codex*.

Le sirop préparé ainsi est infiniment plus sapide, plus coloré, plus aromatique que ceux préparés par les procédés ci-dessus mentionnés.

Je n'ai eu besoin d'employer pour l'épuisement complet des substances que trois fois leur poids de véhicule, tandis que le *Codex* en prescrit seize fois, MM. Henry et Guibourt dix-huit fois et M. Soubeiran vingt-quatre fois, en employant, le premier, l'infusion, le second la macération et le troisième la décoction.

M. Soubeiran, dans son *Traité de pharmacie*, tout en reconnaissant que l'infusion de la salsepareille est plus sapide que la décoction et que l'infusion soumise à l'ébullition perd son odeur et sa saveur, ne s'en montre pas moins pour cela hostile à la méthode de déplacement.

Puisque l'ébullition fait perdre une portion assez considérable de smilacine (principe que l'on a tant d'intérêt à conserver, puisque c'est lui qui possède les propriétés curatives du médicament), d'une part en donnant naissance à un composé triple insoluble; d'une autre part, comme l'a observé M. Béral et comme j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois moi-même en soumettant à la distillation une macération de salsepareille, en volatilisant la smilacine à la faveur de la vapeur aqueuse, me reste-t-il démontré que le médicament conservera d'autant plus de smilacine qu'il aura été soumis moins de temps à l'action destructive de l'ébullition; or, en jetant un simple coup d'œil sur les quantités de véhicule à évaporer suivant les différents procédés dont j'ai parlé, ne devra-t-on pas reconnaître que la méthode de déplacement est supérieure à toutes les autres?

Depuis quelque temps je me sers aussi de cette méthode pour préparer mes teintures alcooliques, et j'y trouve une grande économie de temps, puisque vingt-quatre heures, au lieu de huit jours, comme l'exige la macération, me suffisent, et les teintures obtenues sont aussi plus chargées de principes actifs que celles obtenues par le procédé du *Codex*.

Puisque nous en sommes sur la lixiviation, je ne terminerai pas sans recommander à mes collègues l'excellent procédé de notre savant confrère M. Dominé, pour l'obtention par cette méthode de l'huile de croton tiglium; je l'ai répété avec un plein succès. (*Répert. de Pharm.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juin 1851. — Présidence de M. Orfila.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs états de vaccinations et de deux échantillons de remèdes secrets.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Médecine vétérinaire.

M. Liéger adresse un mémoire sur *certaines* maladies du cheval, du chien, du chat, du porc et des poules, et quelques maladies de la poule.

Fièvre typhoïde.

M. Charpillon, d'Orléans, envoie un mémoire sur cette maladie. (Commissaires: MM. Chomel, Louis, Grisolles.)

LECTURES.

Nicotine.

M. Orfila ajoute un détail important qu'il avait omis dans son mémoire; c'est qu'ayant laissé putréfier des cadavres d'animaux empoisonnés par la nicotine, il a pu trouver cet alcali dans l'état de putréfaction, comme d'ailleurs il avait trouvé dans les mêmes conditions la morphine, la strychnine et la brucine.

M. Roux profite de cette occasion pour s'élever contre l'usage abusif qu'on fait du tabac sous toutes les formes. Il demande si l'on ne pourrait pas trouver la nicotine chez les fumeurs, et si l'on ne pourrait pas être entraîné à une confusion dans un cas de médecine légale.

M. Orfila répond que, si la nicotine existe dans les organes des fumeurs, c'est dans une si faible quantité, qu'elle ne pourrait être constatée par l'analyse.

M. Bérard dit que les inconvénients qui résultent pour les fumeurs de l'usage du tabac dépend, non de l'absorption de la fumée, mais du crachement. M. Donné a montré que les fumeurs qui crachent sont plus souvent incommodés que ceux qui ne crachent pas; ce qui semblerait devoir être le contraire.

RAPPORTS.

Vaccine.

M. Bousquet termine la lecture de son rapport sur les vaccinations pratiquées en 1849. Il traite spécialement la question de l'inoculation de la variole, qu'il repousse d'une manière absolue, si ce n'est dans les cas de menace imminente d'une épidémie meurtrière.

LECTURES.

Tannate de quinine et de cinchonine.

M. Bareswil lit un travail sur les tannates de quinine et de cinchonine, qui auraient, suivant l'auteur, sur le sulfate de quinine, l'avantage d'être plus actifs, et de n'avoir aucune amertume. (Commissaires: MM. Orfila, Bussy et Bouvier.)

Hygiène des gâteux.

M. Archambault lit une note sur les moyens d'empêcher les inconvénients qui résultent des habitudes fâcheuses des malades aliénés appelés *gâteux*, lesquels, comme tout le monde le sait, rendent leurs matières fécales et leurs urines dans leur lit et dans leurs vêtements. M. Archambault propose tout simplement de remplacer tous les appareils actuellement en usage et qui ne remplissent que très incomplètement leur but, par des surveillants qui seraient chargés de faire fonctionner les malades à des heures déterminées et dans les conditions de propreté ordinaires. Grâce à ce système, qui a été appliqué à Charenton, la diminution du blanchissage a compensé à peu près l'augmentation de dépense exigée par l'accroissement du personnel. (Commissaires: MM. Ferrus, Londe et Baillarger.)

Glucosurie.

M. Bouchardat lit une seconde partie, mais non la fin, de son mémoire sur le diabète sucré.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juin 1851. — Présidence de M. Rayer.

Inutilité de la bile dans la digestion.

M. Blondlot, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine de Nancy, adresse un nouveau mémoire sur l'inutilité de la bile dans la digestion proprement dite. On se rappelle que M. Blondlot, dans un mémoire communiqué à l'Académie en 1846, sous le titre de: *Essai sur les fonctions du foie*, posait en principe que, contrairement à l'opinion la plus généralement admise, la bile, véritable détritus dont l'économie se débarrasse par la voie des intestins, n'exerce aucune action chimique de quelque importance sur les aliments, avec lesquels elle se trouve en contact, et qu'en conséquence elle pourrait cesser d'affluer dans le tube gastro-intestinal sans que la digestion cessât de s'accomplir assez régulièrement pour l'entretien de la vie. Dans ce nouveau travail, M. Blondlot appelle de nouveau l'attention des physiologistes sur le fait capital de son premier mémoire, savoir: l'établissement sur des animaux vivants de fistules permanentes et amenant au dehors la totalité de la bile dont le conduit normal a été oblitéré.

Après un grand nombre de tentatives infructueuses, M. Blondlot était parvenu à établir des fistules de ce genre sur deux chiens. L'un de ces animaux ayant été mis à mort un mois environ après l'opération, on a pu remarquer que la digestion s'était très bien accomplie, bien que l'occlusion du canal cholédoque fût déjà complète. Quant à l'autre animal, il a été conservé, afin de poursuivre aussi loin que possible le résultat de l'expérience. C'était une chienne épagneule bâtardée, qui pouvait avoir de trois à quatre ans à l'époque où elle a été opérée. Amenée à la campagne, elle y vécut en pleine liberté. Sa santé était tellement bonne, qu'elle chassait avec ardeur une partie du temps, et que chaque année elle mettait bas des petits. Son appétit était excellent et ses selles décolorées. Cependant la bile ne discontinua pas de couler par la fistule avec ses caractères habituels, mais d'une manière en quelque sorte intermittente, c'est-à-dire que, quand l'animal était à jeun, à peine s'il s'en écoulait quelques gouttes, tandis que quelques minutes après l'ingestion des aliments ce fluide sortait en abondance et continuait ainsi pendant toute la durée de la digestion.

Cet état de choses dura pendant cinq ans, après quoi l'animal, qui semblait dépérir depuis quelque temps, finit par succomber sans présenter aucun incident remarquable. A l'autopsie, on a constaté ce qui suit:

Les organes de la poitrine et de l'abdomen ont été trouvés sains, à l'exception du foie, qui était ratatiné, dur, parsemé à sa surface de points jaunes et offrant l'aspect des foies affectés de cirrhose.

Des adhérences solides unissaient le bas-fond de la vésicule aux parois abdominales, à l'endroit de la fistule. Du reste, ce réservoir n'était point réduit à un simple canal; quoique vide, il avait conservé sa cavité piriforme et ses dimensions, ce qui tenait à ce que ses parois étaient considérablement épaissies. Le canal cystique, très dilaté, semblait faire suite au canal hépatique. A leur point de jonction, se voyait très distinctement l'origine du canal cholédoque, qui se terminait brusquement en cul-de-sac. Ces différents canaux étaient très dilatés et leurs parois étaient épaissies. Du côté du duodénum, il n'existait plus le moindre vestige du canal cholédoque, et la dissection la plus minutieuse ne put faire découvrir rien qui ressemblât à un conduit supplémentaire. En définitive, on put acquérir la conviction qu'aucun canal, soit naturel, soit accidentel, ne déversait la bile dans l'intestin.

De cette expérience, M. Blondlot conclut que la bile n'a réellement aucun rôle essentiel à remplir dans la digestion; d'où il résulte que ce fluide doit être considéré, selon lui, comme un détritus qui, avant d'être entièrement expulsé de l'organisme, lui rend encore quelques services d'une importance très secondaire, soit en contribuant avec les autres fluides muqueux à émulsionner les matières grasses, soit en protégeant les intestins contre l'âcreté du chyme dont elle neutralise en partie l'acide, et dont elle favorise la progression par sa nature onctueuse; ce qui suffit pour expliquer la position constante de son conduit excréteur immédiatement au-dessous de l'estomac.

Maladies des ouvriers qui travaillent à la préparation du sulfate de quinine.

M. Chevallier adresse le complément de ses recherches sur les maladies qui atteignent les ouvriers occupés à la préparation du sulfate de quinine et sur les moyens de prévenir ces maladies. (Commissaires: MM. Serres, Payen et Rayer.)

M. Rivière, de Marseille, écrit à l'Académie que les recherches de M. Chevallier et les observations de M. Zimmer, de Francfort, lui ont suggéré l'idée de rechercher expérimentalement si les pustules produites par le sulfate de quinine ne s'inoculeraient pas, et si cette inoculation ne préserverait pas des fièvres intermittentes; mais il n'a pas encore mis cette idée à exécution.

Nouvelles recherches sur l'irritabilité musculaire et la rigidité cadavérique.

M. Brown-Séquard communique le résultat de nouvelles recherches qu'il vient de faire sur le rétablissement de l'irritabilité musculaire chez le cadavre d'un supplicié.

M. Brown-Séquard a trouvé que des muscles d'un homme mort depuis plus de treize heures, ayant cessé d'être irritables depuis au moins deux heures et présentant la rigidité cadavérique, ont pu, sous l'influence exercée par du sang défibriné injecté dans leurs vaisseaux, cesser d'être rigides et redevenir irritables pendant plusieurs heures.

Théorie nouvelle de la vision,

Par M. le docteur Dezautière, de Decize (Nièvre).

Depuis un grand nombre d'années, les physiciens et tous ceux qui se sont occupés d'optique, qui ont voulu appliquer cette science aux phénomènes de la vision, ont prétendu ou prétendent que l'image des objets arrive renversée sur la rétine. Mais quand il faut expliquer pourquoi nous voyons les objets dans leur sens naturel, c'est-à-dire droits, leur embarras est grand; car la raison qu'ils allèguent est si extraordinaire qu'il est difficile de s'imaginer qu'elle soit sérieuse, venant de la part quelquefois de savants du premier ordre. Cette raison est celle-ci: nous voyons les objets droits parce que le tact les redresse. Depuis Buffon, c'est la raison invariable.

Il est fort heureux, et j'en bénis la Providence, qu'elle ait donné au plus grand nombre du tact en assez grande quantité pour redresser les objets dont l'image arrive renversée sur la rétine. Le plus grand nombre, sans doute, a l'intelligence nécessaire pour savoir distinguer ce qui est droit de ce qui ne l'est pas; mais il est incontestable que beaucoup n'ont pas suffisamment d'intellect. Un enfant peut-il avoir assez d'entendement pour distinguer les images renversées et les redresser? Un idiot, un fou, seraient-ils capables de faire cette opération, qui exige de la mémoire, du raisonnement, du jugement? D'ailleurs, s'il en est ainsi, j'affirme qu'un homme guéri subitement d'une cécité de naissance verra les objets renversés. Or, je n'ai pas entendu dire qu'un pareil fait ait jamais été constaté.

Les animaux, dans beaucoup de circonstances, n'auraient pas à se féliciter de voir les objets renversés, et ils les verraient certainement renversés; car il n'est pas supposable que beaucoup d'entre eux aient assez de tact, assez d'entendement pour redresser les images.

Mais qui pourrait donc leur faire connaître que les objets sont ou non renversés? Et comment pourrait-il se faire qu'ils puissent retourner ceux qui doivent l'être véritablement; ne devrait-il pas arriver souvent que, l'intelligence manquant, ils redressassent les images des objets qui ne doivent pas être redressés, et que leur tact laissât de travers les images qui doivent être redressées?

Il est surprenant que dans les sciences physiques on se contente de pareilles explications, encore plus surprenant de les voir adopter presque sans réflexion par les savants; mais une chose qui passe l'imagination, c'est que, dans ce cas, on veuille absolument que la nature, la Providence, se soient trompées, et que l'homme soit chargé de corriger une erreur du Créateur. Le Créateur se serait trompé en faisant arriver au siége de la sensation les images renversées des objets, et l'homme corrigerait l'erreur en redressant avec son intelligence ces mêmes images!!!

On doit féliciter la physique et la physiologie de ce que leurs phénomènes puissent recevoir une explication plus conforme à la philosophie et à la science. Il valait mieux avouer son ignorance que de perpétuer une absurdité. Cette ignorance, hélas! est manifeste dans un assez grand nombre de circonstances pour qu'en l'avouant une fois de plus notre orgueil n'ait pas trop à en souffrir. « Il faut juger, dit Montaigne, avec plus de révérence de cette

» infinie puissance de nature, et plus de reconnaissance de notre » ignorance et faiblesse. »

Ces considérations n'étaient pas, assurément, de nature à me faire adopter une opinion que je crois si contraire à la vérité, et j'ai pensé qu'elle devait être remplacée.

Tous les physiciens placent sur la rétine même le foyer où vont se concentrer les rayons, l'endroit précis où va se peindre l'image renversée des objets extérieurs, de manière que les rayons suivent la marche suivante :

F.1.

Soient O un objet extérieur, A la cornée, C le cristallin. Les rayons partant de l'objet O et pénétrant dans l'œil à travers des substances dont les pouvoirs réfringents sont de plus en plus grands, se rapprochent de plus en plus de l'axe passant par le centre du cristallin, et vont se couper au point P sur la rétine. C'est à ce point P que doit être l'image renversée du foyer de la lentille cristalline, selon la théorie ancienne.

Mais, selon moi, c'est une erreur, et cette erreur vient de ce que l'on n'a pas suffisamment étudié la surface sur laquelle tombe ce foyer. Oui, il est vrai, l'image serait renversée sur la rétine si la partie postérieure de l'œil présentait une surface plane; mais il est assurément bien loin d'en être ainsi; et c'est ce qui, jusqu'ici, a induit en erreur tous les hommes qui se sont occupés de cette matière.

Que l'on suppose pour un instant qu'un petit miroir plan soit mis à la place de la rétine; que ce miroir soit placé de manière que les rayons sortant du cristallin tombent directement sur sa surface réfléchissante qui est tournée du côté de la lentille cristalline, il arrivera que l'image sera renversée dans ce miroir, et que tout arrivera selon l'explication ancienne.

Mais que l'on suppose qu'à la place de ce miroir plan on introduise un miroir concave, l'inverse devra nécessairement arriver; c'est-à-dire que si, dans le premier cas, l'image arrive renversée, cette même image, dans le second cas, arrivant renversées sur le miroir concave, sera rendue droite. L'image de l'objet sera bien renversée en sortant du cristallin, mais elle sera redressée plus loin par le miroir concave.

La figure qui suit montre l'image redressée :

F.2.

O L'objet extérieur envoie ses rayons dans l'œil; ils traversent la cornée P, le cristallin C et vont sur le miroir concave M, qui redresse l'image et la fait paraître dans le même sens que l'objet extérieur O.

Eh bien! il peut se faire que la rétine soit chargée de transmettre au cerveau, pour y être changée en sensation, l'impression qu'elle a reçue des objets extérieurs. Je partage même cette opinion; mais, sans aucun doute, d'après moi, cette membrane sert aussi à redresser les images qui arrivent renversées sur sa surface.

Tout le monde sait, en effet, que c'est un des pouvoirs des miroirs concaves de renverser les images qui leur arrivent droites, et par conséquent de redresser les images qui leur viennent renversées. Je suis convaincu, dis-je, que la rétine est un miroir concave qui redresse les images qui arrivent renversées au fond de l'œil.

En effet, cette membrane, située au fond de l'organe de la vision, est *concave*. Sa concavité est tournée du côté du cristallin; elle est transparente; elle a à peu près la couleur du verre; derrière elle, et unie à elle, on voit une matière d'un noir foncé et connue sous le nom de *pigmentum nigrum*. Ne voit-on pas là un miroir semblable à ceux que font les enfants, et qui se compose, en général, d'une plaque de verre et d'un morceau de papier situé derrière cette plaque et noirci au crayon?

Si on coupe un œil dans le sens de son axe transversal et si on ôte de la partie postérieure l'humeur vitrée, il reste alors un véritable miroir concave; si on présente à ce miroir une bougie allumée, on voit l'image de cette bougie *renversée* sur la rétine; si on écarte les bords de ce miroir concave avec les doigts de manière à en former un miroir plan, la lumière devient droite.

Si on présente à la lumière le miroir concave non dépouillé de l'humeur vitrée, on voit plusieurs images renversées sur le plan postérieur du corps vitré, c'est-à-dire sur la rétine, et toutes sont beaucoup plus brillantes, plus visibles que si on faisait l'expérience sans le corps vitré. Le corps vitré ne serait-il pas là pour rendre les images plus nettes, étant plus éclairées en passant à travers cette masse de *verre animal*?

Il est clair, et j'ai déjà insisté là-dessus, que si la rétine a la propriété de renverser l'image des objets qui lui arrive droite, elle redressera les images qui lui viennent renversées, et c'est ce dernier cas qui a lieu. Après que les rayons ont traversé le cristallin, l'image renversée devient droite.

Ainsi, on voit donc que toutes les conditions existent pour que l'on puisse considérer la rétine comme un miroir concave chargé de redresser les images qui lui sont présentées renversées.

Mais, dit-on, si on amincit la paroi postérieure de l'œil, ou si l'on y pratique une ouverture, on voit vers la rétine les images renversées si l'on regarde à travers l'amincissement ou l'orifice; donc les images qui sont droites à l'extérieur arrivent renversées au cerveau.

D'abord, en amincissant seulement la paroi postérieure de l'œil, on ne voit absolument rien dans l'intérieur de cet organe. Le *pigmentum nigrum* empêche complétement l'observation. Il est donc faux qu'on voie quelque chose en amincissant seulement la paroi postérieure de l'œil.

Il faut donc pratiquer une ouverture.

En supposant qu'en effet il soit vrai que l'on aperçoive les images renversées par l'ouverture pratiquée à la paroi postérieure de l'œil, ce fait, selon moi, ne serait pas une preuve suffisante.

En effet, les rayons qui arrivent par cette ouverture à notre œil sont précisément ceux qui n'ont pas subi l'action du miroir concave ou de la rétine, c'est-à-dire qui n'ont pas été réfléchis. Par conséquent, on ne peut voir les images droites; il est donc impossible qu'on ne les aperçoive pas renversées.

Pour que l'on voie les images droites, il faut un corps opaque et concave placé au fond de l'œil. Or, en pratiquant une ouverture, on détruit et l'opacité et la concavité. On n'est donc plus dans les conditions nécessaires pour voir les objets droits : ils doivent donc être renversés.

Le fond de l'œil n'est plus une surface réfléchissante; elle ne fait plus subir aux images la modification nécessaire; l'image passe à travers la rétine et la sclérotique et arrive à l'œil de l'observateur comme si elle sortait immédiatement du cristallin, c'est-à-dire renversée.

Il en est de même chez les animaux albinos, dont les yeux présentent cette particularité de manquer de *pigmentum nigrum*. Cette humeur noire manque entièrement : d'où il suit que dans ce cas encore les rayons, n'ayant pas subi la modification nécessaire par le miroir concave, qui n'existe qu'imparfaitement, passent à travers la rétine et le fond de l'œil, et l'image est vue comme si elle était placée derrière le cristallin. L'image doit donc paraître renversée à ceux qui regardent à travers un œil d'albinos. Chez ces animaux ou chez les hommes atteints d'albinisme, la vue ne doit pas être aussi parfaite que chez ceux qui ne sont pas atteints de cette conformation particulière : ils n'ont que le fond de l'orbite pour redresser les images, ou bien du tissu cellulaire, substances qui sont loin de posséder les qualités nécessaires aussi bien que le *pigmentum nigrum* pour opérer une réflexion complète.

Si, prétend-on encore, on pratique une ouverture à la partie supérieure d'un œil, et si on regarde dans le fond de cet organe, on voit l'image renversée des objets.

Je ferai remarquer que de cette manière on ne peut voir les images qu'à travers l'humeur vitrée. Les rayons n'arrivent à l'œil de l'observateur qu'après avoir passé à travers le corps vitré. Or le corps vitré n'est autre chose qu'une lentille convergente dont la forme est la suivante :

Elle est convexe d'un côté et concave de l'autre. La concavité est formée par le cristallin, qui est enchâssé dans cette humeur, et on sait que la face postérieure du cristallin est très épaisse, très bombée. D'où il résulte qu'il n'est pas étonnant que les objets soient vus renversés au fond de l'œil, puisque c'est une des principales propriétés que possèdent ces sortes de lentilles de renverser l'image des objets.

Si on prend un verre de la forme du corps vitré, qu'on l'applique sur une lettre imprimée, la lettre vue à travers ce verre paraît droite; mais si on éloigne un peu la lentille de la lettre, qu'on opère seulement la solution de continuité entre la lettre et le verre, la lettre alors paraîtra renversée, et ce dernier cas est justement, je pense, identique à celui dans lequel on se trouve quand on regarde à travers l'ouverture supérieure de l'œil.

Mais il existe une autre raison que j'appellerai une raison naturelle et qui est celle-ci : c'est que l'œil extrait de l'orbite diffère de l'œil contenu dans sa cavité, que l'œil mort diffère de l'œil vivant. En effet, examinez un œil vivant, vous êtes frappé de sa vivacité, de son éclat, de sa dureté, etc.; l'œil mort et extrait de sa cavité est terne, et, ce qui est bien plus remarquable, cet organe est mou et son état de flaccidité est très notable. Eh bien! cette flaccidité n'est due qu'au dérangement des parties internes de l'œil. Ces parties ont perdu leurs rapports naturels, les rapports ne sont plus les mêmes que dans l'état de vie. Or, si les rapports ont changé, pourrait-on être surpris de voir changer les résultats de ces rapports? Si les images étaient vues droites quand l'œil est vivant et dans son orbite, c'est-à-dire quand les lentilles sont dans certains rapports, pourrait-on s'étonner de les voir renversées quand ces mêmes lentilles affectent des rapports différents?

Je suis donc d'avis que toutes ces prétendues preuves, tous ces exemples confirment ma théorie.

Jusqu'ici, on a admis que le foyer du cristallin était situé sur la rétine; que l'image des objets extérieurs arrivait juste au point d'entre-croisement des rayons sur cette membrane; mais il me semble qu'une pareille hypothèse ne concorde guère avec l'examen approfondi des différentes parties de l'œil. S'il n'y avait qu'un corps réfringent, cette supposition serait peut-être admissible; mais il en existe plusieurs, et qui sont doués d'un pouvoir réfringent très considérable.

Tout ce qui est dans l'œil est réfringent, depuis la cornée transparente jusqu'à l'humeur vitrée; et le cristallin, le corps le plus réfringent de tous, est constitué de telle manière, que les rayons doivent se croiser peu loin de lui et peut-être dans un point situé en lui-même.

La cornée réfracte les rayons; l'humeur aqueuse également. Les rayons qui s'éloignent de l'axe sont arrêtés par l'iris. Il ne reste donc que ceux qui passent par la pupille, et la pupille est placée vis-à-vis du centre du cristallin. Le segment postérieur de cette lentille est beaucoup plus épais que le segment antérieur, conformation qui augmente encore le pouvoir réfringent de ce corps lenticulaire, réfraction qui tend évidemment à faire rapprocher les rayons et à favoriser le croisement le plus près possible du cristallin; il est donc visible que toutes les conditions existent pour que le foyer soit très près du cristallin bien avant la rétine, et ceci me conduit à un résultat très important.

F.4.

Soient A la cornée, C le cristallin. Les rayons viennent se croiser au foyer F. Si on mettait un écran au point F on verrait l'image renversée; mais les rayons continuant, vont former sur la rétine R l'image redressée.

La rétine, que je considère comme un miroir concave, présente un centre P' et un foyer principal P. Il faut, pour que ma théorie soit d'accord avec la science, que l'image qui doit être redressée soit située au delà du ceintre P'. Or elle est effectivement au delà du centre P', puisqu'elle est au point F. Ce qui est facile à vérifier en y mettant un écran. Si le point F était situé dans un autre point, par exemple, entre P, foyer principal, et R, miroir, l'image serait renversée, puisque le foyer F la présente renversée. Entre les points P et P' l'image disparaît. Il faut donc que cette image soit présentée d'un point situé entre P' et C. C'est-à-dire qu'il faut que le foyer soit situé entre le centre du miroir et la lentille, et c'est ce qui a en effet lieu.

Cette théorie a l'avantage incontestable d'être supérieure à l'ancienne, en ce qu'elle n'accrédite pas une hypothèse ridicule, qui consiste à admettre faussement que les images arrivent renversées sur la rétine, et que le tact les redresse en les transmettant au siége de la sensation. Elle a encore le mérite, si je ne me trompe, d'être en harmonie avec les lois de l'optique, tandis que l'autre est en désaccord complet avec la raison.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 74. — SAMEDI 28 JUIN 1851. (24e ANNEE.) N° 74. — SAMEDI 28 JUIN 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Amaurose compliquée de paralysie du mouvement.

Les innombrables variétés d'amaurose admises par certains oculistes, beaucoup trop nombreuses au point de vue nosologique, sont loin cependant de suffire aux exigences de la clinique et de comprendre tous les cas particuliers. Dans celui que nous venons d'observer dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, la maladie a affecté une forme et présenté des coïncidences qui n'ont été que très incomplètement, qui même n'ont point du tout été indiquées par les auteurs les plus recommandables.

Le malade qui est atteint de l'affection dont il s'agit est un jeune homme de vingt ans, tourneur en cuivre, assez intelligent, et qui donne sur le début et la marche de sa maladie les renseignements suivants :

Il y a six ans que, sans cause connue, la vue de l'œil droit s'affaiblit tout à coup et se perdit presque entièrement sans qu'on observât aucune lésion matérielle dans l'organe, sans que le malade y éprouvât aucune douleur. Au bout de quelques mois, l'œil gauche se prit à son tour ; mais la maladie y marcha plus lentement, et pendant que la vue s'affaiblissait de ce côté, elle se rétablissait du côté primitivement atteint. Arrivé, après un ou deux ans, à un état d'affaiblissement assez considérable, la vue resta à ce degré pendant trois ans environ ; à cette époque, la vue s'étant affaiblie de nouveau du côté gauche, le malade entra à la fin de l'année dernière dans le service de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu. Il séjourna à l'hôpital pendant deux mois, et, pendant ce séjour, la vue du côté droit s'améliora et redevint presque normale, tandis que celle de l'œil gauche se perdit presque entièrement ; le malade pouvait à peine distinguer de ce côté la lumière des ténèbres. C'est encore dans cet état que le malade se trouve aujourd'hui.

Mais, vers le commencement de mars, aux symptômes de paralysie de la rétine s'ajouta un engourdissement des membres inférieurs, qui augmenta lui-même rapidement et bientôt mit le malade dans l'impossibilité de se tenir debout. Il sortit alors de l'hôpital et rentra dans le service de médecine le 22 avril.

Dans les premières semaines de son admission, on se contenta de lui prescrire des bains. Il n'y avait point de fièvre, point de symptômes de réaction, point de douleurs ; l'appétit était à peu près normal ; on lui donna les trois cinquièmes d'une ration. Après quelques jours, une amélioration notable s'était produite dans la paralysie des membres inférieurs ; puis cette amélioration resta stationnaire. On administra alors de faibles doses de strychnine ; on continua les bains ; on pratiqua des frictions stimulantes le long de la partie inférieure de la moelle. Une nouvelle amélioration se manifesta, qui persiste encore et qui permet au malade de se tenir longtemps debout et de marcher. Il n'y a pas eu de changement sensible dans l'état des yeux.

Depuis longtemps on a admis des amauroses dépendant d'un état de paralysie dont la cause se trouve dans les centres nerveux ; il nous paraît difficile de trouver en faveur de cette opinion un fait plus significatif que le précédent. Mais ce n'est pas seulement sous ce rapport que ce fait nous paraît intéressant. Après ce qui s'est passé dans l'œil gauche, après ce qui s'est passé et ce qui semble devoir se passer encore dans les membres inférieurs, ne doit-on pas conserver quelque espoir, malgré la longue durée de l'amaurose, sur la curabilité de cette affection ? Nous penchons pour l'affirmative : les paralysies successives dont ce malade a été atteint sont de ces paralysies erratiques auxquelles, quand elles coïncident ou alternent avec des douleurs, on a donné le nom de rhumatismales, et ces paralysies, quelle qu'en soit la cause, sont certainement moins graves que celles qui affectent dès le but un caractère invariable de fixité. Ainsi donc, sous ce rapport, le fait que nous venons d'exposer sommairement serait déjà digne de l'attention des observateurs. Si le malade reste longtemps soumis à notre observation, nous aurons soin de mentionner les nouveaux changements qui pourraient survenir dans son état.

Cas remarquable de viabilité précoce.

Les cas de viabilité précoce laissent presque toujours assez de doute sur le moment précis où s'est opérée la fécondation, et par conséquent sur l'âge véritable du fœtus au moment où celui-ci vient au jour. A ce point de vue, le fait suivant, communiqué à M. Velpeau par un honorable confrère, M. Ducos, et que le savant professeur a bien voulu nous confier pour le livrer à la publicité, offre un intérêt que bien peu d'autres faits analogues présentent au même degré. Cet intérêt est d'autant plus grand ici que tous les détails sont non-seulement d'une extrême précision, mais encore d'une certitude absolue, à cause des circonstances toutes particulières dans lesquelles s'est trouvé l'observateur, circonstances qu'il serait inutile de faire connaître ; il nous suffit de les mentionner. Voici maintenant l'observation telle que l'a rédigée M. Ducos.

Mme D..., âgée de trente-cinq ans, était accouchée pour la dernière fois à l'âge de vingt-cinq ans. Le 15 juin 1850, dans la nuit, ses règles s'établirent sans qu'elle s'en aperçût, et le matin elle eut des rapports avec son mari ; ce ne fut qu'à son lever que la présence sur son linge de taches assez larges lui fit voir qu'elle était dans sa période menstruelle. C'était, du reste, l'époque normale de la menstruation. Mme D... prit les précautions hygiéniques d'usage ; mais quel ne fut pas son étonnement, le soir, en voyant que son linge était complètement sec et qu'aucune goutte de sang ne s'était écoulée. La suppression persista les jours suivants ; mais aucun malaise ne l'ayant suivie, Mme D... ne prit aucune inquiétude sur son état. Bientôt apparurent quelques indices de grossesse, sensibilité des seins, aberration du goût, mélancolie, etc., qui furent confirmés par l'absence de tout écoulement sanguin à l'époque menstruelle suivante.

La grossesse étant ainsi confirmée, Mme D... arriva jusqu'au 9 octobre dans le meilleur état de santé possible. Ce jour-là, ayant été obligée de conduire ses enfants en pension pour la rentrée des classes, elle alla à Orléans, éloigné de son domicile de 11 kilomètres, et éprouva de nombreuses et assez violentes secousses dans une mauvaise voiture et sur un chemin raboteux.

La nuit qui suivit ce voyage, Mme D... perdit une notable quantité d'eau rousse ; je prescrivis le repos absolu, qui fut gardé dix jours consécutifs. Pendant ce temps, Mme D... perdait tous les jours un peu d'eau sans qu'aucune douleur se manifestât ; elle se refusa à continuer le repos plus longtemps ; elle se leva, en observant toutes sortes de précautions. Par la suite, tous les deux ou trois jours, pendant la nuit, c'est-à-dire étant couchée, elle continuait à perdre des eaux. Jamais elle n'en perdait étant debout ou assise ; quelquefois, lorsqu'elle se baissait pour ramasser quelque chose par terre, elle se sentait immédiatement mouillée. Il me parut évident que l'œuf était perforé, et que l'ouverture correspondait au fond de l'utérus. Aussi l'œuf n'a-t-il jamais perdu toutes ses eaux, et la grossesse a-t-elle pu se maintenir ; cependant les eaux étaient en petite quantité, car le ventre était bosselé et irrégulier surtout, et le devenait chaque jour davantage. Je m'attendais, en conséquence, chaque jour à voir cet état se terminer par une fausse couche. Cela dura jusqu'au 26 décembre dernier.

Mme D... éprouva dans la soirée quelques légères douleurs utérines, qu'on reconnaissait aux intervalles réguliers qui séparaient ces douleurs, au pelotonnement et à la dureté du ventre pendant qu'elles se faisaient sentir. L'accouchement eut lieu le lendemain 27, à six heures du soir. L'enfant était tout ce qu'on peut imaginer de plus faible, et très petit ; la peau, très rouge, n'était en quelque sorte pas formée, ou tout au moins consolidée ; aussi recommandai-je avec soin qu'on ne le frottât pas, même pour le laver, tant la peau semblait prête à saigner. Je le fis seulement éponger très légèrement. Il n'avait pas traces de cheveux ; les orteils existaient comme une rangée de perles à l'extrémité de chaque pied, sans pédicules ; les doigts étaient si petits, que tous les assistants les comparaient à des allumettes chimiques pour la grosseur.

J'étais tellement persuadé que cet enfant ne vivrait pas, que j'ai négligé de noter quelques observations qui auraient offert quelque intérêt ; mais m'étant aperçu qu'il prenait quelques gouttes de liquide, je lui fis donner de l'eau panée coupée avec un tiers et bientôt avec moitié de lait. Pendant les dix premiers jours il ne prit que deux cuillerées à bouche au plus par jour de ce mélange ; il n'avait aucune puissance de calorification ; aussi une personne était-elle à poste fixe au coin du foyer, occupée nuit et jour à le réchauffer, jusqu'à ce qu'on put le mettre à côté de sa mère, où il était réchauffé par la température du lit. Au bout de dix jours il commença à prendre le sein ; il ne faisait pas plus de deux succions sans s'arrêter, encore était-elles à peine sensibles, même pour la mère, tant elles étaient faibles. Pendant six semaines la mère se faisait teter par un autre enfant de deux mois. Depuis que le petit enfant prit le sein, on ne lui offrit rien autre chose. Il arriva ainsi à l'époque qui aurait été le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire au 15 mars, sans avoir beaucoup augmenté de volume, mais seulement en poids.

Il n'a commencé à donner quelques signes vagues d'intelligence, c'est-à-dire à faire quelques sourires fugitifs, que six semaines après le terme normal de la grossesse, c'est-à-dire quatre mois après sa naissance. Son développement pour le poids, pour l'apparence, pour l'embonpoint est celui d'un enfant ordinaire de quatre mois.

En résumé, tout prouve que cet enfant est né six mois et dix jours après la conception.

Les faits de viabilité à six mois et dix jours de grossesse ne sont certainement point sans exemple, ainsi que nous avons eu soin de le dire en commençant, et la loi elle-même a fixé à 180 jours (six mois exactement) l'époque *légale* de la viabilité. Cependant, nous le répétons, le cas précédent est surtout intéressant par la précision des détails.

Il est intéressant encore par cette circonstance que la poche des eaux a été rompue à trois mois et demi de grossesse sans causer l'avortement. C'est sous ce rapport un des faits les plus rares de la pratique obstétricale.

M. Ducos pense que la conservation de l'enfant est due en grande partie à la chaleur constante que l'on a eu soin d'entretenir autour de lui, à l'espèce d'*incubation* qu'on lui a fait subir ; il est certain que cette précaution est indispensable pour entretenir la vie chez un être aussi débile, et tous les praticiens auraient suivi la pratique de M. Ducos en pareilles circonstances.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Epanchements thoraciques.

(Suite — *Voir* le numéro du 16 juin.)

Nous avons cherché dans la dernière leçon à faire ressortir les principaux phénomènes qui se rattachent aux divers épanchements susceptibles de se produire dans la poitrine. L'appréciation des conditions physiques inhérentes à leur présence nous a permis de poser les bases d'un diagnostic précis ; il nous reste à faire voir les rapports qui existent entre ces épanchements comme symptômes et les autres états pathologiques qui en sont la cause, et nous arriverons facilement à la médication rationnelle.

Le problème à résoudre est donc celui-ci : Un épanchement étant reconnu, déterminer l'état pathologique qui l'a produit. Toutes les fois que la cavité thoracique est le siége d'un épanchement, il y a nécessairement modification dans la sécrétion et l'absorption de la surface pleurale ; il faut donc demander d'abord à l'appareil membraneux qui enveloppe le foyer s'il existe en lui une lésion qui puisse en être la cause ; mais la séreuse n'est qu'un appareil subordonné comme organe d'exhalation et de résorption, car la circulation capillaire qui s'accomplit autour d'elle est l'organe essentiel des sécrétions et des absorptions qui se font sur les parois de la plèvre : si donc il survient une cause qui change les conditions d'absorption et de sécrétion, tout en se rattachant à un état pathologique éloigné de la séreuse, il faudra bien admettre que des épanchements morbides sont possibles sans lésion directe de la membrane pleurale, laquelle n'est alors qu'accidentellement le siége de ces épanchements.

Nous avons donc à considérer, sous le point de vue des causes, deux sortes d'épanchements :

1° Epanchement par modification de texture de la membrane séreuse pleurale ;

2° Epanchements étrangers à la séreuse pleurale, mais résultant d'un état morbide général agissant médiatement sur les absorptions et les sécrétions de cette membrane séreuse.

Toutes les fois qu'un état inflammatoire s'établit, les capillaires sont le siége d'une modification spéciale ; ils se remplissent de sang ; la matière colorante pénètre dans l'extrémité des vaisseaux, où l'on ne la voit pas à l'état physiologique. Il y a, en un mot, fluxion et congestion sanguines ; puis il s'opère dans la texture un changement consistant en un dépôt de molécules plastiques qui augmentent le volume de l'organe : c'est l'induration interstitielle. Or, quand l'inflammation se porte sur une séreuse, les exhalations sont immédiatement modifiées, de même que les résorptions. Cette modification a pour effet de déterminer le dépôt de matière aqueuse entre les deux membranes. Cette matière aqueuse, physiologiquement, n'y existait pour ainsi dire qu'à l'état de vapeur, comme on le voit sur un animal vivant ou récemment tué dont on ouvre la paroi thoracique ; mais, une fois l'inflammation développée, cette sécrétion ne se borne plus à la masse imperceptible qui favorise le glissement des deux surfaces de la séreuse ; elle constitue un liquide plus ou moins abondant qui va occuper la partie la plus déclive de la cavité pleurale. Telle est la cause immédiate des épanchements inflammatoires.

Les épanchements ont un caractère constant et lié à la nature même de la cause prochaine qui les a produits. Toutes les fois qu'une fluxion inflammatoire se développe sur un organe, elle a pour résultat de déposer aux limites extrêmes des capillaires (organes d'exhalation et de résorption) de la matière coagulable, organisable, tirant son origine du sang ; c'est là ce qui produit le phénomène plastique de la cicatrice et de l'induration que l'inflammation introduit dans les tissus. Un phénomène analogue se produit quand l'épanchement est dû à l'inflammation ; le liquide déposé dans la cavité des parois pleurales contient, outre la sérosité de l'albumine, les sels alcalins du sérum, du sang, et une certaine quantité de matière plastique qui se dépose et forme le premier élément des fausses membranes ; elle nage en flocons au milieu du liquide, puis s'allonge en filaments sur les deux

feuillets, lorsque l'épanchement est peu considérable ou qu'il décroît. Par l'action des mouvements respiratoires, les deux parois de la plèvre glissent l'une sur l'autre, et réduisent la lymphe organique en lamelles. Ce phénomène correspond toujours à une modification de nutrition de la séreuse ayant amené une fluxion inflammatoire; et la présence d'une plus ou moins grande quantité de lymphe coagulable donne la mesure non-seulement de l'intensité du travail inflammatoire, mais encore de la puissance de cicatrisation du sujet. Il y a donc chez les individus une aptitude variable à la production de la matière organisable; et ce que les chirurgiens ont observé pour les plaies externes trouve une juste application dans les épanchements inflammatoires. Ainsi, chez le jeune homme vigoureux, vous aurez un épanchement contenant une énorme quantité de matière plastique, tandis que vous en trouverez à peine des traces chez l'individu à sang appauvri, débilité par des excès, des maladies antérieures ou une médication mal dirigée. La proportion de lymphe plastique ne donne donc pas tant la mesure de l'intensité de la phlogose que celle de la puissance de plasticité du malade.

Comme on le voit, tous les épanchements qui surviennent dans la plèvre par suite de l'inflammation de cette membrane ont des caractères liés à la puissance plastique de chaque individu; il en résulte des différences aussi variées que la constitution des sujets. Chez l'un, en effet, l'épanchement est très rapide; les phénomènes inflammatoires, tels que la douleur, la chaleur, la fièvre, etc., sont peu prononcés. Pour ce malade, nul besoin d'une grande inflammation pour donner lieu à un épanchement, même considérable, mais contenant peu de matière plastique. Chez un autre sujet, au contraire, l'inflammation intense des parois pleurales occasionnera un épanchement qui ne croîtra qu'avec lenteur, mais qui sera presque solide, tant sera forte la proportion de matière plastique.

On ne peut donc méconnaître l'importance de l'état général sur la production des épanchements. Les fausses membranes, leur organisation, les adhérences qui en résultent; en un mot, tout le travail de cicatrisation de la pleurésie est subordonné à la puissance avec laquelle s'accomplissent les fonctions de plasticité, fonctions de nutrition par excellence; voilà pourquoi, chez certains individus, vous voyez un épanchement, même inflammatoire, disparaître presque instantanément, tandis que chez d'autres vous ne pourrez obtenir la résorption du moindre liquide épanché.

Mécanisme des fausses membranes. — La matière plastique sécrétée sur les parois de la plèvre, comme celle qui se dépose pour former les bourgeons charnus des plaies, ne présente aucune structure; mais elle est douée de l'aptitude à s'organiser sous l'influence de l'inflammation. Au point d'adhérence de la couche pseudo-membraneuse avec la plèvre, il y a développement d'un travail inflammatoire, circulation anomale dans les vaisseaux capillaires, qui se laissent pénétrer par la matière colorante du sang au point de devenir très manifestes au-dessous du feuillet qui constitue la séreuse. C'est alors que sur l'un des points qui forme l'extrême limite de cette inflammation on voit se faire une extravasion de matière plastique, un dépôt de molécules coagulables et de fibrine colorée; en un mot, il se produit sur le trajet d'un vaisseau capillaire apparent un petit point hémorrhagique qui devient le point de départ d'un bourgeon; celui-ci s'allonge en stries, car il va bientôt se transformer en vaisseau capillaire. Les molécules prennent une forme oblongue, se rangent les unes après les autres, et se percent d'un trou à leur centre; puis ce nouveau capillaire ne tarde pas à dépasser la lamelle pleurale pour envahir la couche plastique qui se condense autour de lui: il s'établit bien vite une ramification de vaisseaux partant du premier capillaire. Supposons maintenant que le liquide disparaisse, les deux feuillets de la plèvre vont revenir sur eux-mêmes; mais comme la matière plastique ne s'est pas éliminée avec l'épanchement, elle va toucher la surface de la séreuse, et par ses points de contact recevoir des vaisseaux capillaires. Ces vaisseaux s'avancent dans les cordons de matières plastiques, dans les lamelles qui se sont allongées par le contact des deux parois pleurales, et se joignent d'un côté à l'autre; il y a formation d'adhérences, qui se consolident avec le temps; il se produit autour des vaisseaux capillaires une condensation de fausses membranes, telles qu'elles ressemblent à un véritable tissu cellulaire. Mais la résorption marche toujours; et, plus ou moins longtemps après que les adhérences se sont formées, la condensation se continuant, le tissu cellulaire devient de plus en plus serré, et disparaît par l'atrophie qui a lieu au milieu des brides, des cordons et des lames interposées; il ne reste plus des fausses membranes primitives que de petits vestiges qui finissent par se rompre, et des plaques de tissu cellulaire condensé. La fausse membrane est donc, d'après ce que nous venons de voir, de la matière plastique organisée aux dépens des capillaires du tissu sous-pleural, et constituant plus tard du tissu cellulaire.

Chez les sujets qui ont eu un épanchement inflammatoire, on trouve quelquefois sur le parenchyme pleural des plaques incrustées de matières crayeuses, fibreuses, fibro-cartilagineuses; ce sont des productions anomales en rapport avec la constitution des individus. La condition générale de l'organisme a chez eux, pour résultat, de faire prédominer la tendance à la production des sels terreux et à l'atrophie des tissus mous, qui sont alors remplacés par des tissus fibreux, fibro-cartilagineux, etc.

Quelques considérations sur l'épanchement lui-même trouvent ici leur place. La phlogose est la cause immédiate de l'épanchement; tant qu'elle dure, ses effets persistent; vient-elle à disparaître, ils cessent avec elle, et l'épanchement se résorbe en vertu de la loi qui veut que, dans l'économie, tous les liquides qui s'épanchent accidentellement affectent de la tendance à disparaître avec la cause de leur existence. Aussi ces épanchements ne durent guère plus que la phlogose qui les a produits. Toutefois, la résorption est encore subordonnée à la plasticité générale; si la circulation languit, elle sera très lente elle-même, et c'est un phénomène très commun chez les individus dont la constitution est détériorée. Malgré les soins les mieux entendus et tous les efforts du médecin, l'épanchement subsistera, tandis que la débilité générale de l'organisme n'aura point fait place à des conditions meilleures. Une autre raison s'oppose à la rapidité de la résolution des épanchements: je veux parler de la difficulté qu'éprouve le poumon à revenir à son volume primitif, lorsqu'il est resté comprimé quelque temps. Ainsi, l'on voit souvent, après un épanchement d'origine inflammatoire, la matière plastique constituer au poumon un véritable fourreau que rend encore plus solide l'organisation des fausses membranes; l'organe de l'hématose est comme soudé dans les gouttières vertébrales. Il faut alors beaucoup de temps pour que l'air, tendant à insufler les poumons, surmonte la résistance que lui présentent les vésicules comprimées; cependant l'air extérieur réagit par sa pesanteur sur les parois thoraciques, de sorte que l'épanchement se trouve serré entre l'air des bronches et l'air qui presse sur le thorax. Cette compression subie par l'épanchement est une des causes de la résorption, dont la rapidité est proportionnelle à la facilité de rétraction des parois. Si les parois sont mobiles, élastiques comme chez l'enfant, la pleurésie se terminera très rapidement; tandis qu'il sera très difficile, souvent même impossible, d'en obtenir la résolution chez le vieillard, dont les côtes sont soudées et immobiles.

Des remarques qui viennent de vous être présentées, on doit conclure, messieurs, que la résolution de toute *pleurésie* est nécessairement subordonnée aux quatre conditions suivantes:

1° Phlogose, première cause de l'épanchement.
2° État général des fonctions nutritives.
3° Résistance mécanique des fausses membranes.
4° Difficultés qu'éprouvent les parois de la poitrine à revenir sur elles-mêmes.

P. Hugot,
Élève du service.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NÉVRALGIE ILIO-SCROTALE.

Observation recueillie par P.-J. Cabaret, docteur en médecine à Saint-Malo (Ile-et-Vilaine).

Je ne me propose d'entrer ici dans aucune considération sur l'histoire générale des névralgies. Il n'y a pas de médecin un peu répandu qui ne rencontre souvent des exemples de ces maladies, fixées soit sur une portion du système nerveux, soit sur une autre. J'ai seulement l'intention de signaler les caractères locaux qui distinguent, de toutes les maladies abdominales, la névralgie ilio-scrotale. Déjà observée par Chaussier, Richerand, Delpech et Barras, il m'a paru convenable d'en publier un nouvel exemple, parce que la marche, la durée et la terminaison de cette maladie demandent de nouveaux faits pour être éclaircies.

M. N..., âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution vigoureuse, n'avait éprouvé durant toute sa vie que des maladies peu graves, et jouissait d'une parfaite santé, lorsque, le 12 mai 1845, il fut pris d'une subite et violente douleur dans le testicule droit. Cette douleur, portée au point de gêner la marche et les autres mouvements du corps, s'accompagnait d'une autre douleur également vive ressentie dans la région inguinale et de la perte de l'appétit.

La douleur testiculaire, qui était continue, dura quelques jours, après quoi elle diminua d'intensité; mais celle de la région inguinale, qui était au contraire intermittente, se reproduisait chaque jour en augmentant progressivement de violence.

Caractérisée par de vifs élancements qui partaient de l'épididyme et se propageaient aussitôt vers le cordon spermatique du côté droit, elle se compliquait de spasme général et d'une grande anxiété. Elle commençait brusquement à neuf heures du matin, devenait de plus en plus intense, s'accompagnait d'une tuméfaction, d'une rougeur appréciables à la vue et d'une chaleur très sensible, et se prolongeait jusque vers quatre heures du soir, époque où, après une disparition graduée des accidents, il ne restait plus qu'une douleur sourde, un peu de chaleur et un léger gonflement, dont la disparition complète avait lieu vers huit ou neuf heures du soir. Les sangsues, les cataplasmes émollients et narcotiques furent employés sans fruit.

Le 22, ces accidents étaient plus violents et plus prolongés; la douleur était devenue insupportable. L'accès revint à la même heure et aussi fort. — Frictions avec la pommade d'extrait de belladone.

Le 23, ce moyen thérapeutique ne produisit pas de plus heureux effets que les sangsues et les cataplasmes. A une heure du soir, les douleurs se manifestèrent atroces. On recouvrit la région du nerf souffrant de compresses imbibées d'eau distillée de laurier-cerise et d'éther sulfurique à la température la moins élevée possible. Ce topique, joint à une compression exercée modérément à l'aide d'une bande en spica, soulagea et calma beaucoup. On lui adjoignit le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme dans une potion de 150 grammes, à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Le 24, l'accès survint de meilleure heure et se prolongea très tard dans la soirée; les douleurs se montrèrent un peu moins vives. Les applications froides et calmantes, de même que la potion avec le sulfate de quinine, furent continuées pendant la journée. Le soir, on recouvrit la région souffrante de cérat, mêlé de sous-carbonate de plomb.

Le 25, à huit heures, accès marqué par de petits élancements. On continua la potion, les applications d'éther et de laurier-cerise. Insomnie complète. Les douleurs ne se bornèrent pas au testicule, au cordon spermatique; elles se firent vivement sentir dans le pli de l'aîne.

Le 26, à sept heures du matin, l'accès reparut avec beaucoup de violence. On insista de nouveau sur l'usage de la potion avec le sulfate de quinine, à laquelle furent ajoutés 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. La douleur, qui dura plus longtemps que les jours précédents, se répandit avec intensité dans les ramifications de la branche sus-pubienne, provenant du premier et du second nerf lombaire, au tiers inférieur du côté droit de l'abdomen, le long du flanc, de la crête de l'iléon, et s'étendait de la région inguinale au scrotum, en suivant le trajet du cordon testiculaire.

Le 27, le malade était très souffrant. L'accès parut à sept heures et demie du matin et persista jusqu'à huit heures du soir. Après la cessation de l'accès, il se manifesta un peu d'appétit; on accorda une soupe. Peu de sommeil.

Le 28, nonobstant l'emploi de la potion et des autres agents thérapeutiques, l'accès, qui débuta et finit aux mêmes heures que la veille, fut plus intense. On observa, toutefois, que la maladie affectait d'une manière assez régulière le type tierce, c'est-à-dire que de deux jours l'un l'accès était plus marqué et le malade moins bien. On supprima le sous-carbonate de plomb mêlé au cérat, lequel, convenablement renouvelé, avait été continué jusqu'alors.

Le 29, on administra la même potion, mais on porta la dose du sulfate de quinine à 12 décigrammes, et on la donna un tiers trois heures avant le moment de l'accès, l'autre tiers une heure et demie avant la même époque et le troisième par cuillerée de demi-heure en demi-heure, en la continuant même pendant l'accès, et l'on frictionna la région douloureuse avec la pommade de vératrine. L'accès revint à la même heure et se prolongea aussi longtemps et aussi douloureusement que la veille.

Le 30, la potion suivante:

Eau distillée de tilleul. . . .	} ãã	60 grammes.
Eau de fleurs d'oranger. . .		
Sulfate de quinine.		12 décigrammes.
Sirop d'éther.	} ãã	20 grammes.
Sirop diacode.		

F. P. S. A.

Jusqu'à neuf heures du matin, aucune douleur. A cette époque, douleurs sourdes, d'abord très légères. A dix heures, sensibilité exagérée de l'épididyme et du testicule. Ces organes étaient plus douloureux au toucher que les jours précédents. Leur sensibilité s'exaspérait par intervalles, ainsi que celle du cordon, à un degré si élevé que le plus léger contact déterminait une intolérable souffrance. Rétraction du testicule, cris répétés arrachés par la violence des douleurs. On joignit à l'emploi de la potion l'application dans l'aine et sur le haut de la cuisse d'un vésicatoire, à la surface duquel on déposa de l'acétate de morphine.

A midi, mêmes souffrances; de plus, malaise général, grand état d'anxiété. A deux heures du soir, les douleurs augmentèrent et se prolongèrent, toujours caractérisées par des élancements, jusqu'à dix heures; alors elles devinrent sourdes, décrurent graduellement et finirent par disparaître.

La potion avec le sulfate de quinine fatigant l'estomac et M. N... refusant formellement d'en continuer l'emploi par cette voie, le 31, à six heures du matin, on administra un lavement préparé de la manière suivante:

Infusion de valériane. . . .	250	grammes.
Sulfate de quinine.	40	centigrammes.
Laudanum de Sydenham. . . .	50	—

F. S. A.

A huit heures du matin, nouvel accès, qui débuta par des élancements bientôt suivis d'engourdissement avec sensation de déchirement et de froid dans le trajet parcouru par le nerf douloureux.

Le 2 juin, jusqu'à neuf heures et demie du matin, absence de douleurs; alors elles se firent sentir et augmentèrent progressivement pendant trois heures au point de devenir très vives; mais elles décrurent bientôt de la même manière, disparaissant à cinq heures du soir et ne laissant pas cette fois le sentiment de douleur sourde qui persistait habituellement jusque fort avant dans la soirée. On se borna pour tout traitement à l'emploi du lavement de quinine et de l'acétate de morphine par la méthode endermique.

Le 3, jusqu'à dix heures et demie, point d'accès douloureux. A cette époque, M. N... éprouva quelques souffrances, mais elles se réduisirent à une sensation de douleur obtuse, qui persista à peine durant une heure et demie.

Le 4, douleurs de huit heures et demie du matin à trois heures du soir, mais sourdes comme le jour précédent et même encore plus supportables; simplement un peu de soif, sommeil troublé par des rêves. On continua le lavement de sulfate de quinine; le vésicatoire placé à la région inguinale était très vif et suppurait convenablement. Il était entretenu à l'aide du cérat de sabine, et l'on déposait matin et soir à sa surface 5 centigr. d'acétate de morphine.

M. N... était bien sous d'autres rapports, et l'appétit se prononçant davantage, on accorda un peu plus d'aliments.

Le 5, de huit heures à onze heures du matin, douleurs à peine sensibles; même état de bien-être. — Même traitement.

Le 6, douleurs encore moins vives que les jours précédents.

Le 9, il n'en existait nulle trace, aucun retour n'avait eu lieu; depuis cette époque, la guérison s'est maintenue complète. Au bout de quelques semaines, M. N... ressentit quelques douleurs légères et irrégulières dans leur apparition à la région inguinale, à l'épididyme, au cordon spermatique et au pli de la cuisse; mais elles cessèrent spontanément.

Ce fait offre, à mon avis, un certain intérêt tant sous le rapport du diagnostic que sous celui du traitement. Il était, en effet, bien important de reconnaître la nature d'une affection si rarement observée, si douloureuse, et de ne point la confondre avec une lésion profonde des organes contenus dans l'abdomen, lésion à laquelle on aurait pu croire si on n'avait eu égard au caractère intermittent que revêtait la ma-

ladie dont M. N... était atteint (1). Toutefois, le diagnostic n'étant établi que sur le genre de douleurs senties, il fallait, dans le doute qui pouvait rester encore au début, adopter un traitement qui pût être applicable à tous les cas; c'est pourquoi le malade fut soumis aux saignées locales, aux applications émollientes, etc., etc., et ce ne fut que lorsque ces moyens eurent échoué que j'eus recours à une médication spécifique, qui triompha en définitive de tous les accidents.

Empoisonnement par l'ellébore blanc.

Par M. le Dr Mavel.

Les journaux de médecine relatent des faits nombreux d'empoisonnement par l'arsenic, le mercure, le cuivre, le plomb; par les champignons, l'opium, l'aconit, etc.; mais j'y cherche vainement un cas d'empoisonnement par l'ellébore blanc, ou varaire. Sa rareté m'engage à publier le fait suivant; il est une preuve qu'une quantité bien minime de cette substance vénéneuse peut causer les plus grands dangers.

Le 5 novembre dernier je fus appelé en toute hâte à la campagne, près d'une famille où six personnes étaient tombées malades subitement une demi-heure après le dîner; les aliments avaient été les mêmes que les jours précédents. Ne pouvant avoir aucune donnée, je me munis de quelques médicaments et je volai à leur secours. A mon arrivée, je trouvai le père et la mère alités, le gendre de la maison, deux enfants de cinq et six ans, et un tailleur qui travaillait dans la maison depuis la veille, vomissant et souffrant de vives coliques; la mère avait mangé de la soupe seulement; c'est elle qui présentait le plus de danger; les autres avaient mangé du lard, du pommes de terre, du fromage; ils étaient moins gravement malades. Je dus penser que la soupe avait été l'excipiant d'une matière toxique, mais elle n'avait pas été trouvée mauvaise. Aucun renseignement ne me parvint d'abord à ce sujet.

La mère Lebon étant de tons les malades celle qui présentait les symptômes les plus graves, c'est par la description de ceux-ci que je tracerai l'histoire de cet empoisonnement.

La mère Lebon est âgée de soixante-dix ans; elle jouit habituellement d'une bonne santé. Actuellement sa face est bleuâtre, anxieuse, la langue froide comme la peau d'une grenouille, refroidissement général de la peau, absence de pouls, yeux ternes, cécité complète, vomissements de matière verdâtre, coliques. Si cette femme eût été seule malade, j'aurais pu penser à une attaque de choléra; mais la coïncidence de six personnes malades après le même repas me donnait la conviction intime que j'avais à traiter un empoisonnement. Immédiatement je favorisai les vomissements avec de l'émétique; en même temps j'enveloppai la malade nue dans des couvertures de laine chaudes, que l'on renouvelait toutes les dix minutes, et je fis pratiquer des frictions sur les cuisses, pendant que j'envoyai chercher des sinapismes.

Enfin, après deux heures de soins assidus, le pouls reparut, la chaleur de la peau commença à se montrer, les vomissements devinrent rares et aqueux. Je remplaçai l'émétique par l'opium. La figure reprit son expression; la cécité diminua; les coliques perdirent de leur intensité. J'enlevai avec soin les sinapismes après une heure seulement d'application.

Le soir je revis la malade; la réaction s'était maintenue; les jours suivants la malade allait très bien; mais au bout de quatre jours elle me montra à la jambe droite une eschare qui avait été produite par les sinapismes. La production de cette eschare a-t-elle été favorisée par la matière toxique? Je serais tenté de le croire, attendu qu'ordinairement les sinapismes ne produisent pas cet accident par une application aussi peu prolongée.

Quand la femme Lebon eut repris ses sens, elle me raconta comment elle seule était l'auteur de cet empoisonnement. Son gendre était affecté d'une éruption d'urticaire qu'il prenait pour la gale; on lui avait conseillé de se frotter avec une décoction de racine de varaire; il s'était donc procuré deux racines de cette plante, et la belle-mère les avait fait cuire dans la marmite; la décoction obtenue, le produit en avait été vidé dans un autre vase; mais la marmite ne fut point nettoyée; c'est cette même marmite qui communiqua à la soupe du lendemain ses propriétés vénéneuses.

NOTE SUR LE SIROP D'ACONIT,

Par M. Ferrant.

Ce sirop est préparé à froid et par simple mélange avec l'alcoolature d'aconit, dont la richesse en extrait alcoolique préalablement déterminée permet d'obtenir constamment un produit identique et offrant dans tous les cas un ensemble de conditions que ne présentent point le sirop fait avec l'extrait, le sirop opolique lui-même, et, à plus forte raison, la recette du même sirop opolique donnée pour 30 grammes par nos formulaires, c'est-à-dire pour être faite extemporanément, et présentant sur la précédente une erreur en plus dans le poids de la matière active, de 18 pour 100.

Cette précaution par nous prise du dosage préalable a non seulement l'avantage de donner plus de garantie dans le cas particulier qui nous occupe, mais soulève une question de pharmacologie très grave, celle de l'infidélité de composition des sucs plus ou moins aqueux et des teintures faites par simple macération, contenant les uns et les autres, comme nous l'avons constaté bien des fois, des quantités d'extrait très variables, selon la richesse de la matière première, selon la température du lieu et suivant l'expression plus ou moins complète.

Cette remarque, très importante en soi, peut seule nous expliquer, pour ne citer qu'un exemple, cette différence observée entre la teinture d'aconit déclarée souvent défectueuse et l'extrait alcoolique généralement très efficace; l'un et l'autre préparé, avec la feuille sèche, l'alcool étant au même degré et administré à des doses correspondantes.

Je prépare donc un sirop renfermant par 50 grammes une quantité d'alcoolature contenant une proportion d'extrait à l'avance déterminée, et capable de représenter exactement les doses de préparations aconitiques habituellement données en un jour.

Les doses générales de ce sirop, d'abord modifiables suivant les indications à remplir, seront de deux à trois cuillerées à café pour les enfants. Dans le cas particulier de rhumatisme chronique, on en continuera l'usage pendant un à deux mois, en portant graduellement la dose de deux à six et même huit cuillerées par jour. (*Bull. de Thérap.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 juin 1851. — Présidence de M. Trousseau.

Tics douloureux.

M. Marrotte donne lecture à la Société d'une observation d'un tic douloureux de la face, maladie qui a été guérie par l'emploi d'une seule dose de sulfate de quinine. L'affection avait une forme intermittente.

M. Trousseau. Je demanderai, dans ce cas, si c'était bien à un tic douloureux ou à une névralgie de la face que l'on avait affaire. Il existe entre ces deux affections des différences capitales. Pour moi, le tic douloureux de la face est incurable; tandis que la névralgie, même celle qui existe avec forme convulsive, peut être plus ou moins facilement guérie. Le tic douloureux se caractérise par la soudaineté et par la rapidité de l'attaque, par un retour fréquent et par son incurabilité. On peut procurer au malade un soulagement qui peut durer un mois et quelquefois un peu plus, mais les récidives sont inévitables. Beaucoup de médecins confondent le tic douloureux avec la névralgie de la face, mais il y a une grande différence. La névralgie revêt une forme rémittente, tandis que le tic douloureux a une forme convulsive. Le début de celui-ci est soudain; la convulsion douloureuse revient toutes les deux ou trois minutes; et enfin, le plus ordinairement, c'est une affection incurable, tandis qu'on guérit le plus souvent la névralgie.

M. Piedagnel fait remarquer, cependant, qu'il a guéri par l'électro-puncture un tic douloureux existant avec d'atroces douleurs depuis huit ans.

M. Trousseau. Je ne sais si M. Piedagnel a pu suivre le malade pendant longtemps; mais il m'est arrivé aussi de guérir des tics douloureux pendant deux ou trois mois, puis de voir la maladie récidiver.

M. Piedagnel n'a pu suivre le malade que pendant plusieurs mois. Il cite, du reste, à l'appui de ce que dit M. Trousseau, le fait d'un sacristain de l'hôpital Saint-Antoine, affecté de tic douloureux depuis l'année 1817, chez qui l'on coupa tous les nerfs de la face par des incisions qui allaient d'une bosse frontale à l'autre, chez qui l'on détruisit la voûte palatine, qui, selon l'ordonnance de M. Kæpeler, prenait des pilules de Méglin à la sibylle, et qui, à l'heure qu'il est, n'est pas encore guéri.

M. Vigla. Le tic douloureux est une maladie très rare, tandis que l'on observe des névralgies par centaines. Pour mon compte, je n'ai vu, à proprement parler, qu'un seul fait bien évident de tic douloureux. Cette maladie durait depuis quinze mois, et l'homme qui en était affecté ressentait des douleurs atroces au moment de la convulsion des différents muscles de la face, et notamment dans l'orbiculaire des paupières et dans un des élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. Je me rappelle avoir parfaitement analysé les symptômes et n'avoir pas, en effet, reconnu la douleur de la névralgie, mais bien la convulsion douloureuse, phénomène qui n'existe jamais dans la névralgie.

M. Hardy rappelle le fait de son grand-père, qui, à l'âge de quarante-cinq ans, fut pris d'un tic douloureux caractérisé par une convulsion douloureuse durant une seconde, une minute au plus, restant quelquefois un mois, deux mois au plus sans reparaître; affection dont il n'est pas guéri maintenant qu'il a quatre-vingt-un ans.

M. Béhier fait également remarquer aussi que la femme de Biett fut prise d'un tic douloureux pour lequel on épuisa toutes les ressources de la thérapeutique, et qu'il regarde maintenant comme incurable.

M. N. Gueneau de Mussy ne peut accepter les différences que l'on a proposées pour ces deux maladies; car, dit-il, les différences de convulsions et de sensibilité tiennent à ce que deux ordres différents de nerfs sont attaqués. Dans les névralgies, il y a des troubles de la motilité; dans d'autres cas, dans la névralgie sciatique, par exemple, la douleur prédomine.

M. Aran fait observer qu'il existe du tic sans douleur.

M. Trousseau. Ces faits ne rentrent plus dans les observations de tic douloureux, qui est une toute autre maladie. Je ne saurais mieux comparer la convulsion douloureuse du tic qu'à l'attaque d'épilepsie avec aura. Le tic a, en effet, en quelque sorte les caractères de l'éclampsie; il en a la soudaineté, la durée rapide, la terminaison par ce repos qui s'appelle presque le coma. J'ajouterai encore ceci, qu'il en a l'immobilité.

Je soigne une dame belge qui, depuis neuf ans, est affectée de cette maladie, et chez laquelle la douleur est tellement vive, qu'elle a déformé, par la pression de la main, la pommette des joues. Le plus long intervalle de ces accès de douleur a été de cinq mois. Elle en est arrivée, pour se soulager, à prendre des quantités d'opium incroyables: 20 grammes par jour. Elle achète maintenant l'opium au kilogramme, et prend des pilules de 1 gramme de quart d'heure en quart d'heure. Chose remarquable, elle n'est jamais narcotisée, et hors du moment de ses douleurs elle ne peut supporter la moindre dose d'opium.

La soudaineté de la douleur me servit, dans un cas, à diagnostiquer cette maladie chez un préfet qui entre dans mon cabinet en se tenant la joue et en prononçant un juron des plus énergiques. Il y avait trente ans qu'il souffrait, et venait dans l'espoir que je le guérirais. Je fus, à mon grand regret, forcé de le détromper.

M. Gueneau de Mussy soutient qu'il ne faut pas fonder le diagnostic sur le fait de la convulsion; car il existe positivement des névralgies avec mouvements convulsifs, et ces névralgies, on peut les guérir. L'accès convulsif peut alterner avec les névralgies.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

CINQUIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR LA TEMPÉRATURE SUR L'ORGANISME VIVANT, AU DOUBLE POINT DE VUE STATIQUE ET DYNAMIQUE.

Influence exercée par l'élévation de la température, c'est-à-dire par la chaleur.

La température atmosphérique exerce-t-elle une influence appréciable sur la *taille humaine*? Les habitants de la Laponie et du Groenland sont très petits, et offrent une taille moyenne de 4 pieds 9 pouces; mais les Russes, les Finlandais sont très grands. D'un autre côté, les habitants du midi de la France sont, en général, petits, tandis que les Espagnols sont grands. M. Quételet n'indique aucun rapport entre la taille humaine et la latitude. M. Motard considère la chaleur comme une cause de diminution dans la stature, et l'observation semble lui donner raison.

On a prétendu que la coloration de la peau était en rapport avec la température atmosphérique; que la peau était d'autant plus noire que la température était plus élevée; et c'est pour cette raison, a-t-on ajouté, que les nègres du Sénégal et de la Guinée sont plus noirs que les habitants du Mogol et de l'Arabie. Je me contente de vous indiquer ici ce point de discussion, parce que nous aurons occasion d'y revenir lorsque nous nous occuperons des races humaines.

Le *tempérament nerveux* prédomine dans les pays chauds.

Beaucoup d'auteurs prétendent que la température atmosphérique exerce une influence sur le *sexe*; que les filles naissent en plus grand nombre dans les pays chauds, et que cette circonstance y doit être considérée comme une des causes de la polygamie.

Les naissances, dans les trente départements les plus méridionaux de la France, ont donné, de 1817 à 1831, 2,119,162 garçons et 1,990,720 filles, et ce rapport est à peu près celui que l'on trouve pour la France entière. En Russie, on compte 108,91 garçons pour 100 filles; dans le royaume des Deux-Siciles, 106,18, et la moyenne pour l'Europe est de 106. Au cap de Bonne-Espérance, de 1813 à 1820, les naissances féminines l'ont constamment emporté sur les naissances masculines dans les races blanches (6,789 contre 6,604); mais il n'en a pas été de même parmi les esclaves (2,826 contre 2,936).

La question n'est donc pas résolue, et l'on peut dire, avec M. Quételet: que les nombres fournis par l'Europe ne confirment pas l'opinion qui considère les pays chauds comme plus favorables aux naissances féminines; mais que cependant, pour se prononcer avec certitude, il faudrait plus d'observations que nous n'en possédons, et surtout des observations recueillies vers la ligne équinoxiale.

L'élévation de la température atmosphérique exerce une influence évidente sur la *mortalité*. La chaleur, dit Motard, fait éclore, mûrir et faner la vie avec une douloureuse promptitude. En isolant autant que possible la chaleur des autres agents qui peuvent lui être associés, tels que l'humidité, les effluves marécageux, on voit que dans l'Inde la mortalité est de 1 sur 20; dans les régions méridionales de la France, de 1 sur 30, et dans le nord de l'Europe, de 1 sur 44, 48 ou même 59.

M. Motard a établi les rapports suivants entre la latitude et la mortalité:

Sous la zone torride.	1 sur	25
De 20 à 40° de latitude.	1	34,5
De 40 à 60°.	1	43,2
De 60 à 70°.	1	50

En recherchant les moyennes de mortalité dans les différentes contrées, on trouve les chiffres suivants:

Bombay.	1 sur	20
Guadeloupe.	1	27
Italie, Grèce, Turquie.	1	33
Etats-Unis.	1	40
Russie d'Europe.	1	44
Norwége.	1	48
Islande.	1	53

Relativement à la France, on trouve:

Pour le Nord.	1 sur	44,68
Pour le Midi.	1	39,09

Il résulte de nombreuses statistiques réunies par M. Quételet que la mortalité est de:

1 sur	41,1	pour le nord de l'Europe.
1	40,8	pour le centre.
1	33,7	pour le midi.

L'influence de la chaleur sur la mortalité se montre également lorsqu'on l'étudie relativement aux différentes saisons. Un tableau reproduit par M. Motard montre qu'à Philadelphie la mortalité générale pendant les mois de novembre, décembre et janvier, a été de 4,708, tandis que pendant les mois de juillet, d'août et de septembre, elle s'est élevée à 7,664. D'après Wargentin, le maximum de la mortalité, pour Stockholm, correspond au mois d'août; il en est de même pour Montpellier, d'après Mourgue. Il faut dire cependant que les statistiques de MM. Quételet et Lombard ne confirment pas ces résultats quant à Bruxelles et à Genève.

MM. Villermé et Milne-Edwards ont constaté que l'influence de la chaleur sur la mortalité des nouveau-nés, considérée en particulier, était toute différente de celle que nous venons d'établir relativement à la mortalité générale. Ainsi, la mortalité des nouveau-nés a été, en 1818,

De 1 sur 7,96 pour le nord de la France.
De 1 sur 10,72 pour le midi.

En 1819,

De 1 sur 9,12 pour le nord.
De 1 sur 11,70 pour le midi.

La *durée moyenne de la vie* est en rapport exact avec la mortalité; mais il est intéressant de rechercher l'influence de la chaleur sur la *longévité* envisagée relativement à des individus qui ont le privilége d'échapper aux limites générales de la loi. Or des milliers d'exemples attestent que les centenaires sont très nombreux dans le Nord, tandis qu'on en rencontre à peine quelques-uns dans le Midi. Vous trouverez sur ce point des documents curieux dans l'ouvrage de M. Motard.

Pour ne point scinder l'étude des questions qui se rattachent à la physique sociale, recherchons tout de suite, messieurs, quelle est l'influence de la chaleur sur la fécondité et par conséquent sur les naissances et l'accroissement de la population.

Or, les recherches statistiques faites par MM. Benoiston, de Châ-

(1) « Les douleurs causées par la névralgie des parois abdominales sont souvent confondues avec les coliques proprement dites et quelquefois aussi avec les douleurs de la péritonite. J'ai vu des exemples de ces méprises. Au moment où je rédige cet article (décembre 1844), j'ai été consulté pour un cas de cette névralgie, que le malade (c'était un médecin) prenait pour un iléus ou étranglement intestinal. » (Bouillaud, *Traité de nosographie médicale*, t. III, page 577.)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10 et 17 juin.

teauneuf, et Motard établissent que la chaleur augmente la fécondité et le nombre des naissances.

D'après Benoiston, 100 mariages produisent :

457 naissances	du 40 au 50°	de latitude.
430 —	du 50 au 67°	—

Un mariage produit :

En Portugal	5,10	enfants.
En Suède	3,62	—
Dans le midi de la France	4,34	—
Dans le nord de la Russie	4	—

Motard nous montre que la Suède, la Grande-Bretagne et la Russie offrent un rapport des naissances aux habitants proportionnellement moindre que la Prusse, les Pays-Bas et la France.

La moyenne des naissances est de 1 sur 32 habitants pour dix départements du Midi et de 1 sur 36 pour dix départements du Nord. Sous la zone torride, ajoute Motard, les différences deviennent extraordinaires; sur la côte de Guinée, on voit souvent des pères ayant 200 enfants vivants à la fois. Chez les Perses, les Romains, les Spartiates, les Phéniciens, les Carthaginois, l'infanticide était permis, et la fécondité permettait d'y sacrifier sous divers prétextes une foule de jeunes victimes à leur naissance.

A la question de la fécondité se rattache intimement celle de la puberté, de la menstruation, et nous allons l'examiner immédiatement.

Une opinion commune considère la puberté et l'établissement de la menstruation comme étant beaucoup plus précoces dans les pays chauds. La puberté, dit M. Motard, couvée par les feux du soleil équatorial éclôt avant la raison, et une jeune fille est souvent mère à onze ans ou même à neuf. Des recherches faites par MM. Lebrun, Faye et Brierre de Boismont, on peut conclure que l'âge moyen auquel s'établit la menstruation est de

16	ans	53	en Norvége.
15	»	20	à Manchester.
14	»	75	à Paris.
14	»	49	à Lyon.
14	»	08	à Toulon.
13	»	94	à Marseille.
13	»	83	à la Jamaïque.

La quantité de l'écoulement menstruel augmenterait, suivant Burdach, en raison directe de l'élévation de la température; elle serait, en moyenne, de 90 grammes dans les contrées boréales, de 150 à 180 grammes dans les contrées tempérées, de 360 grammes dans les contrées méridionales, et enfin de 600 grammes dans les contrées tropicales.

Abordons maintenant l'étude des influences exercées par la chaleur sur les différentes fonctions.

On peut, messieurs, établir d'une manière générale que les influences exercées par la chaleur varient suivant le degré de la température. La chaleur modérée comprise entre + 15 et 25° environ est un agent stimulant; la chaleur comprise entre 25 et 40° est un agent débilitant; la chaleur comprise entre 40° et la limite extrême, qu'on peut porter à 100°, est un agent excitant et délétère d'une grande puissance. Nous aurons à vous signaler presque constamment ce triple mode d'action.

Digestion. — Les fonctions digestives s'allanguissent d'une manière très remarquable sous l'influence de la chaleur; cela est dû à la suractivité exhalante de la peau, à l'afflux du sang vers la périphérie, à l'ingestion d'une grande quantité de boissons rafraîchissantes, de fruits aqueux; l'appétit est peu prononcé, et souvent il existe une anorexie complète. Au rapport de Volney, les Bédouins n'ingèrent, en vingt-quatre heures, que 180 grammes de substances alimentaires; les viandes sont en général repoussées avec dégoût et remplacées par des végétaux, des fruits, c'est-à-dire par les substances alimentaires qui contiennent le moins de carbone, et qui, par conséquent, sont le mieux en rapport avec la combustion, que nous savons être d'autant moins active que la température est plus élevée; les épices, les condiments excitants, les substances aromatiques sont recherchés, et jusqu'à un certain point nécessaires pour stimuler l'estomac et activer le travail de la digestion, qui, malgré ce régime spécial, est souvent difficile, pénible, douloureux.

La soif est vive, incessante, et recherche tantôt les boissons froides, rafraîchissantes, acidules; tantôt les boissons chaudes, aromatiques, les liquides alcooliques, les liqueurs, l'eau-de-vie, le rhum, etc., suivant que l'économie se sent plus ou moins débilitée.

Les fonctions intestinales sont, en général, paresseuses; la constipation est fréquente, opiniâtre; et doit être attribuée au régime, à la diminution des sécrétions intestinales, à la suractivité de la peau, et à une modification de la sécrétion biliaire, qui est ordinairement augmentée, mais souvent diminuée par suite de certaines altérations hépatiques, dont nous aurons occasion de parler.

La *respiration* est accélérée en raison de la raréfaction de l'air et de la stimulation du système nerveux, et cependant, comme nous l'avons dit plus haut, la combustion est d'autant moins active, la quantité de charbon brûlé dans un temps donné est d'autant moins considérable, que la température est plus élevée. Il faut aussi établir une distinction fort importante pour les applications thérapeutiques que l'on peut faire du calorique; la respiration devient fréquente, très gênée, anxieuse, lorsque le corps tout entier est plongé dans une étuve sèche chauffée à la température de + 60 à 65°; mais elle ne subit presque aucune modification lorsque l'étuve, en forme de boîte ou de siége à sudation, laisse la tête libre, et que celle-ci est exposée au contact d'un air extérieur frais qui pénètre dans les poumons.

La *circulation* est énergiquement stimulée par la chaleur, ainsi que M. Poiseuille l'a constaté expérimentalement sur la patte d'une grenouille plongée dans de l'eau à la température de + 38°. Selon Serrurier et Bernier, la fréquence physiologique du pouls dans les pays chauds serait de 100 pulsations par minute. Fordyce, Dobson, Blagden, Delaroche ont noté exactement les effets de l'étuve sèche sur le pouls, et voici les chiffres qu'ils ont produits :

35' de séjour	dans une étuve à	48°,88	ont porté le pouls à	145 pulsations.
10'	—	94°,44	—	120
20'	—	98°88	—	164
10'	—	106°,66	—	145
8'	—	115°,55 à 126°,66	—	144
4'—6"	—	72°50 à 101°25	—	100—160

Ici encore, messieurs, nous insisterons sur les différences qui résultent du mode d'application du calorique, parce qu'elles ont une grande importance en thérapeutique, et nous vous dirons que 30 à 40' de séjour dans une étuve complète, dont la température est portée graduellement jusqu'à 60 à 65°, amènent une fréquence de 130 à 150 pulsations, tandis que si la tête est exposée à un air frais le corps peut rester exposé à cette même température pendant plusieurs heures sans que les pulsations du pouls s'élèvent au-dessus de 80 à 90 pulsations par minute. Dans le premier cas, la violence des battements du cœur et des artères de la tête, la congestion encéphalique obligent de mettre un terme à l'opération, sous peine de voir se produire des accidents graves. Dans le second, rien de pareil ne se manifeste, et l'opération peut être prolongée sans inconvénients pendant un temps pour ainsi dire indéfini.

Sécrétions. — La sécrétion du cérumen, de la matière sébacée, est augmentée; il en est de même, dit-on, de la sécrétion lactée, et les nourrices appartenant à la race nègre sont remarquables par l'abondance de leur lait. La sécrétion salivaire et urinaire est, au contraire, notablement diminuée; la bouche est sèche; les urines sont rares, épaisses, troubles, et souvent chargées d'acide urique et d'urates de chaux, de soude, etc.

Quelques auteurs ne craignent point d'affirmer que la sécrétion spermatique est augmentée, et ils attribuent à ce phénomène la suractivité des fonctions génitales et le nombre plus considérable des naissances. Aucune preuve directe ne peut être fournie à l'appui de cette assertion, et ce qu'on attribue à l'hypersécrétion spermatique est peut-être dû à l'excitation du système nerveux, aux habitudes, aux mœurs, au régime, au genre de vie, etc.

Transpiration cutanée et pulmonaire. — On peut considérer comme établi qu'entre 0 et + 20° les pertes subies par l'économie sous l'influence de la chaleur ont lieu par évaporation cutanée; que de 20 à 26° elles sont produites, en outre, par transsudation. Au-dessus de 26° la transsudation augmente, tandis que l'évaporation diminue en raison de la couche d'eau qui recouvre la peau. Mais à l'action de la peau il faut ajouter l'évaporation pulmonaire, qui est considérable et qui joue même le principal rôle dans le phénomène, ainsi que cela est démontré par l'expérience suivante de M. Magendie.

Deux lapins sensiblement de même taille sont placés dans une étuve de manière que la tête de l'un soit au dehors et que l'air frais du laboratoire s'introduise dans les poumons, et que le corps de l'autre étant au dehors, la tête seule soit au contraire plongée dans l'étuve et en respire l'air chaud. Au bout d'un temps égal, on trouva que le premier lapin avait perdu 10 grammes de son poids, tandis que le second en avait perdu 25.

Je vous prie, messieurs, de ne point perdre de vue cet important résultat, car il est fertile en déductions pratiques. C'est lui qui vous fera comprendre pourquoi les malades soumis à la médication dite hydrothérapique peuvent supporter l'application quotidienne et prolongée du calorique sans subir des déperditions trop considérables. J'ai pu maintes fois, deux fois par jour et pendant trente ou quarante jours de suite, faire séjourner des malades, sans les affaiblir outre mesure, pendant une heure chaque fois, dans des étuves sèches chauffées à 60 ou 65°, mais laissant la tête exposée à un air extérieur très frais. Quels eussent été les effets d'une pareille médication si la tête eût été plongée dans l'atsmosphère chaude ? Les chiffres suivants vous le feront comprendre.

Berger étant resté 13' dans une étuve à 50° — 52°,50, perdit 50 grammes de son poids, et 215 grammes dans une étuve à 88°,75 — 90°. Delaroche, dans le même espace de temps, perdit 12 grammes dans une étuve à 51°,25 — 88°, et 220 grammes dans une étuve à 72°,50 — 73°,75.

M. Magendie ayant placé successivement quatre lapins pendant 9' dans une étuve dont la température varia entre 60 et 100°, tous perdirent 8 à 10 grammes, c'est-à-dire environ 1 gramme par minute. Perte énorme, dit M. Magendie, qui, d'après mes expériences, n'est pas en raison de l'élévation de la température, mais dans un rapport direct avec la durée du séjour.

Le *système nerveux* est diversement impressionné par la chaleur. Une chaleur douce est un stimulant salutaire et agréable; les mouvements sont faciles, prompts; la démarche aisée; les gestes nombreux, rapides, expressifs; la parole brève, le langage coloré, l'imagination vive, les passions ardentes. Vous retrouvez là tous les caractères qui appartiennent aux populations du midi de la France.

Au-dessus de 30°, suivant M. Rostan, la chaleur devient déprimante; les forces diminuent; il survient de l'abattement, de la prostration, de l'inertie; les mouvements sont lents, pénibles; les facultés intellectuelles et morales sans vivacité, sans énergie : de là la paresse des lazaroni napolitains, des nègres, des habitants des régions tropicales; le défaut de courage militaire, de suite dans les résolutions, de persévérance dans la volonté, etc.

Les premiers symptômes, dit M. Magendie, que présentaient les animaux introduits dans une étuve de 60 à 100° étaient une accélération de la respiration, puis une sorte de lassitude qui les faisait se coucher et s'étendre au fond de la boîte.

La folie serait plus fréquente dans les pays chauds. Sur 907 suicides relevés par Prévost, Casper et Esquirol, 534 ont eu lieu pendant les 2e et 3e trimestres de l'année, 373 seulement pendant les 1er et 4e. En Russie, suivant Marshall, on observe 1 suicide sur 38,882 habitants entre le 42° et le 54° de latitude, et 1 suicide sur 56,777 habitants entre le 54 et le 64°.

L'*absorption* devient plus active sous l'influence d'une chaleur modérée; de là le développement plus facile des maladies épidémiques et contagieuses, de la vaccine; de là le succès plus fréquent de la médication iatraleptique des Italiens, de M. Chrestien (de Montpellier), des agents médicamenteux appliqués sous forme de fumigations, d'onctions, de frictions, etc.

Le *tissu adipeux* est peu abondant ou disparaît rapidement; le *système musculaire* est grêle. Mateucci et Nobili ont montré que la chaleur augmente l'intensité du courant musculaire qui se dirige de l'intérieur des muscles vers leur surface; le courant, qui chez la grenouille se dirige des pieds vers la tête, est, à son maximum, à la température de + 20°; c'est dans de l'eau de mer à + 18° que les effets électriques de la torpille sont le plus manifestes. Les *forces* sont, en général, moins développées chez les habitants des pays chauds, qui sont le plus souvent incapables de se livrer à un exercice musculaire actif et prolongé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOMINATION DU PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE.

Le concours de pathologie interne s'est terminé ce soir par un scrutin des plus compliqués, à la suite duquel M. Requin a été nommé professeur par 11 voix contre 4 données à M. Guillot. Il est dix heures. Au prochain numéro les détails.

Le propriétaire d'une source d'eau thermale très ancienne, très importante et très productive, demande un médecin pour associé. S'adresser au bureau du journal.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 75. — MARDI 1er JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 75. — MARDI 1er JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Corps étranger du genou. Opération en deux temps. Nouveau procédé.

A la salle Saint-Côme est couché depuis le 28 mai dernier un homme de quarante-six ans, exerçant la profession de commissionnaire, se livrant, par conséquent, habituellement à des travaux assez rudes et fatigants, et cela depuis longues années. Il est fort, robuste, d'une constitution athlétique. Voici sur ses antécédents, ayant trait ou non à sa maladie actuelle, ce que nous sommes parvenu à recueillir.

A l'âge de sept ans il eut une vive frayeur. Etant sorti le soir, il vit se dresser devant lui un objet blanc dont il eut grand'peur ; et telle fut l'émotion qu'il éprouva, qu'il perdit subitement la parole. On n'a pu savoir de lui, à cette époque ni depuis, s'il perdit connaissance et s'il fit une chute. Depuis ce moment, il n'a jamais recouvré complétement la parole ; il parle et se fait comprendre ; mais ce n'est que difficilement qu'il prononce certaines voyelles.

En 1830, il reçut un coup de lance au genou gauche (c'est le genou droit qui est actuellement malade) ; la plaie du genou gauche, superficielle, se cicatrisa très rapidement. Peu de mois après, en fendant du bois avec une hachette, il se fit au même genou une blessure également légère, et qui n'eut aucune suite grave.

Ce ne fut qu'en 1849 qu'il s'aperçut pour la première fois de symptômes pouvant se rattacher à la maladie actuelle du genou droit. Voici ce qui lui arriva, et ce qu'il nous a raconté : en voulant soulever un fardeau très lourd, une fontaine en pierre qu'il allait mettre sur ses crochets, il ressentit dans l'intérieur du genou droit une douleur tellement vive, qu'il dut s'arrêter un instant ; mais au bout de quelques minutes il se trouva assez bien pour continuer son travail, qu'il n'interrompit pas de tout le reste de la journée.

Le lendemain et jours suivants, il survint un peu de gonflement, accompagné d'un sentiment de gêne dans les mouvements de flexion et d'extension. Il resta peu de jours au lit, et put ensuite se livrer à des occupations aussi rudes qu'avant l'accident.

En août 1850, six mois après cet événement, en montant un escalier, au moment où il faisait le mouvement de lever la jambe et de la plier, il éprouva la même douleur que la première fois, avec sensation d'un craquement dans le genou droit encore. Il fut obligé de s'arrêter complétement ; l'articulation devint le siége d'un gonflement énorme, qui fut combattu par des sangsues, des émollients, enfin tout le cortége des antiphlogistiques. Il finit par se rétablir, et la guérison se maintint jusqu'au mois de mai de cette année.

Vers le milieu du mois de mai dernier, il se promenait un soir sur le boulevard, lorsque, sans cause connue, il éprouva pour la troisième fois une nouvelle attaque de douleurs. Ce jour-là il ne regagna son logis qu'avec beaucoup de peine et de difficulté ; il dut, en rentrant, se mettre au lit, et depuis cette époque il ne s'est pas levé.

Le 28 mai il entre à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Le genou droit, beaucoup plus volumineux que le gauche, présente tous les signes d'un épanchement intra-articulaire. On perçoit une fluctuation évidente. Aujourd'hui encore (13 juin), bien que le liquide ait été en partie résorbé, il y en a une assez grande quantité pour que l'on puisse facilement en constater la présence. Lorsque l'on presse le genou latéralement, la rotule est soulevée à 1 centimètre ou 2 des condyles du fémur. En même temps qu'il est plus volumineux, le genou est déformé. On pourrait croire, au premier abord, qu'il existe une subluxation ; mais un examen attentif fait reconnaître une déformation d'une des tubérosités du tibia, avec hypertrophie, probablement uniquement due à la formation de ces sortes de stalactites, de cristallisations qui se rencontrent assez souvent dans les cavités articulaires.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la déformation du genou n'est pas seulement produite par la présence du liquide, et ce qui le prouve, c'est que toutes les fois qu'on exerce une certaine pression sur l'articulation, on éprouve une sensation particulière déterminée par un corps étranger solide. Tous ceux qui ont touché cette articulation ont éprouvé cette sensation. Le corps étranger se déplace facilement sous le doigt qui le chasse ; on perçoit non pas seulement un frôlement, un frottement ; il se passe là quelque chose de plus complexe, une sorte de crépitation multiple due à cette circonstance, qu'il existe à la surface du corps étranger des granulations, des irrégularités.

On a dû porter une attention toute particulière sur la forme et l'étendue du corps étranger. D'une exploration attentive il résulte qu'il doit avoir dans sa plus grande longueur 5 ou 6 centimètres, volume énorme pour un corps de cette espèce. Nous ne trouvons dans les annales de la science aucun fait dans lequel on ait eu affaire à une production qui se rapproche de cette grosseur. On trouve bien dans les auteurs la description de corps étrangers ayant le volume d'une amende, d'un marron. M. Velpeau parle d'un corps étranger du volume d'un marron, qu'il a vu, en 1822, extraire d'un genou à l'hôpital Saint-Louis. Le plus ordinairement, ils ne dépassent pas le volume d'un grain d'orge.

Le *Journal de Chirurgie* de M. Malgaigne a publié, en décembre 1846, une observation de notre service sur laquelle nous reviendrons, et qui est relative à un sujet du genou duquel nous avons extrait un corps étranger assez volumineux aussi.

Dans le cas actuel, le corps étranger est très mobile. On peut lui imprimer des mouvements de va-et-vient, le faire passer sous la rotule ou le faire remonter dans le grand cul-de-sac supérieur de l'articulation, où on le fixe et l'immobilise facilement. On a mesuré les genoux, et on leur a trouvé des dimensions très différentes. Ainsi, au genou gauche, on constate 0,35 m. de circonférence au niveau du grand cul-de-sac de la synoviale, 0,34 au milieu de la rotule. Au genou droit, au contraire, on trouve 0,37 au niveau du grand cul-de-sac, 0,38 du niveau du milieu de la rotule. Cette augmentation de volume est due au travail inflammatoire qui a atteint l'articulation.

Nous pourrions vous rapporter des faits nombreux qui démontrent que, dans des circonstances analogues à celles où nous nous trouvons, les os subissent fréquemment des altérations plus ou moins grandes. Richerand avait opéré une femme qui succomba à un phlegmon diffus, suite de l'opération, et chez laquelle on trouva le fémur et le tibia considérablement augmentés de volume par la présence dans l'articulation des stalactites osseux dont nous avons parlé.

Le malade qui fait le sujet de cette conférence est tombé plusieurs fois. Une question se présente ici. Le malade est-il tombé parce qu'il avait un corps étranger dans le genou, ou bien la présence du corps étranger est-elle la conséquence, le résultat de ces chutes ? Comment s'est développée dans l'articulation la production anormale que nous y constatons ? Il nous paraît à peu près impossible de supposer que le corps étranger soit le résultat des accidents éprouvés ; il n'aurait pu, en aussi peu de temps, acquérir un volume aussi considérable. Nous sommes fondé à croire qu'il existait là depuis longtemps, caché dans un des sinus ou replis du grand cul-de-sac ; ce ne doit être que du moment où il s'est déplacé qu'il est devenu incommode et que le malade s'est aperçu de sa présence.

Il n'est pas besoin de vous rappeler que les corps étrangers des articulations ont des origines bien diverses, sont produits par des maladies bien différentes. On a dit qu'un cartilage pouvait s'être déplacé ; en général, les causes qui produisent l'*écornement* des cartilages sont accompagnées d'accidents très sérieux et très graves. On a cherché, de nos jours, à établir que les corps étrangers se forment en dehors de l'articulation, et que, s'y engageant par degrés, ils poussent devant eux la synoviale, de manière à s'en former une enveloppe et qu'elle en constitue le pédicule. Cette opinion, émise par Hunter, soutenue par A. Cooper et par Béclard, ne nous paraît pas se rapporter aux cas les plus ordinaires.

Nous pensons, nous, que le liquide synovial peut subir des altérations particulières, desquelles on ne s'est peut-être pas encore assez occupé. Des portions de fausses membranes, développées par suite de causes variées, peuvent exister dans les cavités articulaires, s'isoler, passer par différents états, devenir osseuses et donner lieu, par suite, à des accidents de la nature de ceux que nous observons chez l'individu que nous allons faire passer sous vos yeux.

Est-il vrai que du sang déposé à l'extérieur de l'articulation puisse donner naissance à un corps étranger, organisé ou non, cartilagineux ou osseux, ou bien qui demeure dans un état de mollesse plus ou moins grande ? Je ne suis pas éloigné d'admettre que, dans certains cas, les choses puissent se passer de cette manière ; que du sang épanché dans l'articulation donne naissance à des corps étrangers de forme et de nature différentes. Les éléments du sang peuvent être résorbés, à l'exception de la fibrine, qui devient le noyau du corps étranger ; mais il lui faut sans doute longtemps pour parvenir à cet état.

Nous avons adopté, pour l'étude et le traitement des corps étrangers intra-articulaires, une classification que nous croyons nouvelle. Nous les divisons en corps étrangers mobiles, comme dans le cas qui nous occupe ici, et en corps étrangers immobiles. Ces derniers peuvent ou présenter un pédicule, ou adhérer à l'un des bords de la rotule. L'hydarthrose est toujours le symptôme de la présence des corps étrangers dans les articulations. Nous ne connaissons pas d'exemple de corps étrangers sans épanchement articulaire.

Quel est le traitement que nous emploierons chez notre malade actuel ?

Aurons-nous recours à la compression, à l'extraction, ou le fixerons-nous dans un point donné où il ne puisse apporter aucune gêne aux mouvements, et se trouve isolé de l'articulation ? Disons d'abord que jamais un corps étranger, cartilagineux ou osseux, ne peut être détruit par la compression. L'absorption ne s'exerce que très mal sur des corps de cette nature. Nous avons, dans une circonstance, essayé pendant cinq mois la compression sur un corps étranger de cette espèce, et il n'a pas subi la moindre modification. Le malade a dû abandonner l'appareil, fort ingénieux, du reste, imaginé par M. Charrière pour exercer cette compression ; le seul résultat du traitement fut une atrophie du genou. La compression ne produit donc pas des résultats assez satisfaisants. Pour qu'elle fût efficace, il faudrait qu'elle fût et complète et continuelle ; or elle est trop douloureuse pour que l'on puisse agir de la sorte.

Ambroise Paré nous a conservé l'histoire de l'opération qu'il faisait pour retirer les corps étrangers du genou ; il faisait tout simplement une incision sur ce corps, et le retirait. Les chirurgiens modernes, et Lisfranc lui-même, qui a rendu de grands services à l'art, ne modifièrent pas beaucoup le procédé opératoire. Lisfranc conseillait de mettre le malade au repos pendant un mois et demi au moins avant de pratiquer l'opération, qu'il regardait comme des plus dangereuses et qu'il était nécessaire de faire précéder de la cessation, autant que possible, de toute inflammation articulaire ; il avait, sous ce dernier rapport, grandement raison, et ce principe est un de ceux qui nous ont guidé jusqu'à présent.

Ce qui constituait un des principaux dangers de l'opération, c'était la pénétration de l'air dans l'articulation. Cette observation a conduit à l'invention du nouveau procédé opératoire que l'on a appelé méthode sous-cutanée, et dont les premières applications se sont largement étendues depuis ces dernières années à toutes les parties de la chirurgie. C'est à M. Goyrand, d'Aix, que revient l'honneur d'avoir le premier appliqué la méthode sous-cutanée à l'opération dont il s'agit. M. Goyrand proposait de faire un pli à la peau, de fixer le corps étranger dans le cul-de-sac de la synoviale, et, une fois les rapports de la peau et de l'articulation détruits, d'inciser profondément jusque sur le corps étranger dont on faisait l'extraction. D'autres fois, le même chirurgien ne fait pas l'extraction, mais opère seulement le déplacement du corps, qui se loge dans le tissu cellulaire, où il s'enkyste assez facilement.

Certes, la découverte de M. Goyrand est d'une haute importance ; quant à la question de savoir si l'on doit ou non laisser un corps semblable enfoui dans l'épaisseur des chairs ou des parties molles, nous n'avons pas d'opinion absolue. Nous approuvons M. Goyrand quand il s'agit d'un corps étranger d'une certaine mollesse ; mais quand le corps étranger est dur, osseux, nous ne croyons pas qu'il faille l'abandonner. Le procédé de M. Goyrand n'est pas acceptable quand il s'agit d'un corps dur.

Quelle que soit la consistance du corps étranger, nous nous servons toujours de la méthode sous-cutanée ; mais, suivant qu'il est osseux, cartilagineux, mou, vasculaire, nous modifions le procédé. S'agit-il d'un corps étranger mou (et dernièrement, en présence de MM. Bégin et Rayer, j'en ai opéré deux ainsi), je le fais sortir de l'articulation par une incision sous-cutanée de la synoviale, je le fixe hors de l'articulation et je le broie sur place ; puis je le maintiens à l'endroit même où j'ai pratiqué le broiement, jusqu'à ce que l'absorption en soit faite complétement. Une fois broyé, il disparaît assez rapidement et sans aucun accident. Quand nous avons affaire à un corps cartilagineux ou osseux, nous n'agissons pas de même. Nous chassons le corps étranger de l'articulation ; nous le laissons dans sa nouvelle position jusqu'à ce que la plaie sous-cutanée de l'articulation soit fermée, ce qui dure sept à huit jours ; puis nous faisons une incision à l'aide de laquelle nous le retirons au dehors. En général, et quand nous le pouvons, nous pratiquons l'incision du côté externe, et non du côté interne, comme le font beaucoup de chirurgiens. Nous avons opéré nombre de malades par ce procédé, et nous n'en avons jamais vu résulter aucun accident.

En résumé, voici la classification que nous établissons pour les corps étrangers des articulations. Corps étrangers immobiles, corps étrangers mobiles. Parmi ces derniers :

1° Corps mous, devant être expulsés de l'articulation, broyés en place et fixés dans les parties molles voisines, où l'absorption s'empare de leurs éléments ;

2° Corps solides, durs, devant être extraits de l'articulation, mais par la méthode sous-cutanée et en deux temps.

— Après ces quelques considérations, M. Jobert procède à l'opération que nous allons décrire un peu plus bas.

L'instrument dont il s'est servi, et qui a été exécuté avec beaucoup d'intelligence par M. Charrière pour remplir les indications signalées par le chirurgien, se compose de plusieurs pièces que nous allons décrire, et pour la plus claire description desquelles nous avons voulu présenter à nos lecteurs la figure ci-jointe. (*Voir* plus loin.)

La pièce principale de l'instrument est une canule creuse (*fig.* 1), légèrement aplatie latéralement, terminée par un fer de lance C, au-dessous duquel se trouvent deux ouvertures A A, ovalaires, communiquant avec l'intérieur de la canule. Cette canule est munie, à son autre extrémité, d'une vis de pression destinée à fixer la double tige intérieure qui doit y manœuvrer. Dans le sens de sa longueur, monte ou des-

cend à volonté, se fixant à l'aide d'une vis de pression E, un anneau ovalaire muni de deux oreilles, tournant à volonté sur son axe, en forme de *bague folle* (*fig.* 4, D).

Une tige d'acier fort mince, courbée sur elle-même, de manière à se doubler, trempée en ressort, et dont les deux extrémités divergent (*fig.* 2), est introduite dans la canule d'acier et disposée de telle sorte que chacune des extrémités B B doit sortir par les ouvertures A A.

La *fig.* 3 représente l'instrument tout monté, prêt à fonctionner; enfin, la *fig.* 5 représente l'extrémité active de l'instrument au moment de son entier développement.

Voici comment procède M. Jobert :

Sur le côté externe de l'articulation, au niveau du milieu de la tubérosité du tibia, il introduit de bas en haut un ténotome pointu, à l'aide duquel il ouvre largement, sous la peau, la capsule articulaire; puis il retire le ténotome ; et, traversant la peau avec le fer de lance de l'instrument ; au niveau de la partie moyenne de la rotule environ, et dans le point correspondant à l'ouverture de la synoviale, il pique le corps étranger avec la pointe du fer de lance ; le fait sortir de l'articulation et le déprime dans le tissu cellulaire sous-cutané. Cette manœuvre étant exécutée, la double tige d'acier est poussée dans la canule jusqu'à ce que ses extrémités viennent faire saillie par les yeux AA. L'instrument présente alors la forme d'un trident (*fig.* 5), qu'il conserve en raison de la pression de la vis F. Le corps étranger est ainsi fixé en dehors de l'articulation; et si l'on veut, une petite courroie en caoutchouc passée dans les deux oreilles de la bague, et entourant le membre, exerce sur lui une pression continue dont on modère la force à volonté.

Le corps étranger sera maintenu dans cette position jusqu'après la cicatrisation de la plaie de la synoviale, époque à laquelle, aucun danger n'existant plus pour la pénétration de l'air extérieur dans la cavité articulaire, l'instrument compresseur sera retiré, et le corps étranger sera extrait au moyen d'une incision faite aux téguments.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant des suites de cette opération. Dr A. F.

Effets de la nicotine.

Par M. Ed. Vandencorput.

Des expériences toxicologiques faites à l'amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Bruxelles avec de la nicotine préparée depuis environ deux ans ont donné les résultats suivants :

La moindre trace de cette substance portée dans la bouche y produit une sensation brûlante analogue à celle que ferait éprouver une rave très forte.

A l'odorat, elle rappelle l'odeur désagréable d'un cigare qui s'éteint.

Cette odeur, assez faible lorsque l'alcaloïde est pur, se développe par l'addition d'un peu d'ammoniaque. Quatre gouttes de nicotine pure versées sur la langue d'un chien de forte taille ont fait périr l'animal en moins d'une minute.

Après avoir fait quelques tours en chancelant, il est tombé sur le côté gauche.

L'administration immédiate d'une forte dose d'acide acétique étendue d'eau n'a pu le rappeler à la vie.

Une seule goutte du poison instillée dans l'œil droit d'un pigeon adulte a tué l'animal en quelques secondes. Les extrémités se sont convulsivement roidies. Il est tombé également sur le côté gauche. La cornée de l'œil touché par la nicotine présentait une légère opacité ; la pupille de ce côté était normale; celle de l'œil gauche, au contraire, était sensiblement dilatée.

Un autre pigeon a péri presque instantanément après avoir reçu une goutte et demie de nicotine sur la langue. Il avait les pupilles très dilatées. L'animal était tombé sur le côté droit.

Cette dernière circonstance se présente du reste comme la plus naturelle, lorsque l'on considère la tendance qu'ont en général les animaux à se coucher sur ce côté, par suite de la prépondérance du foie, situé à droite, sur les autres viscères de l'abdomen.

Il est à remarquer que de tous les animaux soumis aux expériences, les oiseaux sont ceux qui ont succombé le plus promptement, ce qui s'explique par la rapidité plus grande avec laquelle s'opère chez eux la circulation.

Les grenouilles se sont montrées les plus réfractaires à l'action du toxique. Un de ces batraciens auquel on avait ingéré une goutte de nicotine pure a survécu plus de deux minutes.

Un autre de ces animaux, qui avait reçu une dose assez forte de nicotine combinée à l'état d'acétate, n'en paraissant pas très affecté, il lui fut administré quelques gouttes d'une solution de potasse caustique destinée à rendre le poison libre dans l'intérieur même des organes. Les membres postérieurs furent aussitôt pris d'une agitation convulsive et la mort a été presque immédiate.

Ces faits viennent confirmer l'observation que les toxiques fournis par les solanées vireuses qui portent principalement leur action sur l'encéphale agissent d'une manière moins énergique sur les êtres occupant les degrés inférieurs de l'échelle animale. (*Presse méd. belge.*)

CICATRICE CONGÉNIALE.

Par M. le Dr Mavel.

Le 11 mars 1848, M. le docteur Renneret publiait dans votre journal trois cas de cicatrice congénitale de la lèvre supérieure; la rareté de ces cas m'engage à en publier un semblable qui vient de se présenter à mon observation.

Christine Péruféle, âgée de cinq mois, m'est présentée le 3 avril dernier ; sa mère me déclare que son mari eut une sœur affectée de la même maladie, qui mourut le jour de sa naissance. Pendant toute sa grossesse, cette femme n'a eu aucune envie, aucune crainte, aucune appréhension ; seulement elle se rappelle qu'un jour de foire elle contempla un instant des lapins qui étaient à vendre.

La lèvre supérieure de cette enfant offre, du côté droit, une cicatrice linéaire s'étendant de la narine jusqu'au bord libre de la lèvre, où elle se termine par une échancrure un peu difforme ; la lèvre, à l'endroit de cette cicatrice, est moins épaisse que partout ailleurs, et la peau qui la recouvre présente une couleur plus rosée. Mais là n'est pas toute la difformité. Du côté gauche, il existe un bec-de-lièvre complet ; les mucosités nasales coulent dans la bouche à travers une échancrure plus apparente que réelle de la voûte palatine ; cette échancrure est produite par une proéminence en avant de la portion droite de l'arcade alvéolaire. L'opération, faite par le procédé de M. Philips, ne donna qu'une réunion incomplète, qui se rompit le lendemain de l'enlèvement des épingles. Pour obtempérer aux vœux de la mère, j'ai renouvelé l'opération le 11 ; la lèvre et la joue ont été disséquées dans une plus grande étendue, et le 15 la réunion était parfaite. Les épingles ont été enlevées ; et aujourd'hui la réunion est très solide.

Je pense que, plus tard, une nouvelle opération pourra remédier à l'échancrure de la couture congénitale.

Société médicale du 4e arrondissement de Paris.

Rapport sur la Providence médicale, *institution philanthropique sous le patronage des mairies, pour l'administration des secours de la médecine et de la chirurgie* par abonnement, etc.

(Commissaires : MM. Godard, Pillon ; Payen, rapporteur.)

Messieurs,

Vous nous avez chargés, MM. Godard, Pillon et moi, de vous faire un rapport sur une institution philanthropique fondée à Paris par MM. Lesèble et Lagrue, sous le titre de Providence médicale, afin de vous mettre à même de répondre à M. le maire, qui a voulu s'éclairer de votre opinion avant d'accorder le patronage qu'on lui demande. Nous venons nous acquitter de cette mission.

Notre rapport se trouve naturellement divisé en deux parties ; une première, consacrée à l'analyse pure et simple des statuts de la nouvelle institution; une seconde, consacrée à l'appréciation générale du principe de ce mode d'application des secours médicaux et à l'appréciation des conditions d'existence et des moyens d'exécution de l'œuvre projetée.

§ Ier. Analyse.

La *Providence médicale* embrasse toute la France. Un abonné qui a payé la cotisation a le droit de réclamer l'assistance de la Société partout où elle fonctionne.

L'institution se compose d'une administration centrale, qui se résume en un directeur général, le docteur Lesèble, et un inspecteur général, M. Lagrue, ancien professeur d'économie rurale ; d'un conseil de surveillance composé de douze membres pour Paris (lesquels seraient d'abord désignés par les maires, si ces fonctionnaires consentent à prêter leur concours, dont les vacances ultérieures seraient remplies par l'élection confiée aux membres en exercice), de médecins, de pharmaciens et d'abonnés.

Les deux administrateurs sont personnellement responsables.

Le conseil de surveillance a pour fonctions de statuer sur les questions qui lui sont soumises par le directeur ou l'inspecteur.

Les médecins ou chirurgiens traitent aux frais de l'administration les abonnés de leur arrondissement à Paris, de leur circonscription en province. Ils sont engagés pour la durée d'une année.

Les pharmaciens fournissent à prix réduits des médicaments qui devront être de première qualité, sous peine de 500 fr. d'amende, et dont le prix, à la charge de l'abonné, doit être acquitté immédiatement.

On assure que la diminution est de moitié sur les prix courants ordinaires ; on dit même que ces prix seront au-dessous de ceux de la Société philanthropique. Les personnes qui savent comment ces derniers sont établis apprécieront ce que peut être la garantie de première qualité.

On annonce même pour une époque prochaine l'application de l'abonnement à la pharmacie.

Pour être abonné, il faut être actuellement bien portant, payer d'avance, par personne et par an, 5 francs à Paris, 4 francs dans les grandes villes, 3 francs dans la campagne. S'il s'agit d'une personne actuellement malade ou maladive, il faut, pour qu'on l'inscrive, qu'elle procure en même temps quatre abonnés valides.

A cette condition les abonnés ont le droit de réclamer partout où l'administration fonctionne l'assistance d'un médecin, choisi par eux sur la liste de ceux de l'arrondissement ou de la circonscription qui font partie de l'institution, de prendre des consultations au domicile des médecins, d'exiger une consultation collective si la gravité de la maladie le comporte; enfin, d'obtenir à prix réduit les médicaments qui leur sont prescrits.

On espère pouvoir diminuer encore les prix d'abonnement tels que nous venons de les faire connaître.

Les accouchements se payent à part ; l'administration se charge de procurer des accoucheurs et des sages-femmes à un prix très modéré, mais à la charge de l'abonné.

Des modifications projetées aux statuts admettraient les accouchements dans l'abonnement, en assimilant l'état de grossesse à l'état de maladie, c'est-à-dire en procurant quatre autres abonnements et en s'inscrivant un mois d'avance ; moyennant quoi l'administration procurerait une sage-femme ou même un accoucheur, si l'abonné le désirait.

Tel est, en résumé, l'économie du projet. Il nous suffit d'ajouter que les statuts peuvent être annuellement modifiés.

Postérieurement à la rédaction de ce rapport, M. Lagrue nous a adressé une longue note pour nous faire connaître les modifications et additions que, sur nos objections et celles de quelques autres personnes, il avait cru devoir apporter aux statuts primitifs. C'est ainsi qu'on procure aux abonnés une réduction de 30 p. 0/0 sur les prix des bains, etc.

Nous avons tenu compte de ces renseignements.

§ II. Appréciation.

En réfléchissant que c'est sur la demande de M. le maire que nous avons à nous prononcer sur la *Providence médicale*, nous devons tout d'abord vous signaler une circonstance qui nous a péniblement impressionnés. Le prospectus dit textuellement : « *Institution philanthropique sous le patronage des mairies.* » Or, la lettre de M. le maire à la Société et celle de M. Lesèble à M. le maire prouvent que ce patronage qu'on annonce n'est pas accordé, puisqu'on le réclame, puisqu'il peut être refusé, et nous croyons savoir qu'il sera effectivement refusé dans plusieurs mairies.

A la vérité, M. Lagrue, dans une visite qu'il nous a fait l'honneur de nous rendre, apparemment comme rapporteur de votre commission, nous a présenté les prospectus imprimés comme des *épreuves*. Vous jugerez dès lors, messieurs, si nos scrupules n'étaient pas exagérés. Nous ajouterons, cependant, que l'article 25 des statuts (et remarquez qu'il s'agit ici des statuts!) décide que le conseil de surveillance des communes rurales sera de droit présidé par le maire et, autant que possible, composé de conseillers municipaux. Or, on ne dit pas qu'on ait obtenu l'assentiment des 32 mille communes de France. Un des médecins du 6e dispensaire, dont le nom nous a été montré parmi ceux qui ont adhéré à la *Providence médicale*, nous a autorisé à dire qu'il n'avait répondu à la prière qui lui avait été faite qu'en demandant le temps d'y réfléchir.

Il reste donc là une certaine légèreté de promesses que nous avons cru devoir vous faire remarquer.

Appelée d'abord à se prononcer sur le principe même qui a inspiré les auteurs du projet, votre commission a été unanime pour le blâmer ; la confiance illimitée que le malade doit à son médecin, le dévouement qu'en retour le médecin doit à son malade, les motifs si divers qui dictent le choix de chaque client s'accordent mal avec cette obligation rigoureuse pour le médecin d'assister le malade qui l'appelle au nom du droit qu'il a acheté, avec cette limitation restreinte pour le malade forcé de choisir sur un petit nombre de médecins celui qu'il doit préférer : c'est une sorte de matérialisation de notre belle profession. Les choses se passent ainsi, il est vrai, dans les hôpitaux, dans l'armée, les bureaux de bienfaisance, les dispensaires; mais c'est une nécessité pour ces établissements, et cela n'annule pas les inconvénients de ce mode au point de vue que nous faisons ressortir.

Votre commission reconnait que les rapports ne sont point toujours ce qu'ils devraient être du client au médecin ou du médecin au client ; mais ce n'est pas l'institution dont nous nous occupons qui remédiera à ces inconvénients. La liberté absolue des deux parties est un correctif qui doit être conservé dans toute sa plénitude ; or, ici, cette liberté n'existe plus pour personne, c'est l'enrégimentation dans la santé publique. Nous n'insistons pas sur ce point ; il nous suffit de faire appel aux sentiments intimes de chacun de vous ; mais il nous semble qu'il y a une atteinte profonde à la dignité de nos fonctions médicales dans la présence de cet intermédiaire administratif étranger à la médecine, qui à tous moments a droit de contrôle sur la pratique de ses médecins, c'est-à-dire ce qui échappe le plus au contrôle.

Eh bien! cette idée n'est pas neuve, et vous allez juger si l'un des fondateurs a dû chercher longtemps pour devenir *auteur du projet*, comme il s'intitule sur le prospectus.

En effet, messieurs, on a déjà tenté bien des fois de mettre en pratique l'idée d'appliquer l'assistance médicale par entreprise ; mais, jusqu'à ce moment, on n'a pu arriver même à un commencement d'exécution, bien que plusieurs de ces projets fussent patronés par des noms honorables et justement respectés.

Dès l'année 1771, on lançait dans Paris un prospectus portant pour titre : *Abonnement économique en faveur des malades.*

Mais l'auteur du projet y renonça sur une démarche de la Faculté, dont nous aurons à vous entretenir.

En 1826, une création de cette nature avait réuni des hommes tels que Marjolin, Cloquet, Lisfranc, etc., et pourtant elle n'a pas fonctionné (voir une brochure intitulée : *Société d'abonnement médical pour le traitement des maladies dans le département de la Seine.* — Paris, Firmin Didot, in-8° de 16 pages).

Peu de temps après, on essayait de fonder un *Cercle médico-chirurgical de Paris*, dont le siége était rue Vivienne, n° 17, et qui devait donner par abonnement des consultations à domicile et des consultations permanentes, de huit heures du matin à quatre heures du soir ; ce projet n'a pas eu de suite.

Une autre tentative du même genre fut faite vers 1832 sans plus de succès. Je crois que c'est à cette Société que M. Velpeau, d'après ce qu'il m'a dit, avait été attaché sans avoir été consulté.

En 1844, on publiait à Niort, imprimerie de Robin, une brochure in-8° de 15 pages, sous ce titre : *De l'utilité d'un abonnement sanitaire, avantages qu'il procurerait aux classes ouvrières, proposition à ce sujet faite aux habitants de Mauzé par le docteur Morisset.* On peut voir encore, au premier étage d'une maison de la rue de l'Arbre-Sec, un tableau de bois peint portant : *L'Hygie, Société générale d'assurance contre les maladies, Paris et Banlieue.* La cotisation annuelle était d'une douzaine de francs. Cette entreprise de guérison est morte avant d'être née.

Nous connaissons encore un travail du citoyen Royer, intitulé : *Bienfaisance médicale*, etc. ; Provins ; Lebeau, an IX ; in-8° de 19 pages ; un *Conservatoire de santé proposé au public et à ses collègues par Daignan* ; Paris, an X, in-8° de 20 pages.......

Chacun de nous a pu lire, dans le journal *la République* du 4 mai 1851, *la liste des associations* OUVRIÈRES *dont les statuts ont été examinés dans les bureaux de la République* ; à son ordre alphabétique, on trouve une association de *médecins pharmaciens*, rue Montmartre, 20.

Nous en passons et des meilleures! Mais nous ne pouvons nous dispenser de vous donner connaissance d'une tentative qui a échoué comme les précédentes, mais qui mérite de renaître au moins pour une soirée, en considération de l'originalité de son plan et du style pittoresque de son prospectus.

L'article n'est pas très long, et nous n'osons pas le mutiler.

« Douze médecins, douze chirurgiens et douze apothicaires viennent de se réunir pour former un établissement *hippocratique* et

» dotal; ils s'engagent, par leur prospectus, à *guérir les hommes » et à marier les filles.* Pour participer à ces avantages, chaque père » de famille sera tenu de donner à l'établissement 1 franc 5 c. par » semaine. Au moyen de cette contribution, on s'engage à le *pré- » server, lui, sa femme et ses enfants*, de toute peste, contagion, » fièvre, ulcère, pleurésie, phthisie, pulmonie, paralysie, hydropi- » sie, apoplexie, hémoptysie, cachexie, cardialgie, hémorrhagie, » odontalgie, boulinie, cacochymie, céphalalgie, ophthalmie, hydro- » phobie, épilepsie, péripneumonie, asthme, goutte, toux, rhuma- » tisme, rachitisme, sciatique, néphrétique, tennesifique, etc. » (Nous supposons que ce dernier mot fait allusion au ténia, mais nous ne sommes pas de force à l'affirmer.)

« Durant la maladie du père de famille, il recevra, outre les vi- » sites, récipes, ordonnances, consultations, remèdes, médicaments, » deux francs par jour.

» Lorsque le nombre des abonnés sera porté à 10,000, les » pères de famille donneront le nom de leurs filles nubiles, et tous » les ans, sur la totalité, on en mariera 24, à raison de 2 par mu- » nicipalité; lorsque le nombre des abonnés sera de 20,000, on » mariera 48 filles, et chacune aura 500 francs de dot.

» Il faut s'adresser à M. Cavalier Monet, directeur de l'établisse- » ment, rue de la Jussienne, n° 4. »

C'est au tact investigateur de notre confrère Tessercau que nous devons rapporter l'honneur d'avoir exhumé ce curieux document, qu'on peut lire; tout émaillé qu'il est de nombreuses et grossières fautes d'orthographe, dans les *Petites-Affiches* de germinal de la 13e année de la République française, correspondant à 1805.

Voilà bien des projets, les uns sérieux, les autres bouffons, et qui ont tous échoué à l'unisson. Cependant les inventeurs ne se sont pas tenus pour battus. On peut bien après avoir découvert la faculté d'éclairage que possède le gaz hydrogène, la puissance motrice développée par l'expansion de la vapeur, s'en tenir là, et laisser à une nation amie l'honneur de l'application pratique; mais des idées comme celles que nous discutons, on ne les abandonne pas, c'est comme la découverte de la quadrature du cercle qui revient à chaque printemps.

Ainsi, on distribuait naguère à Paris le prospectus d'une *Association générale de Prévoyance et de secours mutuels en cas de maladies, blessures, infirmités, pour toutes les communes de France*, sous le titre de l'HUMANITÉ. Nous trouvons dans son conseil d'administration, dont le président honoraire est M. Piorry, et l'un des vice-présidents M. Amédée Latour (1), un autre professeur de la Faculté et des noms de confrères très honorables.

Cette Société, comme la *Providence médicale*, aspire à couvrir la France entière du vaste réseau de sa bienfaisance; les deux institutions ont de nombreux points de contact. Toutefois l'Humanité fournit les médicaments et accorde des secours de maladie et de convalescence, dont l'importance est en proportion des cotisations, variables de 7 fr. 50 c. à 20 fr. 50 c. par an.

Voyons donc maintenant de quelle manière la PROVIDENCE MÉDICALE a utilisé les essais de ses devanciers, et cherchons à apprécier les conditions essentielles de sa constitution.

Ici, messieurs, si ce rapport n'avait pas autant d'étendue, nous aurions voulu jeter un coup d'œil rapide sur l'ensemble des ressources médicales que Paris offre aux malades de toutes les classes, et vérifier si effectivement l'institution projetée vient combler une lacune; car, nous l'avouerons, le principal motif qu'on invoque, cette crainte des malades d'appeler le médecin sans pouvoir le payer, me touche peu, parce que je n'y crois pas, et je ne sache pas que nos clients d'aucune classe se tiennent pour déshonorés quand ils ne nous honorent point.

Les directeurs déclarant qu'ils s'appuyent sur des faits et des calculs positifs, nous espérions en trouver au moins un résumé qui aurait pu nous éclairer sur les chances d'avenir; mais le prospectus se borne à l'allégation de bonnes intentions, que nous ne révoquons pas en doute, mais qui ne suffisent pas pour commander notre conviction.

En l'absence de faits et de renseignements pratiques, nous avons été obligés d'en recueillir nous-mêmes, et nous sommes arrivés à reconnaître que la nouvelle institution ne procurerait pas à la classe à laquelle elle s'adresse les avantages qu'elle lui promet.

Nous laissons de côté la condition de bonne santé actuelle exigée pour l'admission et les conflits qu'elle peut soulever.

La Providence demande 5 francs par an et par personne pour inscrire un abonné. Nous ne comprendrions pas que, si le principe est bon, un chef de famille s'assurât sans assurer en même temps sa femme et ses enfants. Donc si nous admettons une famille composée du père, de la mère et de deux ou trois enfants, c'est 20 ou 25 francs par an pour la seule dépense du médecin; mais il y a un grand nombre de familles qui, pour reconnaître les soins médicaux, ne dépensent pas cela; et vous vous souvenez que cette somme est payable d'avance, en une fois, en vue d'une éventualité qui peut ne pas se réaliser, et que si la maladie survient il faut payer comptant les médicaments. Le succès de l'œuvre repose donc sur un sentiment de prévoyance qu'il serait à souhaiter de rencontrer dans nos populations, mais qui malheureusement est peu général.

C'est ici le cas de répéter ce résultat important obtenu par l'un des hommes qui se sont le plus occupés des sociétés mutuelles. Au sein de la *Société philanthropique de Paris*, leur patronne avouée, reconnue, depuis sa fondation, M. Descamp, opérant sur les états de ces sociétés depuis leur création moderne (car elles paraissent avoir été connues des anciens, et il en existe aujourd'hui qui datent du dix-septième siècle, et leur nombre s'élève à Paris à près de 300) (2), a trouvé que la *moyenne* des journées *de maladie* ne *s'élevait pas à cinq par an par personne.*

Appliquant cette observation à la clientèle aisée, vos commissaires ont reconnu qu'un certain nombre de clients riches, dans un laps de temps de plusieurs années, n'avait pas fourni en moyenne beaucoup plus que ce chiffre, et l'un d'eux a cité l'exemple d'une famille qui compte trois enfants et qui jouit d'au moins 25 mille francs de rente, mais dans laquelle on *regarde aux visites*, comme on dit. Il en est le médecin depuis 1823. Le père, la grand'mère et une domestique sont morts, et dans ce long espace de temps il n'a pas fait en moyenne plus de dix visites par an. Il est probable que, si chacun de nous faisaient un relevé pareil sur l'ensemble de la clientèle, il obtiendrait un résultat qui ne différerait pas beaucoup de celui-là.

Les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent, jusqu'à un certain point, faire avec les 100 ou 150 familles qui composent leurs divisions un compte analogue, et ils verront qu'en moyenne chaque individu est loin d'avoir cinq journées de maladie par an. Donc ce prix de 5 francs par personne, payé obligatoirement, n'est pas pour l'abonné un avantage aussi grand qu'on pourrait le croire; car ce prix, c'est 1,000 francs pour 40 ou 50 familles, par conséquent 2,000 fr. pour 80 ou 100 familles. Souvenons-nous de nos débuts dans la pratique, et demandons à nos jeunes confrères si alors qu'ils ont atteint ce nombre de clients (dans cette classe bien entendu), leur recette s'élevait beaucoup au-dessus du chiffre que j'indique.

Donc l'abonné, en général, ne trouvera pas de diminution dans sa dépense ordinaire.

Voyons si au moins le médecin sera mieux partagé. Une première condition nous frappe, c'est la liberté de l'abonné de choisir son médecin parmi ceux de l'arrondissement. Il en résulte que le docteur qui sera plus en évidence que les autres, celui dont la réputation sera plus répandue, plus populaire, sera plus recherché, partant plus occupé, surchargé peut-être, et que le jeune médecin inconnu sera délaissé. Cependant au grand jour de la rémunération ils toucheront l'un et l'autre une somme égale, car l'administration croyant apparemment ne pas pouvoir s'en rapporter à la déclaration de ses médecins sur le nombre de leurs visites, ce qui l'eût mis à même de les payer proportionnellement, n'a rien imaginé de mieux que d'établir l'*égalité de salaire*. C'est, comme on le voit, une prime offerte à la négligence, puisque le médecin n'a intérêt ni à multiplier ses soins, ni à satisfaire l'abonné.

L'inconvénient que nous signalons est grand; car dans le succès gigantesque que rêvent les auteurs du projet, ils n'hésitent pas à croire qu'ils seront promptement en mesure de donner deux, trois, quatre mille francs par an et plus à leurs médecins. Or vous comprenez quelle surcharge énorme pourrait résulter pour plusieurs d'entre eux, si la majorité des abonnés nécessaires pour atteindre ce chiffre se concentrait par groupes sur un petit nombre de praticiens.

Et pourtant il doit presque nécessairement en être ainsi, car une partie des abonnés se recrutera entre eux, et ils s'indiqueront tout naturellement le médecin qu'ils auront choisi pour eux-mêmes.

Sur notre observation, M. Lagrue nous a dit avoir modifié les statuts, en ce sens que si un médecin plus recherché que les autres réclamait, l'administration se réservait le droit d'intervenir pour limiter le nombre des consultations. Cercle vicieux, comme tous les mauvais principes. Un des avantages qu'on fait sonner très haut, c'est la liberté du choix laissé au malade, et par la force des choses on est obligé de la restreindre.

Mais il y a plus, nous avons prouvé que la famille dépenserait autant qu'elle fait aujourd'hui; mais aujourd'hui, au moins, ce qu'elle dépense entre dans la bourse du médecin et en proportion de son travail; dans le système de la *Providence médicale*, non-seulement cette récompense n'est plus proportionnelle, mais cette rémunération si juste et si modeste est réduite à 65 pour 100, car l'administration (directeur et inspecteur) retient pour elle 20 pour 100, dont elle ne rend aucun compte, et elle prélève encore 15 pour 100 pour opérations extraordinaires et les cas imprévus. On peut donc dire que c'est une réduction d'un tiers sur le prix déjà si minime des visites de cette nature. Des renseignements ultérieurs nous ont appris que ces 15 pour 100 avaient reçu une attribution spéciale : 7 pour 100 pour les sages-femmes, 3 pour cent pour les dentistes, et 5 pour 100 pour les opérations chirurgicales et les cas imprévus.

Quant à la province, les bienfaits de la *Providence médicale* nous paraissent encore plus mal assurés. Dans les campagnes le prix annuel d'abonnement est inférieur au prix qu'on paye aujourd'hui pour une seule visite dans les villages qui n'ont pas de médecin; et des confrères qui pratiquent ou ont pratiqué la médecine rurale ont trouvé le projet complétement impraticable, surtout à cause de la liberté laissée à l'abonné de choisir le médecin.

Nous pourrions borner ici notre appréciation, mais nous croyons devoir la compléter en vous disant quelques mots des attributions et des droits de l'administration.

L'administration et on peut dire l'institution tout entière reposent exclusivement sur deux têtes, le directeur général et l'inspecteur général. Le conseil d'administration, d'après le rang subalterne que lui assignent les statuts, semble être une pure création de luxe administratif; car ce conseil, nous vous l'avons dit, « statue » sur les *questions qui lui sont soumises par les deux personnes ci- » dessus désignées et il n'a pas à s'immiscer autrement dans la » gestion.* » (Nous copions textuellement l'article 18.)

Nous avons dit que le vœu des fondateurs était que la première nomination des membres de ce conseil fût effectuée par les maires de Paris, mais on ne dit pas comment on suppléerait à leur refus s'il avait lieu.

Enfin, nous trouvons bien un conseil qui jugera les contestations entre médecins, pharmaciens et abonnés, mais un conseil qui juge les contestations entre le médecin et l'administration nous n'en trouvons nulle part.

Des modifications ultérieures des statuts font entrer trois médecins et trois pharmaciens dans le conseil de surveillance.

Disons le mot : il y a dans tout ce projet à l'endroit des médecins un parfum dictatorial qui nous effraye; les médecins sont placés, soit par rapport à l'administration, soit par rapport à l'abonné, dans une position secondaire et dépendante qui nous blesse profondément; et nous, qui n'accepterions pas cette condition même au prix des plus grands avantages, nous ne conseillerons pas à nos confrères d'y souscrire pour le chétif profit et le faible honneur qu'ils en devront retirer. En ce qui nous concerne, il est des inconvénients secondaires qui suffiraient pour nous faire refuser notre adhésion.... Ce nom que vous aurez livré à l'institution projetée, il ne vous appartient plus; des prospectus nombreux très certainement, des affiches peut-être, vont apprendre à toute la France la création nouvelle et donneront les noms, les *adresses sans doute* des médecins coopérateurs; en songeant que vous ne permettez pas au jeune médecin de mettre à son habitation un signe extérieur qui lui ferait trouver plus tôt son premier client, je me demande si cette propagande est de meilleur aloi; je sais bien ce qu'on me répondra, je me le suis dit : les noms les plus honorables, ceux qui font et feront la gloire et l'honneur de notre profession se lisent tous les jours au bas de prospectus annonçant des préparations plus ou moins exotiques ou excentriques, le *café d'Arabie* ou le *racahout des Arabes;* mais cela ne prouve pas que la chose soit bonne en soi; cela montre seulement que, même chez les hommes les plus éminents, tout peut n'être pas irréprochable; on a dit, il y a longtemps, qu'on avait trouvé des taches dans le soleil.

Qu'auraient dit nos anciens, messieurs, nos ancêtres dans la profession, ces vénérables docteurs régents de la Faculté de médecine de Paris, dont plusieurs d'entre nous ont encore connu de respectables survivants, en présence de ces enrôlements de médecins sous une bannière administrative? Ce qu'ils diraient, messieurs, je puis vous le rappeler et vous l'apprendre en vous lisant une véritable proclamation médicale qui doit entrer comme pièce dans la cause que vous êtes appelés à juger :

Décret de la Faculté de médecine de Paris.

« Le samedi 19 octobre 1771, la Faculté de médecine, ayant eu connaissance d'un *prospectus* portant pour titre : *Abonnement économique en faveur des malades*, lequel a été imprimé et distribué dans Paris depuis quelques jours, a formellement improuvé cet écrit et décidé que M. le doyen se transporterait par-devant M. le lieutenant-général de police pour le prier d'en arrêter la distribution. La Compagnie ignore et n'a pas même voulu connaître les auteurs de l'abonnement proposé dans cet imprimé; elle avertit le public que le projet n'aura point d'exécution; et, comme le motif que l'on annonce est celui de mettre à la portée des secours les plus essentiels en cas de maladie ceux que leur peu d'aisance empêche souvent d'y recourir, la Faculté se fait un devoir et un plaisir d'assurer de nouveau qu'outre les consultations gratuites qui se donnent régulièrement à ses écoles, ses membres seront toujours disposés à se transporter indifféremment chez les citoyens de toutes classes dont le traitement exigera d'être suivi et que l'exactitude de leurs soins ne sera jamais proportionnée qu'à l'état des malades qui les appelleront, loin d'être déterminée par la façon dont ils pourraient les reconnaître.

» Elle a jugé aussi qu'il était indispensable que son décret fût imprimé, affiché et annoncé dans les papiers publics et que la distribution s'en fît dans la capitale sous le bon plaisir du magistrat. Et c'est ainsi que du sentiment unanime de tous les docteurs présents à l'assemblée, j'ai conclu.

L.-P.-F.-R. LE THIEULLIER, doyen (1). »

(Imprimerie de Quillau (2). — *In-folio plano.*)

Terminons, messieurs, par un dernier coup d'œil sur l'ensemble des *statuts*. Pour des transactions aussi épineuses que celles que prétend régler la *Providence*, les termes auraient dû présenter une précision, les articles auraient dû être admis avec une sobriété qu'on est loin de rencontrer.

Des détails d'exécution comme visa et paraphes, la forme et la teneur des cartes d'abonnement, etc., etc., qui devaient tout au plus figurer dans des articles réglementaires, figurent dans les *statuts*, qui sont, en général, rédigés avec une inexpérience du langage administratif qui les rend fort obscurs et qui peut faire craindre une inexpérience analogue des choses administratives.

Vous nous ferez, messieurs, l'honneur de croire que votre commission a jugé la question qu'elle avait à étudier en toute indépendance et dégagée de toute influence quelconque; cependant, depuis la clôture de ses séances, votre rapporteur a eu connaissance d'un fait qui vient appuyer les résolutions qu'il vous propose et il croit devoir vous le faire connaître.

M. le professeur Dubois ayant reçu, en sa qualité de président de la Société médicale du XIe arrondissement, le prospectus de la *Providence médicale*, crut devoir le soumettre à cette Société, qui a rendu ce qu'en style du palais on appelle une *ordonnance de non-lieu*, et elle a décidé qu'il ne serait pas même écrit aux intéressés pour leur faire connaître sa décision.

Peut-être devrions-nous nous excuser de la longueur de ce rapport; mais cette question de médecine par entreprise a été agitée tant de fois que nous avons dû la traiter un peu à fond; tout en nous restreignant beaucoup dans nos objections; et puis il nous a paru qu'il fallait insister davantage sur cette étude lorsqu'il s'agissait de l'*association*, ce principe fécond si on l'applique avec opportunité, mais qu'il ne faut pas compromettre en l'appliquant aux matières auxquelles, dans l'état actuel de nos mœurs et de nos habitudes, il nous semble qu'il n'est pas applicable.

Nous vous proposons donc de répondre à M. le maire :

1° Que des projets analogues à celui de MM. Lesèble et Lagrue ont plusieurs fois été formés avec autant de chances de succès que puissent en avoir des tentatives de ce genre et sous le patronage de noms célèbres et honorés, et qu'ils n'ont pu être mis à exécution;

2° Que le projet de la *Providence médicale* n'ouvre aucune voie nouvelle qui lui garantisse un avenir meilleur, et qu'on ne fait connaître aucune des données statistiques ou expérimentales d'après lesquelles on espère l'obtenir;

3° Que les modifications même apportées tout récemment dans les statuts et qui ne sont pas encore rendues publiques, relativement aux accouchements, aux bains, à la composition du conseil de surveillance, sur de simples objections faites dans des conversations, etc., montrent que ce projet n'a pas été élaboré avec une maturité suffisante;

4° Que les avantages économiques promis à la classe pour laquelle l'institution semble essentiellement créée nous paraissent très douteux et achetés au prix de sacrifices au moins équivalents;

5° Enfin, que le projet doit être considéré comme une entreprise dans laquelle deux personnes veulent utiliser leur activité et leur intelligence, mais qu'il n'offre jusqu'à présent rien de ce qui constitue une grande institution d'utilité publique, et qu'il est prudent de ne pas engager sa responsabilité en patronant une œuvre contre le principe de laquelle l'expérience s'est déjà prononcée plusieurs fois et qui n'a pas encore reçu la consécration d'une expérience nouvelle.

Les membres de la commission :

PILLON, GODART, J.-F. PAYEN, rapporteur.

La Société, dans sa séance du 11 juin 1851, a approuvé le rapport; et elle en adopté les conclusions.

Pour copie conforme : DOP, président.

---

(1) Je remarque d'autant plus le nom de l'honorable rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, qu'il a inséré dans son journal un article favorable à cette fondation, et qu'il juge qu'elle a évité dans ses statuts les écueils des précédentes tentatives. L'auteur promettait un autre article plus spécial sur la *Société de l'Humanité*. Je regrette vivement qu'il ne l'ait pas publié avant la rédaction de ce rapport, peut-être aurait-il modifié les convictions de votre commission, et dans tous les cas il aurait certainement fourni à votre rapporteur des appréciations dont son travail se serait enrichi.

(2) Disons ici, par occasion : c'est encore de la bienfaisance publique que, sous le rapport de ces sociétés mutuelles, nous sommes bien loin et bien au-dessous de la Grande-Bretagne, qui compte aujourd'hui pour les trois royaumes 33,223 sociétés d'amis, comme on les appelle (Friendly societies), et 3 millions 52 mille adhérents, possédant ensemble un revenu de 128 millions, et un capital accumulé de 280 millions.

(1) Louis-Pierre Félix, docteur en 1752, deux fois doyen, conseiller médecin du roi en son grand conseil.

(2) A ce nom de Quillau, je ne puis, messieurs, maîtriser une certaine émotion; c'est chez ce même imprimeur qu'avait été publié un mémoire contre la patente des médecins rédigé par l'ancienne Faculté de médecine et dont j'ai eu un jour la malencontreuse pensée d'entretenir les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*.

Un spirituel journaliste, dont j'ai tout à l'heure prononcé le nom sans amertume, m'en a fait cruellement repentir. Il m'a flagellé d'une manière impitoyable, et à l'occasion de cette intempérance d'érudition j'ai été flétri de l'épithète de...... *savantasse !*

Aujourd'hui encore, messieurs, je fais une revue rétrospective et j'ai le malheur de me trouver en contradiction avec le confrère auquel je fais allusion, puisqu'il patrone de son nom et de sa plume une œuvre qui, dans son principe, offre au moins quelque analogie avec celle-ci. Vous comprenez, messieurs, combien j'ai besoin d'être rassuré par votre vote.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juin 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Élections annuelles.

La Société procède aux élections annuelles des membres de son bureau.

Sont nommés :
Président, M. LARREY ;
Vice-président, M. GUERSANT;
Secrétaire, M. DEMARQUAY ;
Vice-secrétaire, M. GIRALDÈS.

M. Giraldès n'ayant pas accepté les fonctions auxquelles le vote de la Société venait de l'appeler, il est procédé à un second tour de scrutin pour la place de vice-secrétaire, et M. Marjolin réunit la majorité des suffrages.

M. Debout est élu trésorier, et MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin sont réélus membres du comité de publication.

Mensuration de l'épaisseur du périnée et de la paroi hypogastrique dans l'opération de la taille. (Rapport.)

M. GUERSANT. Tel est l'objet d'un travail qui vous a été adressé par M. Cazenave, de Bordeaux, et dont MM. Michon, Chassaignac et moi avons été chargés de vous rendre compte.

Pour établir les avantages de la connaissance préalable de l'épaisseur du périnée, l'auteur cite six cas où l'opération de la taille fut entravée par l'épaisseur insolite du plancher du bassin. Ces faits sont empruntés à Dupuytren, à Guérin, de Bordeaux, à M. Ricord, et enfin à sa propre pratique.

Mais, dit M. Guersant, s'il est vrai que l'épaisseur considérable du périnée ou de la paroi hypogastrique ajoute aux difficultés de la taille, en quoi l'appréciation exacte de l'épaisseur des tissus apportera-t-elle plus de facilité à l'opération ? Cette donnée, si précise, sera-t-elle un guide plus sûr que la notion approximative déduite de l'embonpoint ou de la complexion musculaire du sujet? C'est l'opinion de M. Cazenave; mais la commission ne la saurait partager, et elle oppose à M. Cazenave un fait bien capable d'ébranler sa confiance, puisque dans ce cas, malgré la mensuration du périnée, il ne put lui-même pénétrer dans la vessie. Le but que le chirurgien de Bordeaux avait en vue n'offre donc pas une utilité réelle. La commission se plaît d'ailleurs à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les instruments de mensuration qu'il a imaginés; elle regrette que tout ce travail, qui pèche ainsi par sa base, n'ait point une valeur qui permette d'accorder à son auteur le titre de membre correspondant; elle regrette de borner ses conclusions à proposer d'adresser des remercîments à M. Cazenave pour son mémoire et pour ceux dont il a déjà fait hommage à la Société de Chirurgie. (Adopté.)

Luxation du pouce.

M. DEMARQUAY donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur la luxation du pouce en arrière et sur le procédé qu'il convient d'employer pour la réduire*, suivi d'une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du second métacarpien en dedans.

Après avoir rappelé d'une manière rapide les recherches qui ont été entreprises sur ce sujet et les difficultés souvent fort grandes que le chirurgien éprouve à réduire ces luxations; notre collègue rapporte qu'ayant été appelé pour un cas de ce genre, il ne put parvenir à replacer l'os luxé, bien que des tentatives nombreuses aient été faites à l'aide de la pince de M. Charrière, or ce que M. Demarquay n'avait pu faire, M. Roux l'obtint facilement en imprimant certains mouvements de rotation dont il sera parlé plus loin. Frappé de ce fait, notre collègue s'est livré à des expériences sur le cadavre; il a constaté, avec MM. Vidal, Pailloux, Malgaigne et Biéchy, que dans la luxation du pouce en arrière la tête du métacarpien passe en avant, se plaçant le plus souvent entre les deux faisceaux du court fléchisseur, dont quelquefois la partie externe est un peu déchirée; il résulte aussi de ces expériences que le ligament latéral externe est toujours arraché quand la luxation est complète; quelquefois le ligament latéral interne a subi le même sort. Il résulte de ce fait que la théorie de Dupuytren et de Hey, sur la difficulté que l'on éprouve à réduire et qui tiendrait à la présence des ligaments, est hypothétique; quant à l'interposition du ligament antérieur entre les deux surfaces articulaires, M. Demarquay ne l'a pas rencontrée une seule fois sur 15 à 20 expériences qu'il a faites, et suivant lui, cette interposition, eût-elle lieu, ne serait point une cause d'irréductibilité. Voici, suivant lui, la difficulté qu'il faut vaincre pour ramener les surfaces articulaires au point de contact. La tête du premier métacarpien, en se luxant en avant, se trouve placée entre plusieurs muscles qui forment une boutonnière fort résistante; en dehors, on trouve le court abducteur, la portion externe du court fléchisseur; en dedans, la portion interne du même muscle, l'adducteur transverse et le tendon du long fléchisseur propre du pouce. Lorsque l'on tire sur le pouce, cette boutonnière se serre en étranglant la tête de l'os et empêche ainsi la réduction. Les procédés opératoires qu'on a proposés pour réduire cette luxation ont réussi quelquefois; mais, comme ils ne sont pas infaillibles, on a eu la pensée d'inciser la partie externe de la boutonnière; MM. Malgaigne et Biéchy ont fait cette proposition, l'un en intéressant la peau et les muscles, l'autre en intéressant les muscles seulement, en agissant par la méthode sous-cutanée. Suivant M. Demarquay, on peut vaincre la résistance que présente la boutonnière en agissant de la manière suivante : la main du malade étant placée entre la pronation et la supination, le chirurgien saisit avec la pince à réduction de M. Charrière l'organe luxé, et exerce de douces tractions en suivant l'axe du pouce et du métacarpien déplacés avec sa main gauche, dont le pouce est appliqué sur l'extrémité du métacarpien faisant saillie dans l'éminence thénard et repousse en arrière la tête de ce dernier os. Après avoir exercé une certaine traction, il imprime au pouce un mouvement de rotation en dedans par lequel il dégage l'extrémité du métacarpien; puis, continuant les tractions, il fléchit le pouce et réduit de la sorte.

Voici d'ailleurs les conclusions du mémoire :

Pour obtenir la réduction de la luxation du pouce, il faut :

1° Exercer une traction suffisante sur la partie luxée en suivant l'axe du pouce ;

2° Repousser avec le pouce de la main gauche la tête du métacarpien en arrière et le maintenir fortement afin que dans le mouvement de la flexion il ne se porte point davantage dans la paume de la main en fuyant devant la partie postérieure de la première phalange;

3° Quand l'extension est suffisamment faite, imprimer un mouvement de rotation de dehors en dedans de manière à dégager la tête du métacarpien de la portion musculaire qui étrangle;

4° Ce temps étant accompli, continuer les tractions jusqu'à ce que la partie postérieure de la première phalange soit arrivée au niveau de la tête du métacarpien; fléchir alors, en même temps que du pouce de la main gauche on repousse en arrière la partie déplacée du premier métacarpien.

Ce moyen n'est sans doute pas infaillible, mais il est rationnel et se déduit très bien des notions anatomiques.

M. Demarquay termine son mémoire en rapportant une observation de luxation incomplète de l'extrémité postérieure du premier métacarpien en haut et en dedans sur la partie postérieure du trapézoïde et du second métacarpien.

Névromes de l'avant-bras.

M. ROBERT. Une femme avait une série de tumeurs très douloureuses à la face antérieure de l'avant-bras, notamment sur le trajet de l'artère radiale. J'ai enlevé ce chapelet de névromes qui siégeaient dans une des branches du musculo-cutané. La production anormale occupe le centre du nerf, dont les fibres sont distribuées autour de la tumeur dont elles forment la coque; d'autres tumeurs sont traversées par une partie du cordon nerveux. M. Robin, qui a examiné la texture de ces tumeurs, les a trouvées composées de canalicules nerveux entourés de tissu fibreux.

Depuis l'opération, les autres névromes de l'avant-bras, auxquels je n'ai pas touché, ont cessé d'être douloureux; je ne sais si ils reviendront; l'ablation n'en serait indiquée que dans cette hypothèse; j'attendrai.

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle le cas de névromes multiples qu'il a présentés antérieurement à la Société, et dont il avait soigneusement étudié la texture de concert avec MM. Lebert et Robin. Il fait remarquer que l'éparpillement des fibres nerveuses autour de la tumeur a été très bien indiqué par M. Velpeau, qui a donné une idée de cette disposition en la comparant très heureusement à celles des côtes d'une bourriche longue qui sont bombées au centre et convergentes aux extrémités.

Hernie obturatrice.

M. CHASSAIGNAC présente un cas de hernie sous-pubienne, dont il donnera l'observation dans une prochaine séance.

Paralysie traumatique de l'avant-bras.

M. MAISONNEUVE présente une femme qui a eu tous les muscles de l'avant-bras paralysés du mouvement et du sentiment à la suite d'une chute de sa hauteur.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

CORRESPONDANCE.

Pour ne pas trop éloigner la lettre suivante de la publication du mémoire de M. Dezautière, nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro les détails que nous avons à publier sur le concours.

Mon cher confrère,

La physiologie expérimentale a fait trop de progrès pour qu'aujourd'hui il soit permis de vouloir infirmer des faits avérés à l'aide de théories plus ou moins spécieuses. Notre honoré confrère M. Dezautière ne se serait pas donné la peine ingrate d'imaginer une nouvelle théorie de la vision, s'il avait auparavant répété une expérience très facile indiquée d'abord par M. Magendie, et que je viens de réitérer encore ce matin. Dans les yeux d'animaux leucotiques ou albinos, l'image des objets extérieurs peinte sur la rétine peut être facilement vue par l'observateur, à cause de la semi-transparence de la sclérotique fort mince et de l'absence du pigment de la choroïde. Cette image *est évidemment renversée*, comme on peut s'en assurer en plaçant le globe oculaire, extrait de son orbite, en face de la flamme d'une bougie ou d'une fenêtre. Dès que M. Dezautière nie l'existence de l'image renversée, la théorie tombe à plat. J'en appelle au tribunal des physiologistes expérimentateurs, et surtout à l'autorité de MM. Magendie et Longet, que je prie instamment de prendre la parole dans vos colonnes, afin d'empêcher une erreur aussi matérielle de se glisser dans la science.

Agréez, etc. SICHEL, D.-M.

28 juin 1851.

Le choléra aux portes de Paris.

Quelle nouvelle sinistre a retenti à nos oreilles! Le choléra est aux portes de Paris, et aux portes est ici l'expression exacte puisqu'il se présente déjà à la barrière d'Italie. Ne vous effrayez pas trop cependant, attendu que la nouvelle nous vient de Bicêtre, et que d'ailleurs l'affreux fléau se présente cette fois avec un caractère beaucoup plus traitable que celui auquel il nous a accoutumés. Lisez plutôt la lettre suivante insérée hier dans le journal la *Presse* à la suite des annonces des trains de plaisir.

« Monsieur le Rédacteur,

» Une épidémie de choléra vient de se déclarer depuis le 25 de ce mois dans l'hospice de la vieillesse (hommes). Déjà vingt cas se sont présentés dans l'espace de trois jours; mais jusqu'à présent aucun d'eux ne s'est terminé d'une manière funeste. Toutefois les symptômes rappellent complétement ceux des épidémies déjà observées.

» Ainsi, après quelques jours pendant lesquels existe une diarrhée toujours très intense, ou bien, tout à coup, les malades sont pris de vomissements et de selles blanchâtres, de refroidissement général avec cyanose légère des extrémités; les yeux s'enfoncent dans l'orbite, la voix s'affaiblit et s'éteint plus ou moins, enfin des crampes douloureuses, une soif ardente et la suppression des urines complètent le tableau exact de l'affection cholérique.

» Sous l'influence du traitement énergique que j'ai mis en usage dans tous les cas, jusqu'ici je suis arrivé à obtenir une prompte et franche réaction qui, dirigée et maîtrisée, amenait assez rapidement le malade à la convalescence.

» Aussitôt que l'apparition de l'épidémie a été pour moi certaine, je me suis entendu avec l'autorité supérieure pour faire modifier le régime des malades, et je suis heureux de proclamer les vives sympathies que j'ai rencontrées auprès du directeur-général, M. Davesne. Malheureusement les limites un peu rigoureuses du budget des hôpitaux n'ont pas permis à l'administration de l'assistance publique de faire dans la question du régime alimentaire tout ce qu'elle aurait si ardemment désiré accomplir pour mettre les vieillards dans les meilleures conditions de résistance vitale à la cause épidémique.

» Il y a lieu d'espérer encore que la maladie, concentrée jusqu'à présent dans cet établissement (car aucun cas n'a été signalé, que je sache, dans les hôpitaux de Paris), ne prendra pas plus de développement ni de gravité; mais si par malheur il en était autrement, l'administration, si bienveillante pour ses administrés, obtiendrait certainement du conseil municipal les moyens d'opérer les améliorations que j'ai demandées, et, dans ce but, je l'aiderai de tous mes efforts.

» Agréez, etc.

PELLETAN,
» Médecin en chef des infirmeries de l'hospice de la Vieillesse. (H.)

» 28 juin 1851. »

Vingt cas en trois jours, et pas un seul mort! Avouez que le nouveau choléra est bon prince. Je sais bien que M. Pelletan a soin d'informer le public qu'il a mis en usage un traitement énergique, et qu'il est déjà arrivé à pouvoir conclure, quoique l'épidémie date de trois jours seulement, que la réaction franche obtenue par ses soins « *amenait* ASSEZ rapidement le malade à la convalescence. » Assez rapidement! M. Pelletan est trop modeste, assurément; car pour employer le mot *amenait*, comme s'il s'agissait d'un événement bien et depuis longtemps accompli, il faut sans doute que la convalescence de tous ses malades soit solidement confirmée.

Pourquoi M. Pelletan n'a-t-il pas imaginé son traitement énergique en 1849! nous n'aurions pas eu tant de morts à déplorer dans cet asile! A moins cependant que le choléra de 1851, comme nous le disions en commençant, ne se soit enfin humanisé, cas auquel nous proposons de lui donner le nom de choléra-Pelletan, afin d'éterniser la date de cette heureuse découverte et d'immortaliser le nom du savant médecin à qui la science en sera redevable.

H. de Castelnau.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 2 JUILLET 1851.

Séances des Académies.

A voir les allures franches et indépendantes de M. Cazeaux, sa dialectique incisive, la facilité (très permise, sinon très opportune) avec lequel il a fait comparaître son ancien maître, M. P. Dubois, devant le tribunal académique, pour l'y soumettre à une décharge prolongée d'arguments plus ou moins vifs, nous avions supposé que ce jeune et intelligent académicien n'avait point de répugnance pour la critique, et même qu'il n'était pas sans quelque amour pour elle. Nous serions-nous trompé. Les reproches que nous lui avons adressés à propos de son rapport, quelque tempérés qu'ils aient été par des éloges, bien mérités d'ailleurs, ces reproches n'ont pas trouvé dans M. Cazeaux tout le stoïcisme auquel nous avions dû nous attendre. Nous en avons éprouvé un véritable regret; car, si nous tenons (et nous y tenons très sincèrement) à l'affectueuse estime de M. Cazeaux, nous ne tenons pas moins à conserver toutes les franchises de notre métier et à en user en conscience; or, nous craignons bien de trouver plus d'une fois encore l'occasion de mêler quelques conseils aux justes éloges que nous aurons à décerner à l'honorable académicien, quelque talent qu'on possède, et M. Cazeaux est des mieux partagés sous ce rapport, on n'est pas sans se tromper quelquefois, au moins aux yeux des critiques, et alors il faut bien que ceux-ci remplissent leur mission.

Aujourd'hui, par exemple, nous n'aurions, en fait de conseils, qu'à renouveler ceux que nous avons déjà donnés il y a quinze jours.

M. Cazeaux a persisté dans ses croyances thérapeutiques touchant le traitement à INFLIGER aux parents des enfants qui naissent avec un pemphygus. Le mot infliger prouve non-seulement que M. Cazeaux persiste dans une voie thérapeutique fâcheuse, mais qu'il trahit de plus une absence regrettable d'observation. Nous l'avons dit, en effet, et nous le répétons une fois encore, rien n'est plus rare, nous ne dirons pas qu'un accident sérieux, mais rien n'est plus rare qu'un accident, même léger, pendant l'administration d'un traitement antisyphilitique prudemment dirigé.

Or, quel est le praticien véritable qui hésitera à exposer des parents à ces accidents si légers et si rares, lorsqu'il aura, comme compensation, la perspective de prévenir des avortements qui menacent de se reproduire indéfiniment, comme dans le cas cité par M. Danyau, ou pour conserver à la vie des enfants qui meurent fatalement quelques jours après leur naissance? De ces praticiens, il peut s'en trouver un ou deux dans une académie; mais il ne s'en trouvera jamais au lit du malade, pas même M. Cazeaux, nous aimons à le croire. Ceux qui hésiteraient dans ce cas ne trouveraient d'excuse que dans une ignorance absolue des progrès qui se sont réalisés en observation clinique, progrès auxquels M. Dubois, il faut bien en convenir, a puissamment contribué, et M. Cazeaux n'est pas dans ce cas. C'est, du reste, à la doctrine thérapeutique que nous défendons ici que M. Ricord est venu prêter l'appui de son autorité. Nous avons été d'autant plus heureux d'entendre l'allocution de M. Ricord, qu'elle nous fournira l'occasion d'adresser des éloges mérités à ce célèbre syphiliographe, et de prouver ainsi que nous ne faisons jamais, à moins d'absolue nécessité, d'opposition aux personnes, mais toujours et exclusivement aux idées qui nous paraissent contraires à la vérité.

Avant la discussion relative au pemphigus syphilitique, M. Civiale a lu une note sur les progrès que la découverte de la lithotritie a effectués dans l'histoire des maladies des voies urinaires en général. Nous mettrons nos lecteurs à même d'apprécier, mieux qu'ils ne pourraient le faire dans une simple analyse, tout l'intérêt de ce travail.

L'Académie a écouté avec une vive attention les détails que M. Orfila a donnés sur la conicine, et que nous reproduisons textuellement à notre compte-rendu.

— A l'Académie des Sciences, trois communications intéressantes ont été faites : l'une est celle de M. Baudens sur la rupture du ligament rotulien (nous donnons dans ce numéro le résumé de cette discussion); l'autre est celle de MM. Demarquay et Duméril, que nous publierons prochainement, sur les modifications de la température animale sous l'influence des agents thérapeutiques; enfin la troisième est due à M. Sédillot, et a pour objet des expériences faites avec une nouvelle eau hémostatique.

Nous le répéterons avec M. Flourens, il ne faut rien moins que la confiance qu'inspire le savoir et la probité scientifique bien connus du professeur de Strasbourg pour accueillir sérieusement une telle communication. Quand on songe aux dispositions anatomiques en présence desquelles on se trouve lorsqu'une artère est ouverte et qu'elle donne lieu à une hémorrhagie grave, on ne voit guère de quelle manière pourrait agir une eau quelconque pour arrêter le sang dans cette artère. Cependant puisqu'une telle communication nous vient de M. Sédillot, nous devons la considérer comme sérieuse, en attendant que les faits et les expériences annoncés par ce savant chirurgien nous permettent de la juger définitivement. — H. de Castelnau.

De la rupture du ligament rotulien;

Par M. BAUDENS,

Inspecteur, membre du Conseil de santé des armées.

M. Baudens a présenté avant-hier à l'Académie des Sciences un mémoire étendu sur la rupture du ligament rotulien. Nous publions seulement l'analyse de ce mémoire faite par l'auteur, et qui en renferme toutes les parties essentielles.

Les ruptures du ligament rotulien ont rarement lieu: de là le petit nombre d'observations publiées et le laconisme des auteurs.

J'en ai vu trois cas, le dernier sur le général R..., auquel j'ai appliqué avec un succès complet un appareil que j'ai imaginé.

Avant de décrire cet appareil, je devrais présenter des considérations relatives à l'anatomie et à la physiologie du ligament rotulien, afin de mieux faire saisir le mécanisme de la rupture et les indications curatives. Je regrette que ces considérations ne puissent trouver place dans ce court aperçu, et j'arrive de suite à l'examen du mécanisme suivant lequel se rompt le ligament rotulien. Ici encore je serai bref, et je me bornerai à extraire du chapitre où je passe en revue à peu près tous les faits connus de ce genre de lésions les conclusions qui suivent :

Des faits que je viens de relater, il résulte que la rupture du ligament rotulien a lieu par une contraction violente, brusque, comme spasmodique, des muscles extenseurs de la jambe. Cette rupture est favorisée par un concours de circonstances que nul avant moi n'a fait connaître.

Il ne suffit pas, en effet, pour opérer la rupture du ligament rotulien, que ce ligament soit inférieur en force à la contraction des muscles extenseurs de la jambe; il faut en outre que les muscles acquièrent accidentellement un surcroît d'énergie. Or, voici comment j'entends et j'explique ce surcroît d'énergie.

Au moment où, pour éviter une chute, toutes les brisures articulaires se redressent pour ainsi dire convulsivement, les muscles extenseurs de la jambe se contractent spontanément, et leur puissance s'accroît de toute la force empruntée au long bras de levier représenté par le tronc et les membres supérieurs projetés du côté opposé à l'imminence de la chute pour rétablir l'équilibre.

Si je rappelle que le genou, alors légèrement fléchi, augmente l'énergie des muscles extenseurs en tendant leurs fibres et en exagérant la saillie de la rotule, on comprendra que cette énorme puissance peut rompre soit le ligament rotulien, soit la rotule, soit même le fort tendon des muscles extenseurs.

Quant à la résistance représentée par la jambe cramponnée au sol au moment d'un faux pas, elle s'accroît de tout le poids du corps transmis sur elle quand on perd l'équilibre. D'où il résulte que la puissance et la résistance peuvent acquérir une force d'emprunt incalculable, et à laquelle ne saurait résister le ligament rotulien placé entre elles deux, et dont il est l'aboutissant.

On reconnaît la rupture du ligament rotulien aux signes suivants : remontée de deux travers de doigt, la rotule fait une saillie très prononcée qui tout d'abord attire l'attention, les muscles extenseurs de la jambe sont relâchés; la rotule jouit d'une mobilité tout à fait anormale; au-dessous d'elle existe un vide prononcé au fond duquel le doigt peut sentir

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les nos des 10, 15, 22 mai et 5 juin.)

Aux termes d'un arrêté du 24 thermidor an VIII, les hôpitaux civils, dans les communes où il n'y a pas d'hôpital militaire, sont tenus de recevoir, moyennant un prix de journée, les militaires malades. Le montant de ces prix de journées a produit la somme exorbitante de 2,772,524 fr. 25 c. C'est une bien lourde charge pour l'Etat, et cependant les hôpitaux civils ne recouvrent point leurs déboursés par les prix fixés. Sans nul doute, l'indemnité accordée par le ministère de la guerre est égale au prix de journée des indigents; mais, avec juste raison, les militaires jouissent d'un régime supérieur à celui des malades civils, et les dépenses qu'ils occasionnent à nos établissements hospitaliers ne sont pas couvertes par la rétribution allouée en leur faveur.

93 administrations hospitalières possèdent plus de 100,000 fr. de revenus ordinaires.
152 de 30,000 fr. à 100,000 fr.
295 de 10,000 fr. à 30,000 fr.
593 moins de 10,000 fr. de revenus ordinaires.

1,133

Il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître la situation de la fortune réelle des hôpitaux et hospices, c'est-à-dire le nombre des administrations charitables qui par leurs propriétés ou par leurs rentes possèdent moins de 10,000 fr. ou plus de 100,000 fr. de revenus.

37 administrations hospitalières ont seulement plus de 100,000 fr. de revenus en rentes ou en propriétés.
96 de 30 à 100,000 fr.
239 de 10 à 30,000 fr.
245 de 5 à 10,000 fr.
516 moins de 5,000 fr.

93 administrations hospitalières, ayant 213 établissements et possédant un revenu supérieur à 100,000 francs, ont ensemble.	38,020,291 fr.	02 c.
152 —, ayant 182 établ. et poss. de 30 à 100,000 fr., ont ensemble. . .	8,259,419	73
295 —, ayant 320 établ. et poss. de 10 à 30,000 fr., ont ensemble. . .	5,066,650	58
593 —, ayant 555 établ. et poss. moins de 10,000, ont ensemble. . . .	2,770,299	35
1,133 administrations hospitalières, ayant 1,270 hôpitaux ou hospices, possèdent.	54,116,660 fr.	68 c.

86 chefs-lieux de département ont 87 administrations hospitalières et 175 établissem. dont les revenus sont de 33,922,804 f. 46 c.

255 chefs-lieux d'arrondissem. ont 255 administ. et 327 établissements.	12,065,886	06
595 chefs-lieux de canton ont 597 administ. et 574 établissements.	6,923,761	05
195 communes rurales ont 194 administ. et 194 établissements. . , ...	1,204,209	11
	54,116,660	68

61 chefs-lieux de département ont des administrations hospitalières dont les revenus dépassent 100,000 fr.
23 dont les revenus dépassent de 30,000 à 100,000 fr.
2 dont les revenus dépassent de 10,000 à 30,000 fr.

86

29 chefs-lieux d'arrondissement ont des administrations hospitalières ayant plus de 100,000 fr.
82 ayant plus de 30 à 100,000 fr.
96 ayant plus de 10 à 30,000 fr.
48 au-dessous de 10,000 fr.

255

3 chefs-lieux de canton ont des administrations hospitalières ayant plus de 100,000 fr. de revenus.
342 ayant de 30 à 100,000 fr.
273 ayant de 10 à 30,000 fr.
377 ayant moins de 10,000 fr.

995

Enfin :

5 communes rurales ont des administrations hospitalières ayant un revenu de. . . .		30 à 100,000 fr.
24	— — de. . . .	10 à 30,000 fr.
165	— — au-dessous de. . . .	10,000 fr.

Les administrations hospitalières dont les revenus ordinaires sont le plus considérables, sont celles de

Paris.	12,690,823 fr.	70 c.
Lyon.	2,279,990	64
Rouen.	1,136,908	10

les condyles du fémur et l'éminence qui sépare les cavités articulaires du tibia. Couché, le blessé ne peut soulever la jambe; debout, il ne peut faire un pas en avant sans tomber, la jambe fléchie sur la cuisse et le pied placé sous le siége. Rigoureusement, il pourrait marcher, mais à reculons, et sans détacher le pied du sol. La jambe a une tendance continuelle à se fléchir; elle ne peut être redressée sans le secours des mains.

Traitement. — Les indications curatives sont :

1° De placer le membre pelvien dans l'extension et sur un plan fortement incliné du talon vers l'ischion pour relâcher les muscles extenseurs de la jambe;

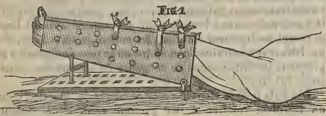
2° De remettre la rotule en place et de l'y maintenir pour affronter les bouts du ligament rompu. La rareté de cette lésion a peu sollicité l'esprit inventif des chirurgiens; ils n'ont rien créé pour elle de spécial; mais comme les appareils à fracture de rotule, sauf de très légères modifications, lui sont de tous points applicables, c'est sur eux que j'ai fait porter mon examen.

Je passe sur les réflexions critiques que m'a suggérées le bandage unissant. Boyer l'avait condamné et remplacé par une gouttière destinée au creux du jarret.

Cette gouttière elle-même n'est pas exempte de reproches sérieux, mais je ne puis ici les reproduire, et j'arrive de suite à la description de mon appareil.

Cet appareil convient, en ajoutant un lac, à la fracture de rotule aussi bien qu'à la solution de continuité du ligament rotulien. Il se compose :

1° D'une espèce de boîte;
2° D'un plan incliné;
3° De trois coussins en crin;
4° D'une petite compresse et de liens.



La boîte doit être en bois et à ciel ouvert, assez longue pour recevoir le genou et la jambe en totalité, assez large pour les loger facilement. Elle n'a que deux parois. Ces parois, sous-latérales et percées de trous pour livrer passage aux liens de la coaptation. Les trous sont sur trois rangées superposées, pour faire, selon les indications, des tractions plus ou moins déclives. On peut, à l'aide de charnières, fixer au plancher de la boîte un plan incliné à crémaillère (*voir* le dessin n° 1), à moins qu'on ne préfère tout simplement la soulever avec des oreillers ou des paillassons. C'est moins coûteux, mais aussi moins solide. Le premier coussin, en crin, doit garnir le plancher de la boîte. On le fabrique à l'instant en déposant dans un drap de lit plié en plusieurs doubles une couche de crin d'autant plus épaisse qu'on s'éloigne davantage du jarret pour se rapprocher du talon. Un deuxième coussin supplémentaire de trois travers de doigt d'épaisseur doit occuper le creux du jarret pour permettre à l'articulation une légère flexion et prévenir les douleurs intolérables et inhérentes à l'extension forcée. On place un troisième coussin, également en crin, à partir de la saillie du calcanéum, qui doit rester libre, jusqu'à la naissance du mollet. Ce coussin doit remplir complètement le vide ou la voûte formée par le tendon d'Achille, de façon que la jambe porte également sur tous les points de sa face postérieure, seul moyen d'éviter les douleurs et les eschares du talon. On assujettit ce dernier coussin en croisant sur la plante du pied les bouts du drap dépassant le premier coussin, celui du plancher, et en les arrêtant à l'aide de fortes épingles.

Reste la coaptation. On fait la coaptation en poussant la rotule graduellement en bas jusqu'à 1 ou 2 centimètres de la tubérosité tibiale. Alors on place en travers et au-dessus de la rotule une compresse graduée, large et longue comme le doigt index; cette compresse est maintenue en place par les lacs de la coaptation. Ces lacs sont au nombre de trois, en forte toile, pour éviter qu'ils forment la corde; leur largeur est de 3 centimètres.



Le dessin n° 2 ci-joint les fait voir en place et fonctionnant.

Dirigé transversalement de l'un à l'autre côté de la boîte en passant dans les trous où il se fixe par un nœud, le premier lien appuie sur la compresse sus-rotulienne pour la maintenir en place, et déprime légèrement le tendon de la rotule. Le deuxième lien s'applique par le milieu, imbriqué sur le premier lien, là où celui-ci agit sur la compresse sus-rotulienne; il prend sur lui un point d'appui fixe, solide, à l'aide de deux fortes épingles. Le chirurgien choisit les trous de la première, de la deuxième ou de la troisième rangée, selon qu'il veut plus ou moins circonscrire le genou avec les liens de la coaptation. Il fait effort sur eux pour faire descendre la rotule, la maintenir invariablement dans cette position, puis il les fixe par un nœud sur le rebord de la boîte. Le troisième lien s'applique imbriqué sur le deuxième lien, de la même façon que celui-ci l'a été au premier; il concourt au même but.

Les trois liens ainsi imbriqués emboîtent la rotule en lui formant une coiffe dont l'action porte à la fois sur son sommet et sur la face externe. Ils la tirent en bas directement, et sans la faire basculer, ainsi que le fait la courroie de la gouttière Boyer. La force exigée par la coaptation est par ces trois liens décomposée en trois puissances réparties sur une plus large surface qu'avec la courroie de l'appareil Boyer. Elle n'expose pas comme celui-ci à des douleurs intolérables, à des eschares sur le sommet de la rotule. Rien n'empêche d'ailleurs, si on le veut, d'augmenter le nombre des liens de la coaptation.

Quand il n'existe pas de complication, la moyenne de durée du traitement doit être de cinquante jours. Pour éviter l'ankylose du genou je fais exécuter, à partir du troisième septenaire, et cela tous les quatre à cinq jours, des mouvements articulaires, en ayant bien soin de soutenir la rotule pour éviter une déchirure nouvelle de son ligament.

Ne pouvant rappeler ici les trois faits de rupture du ligament rotulien contenus dans mon travail, je n'en rapporterai qu'un seul.

Le 28 janvier 1851, M. le général R..., âgé de soixante ans, est accroché, en descendant un escalier, par le talon de sa botte; il est sur le point de tomber en avant, quand instinctivement il fait une brusque retraite de corps en arrière pour rétablir l'équilibre. Au même instant il éprouve dans le genou un craquement, que pour la sensation et la douleur il compare à un violent coup de bâton. Sa jambe droite se ploie sous la cuisse; il tombe à la renverse assis sur le pied droit, et heurtant fortement la muraille avec la tête.

Je reconnus, ainsi que notre honorable confrère M. Lestiboudois, représentant du peuple, qui n'avait pas quitté le blessé depuis le moment de l'accident, une commotion cérébrale et une rupture du ligament rotulien près de la greffe tibiale. En effet, ascension et saillie de la rotule, extrême mobilité de cet os, vide produit par la rupture du ligament, au fond duquel le doigt peut explorer les surfaces articulaires, etc. Aucun des symptômes précités ne manquait, et il en existait un qu'on ne rencontre pas d'habitude, une douleur vive se prolongeant dans le tendon des muscles extenseurs; ce qui me fait penser qu'une rupture partielle de ce tendon a pu avoir lieu en même temps que la rupture complète du ligament rotulien.

Il était nuit; le malade fut saigné, le membre blessé fut placé sur un plan incliné; et pour apaiser la douleur de l'articulation tibio-fémorale, j'appliquai sur elle, après l'avoir enveloppée d'une couche légère de charpie, une coiffe de toile pleine de morceaux de glace. La souffrance céda, et le malade dormit plusieurs heures sans interruption.

Le 1er février, état général fort satisfaisant; peu de traces de la commotion cérébrale. — Diète; purgatif salin. Application de mon appareil, tel que je viens de le décrire. Continuation de la glace jusqu'au 5 février.

A cette époque, le genou n'offre plus de tuméfaction; l'arthrite traumatique a été jugulée dès son évolution, le foyer de calorique morbide est éteint, la glace ne soutire plus que du calorique normal; elle cesse d'être bienfaisante; elle a fait son temps : je la supprime, et la remplace par un linge mouillé. Ce fait s'ajoute aux mille autres faits à l'aide desquels j'ai démontré depuis vingt ans dans mes leçons de clinique, et principalement au Val-de-Grâce, la toute-puissance de la glace seule ou avec addition de sel marin pour combattre toutes les lésions par cause traumatique, à l'exclusion absolue de la déplorable et banale médication basée sur les sangsues et le cataplasme.

Deux mois plus tard, le général R... était guéri et marchait assez librement. Aujourd'hui il ne conserve pour ainsi dire plus de traces de ce grave accident.

Ainsi que je l'ai démontré dans le mémoire que je viens d'analyser, la plupart des cas de rupture du ligament rotulien sont méconnus par le chirurgien, et ces méprises ont souvent donné lieu à de fâcheux résultats. Mon désir, en m'occupant plus spécialement qu'on ne l'a fait encore de ce genre de lésions, est d'attirer sur elles l'attention des praticiens. J'aurai doublement atteint ce but, si mes honorables confrères pensent comme moi, que l'appareil curatif que je leur offre réalise un progrès thérapeutique.

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

Traitement du staphylome de la cornée et de l'iris par la cautérisation et les ponctions multiples.

L'un des accidents les plus graves qui puissent survenir soit à la suite d'une plaie pénétrante de la cornée, soit après une ulcération perforante de cette membrane, est sans contredit le staphylome de l'iris et de la cornée. Ces deux membranes, l'iris et la cornée, plus ou moins intimement soudées entre elles, viennent former à la surface de l'œil une tumeur d'un aspect noirâtre, bien que recouverte par une pellicule semi-diaphane ou tout à fait opaque, selon l'époque de la maladie à laquelle on l'examine. Son volume est très variable; elle peut être grosse comme un pois ou présenter les dimensions d'une noisette : de là les distinctions qui ont été établies par les auteurs sous les noms de *staphylome partiel* et de *staphylome général*.

La gravité de la maladie est loin d'être la même dans tous les cas; car, tandis que l'œil est absolument perdu dans le staphylome général, il est encore susceptible de recouvrer ses fonctions dans le staphylome partiel sous l'influence d'un traitement convenablement dirigé. Or, c'est précisément sur ce mode de traitement que nous allons appeler l'attention du lecteur.

La première indication à remplir est de prévenir, autant que faire se peut, le développement de la maladie qui nous occupe, ou du moins de faire en sorte qu'elle se présente dans les meilleures conditions possibles pour le but auquel on vise.

Les préceptes, devenus classiques, qui ont été formulés jusqu'à présent par les auteurs sont plutôt mauvais que bons, en ce sens qu'ils sont utiles dans des cas assez rares et qu'ils deviennent nuisibles dans des cas plus nombreux.

Ils peuvent se résumer ainsi :

Dans tous les cas de perforation imminente de la cornée, il faut provoquer la dilatation artificielle de la pupille pour prévenir la hernie de l'iris à travers l'ouverture accidentelle.

La règle à suivre doit être, au contraire, la suivante, que j'ai fait connaître ailleurs (1) à propos de la hernie de l'iris :

Si la hernie de l'iris tend à se produire dans un point qui se rapproche plus du centre de la cornée que de sa circonférence, on devra provoquer la dilatation artificielle de la pupille au moyen de la belladone, afin d'éloigner autant que possible le bord interne de l'iris de l'ouverture accidentelle de la cornée.

Quand, au contraire, la hernie de l'iris tend à se produire dans un point qui se rapproche plus de la circonférence de la cornée que de son centre, il faut bien se garder de dilater artificiellement l'ouverture pupillaire, et cela afin de maintenir également éloigné de la perforation le bord interne de l'iris.

Rien de plus judicieux en théorie, rien de plus efficace dans la pratique.

En effet, subsidiairement au précepte de prévenir la hernie de l'iris, il y a celui non moins important qui consiste à placer l'œil dans des conditions telles que cette hernie offre le moins de gravité possible. Or, il est de toute évidence que le prolapsus du bord pupillaire a des effets bien plus fâcheux par les changements qui surviennent dans les dimensions de l'ouverture de l'iris que le prolapsus de la portion de cette membrane voisine de son bord externe ou ciliaire.

Ce que nous venons de dire du traitement prophylactique de la hernie de l'iris s'applique également au traitement curatif de cette affection. Dans l'un et l'autre cas, on doit faire en sorte d'éloigner le plus possible le bord pupillaire de l'iris de la perforation cornéale. Par conséquent, la hernie de l'iris étant produite, on provoquera la dilatation artificielle de la pupille si la perforation est centrale; si la perforation cornéale est, au contraire, périphérique, on déterminera autant que possible une contraction exagérée de l'iris, *afin dans les deux cas de forcer l'iris à tirer sur les adhérences qui l'unissent à la cornée*. La cautérisation superficielle de la tumeur remplit parfaitement cette dernière indication.

Neuf fois sur dix, dit avec raison Mackenzie, la hernie de l'iris se rencontre à la partie inférieure de la cornée, et cette

(1) Voy. *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 382.

Marseille	1,069,217	65
Nantes	959,049	»
Bordeaux	843,517	01
Strasbourg	738,196	»
Lille	678,013	60
Orléans	600,819	»
Toulouse	574,621	86

Les administrations hospitalières dont les revenus ordinaires sont le moins considérables sont celles de

Violès (Var)	213 fr.	
Bourdeilles (Dordogne)	278	
Saint-Genest Malifoux (Loire)	336	
Ribeauvillé (Haut-Rhin)	454	(culte israélite).
Les Vans (Ardèche)	481	

Les départements qui renferment les administrations hospitalières les plus riches après les départements de la Seine et du Rhône sont ceux du

Nord, dont les revenus s'élèvent à		2,016,311 fr.	93 c.
Seine-Inférieure,	—	1,804,700	»
Bouches-du-Rhône,	—	1,683,929	95
Loire-Inférieure,	—	1,081,454	»
Somme,	—	1,028,665	»

Les départements dans lesquels les hôpitaux et hospices présentent le moins de revenus, réunis ensemble, sont :

Corse	59,558 fr.	09 c.
Alpes (Hautes-)	76,642	06
Saône (Haute-)	92,850	94

Je ne terminerai pas mon travail sur les revenus des établissements hospitaliers, monsieur le ministre, sans appeler votre attention sur la disproportion qui existe dans la situation financière de ces établissements.

Le nombre des administrations hospitalières, ai-je dit, est de 1,133; sur ce nombre, 93 seulement ont plus de 100,000 fr. de recettes ordinaires et possèdent ensemble 38,000,000 de revenus; tandis que 593, plus de la moitié, n'ont pas 10,000 francs de recettes annuelles, ou 2,700,000 francs de revenus ordinaires. Or si dans les établissements les mieux dotés, les frais, ainsi que j'aurai l'honneur de vous le démontrer, enlèvent une partie déjà trop considérable des revenus, cette proportion s'accroît de beaucoup dans les établissements d'un ordre inférieur, et la malheureusement n'est pas le seul inconvénient des petits établissements. Ils manquent la plupart du temps des instruments et appareils nécessaires, tel qu'une sonde, une lancette, une baignoire, et les pauvres malades n'y reçoivent pas tous les soins que réclame leur situation. Donc il y aurait avantage de réunir les petits hôpitaux pour former des établissements dont la population ne pourrait être moindre de 200 à 250 individus. En critiquant les petits établissements, je suis très loin d'être partisan des hôpitaux et hospices.

(La suite à un prochain numéro.)

— Le procès intenté à l'*Union médicale* par M. Chassaignac a été jugé hier. L'*Union médicale* a été condamnée à 100 fr. d'amende, 200 fr. de dommages-intérêts, à l'insertion des lettres qui lui avaient été écrites par M. Chassaignac et dont l'insertion avait été refusée ou incomplètement faite, et aux frais du procès.

circonstance donne encore une plus haute valeur aux remarques qui précèdent.

La hernie de l'iris, variable par sa position comme par son volume, ne constitue que l'un des éléments de la maladie désignée sous le nom de *staphylome de la cornée et de l'iris;* l'autre élément, représenté par un tissu de nouvelle formation, mérite de fixer plus spécialement notre attention.

En effet, dans le staphylome de la cornée et de l'iris, surtout lorsque la maladie est survenue à la suite d'une perforation ulcéreuse, la cornée proprement dite n'entre pas dans la composition de la tumeur; seulement les bords de l'ouverture accidentelle sécrètent une substance fibro-albumineuse, sorte de suc cornéal qui recouvre la portion herniée de l'iris et répare la perte de substance subie par la cornée. Ce tissu nouveau, d'abord d'une faible consistance, à peu près diaphane, adhère intimement à l'iris qu'il recouvre. Plus tard, il subit une sorte de condensation organique, qui rend sa trame plus serrée et plus résistante, en même temps qu'elle devient opaque.

L'opacité du staphylome de la cornée commence ordinairement vers le sixième ou le septième jour de la maladie; elle indique, selon moi, que la tumeur est devenue le siége d'une inflammation ayant eu pour effet la sécrétion d'une certaine quantité de lymphe plastique. C'est ce travail inflammatoire, nécessaire pour la guérison, qui doit nous occuper ici : s'il tarde trop, il importe de le provoquer; il faut l'activer s'il paraît insuffisant.

Voici pourquoi; plus loin nous dirons comment.

L'inflammation d'une tumeur formée par le staphylome de la cornée et de l'iris a pour but de provoquer l'oblitération des vaisseaux de l'iris et par suite l'atrophie de toute la portion herniée de son tissu. Du côté de l'iris, cette transformation organique diminue d'autant le volume de la tumeur.

La part que prend la cornée à ce travail de restauration n'est pas moins remarquable; l'atrophie graduelle de l'iris dégage, en réalité, l'espace laissé libre par la perforation de la cornée, et dans lequel l'iris s'était engagé. Alors les bords de l'ulcère sécrètent, sous l'influence du stimulus inflammatoire dont nous avons parlé, de la lymphe plastique qui sert de bouchon obturateur interne; puis, sous l'influence d'une sorte de rétraction qui se manifeste consécutivement dans la fausse membrane, la saillie faite par la cornée diminue très notablement ou disparaît même d'une manière complète. En définitive, on voit le malade qui, à la suite soit d'une perforation récente de la cornée, soit d'une fistule cornéale, était affecté d'un staphylome de la cornée et de l'iris, ne plus présenter, après un certain temps, qu'une tâche leucomateuse avec synéchie antérieure; dans un très grand nombre de cas, les fonctions visuelles persistent malgré ces derniers accidents.

Le traitement qui ressort des considérations précédentes doit donc avoir pour but de déterminer dans la tumeur staphylomateuse une sorte d'inflammation artificielle. Les cautérisations superficielles de la tumeur, répétées de temps en temps, avec un crayon de nitrate d'argent ont été préconisées depuis longtemps et sont employées tous les jours avec succès. Dans les cas où la tumeur présente une forme très conique, lorsque la cautérisation détermine de vives douleurs, j'ai eu l'idée d'employer les ponctions multiples faites sur la base du staphylome avec une aiguille très fine. De cette manière, je suis arrivé au même but, et il m'a semblé même que ces trois ou quatre piqûres, moins douloureuses qu'une seule cautérisation, avaient une efficacité plus grande. Dans tous les cas, la combinaison des deux méthodes, qui permet ainsi d'attaquer la tumeur et par sa surface — *cautérisation* — et par son centre — *ponctions multiples* —, me paraît digne de fixer un instant l'attention des praticiens.

Le fait suivant vient à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Obs. — *Staphylome de la cornée et de l'iris consécutif à une fistule de la cornée.*

Le 18 avril 1851, M. le docteur Richard, ancien interne distingué des hôpitaux, m'adressa l'une de ses clientes, âgée de treize ans. Cette jeune fille, lymphatique, débilitée par une fièvre continue, non encore réglée, a eu, depuis deux ans, de fréquentes ophthalmies de l'un et de l'autre œil. Depuis trois semaines, l'affection, se fixant définitivement sur l'œil droit, a présenté un plus haut degré de gravité.

Etat actuel. — Il existe une injection générale de la conjonctive oculo-palpébrale; à la partie inférieure de la corné, se rencontre une perte de substance à grand diamètre transversal; ses bords sont irréguliers et comme déchiquetés. La cornée est transparente dans toute son étendue, excepté dans la portion qui circonscrit l'ulcération; dans ce point existe une sorte d'infiltration plastique interlamellaire. De plus, en regard de la perte de substance subie par la cornée, et dans la chambre antérieure, existe un dépôt puriforme qui paraît être le dernier vestige d'un hypopyon antérieur, lequel serait lui-même le point de départ de la perforation cornéale.

Quoi qu'il en soit, l'œil a conservé sa forme et sa résistance normales; l'iris n'est pas déplacé; la pupille est régulière et contractile. Cependant, en examinant l'œil avec attention, on voit sourdre de temps en temps, du fond de l'ulcère, un petit jet de liquide aqueux, ce qui établit très manifestement l'existence d'une communication de la chambre antérieure de l'œil avec l'extérieur. La malade accuse de très vives douleurs dans le front et la tempe; ces douleurs l'empêchent de dormir. En même temps, il existe un mouvement fébrile continu.

Prescription. — Purgatif; frictions mercurielles circum-orbitaires; collyre marin; vésicatoire derrière l'oreille.

Le 21, l'état est à peu près le même. Je constate de nouveau, et de la manière la plus manifeste, l'existence d'une fistule communiquant avec la chambre antérieure. J'ai alors recours à la cautérisation de la manière suivante : Je saisis avec une pince effilée un petit éclat de nitrate d'argent, avec lequel je touche très rapidement le trajet fistuleux; cette opération détermine, comme on le conçoit, une assez vive douleur.

Le 24, il s'est formé une hernie de la partie inférieure de l'iris; la pupille paraît rétrécie et légèrement déformée. Le pus épanché dans la chambre antérieure a presque complétement disparu. — Je remplace le collyre marin par un collyre belladoné; nouveau purgatif.

Le 27, la tumeur formée par la hernie de l'iris est d'un beau noir, et égale presque le volume d'un petit pois. La pupille, largement dilatée par la belladone, est régulièrement arrondie, ce qui nous indique que le bord interne de l'iris n'est point engagé dans la fistule de la cornée. La photopbobie est toujours assez prononcée, mais les douleurs circumorbitaires ont cessé presque complétement; le sommeil est devenu meilleur. — Je prescris un troisième purgatif, composé de calomel et de jalap, de chaque 0,75; cautérisation du sommet de la tumeur avec le crayon du nitrate d'argent.

Le 5 mai, deux nouvelles cautérisations de la tumeur avec le nitrate d'argent n'ont pas amené beaucoup de changement dans son état. Il y a, néanmoins, une amélioration très sensible dans l'état phlegmasique de l'œil; la cornée, dont la teinte était louche, a repris sa transparence au niveau de la pupille, ce qui permet à la malade de se servir de cet œil d'une manière très satisfaisante.

Dans le but de provoquer plus sûrement l'atrophie de la tumeur staphylomateuse, je substitue à la cautérisation des ponctions multiples pratiquées avec une aiguille à cataracte des plus fines. Trois piqûres sont ainsi faites à la base de la tumeur, et je remarque que cette petite opération est mieux supportée par la malade que la cautérisation. — On reprend le premier collyre.

Le 12, après avoir pratiqué plusieurs fois encore soit les cautérisations, soit les ponctions multiples de la tumeur; à la suite d'une médication continuée avec persévérance, et qui a consisté, comme nous l'avons déjà dit, en purgatifs répétés, frictions mercurielles, en vésicatoires, au nombre de trois, successivement appliqués derrière l'oreille, à la tempe, au front, nous avons été assez heureux pour conserver à cette jeune personne son œil atteint d'une maladie aussi grave. De plus, pour modifier d'une manière favorable sa constitution, la malade devra reprendre le traitement général déjà prescrit par M. le docteur Richard, et dont le sous-carbonate de fer forme la base.

L'étendue de la perte de substance subie par la cornée est représentée par la saillie staphylomateuse de la cornée et de l'iris; dans son plus grand diamètre, qui est transversal, elle est de plus d'un centimètre. Il suffit de connaître la gravité des larges perforations de la cornée, c'est-à-dire de celles qui ont le plus de tendance à passer à l'état fistuleux, pour apprécier l'intérêt que présente le fait que nous venons de rapporter. Ce serait accorder trop, sans doute, au hasard que de lui attribuer tout le mérite de la guérison; je pense qu'une bonne part revient de plein droit au traitement que nous avons mis en usage.

Nouvelles expériences sur la nicotine.

De nouvelles expériences faites par M. Vleminckx, de Bruxelles, sur deux moineaux, un coq, un lapin, deux chiens et un chat, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

« 1° Les animaux empoisonnés tombent indifféremment sur le côté droit ou sur le côté gauche;

» 2° L'empoisonnement est plus actif par la muqueuse oculaire que par la muqueuse digestive;

» 3° Les lésions anatomiques les plus remarquables et les plus constantes sont : une congestion des vaisseaux de la pie-mère, et surtout une congestion intense des poumons.

» Les deux premières de ces conclusions ressortent *à priori* des données physiologiques. En effet, le système nerveux étant pair et parfaitement symétrique, comment concevoir une préférence d'action sur l'un des côtés? Et quant à la seconde, la muqueuse oculaire n'étant revêtue ni d'une couche de mucus, ni d'un épithélium épais comme la muqueuse digestive, doit en effet absorber plus activement. »

(*Presse méd. belge.*)

SUR UN KYSTE DU SINUS MAXILLAIRE,

contenant du mucus avec de la cholestérine.

Par M. Béraud.

M. Béraud présente à la Société un sinus maxillaire du côté droit, dans lequel il y a un kyste presque réduit à ses parois. Il flotte dans la cavité du sinus. Il adhère vers la partie antérieure de l'angle interne et intérieur de cette cavité. Son aspect est blanchâtre, sa surface interne est plissée à cause de l'évacuation du liquide qui s'est faite probablement pendant la vie au moyen d'une rupture; car aujourd'hui on ne voit plus dans le sinus le liquide que le kyste a dû contenir. Quand on l'ouvre, il s'échappe une petite quantité de mucosités dans laquelle on reconnait facilement des paillettes de cholestérine. Quand on l'insuffle, on lui fait acquérir un volume égal à celui d'une noisette, de sorte qu'il occupe environ la moitié de l'antre d'Highmore. Alors on reconnait que les parois sont transparentes, assez minces, peu résistantes, parcourues par des vaisseaux très fins qui de la base vont en rayonnant se distribuer vers l'extrémité libre.

Vers le bord adhérent de cette poche, la muqueuse acquiert une épaisseur considérable.

Ce que ce fait offre de particulier, c'est l'existence de la cholestérine au milieu du liquide, et même les paillettes s'étaient déposées à la face interne de la cavité kystique, ce qui donnait à cette paroi un aspect soyeux. Si l'on rapproche le kyste de ceux qu'a déjà présentés M. Béraud sur le même point, on verra que des kystes variés peuvent exister dans le sinus maxillaire.

M. Follin rapporte que M. Jobert (de Lamballe) vient de trouver aussi de la cholestérine dans un kyste du sinus maxillaire. Fergusson avait déjà observé le même fait.

(*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er juillet 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi par M. le préfet de police de la statistique de la mortalité dans la ville de Paris pendant le mois de mai dernier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Suette.

M. le professeur Alquié, de Montpellier, adresse des renseignements qui lui ont été demandés par l'Académie sur l'épidémie de suette qui a régné dans le Midi.

Gâteux.

M. Renauldin, directeur de l'asile de Marseille, annonce que les mesures d'administration médicale dont M. Archambaut a entretenu l'Académie ont été appliquées à l'asile de Fains depuis *neuf ans*, et qu'ils y ont fait presque disparaître la section des gâteux. Il annonce en même temps qu'il ne réclame pas la priorité, car la même mesure a aussi été appliquée par MM. Dumesnil et Girard.

Ce dernier adresse, en effet, de son côté, la lettre suivante, dont on lira les détails avec intérêt.

« Je lis, au compte-rendu de l'Académie de Médecine, une note de mon honorable confrère M. le docteur Archambaut sur la réforme des gâteux.

» Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de rappeler qu'en 1847 et 1848, j'ai indiqué, dans les *Annales médico-psychologiques* et dans les *Annales d'hygiène*, les moyens employés par M. le docteur Archambaut pour supprimer les gâteux, et que depuis plus d'un an (et non depuis le 20 mai de cette année), comme le peuvent affirmer MM. les docteurs Bérard, Bally, Trélat, Follet, etc., qui ont visité l'asile d'Auxerre, nous avons enlevé à ces malheureux tous les vêtements spéciaux dont on les avait affublés, pour leur restituer des vêtements ordinaires; que, depuis trois ans, ils couchent dans les dortoirs cirés, frottés, et tenus avec une extrême propreté, ainsi qu'ont pu le constater MM. Ferrus et Lasègue.

» Cette réforme, qui avait réduit considérablement le nombre de ces infortunés, n'empêchait pourtant pas, malgré toute la sollicitude des gens de service, un certain nombre d'excrétions urinaires involontaires pendant la nuit, et quelquefois pendant le jour.

» C'est afin d'obvier à cet inconvénient que, indépendamment des moyens précités, nous avons tonifié le système nerveux par l'emploi du sulfate de strychnine à très faible dose, comme nous l'avons mentionné dans notre dernière note envoyée à l'Académie, sur l'invitation de plusieurs de nos confrères.

» Le système nerveux, ainsi fortifié, permet de percevoir le besoin d'excrétions et d'y satisfaire volontairement. Cela est si vrai que les mêmes malades, qui primitivement devaient être régulièrement placés sur le siége par leur surveillant pour ne point souiller leurs vêtements, s'y rendent d'eux-mêmes, sans appel, à la suite de l'administration du sulfate de strychnine; cela est si vrai encore, que les malades, qu'une surveillance de nuit pouvait seule empêcher de gâter, cessent de le faire sans surveillance par l'usage de ce médicament; cela est si vrai que ces malades, soumis à l'influence de la strychnine, sont moins apathiques et se livrent à des travaux simples et faciles.

» Aussi, pour nous, l'hygiène et la régularité dans les habitudes de propreté doivent d'abord constituer le traitement, et souvent, en fortifiant l'organisme, guérissent l'infirmité; mais en cas d'insuffisance de l'hygiène et des habitudes régulières de propreté, l'addition du sulfate de strychnine devient un moyen ordinairement héroïque.

» A l'aide de cette combinaison, nous avons dit que nous étions parvenu à réduire à 5, et quelquefois à 2, sur une population de 275 malades, le nombre des gâteux; mais il faut ajouter que sur ces 5 ou sur ces 2, les excrétions urinaires sont involontaires, et cela uniquement pendant la nuit. Le cas contraire est excessivement rare.

» Il est essentiel de faire observer que ces réformes, introduites depuis longtemps dans le service de l'asile d'Auxerre, n'ont pas nécessité la moindre augmentation du personnel de l'établissement, qui s'élève à 6 surveillantes pour 170 femmes, et à 5 surveillants pour 105 hommes. »

N.-B. — Déjà en 1847, (t. IX, p. 92, *Annales médico-psychologiques*), en parlant des infirmeries établies à l'asile d'Auxerre, nous écrivions, premier paragraphe : « Les latrines sont, en outre, disposées de façon qu'on puisse à des heures réglées faire passer les déments sur le siége : on leur crée de la sorte des habitudes d'excrétion qu'on observe chez les organismes sains, si la vie est bien régulière.

» Propreté des salles et des malades, tels sont les avantages qu'on en retire. »

Plus tard, même année, dans nos Considérations sur l'asile d'aliénés du Rhône (*Annales médico-psychologiques*, t. VIII, p. 86), nous écrivions, en parlant du quartier des gâteux proposé par le docteur Bottex : « Il est certaines salles et certaines précautions qui nous ont paru inutiles, je dirai même d'un effet fâcheux : telle est la salle de fauteuils percés, tels sont les conduits de bitume que l'on conseille de pratiquer au rez-de-chaussée. Nous adopterions de préférence le planchéiage en chêne ciré et frotté, même dans la section des gâteux.....

» Nous supprimerions ces fauteuils percés; car de deux choses l'une; ou l'aliéné est capable de se tenir debout, et alors à quoi bon ces fauteuils hideux et infects? ou il est privé de cette faculté, et alors pourquoi le garotter sur un siége? Pourquoi l'emprisonner dans des lieux irritants et entamer ses chairs par une pression funeste? Heureusement l'expérience moderne a généralement proscrit des hôpitaux d'aliénés ces instruments du dégoût et de la paresse, à part quelques rares exceptions sollicitées par des infirmes : elle a substitué à ce régime des moyens plus doux et mieux appropriés à la situation des malades, une liberté sagement surveillée et une propreté *réglée* avec d'autant plus de soins que les gens de service ont plus d'intérêt à prévenir les souillures des malades et à maintenir les vêtements et les salles dans ce constant état d'extrême pro-

preté. On obtient ce résultat en faisant rougir, cirer, frotter les dortoirs et les lieux de réunion des gâteux, et en exigeant cette apparence luxueuse de l'hygiène. »

Et, à la page 80, nous faisions ressortir que le nombre des gâteux placés dans les infirmeries ne devait s'élever qu'à 6 sur 275 malades.

Enfin, en juillet 1848, nous écrivions dans les *Annales d'hygiène publique*, tome X :

« On suspendra des horloges dans chaque section de gâteux pour donner à la surveillante la possibilité de faire passer régulièrement les malades sur le siége, et d'éviter ainsi la souillure des parquets, de leurs vêtements et les odeurs infectes qui en sont le résultat. »

Iode.

M. Fournier, pharmacien, propose d'administrer l'iode en l'incorporant dans du sucre préalablement modifié par un alcali. L'iode ainsi associé pourrait, suivant M. Fournier, être employé sous forme de pastilles, de pilules, de sirop, etc.

Onixis.

M. Le Roy-d'Etiolles dépose au nom de M. le docteur Basico, chirurgien principal de l'hôpital de Savona, un mémoire imprimé en Italie sur le traitement de l'onixis.

L'auteur s'est attaché à perfectionner la méthode du redressement de l'ongle, et il est arrivé à d'excellents résultats tout simplement en substituant aux plaques de plomb, de fer-blanc, à la charpie et à tous les moyens de soulèvement de l'ongle incarné, l'agaric, substance douce, souple, imputrescible, qui adhère sans agglutination.

Depuis douze ans, M. Basico dit avoir fait usage de ce procédé avec un succès constant. L'une des conditions de la réussite est la prolongation pendant quelque temps de l'introduction de l'amadou sous le bord de l'ongle jusqu'à ce que sa tendance à une direction vicieuse soit tout à fait détruite ; le malade arrive promptement à l'insinuer lui-même avec facilité.

M. Le Roy-d'Etiolles ajoute qu'il profite de cette circonstance pour communiquer à l'Académie une modification apportée par lui au procédé de Lisfranc, qui consiste, comme l'on sait, à enlever le bord incarné de l'ongle avec toute la chair du côté de l'orteil.

La plaie qui résulte de cette ablation, faite dans le coussinet graisseux dont les orteils sont matelassés, a une tendance très grande à végéter, en sorte que l'application presque quotidienne du nitrate d'argent ou d'un autre escarotique est nécessaire pour la réprimer. Cette végétation retarde la cicatrisation, et l'application répétée des caustiques cause de vives douleurs ; M. Le Roy a pensé que l'on pourrait accélérer l'une et supprimer l'autre, en n'enlevant pas, comme le faisait Lisfranc, la totalité du lambeau, mais en se bornant, après l'avoir formé d'un coup de bistouri plongé au-dessus de la racine de l'ongle, à réséquer du bord interne de ce lambeau la portion d'ongle coupée et les chairs dans lesquelles il s'enfonce. Les restes du lambeau, c'est-à-dire les deux tiers environ, se réunissent immédiatement, suivant M. Le Roy. (Commissaires : MM. Gimelle et Malgaigne.)

Lithotritie.

M. Civiale présente à l'Académie un exemplaire de son troisième volume du *Traité des maladies des voies urinaires*, et lit à ce sujet une note sur le progrès que la découverte de la lithotritie a imprimé à ces maladies. Nous publierons cette note.

Conicine.

M. Orfila a la parole.

Il existe, dit-il, une telle analogie entre la nicotine et la conicine, que j'ai cru devoir étudier ce dernier alcali sous le rapport toxicologique, comme je l'avais fait pour la nicotine.

La conicine existe dans le *conium maculatum*, et notamment dans les graines ; on en retirera probablement de toutes les ciguës. Je ne la décrirai pas en détail ; il me suffira de dire quelles sont les principales propriétés qui la distinguent de la nicotine. Elle a une odeur forte d'*urine de souris*, se rapprochant aussi de celle *du céleri ;* tandis que la nicotine, surtout lorsqu'on la chauffe, exhale une odeur de tabac ; elle bout à 170° et la nicotine à 250° ; elle est très soluble dans l'éther et peu soluble dans l'eau ; lorsqu'on cherche à la mêler avec ce liquide, même après l'avoir agitée, elle vient à sa surface en formant une couche plus légère que l'eau, tandis que la nicotine se dissout à l'instant même dans ce liquide. L'acide sulfurique concentré ne l'altère pas à froid, tandis qu'il colore la nicotine en *rouge vineux*. La conicine, parfaitement anhydre, tue aussi rapidement les animaux que la nicotine, même à faible dose ; si elle est hydratée, la mort n'arrive qu'au bout de deux ou cinq minutes, suivant que l'on en a donné 10, 12 ou 20 gouttes ; on peut, comme pour la nicotine, constater dans ces *derniers cas* que l'empoisonnement se compose de trois périodes :

1° Des vertiges ;

2° Des mouvements convulsifs ;

3° Un grand affaissement.

Les mouvements convulsifs ont constamment été plus faibles qu'avec la nicotine ; ainsi, je n'ai jamais pu produire d'accès tétanique ni d'opisthotonos.

La conicine est absorbée, car je l'ai décelée dans la rate, dans les poumons, et en plus petite proportion dans le foie et les reins. On prouve qu'il en est ainsi en soumettant ces organes à l'action des réactifs qui m'ont servi à découvrir la nicotine dans les deux procédés que j'ai fait connaître le 20 mai dernier (paquet cacheté déposé à l'Académie) ; on traite les organes par l'eau aiguisée d'acide sulfurique ; on filtre ; le sulfate obtenu, convenablement évaporé, est décomposé et rendu alcalin par un excès de soude ; à peine a-t-on ajouté l'alcali que le mélange exhale une forte odeur de *conicine ;* on enlève celle-ci par l'éther qui la dissout, ou bien on chauffe à feu nu la liqueur alcaline dans un vase distillatoire, la conicine vient se condenser dans le récipient.

En agissant de même sur la langue, l'arrière-bouche, l'estomac et sur les matières que celui-ci contient, on parvient très facilement à extraire la conicine que renferment ces organes.

La conicine, composée uniquement d'hydrogène de carbone et d'azote, comme la nicotine, peut être représentée par de l'ammoniaque H^3 Az et par un hydrogène carboné $H^{12} C^{16}$. On ne connaît, en fait d'alcalis végétaux *naturels* vénéneux et volatils, qu'elle et la nicotine.

M. Desportes demande si les animaux empoisonnés par la conicine tombent sur le côté droit. M. Orfila répond qu'il les a vus tomber tantôt à droite, tantôt à gauche. Pour ce qui concerne la nicotine, ajoute M. Orfila, M. Stas et moi nous avons toujours vu les animaux tomber à droite ; mais dans les expériences faites tout récemment par M. Vandenbroeck, sur neuf animaux, trois sont tombés à gauche, et dans celles plus récentes encore de M. Vléminckx, il y a eu autant de chiens qui sont tombés à droite qu'à gauche ; en sorte qu'il ne faut attacher aucune importance à ce fait.

Discussion sur le pemphigus des nouveau-nés.

M. P. Dubois a la parole. Il démontre, par la lecture des conclusions qui terminent son mémoire, qu'il avait fait ses réserves, et qu'il n'avait point considéré comme définitives ces conclusions. Il appelait, au contraire, l'attention de ses confrères sur l'objet de ses propres recherches, afin que des observations ultérieures vinssent ou les contredire, ou les confirmer définitivement.

M. Cazeaux répond que sans doute M. Dubois a trop d'expérience et de raison pour vouloir imposer des bornes à la science et enchaîner l'avenir ; mais il persiste à dire que les affirmations de M. Dubois étaient aussi absolues que des affirmations peuvent l'être quand il ne s'agit point de sciences mathématiques, et, ce qui le prouve, c'est que M. Dubois s'est cru autorisé à infliger, dans les cas de pemphigus des nouveau-nés, un traitement syphilitique aux parents, ce qui est une grave erreur pratique.

M. P. Dubois déclare qu'il n'a voulu vider aujourd'hui que la question personnelle, et qu'il reprendra la question scientifique dans la prochaine séance.

MM. Ricord et Lagneau prennent ensuite la parole. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le résumé de leurs discours.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juin 1851. — Présidence de M. Rayer.

Hémostatiques.

M. Sédillot adresse une note sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari, pharmacien à Rome. M. Sédillot rapporte, dans cette note, huit exemples d'hémorrhagies arrêtées d'une manière définitive par l'eau hémostatique de M. Pagliari, dans des conditions variées d'hémorrhagies primitives et consécutives, artérielles et veineuses.

Rupture du ligament rotulien.

M. Baudens communique un mémoire sur la rupture du ligament rotulien. (*Voir* ci-dessus.)

Température animale.

MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe adressent un quatrième et dernier mémoire sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques. Ce dernier mémoire est relatif aux *stupéfiants*. Nous publierons ce travail.

Vaccination syphilitique.

M. Auzias-Turenne continue ses communications sur la vaccination syphilitique.

Chronique et nouvelles.

On dit que l'administration des hôpitaux n'a pas jugé avec autant d'indulgence que nous la lettre qui a été publiée dimanche dernier dans la *Presse* et que l'auteur de cette lettre a été mandé devant le conseil de l'assistance publique.

— Depuis notre dernier numéro, nous avons reçu d'un de nos très bonorables collaborateurs une lettre relative au dernier concours de la Faculté, et dont la publication, d'après la demande même de son auteur, doit être ajournée de quelques jours. Cette lettre nous engage à retarder également nos propres réflexions. Nous nous bornons donc à publier aujourd'hui la répartition des voix dans les divers scrutins qui ont eu lieu.

Premier tour.

MM. Grisolle,	4 voix.	MM. Chomel, Cruveilhier, Bousquet, Patissier.
Guillot,	4	MM. Rostan, Trousseau, Duméril, Lévy.
Monneret,	3	MM. Andral, Gavarret, Piorry.
Requin,	2	MM. Bérard, Cloquet.
Beau,	2	MM. Bricbeteau Roche.

Deuxième tour.

MM. Grisolle,	4 voix.	Les mêmes.
Guillot,	3	Les mêmes, moins celle de M. Trousseau.
Monneret,	3	Les mêmes.
Requin,	3	Les mêmes, plus celle de M. Trousseau.
Beau,	2	Les mêmes.

Troisième tour.

MM. Grisolle,	3 voix.	Les mêmes, moins celle de M. Bousquet.
Guillot,	4	Les mêmes qu'au premier scrutin par le retour de M. Trousseau.
Monneret,	4	Les mêmes, plus celle de M. Bricheteau.
Requin,	4	MM. Bérard, Cloquet, Roche, Bousquet.

Quatrième tour (premier tour de ballottage entre les candidats qui ont obtenu le plus de voix).

MM. Requin,	7 voix.	MM. Bérard, Cloquet, Chomel, Cruveilbier, Bousquet, Patissier, Roche.
Guillot,	4	Les mêmes qu'au précédent tour.
Monneret,	4	Les mêmes qu'au précédent tour.

Cinquième tour (scrutin de ballottage entre MM. Guillot et Monneret pour décider lequel des deux sera ballotté avec M. Requin).

MM. Guillot,	7 voix.
Monneret,	7
Requin,	1

Ce scrutin est déclaré nul par suite de l'erreur d'un juge, qui a continué à voter pour M. Requin.

Sixième tour.

MM. Guillot,	8 voix.	MM. Rostan, Trousseau, Duméril, Lévy, Bérard, Cloquet, Bousquet, Cruveilhier.
Monneret,	7	MM. Andral, Gavarret, Piorry, Bricbeteau, Patissier, Roche, Lévy.

Septième tour (scrutin définitif entre MM. Guillot et Requin).

MM. Requin,	11 voix.	
Guillot,	4 voix.	Les mêmes qu'aux 1er, 3e et 4e tours.

Le Soued.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 77. — SAMEDI 5 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 77. — SAMEDI 5 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polype pharyngien.

Nous devons à l'obligeance d'un de nos plus savants et honorables correspondants, M. le docteur A. Thierry, la commuuication d'un des faits les plus curieux que nous offre la pathologie du pharynx.

Voici comment l'auteur expose lui-même l'histoire de ce fait remarquable :

En 1847, Etienne Dubois, demeurant rue Grange-aux-Belles, 10, âgé de seize ans, portait dans le pharynx une tumeur d'un volume supérieur à celui d'un œuf de poule, dure, rénitente, de consistance fibreuse, aplatie d'avant en arrière, fixée à la base de l'apophyse basilaire par un pédicule résistant, de consistance fibreuse, de la largeur du doigt indicateur, mais plus aplati. Cette tumeur se prolongeait en bas, et allait jusqu'à l'origine de l'œsophage ; le larynx était déprimé et porté en avant, ainsi que l'os hyoïde et la langue; la mâchoire inférieure était aussi portée en avant, et les dents incisives inférieures venaient se placer au-devant des dents incisives supérieures. La respiration était difficile, anxieuse, très hruyante. Quand on soulevait le polype pour le faire venir dans la cavité buccale, les orifices respiratoires étaient oblitérés, et le malade était sur le point de suffoquer.

Je fus d'avis qu'il fallait pratiquer une opération. Trois procédés se présentaient : la torsion, la ligature, l'excision. L'excision pure et simple aurait pu être suivie d'une hémorrhagie entretenue par les plexus veineux et très difficile à arrêter. La ligature aurait laissé dans le pharynx un corps étranger à l'état de décomposition, qui aurait pu d'un instant à l'autre par sa chute déterminer une suffocation. Je préférai employer à la fois la torsion bornée et l'excision. La torsion devait être exécutée à l'aide d'une érigne enfoncée près du pédicule, et si elle eût été insuffisante pour rompre le pédicule, celui-ci eût été coupé avec des ciseaux. Pour borner la torsion, je fis faire par M. Charrière une pince contondante, que l'on peut se figurer en imaginant une pince à anneaux, dont les mors offriraient une première coudure plus longue commençant presque immédiatement au delà de l'articulation des branches, et, vers leur extrémité, une seconde coudure beaucoup plus courte, dirigée dans le même sens, de manière à former une ligne brisée circonscrite à une même courbe. L'un des deux mors était creusé sur la convexité d'une cannelure, dont les bords étaient garnis de dents mousses; l'autre mors venait s'appliquer dans cette cannelure par sa concavité également garnie de dents mousses.

Avant de faire l'opération je voulus essayer cette pince. Je l'introduisis dans l'arrière-gorge, saisis le pédicule, et serrai très légèrement. Dans cette manœuvre, la tumeur fut portée en avant, et, quoique la manœuvre ait été faite rapidement, le malade eut un instant de suffocation. Il fut effrayé probablement, car je ne le revis plus de plusieurs années.

Dernièrement, à l'occasion de la conscription, D... vint me demander un certificat, et j'eus occasion de l'examiner de nouveau. Le polype n'existait plus. D... me dit que, quinze jours après l'introduction de la pince contondante, il sentit qu'une portion de la tnmeur se détachait et tombait dans l'œsophage. La tumeur se sépara ainsi en vingt ou trente parties qu'il avala successivement, et au bout de deux mois elle avait complétement disparu. Il n'en était survenu aucune hémorrhagie. D... n'avait senti aucune odeur, aucun mauvais goût qui puisse faire penser à la décomposition de la tumeur.

Quant aux parties environnantes, la mâchoire inférieure est toujours portée en avant; les fosses nasales sont très étroites, leur ouverture interne très déprimée de bas en haut; la respiration est encore un peu bruyante, surtout pendant le sommeil; l'ouïe est excellente. Par conséquent, les trompes d'Eustache n'ont éprouvé aucune altération.

Le polype a donc disparu; mais les déformations qui coïncidaient avec sa présence ont persisté.

Effets de l'insolation.

Voici ce que nous lisons dans un des comptes-rendus de l'expédition qui s'exécute en ce moment dans la grande Kabylie :

« Le capitaine Labaune, du 16e léger, a été frappé d'une insolation suivie d'apoplexie en enlevant une position à la tête de sa compagnie. Ce brave officier, dont l'âge avait diminué les forces, est tombé, le sabre à la main, en exerçant son commandement, en faisant son devoir. »

Les effets de l'insolation sur les affections cérébrales ont été signalés depuis longtemps, et les médecins de l'armée d'Afrique nous ont affirmé avoir observé nombre de fois des accidents analogues à celui dont nous venons d'emprunter la narration au compte-rendu de la nouvelle expédition. Mais ce qu'il n'est peut-être pas inutile de signaler, c'est que ces accidents, dont on s'explique à la rigueur le développement sous le soleil brûlant de l'Afrique, peuvent aussi se manifester sous notre ciel; c'est sur ce fait, moins généralement connu, que nous voulons appeler un instant l'attention de nos lecteurs. La revue qui a eu lieu il y a huit jours, au Champ-de-Mars, a tristement mis ce fait en lumière. A la suite de cette revue, qui, on se le rappelle, a eu lieu par une température de 26 à 30°, plusieurs soldats ont été atteints subitement d'accidents cérébraux plus ou moins intenses, caractérisés par un court délire, promptement suivis de somnolence ou même de coma; et, parmi les individus ainsi atteints, trois ont succombé, l'un moins de neuf heures après la revue, l'autre en vingt-quatre heures, et le troisième au quatrième jour. Ce dernier s'était enivré après la revue, et avait été apporté à l'hôpital dans un état de coma complet dont il s'est remis au bout de dix à douze heures, pour être repris ensuite d'accidents semblables à ceux de ses camarades; c'est à ces accidents qu'est due sa mort.

Chez le premier des trois malades qui ont succombé, l'autopsie a révélé la présence de très petites granulations fibrineuses dans les membranes de la moelle et du cerveau; chez le second on a constaté en outre, mais dans l'arachnoïde cérébrale seulement, une teinte opaline très évidente, et enfin chez le troisième il existait un véritable épanchement séro-purulent peu abondant. Tous les autres malades sont ou complétement rétablis, ou entrés dans une franche convalescence.

Ces faits n'éclairent pas seulement par leur extrême précision une question importante d'étiologie; ils jettent aussi, suivant nous, quelque jour sur des problèmes élevés de pathogénie médicale; ils montrent, avec tous les faits dans lesquels on a pu observer avec rigueur la succession des phénomènes, que, même dans les cas où l'état local semble le mieux caractérisé, cet état est encore dominé par un état général, et que c'est à cet état général que doit s'attaquer la thérapeutique pour avoir quelque chance d'agir avec utilité.

Assurément, si à une époque où la doctrine des localisations était plus en honneur encore qu'aujourd'hui, on avait fait l'autopsie du seul individu qui a succombé au quatrième jour de la maladie, on n'aurait point manqué de trouver dans les lésions anatomiques visibles l'explication suffisante de la mort. Peut-être même n'aurait-on pas hésité à croire que, si les lésions anatomiques étaient moins prononcées dans les deux autres cadavres, c'est qu'elles avaient en grande partie disparu après la mort, mais qu'elles n'en étaient pas moins la véritable cause. Aujourd'hui une telle hypothèse ne séduira qu'un bien petit nombre d'esprits sérieux. Tous les esprits dégagés d'anciennes préventions trouveront dans la rapidité d'action de la cause morbifique chez les deux premiers malades, et dans l'insignifiance des lésions locales, la preuve que cette cause a agi en troublant profondément au moins un système général organique, sinon tous les systèmes, et ils ne verront dans les lésions locales que ce qu'on y doit voir réellement, des manifestations secondaires et accessoires d'une altération générale presque toujours la seule digne de l'attention du médecin thérapeutiste dans les maladies aigus.

Nous espérons pouvoir revenir sur ces faits, qui offrent plusieurs autres détails dignes d'être sérieusement appréciés.

SUR L'INFLUENCE DE LA LITHOTRITIE

dans l'étude et le traitement des maladies des organes urinaires,

Par M. le docteur CIVIALE.

Au moment où je livre à la publicité mon troisième et dernier volume du *Traité pratique des maladies des organes génito-urinaires*, il ne sera peut-être pas sans utilité de présenter quelques réflexions sur les progrès opérés depuis peu de temps dans la partie de la chirurgie consacrée à ces affections. Ce coup d'œil rapide, en rappelant le point de départ, en mesurant la route parcourue, pourra contribuer peut-être à affermir les praticiens dans la voie des améliorations déjà réalisées, et hâter celles que l'art et l'humanité attendent de leurs travaux.

Les maladies des voies urinaires doivent incontestablement être rangées parmi les plus communes et les plus graves de celles que l'homme peut contracter. Leurs symptômes spéciaux, leur marche rapide ou indéfiniment prolongée, les angoisses cruelles qu'elles produisent ou les infirmités déplorables dont elles sont la source, enfin les classes de personnes qu'elles atteignent avec une sorte de prédilection, tout semblait se réunir pour fixer sur elles l'attention persévérante des observateurs et des praticiens. Ce sont elles cependant qui, jusqu'à notre époque, ont laissé le plus à désirer, et dont l'histoire présente encore, sur beaucoup de points importants, le plus d'incertitude et d'obscurité.

A peine affranchie de l'absurde préjugé des anciens, qui les classaient parmi celles qu'il est honteux d'avouer et d'étudier, les maladies des voies urinaires eurent à subir le joug d'un certain nombre d'idées engendrées par la routine et l'empirisme. Pendant longtemps on manqua d'observations exactes, et celles qui présentent ce caractère n'ont été et ne sont encore que trop souvent dénaturées par des interprétations arbitraires. C'est ce qui a frappé les meilleurs esprits, entre autres M. Rayer, que je me plais à citer ici, et qui lui a fait reconnaître que la pathologie des voies urinaires est restée jusque dans ces derniers temps, malgré l'importance des travaux qu'elle a fait éclore, pour ainsi dire stationnaire et remplie d'erreurs d'autant plus regrettables, que, ne se bornant pas à perpétuer des hypothèses, elles entraînent des pratiques dangereuses, qui compromettent plus ou moins directement la vie des hommes.

Un fait important, qui s'est produit de nos jours, a ouvert à la science des routes inconnues, et est devenu une source de vérités nouvelles.

On a dit, en parlant de Desault, que le plus grand éloge qu'on pût faire de cet illustre chirurgien consisterait à mettre en parallèle les méthodes introduites par lui et celles qui étaient généralement usitées vingt années auparavant. En ce qui concerne les maladies des voies urinaires, je puis dire avec autant de raison que, si l'on comparel l'état actuel de la science avec ce qu'il était il y a trente ans, on comprendra toute l'étendue de l'heureuse influence que la lithotritie a exercée sur le diagnostic et le traitement rationnel de ces affections.

En moins de trente années, l'art de broyer la pierre a non-seulement parcouru les phases diverses d'invention, d'opposition, de perfectionnement et de succès final que toute découverte pratique doit subir, mais il a opéré une incontestable révolution dans l'étude des différents états morbides de la vessie et de ses annexes.

Par un rare et heureux concours de circonstances, les observations cliniques, les expérimentations préalables et les combinaisons instrumentales se sont prêté un mutuel appui, et ont concouru au but commun en s'aidant, se confirmant, en se contrôlant les unes les autres; de telle sorte qu'il a suffi d'un petit nombre d'années pour rendre incontestables et faire admettre généralement les améliorations importantes que la nouvelle méthode de traiter les calculeux a introduites en chirurgie.

Et d'abord, l'anatomie reçut la première l'impulsion que l'idée et la pratique de la lithotritie devaient imprimer à d'autres parties de la science. C'est particulièrement en vue de l'opération de la taille et de ses méthodes qu'avaient été jusque-là étudiés la conformation, la structure et les rapports de l'urètre, du périnée, de la vessie et des organes adjacents. Mais les notions acquises dans ce but, et qui suffisaient pour diriger sûrement le cathéter, le bistouri et les tenettes, n'offraient plus le même secours pour l'emploi d'instruments nouveaux, dont le volume, la forme et surtout la direction, n'avaient avec les premiers aucune analogie. La possibilité de la lithotritie étant entrevue, l'opération ne pouvait être réalisée sans une étude préliminaire ayant pour objet de s'assurer que les dimensions des organes à parcourir, que leur souplesse, leur extensibilité, leur mobilité, leur degré de vitalité même se prêteraient aux combinaisons instrumentales et aux manœuvres opératoires indispensables. Tout le monde sait combien ces études de structure, devenues successivement plus minutieuses, ont reçu d'heureuses applications pour le diagnostic et le traitement des altérations des organes qui en ont été l'objet.

L'attention ne pouvait tarder d'ailleurs à se porter sur l'examen de ces altérations. Ce sont elles, en effet, qui, existant chez un grand nombre d'anciens calculeux, ont présenté d'abord les obstacles les plus sérieux à la lithotritie. Pour établir cette méthode, régulariser son application, déterminer ses limites, il fallait donc rechercher et distinguer dans tous leurs détails de situation, de texture, de développement et de curabilité, les lésions qui pouvaient exister dans l'urètre ou le col vésical, ou dans la vessie elle-même.

On se rappelle combien il a fallu de patientes observations, d'exercices, de tâtonnements pour éclairer et résoudre, en ce qui concerne l'art de broyer la pierre, les questions que chaque difficulté nouvelle faisait surgir.

Mais, par une conséquence inévitable de l'enchaînement des idées et des faits, ces études, entreprises d'abord dans le but spécial de la lithotritie, reçurent bientôt les plus utiles applications aux cas où les maladies qui en étaient l'objet existaient indépendamment de l'affection calculeuse. Dès lors une branche tout entière de la pathologie et de la thérapeutique s'éclaira presque tout à coup d'une lumière jusque-là inconnue. Ce que les anciens n'avaient pu même entrevoir devint d'abord possible, puis facile, et enfin du domaine commun de la pratique.

Au moyen des instruments créés pour les besoins de la lithotritie, on parvint non-seulement à constater l'existence de lésions organiques qui restaient autrefois ignorées pendant la vie des malades, mais à apprécier leurs dispositions matérielles, à suivre leurs progrès, à mesurer leurs limites, leurs connexions. En observant en même temps les désordres fonctionnels, on se rendit un compte exact de leur influence

et du mécanisme de leur action pour la production des accidents et des symptômes qui les caractérisent. Après la mort, les autopsies des cadavres vinrent confirmer ou corriger les inductions déduites des explorations directes, des études des phénomènes et même des effets des opérations et des traitements. Ces autopsies, favorables ou contraires aux opinions formées avant elles, fournirent dans tous les cas des ressources précieuses pour arriver à établir le rapport des altérations à leurs causes d'une part, à leur résultat de l'autre, et par conséquent pour donner à la thérapeutique une base aussi rationnelle et une efficacité aussi grande que possible.

Qu'une réflexion générale sur la valeur relative des moyens de diagnostic appliqués aux lésions des voies urinaires me soit ici permise : l'art possède pour établir le diagnostic trois sources distinctes : l'observation des symptômes, les explorations directes et les ouvertures des cadavres. Les anciens ne possédaient que la première; plus tard on y ajouta la troisième; la seconde est d'une introduction toute récente, et son degré d'importance, son indispensabilité même ne sont pas encore suffisamment reconnues. Par suite d'habitudes routinières chez les uns, d'ignorance des faits, ou d'absence d'habileté pratique suffisante chez d'autres, elle trouve encore de l'indifférence ou même de l'opposition.

Et cependant, l'observation des phénomènes morbides, en la supposant aussi attentive, aussi exacte qu'on le voudra, ne conduit presque jamais qu'à des approximations vagues et complétement insuffisantes pour établir le diagnostic différentiel le plus nécessaire, le seul même qui puisse guider le praticien pour le choix et la conduite du traitement. La pratique démontre chaque jour que des effets semblables, ou que des conséquences opposées peuvent, selon le degré de la lésion, les dispositions du sujet, la vitalité et l'énergie des organes, ou d'autres conditions du même ordre, résulter de la plupart des maladies de l'urètre, de la prostate ou de la vessie. Je pourrais citer vingt exemples à l'appui de cette proposition, qui ne sera d'ailleurs contestée par personne, et de laquelle il résulte que, si l'on se borne, comme on le fait encore trop souvent, à la seule interprétation des phénomènes morbides pour établir le diagnostic des affections des organes urinaires, il est difficile, si ce n'est impossible, de se garantir des erreurs les plus dangereuses.

Par la même raison que des désordres fonctionnels identiques se produisent sous l'influence d'altérations organiques très différentes, les ouvertures des cadavres restent impuissantes pour résoudre le problème et sont en quelque sorte frappées de stérilité. Elles constatent bien, en effet, que chez un sujet qui a présenté tels ou tels symptômes existent certaines altérations des organes; mais comme dans une autopsie suivante, les mêmes symptômes ayant existé, on trouvera des altérations différentes, il sera impossible d'en tirer aucune lumière assurée pour le diagnostic chez un troisième malade.

C'est cette incertitude irrémédiable et cette complication qui ont retenu si longtemps la pathologie des voies urinaires dans un état déplorable d'infériorité, malgré les efforts des hommes les plus éminents. La lithotritie, en donnant à l'art des moyens d'exploration directe et exacte, lui a manifestement fourni un troisième procédé qui, s'interposant entre les deux autres, les éclaire et assure la solution du problème.

Le résultat général des travaux préparés pour la lithotritie est donc celui :

Dans l'état actuel de la science, lorsqu'un malade atteint de désordres des fonctions de l'appareil urinaire réclame les secours de l'art, le praticien, après avoir pris connaissance du commémoratif et des phénomènes actuels de la maladie, doit tout d'abord explorer les organes souffrants, non plus seulement avec l'algalie ordinaire et pour s'assurer de l'existence d'un calcul, mais au moyen des procédés et des instruments que les progrès de l'art ont mis récemment à sa disposition. L'état normal des parties étant bien connu, l'expérience ayant appris à le constater, il est évident qu'avec une habitude suffisante chez le chirurgien, une préparation convenable des organes, telle qu'une distension modérée de la vessie par une injection, et enfin des instruments appropriés à leur destination; il est évident, dis-je, que, ces conditions étant réunies, les résultats obtenus ne seront plus du domaine des hypothèses ou des inductions arbitraires, mais d'une certitude d'autant plus grande qu'ils pourront être aussi souvent que de besoin vérifiés par des explorations ultérieures.

Alors même que ces explorations sont négatives, elles placent encore le praticien sur la voie de la vérité : elles ne lui font pas distinguer sans doute ce qui existe; mais, en constatant la non-existence de ce qui pourrait se rencontrer, elles lui permettent d'arriver, par une méthode d'élimination ou de défalcation dérivant de la lithotritie, à restreindre le champ des suppositions dans des limites si étroites que le véritable état des organes ne peut guère lui échapper.

Ces résultats ont été spécialement d'une très grande importance dans l'étude du catarrhe vésical, de l'hématurie, de la rétention et de l'incontinence d'urine, généralement considérées jusqu'ici comme des lésions essentielles et qui ne sont cependant dans la plupart des cas que des conséquences secondaires ou même tertiaires d'altérations morbides dont l'existence n'avait pas été constatée.

On l'a dit avec raison, l'art tout entier est dans le diagnostic. Sous ce point de vue, les procédés nouveaux d'exploration sont destinés à exercer l'influence la plus puissante sur la thérapeutique des maladies des voies urinaires. Leurs avantages ne sauraient être révoqués en doute. L'histoire démontre qu'avant l'époque de la lithotritie les lésions organiques de la vessie n'étaient presque jamais exactement connues au lit des malades. Ceux-ci restaient soumis à des traitements hasardés ou empiriques, qui ajoutaient la plupart du temps à leurs angoisses. Le résultat le moins douteux, mais non le moins déplorable de cette imperfection du diagnostic, était, pour les praticiens les plus réservés et les plus sages, la perte d'un temps précieux consacré à des médications innocentes et durant lequel les lésions organiques atteignaient à un développement qui rendait inutiles les ressources de la chirurgie. Il faut toujours se rappeler qu'en chirurgie ce ne sont pas les phénomènes ou les symptômes que l'on traite, mais bien les états matériels qui les produisent.

Mais ce ne sont pas seulement des indications rationnelles que les applications de la lithotritie ont introduites dans la thérapeutique des lésions de la vessie, du col vésical, de la prostate et de l'urètre. Ses instruments, diversement modifiés, ont fourni des moyens directs d'attaquer ces affections avec une sûreté et une précision dont la chirurgie des temps antérieurs ne pouvait concevoir la possibilité. C'est ainsi que le col de la vessie a pu être cautérisé et incisé en divers sens, la prostate comprimée, les fongus vésicaux arrachés ou broyés; c'est ainsi encore que, par suite d'une connaissance plus exacte de la vitalité de la vessie, on a pu porter dans la cavité de ce viscère des injections à diverses températures et plus ou moins excitantes. Dans quelques-uns de ces cas, la lithotritie a continué les travaux entrepris pour le traitement exclusif des rétrécissements de l'urètre; il les a étendus en les perfectionnant.

Si précieuses et si multipliées que soient ces conquêtes, et les améliorations obtenues dans l'étude des maladies des voies urinaires, le champ du progrès n'est pas épuisé; bien des obscurités demandent de nouvelles recherches, nombre de procédés de traitement sont encore à l'état d'ébauche et manquent d'une efficacité suffisante; enfin, des indications restent vagues et incertaines faute de moyens de diagnostic assez précis. J'ai insisté dans le cours entier de l'ouvrage que je présente à l'Académie sur ces désidérata de la science, et j'ai la conviction que les principales lacunes signalées seront graduellement comblées. Mais la seule voie à suivre pour atteindre ce but si dérable est celle qui a été parcourue depuis les travaux dont j'ai cherché à retracer les progrès. Que les praticiens s'attachent de plus en plus à l'exploration directe des organes malades, qu'ils se familiarisent avec la manœuvre des instruments qu'elle nécessite, qu'ils acquièrent à force d'expérience cette délicatesse de tact, cette sorte d'intuition manuelle qui permet de distinguer à travers des parties resserrées et malgré de nombreux intermédiaires les modifications pathologiques des organes. Les premières notions que les débutants parviendront à recueillir seront sans doute confuses; mais en insistant, en procédant avec la méthode et les précautions recommandées, en soumettant leurs sensations à une analyse sévère, tout s'éclaircira graduellement dans leur esprit, et ils atteindront d'autant plus sûrement le but que l'expérience acquise leur facilitera le moyen d'éviter les écueils dont la route est semée.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques ;

Par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Quatrième mémoire sur les STUPÉFIANTS.

Les auteurs de ce mémoire terminent aujourd'hui l'exposé de leurs recherches en soumettant au jugement de l'Académie les résultats de leurs expériences sur les stupéfiants; ils en ont pratiqué un certain nombre en introduisant directement les substances dans le système veineux.

Opiacés. — Le résultat final des expérimentations a toujours été un abaissement de température, parfois considérable, et, dans certaines circonstances, il s'est produit avec une grande rapidité.

Acétate de morphine. — Deux fois il a été porté dans l'estomac et deux fois dans le torrent de la circulation veineuse. Dans le premier mode d'expérimentation, les doses ont été de 0,20 et de 0,30 dans 120 gr. d'eau à 35°; la diminution de la chaleur a été, chaque fois, de 3°. Un des chiens a succombé le lendemain, dans la journée; mais l'autre a survécu. Les effets de la calorification furent très rapides ; ainsi le médicament avait été mis en contact avec l'estomac depuis une heure à peine, que déjà le thermomètre avait baissé de 2°,9 dans un cas et, dans l'autre, de 2°,3.

Avec 0,05 injectés dans une des veines crurales, unis à 60 gr. d'eau à 35°, on a noté une diminution de 3° et de 5° avec 0,12. Les animaux ne sont morts que le lendemain, au bout de 24 à 28 heures.

Ce changement dans la calorification a été très prompt, car avec 0,12 l'animal a perdu 1° en 18 minutes et 3°,2 en 42 minutes ; avec 0,05, le thermomètre est descendu de 1°,7 en 25 minutes et en 55 minutes de 2°,6. L'abaissement a continué ensuite, mais avec plus de lenteur. L'acétate de morphine a donc exercé sur les forces de la vie une action assez puissante pour que la température animale, cette manifestation palpable, évidente du jeu normal des organes, ait été profondément modifiée dans un temps très court.

La *codéine* a été donnée deux fois : la première, par l'estomac, à la dose de 0,20. Il y eut d'abord un léger abaissement; mais bientôt, par suite de la réaction vitale, il y eut une petite élévation qui, au bout de onze heures, n'avait pas dépassé 1°. La seconde fois, 0,10 furent injectés dans les veines, et les effets eurent infiniment plus d'énergie. En 45 minutes, le thermomètre baissa de 3°; puis, la réaction vitale se manifestant, la température, en onze heures, était presque revenue à son point initial. L'animal, du reste, se remit parfaitement.

Laudanum de Rousseau. — A deux reprises, il a été porté dans l'estomac à la dose de 4 gr. et une fois à celle de 8 gr. Avec 4 gr. dans un cas, et avec 8 gr., on a obtenu 2° d'abaissement. Dans la seconde, avec 4 gr., contrairement aux résultats précédents, la température, restée d'abord stationnaire, s'est élevée de 0°,4 au bout de deux heures, et, cette élévation persistant, elle était de 1° à la cinquième heure.

Si donc on laisse de côté ce dernier fait, qui est exceptionnel, on voit que le résultat habituel des préparations opiacées consiste en un abaissement de la température, lequel est considérable et très prompt.

Stupéfiants *fournis par la famille des* solanées.

Extrait de belladone. — Trois expériences ont été faites avec 0,20, 4 gr., puis 12 gr. Le résultat final fut une diminution de la température variant depuis 0°,2 jusqu'à 1°,3, et cette dernière limite ne fut atteinte qu'avec 12 gr., dose énorme, si l'on songe aux effets toxiques ordinaires de cette substance qui, sans avoir déterminé un trouble très considérable dans le jeu des organes, a cependant causé la mort en 36 à 40 heures. Or, on peut se demander si les perturbations apportées à l'exercice normal des fonctions sont toujours liées à des modifications de la température, ou si, au contraire, elles peuvent en être indépendantes.

Atropine. — Ce principe actif de la belladone, introduit dans l'estomac à la dose de 0,25, a déterminé un abaissement de 0°,5, suivi d'une petite élévation qui, au bout de dix heures, était de 1/2 degré. Mais ses effets ont été bien plus marqués par son mélange direct avec le sang. La dose injectée fut trois fois de 0,20. Dans une des deux premières expériences, 20 minutes et, dans la seconde, 40 minutes étaient à peine écoulées, que déjà une dépression de 2° s'était manifestée. Chez le troisième chien, le refroidissement n'a commencé qu'à la quatrième heure, et seulement après une élévation de 0°,6 ; mais, au bout de dix heures, il était de 3 degrés.

Tabac. — 8 et 15 gr. en décoction, introduits dans l'estomac, ont amené, dans la température, quelques oscillations dont le résultat, en définitive, s'est traduit par une augmentation de 0°,6 dans un cas et de 1°,6 dans l'autre.

Extrait alcoolique de semences de datura stramonium. — Expérimenté aux doses de 1 et de 4 gr., il a déprimé la température de 0°,8 en une heure, à la dose la plus faible, et c'est à la cinquième heure seulement qu'elle est revenue à son chiffre initial. La dépression, dans le second cas, a été de 1°,4 ; elle s'est maintenue la même pendant plus de trois heures, et n'avait pas encore cessé cinq heures après le début de l'expérience. Dans un troisième cas, 1 gr., au contraire, a, dès les premiers moments, produit un peu d'élévation, et on a noté 1°,3 au bout de cinq heures.

Extrait de jusquiame. — Dans deux expériences avec 10 et 30 gr., il y eut d'abord léger abaissement, puis un peu d'accroissement. Une élévation franche de 0°,8, dès l'origine, s'est montrée avec 2 gr. ; elle ne s'est produite, au contraire, qu'au bout de quatre heures avec 15 gr.

En résumé, si l'on excepte le tabac, avec lequel les essais n'ont été ni assez nombreux, ni par conséquent assez concluants, et la jusquiame, dont les effets définitifs paraissent être d'exciter la fonction de la calorification, les principaux médicaments de la famille des solanées agissent sur cette fonction à la manière des opiacés, mais avec un peu moins d'énergie. Le trouble qu'ils apportent dans l'économie, et en particulier dans les fonctions du système nerveux, sont cependant bien manifestes. La différence dans l'intensité de leur action comme modificateur de la température animale tiendrait-elle à ce qu'ils exerceraient leur influence sur d'autres points du système nerveux que les opiacés? Et si, par hypothèse, la production et la persistance de la chaleur dépendent de certaines parties du système nerveux plutôt que de certains autres, ne pourrait-on pas chercher peut-être dans cette supposition une explication de la dissemblance dont il s'agit?

Cyanure de potassium. — Huit expériences ont été pratiquées. Dans cinq d'entre elles le médicament a été donné à des doses non toxiques pour les animaux, mais cependant assez puissantes pour produire dans l'économie de graves désordres et spécialement de la stupéfaction. Elles furent trois fois de 0,01 et deux fois de 0,025. Avec 0,01, on a noté, au commencement de l'expérience, une faible dépression, et peu de temps après, la réaction vitale l'emportant, le thermomètre est remonté et il est revenu à son point de départ ou l'a même dépassé de 1°,4 ou de 2°,7. 0,025 ont produit une diminution longtemps prolongée qui a été jusqu'à 1° dans un cas, et jusqu'à 1°,8 dans un autre ; ce n'est qu'au bout de quatre et de sept heures que la température s'est relevée. La mort, précédée de mouvements convulsifs, est arrivée en une demi-heure environ, quand on a porté dans l'estomac 5, 25 et 50 centigrammes de cet énergique médicament ; mais dans ce court espace de temps il est survenu un trouble considérable dans la calorification, qui, déprimée dans les premiers instants, a subi un abaissement continu qui n'est pas resté au-dessous de 1°, et a atteint dans une expérience 1°,9.

Ainsi le cyanure de potassium abaisse la température. Comme pour tout autre substance, l'action déprimante est vaincue par la réaction vitale lorsque les doses sont faibles, et la chaleur augmente alors un peu. A haute dose, au contraire, l'action déprimante persiste jusqu'à ce que la mort arrive.

FIÈVRE PÉRIODIQUE PERNICIEUSE

manifestée par une toux convulsive,

Par le Dr G. Girvelli, médecin-chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Maurice et Saint-Lazare.

Mademoiselle M. G., de Turin, âgée de 18 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution débile, à menstruation habituellement irrégulière, dans un état d'aménorrhée complète depuis six mois, fut assaillie le 15 octobre par une toux forte et sèche accompagnée d'un léger degré de fièvre. Sur la nature de la toux et des symptômes concomitants, je diagnostiquai une légère bronchite, à laquelle elle avait été sujette pendant l'hiver passé, et qui avait cédé sous

l'influence de trois saignées et de quelques simples remèdes. Après avoir en vain essayé, pendant deux jours, un traitement simple, je fus contraint, par la persistance de la toux et par le développement d'un notable degré de fièvre, à saigner deux fois la malade. Le sang extrait de la veine se présenta beau et sans trace de couenne.

Le matin du 19, je trouvai la malade en très bon état, sans toux ni fièvre, ce qui me la fit croire dans un état de parfaite convalescence ; mais vaine fut ma supposition!... Vers le soir du même jour, après quelques frissons, elle fut assaillie tout à coup par un violent accès de toux spasmodique se manifestant pendant les inspirations, qui étaient courtes, imparfaites, rapprochées les unes des autres, interrompues par des inspirations soudaines et profondes simulant le bruit de l'âne qui brait; et cet accès dura pendant neuf heures consécutives, avec quelques minutes seulement de rémission. Pendant cet accès tout le système musculaire était atteint de tremblement et de convulsions ; la face injectée, bleue et tuméfiée, avec turgescence des veines; les lèvres livides, les yeux saillants et inondés de larmes, le pouls très fréquent et fort, etc., etc. L'accès terminé ; la malade resta pendant quelques heures dans l'abattement et la stupeur, avec les idées confuses et comme délirant.

A ma visite du 20 au matin, je la trouvai très tranquille et profondément endormie, et je prescrivis seulement un mélange calmant, me contentant d'attendre si l'accès du jour précédent se montrerait de nouveau. J'attendis, et vers le soir, précisément à la même heure, reparut la toux accoutumée, précédée de frissons, et elle dura encore sans interruption pendant neuf heures, avec le même caractère et avec une intensité plus grande que le jour précédent ; ce qui nous fit craindre, non sans raison, que la vie fût éteinte par la suffocation.

Persuadé dès lors de la périodicité de cette toux si pernicieuse, j'attendis la période de calme et je prescrivis une dose d'hypersulfate de quinine.

Je revins voir la malade vers le soir, et je la trouvai avec satisfaction tranquille et contente, parce que l'accès avait été moins violent, plus léger et plus court. J'ordonnai pour la seconde fois le spécifique, et dès lors elle n'eut plus à souffrir la moindre attaque de toux. Après une convalescence de quelques jours, elle recouvra le bénéfice de la menstruation pour revenir à son ancien état de santé.

(*Gaz. med. ital.* (*Stati Sardi*) et *Gaz. méd. de Lyon.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 1er JUILLET 1851.

DISCOURS DE M. RICORD SUR LE PEMPHIGUS, LES ABCÈS DU POUMON ET DU THYMUS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

J'ai pensé que ma position spéciale me faisait un devoir de donner à l'Académie mon opinion personnelle et le résultat de mon expérience sur les intéressantes questions traitées dans l'avant-dernière séance, questions de nosologie et de thérapeutique.

Sous le point de vue nosologique, on peut dire que les syphiliographes sont généralement restés à la superficie de la question, ils n'ont guère considéré la syphilis que dans ses manifestations les plus extérieures ; au delà de la peau des muqueuses, du tissu cellulaire sous-cutané, du tissu fibreux et osseux, ils n'ont plus rien vu. Hunter lui-même n'avait-il pas nié que la syphilis pût atteindre les testicules ? N'était-il pas convaincu que les muscles échappaient à son action ? Et cependant, qui de nous aujourd'hui doute des affections syphilitiques des organes sécréteurs du sperme et du tissu musculaire ? J'ai, pour ma part, rencontré des altérations syphilitiques non-seulement dans les muscles des membres, mais encore dans l'épaisseur du cœur. Le cerveau, le foie, les poumons nous ont aussi offert des altérations que nous nous sommes cru en droit de rattacher à la syphilis. Poser des bornes à l'infection syphilitique, c'est poser des bornes à la nature et à l'art. Comment supposer qu'un empoisonnement qui porte d'abord sur l'élément de la nutrition, sur le sang, et qui persiste, ne pénètre pas l'économie tout entière ? Que quelques organes résistent plus que d'autres; qu'ils laissent passer à travers leur crible, qu'ils tamisent pour ainsi dire, l'agent morbifique que le sang charrie pendant des temps plus ou moins longs, c'est possible ; mais on comprend aussi qu'ils puissent finir par s'affecter, et c'est aussi ce que l'expérience enseigne.

Toutefois, sous le point de vue de ce que la syphilis peut produire, il faut tenir compte de deux actions distinctes : l'une spécifique, l'autre analogue à celle des causes communes, et pouvant donner lieu aux mêmes résultats que ces dernières, en altérant, en viciant l'organisme.

Pour ne pas sortir des questions qui sont ici agitées, je vais d'abord parler du pemphigus.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du pemphigus, et, parmi eux, ceux qui s'en sont occupés d'une manière générale, Gilibert dans sa *Monographie* et Krauss dans sa thèse sur le pemphigus *neonatorum*, n'ont jamais rattaché le pemphigus à la syphilis; et cependant, pourquoi le pemphigus ne pourrait-il pas être syphilitique ? Est-ce une forme cutanée si absolument distincte des autres formes, qu'il faille à la rigueur la classer à part ? Comment! lorsque nous voyons la peau se plaindre de la syphylis en employant son langage le plus varié ; lorsque nous savons qu'il n'est pas une forme d'affection cutanée vulgaire qui n'ait sa variété syphilitique, pourquoi n'oserait-elle plus, sous l'influence de cette cause, produire une bulle ?

Sans doute il y a des manifestations que la syphilis signe de manière à se faire toujours reconnaître ; mais est-ce à dire qu'il en est toujours ainsi ? Non, sans doute. Dans certaines circonstances, les caractères peuvent être moins tranchés ; surtout à mesure qu'elle vieillit, qu'elle pénètre plus avant dans l'économie, et qu'elle perd ainsi de sa physionomie.

D'un autre côté, comme je l'ai déjà dit, la syphilis, en altérant la constitution, peut agir à la manière des causes communes qui tendent aux mêmes résultats, et s'il est vrai que le pemphigus soit souvent la conséquence de mauvaises conditions hygiéniques, telles que : habitation malsaine, nourriture mauvaise, insuffisante, etc., ne peut-il pas, chez le fœtus, se développer de la même manière ? Une mère, sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, ne constitue-t-elle pas une habitation malsaine, et ne lui envoie-t-elle pas de mauvais matériaux de nutrition ?

Sans doute la distinction à faire entre le pemphigus comme affection spécifique, le pemphigus comme résultat d'une organisation viciée mais sans spécificité, et le pemphigus accidentel, intercurrent, comme vous le voudrez, est impossible, attendu qu'il n'y a pas un signe pathognomonique qui serve à les différencier, comme cela a lieu pour beaucoup d'autres formes d'affections cutanées. Aussi ai-je longtemps hésité à admettre un pemphigus syphilitique. Mais lorsque l'observation m'a présenté des malades chez lesquels des antécédents étaient incontestables, chez lesquels aussi le pemphigus s'était développé avec d'autres accidents caractéristiques de syphilis secondaire marchant avec eux, vivant de leur vie, pour ainsi dire, influencés par les mêmes médications pour disparaître et récidiver avec eux, quand la médication était suspendue, je me suis cru autorisé à admettre un pemphigus syphilitique ou tout au moins un pemphigus produit par la syphilis.

Quant aux lésions pulmonaires, il n'y a pas de doute que la syphilis ne puisse les produire. Les anciens les avaient déjà parfaitement entrevues. Les observations de Lieutaud sont peut-être les plus remarquables sous ce rapport; cependant, moins avancés que nous en anatomie pathologique, leurs observations pourraient être contestées si nous n'avions par devers nous des faits plus concluants. S'il nous a été donné de trouver des altérations du poumon parfaitement analogues à celles qu'a décrites M. Depaul et qu'on ne pouvait pas confondre avec des altérations tuberculeuses proprement dites, leur siége n'était pas le siége fatal de prédilection de ces dernières; il était impossible de les rattacher soit à la pneumonie simple, soit aux abcès multiples métastatiques, soit aux frins dits de résorption. Elles se reliaient, au contraire, parfaitement bien à d'autres accidents bien caractéristiques de la syphilis et appartenant à la même période, tels que tubercules profonds du tissu cutané, tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, affections du tissu fibreux et osseux, etc. L'anatomie pathologique nous a permis de vérifier ces altérations dans des cas rares sans doute; car, dès que la vérole abandonne les surfaces, elle nous échappe souvent pour tomber dans d'autres mains moins prévenues sur la cause spéciale que nous devons plus spécialement poursuivre; il nous a été aussi donné de suivre ces altérations sur le vivant et de trouver des malades qui, présentant actuellement des signes extérieurs et incontestables de syphilis tertiaire, présentaient en même temps tous les signes de la phthisie pulmonaire, moins la présence de la matière tuberculeuse dans les crachats, et qui, dans les conditions les plus graves d'une apparente phthisie arrivée à son dernier terme, en guérissaient cependant sous l'influence d'un traitement antisyphilitique en même temps et quelquefois plus tôt que les autres accidents.

Toutefois, en admettant que la syphilis puisse produire les accidents dont nous venons de parler, soit le pemphigus, soit les altérations pulmonaires, etc., comme nous n'avons pas encore ici de signes pathognomoniques qui différencient ces lésions, quand elles existent seules, d'altérations analogues que d'autres causes pourraient produire, on n'est pas encore en droit de conclure, d'après elles seules et en l'absence de tout antécédent et de tout symptôme concomitant, à l'existence de la syphilis, surtout lorsqu'il s'agit d'hérédité et qu'on a à prendre ces lésions comme point de départ d'un traitement qui doit être appliqué aux parents.

J'arrive par conséquent à la seconde question traitée devant l'Académie, c'est-à-dire à la question thérapeutique.

On a dit que le traitement antisyphilitique n'avait d'influence que sur les manifestations de la syphilis, qu'il était inutile de recourir à lui quand il n'existait actuellement aucun symptôme de syphilis. De là on est arrivé à soutenir cette thèse, à savoir : qu'il était inutile de faire subir un traitement antisyphilitique à un père ou à une mère qui, n'ayant actuellement aucune manifestation syphilitique, bien que sous l'influence de la diathèse, auraient donné naissance à des enfants infects.

Mais il me semble qu'on oublie ici qu'un enfant naissant avec les symptômes de syphilis constitutionnelle est une véritable manifestation de la syphilis des parents. D'un autre côté, je suis bien convaincu que personne dans cette enceinte ne serait satisfait d'un traitement antisyphilitique limité à la première disparition des accidents. Ainsi, une syphilide, qui après huit jours de médication se serait effacée, vous ferait-elle croire à la guérison du malade ?

L'expérience de tous les jours ne nous a-t-elle pas appris que, si nous ne savons pas la quantité absolue de mercure à employer pour guérir une vérole, nous savons au moins que plus un traitement est convenablement continué, et dans des proportions relatives au malade, et plus aussi la guérison se maintient. Si, comme le pensait Hunter, il ne détruit pas la diathèse, il empêche au moins ou retarde plus ou moins longtemps, plus ou moins définitivement les manifestations. Nous pouvons affirmer que nous avons vu, dans un grand nombre de circonstances, un traitement méthodique administré à des parents infectés, qui jusque-là avaient eu soit des enfants venant avant terme, soit morts à terme, soit vérolés après la naissance, leur permettre d'avoir désormais des enfants bien portants ; que si la médication de nouveau était suspendue de manière à permettre des récidives ; de nouveaux enfants naissaient infectés. Notez bien qu'ici, pour accepter les lois que je formule, c'est toujours d'après l'étude de la mère à l'enfant que je me suis dirigé ; car si la paternité est douteuse, il n'en est pas de même de la maternité.

Cette manière d'envisager la question avait même fait croire à quelques personnes que je n'admettais l'hérédité que de la mère à l'enfant, ce qui est inexact. J'admets seulement qu'ici l'hérédité est incontestable.

D'après donc ce que je viens de dire, toutes les fois que des symptômes incontestables de syphilis se seront manifestés sur un enfant, et qu'on aura la conviction que le père ou la mère, ou les deux à la fois, auront subi l'infection syphilitique, il sera nécessaire de les soumettre à un traitement antisyphilitique ; mais dans ce cas seulement. Il ne suffira jamais d'un symptôme contestable chez l'enfant, d'un antécédent douteux chez les parents, pour faire subir un traitement plus ou moins ennuyeux, plus ou moins compromettant, et faire ce que j'ai vu dans certaines circonstances, c'est-à-dire administrer un traitement antisyphilitique à de prétendus pères coupables peut-être quelque vingt ans auparavant de la plus innocente chaude-pisse, sans pour cela avoir été, plus tard, coupables ni de l'enfant, ni de la maladie de celui-ci ; car, on le sait, si le Code civil est un signe certain de mariage, ce n'est pas un signe pathognomonique de paternité. En conséquence, non-seulement je ne veux pas appliquer un traitement mercuriel aux parents lorsque l'enfant ne me présente que des signes douteux de syphilis ; mais encore ces signes seraient-ils certains, qu'il me faudrait trouver dans les antécédents des parents la raison rigoureuse de ces accidents, la syphilis constitutionnelle de l'enfant pouvant être étrangère à la mère et au mari de celle-ci.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA CINQUIÈME LEÇON (1).

Les *influences pathogéniques* de la chaleur sont nombreuses, indépendamment de celles qui se lient à son action indirecte, à celle, par exemple, qu'elle exerce sur le dégagement des miasmes paludéens.

L'action directe des rayons solaires sur la peau produit souvent un érythème très douloureux connu sous le nom de *coup de soleil;* parfois même elle produit des vésicules suivies d'ulcérations ; les congestions cérébrales, les méningites du cerveau ou de la moelle, l'encéphalite, peuvent se développer sous l'influence de la même cause, ainsi que vous pouvez le voir dans les ouvrages de MM. Andral, Parent-Duchatelet, Martinet, Rilliet et Barthez, etc.

La chaleur exerce une action remarquable sur le développement des affections du système nerveux. Vous savez quelle est la fréquence du tétanos dans les contrées tropicales ; les convulsions, la folie, la monomanie suicide, l'hystérie, l'hypochondrie, sont favorisées par la chaleur. Sur 930 cas d'aliénation mentale occasionnée par des causes physiques et réunis par Esquirol et M. Revolet, on en compte 21 qui se rattachent à l'insolation ; sur 907 suicides relevés par Prévost, Casper et Esquirol, 534 ont eu lieu pendant les deuxième et troisième trimestres de l'année, 373 seulement pendant les premier et quatrième. En Russie, suivant Marshall, on observe 1 suicide sur 38,882 habitants entre le 42 et le 54° de latitude, et 1 suicide sur 56,777 habitants entre le 54 et le 64° ; la calenture a été attribuée à une influence de même nature, et pendant nos guerres d'Afrique on a vu des soldats exposés depuis longtemps à l'ardeur d'un soleil brûlant pousser des cris, être pris de délire, avoir des hallucinations et même se suicider.

L'action de la chaleur n'est souvent pas étrangère au développement de l'érysipèle et de la pourriture d'hôpital.

La dysenterie, les fièvres éruptives, le choléra, la fièvre typhoïde, se montrent de préférence en été et dans les pays chauds.

Enfin la chaleur exerce sur le développement des maladies du foie une action qu'il importe d'étudier avec soin, mais dont nous nous occuperons à propos des climats, parce que à la chaleur viennent se joindre d'autres agents, et que le modificateur est complexe.

Le séjour dans un lieu trop échauffé artificiellement produit des vertiges, des congestions cérébrales, des syncopes, et d'autres accidents plus ou moins graves ; mais sans aller jusqu'à ces points extrêmes, nous croyons que le séjour habituel dans un appartement dont la température est celle que présente la plupart des hôtels de Paris chauffés par des calorifères, exerce sur l'organisme une influence très fâcheuse; la peau perd de son ressort, de sa vitalité ; les fonctions de respiration, d'hématose, de calorification, s'allanguissent ; la circulation capillaire périphérique perd de son activité ; le sang lui-même est modifié dans sa composition, et nous n'hésitons pas à attribuer en partie au séjour dans des appartements trop chauds un grand nombre des chloroses, des anémies, des névropathies, des débilités générales que l'on observe si fréquemment chez les femmes appartenant aux classes les plus riches de la société.

La chaleur est par elle-même une cause de mort, ainsi que vous le savez par les expériences sur les animaux et par les cas de mort qui, pendant les fortes chaleurs de l'été, frappent souvent les moissonneurs au milieu de leur travail des champs ; quelle est la cause de la mort dans ces circonstances ? M. Londe croit qu'il faut la chercher dans une véritable asphyxie, M. Lévy dans une violente congestion cérébrale ; les expériences de M. Magendie démontrent que, chez les animaux qui ont succombé sous l'influence de l'élévation de la température, on rencontre constamment les altérations suivantes ;

La surface de la peau et des muqueuses présente çà et là des taches ecchymotiques qui résultent de l'épanchement hors des vaisseaux d'un sang privé des qualités qui le rendent propre à circulation ; les poumons, le foie, les reins surtout sont infiltrés de sang; ce liquide lui-même est profondément altéré ; si on le recueille dans un vase, il se coagule à peine, et quand il se forme un caillot, celui-ci reste toujours diffluent et noir ; le sérum est trouble et coloré par des globules qu'il tient en suspension. A l'analyse, on trouve une diminution notable de la fibrine, qui est comme transformée et a perdu de sa ténacité naturelle.

On a prétendu que la chaleur atmosphérique s'opposait au développement de la phthisie pulmonaire, ou du moins rendait cette maladie extrêmement rare ; Casimir Broussais, s'appuyant sur des statistiques recueillies sur une population exceptionnelle, composée de nos soldats, a soutenu cette opinion et établi qu'en Afrique, sur 102 cas de mort, un seul appartenait à la phthisie pulmonaire ; mais cette maladie sévit avec violence à Livourne, à Florence, à Gibraltar, à Malte, en Espagne, en Portugal ; M. Levacher a signalé sa fréquence aux Antilles, M. Dujat à Madère et à Rio de Janeiro, Clark à Calcutta et aux Indes occidentales. A Marseille, les décès par phthisie pulmonaire atteignent 25 0/0 ; à Gênes, 17 0/0 ; à Naples, 40 0/0, suivant M. Journé ; et dans les hôpitaux de la Martinique, M. Rufz a rencontré la phthisie non moins fréquemment que dans les hôpitaux de Paris.

A la question de la chaleur atmosphérique se rattachent celle des influences pathogéniques et thérapeutiques exercées par la saison estivale, par les climats chauds ; celle des règles que doit suivre l'homme pour se soustraire à l'action délétère de la chaleur, ou pour en diminuer les effets ; celle de l'acclimatement dans les contrées tropicales, etc. Pour éviter les répétitions, nous renverrons tout ce qui nous reste à dire à cet égard aux leçons dans lesquelles nous nous occuperons des *saisons*, des *climats*, des *localités*, etc.

L'application de la *chaleur artificielle* est d'une grande importance pour le médecin, auquel elle fournit des ressources précieuses pour la curation d'un grand nombre de maladies ; mais ici nous entrons dans le domaine de la thérapeutique, et il ne nous est pas permis de nous engager bien avant dans cette voie d'usurpation. Nous nous bornerons par conséquent à quelques indications.

La chaleur sèche employée au moyen de l'étuve partielle est, suivant le degré de température auquel on s'arrête, un *sudorifique* ou un *révulsif immédiat*, un *agent irritant transpositif.*

Lorsqu'on veut obtenir l'*effet sudorifique, simple, spoliatif* ou *dépuratif*, il ne faut point que la température de l'étuve dépasse 40 à 50°. En la maintenant dans ces limites, l'opération peut avoir une durée de plusieurs heures sans que le malade en éprouve la plus légère incommodité. La sueur s'établit, par évaporation d'abord, par transsudation ensuite, et elle ne tarde point à devenir tellement abondante qu'elle ruisselle sur tout le corps, et qu'il est facile d'en recueillir une grande quantité dans des assiettes placées au-dessous du siége ; la tête, qui reste exposée à l'air libre, ne

---

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai ; 3, 10, 17 et 28 juin.

transpire pas moins que les parties entourées par les couvertures; l'air frais introduit dans les poumons, et de l'eau froide ingérée dans l'estomac tous les quarts d'heure et par petites quantités, maintiennent la respiration et la circulation dans un calme parfait; le sujet, au lieu d'éprouver l'excitation générale qui accompagne l'administration des médicaments sudorifiques, accuse une sensation de bien-être; en un mot, le calorique est ici un véritable *excitant spécial*, il n'exerce aucune action pyrétogénétique, et il serait impossible d'obtenir par un moyen différent une sueur aussi abondante sous des conditions générales aussi favorables. La durée de l'opération varie d'ailleurs suivant les indications et les conditions individuelles.

Ce procédé doit certainement être préféré à tous les agents médicamentaux dans les cas où la médication sudorifique est indiquée.

Lorsqu'on veut obtenir l'effet révulsif, la température de l'étuve doit être portée rapidement à + 60 ou 65°. On voit alors survenir des phénomènes qui ont été bien décrits par Rapou : « Chaleur brûlante de la peau, vitesse et développement du pouls, battement des artères temporales, quelquefois léger gonflemnt des veines du front. Une sueur abondante se manifeste sur toutes les parties du corps, et principalement à la tête; la bouche est quelquefois sèche et la soif vive; on éprouve le plus souvent une légère pesanteur de tête. » Il faut ajouter : si la température de l'étuve dépasse les limites que nous avons indiquées, si la température animale s'élève de 2 à 3° (température prise sous la langue), si l'opération se prolonge au delà d'un espace de temps qui varie, suivant les individus, entre 30 et 45', le pouls s'accélère notablement et bat de 100 à 130 fois par minute; les mouvements du cœur deviennent énergiques, tumultueux, irréguliers; la respiration est précipitée, suspirieuse; la face est rouge, congestionnée; les artères battent avec force; le malade éprouve des bourdonnements d'oreille, de l'anxiété, quelquefois des nausées, et si alors on ne se hâte point d'abaisser la température de l'étuve, il survient une perte de connaissance produite par une congestion cérébrale dont les effets se font sentir pendant plusieurs heures.

Au sortir de l'étuve, toute la surface cutanée est d'un rouge vif et témoigne de l'afflux du sang vers la périphérie, et il faut avoir expérimenté ce procédé pour se faire une idée de sa puissance de révulsion. En l'opposant dès le début à des angines, des coryzas, des bronchites, des rhumatismes musculaires, des névralgies aiguës, j'ai pu presque constamment enrayer la maladie et obtenir en quelques heures une guérison complète.

J'ai insisté, messieurs, sur ces détails, parce que je les crois fort importants et parce qu'ils résultent de recherches qui me sont propres et qui n'ont encore été consignées que dans un mémoire inséré en 1848 dans les *Archives générales de médecine.*

M. Jules Guyot, dans un mémoire publié en 1835 et plus tard dans un ouvrage plus étendu publié en 1840, a étudié les influences thérapeutiques de la chaleur atmosphérique appliquée au moyen d'appareils spéciaux, soit d'une manière générale et diffuse, soit d'une manière circonscrite et locale. Vous trouverez dans le *Traité de thérapeutique* de M. Trousseau un exposé fidèle des résultats remarquables qui ont été obtenus par M. Guyot dans le traitement des plaies, des ulcères, des érysipèles, du rhumatisme articulaire aigu, etc.

La chaleur a été associée à divers agents pharmaceutiques pour combattre la phthisie pulmonaire; M. Louis a expérimenté la méthode préconisée par M. Turck, mais n'en a pas obtenu les bienfaits annoncés par ce dernier.

Influences exercées par l'abaissement de la température atmosphérique, c'est-à-dire par le froid.

Nous ne possédons point, messieurs, d'observations exactes, précises, rigoureuses sur les effets du froid atmosphérique; des expériences nombreuses, dont nous aurons occasion de vous parler, ont été faites avec des mélanges réfrigérants liquides, avec de l'eau, du mercure, etc., mais elles manquent complétement quant à l'*air froid.*

On a attribué au froid atmosphérique, relativement à la taille, à la coloration de la peau, au sexe, à la mortalité, à la durée moyenne de la vie, à la longévité, à la fécondité, à la menstruation, une action entièrement opposée à celle qui est exercée par la chaleur, et nous ne reviendrons pas sur ces différents points; car, en vous faisant connaître celle-ci, nous vous avons indiqué celle-là.

Comme la chaleur, le froid n'agit point toujours de la même manière; un froid modéré ou de courte durée est un agent *stimulant* en raison du mouvement vital qu'il provoque dans l'organisme, mis dans l'obligation de réagir contre un modificateur qui tend à abaisser la température animale; un froid intense ou prolongé est, au contraire, comme l'a dit Broussais, le *sédatif* par excellence, et au delà de certaines limites il devient un *stupéfiant* et un agent de mort.

Digestion. — L'action stimulante du froid se traduit par un appétit très prononcé et le besoin d'ingérer une quantité considérable de substances alimentaires. Les peuples du Nord sont grand mangeurs; Gorter et Haller ont signalé l'appétit des patineurs hollandais, et Ross assure que les Esquimaux ingèrent toutes les vingt-quatre heures 10 kilogrammes de substances alimentaires, quantité bien différente, comme vous le voyez, des 180 grammes qui, selon Volney, suffisent aux Bédouins.

Les expériences de M. Letellier vous ont montré combien, pour que la température animale se maintienne au degré voulu, le froid active la combustion et augmente la quantité de charbon brûlé dans un temps donné; or c'est l'alimentation qui doit fournir à l'économie le combustible dont elle a besoin, et vous comprendrez alors que ce n'est point par goût, mais par nécessité que les peuples du Nord recherchent les viandes, les poissons, les huiles, les graines, c'est-à-dire des aliments qui contiennent 66 à 80 p. 100 de carbone au lieu des 12 p. 100 que renferment les aliments tirés du règne végétal.

La digestion est facile, rapide; la soif est peu prononcée en raison de la diminution de la transpiration.

Malgré l'activité de la combustion, malgré la quantité considérable d'oxygène nécessaire, la *respiration* n'est ni fréquente, ni très profonde, parce que la condensation produite par le froid fait qu'à égalité de volume et de pression l'air contient d'autant plus d'oxygène que la température est plus basse.

La *circulation* est active; la sécrétion urinaire est augmentée, ainsi que celle des larmes; celle de la bile est diminuée; l'évaporation cutanée et pulmonaire est peu considérable; la transsudation est nulle.

Le *système nerveux* est stimulé et imprime à toutes les fonctions les caractères appartenant au tempérament sanguin qui est le plus commun dans les contrées où règne un froid modéré; l'intelligence est prompte, la volonté ferme, les mouvements et les forces énergiques; l'exercice musculaire est facile, nécessaire, et supporté sans fatigue. Les fonctions génitales sont en général peu actives; l'imagination froide; les peuples du Nord brillent plutôt par l'industrie et les sciences exactes que par les arts.

L'ouïe est plus fine; ce qu'on a attribué à la condensation de l'air et à la tension de la membrane du tympan; l'odorat est plus difficilement impressionné, en raison de la sécheresse de la pituitaire.

L'*absorption* est moins active, le tissu adipeux souvent abondant.

Les phénomènes produits par un froid excessif, continu, de longue durée, sont entièrement opposés à ceux que nous venons d'indiquer.

L'appétit se perd; la température animale s'abaisse, la respiration devient fréquente, difficile, impossible par suite de la torpeur, de la paralysie, pour ainsi dire, des muscles respiratoires et des poumons eux-mêmes. Gmelin prétend que des glaçons invisibles pénètrent dans les poumons et les blessent; mais il est difficile de comprendre comment des glaçons aussi ténus pourraient arriver dans les poumons sans avoir été fondus pendant le trajet; la circulation capillaire périphérique devient de moins en moins active; la peau devient colorée ou même d'un blanc complétement mat lorsque l'action du froid a été assez intense pour produire la congélation. Blumenbach prétend que la fréquence physiologique du pouls chez les Groenlandais n'est que de 30 à 40 pulsations par minute.

Le système nerveux est déprimé, l'intelligence devient obtuse, la sensation tactile obscure, la sensibilité et la motilité sont frappées d'engourdissement, de paralysie; il se manifeste une répugnance insurmontable pour le mouvement, une envie de dormir irrésistible, que ne peut vaincre la certitude qu'une mort prochaine sera le résultat de l'inertie musculaire et du sommeil. La désastreuse campagne de Russie n'a fourni que trop d'exemples de ces funestes effets du froid, et ce n'est pas sans émotion que vous lirez, dans l'ouvrage de Larrey, les pages où il nous montre succombant sous l'étreinte des frimas, et sans trouver en eux l'énergie et le courage de leur opposer la moindre résistance, tant de glorieux soldats dont la constance n'avait pu jusqu'alors être ébranlée par aucun danger, par aucune fatigue, par aucune privation.

L'extrême froid plonge les êtres vivants dans un état de mort apparente auquel succède bientôt une mort réelle que l'on considère comme le résultat d'une véritable asphyxie.

A la mort apparente se rattache l'histoire des animaux hibernants; et s'il nous était permis de vous exposer ici tous les phénomènes qui se rattachent au curieux phénomène de l'hibernation, nous aurions à vous faire connaître des détails fort intéressants.

Enfin, les effets du froid varient suivant l'âge, le sexe, la constitution, l'état de repos ou de mouvement, de sommeil ou de veille; suivant l'état moral ou intellectuel du sujet, et vous savez jusqu'à quel point certains aliénés y sont insensibles.

Lorsque l'air est agité, lorsque le vent souffle, les effets du froid se font sentir beaucoup plus tôt et avec plus d'intensité. Parry établit que 6° au-dessous de zéro, l'air étant agité, équivalent à —17° l'air étant calme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Mécanisme de la vision.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de répondre à la lettre de M. Sichel insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er juillet :

1° Que cet honorable médecin n'a pas bien observé l'œil des animaux albinos dans lesquels il a vu l'image renversée sur la rétine; que, s'il veut bien recommencer l'observation, il verra plusieurs images dans l'œil, les unes droites, les autres renversées, et que si c'est par là que M. Sichel veut juger ma théorie, il ne peut être fondé à regarder ces faits comme infirmatifs;

2° Que les images ne sont pas situées sur la rétine, mais bien avant la rétine, ce qui démontre de la manière la plus évidente l'erreur de M. Sichel;

3° Qu'en supposant que M. Sichel ait bien observé, il viendrait en aide à ma théorie, au lieu de la faire tomber à plat, pour me servir de son expression. En effet, pour que l'image soit renversée, il faut qu'il n'existe pas au fond de l'œil de miroir concave; or, il n'existe pas de miroir concave au fond de l'œil d'un albinos, surtout quand cet œil est sorti de sa cavité. J'ai dit tout cela dans mon mémoire, et je le maintiens encore. L'image renversée de M. Sichel ne pourrait donc rien prouver, puisque, je le répète, un œil d'albinos n'est pas complet quand il est sorti de sa cavité, et que, dans ce cas, mon honorable contradicteur n'aurait pas pu voir l'image droite.

M. Sichel me fait nier l'existence de l'image renversée; je la proclame, au contraire, très explicable dans le cas qu'il a bien voulu citer dans le journal.

On a fait appel à l'autorité de MM. Magendie et Longet, afin d'empêcher une erreur *aussi matérielle* de se glisser dans la science. Moi aussi, je fais appel à tous les physiciens et les prie de vouloir bien me démontrer que ma théorie est contraire aux lois de l'optique. Si on me démontre cela, j'offrirai un spectacle phénoménal en médecine : j'avouerai que j'ai tort.

Je prie également les physiologistes de vouloir bien me démontrer que l'ancienne théorie n'est pas absurde.

Veuillez agréer, etc. Dr Dezautière.

Decize (Nièvre), 3 juillet.

Chronique et nouvelles.

M. Pelletan, médecin en *chef* de Bicêtre, joue décidément au Jupiter olympien : d'un mouvement de sourcil, le maître des dieux faisait trembler l'Olympe, obscurcissait le ciel et portait la terreur dans le cœur des pauvres humains; d'un autre mouvement, il rendait au ciel son azur, à la mer sa placidité, aux hommes le courage et la confiance. Le sourcil de M. Pelletan, c'est sa plume savante et formidable; Paris est son empire. Dimanche dernier, M. Pelletan menaçait les Parisiens et en faisait fuir 3,000 (1), dit-on; aujourd'hui, il les rassure généreusement par ces simples paroles que nous lisons dans la *Presse*, toujours après l'annonce des trains de plaisir :

« Monsieur le Rédacteur,

» Je suis heureux de pouvoir détruire complétement les inquiétudes qui avaient pu se produire à la nouvelle de l'apparition de quelques cas cholériques à l'hospice de la Vieillesse (hommes), en annonçant que non-seulement la maladie n'a fait aucun pas au dehors, mais encore qu'elle paraît s'être complétement éteinte dans l'établissement confié à mes soins. Depuis cinq jours, en effet, aucun cas nouveau n'a été signalé. J'ajouterai que tous les malades atteints sont aujourd'hui en voie de guérison, et que l'état sanitaire général s'est sensiblement amélioré.

» Agréez, etc. J. Pelletan. »

— Le bruit avait couru que l'épidémie qui a sévi dans quelques localités du midi de la France s'était propagée jusqu'à Lyon. Le fait est inexact. La Société nationale de médecine, interrogée à cet égard dans sa dernière séance, a répondu négativement. A cette occasion, M. Angelot, médecin en chef de l'hôpital militaire, a déclaré que deux cas avaient été signalés dans cet établissement, mais qu'après vérification faite par lui-même, il avait reconnu qu'il y avait eu erreur, et que l'on avait pris pour la suette une éruption de scarlatine miliaire. M. Roy a eu dans son service deux légers cas de suette semblables à ceux que l'on observe chaque année dans le courant de l'été. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Nous avons reçu une lettre de MM. Le Sèble et Lagrue; le défaut d'espace nous oblige à la renvoyer au prochain numéro.

(1) Une personne, que nous avons tout lieu de croire bien informée, nous a dit qu'il avait été délivré à la préfecture de police environ 3,000 passeports depuis dimanche.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 78. — MARDI 8 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 78. — MARDI 8 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Epanchements thoraciques.

(Suite — *Voir* les numéros des 16 et 28 juin.)

Épanchements liés à la présence de tubercules. — Il se produit souvent dans la cavité pleurale des épanchements liés à des altérations de tissu par inflammation. Ainsi, qu'il se développe des tubercules dans le tissu cellulaire sous-pleural, la plèvre sera soulevée irrégulièrement par l'agglomération de molécules coagulées et éprouvera les modifications qui surviennent dans les tissus qui subissent la dégénérescence tuberculeuse; ainsi, il y aura d'abord dépôt de la masse tuberculeuse; puis le travail inflammatoire qui s'y allumera pourra gagner la surface de la plèvre et devenir l'origine d'un épanchement. Si la portion de plèvre ainsi enflammée se trouve en contact avec le feuillet pleural opposé, il peut se faire une adhérence immédiate; la lésion s'arrêtera là, et l'épanchement ne se produira pas. Mais il n'en est pas toujours ainsi; si la phlogose se déclare dans le tissu sous-pleural, dans un endroit où de larges mouvements s'accomplissent par rapport au côté opposé, les deux feuillets sont écartés à chaque inspiration; l'adhérence ne peut s'établir, et la phlogose atteindra une intensité assez grande pour déterminer l'exhalation d'un peu de matière plastique, puis un épanchement; on aura alors une pleurésie due primitivement à la phlogose développée dans le tissu sous-pleural autour des tubercules. Ces sortes d'épanchements sont, comme les autres, susceptibles de résolution; il suffit pour cela que l'inflammation cesse autour de la masse tuberculeuse; le foyer se résorbe, et le feuillet qui contient les tubercules contracte des adhérences avec le côté opposé; le contraire n'arrive que trop souvent; la phlogose chemine à une masse voisine; il se développe une inflammation autour de chaque tubercule; le nombre de ces phlogoses partielles, qui se renouvellent sans cesse, est infini; elles entretiennent continuellement l'épanchement, qui persiste en raison de la durée de l'inflammation. Il y a du reste dans la formation et la résorption de ces sortes d'épanchements des différences qui résultent du degré de puissance plastique de chaque individu. En général, chez les phthisiques les fonctions relatives à la plasticité ont une activité assez grande; ces malades sont maigres, parce qu'ils sont pour ainsi dire brûlés par l'oxygénation; une expectoration continuelle les épuise; cependant le travail inflammatoire marche rapidement chez eux; ainsi vous verrez un épanchement arriver en un instant et disparaître de même. Chez d'autres sujets tuberculeux épuisés par des influences hygiéniques, morales, etc., l'épanchement se produira sous la forme séreuse prédominante; la proportion de matière plastique y est à peine appréciable; aussi la résorption est-elle pour ainsi dire impossible. Nous sommes donc obligé de reconnaître, pour les épanchements liés à la dégénérescence tuberculeuse de la plèvre, la même cause que pour l'épanchement inflammatoire simple; il n'y a qu'à ajouter l'élément tuberculeux; l'identité de cause n'est pas la seule, car on a pu remarquer que chez les phthisiques aussi la résorption est proportionnelle à la puissance de plasticité.

Il y a une autre *pleurésie tuberculeuse* qui devrait seule porter ce nom. Un individu est dans les conditions de diathèse tuberculeuse; cependant il n'a rien dans les poumons. Une pleurésie se développe, mais sans intensité; l'épanchement marche plus ou moins vite; la poitrine se remplit, et le malade peut être enlevé immédiatement. A l'autopsie, vous trouvez l'épanchement comme à l'ordinaire; seulement, dans le liquide il y a des flocons de matière plastique déposés dans la partie la plus déclive du sac pleural; puis, sur les parois, une couche pseudomembraneuse encore amorphe, extrêmement mince. Sur cette couche, vous trouvez de petites cristallisations comme nacrées, disséminées; d'autres fois, ce sont de petits corps miliaires comme les sudamina, qui sont entassés et soudés dans cette matière ordinairement amorphe qui revêt les parois de la cavité pleurale. Telle est la véritable pleurésie tuberculeuse. C'est la pleurésie où il s'est produit une exsudation avec épanchement de matière plastique et concrétion tuberculeuse à l'état miliaire; elle est très rare, mais peut se rencontrer chez des individus qui ne présentent aucune trace de tubercules dans les autres tissus de l'économie.

Cet état pathologique de la séreuse est une phlogose spéciale, dans laquelle il y a eu production de molécules tuberculeuses; la sécrétion anomale donne naissance à la plasticité ordinaire, plus, à l'élément tuberculeux. Dans les cas de cette espèce, passant à l'état chronique, la destruction des pseudomembranes ne peut se faire; car ces petites concrétions ont des règles de développement; et cette fausse membrane ne s'use plus avec le temps, suivant la loi de transformation des tissus organiques secondaires. Vous trouvez alors des masses tuberculeuses superposées à ces pseudomembranes, ou au milieu de l'épanchement, dont la résorption est alors impossible. Il y a évidemment ici intervention d'un état général dont il faut tenir compte.

Epanchements dus à un état pathologique général. — Il y a des épanchements qui se font dans la cavité de la plèvre indépendamment de la maladie des parois pleurales, et en vertu d'un état pathologique général; la lésion locale n'est alors que subordonnée. Ainsi, qu'un sujet ait une lésion organique du cœur, immédiatement nous allons observer des troubles fonctionnels, des désordres dans la circulation. La stase sanguine se traduisant surtout par la lenteur de la circulation capillaire, l'imperfection des exhalations, des sécrétions qui se font aux extrémités en est la conséquence immédiate; aussi observera-t-on d'abord de l'œdème, puis l'hydropisie des jambes; l'épanchement pleural ne viendra que consécutivement, et devra être attribué à deux causes: à la lésion physique du cœur, puis à la lésion fonctionnelle consécutive. Les organes chargés des sécrétions et des absorptions sont immédiatement le siége où se produisent les effets de cet état pathologique général qui rend ces épanchements si faciles et empêchent les fonctions de résorption et d'absorption de s'accomplir. Ainsi, c'est dans les cellules du tissu cellulaire, où il y a toujours, même à l'état physiologique, une certaine quantité de sérosité, qu'on verra cette sérosité s'accroître, puis déterminer l'hydropisie. L'accumulation du liquide s'observera ensuite dans les cavités séreuses qui seront plus ou moins comblées, suivant l'abondance de l'épanchement. Ce dernier est subordonné à des conditions qui ne sont pas toutes pathologiques. Ainsi, comme nous l'avons déjà dit, l'infiltration a lieu aux jambes d'abord si le malade reste debout, aux lombes s'il est couché, dans la plèvre droite si le malade affecte le décubitus du côté droit.

Dans quelques circonstances où la cause morbide est très active, les deux cavités pleurales peuvent être remplies; mais les signes physiques auxquels donne lieu ce phénomène sont à chaque instant modifiés par la possibilité qu'a l'épanchement de changer de place. Ici la sérosité n'est pas due à l'inflammation des parois pleurales; elle ne contient pas de lymphe organisable. D'ailleurs, l'épuisement amené par la maladie dans les fonctions plastiques l'aurait fait disparaître; aussi voit-on ces épanchements s'éliminer, puis se reproduire avec une égale rapidité. Le liquide peut être plus ou moins abondant; mais, à l'autopsie, vous ne trouverez jamais de fausses membranes; c'est là l'*hydrothorax* proprement dit.

Epanchements mixtes. — Chez les sujets dont la circulation est gênée, la stase sanguine devient souvent la cause d'une pneumonie, d'une hépatite, etc. L'épanchement est dit alors *mixte;* car outre la sérosité simple primitivement déposée, la phlogose consécutive a donné lieu à quelques fausses membranes très petites, quelquefois à peine perceptibles, et n'empêchant pas la mobilité de l'épanchement, dont la résorption est en général facile; le poumon, n'étant pas emprisonné par de fausses membranes, ne reste pas longtemps comprimé, et reprend sans difficulté ses dimensions normales. La poitrine ne subit elle-même aucune déformation.

Il y a des états morbides qui amènent, soit primitivement, soit secondairement, une cachexie générale qui se traduit par la débilité de la circulation croissant de jour en jour, et entraîne consécutivement l'affaiblissement des fonctions plastiques. Supposez un individu atteint d'un cancer du testicule n'ayant pas amené d'hémorrhagie, vous n'en voyez pas moins survenir à la longue la pâleur des téguments, la langueur de la circulation capillaire, l'adynamie générale, l'anasarque avec des caractères spéciaux, la stase du sang dans le tissu cellulaire, et les épanchements dans les séreuses. Il se produit dans ces cas un hydrothorax symptomatique, car l'épanchement ne trouve pas ici sa raison d'être dans la plèvre, mais dans l'état général de l'organisme. Prenez maintenant un individu débilité par des hémorrhagies successives, et dont les sécrétions et les résorptions sont devenues difficiles; il y aura prédominance de la matière aqueuse du sang, et vous observerez d'abord l'œdème, puis l'anasarque, et un hydrothorax. L'épanchement tire encore ici son origine d'une cause générale et non inflammatoire; aussi se produira-t-il sans matière plastique et sans opportunité à la formation de fausses membranes. Sa disparition sera rapide, et coïncidera avec le retour des forces qui ramèneront l'équilibre des absorptions et des sécrétions. Ces remarques sont appliquables aux épanchements dont le péricarde peut devenir le siége.

Pneumothorax. — Les épanchements inflammatoires peuvent se compliquer d'accidents déterminés par les diverses conditions de cette phlogose. Ainsi l'inflammation de la plèvre peut se propager à un lobule ou à une portion de lobule du poumon; il y a alors pleuro-pneumonie. Il se forme de petits aposthèmes soit dans le tissu cellulaire sous-pleural, soit dans le poumon; ces petits foyers s'ouvrent dans les bronches et se vident à l'extérieur par l'expectoration. Mais les abcès qui se développent aux dépens de la plèvre en diminuent l'épaisseur, au point d'en amener quelquefois la rupture; il s'établit alors entre la cavité de la plèvre et les bronches une communication qui vient changer complétement les conditions dans lesquelles se trouvait la pleurésie. En effet, l'air ne tarde pas à pénétrer par la fistule pleuro-bronchique et à se mêler au liquide contenu dans la plèvre. Il y a formation d'un *pneumothorax.* L'oxygène agit bientôt comme ferment; une matière purulente fétide s'ajoute au liquide séreux de l'épanchement, provoque la toux, et se trouve rejetée en partie par l'expectoration.

Le pneumothorax peut arriver par un autre mécanisme. Que des tubercules se développent dans la plèvre et se ramollissent, ils vont vider directement leurs foyers purulents dans les tuyaux bronchiques, ou bien le feuillet pleural se perforera, soit par la phlogose, soit par la distension qu'exercent les bulles d'air dans le foyer qu'elles ont pénétré, et il se produira encore une fistule pleuro-bronchique et un pneumothorax.

Jusqu'à présent nous avons supposé l'épanchement antérieur au pneumothorax; cependant ce dernier peut arriver d'emblée. Un homme a des tubercules sous-pleuraux situés profondément; ces tubercules, qui communiquent avec les bronches, n'ont pas déterminé la pleurésie ni d'épanchement dans la plèvre; celle-ci, toutefois, s'amincit tous les jours; elle se perfore, et il se fait *à priori* un épanchement d'air dans la cavité pleurale. C'est là l'emphysème de la poitrine pour les auteurs du siècle dernier; la pleurésie n'arrive que secondairement, puis l'épanchement.

D'autres variétés peuvent encore se présenter. La plèvre des tuberculeux est parsemée de foyers pleurétiques et, par suite, de brides et de fausses membranes; si l'un de ces tubercules vient à se ramollir, il perfore la séreuse, et une fistule pleuro-bronchique se produit; mais l'air entre dans une cavité pleurale rétrécie d'un tiers, de moitié: on a alors le pneumo-thorax limité, que des médecins peu expérimentés prennent pour des cavernes. Ce phénomène est dû à ce que la fistule pleuro-bronchique a rencontré un sac pleural que circonscrivent de toutes parts des fausses membranes anciennes. L'inflammation du sac survient ensuite, et il se fait un épanchement séro-purulent.

Les épanchements limités ne peuvent se mouvoir que lentement et difficilement, pressés qu'ils sont entre les deux plèvres par les poumons et les parois thoraciques. On peut produire des vibrations, soit en percutant les malades, soit en les faisant parler pendant qu'on les ausculte; mais jamais, en les secouant, on ne pourra donner lieu à un mouvement tel que l'on perçoive une vibration. Admettez, au contraire, la pénétration de l'air dans l'épanchement, immédiatement le liquide deviendra mobile; il gagnera les parties déclives, tandis que les gaz tendront à s'élever. Les vibrations seront alors possibles; et si vous imprimez quelques mouvements à la poitrine, vous éprouverez la sensation que donne une vessie remplie de liquide et d'air; aussi, dans le cas de fistule pleuro-bronchique, entend-on le flot du liquide: c'est le bruit de *succussion* d'Hippocrate, que le père de la médecine connaissait parfaitement, mais donnait à tort comme caractère des apostèmes.

Si le malade parle ou fait une forte inspiration, s'il se remue, le liquide se met de suite en mouvement; des portions de la partie liquide se fixent aux angles et aux anfractuosités de la cavité, puis elles se détachent et produisent, en tombant, différents bruits auxquels on a donné le nom de *tintement métallique.* Tels sont les signes qui concourent au diagnostic d'une fistule pleuro-bronchique avec épanchement dans la cavité pleurale.

Quand la fistule survient tout d'un coup, soit par plaie pénétrante de poitrine, soit par le ramollissement d'une petite masse tuberculeuse, l'épanchement n'a pas encore eu le temps de se faire; il n'y a donc pas de bruit de succussion, mais il y a pendant l'inspiration un bruit tout spécial. L'air, tendant à gonfler les poumons, rencontre la ramification bronchique qui communique avec la plèvre; le malade semble alors souffler dans la cavité pleurale. De même, dans les expirations, la pression atmosphérique force une certaine quantité d'air à sortir par la fistule; on a alors la sensation d'un souffle double, sec, auquel on a donné le nom d'*amphorique*, et qui ressemble à celui qu'on obtient en soufflant dans un vase à goulot étroit.

Dans les cas de pneumothorax limité, la fistule vient s'ouvrir dans une petite cavité; l'air, en y pénétrant, ne produit pas le souffle amphorique, mais *caverneux;* que du liquide s'épanche dans cette cavité, et l'on entend du gargouillement. La masse d'air est trop petite, trop resserrée pour qu'on puisse avoir le tintement métallique et surtout le bruit de succussion.

P. HUGOT,
Elève du service.

SUR UN CAS D'INFILTRATION GRAISSEUSE DES MUSCLES sans changement de volume,

Par BÉRAUD.

Il s'agit d'une femme de quarante à quarante-cinq ans, apportée dans les pavillons de dissections de l'Ecole pratique,

et sur laquelle on ne peut pas malheureusement fournir de renseignements.

La tête, la poitrine et le ventre étaient ouverts ; le cerveau, le poumon et le cœur étaient enlevés, ainsi que le foie. Cette femme était d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne conformation ; elle avait des formes arrondies et des mamelles très volumineuses, et au premier aspect elle ne paraissait pas très grasse. Cependant un examen attentif m'a fait voir les altérations suivantes :

La peau est rude, sèche, brunâtre ; le tissu cellulaire sous-cutané est rempli de graisse en quantité assez notable, sans dépasser pourtant les limites ordinaires ; mais les muscles du tronc et des membres étaient envahis par la graisse à un degré plus ou moins avancé, suivant les régions où on les considérait.

Au tronc, les muscles pectoraux, ceux des parois abdominales, ceux des gouttières vertébrales étaient d'un aussi beau jaune que la plus belle graisse ; on n'y reconnaissait plus la moindre trace des fibres musculaires. Les muscles intercostaux et le diaphragme, quoique un peu graisseux, offraient encore une coloration très prononcée qui contrastait avec celle des muscles voisins.

Au membre supérieur, on rencontrait les mêmes altérations vers la racine, et la graisse allait en diminuant de quantité à mesure que l'on se rapprochait de la main. Ainsi, tous les muscles de l'épaule étaient graisseux à un degré aussi prononcé que ceux du tronc ; ceux du bras l'étaient encore, mais d'une manière moins prononcée ; on y voyait çà et là quelques fibres d'un rouge très pâle. Les extenseurs et les fléchisseurs étaient également et uniformément atteints. A l'avant-bras, les progrès du mal étaient moins avancés. La graisse avait bien envahi les muscles de la région antérieure et ceux de la région postérieure ; mais c'était d'une manière bien plus prononcée à la partie supérieure, vers le coude que vers le poignet, où la fibre musculaire reprenait peu à peu tout son éclat. A la main, elle se trouvait exempte de toute altération dans sa couleur, sa consistance et ses propriétés.

Au membre inférieur, les muscles offraient le même ordre de phénomènes. Ainsi grande quantité de graisse dans ceux de la racine du membre, absence totale dans les extrémités après avoir diminué insensiblement dans les points intermédiaires. Les fessiers, les psoas, les iliaques, les pelvitrochantériens à droite et à gauche étaient totalement infiltrés de graisse et d'une manière égale et symétrique. C'est dans le grand fessier que l'on peut bien voir que le muscle a bien conservé sa forme ; au lieu de faisceaux musculaires on a des faisceaux de coloration jaunâtre, d'un aspect huileux et laissant suinter de la matière grasse liquide. A la cuisse, comme au bras, la graisse diminuait d'une manière assez appréciable, et la coloration jaune-paille devenait un peu plus foncée. Déjà à la jambe, au milieu des faisceaux complétement envahis, on voyait çà et là quelques fibres d'un rouge pâle ; mais ici, comme au membre supérieur, on voit que la graisse s'est déposée symétriquement à droite et à gauche sur les extenseurs comme sur les fléchisseurs. Au pied comme à la main, la fibre musculaire n'avait rien de changé dans ses propriétés physiques.

Les muscles de la face, de l'orbite, ceux du cou sont exempts de toute altération. Il n'existait au niveau des articulations rien de particulier. Les tissus fibreux aponévrotiques, le périoste ne paraissent pas atteints par la graisse ; au contraire, pouvant être séparés facilement des parties voisines, ils ont l'aspect très prononcé ; cependant ils n'offrent la même consistance que dans l'état normal. Les viscères qui restaient dans l'abdomen, comme le foie et la rate, ne m'ont rien offert de particulier.

Les faits constatés dans cette autopsie peuvent se résumer dans les quatre particularités suivantes :

1° Altération graisseuse des muscles sans atrophie ;

2° Envahissement successif de la graisse en partant du tronc vers les extrémités ;

3° Absence de déviation dans les articulations ;

4° Intégrité d'une partie du système musculaire.

Quelle interprétation peut-on donner à une telle maladie ? Peut-on dire qu'il y avait là ce que Sauvages et Cullen ont décrit sous le nom de *polysarcie* ? Nous ne le pensons point, à cause de ce caractère que la graisse n'avait pas été déposée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Faut-il croire qu'il s'agissait de cette affection qu'on a décrite récemment sous le nom d'*atrophie progressive des muscles* ? Non, puisque, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, le volume apparent des muscles n'était pas diminué.

Serait-ce alors la suite d'une paralysie ? Nous ne le croyons pas plus, parce que la paralysie siégeant sur une aussi grande étendue n'aurait pas laissé la malade vivre assez de temps pour que des altérations semblables se fussent produites.

Il faut donc penser qu'il s'agit là d'une maladie spéciale du système musculaire, maladie qui serait sous la dépendance d'une cause qui nous échappe, et sur laquelle il serait bon que les pathologistes éclairés par les découvertes récentes de la physiologie fissent des recherches sérieuses.

(*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juin 1851. — Présidence de M. DANYAU.

Luxation du pouce.

M. GOSSELIN. M. Demarquay a mieux précisé qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le rôle des ligaments latéraux ; quant à la rotation combinée avec les tractions, c'est une manœuvre de réduction qui, si elle n'était pas aussi explicitement décrite dans les livres, était depuis longtemps dans la pratique. Quand on rencontre des difficultés, surtout dans les luxations anciennes, n'a-t-on pas l'habitude, dès que les simples tractions deviennent insuffisantes, d'y joindre des mouvements de rotation ?

M. ROBERT. Il y a ici, en effet, deux points qui me paraissent hors de doute, c'est que le procédé était employé et que M. Demarquay la mieux formulé. La déchirure du ligament latéral externe est constante ; c'est ce que j'avais déjà établi avec plusieurs autres chirurgiens, et cette opinion se trouve confirmée par M. Demarquay. Mais je crois que notre collègue a trop généralisé les cas d'application du procédé. L'obstacle à la réduction n'est pas toujours dans la boutonnière musculaire ; M. Pailloux a présenté à la Société anatomique une série de pièces où cet obstacle était constitué par la bandelette fibreuse antérieure qui s'interposait aux surfaces articulaires et s'opposait à la restitution de leurs rapports normaux. J'ai vu ces pièces et ces expériences, dont il est impossible de nier la signification. Dans ce cas, évidemment la rotation serait inutile, et d'autres dispositions peuvent se rencontrer où elle ne le serait pas davantage ; M. Demarquay n'en a pas moins démontré dans son intéressant mémoire le parti qu'on put tirer de ce procédé dans le cas analogue à celui qu'il a observé.

M. DEMARQUAY. J'ai eu si peu la prétention de présenter un travail entièrement neuf que j'ai cité quelques-uns des faits que vient de rappeler M. Robert ; j'ajouterai même que Lisfranc et d'autres chirurgiens avaient déjà signalé sur le cadavre l'obstacle que j'indique. Ce que j'ai voulu prouver, c'est que la difficulté ne pouvait résider dans les ligaments latéraux, puisqu'ils sont détruits. Pour ce qui est du ligament antérieur, je n'ai pu découvrir aucun fait clinique où l'on ait constaté le rôle que lui assigne M. Pailloux ; je n'ai pas non plus réussi à obtenir le même résultat dans mes expériences, et je suis porté à penser que ce résultat est la conséquence du mode de préparation que M. Pailloux avait fait subir à ses pièces, puisqu'on ne peut pas le reproduire sur une main intacte. Il me semble donc que la boutonnière musculaire est le plus souvent l'obstacle à la réduction. Si l'on veut bien ne pas oublier que Dupuytren a pratiqué la section d'un des bords de cette boutonnière et que M. Malgaigne en fait encore son précepte, on se convaincra peut-être que la rotation en dedans était un procédé moins vulgaire qu'il ne le paraît.

M. GIRALDÈS. Aux faits cités par M. Demarquay, j'en ajouterai un analogue de Stanley, qui a constaté à l'autopsie que l'obstacle à la réduction était le tendon du long fléchisseur. Il n'est pas hors de propos de rappeler la modification que M. Sédillot a apportée aux tentatives de réduction. Au lieu d'exercer immédiatement les tractions, il exagère d'abord le déplacement en fléchissant davantage la phalange en arrière pour le ramener à sa place par un mouvement combiné d'extension et de rotation. C'est un point qui a été traité par M. Michel dans la *Gazette médicale de Strasbourg*.

M. MAISONNEUVE. Ces résistances de brides fibreuses, de ligaments, de muscles, de veines enroulés autour de l'os ou interposés aux surfaces articulaires, tout cela est connu d'une manière générale ; ce qui ne l'est pas et ne le sera peut-être de longtemps, c'est le moyen de diagnostiquer la nature de l'obstacle, son siége, ses dispositions diverses, d'une manière assez sûre pour que cette appréciation serve de guide dans les manœuvres. Dans l'incertitude des conditions des difficultés qu'il a devant lui, le chirurgien imprime au membre toutes les attitudes, tous les mouvements, la rotation comme les autres, et il obtient quelquefois le succès de la manœuvre qui semblait d'abord moins le promettre. C'est ainsi qu'un rebouteur réduisit une luxation de la hanche contre laquelle l'art avait échoué à l'hôpital Saint-Louis. Il ne faudrait donc pas attacher trop d'importance à ce mouvement de rotation, auquel on avait d'ailleurs recours dans l'occasion.

M. DEMARQUAY. Je suis bien porté à croire que les chirurgiens ont souvent opéré le mouvement de rotation dans la réduction de la luxation du pouce ; je l'ai, je crois, étudié davantage en l'exposant avec plus de précision.

Rapport. — Élection d'un membre correspondant.

M. FORGET lit un double rapport sur la candidature de M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Après avoir rappelé les travaux publiés par le candidat et avoir particulièrement insisté sur un volume édité récemment et ayant pour titre : *Essai thérapeutique sur l'iode*, le rapporteur aborde les mémoires manuscrits qu'aux termes du règlement l'auteur a dû envoyer à l'appui de sa candidature.

Le premier a pour titre : *Quelques mots sur une opération de hernie étranglée*. Il s'agit d'une femme, âgée de cinquante ans, atteinte depuis six jours d'une hernie étranglée dont les symptômes étaient modérés, peu intenses, si bien qu'on eût pu se croire, en s'en rapportant à eux exclusivement, ou ne peut mieux fondé à temporiser et à repousser l'opération du débridement ; cependant, M. Payan pratiqua la kélotomie, et bien lui en prit, car il trouva l'intestin qui formait la hernie déjà d'une couleur noirâtre prononcée.

En adressant ce fait à la Société de Chirurgie, l'auteur a eu pour but, dit M. Forget, de démontrer que l'entérocèle peu volumineuse et récente ne s'accompagne pas toujours de symptômes très aigus, et que la loi formulée à cet égard par la plupart des chirurgiens est sujette à des exceptions.

Sans nier ces dernières, je ferai remarquer, poursuit le rapporteur, que les circonstances étiologiques et anatomiques qui ont motivé la loi rappelée par M. Payan n'existaient pas chez sa malade. C'est bien d'une entérocèle qu'elle était atteinte ; mais dans quelles conditions celle-ci s'était-elle produite ? Etait-ce à l'improviste, brusquement, et sans que les orifices herniaires aient été de longue date préparés en quelque sorte au déplacement viscéral ? Non ; l'observation nous apprend que c'est lentement et après quinze mois de va-et-vient dans le canal herniaire que la tumeur, irréductible une dernière fois, a fini par s'étrangler. Or, en pareil cas, il n'est pas étonnant que, bien que formée par l'intestin seul, la hernie n'ait pas été du nombre de celles qui se font remarquer par l'acuité des signes de l'étranglement. J'ajouterai que la malade, d'ailleurs, était d'une assez chétive constitution, peu susceptible par conséquent d'une réaction énergique et soutenue.

En poursuivant l'analyse du fait mentionné par M. Payan, on retrouve un rapport évident entre la nature de la lésion anatomique et la signification du symptôme : peu ou point de vomissements ; pas de sensibilité ni dans la tumeur herniaire, ni dans l'abdomen ; en regard, nulle trace de phlegmasie péritonéale ni dans le sac, ni dans la cavité abdominale. Enfin, si on examine l'anse intestinale, on voit que la constriction par l'anneau qui en a déterminé l'irréductibilité a eu pour effet d'y produire une congestion sanguine toute passive, et bientôt une véritable asphyxie. Or, les conséquences d'une telle disposition, qui peut être comparée à l'effet produit par les ligatures dont on se sert pour détruire certains tissus accidentels, sont : l'abaissement graduel de la sensibilité, la dégradation plus ou moins marquée et plus ou moins prompte de la vitalité, puis une suffusion sanguine dans le tissu cellulaire interposé aux tuniques de l'intestin ; à un degré plus avancé, c'est le ramollissement des tissus organiques, la production de taches ecchymotiques, et, enfin, c'est la mortification et la gangrène de ces mêmes tissus : résultat grave et ultime qui peut arriver de la manière la plus insidieuse, sans qu'aucun phénomène de réaction fébrile, soit local, soit général, en accuse l'imminence, et dont on ne s'aperçoit qu'à l'affaissement brusque et imprévu de la tumeur herniaire.

On ne saurait donc trop appeler l'attention, ajoute M. Forget, sur cette variété d'étranglement. Pour se guider, le chirurgien devra tenir grand compte de la durée de ce dernier ; c'est sur cette donnée que M. Payan s'est décidé à l'opération, et il a eu lieu de s'en applaudir, car l'aspect de l'intestin n'a pas permis de mettre en doute l'opportunité de celle-ci.

Le second travail de M. Payan a pour objet un *cas de névralgie faciale traitée avec succès par la cautérisation auriculaire*. A l'occasion de ce travail, le rapporteur discute la valeur de cette méthode appliquée au traitement de la sciatique. ; il faut reconnaître, dit-il, que les notions anatomiques et physiologiques, aussi bien que les données de la thérapeutique rationnelle, s'accordent mal avec les guérisons plus que merveilleuses dont on a fait grand bruit dans ces derniers temps, et qu'elles justifient l'incrédulité avec laquelle on se sent disposé à les accepter. Depuis Hippocrate, qui a émis cet aphorisme : *A duobus doloribus simul obortis vehementior obscurat alteram*, il n'est personne qui n'ait vu certaines douleurs névralgiques diminuer ou même cesser sous l'influence d'une vive secousse brusquement imprimée à l'organisme dont la sensibilité générale se trouve ainsi modifiée à l'improviste. Pour la production d'un semblable phénomène, il n'est pas besoin d'admettre que l'agent modificateur doive de toute nécessité porter sur un point déterminé de la surface du corps, et il est tout à fait inutile de créer en faveur de celui-ci une sorte de privilége sensorial dont ne donnent raison ni l'anatomie, ni la physiologie. Au surplus, les partisans de la cautérisation auriculaire ne s'entendent pas entre eux ; les uns ont cautérisé l'hélix, les autres l'anthélix, quelques-uns enfin le tragus. Je rappellerai, en outre, que M. Duchenne, de Boulogne, a fait disparaître des névralgies en électrisant soit l'hélix, soit toute autre partie du corps. Ainsi tombe devant l'analyse tout le merveilleux de cette méthode curative, du moment où elle est dépossédée du siége qu'on lui avait attribué et qui seul en constituait l'originalité. Bien triste originalité ! si, comme le prouve un travail publié récemment par M. le docteur Valleix, cette méthode a pour résultat le plus clair de brûler l'oreille de celui qui consent à s'y soumettre, et de placer le chirurgien dans la nécessité de lui dire : « Vous auriez pu être du nombre de ceux qui guérissent » ainsi ; mais puisqu'il n'en est rien, passons à autre chose. »

Quant à l'application de ce mode de traitement à la névralgie faciale, l'adustion de l'oreille, c'est-à-dire d'une partie en continuité de structure anatomique et conséquemment en solidarité physiologique et pathologique avec le siége de la lésion nerveuse, est tout à fait rationnelle, et il n'est pas surprenant qu'elle guérisse cette dernière. L'effet thérapeutique est analogue à celui qu'on observe après la cautérisation transcurrente, si efficace dans le traitement des névralgies ; il est analogue surtout à celui qu'on obtient par la cautérisation de la région dorsale du pied dans la névralgie sciatique.

D'accord avec l'auteur, M. Forget ne voudrait pas que l'adustion de l'oreille pût jamais devenir un moyen usuel de traitement dans la névralgie faciale ; il est des moyens plus doux, le plus souvent efficaces, variables d'ailleurs suivant les circonstances et les indications. Enfin, on doit réserver le procédé dont il s'agit pour les cas seulement où tous les autres moyens ont échoué.

En terminant, le rapporteur insiste sur les antécédents de M. Payan, que des travaux distingués sur un grand nombre de points de chirurgie recommandent aux suffrages des membres de la Société ; en conséquence, au nom de la commission, il propose l'admission de M. Payan à titre de membre correspondant.

M. MAISONNEUVE regarde comme très infidèle la cautérisation du lobule de l'oreille dans la sciatique.

M. CHASSAIGNAC. En cherchant un moyen qui pût triompher de certaines névralgies rebelles, et notamment la sciatique, je m'étais d'abord arrêté à la cautérisation plantaire avec trois et quelquefois cinq ou six moxas ; neuf succès consécutifs semblent annoncer presque l'infaillibilité du remède ; mais le dixième cas a été un échec. La névralgie a résisté aux moxas plantaires, et elle a cédé à deux prises de la mixture aloétique de M. Récamier.

— Il est procédé au scrutin, et M. Payan est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Sarcocèle dans le canal inguinal.

M. LARREY communique verbalement l'observation sommaire d'un cas assez rare de sarcocèle inguinal opéré par lui l'année dernière, et suivi, jusqu'à présent du moins, de guérison sans récidive. Il présente en même temps un dessin de la tumeur et la pièce anatomique.

Voici l'extrait de l'observation :

« M. X..., officier de l'armée d'Afrique, âgé de 38 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, a eu une jeunesse débile qui a exigé des soins infinis. Il a remarqué, vers l'âge de 15 ans, que le testicule droit était remonté vers l'abdomen sans redescendre dans les bourses. Il ne pense pas que cette disposition anormale soit native, et il en attribue la cause à un coup de pied de cheval qu'il aurait reçu dans le ventre à l'âge de neuf ans. Une autre contusion, quoique plus légère, survenue au mois d'août 1847, a suffi, selon lui, pour déterminer, un mois après, un engorgement du testicule engagé dans l'aine.

» M. X... réclame aussitôt les soins de M. le docteur Vital (de Constantine), qui constate l'existence d'une orchite déjà devenue chronique et présumée tuberculeuse, d'après l'exploration de la poitrine et l'état général de la santé, mais sans complication d'accidents locaux. M. Vital prescrit, en conséquence, un traitement dont les moyens variés restent à peu près sans effet, après des alternatives diverses dans le développement de cette orchite inguinale.

» Le malade quitte l'Algérie pour venir en France au mois d'avril 1848, et il m'est adressé par mon honorable confrère et ami, dans la prévision qu'une opération deviendra nécessaire si un nouveau traitement reste inutile.

» L'exploration de la tumeur de l'aine offre, en effet, les caractères appréciables d'un engorgement chronique du testicule paraissant situé en dehors du canal inguinal, et déjà en voie de dégénérescence, soit tuberculeuse, soit peut-être cancéreuse. Une ponction exploratrice tend ensuite à établir ce diagnostic.

» La gravité du pronostic permet toutefois d'essayer pendant assez longtemps de nouvelles médications basées sur les saignées locales, les préparations d'iode et de fer, les vésicatoires volants et les soins hygiéniques ; mais c'est en vain. La maladie reste stationnaire, et après deux années d'absence M. X... revient à Paris me prier de l'opérer. Une consultation de M. Velpeau confirme le diagnostic d'un sarcocèle et prescrit la castration. Une exploration faite par M. Louis en indique aussi la nécessité.

« La tumeur alors (dans le courant de 1849), entièrement constituée par le testicule dégénéré, occupe toute la région de l'aine; elle est à peu près aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, soulevant la peau à un degré extrême, et offrant une consistance ferme, résistante, comme fibro-squirrheuse ou carcinomateuse, plutôt que tuberculeuse.

» Je procède enfin à l'opération le 4 septembre, avec l'assistance de M. le docteur Charpentier, médecin de la famille, et de MM. Leroulx et Tamissier, chirurgiens sous-aides au Gros-Caillou. Une longue incision des téguments met le testicule malade à découvert, et permet de l'isoler d'autant plus facilement par la dissection et l'énucléation, qu'il se trouve situé dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané de l'aine, en dehors de l'anneau inguinal, dont l'orifice semble tout à fait effacé. Le cordon spermatique, atrophié, confondu dans ce tissu cellulaire, est lié sans peine et coupé.

» L'opération n'a pas duré cinq minutes; elle a été indolore, grâce au chloroforme, et n'a offert aucune complication eu égard aux rapports anatomiques du sarcocèle et à l'oblitération du canal inguinal, qui a intercepté ainsi toute communication avec la cavité du péritoine.

» La plaie, longue de 15 centimètres, est réunie à l'aide de huit serres-fines dans presque toute son étendue, moins l'angle supérieur pour le passage de la ligature du cordon, et moins l'angle inférieur pour l'écoulement des liquides. Un pansement simple et les soins secondaires complètent l'opération.

» La tumeur examinée ensuite, comprenant le testicule et l'épididyme confondus ensemble, pèse 550 grammes; elle a 14 centimètres de longueur, 10 de largeur, et 7 d'épaisseur. Sa surface extérieure, recouverte par une portion de la tunique vaginale, est ferme, résistante, comme le tissu fibro-plastique. Sa surface intérieure, mise à nu par une incision profonde, offre l'aspect du tissu encéphaloïde non ramolli, parsemé d'excavations avec des dépôts de matières semblables aux tubercules. Le microscope fait enfin reconnaître plus tard à notre savant collègue M. Lebert la réalité de l'élément cancéreux. Triste prévision pour les chances d'une récidive.

» Le résultat primitif de l'opération est cependant aussi heureux que possible. Le seul accident notable est une hémorrhagie par exhalation avec épanchement sous-cutané assez considérable, qui se résorbe cependant peu à peu à l'aide de la glace et de la compression, et qui laisse subsister pendant quelques jours dans le scrotum un noyau hématique offrant l'apparence d'un troisième testicule.

» Il est à remarquer aussi que la suppuration est à peu près nulle. La plaie, réunie dès les premiers jours, est suivie bientôt d'une cicatrisation définitive, et enfin un mois après l'opération, M. X... paraît complétement guéri. Il est revenu nous voir depuis cette époque, et n'a éprouvé jusqu'à présent aucune altération dans sa santé, ni aucun accident qui fasse craindre la fatale récidive. »

En communiquant le résumé de cette observation à la Société de Chirurgie, ajoute M. Larrey, je n'ai pas eu la prétention de lui faire connaître un exemple de guérison de sarcocèle inguinal par la castration; puisque le cancer dans cette région, comme partout ailleurs, conserve sa fatale tendance à repulluler. J'ai désiré seulement exposer un cas de dégénérescence du testicule dans des conditions telles, que leur ensemble pourrait former la matière d'une étude des maladies de cet organe engagé dans l'aine.

Je m'étais proposé de faire quelques recherches à cet égard, en m'aidant surtout d'un très bon travail publié dès 1829, dans la collection des *Mémoires de médecine militaire*, par P. Robert, l'un des anciens élèves les plus regrettables du Val-de-Grâce; mais j'en ai laissé le soin à un autre élève distingué de cette école, M. Lecomte, qui vient d'adopter ce sujet de thèse, pour examiner à un point de vue plus général la question des ectopies ou déplacement du testicule.

M. Gosselin. Il serait important de savoir si le péritoine a été ouvert dans l'opération. On y est exposé, soit que la tunique vaginale ne se soit pas fermée, soit que son occlusion ait eu lieu dans un point que le bistouri n'a pu respecter. Chez un malade qui avait été opéré avec succès par M. Roux, cet accident était arrivé.

M. Larrey fait observer qu'il avait répondu d'avance à ces questions par des détails qui auront échappé à M. Gosselin.

M. Chassaignac. J'ai vu une épididymite blennorrhagique double chez un sujet qui avait un des testicules arrêtés dans l'aine; elle a été des deux côtés d'une intensité à peu près égale.

M. Debout. Il y a actuellement une de ces orchites dans le service de M. Velpeau; c'est le dixième cas qu'il a observé; mais elle n'a jamais existé que d'un seul côté et toujours dans le testicule qui était descendu dans les bourses; ce que le savant professeur explique par l'influence de la pesanteur.

M. Demarquay. Blandin avait vu de ces faits, et je l'ai vu moi-même extirper un testicule cancéreux arrêté dans le canal inguinal. On sait qu'il a proposé la ténotomie sous-cutanée d'un des piliers dans les cas d'étranglement du testicule contenu dans ce canal.

M. Morel-Lavallée. M. Jobert a également enlevé sans ouvrir le péritoine, et d'ailleurs avec succès, un sarcocèle renfermé dans le canal inguinal.

— M. le Président annonce que dans la séance prochaine, à l'occasion de l'installation du nouveau bureau, M. Monod lira l'éloge de feu M. Marjolin, ancien membre honoraire de la Société.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

CORRESPONDANCE.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous remercier, au nom de la commission générale, de l'empressement que vous avez mis à accueillir ses vœux en insérant dans la *Gazette des Hôpitaux* la consultation pour l'Association des Médecins du département de la Seine.

Je viens aujourd'hui vous annoncer que le tribunal a prononcé, le 5 juillet, son jugement dans l'affaire du docteur Boullard.

Il a jugé que le privilége du médecin devait primer celui du propriétaire.

Le jugement est très fortement motivé.

L'Association, qui a fait *tous les frais du procès*, est heureuse d'avoir trouvé encore une fois l'occasion de soutenir un principe vrai, et de donner une nouvelle preuve de sa sollicitude pour les intérêts professionnels.

La commission générale, monsieur, aime à espérer que vous ferez connaître la décision du tribunal dans un des prochains numéros de votre journal.

Agréez, etc. Dr Perdrix, secrétaire-général.

Monsieur,

Vous avez inséré dans le numéro du 1er juillet courant de votre *Gazette* un rapport de M. le docteur Payen sur la *Providence médicale*. Ce rapport renferme des erreurs matérielles, des insinuations malveillantes et des plaisanteries de mauvais goût qui peuvent tromper les personnes qui n'auraient pas le temps de vérifier les faits.

Votre impartialité habituelle nous fait croire que vous seriez fâché de laisser peser d'injustes appréciations sur une institution philanthropique naissante, et un blâme indirect sur d'honorables confrères qui ont bien voulu nous donner leur adhésion, et qui étaient mieux renseignés que l'honorable rapporteur, et tout aussi capables d'apprécier la question au point de vue professionnel.

On sait que l'honorable M. Payen aime à faire de l'opposition: cela ne tire pas à conséquence; mais il ne faut pas qu'il s'abuse au point de croire qu'il tiendra ses confrères en charte privée.

Au surplus, M. le rapporteur, de son propre aveu, ne connaissait qu'imparfaitement les statuts de la *Providence médicale*; s'il les avait mieux étudiés, il aurait reculé devant l'affirmation de faits qu'il croyait vrais, sans doute, et qui sont de toute fausseté.

Il y a un point délicat que M. le rapporteur ne craint pas d'aborder avec une témérité dont rien n'approche. Il croit avoir trouvé une grosse affaire, et il n'a enregistré qu'une erreur matérielle.

« L'administration, dit-il (directeur et inspecteur), retient *pour elle* 20 p. 0/0, dont elle ne rend aucun compte, et elle prélève encore 15 p. 0/0 pour opérations extraordinaires et les cas imprévus. »

M. le docteur Payen devrait savoir que l'administration de la *Providence médicale* réduit à 15 p. 0/0 la somme destinée à couvrir tous les frais généraux occasionnés par le service des abonnements, car il répugnerait d'admettre que les médecins eux-mêmes vont se charger de recueillir des abonnements.

Il devrait savoir aussi que la Société philanthropique, dont il est l'agent rétribué à 1,200 francs par année, dépense annuellement 25 p. 0/0 de son revenu pour frais d'administration seulement, et que sur 48 médecins qu'elle occupe, elle n'en rétribue que 12, à raison de 600 fr. pour chacun par année. Il n'ignore pas sans doute que les diverses administrations de l'Assistance publique coûtent 20 p. 0/0, et qu'il n'est pas étonnant que la Providence médicale, à son début, fasse aussi sa part de frais généraux à 15 p. 0/0.

Mais il était mal d'ajouter et d'insinuer que ces 15 p. 0/0 reviennent à deux personnes seulement (directeur et inspecteur), car ils sont destinés à faire face aux éventualités du service. Les directeurs ne se font aucun traitement fixe.

Il est fâcheux que des hommes aussi sérieux que M. le docteur Payen se jettent au vent de la publicité avec une témérité aussi blâmable.

Permettez-nous de vous adresser un exemplaire de nos statuts, et d'espérer que vous les publierez pour l'édification des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui pourront alors juger en connaissance de cause.

Nous avons l'honneur d'être, etc.,

Lagrue, Lesèble, D.-M.-P.

P.-S. Nous nous sommes contentés d'indiquer aujourd'hui les erreurs matérielles contenues dans le rapport de M. Payen, nous réservant d'y faire très prochainement une réponse *in extenso*.

STATUTS.

BUT DE L'INSTITUTION.

Le but de haute bienfaisance que se propose l'institution de la *Providence médicale* peut se résumer en trois points:

Offrir aux familles peu aisées le moyen le plus économique pour profiter, dans la mesure de leurs besoins, des secours les plus éclairés, les plus opportuns, de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie;

Offrir aux gouvernements, aux municipalités, aux bureaux de bienfaisance, aux personnes riches, celui de procurer aux indigents, partout où les hôpitaux n'existent pas, les consultations, visites, soins, médicaments et secours de toute nature;

Enfin, constituer un revenu fixe de 10 pour 0/0 du montant total de tous les abonnements, pour la fondation d'une caisse générale de secours et de retraite au profit des docteurs en médecine que l'âge ou des infirmités prématurées mettraient hors d'état de vaquer à leur ministère.

TITRE PREMIER. — Organisation.

Art. 1er. Pour atteindre le but que se proposent les fondateurs de l'institution, il est créé à Paris une administration centrale dont la direction générale appartient à MM. Le Sèble et Lagrue. M. le docteur Le Sèble est chargé particulièrement de la direction générale des secours médicaux et chirurgicaux; M. Lagrue, comme étant l'auteur du projet, est chargé particulièrement de l'organisation administrative et de l'inspection générale.

Art. 2. Les directeurs pourront se faire suppléer ou remplacer; en cas de décès ou de démission de l'un ou de l'autre, le conseil général de surveillance pourvoit à son remplacement en respectant les droits acquis.

Art. 3. L'administration centrale prend l'engagement vis-à-vis du public de passer des traités avec MM. les médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes pour assurer tous les services qu'elle promet, et sous la responsabilité personnelle des signataires.

Art. 4. L'administration centrale établira des relations avec la province pour la création d'agences départementales, cantonales et communales.

Art. 5. Les agences locales, une fois établies, s'administreront elles-mêmes, en se conformant aux présents statuts, sous la surveillance d'un conseil particulier et sous la responsabilité de directeurs particuliers.

Art. 6. Il est établi trois ordres de circonscriptions: 1° Paris; 2° les grandes villes de province; 3° les cantons comprenant les communes rurales.

Art. 7. Les directeurs, médecins, chirurgiens et pharmaciens, sages-femmes, appartenant à chacun de ces trois ordres de circonscription et à chaque circonscription elle-même, sont insolidaires à l'égard les uns des autres, tant pour les droits et les devoirs que pour les intérêts.

. . . .

TITRE II. — Prix et mode d'abonnement, emploi des fonds, comptabilité.

Art. 12. Le prix d'abonnement personnel par année est fixé, pour Paris, à 5 francs, non compris les médicaments, et payables d'avance.

Art. 13. L'administration ne peut abonner à ce prix que les personnes valides.

Art. 14. Les personnes actuellement malades pourront néanmoins profiter des avantages de l'institution, à la condition de faire abonner en même temps quatre personnes valides de leur famille ou de leurs connaissances.

Art. 15. Les femmes enceintes abonnées ou qui s'abonneraient pendant leur grossesse pour recevoir les secours de l'institution sans augmentation de prix, devront prévenir l'administration un mois avant l'accouchement, et procurer dans ce délai quatre abonnements de personnes valides de leur famille ou de leurs connaissances.

Art. 16. Les personnes qui auront voulu contribuer à la prospérité de l'institution par une cotisation plus forte que celle qui est exigée par les présents statuts, ou qui auraient pris un certain nombre d'abonnements pour les distribuer aux pauvres, seront portées sur deux listes particulières destinées à être publiées à la suite du compte-rendu annuel.

Art. 17. Les sommes provenant des abonnements seront invariablement réparties de la manière suivante:

1° Soixante-cinq pour cent pour la rétribution de MM. les médecins attachés au service;

2° Dix pour cent sont affectés au service des sages-femmes, deux pour cent à celui des chirurgiens-dentistes chargés d'extraire et de plomber les dents. Trois pour cent restent pour les opérations chirurgicales extraordinaires et pour les cas imprévus de toute nature.

L'administration rendra compte de l'emploi de ce dernier fonds de 3 pour 100.

3° Vingt pour cent sur les abonnements de la circonscription de Paris sont alloués à la direction centrale pour frais d'organisation, d'administration, intérêts des capitaux employés, honoraires de tous les agents, impressions, assurances, loyers, en un mot de tous les frais généraux et particuliers, sans qu'elle soit tenue d'en rendre compte et sans qu'elle puisse exiger davantage.

Art. 18 Le conseil de surveillance veillera à ce que l'administration soit partout organisée en raison des besoins du service.

Art. 19. Il n'est alloué aucun traitement fixe à MM. les médecins et autres personnes chargées du service, qui toucheront proportionnellement au nombre d'abonnements recueillis dans leur circonscription respective, au fur et à mesure des encaissements, s'ils le désirent, et aux conditions particulières fixées par les traités.

Art. 20. Il sera fait des écritures régulières des recettes et des dépenses; chacun des intéressés aura son compte particulier qu'il pourra vérifier quand il le voudra.

. . . .

TITRE III. — Droits des abonnés, devoirs de MM. les médecins et pharmaciens.

Art. 24. Tout abonné qui aura payé le prix de son abonnement aura droit:

1° A des consultations à des heures indiquées par l'administration chez MM. les médecins attachés au service;

2° Dans les maladies graves, aux visites d'un médecin de l'institution, choisi au gré du malade, sur la liste de ceux qui exercent dans l'arrondissement à Paris, ou dans la commune en province;

3° A une consultation collective de plusieurs médecins de l'institution, choisis parmi ceux de l'arrondissement ou de la commune, si la maladie l'exige;

4° Aux secours de la chirurgie;

5° A la délivrance, aux prix réduits du tarif, par MM. les pharmaciens de l'institution, de tous les médicaments qui auront été prescrits à l'abonné pour son usage personnel par un des médecins de l'institution;

6° En cas d'accouchement d'une personne abonnée ayant satisfait à l'article 15, elle aura droit, sans rétribution, de réclamer les secours d'une sage-femme, parmi celles qui seront désignées pour ce service dans son arrondissement. La sage-femme se fera assister, au moment de l'accouchement, par un médecin de l'institution, lorsque ce secours deviendra nécessaire, après que l'abonnée en aura témoigné le désir.

7° A Paris et partout où cela sera possible, l'abonné obtiendra des bains à prix réduits, par la seule exhibition de sa carte d'abonnement à la Providence Médicale, dans les établissements avec lesquels l'administration aura un traité dans ce but.

Les prix des bains sont fixés à Paris, savoir:

1°	Bain simple d'une heure.	» fr.	30 c.
2°	— de Baréges	1	»
3°	Douches d'eau simple.	1	25
4°	» de Baréges.	1	50

8° Le chirurgien-dentiste doit extraire, plomber les dents et donner ses conseils. Le chlorure d'argent, employé sur la demande de l'abonné pour plomber les dents, doit être payé par lui en sus de son abonnement, à raison de 50 c. par opération d'une seule dent, garantie pour l'avenir.

Art. 25. Par le seul fait de la délivrance des cartes aux abonnés, MM. les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens inscrits sur la liste sont engagés personnellement pour la durée d'une année à leur donner consciencieusement les secours de l'art, quand ils en seront requis conformément aux présents statuts.

26. Le refus du médecin, chirurgien ou sage-femme, dûment constaté et non motivé, donnerait droit à l'abonné de réclamer les secours d'un autre médecin, chirurgien ou sage-femme, aux frais du refusant ou de l'administration, sauf recours.

Art. 27. S'il arrivait que l'un des médecins de l'institution fût plus recherché que ses autres confrères, l'administration se réserve d'intervenir sur sa réclamation, soit pour limiter le nombre des consultations et visites qu'il serait tenu de faire sans excéder ses forces, soit pour lui donner un suppléant.

Ce fait, honorable pour le médecin qui aurait mérité d'aussi nombreuses sympathies, serait mentionné dans le compte-rendu annuel.

Art. 28. L'administration pourra établir des dispensaires où les consultations seront permanentes, lorsque les besoins du service l'exigeront, et lorsque les ressources de l'institution le permettront, sans nuire à l'organisation actuelle.

Art. 29. Les consultations, visites, secours et médicaments au prix du tarif ne seront accordés que pour l'usage personnel de l'abonné, qui justifiera, au besoin, de cette qualité par la présentation de sa carte d'abonnement.

Art. 30. Cette carte, visée pour autorisation exceptionnelle, par tout agent de l'institution, donne droit à l'abonné de réclamer les avantages qu'elle stipule, dans l'une quelconque des circonscriptions ou succursales établies où il voudra se transporter et séjourner à ses frais.

Art. 31. L'abonnement étant tout personnel, celui des abonnés qui aurait tenté de faire servir sa carte pour procurer indûment

les secours et les médicaments au prix du tarif à toute autre personne serait rayé de la liste des abonnés, et ne pourrait plus en faire partie à l'avenir.

Art. 32. Les abonnés recevront tous les secours de l'art de guérir, quelle que soit la nature de la maladie qui les frappe. La Providence Médicale reconnaît que toutes les infirmités humaines ont droit d'obtenir les soulagements que l'art de guérir peut donner.

. . . .

Art. 34. Aucun médicament ne sera délivré aux prix réduits du tarif sans une ordonnance au nom du malade abonné, faite par un des médecins de l'institution.

Art. 35. Chaque abonné recevra, à ses frais, un exemplaire des statuts, renfermant la liste des médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes, propriétaires de bains de la circonscription chargés du service.

Art. 36. Il sera donné communication à chaque abonné du tarif des médicaments, dont un exemplaire sera remis à chacun de MM. les médecins et pharmaciens.

Art. 37. MM. les pharmaciens s'engagent à ne délivrer que des médicaments de première qualité, au prix du tarif, sous peine de 500 fr. de dommages-intérêts applicables en abonnements au profit des indigents.

Art. 38. Le pharmacien apposera toujours son cachet ou sa signature sur l'ordonnance dont l'abonné sera porteur, afin que celui-ci puisse en faire faire le contrôle par l'administration s'il le juge à propos.

Art. 39. En raison de l'avantage résultant pour les abonnés de l'extrême modicité des prix consentis par MM. les pharmaciens pour concourir à l'œuvre philanthropique de l'institution, les médicaments seront payés immédiatement par les abonnés.

TITRE IV. — CONSEIL DE SURVEILLANCE, SES ATTRIBUTIONS.

Art. 40. A Paris, le conseil de surveillance est permanent; il prend le nom de conseil général : il est le représentant naturel des intérêts de MM. les médecins, pharmaciens et abonnés; il contrôle la gestion de l'administration centrale, vérifie la comptabilité des répartitions et statue à la majorité des voix des membres présents sur toutes les questions qui lui sont soumises par les directeurs généraux. Il n'a pas à s'immiscer autrement dans la gestion et n'est jamais responsable.

Art. 41. Les membres du conseil de surveillance à Paris sont au nombre de douze; il se constituera par la nomination d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et des commissions spéciales de médecine, de pharmacie et d'administration prises dans son sein et chargées d'assister les directeurs.

Art. 42. Il contiendra au moins quatre médecins et quatre pharmaciens, dont le choix sera fait à l'avenir tous les trois ans par leurs confrères adhérant à l'institution. L'administration, comme chargée des intérêts des abonnés, prendra les huit autres membres parmi les hommes honorables de diverses professions. En cas de décès ou de démission d'un des huit membres représentant les abonnés, l'administration pourvoira à son remplacement après avoir pris l'avis des autres membres du conseil général.

Les fonctions de membre du conseil général de surveillance sont essentiellement honorifiques et gratuites.

TITRE V. — CONTESTATIONS, ARBITRAGE.

Art 43. Les contestations qui pourront survenir entre MM. les médecins, pharmaciens et abonnés en raison du service seront déférées par les directeurs au conseil de surveillance de leur circonscription respective avec les notes à l'appui si les intéressés l'exigent.

Art. 44. Le conseil saisi de la question prononcera comme tribunal arbitral amiable compositeur, sans être tenu aux formalités de la procédure et sans frais.

Art. 45. Tout intéressé ayant adhéré aux présents statuts par traité particulier ou de toute autre manière s'engage à reconnaître comme sacré et sans appel le jugement qui interviendrait.

TITRE VI. — DISPOSITIONS PARTICULIÈRES A LA PROVINCE.

Art. 46. Les dispositions générales qui précèdent sont applicables à l'organisation dans les départements, sauf les modifications suivantes :

Art. 47. En province, les prix d'abonnement sont fixés, savoir :

1° Pour les grandes villes, à 4 fr.;

2° Pour les villes cantonales et les communes rurales, à 3 francs payables par semestre et d'avance autant que possible.

Art. 48. Dans chacune des circonscriptions de la province, quinze pour cent du montant des abonnements seront alloués à la direction de la circonscription pour son service administratif, et cinq pour cent à l'administration centrale de Paris pour couvrir les frais généraux à sa charge.

Art. 49. Les médecins de la province qui desserviront les communes rurales s'obligent à visiter dans leur demeure, autant de fois que leur état le réclamera, les malades qui ne pourraient se déplacer. Ils s'obligent, en outre, à se transporter une fois par semaine, à jour fixe et à leur choix, dans chaque commune rurale de leur ressort pour y donner des consultations à domicile.

Art. 50. Les personnes indisposées devront préalablement réclamer les secours au siége de l'agence locale, afin que les médecins trouvent à leur arrivée la liste de tous les malades.

Art. 51. Le pharmacien placera au siége de l'agence locale, sous la responsabilité des médecins, les médicaments les plus usités pour les cas pressants.

Art. 52. Pour les communes rurales, le conseil de surveillance, dans chaque circonscription, sera composé de sept personnes honorables prise en partie parmi les membres du conseil municipal; il y aura dans ce conseil de surveillance un médecin et un pharmacien, désignés par leurs confrères pour les représenter.

Art. 53. Ce conseil se renouvelle tous les trois ans par un tirage au sort fait en séance par le directeur particulier de l'institution, et par une nouvelle élection de la part des médecins et pharmaciens. Le maire sera président de droit s'il le désire, lorsque le sort l'aura désigné comme membre du conseil.

TITRE VII. — DISPOSITIONS RELATIVES A LA FONDATION D'UNE CAISSE GÉNÉRALE DE SECOURS ET DE RETRAITE AU PROFIT DES MÉDECINS DE L'INSTITUTION.

A partir du 1er juillet 1853, si la prospérité de l'institution le permet, l'administration n'ayant plus à supporter les frais que nécessitent actuellement l'organisation et les abonnements, prélèvera sur les 20 p. 0/0 qui sont alloués pour frais généraux dans toutes les circonscriptions établies à cette époque 5 p. 0/0 de la recette totale de chacune de ces circonscriptions, dont partie à la charge de la direction centrale, et partie à déterminer à la charge de la direction particulière.

Ce prélèvement de 5 p. 0/0 sera affecté à la création d'une caisse générale de secours et de retraite au profit de tous les médecins et chirurgiens docteurs qui auront été chargés du service médical de l'institution en France, et que des infirmités, des revers de fortune, ou l'âge mettront dans la situation d'y recourir.

Art. 55. A partir de la même époque, pareille retenue, au moins de 5 p. 0/0 de la recette totale, pourra être faite à tous les docteurs-médecins et chirurgiens qui devront profiter des avantages de cette caisse de retraite, en raison soit de la durée du service qu'ils auront fait, soit des sommes qu'ils auront laissées se capitaliser.

. . . .

Art. 58. Les docteurs-médecins et chirurgiens qui auront exercé un service actif dans l'institution auront droit avant tous autres à remplir les fonctions rétribuées de directeurs particuliers dans les circonscriptions particulières que la *Providence médicale* doit établir successivement.

Note du Rédacteur. — M. Payen, que nous avons eu l'occasion de voir et à qui nous avons montré la lettre et les statuts qu'on vient de lire, nous a déjà adressé une réponse, que nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro.

Chronique et nouvelles.

La lettre suivante a été adressée au rédacteur en chef de la *Gazette médicale* :

« Monsieur,

» En rendant compte de la séance de l'Académie de Médecine du 20 du mois dernier, à propos de ma communication sur la présence de la nicotine dans les organes, excessivement pourris, des animaux empoisonnés par cette substance, vous dites : « Il s'agissait de savoir si la présence de la nicotine, dont la découverte est désormais assurée par les procédés d'analyse de M. Stas, etc. » Cette phrase pourrait faire croire que, pour m'assurer du fait que j'énonçais, j'avais eu recours à la méthode du professeur belge; or il n'en est rien. J'ai dit à l'Académie que j'étais arrivé à ce résultat en suivant les deux procédés que j'avais décrits dans mon mémoire déposé à l'Académie le 20 mai dernier, huit jours avant que j'eusse pu prendre connaissance, à Mons, du travail de M. Stas. Que les procédés d'analyse de ce chimiste permettent de déceler la nicotine dans nos organes, cela est incontestable; mais il est également avéré que l'on découvre cet alcali par l'une ou l'autre des méthodes que j'ai proposées, et dont l'une *surtout* diffère notablement de celle qui a été adoptée par le savant professeur de Bruxelles.

» Agréez, etc. ORFILA.

» Paris, ce 1er juillet 1851. »

Nous reproduisons cette lettre parce qu'elle répond, pour l'espèce, à l'accusation de *piraterie scientifique* lancée par un journal belge contre *ses voisins du Midi*, accusation que justifieraient *des faits nombreux*, si l'on en croyait notre confrère, habituellement mieux inspiré quant au fond et quant à la forme. Lorsque cet honorable confrère voudra bien préciser les autres faits nombreux, nous verrons s'ils ont plus de valeur que celui qui concerne M. Orfila. En attendant, il trouvera bon que nous n'acceptions son assertion que sous bénéfice d'inventaire.

— Lorsque, dans notre lettre à M. le professeur Denonvilliers, nous déplorions la parcimonie de la France pour les établissements scientifiques, nous ne savions pas encore jusqu'où s'étendait cette parcimonie. On sait qu'une des inspirations de M. Dumas auxquelles tous les médecins, tous les savants même avaient applaudi le plus, c'était d'avoir institué une commission chargée de publier un *Annuaire des eaux de la France*. Cette commission s'occupait sérieusement de sa mission et en était déjà à la vingtième feuille de sa publication, lorsque le manque de fonds est venu l'interrompre. Voilà donc une des publications les plus utiles, une publication qui aurait été unique dans le monde, et à propos de laquelle par conséquent la France aurait devancé les nations voisines, qui se trouve indéfiniment ajournée, jusqu'au moment peut-être où l'Angleterre, la Russie ou quelque autre nation aura exécuté ce que nous n'aurons fait que concevoir.

On comprend que, devant un fait comme celui que nous signalons, la Faculté conserve peu d'espoir d'obtenir les fonds nécessaires à l'impression d'un catalogue des musées Orfila et Dupuytren. L'initiative, l'activité et le dévouement personnels suppléeront heureusement en partie à l'intelligence des dispensateurs du budget. M. Houel, conservateur de notre Musée d'anatomie pathologique, le plus riche qui soit au monde, a depuis longtemps commencé la rédaction d'un catalogue raisonné des richesses que renferme le Musée Dupuytren. Ce catalogue, qui sera, à proprement parler, un tableau *positif* et *parlant* de la chirurgie dans l'état actuel de la science, ce catalogue est sur le point d'être terminé, et M. Houel a bien voulu mettre à notre disposition la plus grande partie du manuscrit, dont nous commencerons sous peu de jours la publication. Nous espérons que nos lecteurs nous sauront gré de cette publication, qui ne sera pas moins précieuse pour le chirurgien-praticien que pour le savant, auquel elle fournira des documents aussi nombreux qu'importants.

— Le conseil de l'assistance publique, après avoir appelé dans son sein M. Pelletan et avoir entendu ses explications relativement à la lettre qu'il a publiée dans la *Presse*, a émis l'avis que ce médecin devait être suspendu pendant un mois de ses fonctions.

— Tout le monde répète depuis longtemps, depuis Racine tout au moins, que les murs ont des yeux et des oreilles; mais par malheur personne ne le croit, et, lorsque des discours prononcés entre quatre murs pénètrent au dehors, ce ne sont jamais ces murs qui sont accusés d'indiscrétion. C'est là ce qui nous rend nous-même très discret aujourd'hui sur une séance du conseil de la Faculté, une des plus intéressantes qui aient eu lieu depuis long-temps. On dit qu'à propos de la question des amendes un jeune et spirituel professeur a fait un rapport des plus divertissants. Dans ce rapport, le savant observateur a fait connaître des variétés de migraine, de catarrhe, de sciatique, etc., extrêmement curieuses et encore non décrites jusqu'à ce jour. Il a vu de ces maladies qui se manifestaient tous les cinq, tous les huit, tous les quinze, tous les trente jours, etc., et cela à l'heure précise des examens (1 heure), pour cesser aussitôt l'examen terminé (3 heures). Après être entré dans une foule de détails du plus vif intérêt et avoir résumé tous les faits dans une statistique plus intéressante encore, on dit que le sagace rapporteur a proposé de guérir toutes ces intermittences (qui sont toutes sans gonflement de la rate), non en leur administrant le sulfate de quinine, mais bien en leur appliquant 60 fr. d'amende chaque fois qu'elles se manifesteraient. Nous regrettons bien que notre discrétion de journaliste nous interdise de plus longues révélations sur cette séance qui comptera dans les annales de la Faculté. — H. de Castelnau.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 79. — JEUDI 10 JUILLET 1851. (24e ANNEE.) N° 79. — JEUDI 10 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 9 JUILLET 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Peu de séances ont offert autant d'intérêt : un rapport de M. Soubeiran, que nous publierons prochainement et qui sera de notre part l'objet de quelques réflexions; une lecture de M. Malgaigne, qui promet de devenir le point de départ d'une discussion utile; une très remarquable argumentation de M. le professeur Dubois, que nous sommes assez heureux pour pouvoir mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs; enfin, deux communications intéressantes faites par MM. Amussat et Baudens, tels sont les objets qui ont occupé l'Académie pendant plus de deux heures. La place que nous consacrons volontiers au discours de M. Dubois nous interdit pour aujourd'hui de plus longues réflexions. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. NÉLATON.

Kystes multiples de la mamelle.

Leçon clinique recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, internes du service. (16 juin 1851.)

Messieurs,

Au n° 7 de la salle des femmes est couchée une malade atteinte d'une tumeur du sein. Cette malade va être soumise devant vous à une opération; c'est elle qui va faire le sujet de notre entretien.

Cette femme est âgée de quarante-trois ans; elle est entrée dans nos salles le 7 juin; elle porte, ainsi que je viens de vous le dire, une tumeur au sein droit. Voici ce qu'elle nous raconte.

Il y a quatre ans environ, elle s'aperçut pour la première fois de l'existence d'une petite tumeur à la partie supérieure du sein droit, à 4 centimètres à peu près au-dessus du mamelon. C'est par hasard qu'elle en a reconnu la présence, et j'insiste sur ce point; car aucune douleur n'avait porté la malade à examiner, à palper son sein. Depuis lors, la malade a parfaitement suivi les différentes phases de la tumeur; elle nous les raconte avec précision. La tumeur est restée stationnaire; elle n'a changé ni de forme, ni de volume; elle n'a été le siége d'aucune douleur pendant plusieurs années. Ce n'est que depuis quelques mois qu'elle a commencé à se développer, à grossir rapidement. La malade alors s'est effrayée, et elle est venue réclamer les secours de la chirurgie.

Que trouvons-nous?

La mamelle droite est plus volumineuse que la gauche; elle est le siége d'une tumeur occupant la partie supérieure et externe. Cette tumeur, dans son plus grand diamètre, qui est oblique de haut en bas et de dedans en dehors, a 8 centimètres. Le petit diamètre, oblique en sens contraire, a 5 centimètres. La tumeur est donc allongée, mobile sur le fond qui la reçoit, mobile relativement aux autres éléments de la mamelle. La peau est mobile à sa surface dans toute son étendue. Sa consistance est variable suivant les différents points que l'on examine. L'on peut dire qu'elle est composée de deux portions : une partie supérieure molle, une partie inférieure dure. La supérieure est elle-même formée de deux portions : une interne, qui a soulevé les téguments, et qui donne à la peau une coloration bleuâtre; une externe, plus cachée, plus dissimulée, molle toujours néanmoins. Il y a de la fluctuation, de la fluctuation évidente en haut, en dedans et en dehors. En bas, nous trouvons un tissu dense. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Les parties circonvoisines sont saines, souples; la peau de la mamelle a conservé sa coloration normale, sauf dans le point bleuâtre que j'ai signalé tout à l'heure. Rien d'anormal dans la région axillaire.

Il n'y a eu aucun dérangement dans la santé générale depuis que la malade s'est aperçue de l'existence de son affection. Au moment des époques menstruelles, cette femme nous dit qu'il lui semblait que la tumeur augmentait de volume et que depuis quelques mois elle éprouvait à ces moments une douleur vague, sourde, comparable à celle que lui occasionne une pression un peu forte de la tumeur.

En résumé, toute la maladie se réduit à l'existence d'une tumeur dans le sein droit, tumeur ayant les caractères que je viens d'indiquer.

Quelle est sa nature?

C'est une tumeur formée par des kystes réunis, une de ces tumeurs qu'Astley Cooper a décrites sous le nom de *tumeurs hydatiques*.

A. Cooper admet quatre formes de tumeurs hydatiques du sein. Mais les affections que ce chirurgien décrit comme les formes d'une même maladie sont bien réellement quatre maladies distinctes ayant leurs caractères déterminés et indépendants. Un mot, messieurs, sur ces affections, sur ces *formes* de tumeurs hydatiques admises par A. Cooper.

Dans la première forme, c'est la tumeur hydatique combinée avec le cancer. Mais ce n'est autre chose qu'un squirrhe au centre duquel existe une cavité contenant de la sérosité purulente. Le chirurgien anglais a eu tort d'attacher une si grande importance à l'existence de cette cavité. Ce n'est pas même une complication, ce n'est qu'un épiphénomène du squirrhe.

Vous le voyez, messieurs, je saisis cette occasion pour vous faire connaître et réduire à sa juste valeur la description des tumeurs hydatiques d'A. Cooper.

Dans la deuxième forme, nous tombons dans une maladie toute différente de la première, et cependant elle est décrite comme une variété d'une même affection. La tumeur ici n'a rien du cancer; elle est constituée par la présence de véritables hydatides, acéphalocystes, ordinairement solitaires, quelquefois cependant rassemblées. Il s'agit d'un entozoaire développé dans l'intérieur de la mamelle et donnant lieu à des symptômes qui ne ressemblent en rien à ceux de la maladie précédente.

La troisième forme est excessivement rare. Je ne l'ai observée qu'une seule fois sur le cadavre. Elle est caractérisée par la présence dans la mamelle d'une multitude de petites tumeurs du volume d'un grain de blé, d'un pois, blanches, fermes et ressemblant assez bien à un *cristallin durci par la chaleur*. C'est la comparaison dont se sert l'auteur lui-même.

Enfin, nous arrivons à la quatrième catégorie des tumeurs hydatiques d'A. Cooper, et c'est dans cette variété, je vous le dis de suite, que nous rangerons la tumeur qui nous occupe aujourd'hui. Dans cette catégorie, c'est une tumeur formée par une ou plusieurs poches à parois lisses, séreuses, celluleuses. C'est l'*hydatide celluleuse* d'A. Cooper. Mais cette hydatide celluleuse n'est autre chose qu'un kyste séreux.

Il existe, en effet, *pathologiquement* dans la mamelle des tumeurs formées par un ou plusieurs kystes séreux. Quand il y a un seul kyste, les parois de la tumeur sont minces, lisses; on dirait d'une membrane séreuse véritable, normale. Quand il y en a plusieurs, qu'ils communiquent entre eux ou non, nous n'avons plus ces parois lisses, minces; le tissu de la mamelle ou plutôt un tissu de nouvelle formation forme à ces kystes une sorte de gangue qui les enveloppe et leur donne des parois épaisses.

Aussi a-t-on distingué dans les kystes de la mamelle les kystes *uniloculaires* et les kystes *multiples*. Les premiers ont des parois minces; les seconds sont perdus dans une masse de nouvelle formation.

C'est dans cette seconde variété des kystes du sein que rentre la tumeur de notre malade.

Cette distinction des kystes de la mamelle que je vous indique n'est point sans importance, elle joue un grand rôle dans le traitement.

Pour les kystes de la première espèce, en effet, comme l'a indiqué et pratiqué M. le professeur Velpeau, comme je l'ai pratiqué moi-même, le traitement est assez simple; une ponction, quelquefois une injection irritante, et le kyste est facilement guéri. Mais pour les kystes de la seconde espèce, ce traitement est bien insuffisant; des ponctions successives et même des injections irritantes ne produisent aucun résultat satisfaisant.

Avant d'aborder la question du traitement que nous allons mettre en usage, il n'est pas sans intérêt d'examiner ce qui se passerait si la maladie était abandonnée à elle-même; car, enfin, avant de se décider à une opération, il est urgent de savoir si elle est nécessaire. Or, voici ce que l'expérience nous a appris.

Si la chirurgie n'intervient pas, les kystes augmentent de volume assez rapidement; il s'en forme de nouveaux, la tumeur grossit, grossit toujours et prend un volume de plus en plus gênant. Là n'est pas le seul accident; les bosselures augmentent, se dessinent de plus en plus, deviennent de plus en plus saillantes; la peau qui les recouvre s'amincit, s'enflamme; la poche s'ulcère, se vide, et si l'ouverture se ferme, le kyste est bientôt reformé. Je suppose le cas le plus heureux : s'il reste une fistule, celle-ci voit bientôt paraître à

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par MM. TROUSSEAU et PIDOUX.

(4e édition. — 2 vol. in-8°; Paris, 1851.)

Quatre éditions dans l'espace de quelques années, des traductions dans les principales langues étrangères et les honneurs d'une double contrefaçon en Belgique, voilà des succès bien rares, surtout pour un livre de médecine. Que dire de plus pour faire l'éloge de ce livre et pour déterminer le rang qu'il occupe dans la science?

Malgré la rapidité avec laquelle se sont succédé ces éditions, elles n'ont pas été de simples réimpressions. Les trois dernières ont, au contraire, éprouvé des améliorations importantes. Celles que nous trouvons dans la quatrième se rattachent à la *médication anesthésique* et à l'*électricité*.

L'introduction est la reproduction de celle qui est à la tête de la troisième édition sous le titre de *Discours sur la réforme médicale moderne dans ses rapports avec la thérapeutique et la matière médicale*.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur les doctrines de Hoffmann, de Boërhaave et de Haller, MM. Trousseau et Pidoux établissent que, à la fin du dix-huitième siècle et au commencement du dix-neuvième, des travaux simultanés révélèrent en Angleterre, en France, en Allemagne et en Italie des efforts pour rénover la matière médicale. Ce mouvement serait représenté par Cullen en Angleterre; par Broussais, Laënnec et M. Bretonneau en France; par Hahnemann en Allemagne, et en Italie par Rasori.

Cullen transporte dans la matière médicale le *nervosisme*, qu'il a appliqué à la *nosologie* après l'avoir emprunté à l'*irritabilité* de Haller, et il dit : « Les effets particuliers des substances en général ou de celles qui portent spécialement le nom de médicaments *dépendent* de la manière dont elles agissent sur les parties sentantes et irritables du corps humain lorsqu'elles y sont appliquées. » C'était là toute une révolution; et, à en juger d'après ce que ces quelques mots éveillent en nous, on est porté à croire qu'elle a dû s'opérer sans entraves et sans secousses : il semble que ce principe fondamental ait dû nous arriver en droite ligne et sans déviation aucune. Mais il n'en est rien. Les idées de Cullen étaient trop simples, je n'ose dire trop justes, pour être ainsi acceptées; ce n'est pas ce que veut l'esprit humain. Elles restèrent pour ainsi dire emprisonnées dans le cercle étroit des érudits et n'eurent qu'un bien faible retentissement si on le compare à celui qui accueillit les paradoxes de son élève et ardent émule, le fameux Brown. Ce fut lui qui eut la gloire de voir son système se populariser en s'engrenant avec les médications humorales et envahir toute la thérapeutique. C'est une de ces monstruosités qui arrachaient à Bichat ces paroles de découragement :

« On dit que la pratique de la médecine est rebutante; je dis plus, elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable, quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales. »

Cullen n'a donc pas eu, immédiatement au moins, l'influence qui lui est accordée par nos auteurs, qui, pour l'apprécier, se sont placés, ce me semble, à un point de vue trop spéculatif. Entraînés par un sens droit, ils ont vu plus, si je ne me trompe, ce qu'elle aurait dû être que ce qu'elle a été en réalité.

Il fallut toute l'énergie de Broussais pour renverser la polypharmacie, « pour consommer cette œuvre dans laquelle la doctrine » n'était qu'une machine de guerre pour ruiner le passé. » Il fit table rase, et, pour les écoles, tout fut à reconstruire. La trempe naturelle de son esprit, son ardeur pour l'observation et l'analyse, semblaient lui destiner cette tâche. Malheureusement le souvenir des médications qu'il venait de détruire l'en éloigna, et sa médecine resta presque exclusivement hygiénique. C'était une conséquence rigoureuse de sa doctrine et des faits qui l'avaient préparée.

C'est à Laënnec que MM. Trousseau et Pidoux rapportent l'honneur d'avoir restauré, en France, la nosologie et la matière médicale. « Il les rétablit, disent-ils, par l'anatomie pathologique, qui est un des côtés de la science des maladies... L'Ecole de Paris se divisa donc en deux camps ennemis, celui du *physiologisme* anatomique, commandé par Broussais, et celui du *nosologisme* anatomique, défendu par Laënnec. Dans l'un, on proclame le rationalisme absolu en thérapeutique; et si, dans l'autre, on n'osa professer l'empirisme absolu, on posa des principes qui peuvent y conduire, et qui d'ailleurs ont fait tomber les élèves de Laënnec de l'empirisme dans le scepticisme. »

On ne peut sans doute refuser à Laënnec le mérite d'avoir tenté quelques efforts partiels, quelques expérimentations thérapeutiques; mais il y a loin de là à l'enfantement d'un système entier de matière médicale. Son influence sur la génération qui grandissait autour de lui a, du reste, été bien faible de son vivant. Ce n'est guère qu'après sa mort que la réaction contre les idées de son rude antagoniste a conduit, toutes voiles dehors, la science dans les eaux où nous la trouvons aujourd'hui.

Laënnec n'avait pas l'esprit assez généralisateur pour être un chef d'école, et c'est abusivement qu'on cherche à lui donner ce titre. Il avait à un degré éminent le talent de l'observation; il avait, si l'on veut, le génie des faits de détail; ses travaux sont admirables comme précision d'analyse, chacune de ses recherches est un chef-d'œuvre; mais on n'y trouve pas ces larges idées qui relient les faits entre eux et en constituent un corps de doctrine. L'histoire ne le placera pas au nombre de ces grandes figures qui dominent et régentent leur époque; il ne comptera pas parmi les chefs des révolutions médicales; et, en parlant du temps où il a vécu, on dira toujours le siècle de Broussais.

Voyez une doctrine, bonne ou mauvaise, fausse ou juste, elle se présente tout d'une pièce. Quelques lois générales, quelques principes d'ensemble sont posés, et tout déroule de ces lois et de ces principes. Tout y est connexe et solidaire, tout y sera harmonisé. Si c'est une doctrine médicale, physiologie, étiologie, pathologie, thérapeutique, tout s'enchaînera. Dans celle du Val-de-Grâce, vous avez cet agencement rigoureux au plus haut degré. Je n'ai pas à examiner si elle est vraie ou fausse, j'ai voulu simplement rap-

côté d'elle une autre fistule, puis une troisième, etc. ; car le même travail pathologique se passe dans tous les kystes, et dans un temps, peu éloigné souvent, il y a sur la tumeur un véritable crible laissant suinter un liquide sanieux. Les bords, les parois des fistules et des kystes s'indurent, et comme déjà les kystes eux-mêmes étaient contenus dans une gangue assez épaisse, assez ferme, si le chirurgien n'a pas suivi les différentes phases de la maladie, il peut aisément croire à une tumeur de mauvaise nature, et souvent reculer devant une opération utile, urgente et offrant toutes les chances de succès.

Voilà la marche ordinaire, normale (passez-moi le mot) de ces tumeurs. Rarement, trop rarement on a observé une guérison spontanée, pour ne pas craindre d'abandonner la maladie à elle-même.

Déjà vous pressentez, messieurs, l'opération que je vais pratiquer ; mais, auparavant, n'oublions pas le mode de formation de ces tumeurs.

On a proposé bien des théories pour expliquer leur présence. Je ne citerai, entre toutes, que la théorie de M. le professeur Velpeau. Pour lui, le point de départ de ces tumeurs est un caillot sanguin ; autour de ce caillot s'est organisé un kyste : voilà la tumeur. Ne voit-on pas tous les jours de ces kystes à la suite de contusions des membres ? Pour rendre compte de l'existence des kystes multiples, M. Velpeau insiste sur ce point que, chez les femmes mal réglées, il se fait des épanchements sanguins multiples dans la mamelle. La conclusion de ce fait est trop naturelle, vous l'avez devinée.

Cette théorie, messieurs, est certainement fort ingénieuse; mais ces kystes, suivant moi, peuvent avoir une autre origine, sinon toujours, du moins dans un bon nombre de circonstances. Je pense que, dans bien des cas, ces kystes ne sont autre chose qu'une dilatation excessive des canaux galactophores.

Vous m'avez vu interroger la malade ; vous m'avez entendu lui demander souvent si, après avoir comprimé le sein, elle ne voyait pas sortir par l'extrémité du mamelon un liquide sanguin, roussâtre, ressemblant à du sang un peu altéré, à de la bière. La malade m'a toujours répondu négativement. Et cependant, en comprimant un peu la tumeur, j'ai pu faire sortir du mamelon, à l'extrémité d'un des conduits galactophoses, une gouttelette de sang. Ce liquide avait les caractères du sang sorti depuis quelque temps des vaisseaux, brun, noirâtre, avec des paillettes de cholestérine. Ce fait, je l'ai observé avant-hier ; je l'ai reproduit aujourd'hui. J'ai pu déjà dans ma pratique le constater plusieurs fois. Je me rappelle avoir opéré un malade d'un de ces kystes, gros comme une noix, et que j'ai pu vider par un canal galactophore.

Me dira-t-on que le canal a été perforé par le kyste ? Mais il n'est pas ordinaire qu'un kyste perfore un canal en se développant; il aplatit plutôt ce canal. Il est donc plus rationnel d'admettre que la communication est naturelle et non accidentelle. Si, d'un autre côté, la pression avait amené une rupture, on eût vu suinter du sang d'une autre nature, sans paillettes de cholestérine.

Il est donc probable qu'après l'opération, quand nous examinerons la pièce pathologique, nous trouverons dans les kystes un liquide semblable à celui que nous avons exprimé du mamelon ; peut-être même pourrons-nous constater que l'un des kystes, au moins, n'est autre chose qu'une dilatation d'un canal galactophore.

Je vais procéder, messieurs, à l'extirpation de la tumeur. Ce n'est point une tumeur maligne ; je ne redoute pas de récidive ; l'on n'en a pas cité de cas. J'en ai souvent opéré ; et je n'ai pas vu de récidive après un temps assez long. C'est surtout dans la pratique de la ville, où on ne perd pas de vue ses malades, que j'ai pu constater ce fait. La malade est dans des conditions on ne peut plus favorables, et la tumeur, je le pense du moins, pourra être facilement disséquée.

M. le professeur Nélaton procède alors à l'opération. La tumeur fut promptement et facilement disséquée. Un des kystes fut ouvert pendant l'opération, et de suite on put reconnaître qu'il renfermait un liquide semblable à celui que l'on avait vu suinter par le mamelon. A la fin de l'opération quelques canaux galactophores furent coupés, et l'on put encore constater à leur extrémité le même liquide qui a été indiqué.

18 juin. Voici, messieurs, la tumeur qui a été enlevée à la femme du n° 7. Les deux kystes supérieurs communiquent entre eux, l'inférieur est isolé. Le liquide qu'ils renfermaient avait tous les caractères du liquide que nous avons fait sourdre du mamelon avant l'opération. Le microscope y a trouvé les mêmes éléments.

Vous vous rappelez, messieurs, que quelques conduits galactophores ont été divisés ; vous vous rappelez le liquide qui suintait à leur extrémité. En suivant avec soin le trajet de l'un d'eux, nous sommes arrivés dans un petit kyste que vous voyez (de la capacité d'une petite noix). Ce kyste aussi contenait le même liquide que les autres. Je persiste de plus en plus dans l'idée que ces kystes s'étaient formés aux dépens de canaux galactophores développés, dilatés. Si l'opération avait été retardée, je ne doute pas que le kyste se fût développé, et eût bientôt acquis le volume des autres.

1er juillet. L'opération n'a été suivie d'aucun accident; la malade se lève, et la cicatrisation marche rapidement.

DESCRIPTION D'UNE VALVULE INCONNUE JUSQU'ICI

et qui existe dans les voies lacrymales chez l'homme,

Par M. Béraud.

M. Béraud soumet à la Société des pièces et un dessin pour faire voir les dispositions nouvelles qu'il a trouvées dans les voies lacrymales.

Sur une pièce, il montre qu'à l'orifice des conduits lacrymaux dans le sac il existe deux petits tubercules mamelonnés, siégeant l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture commune de ces conduits. Il y a en même temps, immédiatement au-dessous de cet orifice, une valvule mentionnée par Huschke. Elle se dirige en haut et s'oppose ainsi au passage des larmes dans le sac. Quelquefois cette valvule est circulaire et embrasse ainsi l'ouverture commune des conduits lacrymaux, en représentant une espèce de diaphragme percé à son centre. Elle offre une hauteur de 2 à 3 millimètres, et elle tend à venir s'appliquer sur la paroi du sac et fermer les conduits qui apportent les larmes. Mais la nature a employé un moyen très ingénieux, analogue à celui qu'elle a employé pour les valvules sigmoïdes, afin d'empêcher les valvules de se coller d'une manière trop intime sur les parois correspondantes. Ici la nature n'a pas placé les globules sur l'extrémité de la valvule, il y aurait eu des inconvénients graves; à cause de la direction de la valvule, le globule aurait pesé sur son extrémité libre et l'aurait renversé tantôt en dehors, tantôt en dedans. Aussi voyez comme la nature a été prévoyante, elle a mis ces globules sur la paroi même du sac à l'ouverture des conduits lacrymaux. Par ce mécanisme différent, le même but n'est-il pas atteint?

Outre cette valvule que M. Béraud propose d'appeler *valvule supérieure du sac lacrymal*, il en existe une autre vers la réunion du sac avec le canal nasal, et qui doit être appelée à cause de sa disposition *valvule inférieure du sac lacrymal*.

Cette *valvule*, dont l'existence n'est pas constante et dont la description ne se trouve dans aucun ouvrage d'anatomie soit ancien, soit moderne, est située à la partie inférieure du sac ; elle se détache de la paroi externe de cette cavité et se dirige en haut d'une manière oblique, de sorte que, si on la prolonge par la pensée, elle vient rencontrer la paroi interne du sac vers sa partie supérieure. Elle est plus haute que la précédente : elle a environ un millimètre de plus. Son épaisseur est aussi un peu plus considérable. Celle-ci ne présente pas de globules; il n'y a rien sur les parois qui dénote quelque chose d'analogue à ce que nous avons vu pour la valvule supérieure. M. Béraud n'a pas encore étudié la structure de ces valvules ; mais il se propose de le faire dans un mémoire spécial, où il démontrera l'influence que cet appareil peut avoir dans la physiologie et la pathologie. Il croit surtout que c'est par cette valvule qu'on doit expliquer la formation de la tumeur et de la fistule lacrymale, et que le traitement de cette affection, qui fait aujourd'hui le désespoir du chirurgien, doit être basé sur cette connaissance anatomique.

M. Béraud pense aussi que, si la disposition de ce petit appareil valvulaire n'a pas été vue, cela tient uniquement à ce qu'on ouvrait les voies lacrymales par le côté externe et antérieur. Dans cette préparation, on incisait presque sûrement les valvules. Aussi, pour vérifier les faits avancés par lui, il faudrait ouvrir le canal par sa face interne, comme il le fait toujours. (*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 juillet 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs états de vaccination.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Névralgies.

M. Notta (de Lisieux) adresse un mémoire *Sur les lésions qui sont sous la dépendance des névralgies.* L'étendue de ce mémoire rend toute analyse impossible dans le peu de temps que nous pouvons consacrer à sa lecture. (Commissaires : MM. Longet et Grisolle.)

Mercure dans le lait.

M. J. Personne envoie un travail sur l'analyse du lait chez les animaux soumis au traitement mercuriel. Il résulte de cette analyse que le mercure passe réellement dans le lait de ces animaux. (Commissaires : MM. Caventou et Gaulthier de Claubry.)

Suette miliaire.

M. le professeur Lordet (de Montpellier) envoie des renseignements que lui avait demandés l'Académie sur l'épidémie de la suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes du Midi.

Eaux minérales.

M. Soubeyran lit trois rapports sur les eaux minérales de :

Bétou-Baroches (Seine-et-Marne). — Conclusions défavorables. (Adoptées.)

Magnes-lez-Hameaux. — Ajournement. (Adopté.)

Brucourt (Calvados). — Ajournement. (Adopté.)

Le même membre fait un quatrième rapport sur un travail de M. Filhol, relatif aux eaux minérales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon et aux eaux minérales sulfureuses en général. Nous publierons ce rapport intéressant.

Tubercules du testicule.

M. Malgaigne lit un mémoire sur un nouveau procédé opératoire applicable au fongus du testicule. Nous ferons connaître plus tard le résumé de ce travail.

Discussion sur le pemphigus des nouveau-nés.

M. Dubois a la parole, et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

En reprenant la parole je me propose, ainsi que je m'y suis en quelque sorte engagé dans la dernière séance, de soumettre à un examen consciencieux le rapport de notre collègue M. Cazeaux, et d'apprécier les raisons sur lesquelles il s'est fondé pour contester la validité des conclusions du travail de M. Depaul et du mien. Ces raisons, exposées avec art et présentées avec un sentiment de réserve prudente et presque sceptique, qui ne déplaît pas à une assemblée composée d'hommes que l'expérience a rendus sobres de conclusions prématurées, ces raisons, dis-je, ont paru produire une vive et favorable impression.

Cette impression était-elle justifiée par la sévérité du raisonne-

---

peler quelles sont les conditions d'une doctrine; je ne les trouve pas dans ce qu'on appelle l'école de Laënnec : d'où je suis autorisé à nier son existence.

Que si l'on me pressait trop, je dirais que la logique se refuse obstinément à voir une doctrine dans ce qui n'est que la négation de toute doctrine ; dans ce fatalisme irrationnel qui n'a d'autres issues que l'empirisme ou l'incrédulité en médecine. Est-ce fonder une doctrine que d'avancer que les maladies sont des êtres indépendants qui viennent on ne sait d'où, s'établissent et croissent dans l'organisme d'une manière fatale? Est-ce fonder une doctrine que de *rompre tout rapport entre la santé et la maladie, que de prononcer le divorce entre la physiologie et la pathologie, que de ne concevoir à toute conquête thérapeutique d'autre origine que le hasard?* Non, certainement. Aussi le torrent qui entraînait les esprits vers un homme qui, comme chef d'école, était complet ne fut pas un seul instant détourné de la ligne droite. Il arriva même chez ce tribun de la science ce que l'on voit pour les tribuns politiques ; ses qualités grandirent de ses défauts eux-mêmes, qui, en fixant l'attention et en l'entraînant peut-être au delà de sa propre volonté, l'aidèrent puissamment à saper l'*ontologie médicale* et le *nosologisme*, en même temps qu'il imprimait à la *polypharmacie* ce contre-coup ; dont il faut le *bénir*, pour me servir des expressions de MM. Trousseau et Pidoux, qui rendent à ce grand médecin une justice que quelques-uns de ses contemporains lui ont si amèrement refusée.

Mais si l'amour-propre de tous les médecins n'était pas engagé, comme celui de Laënnec, à nier les bienfaits de la doctrine physiologique, il est juste aussi de dire que, parmi ceux qui l'avaient acceptée, beaucoup avaient fait leurs réserves et avait su conserver à leur disposition des moyens thérapeutiques dont l'expérience leur avait révélé la puissante action. Le soufre, le mercure, les antiscorbutiques, les dépuratifs, étaient restés, pour un grand nombre, d'une pratique journalière. Chez les grands cliniciens, les toniques, les stimulants, les antispasmodiques continuaient à être administrés avec une rare sagacité dans ce qu'on appelle aujourd'hui les formes ataxique et adynamique de la fièvre typhoïde. Chez eux aussi, même avant les travaux de M. Bretonneau, on voyait dans l'angine couenneuse, dans le charbon, dans la pustule maligne, autre chose que l'inflammation. Celle-ci n'était que l'élément secondaire de l'affection; ce qui en était le fait principal, c'était cet inconnu contre lequel on dirigeait toute la puissance des antiseptiques. Ces *réactionnaires* avaient à leur tête des hommes qui, dans les facultés, s'appelaient Fouquier, Récamier, Cayol, Lobstein, Broussonnet; dans l'armée, Desgenettes, Voidey, Moizin. Ces anciennes traditions avaient été conservées par des praticiens moins connus, mais non moins habiles, et disséminés sur les divers points de la France. La révolution passée, on a trouvé ces matériaux épars, mais tout prêts à être mis en œuvre, et, pour reconstruire avec plus de solidité, il a suffi d'y ajouter ceux que les travaux modernes avaient façonnés. Aussi, je ne crois pas que l'on puisse dire quel a été l'architecte de ce nouvel édifice. Tout le monde y a concouru ; c'était l'idée médicale de l'époque; chacun y a pris une part plus ou moins active. C'était en médecine l'évolution d'un phénomène identique, qui, au commencement du siècle, s'était opéré dans la foi politique et dans la foi religieuse.

Pendant que ces faits se passaient en France, que devenait la réforme thérapeutique en Allemagne? Les idées corrélatives de *maladie* et de *médicament* y étaient conservées ; mais elles ne s'incorporèrent pas aux idées nouvelles fournies par l'anatomie et la physiologie : de là un mélange confus de l'ontologie médicale, du nosologisme et de la polypharmacie ancienne avec ces tendances modernes. Ce fut là aussi le berceau de l'*homœopathie.* La doctrine d'Hahnemann est parfaitement résumée et analysée dans cette introduction ; il est impossible d'en rendre les principes plus intelligibles et de les mettre plus à nu. Ce n'est pas que MM. Trousseau et Pidoux se rangent au nombre des fidèles, tant s'en faut ; ils sont même bien sévères dans leur appréciation, car ils vont jusqu'à dire : « On se demande partout si ce n'est pas l'expectation de Stahl, » avec la grandeur de moins et une infinie mystification de plus. »

En Italie, la diathèse de Brown avait conservé aussi l'idée de maladie et de médicament. Sa doctrine y avait été accueillie avec enthousiasme. Mais Rasori et ses successeurs la retournèrent. Ils établirent que, contrairement à ce qu'avait avancé le réformateur écossais, la diathèse du stimulus est la plus commune, et que celle du contro-stimulus est tout à fait exceptionnelle. De là le déclassement obligé des médicaments ; de là la nécessité de faire passer le plus grand nombre des stimulants dans l'ordre des contro-stimulants, ou des *hypersthénisants* dans celui des *hyposthénisants.* Le grand titre de l'école italienne, selon MM. Trousseau et Pidoux, est d'avoir bien vu que certains médicaments ont une propriété directement débilitante, et peuvent imprimer à l'économie une sorte de diathèse asthénique ou de contro-stimulus, qui a la puissance de combattre les maladies caractérisées par une diathèse sthénique; et c'est ainsi qu'elle nous a appris à attaquer les phlegmasies et les fièvres par d'autres moyens que les antiphlogistiques négatifs.

Le lecteur trouve le plus vif intérêt à suivre cette revue des derniers systèmes médicaux, qui attrait, je crois, plus d'attraits encore si le style n'y rappelait trop les formules de la philosophie scolastique avec lesquelles notre époque est peu familiarisée. Aujourd'hui nous voulons pénétrer immédiatement et sans efforts dans l'intimité de la pensée ; nous n'aimons pas à dépenser nos forces à traduire en langue vulgaire des expressions dont l'étrangeté étonne sans éclairer, et c'est peut-être pour n'avoir pas su obéir à ce sentiment de notre génération que les idées kanto-platoniciennes n'ont pu s'implanter parmi nous. Hâtons-nous, toutefois, de dire que ces taches s'effacent dans le corps de l'ouvrage, qui est riche de qualités précieuses dont nous parlerons dans un autre article.

Maillot,
Professeur au Val-de-Grâce.

Nous regrettons que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer pour la seconde fois à un autre numéro un court article qu'a bien voulu nous adresser M. Gavarret sur les phénomènes physiques de la vision. — La même cause nous oblige de renvoyer à samedi le compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences et la réponse de M. le docteur Payen à la lettre de MM. Lesèble et Lagrue, directeurs de la *Providence Médicale.*

---

ment et la juste application des autorités et des faits invoqués à son appui? C'est ce que je me propose de rechercher. Mais auparavant vous voudrez bien me permettre de vous rappeler le point de départ des travaux qui ont provoqué ces débats.

Lorsque l'on suit avec quelqoe attention la pratique d'un grand établissement destiné à recevoir des femmes en couches, il est impossible de n'être pas frappé du nombre considérable d'enfants qui après avoir succombé dans le sein de leur mère depuis un temps plus ou moins long. Ce nombre est bien supérieur à celui des enfants morts-nés dans la pratique civile.

Lorsque, dans la recherche des causes de ces tristes événements, on a fait une large part à la misère, aux privations, aux mauvais traitements, aux excès et aux imprudences de tout genre, aux travaux trop rudes, à la nature de certaines professions, aux altérations de l'œuf, enfin aux accidents nombreux et divers qui peuvent compliquer la grossesse, on est eocore inévitablement condoit à faire la part d'une autre cause, qui, bien qu'elle exercé son action dans toutes les classes de la société, est cependant plus commune dans celle qui peuple nos établissements hospitaliers. Je veux parler de la syphilis.

De ces enfants morts-nés, les uns offrent au moment de leur naissance les preuves évidentes d'une affection syphilitique, d'autres sont issus de parents qui en portent des traces non équivoques ou qui, n'en présentant plus alors aucun indice, reconnaissent cependant qu'ils en ont éprouvé des atteintes certaines à une époque plus ou moins éloignée. Dans des conditions aussi simples et, je crois, aussi significatives, la question d'une syphilis mortelle pour le fœtus se présente naturellement à l'esprit. Et, si quelques considérations empêchent de la résoudre formellement et sans réserve par l'affirmative, néanmoins la présomption d'une infection est telle qu'elle justifierait la prescription d'un traitement dont le but serait de prévenir le retour des mêmes accidents.

Mais, en dehors de cette première catégorie de faits qui ne laissent presque aucun doute et ne donnent lieu à aucune hésitation, il en est une autre, c'est celle d'enfants qui naissent morts sans offrir aucune trace d'une infection syphilitique à laquelle ils ont cependant succombé et dont les parents ne présentent ou n'avouent aucun symptôme de cette infection. Dans ce cas, la cause réelle de la mort reste ignorée ou au moins douteuse, et, si elle a quelque chance de se présenter à l'esprit comme une explication plausible, ce n'est en général que quand le même malheur s'est plusieurs fois répété.

On a dû se demander dans de telles circonstances si, pour un cas de mort inexpliquée du fœtus, il ne serait pas possible de découvrir en lui quelque lésion significative, laquelle, témoignage permanent et indélébile de la syphilis, revêtirait la cause ignorée de la mort. Le désir et l'espoir de découvrir, si cela était possible, ces lésions caractéristiques ont inspiré presque en même temps plusieurs travaux. Mais ceux qui les ont entrepris ont appliqué leurs investigations à des parties différentes, et plusieurs ont signalé sur divers organes des altérations qui leur ont paru spécifiques. Les résultats de ces recherches, qni sembleraient établir la dissémination du principe vénérien sur des organes différents, sont-ils inacceptables et les inductions qu'on en a tirées témoignent-elles d'une logique trop facile, ainsi que le dit M. Cazeaux? Je ne le pense pas, et je rappellerai tout à l'heure que des juges plus compétents que moi en cette matière et entendus dans la discussion présente m'autorisent à exprimer ce sentiment.

J'ai dit, dans une séance précédente, la part que j'avais prise à ces recherches, et non dans la place qu'elle a occupée dans cette discussion. M. Depaul, de son côté, et presque en même temps, recueillait des observations d'indurations partielles et sans suppuration des poumons, produites pendant la vie fœtale, et coïncidant constamment soit avec des manifestations syphilitiques évidentes chez les enfants dont les poumons étaient ainsi altérés, soit avec des indices de syphilis ancienne chez le père et la mère de ces enfans ou chez l'un d'eux.

Nous devions espérer, M. Depaul et moi, que, si l'on nous faisait l'honneur de soumettre nos observations respectives à un contrôle scientifique, on userait, pour juger notre œuvre, du procédé que nous avions employé pour les édifier, et que des observations contradictoires, et recueillies avec le même soin, seraient opposées aux nôtres. Il n'en a pas été ainsi; notre collègue M. Cazeaux a pensé que le raisonnement et des témoignages étrangers suffiraient à son examen critique.

Le raisonnement de M. Cazeaux consiste à dire que les lésions organiques signalées par M. Depaul et par moi peuvent être aussi bien le résultat d'une inflammation antérieure à la naissance que de la syphilis. Il rappelle, ce qui paraît être vrai, que pendant la vie fœtale les poumons peuvent être atteints de phlegmasies partielles, que dès lors les altérations signalées par M. Depaul offrant les caractères de lésions Inflammatoires, elles peuvent être tout aussi naturellement rattachées à l'influence d'une inflammation qu'à celle de la syphilis.

M. Cazeaux s'était ainsi donné le choix entre deux causes. Ce n'était pas, ainsi qu'il l'avait dit inexactement, entre la syphilis et une inflammation, mais c'était entre une inflammation spécifique (syphilitique) et une inflammation simple. Or, des raisons puissantes militaient en faveur de la première, c'était : 1° la mort des enfants avant ou immédiatement après la naissance; 2° la coïncidence chez les enfants des lésions indiquées et des manifestations syphilitiques extérieures; 3° les indices d'une affection syphilitique présente chez les parents ou au moins chez l'un d'eux.

En faveur de l'inflammation simple, on ne pouvait se prévaloir que de ce qu'elle n'était pas inadmissible. Lorsque de si bonnes raisons militaient en faveur de l'une des deux hypothèses et si peu en faveur de l'autre, il semblait que la préférence ne pouvait pas être douteuse. Cependant il n'en a pas été ainsi, et c'est la moins admissible que notre collègue a préférée. Voyons maintenant si les autorités et les faits cités avec une grande assurance par M. Cazeaux dans son rapport et dans la discussion suppléeront à l'insuffisance du raisonnement. Les autorités invoquées sont : Billard, Baron, MM. Husson, Cruveilhier, Sestier.

Un cas de pneumonie, présumée antérieure à la naissance, chez un enfant apporté à l'hospice des Enfants-Trouvés, et chez lequel on put constater, après la mort, l'hépatisation presque complète du poumon droit et le ramollissement pultacé et rougeâtre d'une partie de cet organe, telle est l'observation de Billard (1).

Des tubercules ramollis et déjà en suppuration dans le poumon d'un enfant né mort au septième mois de la grossesse, et dans le foie d'un autre qui ne vécut que huit jours; tels sont les faits que notre collègue M. Husson fit connaître à l'Académie il y a plus de vingt ans. La mère du premier de ces deux enfants était bien portante et non phthisique (2).

A l'occasion d'un cas d'abcès pulmonaire présenté à la Société anatomique comme un exemple de tubercules en suppuration chez

(1) Billard, *Traité des maladies des enfants*, 2e édit. p. 522.
(2) *Dict. de méd. en 30 vol.*, 2e édit., p. 583.

un enfant nouveau-né, M. Cruveilhier exprime l'opinion que ces collections purulentes n'étaient pas le résultat d'une suppuration tuberculeuse, mais qu'elles constituaient des abcès multiples, consécutifs à des inflammations partielles, et il ajouta qu'il en avait vu plusieurs cas à l'hospice de la Maternité; tels sont les faits de M. Cruveilhier (1). Quant au cas à l'occasion duquel l'autorité de M. Sestier est invoquée, il est indiqué ainsi par M. Sestier lui-même. Il présenta à M. Andral le poumon d'un nouveau-né dont la surface offrait des tubercules arrondis, d'un blanc jaunâtre, qui laissaient échapper par l'incision un pus phlegmoneux, et un grand nombre de foyers pareils occupaient la profondeur de l'organe. Les abcès, dit M. Sestier, se forment assez souvent dans la pneumonie mamelonnée des enfants (2). Quant au cas de Baron, il m'a été impossible d'en retrouver la trace.

Quelle était l'intention de M. Cazeaux en citant ces faits pathologiques? C'était évidemment de démontrer qu'ils étaient analogues à ceux qu'avait observés M. Depaul, et que cependant ils avaient une origine très différente. D'abord, l'analogie est très contestable; quant à la différence d'origine, où est la preuve? Pour que M. Cazeaux fût en droit d'affirmer cette différence, il faudrait qu'au moins les médecins qui ont rapporté ces faits eussent songé à s'enquérir de la santé des parents, et que cette enquête eût été possible; mais le silence des auteurs à cet égard implique le contraire. Non-seulement rien n'autorise à supposer que ces recherches aient été faites, mais il est d'ailleurs certain que l'absence des parents, dans la plupart des cas, rendait de telles recherches impossibles. J'ajouterai qu'à l'épopue où ces observations furent faites, il n'existait aucune des préoccupations que de telles lésions suscitent en ce moment. Aussi me paraît-il que M. Depaul serait tout aussi autorisé à considérer quelques-uns de ces cas comme des exemples d'une inflammation spécifique, que M. Cazeaux croit l'être à n'y voir que des résultats d'inflammations simples et partielles.

Les relations de causalité entre les affections syphilitiques et les lésions observées par M. Depaul et par moi se sont naturellement présentées à notre esprit quand nous avons vu ces dernières coïncider avec des manifestations syphilitiques évidentes pour nous, soit chez les enfants eux-mêmes, soit chez leurs parents, et ces relations ont pris plus tard l'importance d'un fait au moins très probable, quand les coïncidences se sont répétées dans presque tous les cas observés par nous.

M. Cazeaux ne pense pas que ces motifs fussent suffisants. Ce n'est pas assurément qu'il refuse aux coïncidences toute valeur en étiologie, car il sait parfaitement qu'elles sont l'élément essentiel et indispensable de toute doctrine étiologique; mais notre collègue impose sans doute à la coïncidence pour qu'elle soit significative des conditions particulières. Mais quelles sont-elles? Il m'a été impossible, quelque attention que j'aie apportée dans l'examen de son rapport, de résoudre cette question. Serait-ce, par exemple, que celui des deux faits qui dans une coïncidence constitue la cause, c'est-à-dire dans le cas présent la syphilis, ait le double privilége de produire constamment des lésions qu'on lui impute et d'être la seule cause qui les puisse produire? Eh bien! je n'hésite pas à dire que, si de telles conditions sont imposées aux coïncidences pour qu'elles puissent être prises en considération dans la recherche des causes des maladies, il n'est pas une seule doctrine étiologique qui reste debout, et je n'en excepte pas celle de notre collègue; il me sera facile de lui en donner la preuve. J'ouvre son *Traité d'accouchements*, et je vois que la syphilis est une cause fréquente d'avortement. Sur quoi se fonde cette assertion, que je tiens pour incontestable? Sur ce que l'avortement est souvent observé chez des femmes enceintes et atteintes de syphilis, c'est-à-dire sur la coïncidence fréquente de la syphilis et de l'avortement; mais si, m'autorisant de son exigence actuelle, je me prévalais contre lui de ce que la syphilis ne provoque pas toujours l'avortement et de ce que des causes étrangères à cette affection peuvent le provoquer même chez des femmes atteintes de cette maladie, croirait-il que j'aie présenté contre son opinion une objection de quelque valeur? Il ne le croirait pas, et ce serait avec raison.

Son scepticisme à l'occasion des coïncidences de la syphilis et des lésions que M. Depaul et moi nous avons observées ne me semble pas plus fondé. Et je suis convaincu qu'une seule raison lui donne, en ce moment, plus de chances de rencontrer quelque faveur, c'est qu'il s'agit d'une question nouvelle. L'étude des manifestations syphilitiques s'est appliquée si généralement à l'observation des phénomènes appréciables à la vue, soit sur le tégument externe, soit sur les membranes muqueuses, et ces manifestations sont en effet si nombreuses et si communes, que la possibilité de lésions organiques profondes sous l'influence de la maladie vénérienne a été pendant très longtemps méconnue, et qu'elle est probablement aujourd'hui encore révoquée en doute ou difficilement acceptée par beaucoup d'esprits. Ce n'est pas, je le crois, une des moindres raisons pour lesquelles les résultats des recherches entreprises par M. Depaul et par moi rencontrent aujourd'hui quelque incrédulité; ce ne sera pas non plus un des moindres avantages de cette discussion d'avoir provoqué de la part de nos collègues, MM. Ricord et Lagneau, c'est-à-dire de quelques-uns des hommes les plus compétents, cette proposition très explicite, qu'il n'est presque aucun des organes profonds de l'économie qui ne puisse être atteint et altéré par la syphilis.

J'arrive maintenant à un point de la discussion qui me touche exclusivement.

Je me suis souvent autorisé, dans le travail qui a été en partie le sujet de cette discussion, de la coïncidence du pemphigus et des collections purulentes dans le thymus de quelques enfants nouveau-nés, pour en conclure que ces derniers étaient un résultat de la syphilis; le pemphigus est donc considéré par moi comme une manifestation syphilitique, et je maintiens cette opinion. Ce n'est pas sur ce point que j'avais cru devoir faire les réserves qui ont été, dans la dernière séance, le sujet de mes explications; cependant la nature syphilitique du pemphigus du nouveau-né a été contestée formellement par M. Cazeaux. Je pense qu'il a tort et j'espère le prouver: mais quelques mots préalables sont nécessaires pour la clarté de cette discussion.

Le pemphigus, que je regarde comme syphilitique, est caractérisé par des vésicules pour la plupart volumineuses et rapprochées. Elles sont presque toutes remplies par du pus d'une couleur jaune très prononcée. Les plus remarquables sont développées sur la face plantaire des pieds et sur la face palmaire des mains, et reposent sur une peau dont la teinte violette ou bleue contraste avec la couleur rosée des autres parties. Là les vésicules sont si pressées en général, qu'elles se touchent et semblent se confondre par quelque point de leur base.

Les vésicules répandues sur les autres parties du corps y sont ordinairement plus séparées les unes des autres et moins volumineuses; la peau sur laquelle elles sont placées n'y présente pas au même degré la teinte bleue que je viens de signaler. Cette teinte

(1) *Leçons de clin. méd.* de M. le professeur Chomel, t. III, p. 59.
(2) *Id.*, t. III, p. 58.

est même le plus souvent absente sur le tronc. L'apparition du pemphigus syphilitique précède généralement la naissance et un laps de temps assez long pour que, dans la plupart des cas, l'on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des vésicules déjà crevées et vides à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres qui sont parvenues au terme de leur évolution. Le fond des vésicules ouvertes est constitué par le derme rouge et intact dans quelques cas, superficiellement érodé dans quelques autres, plus profondément dans un petit nombre. Les bords de la plaie, dans cette dernière circonstance, sont parfois un peu relevés et arrondis, et l'on voit alors en différents points les apparences des dernières périodes de l'ecthyma. Cette éruption existe le plus souvent chez des enfants bien développés, et dont la nutrition s'est très normalement accomplie jusqu'au jour de leur naissance. Dans tous le cas où j'ai vu le pemphigus offrir nettement les caractères que je viens d'indiquer, les enfants ont fatalement succombé dans l'espace de quelques jours. L'altération de leur santé a été si profonde et si rapide, quels qu'aient été d'ailleurs les soins qu'ils ont reçus et les précautions prises à leur égard, qu'il a été le plus souvent impossible d'attribuer leur mort à d'autres causes que leur maladie. Tels sont, à mon sens, les caractères du pemphigus des nouveau-nés. Je ne regarde pas, en conséquence, comme une manifestation syphilitique quelques vésicules en petit nombre, se montrant après la naissance chez les enfants débiles, éparpillées ordinairement sur le tronc, sans autre altération de la peau qu'une aréole légèrement rosée, et disparaissant spontanément dans l'espace de quelques jours. C'est donc à tort, selon moi, que Krauss (1) a rassemblé, sous le titre de pemphigus des nouveau-nés, et sans établir une distinction qui était nécessaire, des observations de pemphigus simple et de pemphigus syphilitique, et c'est, je crois, sous l'influence des idées contenues dans ce travail que les caractères syphilitiques du pemphigus ont été si longtemps méconnus.

Avant d'indiquer ces caractères, qu'il me soit permis de faire une remarque. Lorsque la syphilis se révèle par des altérations cutanées elle n'a pas, on le sait bien, de manifestation qui lui soit absolument propre; elle emprunte toujours les formes communes des éruptions vulgaires; et si elle les modifie pour leur imprimer son cachet, elle leur laisse néanmoins leurs traits généraux distinctifs et prédominants. Je ne sache pas de maladie cutanée proprement dite qui ne puisse être une révélation de la syphilis, et je ne comprendrais pas que le pemphigus fût assez privilégié pour rester pur de cette association.

Des pathologistes distingués ont admis un pemphigus syphilitique, et vous avez entendu notre collègue M. Ricord admettre, sur des preuves convaincantes, la réalité du pemphigus vénérien chez l'adulte; il en a fait figurer, et vous en a montré un exemple remarquable à beaucoup d'égards. Il est vrai qu'il a été un peu moins explicite quant au pemphigus des nouveau-nés; néanmoins, je suis certain qu'il n'hésitera pas à l'admettre quand je lui aurai donné l'assurance que dans la très grande majorité des cas le pemphigus que j'ai décrit coïncide, chez les nouveau-nés, avec les apparences d'une santé d'ailleurs parfaite. Ils ne diffèrent en rien, sous ce rapport, de beaucoup d'enfants qui, procréés par des parents infectés, naissent exempts de tout indice de syphilis, bien qu'ils soient destinés, plus tard, à en éprouver les accidents secondaires. Voici d'ailleurs mes raisons pour croire à la nature syphilitique du pemphigus des nouveau-nés.

Dans la plupart des cas qui se sont présentés à mon observation, j'ai pu constater des traces d'une syphilis ancienne chez les parents des enfants affectés de pemphigus, ou obtenir d'eux, à cet égard, des renseignements probants. Quand je n'y ai pas réussi, l'absence du père en a été presque toujours la cause. L'un des faits les plus remarquables de ce genre a été soumis par moi à notre très regrettable et ancien collègue Cullerier neveu. Il m'avait prié de lui faire voir un enfant nouveau-né atteint de pemphigus, parce que cette affection lui était inconnue. L'occasion s'en étant présentée bientôt après à l'hospice de la Maternité, je lui fis voir un enfant né vivant, parfaitement développé et couvert de bulles de pemphigus. Il vit également la mère, et il put reconnaître chez elle les traces trop évidentes d'une ancienne affection syphilitique non guérie encore, qui venait de détruire une partie des os du nez, et y avait produit la déformation caractéristique

Chez l'un des premiers enfants que j'aie vus atteints de pemphigus et morts presque aussitôt après être nés, il existait sur le pilier antérieur gauche du voile du palais une ulcération peu profonde, de forme elliptique, et dont la surface était couverte de pus concret; en arrière, sur la partie correspondante de la membrane muqueuse du pharynx, on voyait une autre ulcération plus profonde que la précédente, et recouverte de même d'une couche de pus en partie desséché.

Chez un autre enfant également couvert de bulles de pemphigus, le pli que forme l'aile du nez du côté gauche avec la lèvre supérieure présentait une érosion profonde du derme, érosion couverte d'une croûte assez épaisse : c'était évidemment la base excavée d'une bulle de pemphigus, ou plutôt d'une pustule d'ecthyma mêlée à l'éruption prédominante; en outre, une ulcération superficielle s'était produite sur un point voisin de la membrane pituitaire, et une autre plus profonde avait complétement perforé la cloison des fosses nasales. Ces lésions furent observées aussitôt après la naissance. J'ai cité ce fait curieux dans ma seconde leçon de concours pour la clinique d'accouchement, à l'occasion d'un enfant atteint d'ophthalmie puriforme, et en discutant la question de l'inoculation de la syphilis au moment où l'enfant traverse les voies génitales.

Un de mes anciens chefs de clinique, M. Laborie, a publié, il y a quelque temps, l'observation d'un enfant né à la Clinique et atteint de pemphigus; chez cet enfant, il existait en même temps une carie de l'un des tibias.

Permettez-moi d'ajouter que notre collègue M. Danyau vous a cité le cas d'un enfant affecté de pemphigus congénial, et chez lequel s'est développée un peu plus tard une roséole à laquelle un juge très éclairé et très compétent, notre confrère M. Cullerier, a reconnu le caractère syphilitique.

Enfin, il y a à peu près douze ans, je donnai des soins à une jeune femme dont le mari, atteint d'une affection syphilitique primitive, avait eu l'imprudence de cohabiter avec elle, et l'imprudence non moins grande de n'employer que très négligemment un traitement curatif. Après quelques mois, des accidents secondaires se manifestèrent chez l'un et chez l'autre; la jeune femme devint enceinte, et elle accoucha au quatrième mois et demi de sa grossesse d'un fœtus qui paraissait avoir cessé de vivre depuis quelques jours. Ce ne fut qu'alors, et à l'occasion de cet accident, que j'appris les circonstances que j'ai relatées. Je réclamai l'assistance de notre collègue M. Chomel, et il fut convenu entre lui et moi que le mari et la femme seraient soumis à un traitement antisyphilitique. Il était commencé depuis trois mois à peu près sans avoir été suivi avec l'exactitude désirable, lorsque survint une seconde grossesse; elle parvint, cette fois, jusqu'à une époque très rapprochée du

(1) *De pemphigus neonatorum*, dissert. inaug. Bonn. 1844.

terme. L'accouchement eut lieu d'une manière imprévue, et il eut pour résultat la naissance d'un enfant mort et couvert de pemphigus. Cette jeune femme, étant redevenue enceinte une troisième fois, pensa, sur l'avis d'une de ses amies, qu'elle aurait peut-être une chance plus heureuse si elle changeait d'accoucheur. Notre collègue M. Moreau fut alors mandé, et sa nouvelle cliente put croire, en effet, que le sort lui était devenu plus favorable, car elle parvint cette fois au terme de sa grossesse, et elle mit au monde un enfant vivant et en apparence bien portant; cependant, quinze jours ou trois semaines après, une éruption syphilitique apparut. D'après le conseil de M. Moreau et de notre regrettable collègue M. Baron, l'enfant fut soumis à un traitement antisyphilitique, et il guérit.

J'ai maintenant exposé mes raisons pour regarder le pemphigus congénial, quand il est bien développé, comme une manifestation syphilitique.

Voyons maintenant quels sont les motifs de M. Cazeaux pour soutenir le contraire.

« Le pemphigus, dit-il, décrit par M. Dubois se développe pendant la vie intra-utérine, ou très peu de jours après la naissance; or tous les syphiliographes sont d'accord pour affirmer que la vérole héréditaire ne se développe qu'après plusieurs semaines et même plusieurs mois. » J'en demande pardon à notre collègue; mais il fait ici une pétition de principes, car le fait qu'il invoque est précisément ce qui est en question. Si j'ai pu prouver, et je crois y avoir réussi, que le pemphigus des nouveau-nés est une manifestation vénérienne, il ne sera plus vrai que la vérole héréditaire ne se développe que plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance; mais il n'est même pas nécessaire que le pemphigus soit syphilitique pour que la première proposition soit inexacte. Et en effet, les enfants procréés par des parents vénériens ne succombent-ils pas très souvent avant de naître? Qu'est ce donc que leur mort, si ce n'est pas un témoignage de l'influence funeste exercée sur eux par la syphilis, si ce n'est pas, en un mot, une manifestation de la vérole héréditaire? Eh bien, entre cette manifestation et celles qui succèdent à la naissance, il en faut placer une autre maintenant, c'est le pemphigus, qui appartient tout à la fois à la vie intra-utérine et à la vie extérieure.

Les altérations syphilitiques héréditaires sont rarement isolées, dit M. Cazeaux; presque toujours on rencontre chez le même individu plusieurs manifestations de l'infection générale. Cette proposition, présentée comme une objection par notre collègue, aura, je le suppose, perdu beaucoup de sa valeur, même à ses propres yeux, après les faits de M. Laborie, de M. Danyau, de M. Ricord, et les miens; car ces faits mettent hors de doute l'association possible du pemphigus et de plusieurs autres manifestations syphilitiques.

La gravité du pemphigus chez les nouveau-nés, dit encore notre collègue, est sans doute un des arguments les plus puissants qu'on puisse faire valoir en faveur de sa nature syphilitique; mais ne serait-il pas possible de trouver dans les conditions hygiéniques de ces pauvres enfants la cause d'une mort si prompte et si inexplicable? D'ailleurs, ajoute-t-il, le pemphigus des nouveau-nés n'a pas toujours cette terminaison fatale. M. Valleix a cité plusieurs exemples de guérison, et il a pu se convaincre que plusieurs mois après ces enfants n'offraient aucun symptôme d'une maladie quelconque. M. le docteur Roger affirme avoir vu plusieurs cas semblables à l'hospice des Enfants-Trouvés, et le docteur Guillot a vu assez souvent le pemphigus des nouveau-nés guérir sans aucun traitement spécial pour ne pas comprendre comment on peut établir entre ces deux maladies des relations de causalité. Voilà les objections de M. Cazeaux.

La gravité du pemphigus est malheureusement trop réelle, et j'en ai fait, ainsi qu'on l'a vu plus haut, un de ses caractères; mais je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement attribuer les résultats ordinairement funestes de cette affection aux conditions hygiéniques dans lesquelles les enfants sont placés; l'altération est trop soudaine, la mort trop rapide pour qu'il en soit ainsi. Si cette terminaison a été constante dans les cas que j'ai vus, on comprendra que je mette sur le compte d'une confusion et d'un malentendu trop réels la mention contradictoire et des faits observés et des opinions qui auraient été exprimées par mes confrères MM. Valleix, Guillot et Roger. M. Valleix n'a vu et décrit que des cas de pemphigus vulgaire composés de deux, trois ou quatre bulles très probablement postérieures à la naissance et qui ont disparu rapidement et sans aucune médication. M. Natalis Guillot a vu les deux genres de pemphigus, et, loin de regarder cette affection comme inoffensive, il la croit au contraire à peu près infailliblement mortelle quand les mains et les pieds sont le siége de bulles étendues et nombreuses. Je ne me suis pas entretenu avec M. Roger, mais je suis certain d'avance que les cas observés par lui ne sont que des cas de pemphigus vulgaire.

Mais, ajoute M. Cazeaux, jamais on n'a vu dans l'hôpital de Lourcine, c'est-à-dire au milieu d'une population de femmes enceintes et syphilitiques, jamais on n'a vu naître un enfant atteint de pemphigus. Je ne comprends pas très bien le sens de cette objection; elle n'a pas pour but évidemment de contester la réalité du pemphigus syphilitique chez les nouveau-nés. Or, quelle que soit la nature réelle du pemphigus, si cette affection est particulière aux enfants nouveau-nés, ce qui n'est pas contesté par M. Cazeaux, ne devrait-on pas la rencontrer quelquefois à ce titre seul dans l'hôpital de Lourcine, puisque des enfants y naissent chaque année et depuis bien des années? Comment se fait il donc qu'on ne l'y ait pas vue encore, du moins à ce qu'on assure, pendant qu'elle se montre à peu près chaque année soit à l'hospice de la Maternité, soit à la Clinique d'accouchements?

Si j'adressais cette question à notre collègue, il me répondrait, sans aucun doute, que le nombre des accouchements à la Maternité et à la Clinique est beaucoup plus grand qu'à Lourcine. Eh bien! c'est précisément cette raison qui fait que le pemphigus syphilitique n'y a point été encore observé.

Le pemphigus, ainsi que le dit avec raison notre collègue, est un des phénomènes les plus rares de la syphilis; or, le nombre des accouchements qui ont lieu chaque année à Lourcine est en moyenne de 38 à 40; il a été en tout de 113 pour les trois dernières années qui viennent de s'écouler. Dans le même espace de temps, 13,000 femmes au moins sont accouchées à la Maternité et à la Clinique. Il est vrai que ces hôpitaux ne sont pas comme celui de Lourcine destinés à recevoir des femmes atteintes de syphilis; mais, si petite que l'on veuille faire la part des femmes qui accouchent à la Maternité ou à la Clinique étant atteintes de syphilis inaperçue à l'état secondaire ou tertiaire, ou portant dans leur sein des enfants procréés par des pères syphilitiques, ce nombre sera toujours infiniment supérieur à celui des femmes que reçoit l'hôpital de Lourcine. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'être surpris que des cas de pemphigus congénial se voient quelquefois à la Maternité et à la Clinique d'accouchements et qu'ils soient presque inconnus à Lourcine. L'objection fondée sur l'absence complète du pemphigus congénial dans ce dernier établissement ne me paraît plus avoir la valeur que lui prêtait notre collègue.

J'aborde maintenant, et ce sera pour moi le terme de cette discussion, un point qui a préoccupé vivement notre collègue, bien qu'il ne dût être que le sujet très secondaire de son examen critique. Je veux parler d'une donnée thérapeutique indiquée dans le travail de M. Depaul et aussi dans le mien, car je ne suis nullement disposé à me décharger de cette responsabilité.

M. Depaul et moi, nous avions espéré trouver dans quelques lésions caractéristiques d'une syphilis mortelle chez le fœtus ou l'enfant nouveau-né une raison suffisante pour prescrire un traitement antivénérien; avions-nous eu tort? M. Cazeaux l'a pensé, et il s'est fondé sur deux raisons principales: la première, c'est que les lésions signalées par M. Depaul et par moi n'étaient pas les conséquences de la syphilis, et, la seconde, ce sont les influences fâcheuses d'une médication antivénérienne et la perturbation morale répandue dans une famille en y déclarant l'existence d'une vérole invétérée. Je crois avoir réfuté la raison déduite de la nature non-syphilitique des lésions; quant à la seconde, elle est dans l'expression certainement fort exagérée. Est-il vrai d'abord qu'un traitement antivénérien puisse exercer des influences fâcheuses? Non, s'il est judicieusement appliqué et attentivement dirigé. Pour juger le mérite d'un procédé, il faut en supposer toujours un emploi opportun et une direction éclairée. Je ne crois pas qu'il puisse y avoir, parmi les hommes expérimentés qui m'écoutent, une contradiction sérieuse à cet égard; et si je voulais m'autoriser de faits empruntés à la pratique journalière des hôpitaux ou de la ville, je pourrais faire voir des prescriptions de cette nature conseillées, acceptées et suivies dans des cas beaucoup plus incertains et beaucoup moins sérieux que ceux d'un ménage dans lequel des accouchements d'enfants morts ou mourants détruisent l'espérance d'une progéniture. S'il est donc vrai qu'un traitement antivénérien soit exempt des dangers qui préoccupent notre collègue, doit-on être arrêté par la crainte de répandre l'inquiétude dans une famille? On le pourrait sans doute, s'il était nécessaire que tous les intéressés fussent dans la confidence de l'opinion et des prescriptions du médecin. Mais notre collègue connaît lui-même parfaitement, et il n'est aujourd'hui, je pense, aucun homme de l'art qui ne connaisse les artifices légitimes et faciles à l'aide desquels un traitement peut être suivi par un mari qui le sait et par sa femme qui l'ignore. Voilà pourquoi j'ai pu dire que, dans cette question, M. Cazeaux s'était surtout préoccupé d'un point qui n'aurait dû être que le sujet très secondaire de son examen critique. Cette préoccupation aurait-elle pu et dû se porter utilement ailleurs? Je le pense.

Le travail de M. Depaul était l'un des premiers pas faits dans une voie encore inexplorée d'observations anatomo-pathologiques chez les enfants qui succombent à la syphilis soit pendant la grossesse, soit aussitôt après la naissance. La syphilis peut tuer l'enfant dans le sein de sa mère, ou le condamner à périr presque aussitôt qu'il est né, cela est su depuis longtemps. Mais comment s'exerce cette funeste influence? Le mal devient-il mortel par la seule altération de l'élément essentiel de la nutrition? Pénètre-t-il dans les organes et en altère-t-il la structure, et, s'il en est ainsi, quels sont les organes surtout affectés, quelle est la nature de ces altérations, à quelle époque de la vie fœtale se produisent-elles, et dans les cas où elles ne seraient pas mortelles, quelle influence pourraient-elles exercer après la naissance sur les fonctions des organes altérés? quelle lumière la connaissance de ces altérations pourrait-elle répandre sur les causes réelles et trop souvent inconnues de la mort du fœtus? A quelles inductions précieuses leur étude conduirait-elle, peut-être, relativement aux effets problématiques encore pour beaucoup d'esprits, que la syphilis produit sur les organes de l'adulte; quels enseignements, enfin, les résultats de ces recherches pourraient-ils fournir à la thérapeutique? Telles sont quelques-unes des questions pleines d'intérêt que les hommes engagés dans des recherches analogues à celles de M. Depaul rencontreront infailliblement sur leur route.

Il appartenait, ce me semble, à l'esprit lucide, judicieux et distingué de M. Cazeaux de reconnaître et de signaler dans le travail dont il était chargé de rendre compte à l'Académie cette perspective de résultats intéressants et utiles, et il y a lieu de regretter qu'il se soit laissé détourner des considérations élevées de cette question par la préoccupation d'un point qui ne pouvait être, comme je l'ai déjà dit, que le sujet très secondaire de son examen critique.

M. Cazeaux déclare qu'il désire jouir du même bénéfice que M. Dubois. Avant de répondre à l'argumentation de ce dernier, il désire en prendre une connaissance approfondie et demande que la parole lui soit continuée à la prochaine séance. Il croit cependant utile de relever dès aujourd'hui l'erreur que M. Dubois aurait commise relativement aux observations de pemphigus et d'abcès du poumon de M. Cruveilhier, lesquelles sont au nombre de 11. Dans deux de ces observations, on a constaté des antécédents syphilitiques; mais dans les autres il n'en est pas question, ce qui prouve, dit M. Cazeaux, qu'ils n'existaient pas. Il fait remarquer, en passant, que ces observations étaient publiées dès 1833, c'est-à-dire avant que M. Dubois eût songé au pemphigus syphilitique.

M. Gibert. Je ne veux point rentrer dans la discussion; mais pourtant je désire ne pas laisser passer sans protestation deux faits importants qui ont été méconnus.

1° On a dit que la peau se prêtait à toutes les manifestations possibles sous l'influence de la syphilis.

C'est une erreur. Il y a des éruptions, et notamment celles qui constituent particulièrement les *dartres* (savoir, l'*impétigo* et l'*eczéma*), qui ne se rencontrent point au nombre des *syphilides*; et d'ailleurs, celles-ci, lors même qu'elles revêtent des formes analogues à des éruptions d'une autre nature, offrent cependant des caractères propres qui servent à établir le diagnostic.

Or, ne l'oublions pas, si notre époque peut revendiquer quelques progrès (et, pour ma part, je suis disposé à ne pas lui accorder beaucoup), c'est assurément le perfectionnement et la précision du diagnostic.

Ce serait rétrograder et non progresser que de se contenter aujourd'hui des indications vagues, et notamment du *commémoratif*, qui trop souvent suffisaient à nos devanciers pour établir que telle ou telle affection *pouvait* dépendre d'une diathèse syphilitique.

2° On a dit encore que c'était aux recherches toutes modernes qu'on devait la découverte de ce fait important de pathologie syphilitique, savoir: que des maladies simulant la pneumonie, la phthisie, les névroses et une foule de lésions internes regardées généralement comme étrangères à la syphilis pouvaient être rapportées à cette cause.

Eh bien! c'est le contraire qui est vrai. Presque tous les médecins du siècle dernier et de la première partie de celui-ci admettaient avec une grande facilité l'étiologie syphilitique pour beaucoup de lésions viscérales ou autres, et c'est pour cela qu'ils proclamaient le vice syphilitique un *protée* qui pouvait se déguiser sous toutes les formes.

Aujourd'hui, nous sommes plus scrupuleux, et nous ne déclarons syphilitiques que les lésions qui s'offrent avec des caractères propres à les distinguer des maladies étrangères à la syphilis. C'est là qu'est le progrès, le contraire serait un pas rétrograde.

Si donc nous applaudissons aux efforts de MM. P. Dubois et Depaul pour élucider les points obscurs de l'histoire de la cachexie syphilitique chez le fœtus et chez le nouveau-né, si nous désirons vivement les voir poursuivre d'aussi intéressantes recherches, c'est à la condition toutefois que chez l'enfant comme chez l'adulte on arrivera à assigner aux lésions déclarées syphilitiques des caractères propres à les distinguer sûrement des autres.

Jusque-là nous devrons rester dans le doute.

— M. Amussat fait une présentation sur laquelle nous reviendrons.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Baudens présente un malade auquel il a enlevé, il y a vingt-quatre jours, l'os maxillaire supérieur gauche en entier: une portion du maxillaire droit, tout le vomer, les cornets, une portion de l'os molaire et la face nasale de l'ethmoïde.

Il a employé le procédé de M. Velpeau, modifié en raison du développement et de l'altération des parties osseuses que j'ai dû enlever.

La guérison a marché rapidement et sans entraves, dit M. Baudens, grâce à la glace appliquée localement et pendant plusieurs jours, ainsi que je le fais avec tant de succès depuis vingt ans pour combattre toutes les lésions indistinctement, pourvu qu'elles proviennent de *cause traumatique*.

M. Baudens dépose en même temps l'observation détaillée de ce fait intéressant.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Chronique et nouvelles.

La petite note que nous avons publiée dans notre dernier numéro relativement à l'*Annuaire des eaux de la France* nous a fait adresser la lettre suivante, que nous nous empressons de livrer à la publicité.

Monsieur le Rédacteur,

D'après un article de la *Gazette des Hôpitaux* de ce jour, article très bienveillant, d'ailleurs, pour la commission de l'*Annuaire des eaux de la France* instituée par M. Dumas, cette commission aurait été forcée, faute de fonds, d'interrompre la publication de son travail. Vous apprendrez avec plaisir que le ministre qui a fondé la commission lui avait assuré, dès le début, les moyens de publier, au moins cette année, les documents réunis par elle.

Un premier demi-volume de 50 feuilles, uniquement consacré aux *eaux douces*, paraîtra dans le courant de cette semaine; l'autre partie du volume, qui comprend les *eaux de mer* et des *salines*, les *eaux minérales* et les *eaux modifiées par l'agriculture et l'industrie*, entièrement rédigée, sera livrée avant la fin de l'année. Les membres de la commission nommée par l'Académie de Médecine et la Société centrale d'agriculture tiennent à honneur de remplir l'engagement qu'ils ont pris envers le savant éminent qui les a réunis et envers le public scientifique, qui leur saura gré de leurs efforts et de leur persévérance.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le secrétaire de la commission,

Ch. Deville.

Le public médical apprendra avec plaisir, comme nous l'avons appris nous-même, que le zèle et le dévouement de la commission surmonteront les difficultés qui ont été apportées à l'accomplissement régulier de leur mission. Mais cette persévérance, qui ne fait qu'augmenter le mérite de la commission, ne détruit en rien l'exactitude des informations qui nous avaient été transmises, et que nous avions cru utile de faire connaître à nos lecteurs.

H. de Castelnau.

Le Sousd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 80. — SAMEDI 12 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 80. — SAMEDI 12 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 11 JUILLET 1851.

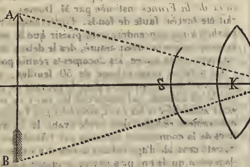
QUELQUES RÉFLEXIONS
à propos d'une nouvelle théorie de la vision.

Ne pouvant pas parvenir à concilier le fait de la perception des objets extérieurs dans leur véritable position avec cet autre fait incontestablement établi de la formation d'une image renversée de ces mêmes objets sur la rétine, M. le docteur Dezautière a cru devoir proposer une nouvelle théorie de la vision.

Pour lui, les réfractions successives qu'éprouvent les rayons lumineux dans leur passage à travers les milieux réfringents de l'œil aboutiraient à la formation d'une *première image renversée* entre le cristallin et le centre de courbure de la rétine. Cette *première image* rayonnerait vers la rétine, qui, agissant à son tour comme un *miroir concave*, formerait une *deuxième image* renversée par rapport à la première, et par suite *ramenée à la position réelle de l'objet extérieur.*

Et, à l'aide de ces deux images, la première, formé par réfraction, et la seconde par réflexion, M. Dezautière croit s'être tiré d'embarras et pouvoir tout expliquer.

Nous pourrions lui demander d'abord à l'aide de quelles expériences il a démontré que la première image formée par réfraction est située entre la rétine et le cristallin, et non sur la rétine elle-même. Nous pourrions lui faire observer que la rétine, membrane opaline et translucide, nous paraît, malgré sa forme concave, être un miroir d'une qualité bien inférieure, si tant est qu'elle soit capable de rien réfléchir. Laissons pour le moment ces difficultés et bien d'autres que nous pourrions énumérer, et contentons-nous de lui montrer comment, en partant de sa théorie comme chose démontrée, on arrive à cette conclusion fatale, que l'œil peut bien nous donner le moyen de distinguer la lumière de l'obscurité, mais ne peut nous fournir aucune espèce de notion ni sur la forme, ni sur la position des objets extérieurs.



Soient : A B un objet extérieur, — S la cornée, — K le cristallin, — R la rétine, qui doit agir comme un miroir concave, — C le centre de courbure de la rétine, — F le foyer principal de la rétine situé, comme dans tout miroir concave, à moitié distance du centre au miroir.

Cela posé, depuis la théorie de M. Dezautière, une première image renversée, formée par réfraction, existe en *a′ b′* en avant de C, centre de courbure de la rétine. — Cette image rayonne en effet vers la rétine, et chacun de ses points forme sur le fond de l'œil un cercle d'illumination ; ces cercles se superposent en partie et produisent une impression confuse de lumière qui n'est nullement en rapport avec la forme de l'objet extérieur. La rétine ne peut transmettre que ce qu'elle reçoit ; jusqu'ici donc nous ne pouvons éprouver qu'une vague sensation de lumière. Quant à la forme de l'objet extérieur, nous ne pouvons pas encore la percevoir, puisque la rétine n'a rien reçu ni transmis qui la caractérise.

Mais, dit M. Dezautière, la rétine, *miroir concave*, réfléchit cette lumière rayonnée par la *première image renversée a′ b′*, et forme une *seconde image redressée*. Oui, répondons-nous ; mais où serait cette *seconde image*, si elle existait réellement? Elle serait, non pas à la surface de la rétine, comme semble le penser M. Dezautière, mais là seulement où un miroir concave pourrait la former, c'est-à-dire en *a″ b″*, entre le foyer principal F et le centre de courbure C. Voilà donc cette *seconde image redressée* que nous attendions avec tant d'impatience, parce qu'elle devait nous fournir la notion, que nous n'avons pas encore, de la forme et de la position de l'objet extérieur qui va se former loin de la surface nerveuse, au milieu du corps vitré, là où elle ne peut servir à rien du tout; car, au milieu du corps vitré, il n'y a rien pour recevoir et transmettre au cerveau une impression lumineuse qui puisse devenir l'occasion d'une perception.

S'il persiste à défendre ses idées, et si en même temps il veut conserver à l'œil la mission de nous fournir la notion de la forme des corps extérieurs, M. Dezautière doit donc ajouter à sa théorie un complément fort important, en nous indiquant la disposition anatomique en vertu de laquelle le corps vitré serait doué de la faculté de recevoir et de transmettre au cerveau l'impression d'une image lumineuse. Et encore n'en aurait-il pas fini avec toutes les difficultés qu'il a soulevées. Les deux images, l'une par réfraction et renversée, l'autre par réflexion et redressée, se formant toutes deux dans le corps vitré, comment cet organe, devenu impressionnable, ferait-il pour transmettre au cerveau la seconde impression seulement, à l'exclusion de la première ?

Nous continuerons donc à admettre, ce qui d'ailleurs est incontestablement démontré, que l'appareil d'optique de l'œil forme sur la rétine une image renversée des objets extérieurs, et que l'impression de cette image unique, transmise au cerveau par le nerf optique, devient l'occasion d'une perception à l'aide de laquelle nous acquérons la notion de leur existence, de leur forme, de leur couleur et de leur véritable position dans l'espace. Il est vrai que l'image est renversée et que la perception nous montre les objets dans leur véritable situation; à ce sujet, nous ferons observer à M. Dezautière que la solution de cette difficulté, dont il s'est beaucoup exagéré l'importance, ne doit pas être cherchée dans les conditions physiques bien connues du phénomène, mais dans les liens mystérieux et peu connus qui rattachent l'impression transmise à la perception elle-même.

GAVARRET,
Professeur à la Faculté de médecine.

Nous complétons aujourd'hui en partie le compte-rendu de l'Académie de Médecine par la publication de l'observation extrêmement intéressante d'anévrisme communiquée par M. Amussat. Cette observation, jointe à celles du même genre que nous avons publiées depuis deux ans, contribuera à éclairer une des questions les plus intéressantes de la pathologie chirurgicale.

— Nous devons appeler aussi d'une manière spéciale l'attention de nos lecteurs sur les communications faites à l'Institut par M. Mateuci, et surtout par M. Béclard sur le phénomène de l'endosmose si curieux et en même temps si mystérieux, que les diverses théories proposées pour l'expliquer étaient toutes en contradiction avec un plus ou moins grand nombre de faits. Les expériences si délicates et si précises de M. Béclard promettent de conduire à une théorie satisfaisante, et en même temps permettent d'espérer d'heureuses applications physiologiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Psoïtis (côté droit). — Frictions mercurielles. — Ponction. — Cataplasmes et lavements laudanisés. — Guérison.

La nommée Touche (Engénie), âgée de trente-trois ans, entre le 19 mars au n° 14 de la salle Sainte-Catherine.

Cette femme, de taille ordinaire, mince, très maigre, d'un tempérament nerveux, est née de parents bien portants, et a toujours joui d'une bonne santé. Mariée depuis quinze ans, elle a fait quatre fausses couches et mis au monde sept enfants, qui sont doués d'une excellente constitution. Jamais d'accidents pendant et après ses grossesses, si ce n'est un mois après son dernier accouchement, qui eut lieu le 4 décembre dernier qu'il est survenu tout à coup dans l'aine droite et à la région lombaire une douleur sourde, pongitive, parfois si intense qu'elle arrachait des cris à la malade. Cette douleur s'irradiait en bas vers la partie supérieure de la cuisse et se prolongeait en haut jusqu'au niveau de l'ombilic, s'accompagnant de fièvre, d'insomnie et de perte d'appétit. C'est dans ces conditions et sans avoir eu recours à aucun traitement que la malade est entrée à l'hôpital.

Etat actuel. — Le 20 mars, figure excavée, jaunâtre, terreuse, amaigrissement considérable. Le ventre est volumineux et mou d'une manière générale; la peau qui le recouvre est plissée, flétrie, roulante par suite des nombreuses grossesses de la malade. La pression ne détermine aucune douleur, soit qu'on l'exerce dans les régions épigastriques, ombilicales, dans les flancs et dans la région hypogastrique; mais à droite, dans le bas de la fosse iliaque, existe une induration douloureuse qui semble se continuer avec la crête de l'os des iles. Si on descend jusqu'au pli de l'aine, on arrive à une dureté mal limitée, située profondément, plus marquée encore que la précédente et qui s'étend jusqu'au petit trochanter. Elle est, en outre, placée derrière le ligament de Poupart, qui la bride. Pas de changement de couleur à la peau. Fluctuation dans aucun point. Léger empâtement de la partie supérieure de la cuisse. Vive douleur quand on exagère faiblement sa flexion sur le bassin. L'extension complète du membre est impossible, et la malade le tient continuellement un peu fléchi sur le bassin et légèrement tourné en dehors. Le toucher vaginal fait sentir à droite du col de l'utérus et un peu en arrière une sorte de tuméfaction assez résistante dans laquelle on ne sent pas de fluctuation. La malade peut encore marcher, mais cette fonction s'accomplit difficilement; le tronc est alors un peu incliné en avant, et il existe de la claudication. Au niveau du pli de l'aine et en bas de la fosse iliaque droite siége une douleur sourde, presque continuelle, qui offre des exacerbations irrégulières et qui semble se continuer avec une douleur de même nature de la région lombaire. Réaction fébrile peu prononcée, respiration facile; langue un peu blanchâtre, pas d'appétit ; aucun trouble des fonctions digestives; peu de sommeil. — Frictions avec de l'onguent mercuriel ; 2 portions.

Le 24, la douleur lombaire est disparue, mais la partie supérieure de la cuisse est toujours douloureuse. Cependant, la malade peut étendre sa jambe plus facilement, et l'état général semble s'être amélioré. Un peu d'appétit, sommeil meilleur.

Le 28, la douleur qui siégeait au pli de l'aine est moins vive, mais celle de la région lombaire est apparue de nouveau. La partie supérieure de la cuisse est maintenant peu sensible à la pression, et l'empâtement est un peu diminué. Pas de fièvre; ventre tendu; digestions difficiles. — Eau de Vichy.

Le 5 avril, depuis quelques jours le membre abdominal droit est le siége d'une souffrance beaucoup plus vive; la douleur s'étend par moments jusqu'à la plante du pied. La partie supérieure de la cuisse n'est cependant pas plus gonflée, quoique la malade y accuse de fréquents élancements, qui s'irradient jusque dans la région iliaque. La marche est devenue impossible. Peau chaude sans fièvre, pas de frissons, diarrhée abondante, insomnie. — 3 paquets de sous-nitrate de bismuth de 50 centigr. chaque.

Le 8, pas de changement dans l'intensité des douleurs ni dans l'état général. La tuméfaction ayant un peu augmenté au côté externe de la fosse iliaque droite et présentant de la rougeur et un certain degré de ramollissement, on fait à l'aide d'un bistouri droit une ponction immédiatement au-dessus du ligament de Fallope, à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ecoulement très abondant d'une matière purulente (blanc-verdâtre) mêlée de nombreuses bulles de gaz qui s'échappent en crépitant. — Cataplasme émollient.

Le 12, soulagement considérable. Plus de gonflement ni d'élancements. Extension facile de la jambe. Suppuration de bonne nature, peu abondante, sans bulles de gaz. Pas de frissons ; absence de fièvre ; peu d'appétit ; la diarrhée continue. — Continuation du bismuth, 4 paquets.

Le 15, la diarrhée augmente d'intensité. Engourdissement du membre inférieur droit ; toujours peu de suppuration. Pas de réaction fébrile ; soif vive, perte d'appétit. — Lavements laudanisés.

Le 19, l'ouverture de la plaie est presque fermée; il ne s'en écoule plus qu'une sérosité claire, limpide, peu abondante. Depuis deux jours, il est survenu des douleurs très vives dans la région lombaire; elles sont caractérisées par des élancements intermittents, qui disparaissent lorsque la malade est debout. Malgré cela la marche est assez facile. Quelques coliques accompagnées de borborygmes ; plus de diarrhée ; état général assez satisfaisant. — Suppression du

bismuth et des lavements laudanisés ; emplâtre d'onguent de la mère sur la plaie.

Le 22, depuis hier onze heures du matin les douleurs lombaires sont subitement devenues continues en prenant un très grand caractère d'intensité. Frissons, fièvres. — A la visite du soir, on a prescrit une pilule d'extrait thébaïque et un large cataplasme sur la région lombaire. — Ce matin, un peu de soulagement; soif très vive; persistance de l'état fébrile. — Vésicatoire camphré sur les lombes.

Le 24, les douleurs lombaires sont presque entièrement disparues. La malade marche assez facilement et sans douleur, mais sa jambe est encore un peu roide et un peu engourdie.

Le 27, la plaie est guérie. La malade ne souffre plus; sa diarrhée est disparu. Elle marche maintenant très facilement, et sort aujourd'hui de l'hôpital.

Réflexions. — Le petit nombre de psoïtis arrivées à guérison rendrait très intéressant le fait qui précède, si les alternatives de mieux et d'aggravation qui se sont manifestées quelques jours avant la sortie de la malade ne faisaient craindre la récidive.

Quoi qu'il en soit, en examinant la nature de l'affection, on trouve, dans la marche qu'elle a suivie et dans la série de symptômes qui se sont manifestés pendant sa durée, l'ensemble des phénomènes qu'on s'accorde à regarder comme caractéristiques de la psoïte, à savoir : douleur dans la région lombaire droite, s'irradiant vers l'aine et la partie supérieure de la cuisse du même côté ; intermittence de la douleur ; extension incomplète du membre abdominal droit ; et en dedans des épines iliaques antérieures, tumeur mal limitée, d'abord très dure, plus tard profondément fluctuante.

Cependant, on est en droit d'objecter que du pus parti d'une vertèbre cariée peut bien aussi arriver jusqu'à la gaîne du psoas, et donner lieu à des symptômes analogues à ceux que nous venons de citer ; mais, en pareil cas, la marche de la maladie est lente, il y a déformation du rachis, et une douleur fixe a pour siége un point de sa longueur. Chez notre malade, au contraire, les symptômes de l'inflammation se sont succédé assez rapidement, et la tumeur iliaque est apparue sans qu'il se soit jamais rien manifesté du côté de la colonne vertébrale qui pût inspirer l'idée d'un abcès par congestion. C'est donc bien à une psoïtis que nous avons eu affaire ; mais, d'après l'histoire de la maladie, il nous semble impossible d'indiquer quel a été le point de départ de l'inflammation, si elle a débuté par la couche celluleuse qui entoure le psoas ou par la fibre musculaire elle-même.

Maintenant, quelle a été la cause de la psoïte dont nous avons sous les yeux l'observation ? Faut-il croire qu'il y a eu pendant l'accouchement, comme le veut le docteur Kyll, un tiraillement ou une déchirure des fibres du psoas ? Assurément il faut rejeter ici une pareille interprétation, car le travail s'est fait naturellement et a été d'autant plus facile que la femme avait déjà eu six enfants. Et même, si la théorie de Kyll était vraie, comment admettre que les accidents inflammatoires soient si longs à se produire ? C'est ordinairement après un temps variable à la suite de l'accouchement, quinze, vingt jours, et même un mois, comme chez notre malade, que le développement des psoïtes a lieu.

Si, dans le cas qui nous occupe, ainsi que dans presque tous ceux qui succèdent à l'accouchement, on ne peut retrouver une cause occasionnelle qui donne l'explication du mal, que doit-on en conclure ? C'est qu'évidemment il y a là une cause inconnue, prédisposante à l'inflammation, qui paraît tenir à l'augmentation de fibrine que le sang acquiert pendant la grossesse et à la perturbation que cet état physiologique apporte dans l'économie. Boureau.

ANÉVRISME FAUX CONSÉCUTIF DE L'ARTÈRE CUBITALE

à la partie inférieure du bras gauche. — Tumeur du volume d'un œuf aplati. — Electro-puncture. — Guérison.

M. Amussat a présenté à l'Académie la personne qui fait le sujet de l'observation suivante.

Le 22 septembre 1847, M. C..., âgé de trente-cinq ans, boucher à Melun, se fit une blessure à la partie inférieure du bras gauche avec la lame d'un fort canif, en voulant couper une corde qui liait les pattes d'un veau. Aussitôt un jet de sang rouge s'élance au loin, indiquant qu'une artère a été ouverte. On se hâte de poser sur la plaie un appareil, que l'on soutient par un forte compression. L'hémorrhagie s'arrête, la petite plaie se cicatrise ; mais au bout de huit jours on constate dans le lieu de la blessure une tumeur élastique offrant des battements isochrones à ceux du cœur.

Dix-sept jours après l'accident le malade m'est adressé par mon honorable confrère et ami le docteur Bancel, médecin à Melun. Le bras et la main gauche sont le siége d'un gonflement considérable ; les mouvements des doigts sont difficiles, et les douleurs que le malade éprouve dans les parties sont tellement vives qu'elles le privent de sommeil.

Il existe à la partie inférieure et interne du bras une cicatrice linéaire, oblique, de l'étendue de 1 centimètre environ, placée au centre d'une tumeur du volume d'un œuf aplati, dure dans quelques points, élastique dans d'autres, et offrant des pulsations isochrones à celle du pouls. On entend aussi dans cette tumeur une sorte de bruit de râpe assez fort. Les battements et les bruits cessent lorsqu'on comprime fortement l'artère brachiale.

Il ne reste donc aucun doute sur le diagnostic. Il s'agit bien, en effet, ainsi que l'avait pensé M. Bancel, d'un anévrisme faux consécutif, et ce diagnostic est porté aussi par MM. Foulloy, Troussel, Lucien Boyer, etc., qui examinent le malade.

S'il y a quelques années un cas pareil se fût offert à mon observation, je n'aurais pas hésité à pratiquer la ligature de l'artère ; mais après avoir lu les travaux récents et les observations de M. Pétrequin, relatifs au traitement des anévrismes par la galvano-puncture, je pensai que cette méthode, qui consacre d'ailleurs le principe que j'ai émis, qu'il faut, autant que possible, chercher à éviter les opérations sanglantes, je pensai, dis-je, et mon avis dans ce sens fut partagé par les honorables confrères que je viens de nommer, que la galvano-puncture pouvait être pratiquée.

Le 13 octobre 1847, je fais une première application de ce moyen. Deux aiguilles fines en platine, recouvertes dans leur portion qui devait être en contact avec la peau d'une couche légère de gomme laque, sont introduites dans la tumeur. Pendant cinq minutes, les conducteurs métalliques d'une pile à auges de trente couples sont mis en contact avec les aiguilles. On arrive graduellement jusqu'à douze couples.

Après cinq autres minutes, ce qui fait dix en tout, on retire les aiguilles, parce que le malade souffre assez fortement.

On applique ensuite sur la tumeur des compresses imbibées d'extrait de saturne et on les maintient par une bande circulaire.

Aucun accident ne survient.

Le 16 octobre, trois jours après, la tumeur offre encore des battements dans une étendue que pourrait couvrir une pièce de 5 francs. Elle présente à son centre un point plus saillant et de couleur rougeâtre. Le bruit de râpe existe, mais il est moins fort. L'avant-bras et la main sont moins tuméfiés ; les mouvements des doigts sont plus libres, et les douleurs ont déjà beaucoup diminué.

Après cet examen, nous appliquons de nouveau l'électro-puncture, et cette fois nous plaçons quatre aiguilles dans la tumeur. Cette séance, assez douloureuse, comme la première, dure seize minutes, et nous allons jusqu'à dix-sept couples.

Même pansement qu'après la première séance. Quatre jours après nous constatons que la tumeur est plus circonscrite et plus dure ; on n'y perçoit aucun battement ni aucun bruit. Dans le point où existait la tumeur, on remarque une coloration brune ; l'avant-bras a diminué de volume, ainsi que la main.

De jour en jour, pour ainsi dire, la tumeur a diminué de volume, n'a plus offert de battements, et les mouvements du membre sont redevenus aussi libres qu'avant l'accident.

Depuis cette époque, la guérison s'est maintenue, comme on peut le voir sur le jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie.

C'est donc un fait de plus en faveur de l'électro-puncture appliquée à la cure des anévrismes.

Je regrette qu'il ne m'ait pas été possible de le présenter plus tôt à l'Académie. Toutefois, le temps qui s'est écoulé augmente encore l'intérêt qui s'y rattache, puisqu'on voit que depuis près de quatre ans le résultat est resté aussi satisfaisant que possible.

En comparant ce fait et les faits analogues avec les observations connues d'anévrismes traités par la ligature des artères, je n'hésite pas à dire que, si j'avais un anévrisme, je donnerais la préférence à l'électro-puncture, mais avec beaucoup de précautions pour les grosses artères.

M. Amussat donne ensuite le résumé de dix-huit observations de tumeurs anévrismales traitées par la galvano-puncture. On trouve onze guérisons dans les cas suivants :

1° Anévrisme traumatique de l'artère temporale, par M. Pétrequin. (*Encyclographie belge*, déc. 1845.)

2° Anévrisme du pli du coude, suite de saignée, par M. Pétrequin. (*Encyclographie belge*, décembre 1845.)

3° Anévrisme poplité, par M. Ciniselli. (*Encyclographie belge*, février 1846.)

4° Anévrisme du pli du coude, par M. Restelli. (*Encyclographie belge*, septembre 1847.)

5° Anévrisme du pli du coude, par M. Debout. (*Bulletin de Thérapeutique*, février 1847.)

6° Anévrisme de l'arcade palmaire, par M. Guérineau. (*Gazette des Hôpitaux*, 19 octobre 1847.)

7° Anévrisme de l'artère cubitale, par M. Amussat.

8° Anévrisme de l'artère brachiale, par M. Laugier. (*Bulletin de l'Académie*, 9 avril 1850.)

9° Anévrisme de la sous-clavière, par M. Abeille. (*Bulletin de l'Académie*, 9 avril 1850.)

10° Anévrisme du pli du bras, par M. Bossé. (*Gazette médicale* 1850, n° 33.)

11° Anévrisme de l'aorte ascendante, par M. Bossé. (*Gazette médicale* 1850, n° 33.)

Sept insuccès :

1° Anévrisme de la sous-clavière droite, par M. Lislon. (*Gazette médicale*, septembre 1838.)

2° Anévrisme de l'artère ophthalmique, par M. Pétrequin. *Encyclographie belge*, décembre 1845.)

3° Anévrisme du pli du coude, par M. Pétrequin. (*Encyclographie belge*, décembre 1845.)

4° Anévrisme de l'artère carotide, par M. Hamilton. (*Encyclographie belge*, novembre 1846.)

5° Anévrisme volumineux du cou, par un chirurgien de Gênes. (*Annales de Thérapeutique*, janvier 1847.)

6° Tumeur pulsatile de la tête du péronée, par M. Gerdy. (*Bulletin de Thérapeutique*, 30 janvier 1851.)

7° Anévrisme de l'artère poplitée ; inflammation du sac ; ligature de l'artère fémorale ; gangrène ; amputation ; mort, par M. Velpeau. (*Bulletin de l'Académie*, 9 avril 1850.)

Comme on le voit, d'après les faits que je viens de résumer, la galvano-puncture appliquée aux anévrismes externes compte déjà un assez grand nombre de succès, surtout pour les anévrismes des membres, où son emploi paraît avoir été plus avantageux que pour ceux du cou et des autres régions. D'autres observations existent peut-être dans la science ; mais, d'après celles que nous avons recueillies, nous croyons pouvoir formuler exactement notre pensée sur ce sujet en disant que l'électro-puncture restera désormais dans la science, grâce aux efforts que M. Pétrequin a fait pour la tirer de l'oubli où elle avait été jetée.

Il y a lieu d'espérer qu'avec les perfectionnements qui seront encore apportés à cette méthode elle pourra être appliquée avec succès dans la plupart des anévrismes externes, pour lesquels il fallait recourir à la ligature des vaisseaux après avoir le plus ordinairement employé sans succès la compression.

Quant aux faits d'insuccès de l'électro-puncture que je viens de citer, il en est quelques-uns que l'on peut retrancher. Ainsi : 1° le fait de l'artère ophthalmique de M. Pétrequin ; 2° le fait du même auteur (anévrisme du bras), puisque l'électro-puncture n'a pas été continuée ; 3° le fait de M Gerdy, qui n'est pas relatif à un anévrisme. Quelques autres faits d'insuccès peuvent aussi être attribués à ce que l'électro-puncture a été appliquée sous toutes les conditions nécessaires pour en assurer le succès.

Iodure d'amidon soluble ;

Par M. Auguste Dubois, pharmacien à Limoges.

Les procédés publiés jusqu'ici pour obtenir l'iodure d'amidon sont si compliqués, et les réserves de quelques-uns de leurs auteurs sont si grandes (1), que je crois être utile à mes confrères en leur faisant connaître le mode de préparation suivant, qui, par sa simplicité, est à la portée de tout le monde.

Je triture fortement, dans un mortier de porcelaine ou de verre, 20 grammes d'iode (2) avec 180 grammes d'amidon non torréfié (3), que je n'ajoute à l'iode que par petites portions.

J'humecte ensuite très légèrement le mélange avec un peu d'eau et je l'introduis dans un ballon de verre (4) ou tout autre vase convenable, que je bouche avec soin et que je place dans un bain-marie, de manière que le ballon soit plongé jusqu'au col ; de temps en temps je le retire pour agiter, et j'essaie si l'iodure devient soluble. Il faut, terme moyen (5), mais au plus, trois heures pour avoir de l'iodure complétement et instantanément soluble dans l'eau.

L'iodure se trouve dans le ballon sous forme d'une pâte épaisse, tenace et élastique qu'on lave plusieurs fois sur un filtre, avec de l'alcool (6) rectifié et qu'on dessèche, soit à l'air libre, soit à l'étuve, soit dans une capsule de porcelaine, à une douce chaleur.

Lorsque la dessiccation est terminée, l'iodure est une matière noire, brillante, presque inodore, comme cristallisée (7), friable. Réduit en poudre (si celle-ci n'est pas trop fine, l'iodure conserve son brillant. Cette poudre s'attache aux doigts et les bleuit, pour peu qu'ils soient humides.

La solution dans l'eau est d'un très beau bleu ; imitant assez le bleu du cyanure de fer ; mais elle n'est pas bleue lie-de-vin (8).

Avec un semblable produit, qu'on peut avoir toujours identique, toutes les préparations dans lesquelles entre l'iodure d'amidon deviennent d'une exécution facile.

Ce procédé peut s'appliquer, avec quelques modifications (9), à la préparation des iodures de fer et de soufre.

LOBELINE,

nouvelle base organique extraite du lobelia inflata.

Par M. Bastick.

L'examen le plus récent et le plus complet qui ait été fait du *lobelia inflata* a été publié en 1843 par Reinsch, qui trouva dans cette plante une substance qu'il appela *lobeline* et qu'il supposa en être le principe actif ; mais il ajouta qu'il ne l'avait pas obtenu dans son état de pureté, qu'il avait une réaction acide, qu'il était insoluble dans l'éther, et toutes les expériences qu'il tenta sur cette matière la lui firent considérer comme formée par l'union d'un acide organique avec une base.

C'est dans le but d'éclaircir ces faits que M. William Bastick a récemment entrepris des recherches chimiques tendant à isoler le principe actif en question, et, ses efforts ayant été

(1) D'autres en font un monopole.

(2) Si l'iode a été dissous dans un peu d'éther ou d'alcool, le mélange devient plus facile et plus intime, et l'opération est un peu abrégée.

(3) Il faut que l'amidon soit très beau, car j'ai échoué en employant de l'amidon de qualité inférieure.

(4) Le ballon doit être assez grand pour qu'on puisse aisément agiter le mélange.

(5) Si les conditions que je viens d'indiquer ont été bien remplies.

(6) Un seul lavage peut suffire ; on remplit alors le ballon d'alcool ; on agite de temps en temps, et au bout de quelques heures on jette le tout sur un filtre.

L'alcool et l'iode en excès ne sont pas perdus ; on en retire une teinture d'iode qui, quoique faible encore, m'a conduit à me poser cette question : Dans quelles proportions l'iode et l'amidon sont-ils unis ? Je ne puis résoudre aujourd'hui ce petit problème, sur lequel je me propose de revenir ; mais il est certain, pour moi, dès à présent, que la quantité d'iode est infiniment plus petite qu'on ne le pense généralement ; et que les formules données pour les pilules, le sirop, les tablettes, etc., d'iodure d'amidon, pèchent par la base, et seront à refaire aussitôt qu'on connaîtra mieux la composition de ce nouvel agent thérapeutique.

(7) Il a l'aspect du beau charbon de terre.

(8) L'iodure d'amidon insoluble, complétement ou en partie, ne présente pas les mêmes caractères : lorsqu'il est humide, il n'adhère pas aux vases, la pâte n'a pas de consistance ; lorsqu'il est sec, il est d'un noir terne, quelquefois bleu ou velouté, ordinairement pulvérulent ; rarement il est bien homogène. S'il est en partie soluble, la solution est bleu-violet.

(9) Seulement le mélange d'iode et de soufre, ou d'iode et de fer porphyrisé, ne doit pas être humecté.

couronnés de succès, il fit connaître le procédé suivant comme étant le meilleur pour obtenir la lobeline :

On fait macérer pendant quarante-huit heures 2 livres de la plante dans un gallon d'alcool, auquel on a préalablement ajouté 3 onces d'acide sulfurique. Au bout de ce temps, on décante le liquide alcoolique et on le filtre; puis on le mêle, en agitant constamment, avec de la chaux caustique en poudre jusqu'à ce que le liquide ait acquis une réaction alcaline. Alors on filtre de nouveau, et l'on sature la liqueur claire avec un léger excès d'acide sulfurique; puis, après avoir encore éclairci cette solution par le filtre, on l'évapore à une douce chaleur jusqu'au quart de son volume. A ce moment, on ajoute une petite quantité d'eau, et l'on continue à évaporer jusqu'à ce que toute trace d'alcool ait disparu : on jette le tout sur un filtre pour séparer la résine devenue insoluble du liquide, que l'on sature au moyen d'une solution concentrée de carbonate de potasse; il se forme alors un précipité, que l'on sépare en filtrant le mélange. On ajoute un grand excès de carbonate de potasse au liquide filtré, puis on le traite successivement par de petites quantités d'éther, en agitant constamment et jusqu'à ce que ce dissolvant n'enlève plus rien. La lobeline se dépose alors par l'évaporation spontanée de la solution éthérée. Elle contient encore une matière colorante, dont on peut la purifier en la dissolvant dans l'alcool, agitant la solution avec du charbon animal jusqu'à ce qu'elle soit décolorée, la filtrant et la faisant évaporer dans le vide avec de l'acide sulfurique jusqu'à ce qu'elle ne perde plus de son poids. Ce procédé est, du reste, le même qui a été recommandé par Liebig pour l'obtention de l'hyoscyamine.

La lobeline paraît ressembler, par plusieurs de ses propriétés, à l'hyoscyamine, dont elle se distingue en ce qu'elle ne peut cristalliser. C'est une huile visqueuse, transparente, jouissant d'une forte réaction alcaline, possédant, lorsqu'elle est pure, l'odeur de la plante à un très faible degré, mais exaltant beaucoup cette odeur par l'addition de l'ammoniaque; son goût est piquant et analogue à celui du tabac. Prise en petite dose à l'intérieur, elle exerce sur l'économie animale la même action qu'une forte dose de la plante; c'est donc, sans aucun doute, un violent poison.

La lobeline est volatile; on ne peut l'évaporer entièrement sans l'altérer. Elle se dissout dans l'eau, l'alcool et l'éther : les alcalis caustiques la décomposent facilement, et c'est pour cette raison qu'on ne peut préparer la lobeline en suivant les méthodes ordinairement employées pour l'extraction des alcaloïdes non volatiles. L'action destructive qu'exercent sur elle les alcalis caustiques s'oppose à ce que l'on puisse la séparer par la distillation de la conéine ou de la nicotine. Elle constitue évidemment le principe actif du *lobelia inflata*, et, quand on la soumet à la distillation avec de la potasse caustique, rien ne passe dans le récipient, si ce n'est un corps résinoïde et de l'ammoniaque résultant, sans aucun doute, de la décomposition de la lobeline, tandis que le résidu de la distillation n'offre aucun caractère marqué.

La lobeline neutralise les acides à la manière des bases puissantes. Elle est précipitée de sa solution par l'infusion de noix de galle, qui forme avec elle des flocons blancs. Elle est également précipitée dans la plupart des cas par l'ammoniaque de la solution aqueuse et concentrée de ses sels. Toutes ces combinaisons avec les acides minéraux sont solubles dans l'eau et dans l'alcool. Lorsque ces sels sont entièrement décolorés par le charbon animal, ils deviennent cristallisables. L'hydrochlorate de lobeline forme des cristaux bien définis, incolores, transparents et aciculaires; sous ce rapport, la lobeline diffère entièrement de la nicotine et de la conéine.

(*Journal de Chimie médicale.*)

Sur les préparations de spiræa ulmaria.

Quelques médecins venant d'exhumer des vieilles pharmacopées la reine des prés (*spiræa ulmaria*) et de l'employer principalement contre les hydropisies, M. Bonuewyn, pharmacien de l'hôpital et des hospices civils de Tirlemont, vient de se livrer à des recherches dans le but d'obtenir un sirop et une teinture convenables de spirée. Il propose les formules suivantes :

Sirop de spiræa ulmaria.

Sommités de spiræa ulmaria.	8 onc.
Eau bouillante.	4 livr.
Sucre blanc.	8 livr.

On fait infuser d'abord les sommités dans la quantité d'eau bouillante prescrite pendant douze heures, dans un vase convenable et couvert; après cette infusion, on les fait bouillir pendant dix minutes, puis on les passe avec expression, on laisse déposer, et on ajoute à la liqueur clarifiée le double de son poids de sucre pour en faire selon l'art un sirop par simple solution.

Teinture alcoolique de spiræa ulmaria.

Sommités de spiræa ulmaria finement découp.	3 onc.
Alcool à 23° cent.	10 gros.

Faites macérer pendant huit jours; passez avec expression, puis filtrez. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 juillet 1851. — Présidence de M. Rayer.

De la production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction.

M. Mateucci communique la note suivante :

Mes expériences, dit M. Mateucci, prouvent incontestablement, et par un procédé indépendant de toute cause d'erreur, qu'il y a production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction, et que cette production se fait avec des lois déterminées. Le phénomène électrique qui se produit dans le muscle contracté est instantané, et consiste dans une décharge électrique qui parcourt la masse musculaire dans le sens même de la ramification de ses gros troncs nerveux. Dans une autre communication faite à l'Académie, j'ai exposé les expériences et les considérations par lesquelles j'ai été amené à conclure que le phénomène électrique de la contraction musculaire est indépendant des courants électriques de l'organisme vivant. La découverte de ce phénomène complète les analogies déjà si intimes entre la contraction musculaire et la décharge électrique de la torpille et des autres poissons, et nous conduit à expliquer les phénomènes et la loi de la contraction indirecte.

Je considère comme une des expériences les plus concluantes pour la théorie des phénomènes électro-physiologiques celle que j'ai montrée dernièrement dans une leçon sur la fonction des poissons électriques. En disposant les nerfs des grenouilles galvanoscopiques très sensibles sur des morceaux pris, sur la même torpille vivante, de son organe électrique et de ses muscles, on voit, en irritant d'une manière quelconque les filaments nerveux qui se distribuent dans ces morceaux, les contractions éveillées dans les grenouilles. La différence des phénomènes électriques ainsi obtenus dans l'organe de la torpille et dans les muscles ne consiste que dans l'intensité et dans la durée de ces phénomènes, plus grandes dans un cas que dans l'autre. Ainsi, avec un morceau de l'organe de la torpille qui n'est pas plus grand que la tête d'une grosse épingle, on obtient le phénomène de la décharge électrique en irritant avec la pointe d'un canif les filets nerveux, et en conservant ce morceau d'organe dans la position naturelle qu'il avait dans le poisson, il est facile de démontrer que la décharge y conserve la même direction que dans l'organe entier. En prenant le morceau de muscle sur une grenouille très vivace, et en irritant ses filets nerveux, on obtient également les phénomènes électriques qui sont ceux que j'ai appelés la contraction indirecte. En réfléchissant à la grosseur des nerfs qui se ramifient dans l'organe électrique des poissons, à la mauvaise conductibilité de la matière de l'organe en comparaison de celle de la substance musculaire, on peut concevoir l'intensité différente des effets électriques obtenus dans les deux cas. Toujours est-il que dans le muscle, comme dans l'organe de la torpille, l'excitation du nerf produit un développement d'électricité; l'action du nerf excité s'exerce sur la fibre musculaire et sur les prismes des organes électriques transversalement, et en développant les deux états électriques dans un sens déterminé, relativement au sens dans lequel l'excitation nerveuse se propage; les extrémités des fibres musculaires et celles des prismes sont les pôles de ces appareils électriques, et l'intensité des phénomènes électriques obtenus est proportionnelle à la longueur des fibres et des prismes.

— M. le Dr Ch. Guérin, de Valence, adresse un mémoire sur la simplification des accouchements.

Cause de l'endosmose.

M. Béclard lit un mémoire sur la théorie de l'endosmose. Après avoir passé en revue les diverses explications qu'on a données de ce phénomène curieux, il expose ainsi les recherches qu'il a faites :

Les phénomènes d'endosmose, ayant pour conséquence finale le mélange des liquides en contact, ne peuvent s'accomplir qu'autant que ces liquides peuvent se mélanger, si ce n'est en toutes proportions, au moins en proportions quelconques.

C'est là la condition *sine qua non* du phénomène, et j'ajoute qu'elle est la seule. Quand elle se trouve remplie, il importe peu que les liquides, comme on le dit, *mouillent* ou ne *mouillent* pas la membrane.

Jamais on ne déterminera un courant endosmotique entre l'eau et l'huile, parce que ces deux liquides ne se mélangent en aucune proportion. On a beau mettre l'huile dans l'endosmomètre et l'eau dans le réservoir ou bien l'eau dans l'endosmomètre et l'huile dans le réservoir, il n'y aura jamais de courant.

Si, au contraire, on met en présence l'huile et un liquide qui se mélange avec elle soit en toutes proportions, soit en proportions quelconques, comme, par exemple, de l'éther ou de l'alcool, quoique la membrane, comme on le dit, ne soit pas mouillée par l'huile et qu'elle le soit mal par l'alcool et par l'éther, il s'établira néanmoins deux courants au travers de la membrane, l'un de l'éther et de l'alcool vers l'huile, l'autre de l'huile vers l'éther et l'alcool; le premier l'emportant de beaucoup sur le second, de façon qu'il y a endosmose énergique de l'éther vers l'huile et moins énergique de l'alcool vers l'huile.

Au mélange possible des deux liquides (condition *sine qua non* des phénomènes d'endosmose), il faut ajouter encore que, si les deux liquides, ou l'un des deux ou leur mélange, peuvent attaquer la membrane, la ramollir ou la détruire, les phénomènes d'endosmose disparaissent.

La condition indispensable, je le répète, pour que le phénomène d'endosmose s'établisse, c'est que les liquides puissent se mélanger en tout ou en partie. Mais, une fois cette condition remplie, qu'est-ce qui détermine la direction constante suivant laquelle se déclare le mouvement de liquide? Evidemment la cause de ce phénomène doit être cherchée dans les liquides eux-mêmes. Or cette cause, ainsi que je crois l'avoir constaté par l'expérience, c'est la différence des *chaleurs spécifiques* des liquides.

L'eau est de tous les liquides celui qui a la chaleur spécifique la plus élevée, puisqu'elle est égale à l'unité, et que la chaleur spécifique des autres liquides, depuis l'esprit-de-bois jusqu'à l'huile d'olive, oscille entre 0,67 et 0,30 (celle des solides est encore bien moins considérable, puisqu'elle varie de 0,2 à 0,03).

Or l'eau s'endosmose vers tous les liquides; je n'ai pas besoin de rappeler ici tous eeux vers lesquels j'ai constaté l'endosmose de l'eau distillée.

Or de ce fait résulte la possibilité de faire varier le courant à volonté. Prenez deux liquides qui se mélangent, qui ne sont pas de l'eau et que vous ne connaissez pas, vous pouvez en les mettant en expérience imprimer à volonté la direction du courant d'endosmose. Il suffira pour cela d'étendre suffisamment d'eau celui que vous voudrez faire marcher vers l'autre. On conçoit, en effet, qu'il est toujours possible d'obtenir avec l'eau et un liquide quelconque miscible avec elle un mélange dont la chaleur spécifique l'emporte sur celle de tout autre liquide à l'état de pureté.

Voici d'autres expériences faites avec des liquides différents de l'eau : toutes conduisent à la même conclusion.

Il importe, on le conçoit, que tous les liquides mis en expérience soient purs, car la présence de l'eau dans l'un des liquides change le chiffre de sa chaleur spécifique et peut modifier les résultats. La pureté des substances est d'autant plus nécessaire que les chiffres des chaleurs spécifiques des deux liquides mis en expérience diffèrent moins l'un de l'autre. Quand l'écart entre les chaleurs spécifiques est grand, cette condition n'est plus aussi rigoureuse.

Prenez de l'alcool et de l'éther. Placez l'éther dans l'endosmomètre; l'alcool dans le vase extérieur. Le courant d'endosmose s'établira de l'alcool vers l'éther. La chaleur spécifique de l'alcool est 0,644 (Favre et Silbermann); la chaleur spécifique de l'éther est 0,503 (*id.*).

Le courant endosmotique de l'alcool vers l'éther sera d'autant plus énergique que la densité de l'alcool sera plus considérable. Ainsi la densité, loin de jouer le rôle qu'on lui a attribué dans les phénomènes d'endosmose, produit ici précisément un effet opposé. On le conçoit aisément. La densité de l'alcool augmente d'autant plus qu'il est moins anhydre; or l'eau augmente immédiatement le chiffre de la chaleur spécifique. L'alcool à 0,79 de densité a une chaleur spécifique représentée par 0,644. Lorsque l'alcool a une densité de 0,81, sa chaleur spécifique devient 0,70. Lorsque l'alcool a une densité de 0,82, 0,83, 0,84, ou lorsqu'il est étendu d'eau, le chiffre de sa chaleur spécifique augmente.

Ce qui est vrai pour l'alcool l'est aussi pour l'éther; le courant d'endosmose de l'alcool vers l'éther est d'autant plus énergique que la densité de l'éther est moindre. Le courant est au maximum quand on emploie de l'alcool non rectifié et de l'éther anhydre. Il est modéré quand on met en présence de l'alcool rectifié et de l'éther rectifié, dont la densité est 0,71 et la chaleur spécifique 0,52. Il est à peu près nul quand on met en présence de l'alcool absolu et de l'éther ordinaire à 0,76 de densité, parce qu'alors la chaleur spécifique de l'éther est augmentée et sensiblement égale à celle de l'alcool absolu.

On peut même renverser le courant en ajoutant à l'éther le dixième d'eau qu'il peut dissoudre et en mettant cet éther ainsi préparé en expérience avec l'alcool absolu. Dans ce dernier cas, la chaleur spécifique de l'éther l'emporte sur celle de l'alcool, ainsi qu'il résulte des chiffres donnés par M. Despretz.

Prenez de l'esprit-de-bois et de l'alcool. Placez l'alcool dans l'endosmomètre et l'esprit-de-bois dans le vase extérieur. Il s'établira un faible courant de l'esprit-de-bois vers l'alcool. La chaleur spécifique de l'esprit-de-bois est 0,671, celle de l'alcool est 0,644.

Prenez de l'éther acétique et de l'essence de térébenthine, le courant se dirigera de l'éther acétique vers l'essence de térébenthine. La chaleur spécifique de l'éther acétique est 0,484, celle de l'essence de térébenthine est 0,467.

Mettez en présence l'éther sulfurique et l'éther acétique, le courant se dirigera de l'éther sulfurique vers l'éther acétique. Or, l'éther sulfurique a une chaleur spécifique de 0,503, et l'éther acétique de 0,484.

Entre l'alcool et l'essence de térébenthine, le courant marche de l'alcool vers l'essence de térébenthine. Or la chaleur spécifique de l'alcool est 0,644; la chaleur spécifique de l'essence de térébenthine est 0,467.

L'esprit-de-bois se dirige vers l'huile d'olive. La chaleur spécifique du premier est 0,671, celle de l'huile est 0,309.

L'alcool marche vers l'huile d'olive. La chaleur spécifique du premier est 0,644, celle de l'huile 0,309.

L'éther marche vers l'huile d'olive. La chaleur spécifique de l'éther est 0,503, celle de l'huile 0,309.

L'essence de térébenthine marche vers l'huile d'olive. La chaleur spécifique de l'essence de térébenthine est 0,467, celle de l'huile 0,309.

L'esprit-de-bois marche vers l'essence de térébenthine. La chaleur spécifique du premier est 0,671, la chaleur spécifique de la seconde est 0,467.

L'éther sulfurique marche vers l'essence de térébenthine. La chaleur spécifique du premier est 0,503, la chaleur spécifique de la térébenthine est 0,467.

Faites un mélange à parties égales d'eau et d'alcool, et un second mélange à parties égales d'eau et d'acide sulfurique; mettez ces deux mélanges en expérience, le courant s'établit du mélange d'eau et d'alcool vers le mélange d'eau et d'acide sulfurique. La chaleur spécifique du premier mélange est représentée par 0,644 + 1, la chaleur spécifique du second est représentée par 0,334 + 1. La membrane s'altère et se détruit sous l'influence de l'acide sulfurique au bout d'une ou deux heures environ. Mais déjà l'ascension du liquide dans l'endosmomètre est de plusieurs centimètres.

L'eau et l'acide sulfurique exerçant l'un sur l'autre une action très vive, on ne manquera pas d'objecter que ce n'est pas un simple mélange, mais une véritable combinaison. Cela importe peu pour le fait que nous cherchons à démontrer. Laplace et Lavoisier, dans leur travail sur la détermination des chaleurs spécifiques, ont établi en effet par l'expérience directe que, la chaleur spécifique de l'acide sulfurique étant 0,334, la chaleur spécifique d'un mélange de 4 parties d'acide sulfurique et de 3 parties d'eau est de 0,603; par conséquent il résulterait de ces expériences que, dans ce travail intérieur qui s'accomplit dans le mélange de l'eau et de l'acide sulfurique, il y a une partie de la chaleur des deux liquides qui se trouve mise en liberté. La chaleur spécifique de ce mélange serait donc moindre que la somme $\frac{0,644 + \frac{3}{4}}{2}$, et le courant d'endosmose serait précisément favorisé par cette circonstance. Il l'est, en effet; car l'alcool étendu marche énergiquement vers l'acide sulfurique étendu.

Faites un mélange à parties égales d'eau et d'alcool, un mélange à parties égales d'eau et d'acide acétique; mettez ces deux mélanges en expérience, le courant s'établira du mélange alcoolique vers le mélange acétique. La chaleur spécifique du mélange alcoolique peut être représentée par $\frac{0,644 + 1}{2}$; la chaleur spécifique du mélange acétique par $\frac{0,508 + 1}{2}$.

Au lieu d'acide acétique, prenons du vinaigre de table; comme il n'est pas capable d'altérer la membrane organique, laissons le dans son état de pureté; et au lieu de mélanger l'alcool avec son poids d'eau, prenons-le pur également. Plaçons l'alcool dans l'endosmomètre et le vinaigre dans le vase extérieur. Dans cette expérience, c'est le vinaigre à son tour qui se dirigera vers l'alcool. C'est qu'en effet la chaleur spécifique de l'alcool étant 0,644, celle du vinaigre de table est 0,90.

Dans cette dernière expérience, nous voyons reparaître l'influence de l'hydratation dont nous parlions tout à l'heure; le vinaigre, en effet, peut être considéré comme de l'acide acétique étendu.

Par la méthode des mélanges, ajoutons encore qu'ayant pris la chaleur spécifique des liquides les plus généralement employés jusqu'ici à la démonstration des phénomènes de l'endosmose, nous avons trouvé :

Que l'eau sucrée marquant 12° à l'aréomètre a une chaleur spécifique représentée par 0,69;

Que l'eau gommeuse marquant 12° à l'aréomètre a une chaleur spécifique représentée par 0,78.

Remarquons que la chaleur spécifique de l'eau l'emporte sur celle de ces dissolutions; si nous nous reportons au tableau dressé par M. Dubochet, et reproduit après lui par tous les auteurs, nous trouvons que la solution de sucre, qui attire l'eau avec plus d'énergie que la solution gommeuse, a précisément une chaleur spécifique moindre.

Dans les expériences précédentes, nous n'avons mis en présence que des liquides. Des corps solides dissous ou des dissolutions salines rendraient le problème très complexe ; ce ne serait plus, en effet, des molécules liquides qu'on mettrait ainsi en expérience, mais à la fois des molécules solides et des molécules liquides, sans compter qu'on ne pourrait, de cette façon, distinguer aussi nettement ce qui appartiendrait aux actions chimiques.

Dans tous les phénomènes d'endosmose, le courant dit endosmotique n'est que la différence des deux courants qui s'établissent entre les liquides qui se mélangent ; aussi, plus le courant d'endosmose est considérable, moins le courant d'exosmose l'est. A mesure que le courant d'endosmose s'affaiblit, le courant d'exosmose tend à lui devenir égal. Lorsqu'il est réduit à 0, les deux courants sont égaux et se balancent : les liquides se mélangent sans augmentation de volume de l'un d'eux. M. Matteucci a mis le fait hors de doute en montrant que l'endosmomètre où le volume de liquide s'accroît le plus est en même temps celui où la densité se conserve la plus grande, *et vice versâ*.

Le courant opposé au courant endosmotique, ou courant d'exosmose, est variable dans son intensité, comme d'ailleurs le courant d'endosmose; mais il a constamment lieu.

M. Mialhe, dans une expérience ingénieuse communiquée à M. Bérard, qui l'a reproduite dans ses leçons de physiologie, a émis dernièrement des doutes sur ce point. Après avoir enlevé quelques fragments de coquille à l'une des extrémités d'un œuf, en ayant soin de ne point déchirer la membrane interne de la coquille, il fixa avec de la cire à l'autre extrémité de l'œuf un tube qui plongeait dans l'intérieur même de l'albumine, et se fit ainsi un véritable endosmomètre. Or si on plonge cet endosmomètre dans un vase contenant de l'eau, l'eau passe dans l'endosmomètre. Quant à l'albumine, dit M. Mialhe, elle ne traverse pas la membrane de la coquille, et on ne la retrouve pas l'eau. Or j'ai répété l'expérience à diverses reprises, et il m'a toujours été facile de faire naître dans l'eau mise en expérience un précipité caractéristique d'albumine à l'aide de l'acide azotique. Il suffit pour cela de laisser l'œuf en expérience pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, et d'attendre, quelques heures après avoir versé l'acide nitrique dans l'eau, que l'albumine, très finement divisée dans la masse du liquide, se précipite au fond du vase. On n'objectera pas qu'à cette époque la membrane de l'œuf est altérée, attendu que le courant d'endosmose persiste pendant environ quinze jours.

Il est facile de constater également l'exosmose de l'albumine de l'œuf, lorsqu'on met le blanc d'œuf dans l'endosmomètre ordinaire et qu'on ferme l'instrument avec un fragment de vessie.

Il faut, du reste, observer que dans les deux expériences précédentes le courant d'exosmose est d'autant moins énergique que le courant d'endomose l'est davantage ; les deux liquides en présence ne sont pas d'ailleurs dans les mêmes conditions. L'un est tout à fait libre, et obéit sans entrave à l'attraction moléculaire, c'est l'eau ; l'autre, au contraire, est logé dans une multitude de loges celluleuses qui la transforment en un organe composé.

En préparant un œuf de la manière précédente, et en le vidant complétement par sa partie supérieure avant d'y adapter le tube endosmométrique, on peut introduire dans son intérieur des dissolutions salines, et on constatera facilement dans l'eau distillée un courant d'exosmose, en recherchant les matières de la dissolution saline au contact de laquelle on a disposé l'instrument. On s'assure également ainsi non-seulement que la membrane interne de la coquille se comporte, agit comme toute autre membrane organique, mais encore qu'en vertu de sa texture anhyste, elle résiste beaucoup plus longtemps que les autres à la putréfaction. A l'aide de cette membrane on peut suivre les phénomènes de l'endosmose, non plus pendant des jours, mais pendant des semaines.

L'expérience nous a appris que la direction du courant d'endosmose était imprimée par l'excès de chaleur spécifique. Or la question suivante se présente naturellement. L'intensité de ce courant est-elle proportionnelle à l'excès de chaleur spécifique des liquides en contact ?

Oui, pour les liquides qui se mélangent en toutes proportions; non, pour ceux qui ne se mélangent qu'en partie; ou, pour exprimer le fait en d'autres termes, l'intensité du courant d'endosmose dépend et de la différence des chaleurs spécifiques et de leur miscibilité.

Cela est facile à comprendre. Supposons, en effet, deux liquides, dont les chaleurs spécifiques soient très différentes l'une de l'autre, l'alcool et l'huile d'olive, par exemple. En vertu de cette différence, l'endosmose de l'alcool vers l'huile d'olive devrait être intense; mais l'alcool et l'huile ne sont pas miscibles en toutes proportions ; l'alcool ne dissout qu'une proportion d'huile déterminée; le courant d'endosmose, dont le dernier terme est le mélange des liquides, s'arrêtera donc plus tôt que si le mélange entre les deux liquides pouvait être complet. Au lieu de l'alcool, prenez l'eau pour exemple. La différence de chaleur spécifique de l'eau et de l'huile est la plus grande possible ; il devrait donc y avoir un courant d'endosmose de l'eau à l'huile très énergique ; mais ces deux liquides ne pouvant se mélanger en aucune proportion, le courant d'endosmose est réduit au minimum, c'est-à-dire à 0. Au contraire, le courant d'endosmose s'élèvera au maximum, si, au lieu d'eau et d'alcool, c'est l'éther que nous mettons en expérience avec l'huile d'olive. L'écart entre la chaleur spécifique de l'éther et celle de l'huile d'olive est en effet assez considérable, et, de plus, ces deux liquides se mélangent parfaitement.

Autre exemple. L'essence de térébenthine et l'éther se mélangent parfaitement ensemble; mais leurs chaleurs spécifiques sont peu différentes; l'intensité du courant est moyenne.

Après avoir constaté ces faits, M. Béclard a recherché si, pendant l'endostomose, il se dégageait de la chaleur, et il est arrivé à un résultat négatif. Enfin il a étudié ensuite l'endosmose des gaz, et il a constaté que la direction du courant prédominant dans cette variété d'endosmose était également sous la dépendance des chaleurs spécifiques des gaz. De toutes ces expériences, M. Béclard déduit les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois que deux liquides peuvent se mélanger en tout ou en partie, le mélange se fait alors même qu'on interpose entre eux une membrane organique.

2° Le mélange des liquides se fait en vertu d'une force moléculaire qui n'est pas la même pour chacun d'eux.

Lorsque deux liquides se trouvent librement en présence, la pesanteur qui maintient invariablement l'équilibre ne permet pas de constater la partie inégale que chacun d'eux prend au phénomène.

L'interposition d'une membrane entre deux liquides qui peuvent se mélanger met en évidence l'inégalité de force attractive des deux liquides.

3° La force attractive des liquides en contact paraît varier comme leurs chaleurs spécifiques.

Dans les phénomènes d'endosmose, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus grande marchent vers ceux qui l'ont plus petite ; ou, en d'autres termes, les liquides qui ont la chaleur spécifique la plus petite attirent ceux qui l'ont plus grande avec plus de force qu'ils ne sont attirés par eux.

S'il m'était permis de généraliser le phénomène, je dirais : la force en vertu de laquelle les molécules liquides s'attirent est en raison inverse de leur chaleur de constitution.

4° Ce qui est vrai pour les liquides l'est aussi pour les gaz, en les prenant sous le même volume et la même pression.

5° Les mouvements d'endosmose peuvent donc être considérés comme des phénomènes moléculaires de chaleur latente.

6° Ceci explique pourquoi l'eau, qui de tous les liquides a la chaleur spécifique la plus considérable, s'endosmose vers tous les liquides; pourquoi l'hydratation des liquides détermine ou change la direction des courants ; pourquoi les animaux soumis à un renouvellement perpétuel de matière perdent continuellement de l'eau par les sécrétions urinaires, cutanées et pulmonaires, pour mettre l'économie en mesure de recevoir dans son sein les matériaux dissous de la nutrition et de la chaleur.

Ces divers points seront développés dans la suite de ce travail.

CORRESPONDANCE.

Très honoré confrère,

Si, comme je le suppose, vous avez l'intention de publier la lettre de MM. Lesèble et Lagrue, que vous avez eu l'obligence de me communiquer, vous me ferez plus qu'un plaisir, vous me rendrez un service.

La réception que j'ai faite à M. Lagrue lorsqu'il m'a fait l'honneur de se présenter chez moi, je puis dire la patience avec laquelle j'ai enduré ses visites, car il m'en a fait plusieurs, et l'une d'elles n'a pas duré moins de deux heures, la mesure des objections que je lui ai adressées, l'attention que j'ai prêtée à ses réponses, les termes mêmes de la lettre par laquelle je lui ai bénévolement envoyé un exemplaire de mon rapport, tout devait me mettre à l'abri du ton cavalier auquel ces messieurs ont cru devoir recourir dans leur réclamation.

A la vérité, c'est M. Lagrue avec lequel j'ai été en contact et en correspondance, et cette fois c'est M. Leseble qui tient la plume. C'est là probablement l'explication.

J'accepte pleine et entière la responsabilité de l'article que vous avez imprimé ; mais j'ai le droit de rappeler à ces messieurs que j'ai derrière moi la Société médicale du 4e arrondissement, qui a approuvé le rapport, adopté ses conclusions et voté l'impression, et mes deux autres collègues signataires, unanimes avec moi sur toutes les questions, et qui ne désavouent pas leur rapporteur.

Du reste, j'ose croire que ces messieurs témoignent plus d'indignation qu'ils n'en ressentent, et je les soupçonne d'aimer mieux mon rapport, quoiqu'il soit de mauvais goût, que le silence..... de bonne compagnie des Sociétés des 3e, 10e et 11e arrondissements. Que n'étions-nous, hélas! libres d'imiter cette conduite sage et digne ! Mais la position n'était pas la même. Notre maire nous demandait un avis motivé.

Un fait capital domine le débat; c'est que pour appuyer leurs accusations, ces messieurs vous envoient, avec invitation de les publier, des *statuts* DIFFÉRENTS *de ceux qu'ils ont adressés au maire du 4e arrondissement, et sur lesquels s'exprime le rapport.* Les anciens statuts contenaient 25 articles; les nouveaux en comptent 58, et même, en tenant compte du dédoublement de certains d'entre eux pour l'augmentation des numéros, il reste encore que les nouveaux contiennent CENT QUARANTE-CINQ LIGNES d'impression qui ne sont pas dans les anciens, et qui n'y ont pas d'analogues ; et ce qui est étourdissant, c'est que ces nouveaux statuts, dont la publication doit me confondre, sont modifiés d'après des objections faites par moi-même à M. Lagrue; de sorte que ces messieurs m'empruntent les armes avec lesquelles ils prétendent me battre.

Je laisse à vos lecteurs à se prononcer sur un fait aussi inouï qui rappelle l'annonce faite par ces messieurs du patronage des mairies, alors que ce patronage n'était ni obtenu, ni demandé.

Vous jugerez donc, monsieur le rédacteur, que, si vous devez l'insertion des statuts de la *Providence médicale*, vous devez à ces messieurs, à vos lecteurs et à moi-même, l'insertion des *anciens* que je vous adresse, des statuts d'il y a deux mois, de ceux du rapport, et non de ceux d'hier ou de ceux de demain.

Je nie formellement ce passage de la lettre : « *que de mon propre aveu je ne connaissais qu'imparfaitement les statuts.* » Je défie que dans mon rapport, qui répond d'ailleurs à cette allégation, on trouve une phrase qui de près ou de loin signifie cela.

Ces messieurs me trouvent *téméraire* d'avoir écrit : « L'administration (directeur et inspecteur) retient pour elle 20 p. 0/0, dont » elle ne rend aucun compte, et elle prélève encore 15 p. 0/0 pour » opérations extraordinaires et les cas imprévus. » Je réponds par la transcription textuelle de l'article 8 des anciens statuts, conforme à l'article 17 des nouveaux (sauf le détail touchant l'attribution de ces 15 p. 0/0.)

Article 8. « Les sommes provenant des abonnements seront invariablement réparties de la manière suivante : 1° 65 p. 0/0 pour » *la rétribution de messieurs les médecins*; 2° 15 p. 0/0 pour les » opérations chirurgicales extraordinaires et pour les cas imprévus de toute nature (les nouveaux statuts ajoutent les dentistes et » les sages-femmes). 3° 20 p. 0/0 sur les abonnements de Paris » sont alloués à la direction centrale pour frais d'organisation, d'administration, intérêts de capitaux employés, honoraires de tous » les agents, impressions, assurances, loyers ; en un mot, pour » tous les frais généraux et particuliers, *sans qu'elle soit tenue d'en » rendre compte.* (En province, sur ce même prélèvement de 20 p. » 0/0, 15 sont consacrés à l'administration locale, et 5 à l'administration centrale.) »

Est-ce que ce n'est pas exactement là ce que j'ai dit ? La lettre ajoute : « M. le docteur Payen devrait savoir que l'administration » réduit à 15 p. 0/0 la somme destinée à couvrir les frais généraux. » Je ne le sais pas. Où l'aurais-je vu ? L'article ci-dessus et nul autre ne le disent. Le numéro 3° porte : que la direction emploie 20 p. 0/0 pour administrer. Cela me semble clair.

D'ailleurs, allons au fait. En m'occupant de ces partages, que voulais-je établir ? C'est que, sur 100 francs payés par l'abonné, il n'en entrait que 65 dans la bourse du médecin; et bien, cela est écrit dans les anciens comme dans les nouveaux statuts, comme dans l'article 3 du modèle de traité entre l'administration et les médecins, qui le répète expressément. L'unique but de mon argumentation était d'établir que l'interposition de l'administration entre les malades et les médecins *réduisait les honoraires de ceux-ci d'un tiers; or mon observation à cet égard reste intacte.*

Je regrette que mon rapport ait exposé la Société aux attaques de MM. Lesèble et Lagrue ; car c'est sur elle, *qui a voté l'impression*, que retombe le reproche de *s'être jetée au vent de la publicité avec une témérité aussi blâmable*; mais la Société m'absoudra sans doute, si vous voulez bien, pour la mettre à l'abri de ce coup de vent, accorder à ma lettre votre obligeante hospitalité.

Agréez, etc. Dr J.-F. PAYEN.

Paris, 4 juillet 1851.

La question relative à la PROVIDENCE MÉDICALE de MM. Leseble et Lagrue a été longuement étudiée et discutée par les trois membres de la Société médicale du 4e arrondissement, et M. Payen, que nous avons prié d'être rapporteur, n'a fait qu'exprimer notre opinion unanime, dont nous revendiquons notre part de responsabilité.

Quant à la rédaction du rapport, elle est telle, que nous tiendrions à honneur de l'avoir écrit nous-mêmes.

Paris, ce 4 juillet 1851. A. GODART, PILLON.

P.-S. Mardi soir, 8 juillet.

L'empressement loyal que vous avez mis à vous prêter au désir de ces messieurs en insérant les statuts qu'ils vous adressaient, et que nous ne connaissions pas, vous a rendu involontairement complice d'une tactique peu loyale, que l'insertion de ma lettre aurait mieux fait ressortir si l'impression avait pu avoir lieu simultanément.

Du reste, pour clore ce débat en ce qui nous concerne, j'ai l'honneur de vous transmettre un extrait du procès-verbal de la séance de ce jour de la Société.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 4e ARRONDISSEMENT. — Séance du 8 juillet 1851.

(Extrait du procès-verbal.)

La Société adopte à l'*unanimité* la résolution suivante :

Vu la réclamation de MM. Leseble et Lagrue et la réponse des membres de la commission ;

Considérant que c'est sur un vote spécial de la Société qu'a eu lieu l'impression du rapport dont elle avait approuvé la rédaction et adopté les conclusions ;

Considérant que MM. Leseble et Lagrue prétendent répondre à ce rapport en lui opposant *des statuts* dont la commission n'avait aucune connaissance, qui diffèrent par le nombre et la teneur des articles, et par un certain nombre de dispositions capitales de ceux sur lesquels elle a eu à se prononcer, notamment la création d'une caisse de prévoyance qui prélèverait 5 sur les 20 p. 0/0 alloués à la direction (mais seulement à partir de juillet 1853, et *si la prospérité de l'œuvre le permet*);

Considérant que parmi ces *additions* il en est d'importantes qui n'ont été admises que sur les objections du rapporteur (contestation des docteurs avec l'administration, présidence des maires, inégalité de la répartition des malades, etc);

Considérant enfin que ces messieurs annoncent une réfutation *in extenso* du rapport ;

La Société approuve la réponse faite par la commission; elle invite ses membres à s'abstenir ultérieurement de toute réplique aux attaques dont le rapport pourrait être l'objet, et elle se réserve en temps et lieu d'intervenir si elle le juge convenable.

La Société décide que cet extrait du procès-verbal sera adressé à la *Gazette des Hôpitaux*, avec prière de l'insérer.

Pour copie conforme : DOP, président.

Le secrétaire, FONTÈS.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 81. — MARDI 15 JUILLET 1851. (24e ANNEE.) N° 81. — MARDI 15 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 14 JUILLET 1851.

A Monsieur le professeur BÉRARD, *doyen de la Faculté de médecine de Paris.*

Très cher et très honoré maître,

Cette lettre a été écrite, il y a quinze jours, le lendemain d'une conversation que nous avons eue ensemble à la Faculté; des motifs de haute convenance m'en ont fait retarder la publication.

Aujourd'hui que le résultat du dernier concours est devenu définitif, il m'est permis de soulever un débat auquel se rattachent de graves questions ; mais je veux néanmoins déclarer préalablement que je mets entièrement hors de cause l'honorable professeur Requin, auquel m'unissent depuis longtemps des sentiments d'estime et d'affection ; que je n'entends nullement préjuger le résultat qu'eût amené la substitution d'un vote régulier à un vote que je considère comme irrégulier; que je me place exclusivement sur le terrain des principes, et que je proteste à l'avance contre toute interprétation qui tendrait à donner à mes paroles le caractère d'une agression personnelle.

Ceci étant dit, abordons la question avec franchise et netteté.

A l'âge des illusions, j'ai été, mon cher et honoré maître, un ardent partisan du concours, et je l'ai défendu par mes écrits, par mes paroles et par mes actes. Parvenu à l'âge des déceptions, et malgré toutes les manœuvres dont j'ai été le témoin ou la victime, je désire encore le maintien de cette institution, à condition toutefois qu'on lui fasse subir une révision jugée nécessaire par tous les hommes honnêtes et impartiaux.

Mais si le concours, tel qu'il est organisé, est loin de répondre à toutes les espérances qu'il avait fait naître, à plus forte raison est-il indispensable de maintenir intactes les garanties réglementaires dont il est entouré, afin de lui conserver quelque peu du prestige auquel il doit d'exister encore.

Or, il me semble que ces garanties viennent d'être transgressées, méconnues dans leur texte comme dans leur esprit, et je vous demande la permission d'exposer mes scrupules au doyen de la Faculté de médecine, au président du dernier jury de concours, en laissant à votre haute raison, à vos sentiments bien connus de loyauté et de justice le soin d'apprécier la valeur de mes objections.

Un article du règlement est ainsi conçu :

« Art. 54. Si les trois premiers tours de scrutin ne donnent pas la *majorité absolue*, il sera procédé au *ballottage* entre les candidats qui auront obtenu le plus de voix au troisième tour. »

L'application de cet article est fort simple et n'offre point matière à interprétation lorsqu'au troisième tour de scrutin *deux candidats*, ayant un nombre égal ou différent de voix, l'emportent sur tous les autres compétiteurs. Le scrutin de ballottage définitif s'établit naturellement entre ces deux candidats.

Mais au troisième tour *trois candidats* peuvent avoir un nombre égal de voix, et ici se présente une difficulté qui n'est, suivant moi, qu'apparente, mais qui néanmoins paraît diviser les esprits et qui dans le dernier concours a été résolue d'une manière que je considère comme vicieuse et que je veux signaler à votre attention.

Un *scrutin de ballottage* est, ce me semble, un scrutin qui *oblige* la *majorité absolue* du jury à se prononcer entre *deux candidats* mis en présence, soit pour arriver immédiatement à un résultat définitif, soit pour préparer ce résultat. De là deux espèces de *scrutin de ballottage ;* un *scrutin ultime, définitif,* précédé ou non de *scrutins de ballottage préparatoires.* Ces principes me paraissent élémentaires, forcés, et ils sont, je crois, journellement appliqués par toutes les assemblées soumises au régime de l'élection par la majorité absolue.

Il résulte de ceci que les trois candidats en question doivent être ballottés *deux à deux,* afin qu'au moyen de ces *scrutins de ballottage préparatoires* la *majorité absolue* désigne les deux compétiteurs qui doivent figurer dans le *scrutin de ballottage ultime et définitif.*

Dans le dernier concours, ces *scrutins de ballottage préparatoires,* imposés par le règlement, ont été remplacés en partie par un scrutin, dans lequel les voix se sont réparties sur *trois* compétiteurs, c'est-à-dire par un *scrutin libre,* qu'on a baptisé du nom de *scrutin restreint,* variété nouvelle que ne mentionne nullement le règlement.

Toutes les décisions prises dans des *scrutins de ballottage* doivent évidemment exprimer l'opinion de la *majorité absolue.* Dans le dernier concours, un candidat qui, au quatrième tour, dans un scrutin qui devait être de *ballottage* et qui a été *libre* ou *restreint,* n'avait obtenu que la *majorité relative* (7 voix sur 15), a été désigné pour figurer dans le scrutin ultime, et on lui a opposé plus tard un candidat ayant obtenu dans un *véritable scrutin de ballottage* la *majorité absolue* (8 voix sur 15).

Ainsi, deux candidats ayant au *troisième tour une position identique* (4 voix chacun) ont été introduits *sous des conditions entièrement différentes dans le scrutin définitif,* tandis qu'ils n'auraient dû y figurer qu'en raison d'une décision de la majorité absolue manifestée dans des scrutins de ballottage de même nature.

Ne pensez-vous pas comme moi, très cher et très honoré maître, que ce sont là des irrégularités flagrantes, et pour compléter la démonstration, voulez-vous me permettre maintenant d'établir comment les choses auraient dû se passer.

Au troisième tour, 15 voix se répartissent de la manière suivante :

A, 4 voix; B, 4 voix; C, 4 voix; D, 3 voix.

Trois candidats ayant un nombre égal de voix, il devient nécessaire de procéder à des *scrutins de ballottage préparatoires* pour désigner les deux candidats devant être mis en présence dans le *scrutin de ballottage définitif;* et ici trois combinaisons sont possibles, le compétiteur D étant éliminé de droit.

Première combinaison.

A étant ballotté avec B, le résultat est: A 8 voix, B 7 voix.
A » » C, » A 8 voix, C 7 voix.

Dans ces scrutins de ballottage préparatoires A ayant obtenu deux fois la majorité absolue contre chacun des deux autres compétiteurs, il est évident que le président du jury n'a plus qu'à proclamer sa nomination; car à moins de se déjuger d'une manière impossible à admettre, la majorité absolue doit continuer à lui donner l'avantage dans un scrutin définitif qui le mettrait en présence soit de B, soit de C.

Deuxième combinaison.

A étant ballotté avec B, le résultat est: A 7 voix, B 8 voix.
A » » C, » A 7 voix, C 8 voix.

Ici le ballottage définitif s'établit évidemment entre B et C, puisque tous deux ont eu l'avantage sur A, et ont obtenu la majorité absolue.

Troisième combinaison.

A étant ballotté avec B, le résultat est A 8 voix, B 7 voix.
A » » C, » A 7 » C 8 »

Ici la question reste suspendue, et il devient nécessaire de procéder à un troisième scrutin de ballottage préparatoire entre B et C. Or, celui-ci peut donner lieu à deux combinaisons.

1° Le scrutin de ballottage préparatoire entre B et C ayant donné 7 voix à B et 8 à C, nous nous trouvons en présence de trois scrutins de ballottage préparatoires ainsi formulés.

A 8 voix — B 7 voix.
A 7 voix — C 8 voix.
B 7 voix — C 8 voix.

Il est évident que la nomination de C doit être proclamée; car il a obtenu deux fois la majorité absolue contre chacun des deux autres compétiteurs.

2° Le scrutin de ballottage préparatoire entre B et C ayant donné 8 voix à B et 7 voix à C, nous nous trouvons en présence de trois scrutins de ballottage préparatoires ainsi formulés :

A 8 voix — B 7 voix.
A 7 voix — C 8 voix.
B 8 voix — C 7 voix.

C'est-à-dire que nous nous trouvons en présence de trois scrutins ayant donné successivement la majorité absolue à chacun des trois compétiteurs.

Au premier aspect, monsieur, ce résultat paraît fort extraordinaire, et l'on ne peut comprendre comment, sans se déjuger d'une manière coupable, la majorité absolue, après avoir reconnu que A est supérieur à B, et que C est supérieur à A, n'ait pas proclamé que C est, *à fortiori,* supérieur à B; mais lorsqu'on va au fond des choses, lorsqu'on se rappelle que la majorité est un être collectif se composant d'éléments qui peuvent se combiner de différentes manières, on reconnaît qu'un pareil résultat est honorablement possible, ainsi que le démontre la combinaison suivante.

Le troisième tour de scrutin peut laisser les voix ainsi disposées pour le ballottage :

A, 4 voix préférant B à C.
B, 4 voix, dont 3 préfèrent A à C, 1 voix préférant C à A.
C, 4 voix préférant A à B.
D, 3 voix préférant B à A et C à B, ainsi qu'à A.

En présence de ces trois scrutins, la nomination ne saurait avoir lieu par la voie ordinaire des scrutins de ballottage; car, suivant qu'on commence le scrutin ultime par B, par C ou par A, la victoire appartient à A, à B ou à C, et il est évident qu'on ne peut abandonner le choix ni au hasard, ni à l'ordre alphabétique, ni à la préférence du président.

En se fondant sur la possibilité de ces trois scrutins et sur l'impossibilité d'arriver à un résultat, quelques personnes proclament la nécessité des scrutins restreints, et rejettent les scrutins de ballottage deux à deux au quatrième tour, entre trois candidats ayant obtenu un nombre égal de voix au troisième.

Votre sagacité vous a déjà fait entrevoir, monsieur, que cette doctrine est inacceptable. L'argument ne serait péremptoire que s'il y avait impossibilité absolue de faire la nomination, et nous verrons tout à l'heure que le règlement lui-même a prévu le cas et a donné les moyens de résoudre la difficulté. La combinaison capable d'amener les trois scrutins en question ne se présentera pas une fois sur cent, et l'exception ne peut infirmer la règle. Enfin, le scrutin restreint peut être radicalement impossible et le scrutin de ballottage deux à deux devenir obligatoire ; supposez, en effet, que le troisième tour de scrutin donne pour résultat : A 5 voix, B 5 voix, C 5 voix!

Il faut donc évidemment une règle qui soit appliquée à tous les cas identiques, et les termes formels de l'article précité du règlement établissent une identité complète entre ces deux résultats possibles du troisième tour : A 5 voix, B 5 voix, C 5 voix — A 4 voix, B 4 voix, C 4 voix, D 3 voix. Dans les deux cas, il faut soumettre à des scrutins de ballottage les candidats ayant obtenu un nombre égal de suffrages.

J'ai dit, monsieur, que le règlement avait prévu le cas et donné les moyens de résoudre la difficulté. En effet, le même article 54 ajoute :

« Dans le *scrutin de ballottage,* la voix du président, *en cas de partage,* est prépondérante. »

Or, que sont trois scrutins donnant successivement la majorité absolue à trois compétiteurs, si ce n'est un partage égal des voix à nombre impair de candidats et de juges? La voix prépondérante du président est donc appelée à délier le nœud gordien et la chose va de soi, car le président n'est pas un être collectif, et, à moins de se déjuger d'une manière ridicule ou honteuse, il est obligé de se conformer à cet axiome de mathématique :

$A > B$ $B > C$ donc *à fortiori* $A > C$.

Si cette solution ne vous paraît pas être la meilleure, monsienr et très honoré maître, je vous en proposerai volontiers une autre que vous accepterez certainement, car vous voulez que le concours soit un combat loyal destiné à donner la victoire au compétiteur jugé le plus digne par une majorité absolue, consciencieuse, et non un masque hypocrite destiné à couvrir les passions, les animosités, les injustices, les roueries d'hommes indignes des fonctions augustes de juges et se réunissant dans une majorité de coalition !

Je vous proposerai l'intronisation du vote qui oblige les conclaves et les jurys anglais à former directement la majorité, et je vous demanderai non-seulement d'y avoir recours dans les circonstances dont il est question, mais encore de le substituer complétement et définitivement à des *scrutins de ballottage* qui ne sont trop souvent que des *scrutins de tripotage ;* à des scrutins qui, au lieu d'être des jugements éclairés et consciencieux portés sur le mérite respectif des candidats, ne sont trop souvent, sinon à la Faculté, du moins ailleurs, que des évolutions stratégiques dans une lice ouverte à la ruse, à l'habileté, aux mauvaises passions, aux transactions coupables.

Je vous ai soumis, monsieur et très honoré maître, les réflexions qu'a fait naître en moi depuis fort longtemps la pratique des concours ; si vous les prenez en considération, je ne doute pas un instant que vous ne soyez le premier à provoquer de la part de qui de droit une décision qui règle nettement la matière de façon à empêcher, dans l'avenir, toute indécision, toute interprétation, toute protestation, et à sauvegarder la justice et la moralité d'une institution que vous aimez à si juste titre.

Veuillez agréer, très cher et très honoré maître, la sincère assurance de mon respectueux attachement.

Louis FLEURY,
Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

HOPITAL MILITAIRE D'AJACCIO. — M. ABEILLE.

De l'influence de l'engorgement de la rate, suite de fièvres paludéennes, sur les hydropisies, et sur l'hydropisie ascite en particulier.

Il est en médecine, plus que dans toute autre science, de ces faits qui, une fois établis, même d'après une observation incomplète, se transmettent de postérité en postérité avec une invariable tradition, comme un article d'Evangile. L'esprit rigoureux d'observation qui caractérise notre époque actuelle, la finesse d'analyse qui la distingue, le besoin incessant de découvertes qui tourmente la nouvelle génération médicale, toutes ces circonstances ont fait disparaître depuis quelques années une foule de faits aveuglément adoptés par les générations médicales, et, dans tous les cas, les ont fait mieux expliquer.

Chaque jour nous voyons se redresser des erreurs au sujet

de faits restés sans explications suffisantes, ou erronées sous plus d'un point de vue.

Personne n'ignore qu'Hippocrate avait connaissance des pyrexies paludéennes, qu'il savait pertinemment que ces pyrexies conduisent, par leur persistance, à l'étiolement et aux suffusions séreuses. Mais le vieillard de Cos et toutes les générations qui l'ont suivi jusqu'à nos jours ont été loin de reconnaître la véritable cause immédiate de ces suffusions séreuses consécutives aux fièvres paludéennes invétérées.

L'engorgement des viscères abdominaux qui succède à ces fièvres a été regardé de tout temps comme la véritable cause de ces hydropisies; et la religion des médecins de tous les siècles était tellement édifiée à cet égard, qu'on ne trouve pas une seule variante dans la formule des auteurs si nombreux qui ont écrit aux divers âges sur la matière.

Anasarque ou ascite par engorgement ou obstruction des viscères abdominaux, telle est la formule qui a régné jusqu'aujourd'hui. Et qu'entendait-on par engorgement des viscères abdominaux, sinon l'engorgement de la rate et du foie? C'est tellement bien l'engorgement de ces deux organes qu'on désignait ainsi, que dans tous les écrits des diverses époques, quand on a voulu donner l'étiologie de l'ascite et de l'anasarque en dehors des fièvres paludéennes, on a placé en première ligne l'engorgement du foie et de la rate.

L'engorgement des viscères abdominaux comme cause des hydropisies dans les cachexies paludéennes était donc un fait parfaitement enraciné dans la science, et cependant un fait parfaitement erroné, comme nous le verrons.

Un moment est pourtant venu où on a douté de l'efficacité d'une pareille cause pour engendrer un pareil effet. Une certaine lumière s'est faite quand les recherches en hématologie ont acquis quelque extension. Les analyses de sang, dont MM. Becquerel et Rodier ont présenté le résultat à l'Académie de Médecine (fin de 1849), sont venus prouver qu'en dehors de ces engorgements il y a une autre altération qui suscite les suffusions séreuses qu'on observe à la suite des cachexies paludéennes. Ces auteurs ont trouvé, dans ces cas, une diminution de l'albumine du sang, condition éminemment favorable aux hydropisies. Nos analyses, à nous, conduisaient aux mêmes données dans le même temps. C'était un pas de fait pour déraciner une erreur vulgarisée; mais ce n'était pas assez. Avoir trouvé que, dans les hydropisies consécutives aux cachexies paludéennes, il y a une altération du sang (anémie albuminurique) comme dans les hydropisies consécutives à d'autres cachexies, ce n'était pas prouver que les engorgements du foie et de la rate restent étrangers à la production de ces suffusions séreuses, ou ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire. Aussi, persuadé de l'importance qu'il y a à arriver à la solution définitive de cette question, autant comme vérité scientifique que pour l'édification d'une thérapeutique rationnelle, nous nous étions promis depuis longtemps de chercher à combler la lacune qui restait dès que l'occasion nous en serait offerte. Nous nous étonnions même que nos confrères de l'armée d'Afrique, qui se trouvent placés dans les meilleures conditions pour ces recherches, ne nous eussent pas devancé.

Notre envoi en Corse, et surtout notre tournée en conseil de révision dans toute l'étendue de l'île, nous ont fourni à souhait cette occasion que nous désirions tant.

De quoi s'agissait-il, en effet, pour résoudre entièrement le point étiologique de ces suffusions séreuses, après avoir constaté dans nombre de cas, par l'analyse, l'altération du sang dénommée anémie albuminurique? Il s'agissait tout bonnement d'observer un nombre assez considérable de ces cachexies paludéennes où l'on trouve portés à leur suprême degré ces engorgements des viscères abdominaux, et de voir si, dans le plus grand nombre des cas, il y a suffusion séreuse.

Il est bien vrai que, lors même que sur vingt cas de cachexies paludéennes avec engorgement extrême des viscères abdominaux, on en trouverait quinze avec suffusion séreuse et cinq sans suffusion séreuse aucune, cela ne prouverait pas que ces engorgements ne jouent aucun rôle dans leur production, parce que les cinq ou six cas pourraient être l'exception. Mais, si sur vingt cas pareils on en trouvait quinze sans suffusion séreuse et cinq accompagnés de cet épiphénomène, on pourrait alors rigoureusement conclure que ce n'est pas l'engorgement des viscères abdominaux qui donne naissance à l'hydropisie, mais qu'il doit y avoir en dessous un motif plus puissant.

Eh bien! dans nos recherches, nous sommes arrivé à des résultats encore plus tranchés. Qu'on nous permette, avant de les donner, de tracer un court aperçu de cette île, séparée de la France par un infime bras de mer, et qui est cependant loin d'être parfaitement connue sous le rapport de l'hygiène, autant par les médecins que par l'autorité supérieure qui en reçoit les lumières.

La Corse est un pays à pyrexies paludéennes, se présentant endémiquement à certaines époques de l'année (juillet et novembre). Presque tous les points de cette île sont visités par la fièvre intermittente; mais les uns en sont plus affectés que les autres. Si l'on veut bien se rappeler que cette île a une forme oblongue avec deux côtes principales, l'une orientale, l'autre occidentale; que les nombreux torrents qui prennent leur source à la cime des montagnes les plus élevées viennent déboucher à la mer sur chacune de ces côtes; que ces torrents, énormément accrus dans certains moments par les pluies, dans d'autres par la fonte des neiges, deviennent, dans leur parcours, des fleuves impétueux, et viennent former, par leur débordement sur les plages de ces côtes, des marais étendus qui se dessèchent pendant les fortes chaleurs, en mettant à découvert les nombreux détritus végétaux entraînés par les eaux, on concevra que la Corse soit un pays éminement fiévreux.

D'année en année, les terrains où gisent les flaques d'eau par débordement des rivières et par reflux de la mer se creusent davantage; en sorte que presque partout ils donnent lieu à des marais étendus, à des étangs de dimension considérable. Sur la côte orientale, outre les nombreux ruisseaux intermédiaires qui viennent se jeter dans la mer, on trouve les rivières principales, le Fiumorbo, le Fiunalto et le Golo, à proximité de Bastia. Chacune de ces rivières présente à son embouchure des émergements d'eau formant étangs de plusieurs lieues d'étendue. Celui formé par le Golo, dit étang de *Missoura,* n'a pas moins de six lieues de circonférence. Sur la côte occidentale, le Liamone, entre Cargès et Ajaccio, et la Gravone en avant d'Ajaccio, dans la plaine de Campo-de-l'Ore, sont les principales rivières qui donnent lieu aux émergements d'eaux marécageuses sur les plages et dans les plaines. Mais dans tous les points intermédiaires à ces rivières, existent une foule de ruisseaux qui, à leur embouchure à la mer, donnent les mêmes résultats sur une échelle bien inférieure. En sorte que tout le littoral de la Corse présente des points considérables et multipliés d'émanations miasmatiques qui, par tous les vents, sont transportées dans l'intérieur des terres.

Si les indigènes n'occupaient des montagnes élevées sur lesquelles ils ont bâti leurs villages; si, comme en France, les habitations se trouvaient sur le littoral ou dans les plaines, les Corses seraient comme les habitants des marais Pontins, cruellement décimés par les fièvres. Mais, soit dans la prévision de ces accidents funestes, soit pour occuper des positions inexpugnables à l'ennemi, car la Corse a toujours été sous la domination étrangère, les populations se sont portées sur des montagnes plus ou moins élevées et plus ou moins reculées du littoral. La main de l'homme n'a encore rien fait pour l'assainissement de ces belles plaines, douées d'une fertilité exubérante. Le cap Corse seul, qui est un prolongement étroit de l'île et qui n'a ni rivière, ni ruisseau considérable partant des marais, est fortement peuplé sur le littoral, et les habitants sont très laborieux et très avancés en agriculture.

En dehors de ce point, on ne trouve plus sur tout le littoral, qui a une étendue de près de soixante lieues, que les deux villes principales, Ajaccio et Bastia, et entre elles deux les petites villes secondaires, Bonifaccio, Porto-Vecchio, Calvi, l'île Rousse, Saint-Florent. En sorte que, la population de la Corse pouvant être évaluée à 230,000 âmes, il n'y en a que 44,000 sur le littoral qui, par la fertilité et la facilité des communications avec les pays circonvoisins, devrait appeler à lui au moins les deux tiers des indigènes, si l'insalubrité flagrante ne les repoussait de ce séjour.

Toutes ces villes que nous venons d'énumérer payent un plus ou moins large tribut aux fièvres paludéennes suivant leur situation. L'île Rousse est la moins maltraitée. A Porto-Vecchio, au contraire, les habitants sont obligés d'émigrer sur les montagnes les plus élevées pendant les saisons d'été et d'automne.

Si les habitants des villes sont un peu moins rudoyés par les fièvres que ceux de la campagne, cela tient à ce qu'ils prennent des précautions qui leur sont transmises par tradition, tandis que les autres, par leurs travaux des champs, leur genre de vie, et le manque absolu de soins quand ils sont atteints, sont des victimes annuelles.

Pour les habitants de la campagne, l'intoxication miasmatique a lieu de deux façons. Quoique leurs villages soient situés sur des montagnes, ils ont cependant des trous dans les plages correspondantes et à une plus ou moins grande distance. Le besoin de la culture et la nécessité de faire les récoltes les obligent à descendre deux fois par an dans ces plages marécageuses, où ils font un séjour plus ou moins prolongé. C'est pendant ce séjour que la plupart d'entre eux, sinon la totalité, subissent l'intoxication paludéenne. Mais, en outre, le vent qui souffle du côté de la mer se charge, en rasant la surface des plages marécageuses, de miasmes qu'il transporte jusqu'au sommet des montagnes de seconde élévation; en sorte que tous les villages comme toutes les habitations qui se trouvent au sommet, soit au versant de ces montagnes, reçoivent les émanations pestilentielles. La Corse n'a, comme nous l'avons dit, que deux grandes côtes, comme les deux points les plus éloignés d'une côte à l'autre, dans le diamètre transversal, ne résument pas plus de huit à dix lieues d'étendues. Il en résulte que, tantôt d'une côte, tantôt de l'autre, les vents transportent les miasmes qui, suivant la configuration du terrain, parcourent un grand espace, ou s'arrêtent sur les revers des montagnes les plus voisines.

La grande chaîne des montagnes qui partagent l'île en deux parties connues autrefois sous les noms de département du Liamone et département du Golo, cette grande chaîne, disons-nous, représentée dans ses points les plus élevés par le Monte-Doro, qui a 2,500 mètres d'élévation au-dessus du niveau de la mer, et le Monte-Rotondo, qui en a 3,500, serait seule exempte dans la plus grande partie de son étendue de l'intoxication miasmatique, protégée qu'elle est par les chaînes secondaires qui arrêtent les vents dans leur parcours. Mais les habitants de cette grande chaîne, presque tous bergers nomades, viennent contracter les fièvres dans les plaines où ils descendent avec leurs troupeaux au mois de septembre jusqu'au mois de juin suivant.

En général, les habitants de la Corse, excepté ceux des villes, ne traitent pas la fièvre paludéenne autant par ignorance et superstition que par misère et pauvreté. Aussi nous ne pensons pas que personne au monde, excepté les Bédouins de nos possessions africaines, présente d'engorgements plus prononcés des viscères abdominaux. D'une part, intoxication répétée annuellement aux mêmes époques; d'autre part, absence de tout traitement, abandon des fièvres à elles-mêmes. Y a-t-il des raisons plus puissantes pour engendrer les cachexies paludéennes?

Cependant, une vérité s'est révélée à nos observations. Les malheureux que le miasme a infectés ne conservent pas la fièvre toute l'année, il s'en faut. Ils la couvent pendant trois, quatre, cinq mois; puis l'air de la montagne agissant seul, dès que les émanations miasmatiques disparaissent avec les saisons, cette fièvre s'éteint peu à peu, et ils ont cinq à six mois de bon, jusqu'à ce qu'une nouvelle intoxication vienne produire la même série de phénomènes. Ce n'est pas à dire pour cela que quelques sujets ne conservent la fièvre toute l'année et même plusieurs années de suite sans interruption; mais la majorité, d'après les renseignements que nous avons pris et les individus que nous avons examinés, subissent la loi précitée. Il n'en est pas de même pour les habitants des villes. Là où il n'y a pas de déplacement, on rencontre beaucoup de sujets qui, malgré des traitements spéciaux et longs, conservent la fièvre des années entières. C'est une preuve irrécusable que l'air vif et pur des montagnes est non-seulement un préservatif, mais un correctif de l'empoisonnement paludéen.

Nous avons examiné minutieusement et en détail, pendant notre tournée de révision, 100 sujets à cachexie paludéenne. Nous eussions pu en examiner un nombre double, triple même, si notre séjour dans les diverses contrées eût pu se prolonger davantage. Toutefois, 100 cas pris indistinctement ou suggérés par le hasard constituent une masse suffisante pour résoudre d'une manière définitive la question qui nous occupe.

Parmi ces 100 sujets, il y a 11 enfants de 5 à 14 ans, 17 adolescents de 14 à 19 ans, 58 adultes ou hommes mûrs et 15 vieillards. Le nombre des personnes du sexe est fort limité, il ne s'élève qu'à 6. On comprend ce chiffre restreint. Nous n'avons pas osé demander à visiter les femmes à traits cachectiques, parce que, ne comprenant pas le but de notre examen, elles auraient pu facilement se refuser à nos explorations. Les six que nous avons vues nous avaient demandé des conseils; dès lors notre investigation était pleinement justifiée.

C'est dans l'arrondissement de Sartaigne que la tournée de révision nous a permis de voir nos premières cachexies paludéennes avec engorgement des viscères abdominaux.

Cinq jeunes conscrits de cet arrondissement ont été exemptés du service pour constitution détériorée par les fièvres de marais souvent répétées. Ce sont les cantons de *Serra* et de *Lévi* qui ont fourni ces cinq sujets. Ces malades avaient la face pâle, plombée, avec une couche terreuse sur la peau. La rate pouvait être mesurée sans le secours de la plessimétrie. Elle occupait, sur tous les cinq, l'espace compris depuis la voûte diaphragmatique jusqu'à la symphyse pubienne, de haut en bas, et de la ligne blanche qu'elle dépassait en quelques points jusqu'à la colonne vertébrale, pour la latéralité; remplissant ainsi partie de l'épigastre, le flanc, la fosse iliaque gauche, et partie de l'hypogastre. Cet organe pouvait être embrassé, dans presque tous les points de son étendue, avec les deux mains pressant sur les parois abdominales en état de relâchement dans le côté opposé. Le foie a été mesuré par le plessimètre. Sur trois, son petit lobe allait se confondre avec la rate dans la région épigastrique, et toute la glande occupait, dans son diamètre vertical, un espace compris entre deux points, dont le supérieur était de 3 à 5 centimètres au-dessous du sein droit, et l'inférieur de 3 à 7 centimètres au-dessous du rebord des dernières fausses côtes. Dans les deux autres cas, si les limites transversales de cet organe semblaient un peu exagérées, celles de haut en bas indiquaient un état ordinaire. Chez ces cinq sujets, nous avons cherché à découvrir des traces d'épanchement péritonéal, et nous avons mis à contribution, pour cela, tous les moyens investigateurs. La plessimétrie, exécutée d'après les préceptes de M. Piorry, dans les diverses positions données aux malades, est venue ajouter à la valeur négative si puissante des autres signes pour attester l'absence complète de toute suffusion séreuse dans le péritoine.

De ces cinq jeunes gens, deux avaient la fièvre depuis quatre et cinq ans; ils l'avaient gardée pendant trois mois et demi, quatre mois et cinq mois et demi par année. Les trois autres l'avaient depuis trois et deux ans, et l'avaient gardée, deux de quatre à six mois par an; le troisième l'avait presque toujours eue depuis deux ans, avec des répits de quelques jours à un mois.

A Porto-Vecchio et dans les communes du même canton, nous nous sommes trouvé en présence de nombreux individus atteints de cachexie paludéenne. C'est que là de vastes marais avoisinent à droite et à gauche les populations, à une distance de moins de deux kilomètres. Sur 21 conscrits que nous avons visités, nous en avons trouvé cinq porteurs d'engorgement des viscères abdominaux. Ce sont les n[os] 1, 5, 11, 14 et 17.

Cinq sur 21 représentent à peu près le quart des individus. Or, quand on pense que les jeunes gens de cet âge sont ceux qui offrent le plus de résistance aux causes de détérioration, on a droit de conclure que, sur la population prise en masse, le chiffre des personnes affectées des mêmes lésions se trouverait sur une plus grande proportion. Tous ces jeunes gens avaient une rate avec des dimensions en tout semblables à celles des jeunes conscrits que nous venons de citer et occupant les mêmes espaces dans l'abdomen. Ils offraient aussi ce teint jaune-plombé, terreux, qui est la nuance commune aux cachectiques. Leur rate, d'après notre appréciation, ne devait pas peser moins de dix à quinze livres. Deux d'entre eux avaient une bouffissure prononcée de la face, sans trace d'œdème sur aucune autre partie du corps. Ils étaient tous considérablement amaigris, présentaient une taille écourtée et un certain cachet crétinien. Un seul sur cinq présentait une très notable hypertrophie du foie. Chez tous, les intestins se trouvaient déplacés, refoulés à droite, en partie comprimés, sans aucun signe de souffrance révélée à l'examen ou par le trouble des fonctions. Malgré notre plus sérieuse attention, aucun d'eux ne nous a offert de traces d'épanchement péritonéal, pas plus que des autres cavités séreuses.

De ces cinq conscrits, deux avaient la fièvre depuis dix ans, la portant, chaque année, jamais moins de deux mois et jamais plus de sept, avec des types variés; les trois autres

l'avaient depuis cinq, trois et deux ans, n'ayant chaque année que trois et quatre mois de répit.

Outre ces cinq conscrits, nous avons encore observé, dans la population de Porto-Vecchio, douze autres cachectiques paludéens à peu près dans les mêmes conditions. Nous les reconnaissions non-seulement au facies, mais encore à la saillie du ventre, avec forme particulière, qui peut faire distinguer *à primo visu* ces énormes intumescences de la rate, de l'hydropisie ascite. Cette saillie a son point culminant à l'épigastre et l'hypocondre gauche, dans la station debout ; puis elle diminue en descendant vers le pubis.

Parmi ces douze sujets, nous citerons d'abord l'adjoint au maire de la ville et dont l'histoire est fort intéressante. Ce monsieur siégeait avec nous dans le conseil comme membre d'arrondissement. Il est âgé de cinquante-deux ans, d'une taille assez élevée; il porte l'empreinte d'une constitution primitivement robuste. Pendant six mois de l'année, il habite Santa-Luccia Tallano, situé sur les montagnes de la plaine majeure, pour se soustraire aux influences morbifères. Il a commencé à avoir les fièvres de marais dès l'âge de quatorze ans. De quatorze ans à dix-huit ans, ces fièvres se prolongèrent tous les ans un, deux et même trois mois malgré les traitements employés et l'émigration sur la montagne. De dix-huit à trente et un ans, il n'eut que quelques rares accès de loin en loin et sa santé ne s'en ressentit pas. De trente et un à trente-quatre ans, il fut de nouveau repris par ces fièvres et les garda annuellement au moins trois mois : la dernière année, elles ne le quittèrent pas du tout. Elles changèrent souvent de type; les accès étaient souvent intervertis, irréguliers, mais se présentaient toujours. C'est dans le courant de sa trente-troisième année que ce monsieur s'aperçut pour la première fois qu'il avait une rate volumineuse. C'est qu'elle débordait alors et descendait jusqu'au rebord iliaque gauche. Outre les préparations de quinquina dont il avait fait longtemps usage sous toutes les formes, il eut des ventouses scarifiées, des sangsues et des vésicatoires fréquemment appliqués sur la région de la rate. Mais cet organe conserva le volume qu'il a encore aujourd'hui. Depuis l'âge de trente-trois jusqu'à cinquante ans, M. l'adjoint n'eut que de loin en loin des ressentiments de fièvre et se portait bien malgré le volume de la rate. Il est vrai qu'il allait passer sur les montagnes tout le temps pendant lequel Porto-Vecchio est réputé malsain. En 1850, des travaux pressants de récolte et de réparation de maison l'obligèrent à passer dans cette ville le mois de juillet et une partie du mois d'août. L'effet de l'intoxication ne se fit pas attendre. Une fièvre, d'abord à type tierce, puis quarte, se déclara et persista deux mois et demi envers et contre tous les soins. L'air de la montagne finit seul par la dompter. Il y a maintenant plus de six mois que ce monsieur est exempt de tout accès. Les fonctions se remplissent bien à tous égards; mais il a une teinte ictérique prononcée des conjonctives, une coloration jaune-safran de la peau, un certain état de maigreur. Les urines n'offrent aucune coloration anormale et ne donnent rien de particulier à l'analyse. Il ne présente au reste de douleur nulle part, pas même sur l'un des points de cette vaste rate. Les selles sont régulières, les digestions bonnes; le malade est même doué d'un appétit assez remarquable.

Cependant, quand nous l'examinons dans le décubitus dorsal, nous pouvons saisir à travers les parois abdominales une rate qui refoule très haut le diaphragme sur le côté gauche et à l'épigastre, et descend suivant la ligne blanche par son rebord jusqu'à la fosse iliaque gauche et l'arcade pubienne du même côté. Le foie conserve son volume normal. Les parois abdominales, mollasses et très flexibles sur le côté droit de l'abdomen, permettent de palper les circonvolutions intestinales, qui paraissent toutes groupées dans cette portion de la cavité. Pas de trace d'épanchement dans la cavité du péritoine, pas plus que partout ailleurs. La rate présente une face externe tournée à gauche et en dehors, convexe, lisse, sans inégalité aucune; une face interne droite tournée en dedans, concave, également lisse, sans bosselure ni inégalités. Un bord antérieur saillant couché dans presque toute son étendue sous la ligne blanche. Nulle trace d'œdème dans aucun des points de la surface cutanée. Toutes les questions adressées à ce malade intelligent et instruit nous confirment dans l'idée qu'il n'a jamais été porteur de suffusion séreuse.

A côté de cette observation prise dans la population de Porto-Vecchio, nous citerons encore avec quelques détails celle d'un enfant de sept ans, du sexe masculin, pour lequel on réclamait nos soins passagers. Quand nous demandâmes au père de quelle maladie était atteint son fils, il nous répondit dans la langue du pays qu'il avait la *metsa*. Ce mot signifie rate. Les Corses de la campagne désignent comme atteints de *metsa* ceux qui sont porteurs de rate volumineuse telle que celles que nous venons de dépeindre. C'est une maladie qu'ils connaissent fort bien et dont ils connaissent exactement l'étiologie et la nature.

Ce jeune enfant avait été pris de la fièvre pour la première fois à l'âge de trois ans. Les accès étaient quotidiens ; il la conserva neuf mois durant. Pendant treize mois ensuite, il eut des accès irréguliers, venant à sept, neuf, treize et quinze jours d'intervalle ; on ne lui avait jamais fait subir de traitement. Dans le commencement de 1850, la fièvre prit une nouvelle allure : elle se régularisa sous la forme tierce, puis en octobre elle passa au type quarte, et elle durait encore sous ce dernier type quand nous fûmes appelé.

Le jeune malade était au lit réduit à un commencement de marasme et subissait la période de frisson d'un nouvel accès. La figure était bouffie, pâle, avec une crasse terreuse ; un état de langueur se peignait sur les traits. Le ventre était fortement proéminent, représentant un demi-ovoïde. Nous pûmes encore discerner à travers les parois abdominales tendues par une assez grande quantité de liquide une rate volumineuse descendant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche; une sensation d'ondulation manifeste révélait la réplétion du restant de la cavité abdominale par un liquide épanché : il y avait un bruit de souffle anémique à la région précordiale se prolongeant du premier au second temps. Il y avait également un bruit de souffle prolongé aux carotides. Ce petit malade accusait une douleur assez vive occupant tout l'hypochondre et le flanc gauches, douleur que nous exaspérions par la pression. Il était sujet depuis trois à quatre jours à une constipation que plusieurs lavements successifs n'avaient pu vaincre. Les extrémités inférieures étaient le siége d'un œdème gagnant jusqu'aux genoux. Nous rapportâmes la douleur du côté gauche du ventre à une subphlegmasie du feuillet péritonéal adossé à la rate sur sa face externe.

Le foie donna à la percussion un son général s'étendant dans le diamètre vertical à 2 centimètres plus haut et 4 centimètres plus bas que ses limites normales.

(La suite à un prochain numéro.)

OBSERVATION CURIEUSE

d'un délire maniaque intermittent ;

Par M. G.-J. SWÉRON, docteur en médecine à Haecht (Brabant).

M. Van L..., âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, ayant toujours joui de la meilleure santé, éprouvait depuis quelques jours un malaise général et une céphalalgie intense; nonobstant cela, il continua ses travaux des champs et son régime ordinaire. S'étant couché comme d'habitude, il se leva en sursaut à minuit, criant, hurlant et menaçant de tuer sa femme couchée près de lui, bien qu'il vécût avec elle en très bonne intelligence. Celle-ci, épouvantée, réclama l'assistance de ses voisins, qui se virent obligés de garrotter le malade dans son lit. Ce délire furieux se prolongea jusqu'à cinq heures du matin. Appelé à neuf heures, je trouvai Van L... assis sur son lit, calme, la face pâle, les yeux abattus ; la peau avait d'ailleurs sa chaleur normale, le pouls était fréquent et concentré, la langue large et humide ; il restait encore une forte lassitude, de la céphalalgie et du désordre dans les idées. Une saignée de 14 onces fut pratiquée sur-le-champ, et je prescrivis l'application de 16 sangsues à la tête, 8 grains de calomel à l'intérieur, des sinapismes aux extrémités inférieures et la diète; le lendemain, on me raconta que l'accès de la nuit avait été plus intense que le précédent, que le malade s'était éveillé à la même heure, qu'il avait vociféré, battu et mordu à la cuisse sa femme, dont les cris firent accourir près d'elle sa belle-sœur, couchée dans une chambre voisine.

A l'arrivée de celle-ci, Van L. lui saisit la main et lui enleva avec les dents une phalange; on appela de nouveau les voisins; il fut encore lié dans son lit. Cet accès se prolongea jusqu'à six heures du matin, le calme se rétablit peu à peu, de sorte qu'à mon arrivée il ne restait plus qu'une grande lassitude et une céphalalgie intense. Convaincu que j'avais affaire à une affection intermittente, j'administrai 40 grains de sulfate de quinine à prendre en deux doses, une à neuf heures du matin, et l'autre à une heure de relevée, et prescrivis la diète, recommandant de tenir le malade au lit. La nuit suivante il s'éveilla à une heure, et se mit à crier et à chanter pendant une bonne demi-heure, puis s'endormit jusqu'à huit heures du matin. L'accès avait donc beaucoup perdu de sa durée et de sa violence.

Le lendemain, à ma visite, le malade me dit lui-même qu'il avait bien dormi, que la céphalalgie et la lassitude étaient beaucoup moindres. Certain de l'opportunité et de l'efficacité du remède, je fis prendre encore dans la journée et de la même manière 30 grains de sulfate de quinine. Le lendemain matin je trouvai la femme du malade qui m'attendait pour m'annoncer que son mari avait dormi tranquillement toute la nuit; effectivement, il n'accusait plus de céphalalgie ni de lassitude, le pouls était calme, l'intelligence complétement libre, enfin il jouissait d'une santé parfaite de corps et d'esprit. Depuis cette époque il a continué à se bien porter, n'éprouvant plus la moindre apparence de sa maladie.

Le retour périodique des phénomènes morbides et le succès obtenu par le sulfate de quinine ne me laissent pas le moindre doute que j'ai eu affaire, en cette circonstance, à un délire nerveux de la nature des fièvres intermittentes pernicieuses; maladies dans lesquelles on ne retrouve pas toujours, à beaucoup près, les trois stades si caractéristiques des fièvres intermittentes ordinaires. Ici, le système nerveux était profondément perverti ; aussi je donnai en une fois une forte dose de sulfate de quinine pour modifier profondément l'économie, pour couper les accès et prévenir une récidive, ce qui n'a pas manqué. Que serait-il arrivé si la véritable nature de la maladie avait été méconnue? Je crois pouvoir dire, sans trop hasarder, que les accès ultérieurs se fussent renforcés, que les phénomènes morbides eussent pris une intensité telle, que probablement le malade aurait succombé au troisième ou du moins au quatrième accès, comme il arrive ordinairement dans la fièvre intermittente pernicieuse.

Ce fait réuni à d'autres que renferment les annales de la science est une nouvelle preuve que, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'un ensemble de symptômes graves, insolites, bizarres, survenus inopinément chez un sujet sain, surtout quand il habite une localité où règnent habituellement des maladies intermittentes, il doit recourir immédiatement à l'antipériodique par excellence.

(Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.)

Société médicale du 12e arrondissement.

(Extrait des procès-verbaux.)

Séance du 7 décembre 1850. — Présidence de M. MARTIN-MAGRON.

M. GAUNEAU fait à la Société la communication suivante :

J'ai été appelé le 7 juillet dernier auprès d'une malade atteinte d'un érysipèle du cuir chevelu. La tension des téguments et la douleur étaient extrêmes. J'eus l'idée de leur opposer la double propriété sédative et tempérante de la belladone. J'associai ce médicament à l'axonge, tant pour fixer son action sur les parties que pour les garantir du contact de l'air.

Voici comment j'ai formulé :

Axonge.	30 grammes.
Extrait de belladone. . . .	2 —

Une détente des tissus et la cessation de la souffrance suivirent de près l'usage de cette pommade en onctions. J'ai eu l'occasion de l'employer depuis dans 8 autres cas avec le même succès, concurremment avec d'autres moyens très simples (bains de pieds, boissons acidules, purgatifs huileux et salins).

J'ai fait part de ma formule à un de mes confrères, M. Mériat, qui en a obtenu les mêmes résultats que moi.

Ce moyen très simple nous a paru abréger la durée de l'érysipèle et même dans quelques cas faire avorter cette phlegmasie. Si l'on craignait la dilatation de la pupille ou des hallucinations, il conviendrait de diminuer la dose du médicament.

M. BRIERRE DE BOISMONT. Cette pommade peut amener des hallucinations. J'en ai vu persister longtemps après l'usage de la belladone; je doute d'ailleurs que l'emploi de cette pommade puisse hâter le terme de la maladie, et j'ai sous ce rapport plus de confiance dans le collodium.

M. GAUNEAU. A la dose du médicament que j'indique pour l'usage externe, les hallucinations ne sont pas bien à redouter. Dans un seul cas où elles se soient présentées à mon observation, il m'a suffi pour les faire cesser de diminuer le nombre des onctions. J'insiste surtout sur la cessation immédiate des douleurs de l'érysipèle sous l'influence de la belladone.

M. CULLERIER. J'ai souvent associé l'extrait de belladone à l'onguent mercuriel, que j'emploie contre les péritonites. J'ai constaté alors la puissance de cette substance contre les douleurs.

Discussion sur la syphilis.

M. BASSEREAU résume le mémoire qu'il a lu à l'avant-dernière séance de la Société. Son but a été d'établir qu'on ne peut pas avoir deux fois la syphilis, pas plus que la variole et la scarlatine, par exemple. Sans doute qu'il y a des exceptions, comme pour ces dernières maladies. Sennert professait déjà que la vaccine ne préserve pas toujours de la petite vérole. Jusqu'à ces derniers temps, cette assimilation de la syphilis aux autres maladies spécifiques n'avait pas été faite, et les auteurs modernes disaient encore il y a peu de temps qu'une première atteinte de syphilis prédisposait à une seconde. Les anciens auteurs étaient bien plus explicites encore. Au seizième et au dix-septième siècle, par exemple, on croyait positivement à la syphilis double; on croyait même à cette époque à la contagion des symptômes consécutifs ou plutôt on ne distinguait pas les différents symptômes vénériens. Ce fut Hunter qui, conduit par l'expérience, établit une distinction entre les symptômes primitifs et les symptômes consécutifs. Mais c'est M. Ricord qui, le premier, nia l'existence de la syphilis constitutionnelle double. M. Bassereau est arrivé par ses recherches à reconnaître qu'on ne trouve pas d'individu ayant eu deux fois les mêmes accidents syphilitiques. L'observation est bien difficile en pareille matière, car il y a des cas de récidive des accidents primitifs qui peuvent très facilement induire en erreur et qui ont fait admettre la double syphilis.

Premier exemple. — Un individu contracte un chancre; ce chancre s'indure, puis se cicatrise; six mois après se montrent des accidents, tels que syphilides, maux de gorge, en même temps que l'induration du chancre le ravive et que l'épiderme s'éraille sous l'influence de causes extérieures, et l'on croit avoir affaire à un autre chancre induré que celui qui a donné la vérole.

Deuxième exemple. — Six ou huit mois après une infection vénérienne, et peu de jours après un écoulement urétral, on voit paraître, chez un individu, des syphilides ou des plaques à l'anus, en même temps que des rougeurs autour du prépuce, qui se convertissent en érosions sous l'influence de frottements. Il faut remarquer que d'habitude les récidives d'accidents dont il s'agit se font vers les organes génitaux. Eh bien, on confond ces accidents avec un nouveau chancre infectant.

Troisième exemple. — Un certain temps après les premiers accidents de l'infection, un nouveau chancre peut se développer; puis, à quelque temps de là, on voit paraître des accidents secondaires. La question devient alors difficile à juger; car on peut rester indécis sur le point de savoir à qui, du premier ou du second chancre, il faut rapporter ces accidents, tandis que dans les deux cas précédents, on peut reconnaître la nature soit de l'érosion par ravivement de la cicatrice indurée, soit de l'écoulement urétral dépendant de la fluxion syphilitique. Mais, dit M. Bassereau, les cas les plus favorables à la démonstration de la proposition que j'ai avancée sont ceux dans lesquels les récidives dont il est question dans les exemples précédents arrivent sans qu'il y ait eu coït depuis le moment de l'infection.

M. CULLERIER pense qu'il est impossible de juger la question dans l'état actuel de la science, et qu'il faut attendre de nouvelles données sur la diathèse syphilitique, ou la *syphilisation*, comme l'appelle M. Auzias-Turenne. Il est donc sage de rester dans le doute.

M. BASSEREAU répond que, si, dans cette question, on doit douter de quelque chose, c'est de la syphilis double; car il serait bien extraordinaire qu'on ne pût pas en trouver un cas bien avéré, si elle existait réellement, parmi les sujets si nombreux que l'on a eus sous les yeux depuis l'époque où l'attention a été fixée sur ce point.

M. AUZIAS-TURENNE. M. Cullerier s'est trompé en avançant, dans l'allusion qu'il a faite à la *syphilisation*, que la *diathèse syphilitique* et la *syphilisation* doivent être considérées comme identiques. Le mot *diathèse syphilitique* exprime plus ou moins nettement quelque chose qui se rapporte à la *vérole constitutionnelle*. Ainsi lorsqu'un individu a eu un chancre suivi d'accidents qui prouvent que l'économie entière est infectée, on pourrait dire, à la rigueur, qu'il y a chez cet individu *diathèse syphilitique*, quoique l'expression ne soit pas très précise. La *syphilisation*, au contraire, est cet état dans lequel un individu, après avoir eu une série de chancres, ne peut plus en contracter aucun. L'avenir seul pourra nous donner des notions précises sur le temps pendant lequel dure la *syphilisation*. Cet état est parfaitement comparable à celui dans lequel on se trouve après avoir été *vacciné ou variolé* (qu'on me passe ce dernier mot), c'est-à-dire que l'économie a été modifiée d'une telle façon par l'infection spécifique, qu'elle n'est plus susceptible pendant un certain temps de contracter une infection semblable. Les auteurs ont si bien admis une modification générale de l'économie produite par la vaccine et la petite vérole, qu'ils ont attribué des maladies à cette modification. Quant à la *syphilisation*, puisque naguère elle n'était pas connue, il a bien fallu qu'après l'avoir découverte je lui donnasse un nom pour la distinguer de ce qui n'est pas elle.

Voici comment je l'ai découverte et comment je la démontre par l'expérimentation sur des singes. J'inocule successivement, par

exemple, à un animal des chancres à peu de jours d'intervalle et un à un ; ces chancres deviennent d'autant moins actifs, c'est-à-dire qu'ils sont d'autant moins larges et enflammés, et qu'ils mettent d'autant moins de temps à se cicatriser qu'ils ont été produits plus tard, et cela, quelle que soit la source à laquelle je puise le pus de l'inoculation ; tantôt je l'emprunte au même animal ou à un autre animal, tantôt je l'emprunte à l'homme : il me suffit que ce pus provienne d'un chancre primitif. Au bout d'un temps qui n'est pas long, il m'est impossible de produire sur l'animal de nouvelles ulcérations chancreuses ; sa santé ne paraît pourtant pas altérée par l'état nouveau dans lequel il se trouve désormais placé. J'ai varié et multiplié les expériences, et la *syphilisation* est constamment advenue. J'ai été forcé de l'admettre, comme seront forcés de l'admettre tous ceux qui expérimenteront après moi.

Je n'ai pas pu fournir la preuve expérimentale de la syphilisation dans l'espèce humaine ; mais je suis parvenu à trouver, parmi les filles publiques, des sujets jouissant d'une bonne santé et devenues complétement réfractaires à la contagion après un certain nombre d'infections primitives contractées coup sur coup : ce sont donc des sujets dans l'état de syphilisation, et je prédis que, quand on voudra faire l'expérience sur l'homme, on verra les choses se passer comme sur le singe. Pourrait-on nier ici l'analogie qui existe entre la *grosse vérole* et la *petite vérole* ? En vain m'objecterait-on qu'une seule infection variolique suffit pour préserver l'individu d'une infection ultérieure, tandis qu'on n'obtient la syphilisation qu'à la suite d'un certain nombre d'inoculations ? Je pourrais répondre que la syphilis est une maladie essentiellement chronique, tandis que la *petite vérole* et la *vaccine* sont des maladies aiguës ; mais je préfère me retrancher derrière un fait que tous les raisonnements du monde ne sauraient détruire, et je me repose sur l'avenir pour décider si l'on devra utiliser cette découverte dans le but de préserver l'espèce humaine de la syphilis, ce qui à mon point de vue n'est pas douteux.

Je n'ai pas fait d'étude particulière sur la question des *syphilis doubles* ; mais elle me paraît devoir être subordonnée à une autre. En effet, de deux choses l'une : ou les mercuriaux et les iodiques guérissent la vérole, ou ils ne la guérissent pas. Dans le premier cas, la *syphilis double* est non-seulement possible, mais encore on peut avoir deux fois, trois fois, dix fois la syphilis constitutionnelle ; dans le second cas, on ne peut l'avoir qu'une seule et bonne fois, parce que c'est pour toujours.

M. Bassereau repousse cette dernière conclusion, et maintient ses assertions.

M. Michon objecte à M. Auzias-Tursnne qu'un individu syphilisé ne doit pas être à l'abri des accidents secondaires ou tertiaires. Il cite à l'appui de son objection un malade soumis actuellement à son observation. Ce malade a contracté des chancres il y a six à sept ans, et en a été traité par une méthode perturbatrice, l'hydrothérapie ; la même méthode a été opposée plus tard à des accidents constitutionnels, qui se sont dissipés ; mais aujourd'hui le malade a un testicule vénérien parfaitement caractérisé. Or, dans les longs intervalles de temps qui ont séparé les trois atteintes de syphilis, ce malade s'est très bien porté. M. Michon demande quelle différence il y avait, pendant ces deux périodes, entre cet homme et un sujet syphilisé.

M. Auzias répond que le malade de M. Michon diffère d'un *syphilisé* par son aptitude à contracter le chancre et par une syphilis constitutionnelle certaine. Il est d'ailleurs rare que les accidents de syphilis constitutionnelle se fassent attendre deux ou trois ans en l'absence de tout traitement. M. Auzias ne prétend pas fixer la durée du temps pendant lequel un sujet *syphilisé* est à l'abri des accidents syphilitiques, quels qu'ils soient ; il affirme seulement que la syphilisation existe, et c'est ce qu'on nie.

M. Dumotel demande à M. Auzias-Turenne de donner des preuves à l'appui de la distinction qu'il établit entre la *diathèse syphilitique* et la *syphilisation*. L'expérimentation accidentelle prouve que des individus, après avoir contracté un grand nombre de chancres, n'en sont pas moins aptes à en contracter de nouveaux, et n'en ont pas moins non plus la *diathèse syphilitique* qui se manifeste tôt ou tard. J'ai eu, dit-il, à traiter un officier de marine pour des accidents constitutionnels survenus après que des chancres eurent été contractés à bien des reprises différentes. Un traitement mercuriel avait été suivi après l'apparition du premier chancre. M. Dumotel s'engage à inoculer tous les jours avec succès et pendant des années du pus vénérien à un même individu. Il se joint à MM. Michon et Bassereau pour repousser les conclusions de M. Auzias.

M. Auzias-Turenne ne regarde pas comme concluant l'exemple de l'officier de marine cité par M. Dumotel à cause de l'intervention d'un traitement mercuriel, de l'irrégularité et des intervalles très longs qui ont existé dans la succession des chancres.

M. Bassereau rentre dans les conclusions de son mémoire, et répète que l'on ne trouve pas de fait bien avéré de syphilis double ; mais il n'en admet pas moins qu'on peut inoculer avec succès et indéfiniment le virus vénérien à un homme atteint de syphilis constitutionnelle.

M. Jamain objecte à M. Auzias-Turenne, à propos de la syphilisation admise par lui chez certaines filles publiques, que, celles-ci étant soumises par la police à une surveillance active, il n'est guère possible d'admettre qu'elles aient pu se trouver dans les conditions exigées.

M. Auzias-Turenne explique de nouveau comment il a été conduit à créer le mot de syphilisation pour exprimer sans périphrase un état particulier dont l'existence lui a été démontrée par des expériences multipliées. Dès qu'il voyait un animal présenter des traces de syphilis constitutionnelle, il les faisait disparaître par de nouvelles inoculations au moyen desquelles il le *syphilisait*. Pendant deux ou trois années il a hésité à faire connaître ces faits, dont il ne se croyait jamais assez sûr à cause de leur étrangeté apparente. M. Auzias a observé que plus l'animal est gros, plus il faut de temps et d'inoculations successives pour obtenir la *syphilisation*. Il est convaincu que sa méthode, appliquée à l'homme, produirait les mêmes résultats que chez les animaux.

M. Auzias-Turenne répond à l'objection de M. Jamain en faisant observer qu'il n'a trouvé que très peu de filles syphilisées après avoir pris des renseignements et poursuivi ses investigations sur un bien grand nombre.

Le secrétaire, Vimont.

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très honoré confrère,

1° Dans l'intérêt des malades qui sont dirigés vers les sources thermales de Néris, et dont les droits ne peuvent être ni méconnus, ni violés ;

2° Dans l'intérêt de la science, à laquelle chaque médecin doit son concours, sans qu'il soit permis à ceux qui n'en prennent aucun souci d'élever des entraves et des obstacles devant ceux qui veulent la servir de tous leurs efforts ;

3° Dans l'intérêt de la liberté et de la dignité professionnelles que nous sommes tous appelés à défendre.

Les médecins exerçant à Néris ont l'honneur de réclamer l'intervention de votre estimable journal pour protester en leur nom personnel et conformément à l'opinion de ceux de leurs confrères dont ils pris l'avis contre les faits suivants :

1° Pour couper court aux récriminations fréquentes des malades en traitement à Néris, une demande a été adressée à M. l'inspecteur pour qu'il voulût bien faire afficher une liste contenant les noms des malades avec un numéro d'ordre pour chacun d'eux, suivant son tour d'arrivée et d'inscription. Cette mesure garantirait les droits que consacre l'article 8 de l'ordonnance du 18 juin 1823. (Exclusion de toute préférence dans les heures à assigner aux malades pour les bains ou douches, protection particulière due à ces derniers, etc.) *M. le docteur Sybille n'a même pas fait à ses confrères l'honneur de leur répondre*, et a préféré laisser subsister un état de choses qui protége tous les abus.

2° On lit sur les murs de l'établissement thermal un arrêté ainsi conçu :

Article 1er. *L'entrée des salles renfermant les piscines communes est interdite au médecin étranger à l'établissement thermal de Néris, à moins d'une demande expresse de leurs clients.* (Article 6 de l'ordonnance du 18 juin 1823.)

Article 2. *Cette demande sera adressée par les malades au médecin inspecteur, qui ne pourra refuser l'autorisation, sauf les cas d'abus, pour lesquels il devra en être référé au préfet.*

L'article 6 précité sur lequel s'appuie cette disposition réglementaire additionnelle et l'article 8 qui garantit le libre usage des eaux consacrent précisément les droits des médecins et des malades au lieu de les entraver. L'esprit et la lettre de ces articles ont été singulièrement torturés pour fournir matière à un arrêté qui ne se motive ni par l'utilité ni par l'opportunité. En rapprochant la date de cet arrêté (26 mai 1851) de celle où le règlement sur les eaux de Néris avait été établi à la préfecture de l'Allier (le 5 avril 1851), en voyant que cette mesure a été exclusivement réservée à l'établissement de Néris sans être appliquée aux autres établissements thermaux du département, n'est-on pas autorisé à penser qu'un règlement qui blesse les intérêts des malades en même temps que les droits et la dignité des médecins ne peut venir de l'initiative préfectorale et n'a dû être obtenu qu'en surprenant la religion de M. le préfet ?

Si les *malades ont besoin d'être visités dans les piscines*, tous les médecins doivent y entrer du même droit. Mais ceux qui y pénètrent devraient bien mieux suivre l'exemple de ceux qui n'y pénètrent pas et qui n'ont pas attendu l'arrêté de M. le préfet pour s'abstenir de toute visite dans les piscines, le sentiment de leur devoir leur ayant démontré ce qu'il y avait d'*inutile* et d'*inconvenant* dans une *obséquiosité* dont le véritable sens n'a pas échappé aux malades, parce qu'elle sert un intérêt beaucoup moins respectable que celui de leur santé.

3° L'article 11 de l'ordonnance de 1823 prescrit aux inspecteurs de soigner gratuitement les indigents admis dans les hospices dépendant des établissements thermaux, et de les visiter au moins une fois par jour ; *mais il n'interdit pas aux autres médecins de suivre les visites* pour acquérir, par leur observation directe ou par l'enseignement clinique, des connaissances qui tournent au profit de la science et des malades. Cependant, l'année dernière, M. le docteur Sybille a déjà donné un touchant exemple de confraternité en cherchant à faire défendre l'entrée de l'hôpital à son confrère adjoint, qui lui a porté énergiquement sa protestation devant témoins. Cette année, les médecins exerçant à Néris ont réclamé le droit d'assister aux visites du médecin inspecteur, persuadés que le conseil d'administration n'a jamais eu la pensée de les priver d'un avantage dont les médecins profitent librement dans tous les hôpitaux de France. *Pourquoi n'a-t-on pas donné satisfaction à leur demande* ? Tels sont les faits, monsieur et très honoré confrère, que nous livrons à votre appréciation.

Agréez l'assurance de nos sentiments dévoués.

Forichon, d.-m.-p. ; H. Beer, d.-m.-p. ; Dr Camille de Laurès, inspecteur adjoint des eaux de Néris.

Néris, 3 juillet 1851.

Chronique et nouvelles.

Nous apprenons qu'à la suite d'une délibération prise jeudi dernier par le conseil de la Faculté de médecine sur une question d'administration intérieure, M. Bérard a cru devoir remettre entre les mains de M. le ministre de l'instruction publique sa démission des fonctions de doyen. Nous espérons encore que M. le ministre, appréciant les qualités éminentes dont M. Bérard a fait preuve pendant son décanat, n'acceptera pas une démission dictée sans doute par les plus honorables sentiments, mais qui serait d'autant plus inopportune qu'elle pourrait alimenter des ambitions brouillonnes qui couvent sourdement, mais qui n'attendent qu'un moment favorable pour se montrer ouvertement. Espérons que ce moment n'arrivera pas. H. de Castelnau.

— *Erratum.* — A la 2e colonne de l'article de M. Gavarret publié dans notre dernier numéro, ligne 28, au lieu de : « l'appareil d'*optique*, » lisez : « l'appareil *dioptrique*. »

Le Gérant.
Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 82. — JEUDI 17 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 82. — JEUDI 17 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 16 JUILLET 1851.

Séances des Académies.

Après un consciencieux rapport de M. Gaultier de Claubry, et un second rapport aussi bien pensé qu'élégamment écrit du modeste M. Collineau, rapport qui traitait d'un des sujets les plus élevés de philosophie médicale, l'Académie a repris la discussion sur le pemphigus et les abcès du thymus et des poumons chez les nouveau-nés. C'est sur cette discussion que s'est concentré l'intérêt de la séance. M. Cazeaux a répondu avec beaucoup de talent et une rare habileté à l'argumentation de M. Paul Dubois, dont il a suivi pied à pied chaque argument. Il n'a manqué à M. Cazeaux, pour se placer tout à fait au niveau de son ancien maître, qu'une raison égale à son talent et à son habileté. Au point de vue de la vérité, en effet, son plaidoyer, et plaidoyer est ici le mot qui convient au discours de M. Cazeaux, offre plusieurs parties faibles que nous tâcherons de faire ressortir, tout en rendant une fois de plus justice au remarquable talent de discussion de M. Cazeaux.

— L'Académie des sciences n'a reçu qu'une communication qui intéressât les sciences médicales. C'est celle de M. Jobert sur le système nerveux de la gymnote. Dans ce mémoire fort étendu, accompagné de pièces anatomiques et de planches remarquablement exécutées, M. Jobert s'est surtout proposé de démontrer que l'appareil électrique de la gymnote n'était point animé par des nerfs spéciaux, mais bien par des nerfs venant directement de la moelle et allant se répandre indistinctement soit à l'appareil électrique lui-même, soit à d'autres organes. C'est là plus qu'un fait anatomique, c'est toute une doctrine physiologique qu'il serait désirable de voir discuter comme elle le mérite à l'Académie des sciences; malheureusement l'Académie des sciences peut encourir justement un reproche dont bien peu d'assemblées sont passibles, c'est de discuter trop peu. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DENONVILLIERS.

Observation d'un pemphigus chez un enfant nouveau-né. Mère sans symptôme de syphilis; soupçons du côté du père. Abcès du thymus dans les poumons.

Par Ch. DESRUELLES, interne à Saint-Louis.

L... (Annette), vingt-quatre ans, non mariée, domestique il y a quelques années; couturière aujourd'hui, à Paris depuis six ans. Elevée aux Enfants-Trouvés, elle n'a jamais connu son père ni sa mère, et y est restée jusqu'à l'âge de douze ans. Elle n'a jamais été gravement malade, bien que sa santé fût assez faible.

Réglée à seize ans, elle l'a été tous les mois depuis cette époque, mais irrégulièrement; elle voyait en blanc avant chaque époque.

La première gestation remonte à deux ans; elle n'a rien présenté de particulier que quelques phénomènes sympathiques du côté de l'estomac. L'accouchement a été simple; l'enfant, né à terme, ne présentait rien sur le corps; il n'a vécu que jusqu'à trois mois. Il est mort étant en nourrice, et la mère ne peut donner d'autres détails.

La seconde grossesse remonte au mois d'octobre 1850. La mère a été souffrante durant presque toute cette grossesse; mais ces souffrances doivent être attribuées plutôt à des privations qu'à un véritable état maladif.

Comme antécédents spécifiques, nous n'avons pu avoir que des probabilités, comme trop souvent il arrive en pareille matière.

Cette femme nous dit bien qu'elle soupçonne son amant, peintre en bâtiments, d'avoir *quelque maladie*; mais elle n'appuie son soupçon d'ailleurs que sur cette considération qu'elle avait des boutons sur le corps dont elle ne peut dire la nature; qu'elle l'a vu souvent boire de la tisane, et qu'il a eu d'autres femmes. Les rapports datent de deux ans, et ils ont été souvent interrompus; il n'y a que la première année qu'ils ont offert un peu de régularité. Elle nous dit encore que peu après avoir eu des rapports avec lui elle eut un écoulement blanc très abondant qui tachait et empesait le linge beaucoup plus que ne le faisait l'écoulement leucorrhéique qui précédait ordinairement ses règles; qu'elle avait de vives démangeaisons aux parties génitales. Elle nous assure n'avoir jamais rien eu, soit boutons, pustules, ulcérations. En interrogeant avec soin toutes les régions du corps qui pourraient plus particulièrement nous éclairer, nous n'avons trouvé aucune cicatrice, aucune trace de papules, de plaie de quelque nature, aucun engorgement ganglionaire ou autre. Les parties génitales externes ont un aspect granulé, sans autre particularité.

La femme est pâle, quoique brune de cheveux. Elle a une apparence de souffrance sur la physionomie.

Entrée le 5 juillet au soir à Saint-Louis, dans le service dirigé alors par M. Giraldès, et aujourd'hui par M. le professeur Denonvilliers, elle accoucha deux heures après son entrée d'un enfant du sexe masculin et mort-né. Il a l'apparence d'un fœtus à terme; il a les cheveux en assez grande quantité, des ongles longs aux orteils et aux doigts. Il n'a pas une apparence chétive; sa taille est ordinaire, ses membres sont assez développés.

La longueur totale du corps nous a donné 50 centimètres.

Les principaux diamètres de la tête sont les suivants :

Diamètre occipito-mentonien, 12 centim. 6 millim.;
occipito-frontal, 10 centim. 9 millim.;
transversal bipariétal, 9 centim.

Les deux diamètres du corps que nous avons mesurés sont les suivants. Dans le sens transversal :

Du sommet d'une épaule à l'autre, 11 centim. 6 millim.;
D'un os iliaque à l'autre, 8 centim.

L'enfant présente aux pieds et aux mains des ulcérations et des bulles de pemphigus.

Le pied droit présente trois érosions de cette nature à la face plantaire. Deux autres existent l'une au-dessus du talon, l'autre au bord interne du tendon d'Achille. Elles sont d'un rouge-obscur livide. Çà et là, entre elles, on remarque des bulles non entamées, d'un blanc mat, recouvertes d'épiderme qu'on enlève facilement, et sous lequel on trouve tantôt une tumeur semi-concrète, tantôt un liquide tout à fait purulent. Sous le dépôt, sous cette humeur, on trouve une surface rouge humide, qui offre un pointillé rouge comme les muqueuses à leur degré d'injection.

Le pied gauche offre également au-dessous de la malléole interne, au niveau de la partie postérieure du talon et sur le dos du pied, des érosions de ce genre et des bulbes qui, réunies les unes avec les autres, offrent une vaste surface où l'épiderme soulevé se détache avec la plus grande facilité, et au-dessous une assez grande quantité de pus séreux.

Il existe deux autres érosions à la jambe gauche sur la crête du tibia et sur le trajet du péroné, à 1 ou 2 centimètres de la tête de cet os. Celle que l'on remarque sur la crête du tibia est très profonde, comme creusée à pic.

Les cuisses, les fesses, les parties antérieure et postérieure du tronc n'offrent aucune trace de vésicules.

La face, les oreilles, le nez, en sont également exempts. Rien aux parties génitales.

Il n'y a que les membres supérieurs qui en portent de nombreuses traces. A la main droite, en effet, la face palmaire est remplie de bulles qui occupent quelquefois un doigt tout entier (l'annulaire, par exemple). L'éminence hypothénar, la face dorsale et palmaire du petit doigt; le pouce en présente également deux à sa base, à la face dorsale; le médius seul en est exempt.

Sous l'épiderme, on retrouve cette même concrétion, et sous celle-ci, cette même surface rouge avec un piqueté très prononcé, humide, analogue, pour la couleur, à des muscles qui auraient longtemps macéré.

Les ongles, près de l'extrémité unguéale des doigts, sont violets. Cette coloration est due à des érosions qui existent, à ce niveau, à la face dorsale de l'extrémité des doigts. On les voit très bien en soulevant et renversant l'ongle.

A la main droite; tous les doigts, tant à la face palmaire qu'à la face dorsale, offrent les mêmes ulcérations de bulles de pemphigus à un degré plus ou moins avancé. Quelques-unes des érosions ont une teinte ecchymotique très prononcée.

En interrogeant les organes de l'enfant, nous trouvons dans l'intérieur du thymus du pus séreux en abondance réuni en collection. Ce pus était jaune-clair, sans grumeaux.

Le poumon était ferme, dur, compacte. L'enfant n'avait pas respiré, nous le savons; mais à sa partie inférieure et au bord postérieur, on trouvait à la surface des plaques très limitées, qui tranchaient par leur coloration d'un brun jaune avec le reste du tissu très rosé; elles avaient l'apparence de sortes d'ulcérations. Incisé à leur niveau, le tissu pulmonaire apparaissait comme ramolli, visiblement altéré, formant même une sorte de détritus de deux de ces plaques, qui n'étaient guère qu'au nombre de quatre ou cinq, et qui se remarquaient surtout à la partie inférieure et antérieure du poumon gauche.

Le foie était volumineux, gorgé de sang.

Le cœur, volumineux, nous offrait des caillots de l'oreillette droite.

Ce fait, quelque peu concluant qu'il soit, nous a paru mériter attention aujourd'hui surtout, où la nature du pemphigus des nouveau-nés fait le sujet d'une sérieuse discussion qui partage encore les autorités les plus imposantes dans les diverses spécialités.

Parce que la science ne peut pas toujours marcher à coup sûr, parce que les faits sont trop souvent réduits à leur nudité, doivent-ils rester inaperçus, inutiles? Nous ne le croyons pas. Ici, nous voyons à noter la multiplicité des bulles de pemphigus siégeant exclusivement aux extrémités inférieures, et la présence du pus dans le thymus coïncidant avec ce pemphigus congénial chez un fœtus mort-né; enfin, la probabilité syphilitique des parents.

Déjà, l'an dernier, étant interne à la Maternité, ce sujet avait été l'objet de notre attention, sous l'inspiration de nos maîtres MM. Dubois, Danyau, Moreau et Gérardin. Là, nous avions entendu professer à MM. Dubois et Danyau, à propos d'un fait de deux jumeaux nés avant terme et tous deux atteints de pemphigus aux extrémités inférieures, que le pemphigus des nouveau-nés était le plus souvent syphilitique. Dans l'exemple que nous citons, la mère ne présentait toutefois rien pour le moment, pas de cicatrices qui missent sur la voie du passé.

N'ayant vu que peu de faits, nous restions incertain, et nous en avions d'autant plus éprouvé le désir de continuer, autant que possible, ce champ d'observation qu'on nous avait bienveillamment ouvert. La rareté des exemples, la difficulté d'avoir des sources certaines pour s'instruire avec conscience, en rendant ces travaux lents, nous avaient engagé à rejeter à la fin de nos études dans les hôpitaux un résumé de nos observations.

Toutefois, aujourd'hui que la question est pendante, nous croyons devoir, tout en nous effaçant devant les imposantes autorités qui la discutent, dire par anticipation ce que nous avons pu voir et apprendre, ce que nous nous proposons.

Contre l'opinion que nous étions porté à avoir, nous devons dire que les faits parlent en faveur des idées émises par MM. Dubois, Danyau et Depaul; que le pemphigus des nouveau-nés a pour cause la syphilis.

Cette opinion, un professeur distingué de Strasbourg, M. Stoltz, l'a soutenue en l'appuyant d'un nombre considérable de faits (30). Pour lui, la plupart des femmes donnant naissance à des enfants affectés de pemphigus sont des femmes vénériennes. La syphilis, dit-il, est communiquée à l'enfant par le père ou la mère, que la mère ait été atteinte ou non.

On sait combien Dugès, dès 1821, était absolu.

Nous voyons encore M. Daëpp, médecin en chef à l'hospice des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg, où l'on reçoit plus de 4,000 enfants par an, dire que, sur ce nombre, il y en a plus de 1,000 qui souffrent de syphilis héréditaire. Celle-ci, ajoute-t-il, a pour symptômes quelquefois des taches cuivrées, une espèce de psoriasis; mais généralement un pemphigus tantôt congénital, tantôt survenu après la naissance.

Wichmann, Sachse et Merrem ont souvent vu le pemphigus chez des enfants dont les parents étaient affectés de syphilis et de blennorrhagie.

Ces faits de pemphigus chez l'enfant nouveau-né, on les trouve relatés dans l'excellente thèse soutenue en 1847, à la Faculté de Strasbourg, par le docteur Conrad Hertle (*Du pemphigus du nouveau-né et de sa nature*). Les observations dont elle est riche ont été empruntées à la clinique de M. le professeur Dubois et à la pratique de M. Stoltz, de Strasbourg.

Qu'il nous soit permis, autant pour rendre hommage à une mémoire bien chère que pour être utile à la science, de signaler seulement aujourd'hui deux faits que nous avons retrouvés dans les notes recueillies par notre frère bien regretté Henri Desruelles, qui était interne en 1844 à la Maternité, où il avait trouvé de si hautes et si amicales sympathies.

Les deux observations ont trait à des pemphigus chez deux nouveau-nés issus de mères présentant :

L'une, des cicatrices sur diverses parties du corps, traces de boutons cuivrés qu'elle dit avoir vus paraître après un contact prolongé avec un homme et que l'observation prouve être syphilitiques, puisqu'ils s'accompagnèrent de douleurs ostéocopes, etc.;

L'autre, offrant encore au moment de l'accouchement des plaques muqueuses aux parties génitales.

Nous avons eu occasion de voir un cas tout à fait analogue à ce dernier à l'hôpital Beaujon, en 1849, dans le service de nourrices dirigé par M. Baumès.

Si à ces faits on ajoute celui bien moins probant et admis, rapporté dans l'ouvrage de M. Albers, de Bonn, d'enfants nés de parents syphilitiques chez qui les pustules de la vaccine devinrent des pustules syphilitiques, on sera certainement amené avec juste raison à croire à la nature syphilitique de la maladie qui nous occupe.

Toutefois, nous nous posions les questions que nous chercherons à discuter.

Le pemphigus des nouveau-nés est-il toujours syphilitique? Nous devons le dire, ceci nous paraît encore douteux aujourd'hui.

Dans le cas où il serait une manifestation syphilitique constante,

1° Aurait-il pour caractère anatomique les abcès du thymus et du poumon?

2° Aurait-il un siége spécial et toujours le même?

3° Serait-il congénital, ou pourrait-il survenir indistinctement après la naissance?

4° Pourrait-il, après un traitement approprié sur les parents (père ou mère), source de l'infection, se manifester de nouveau avec des symptômes moins apparents ou moins externes?

Toutes ces questions et beaucoup d'autres qui feront le sujet de notre thèse, sans doute, nous chercherons à les discuter avec les faits des auteurs et des maîtres qui voudront bien nous aider de leurs conseils, de leur expérience, et avec ceux que l'observation des hôpitaux nous aura mis à même de recueillir.

— Au moment où nous finissions ces remarques, un nouveau cas bien autrement concluant se présentait à nous à l'hôpital Saint-Louis.

Le 13 juillet il naissait un enfant qui est mort, selon toute probabilité, en naissant, et qui nous présente une seule plaque de pemphigus large au-dessus de la malléole interne droite, et qui nous a offert également du pus dans le thymus, une maladie du foie toute spéciale, avec un épanchement citrin abdominal abondant.

La mère offre des antécédents syphilitiques passés très probants, que nous aurions publiés aujourd'hui si nous n'avions craint d'être trop long, et que nous publierons dans peu, M. Denonvilliers ayant eu l'obligeance de nous en laisser la faculté.

HOPITAL MILITAIRE D'AJACCIO. — M. Abeille.

De l'influence de l'engorgement de la rate, suite de fièvres paludéennes, sur les hydropisies, et sur l'hydropisie ascite en particulier.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

C'est dans le Fiumorbo que nous avons le plus observé d'engorgements de rate par suite des fièvres paludéennes. Cette contrée ne renferme qu'un seul canton, celui de Prunelli, et est, par conséquent, peu habitée. Les plaines du Fiumorbo, couvertes de vastes marécages, s'étendent de la mer au pied des montagnes du même nom. Les habitants des montagnes descendent dans la plaine pour la culture des terres et pour la récolte. Il est rare que pendant ces travaux il y en ait un seul épargné par l'infection. Voici les notes que nous a inspirées l'aspect de ces populations : l'espèce virile se présente avec une taille inférieure ; elle est assez généralement mal constituée. Beaucoup de sujets sont atteints de scrofules. Presque tous ont le facies pâle, plombé, terreux, indice de cachexie paludéenne. Quelques-uns présentent un certain degré du facies stupide qui caractérise le crétin. Nous avons, du reste, observé deux crétins accomplis dans le village de Prunelli.

Parmi les paysans du Fiumorbo, il nous est tombé entre les mains jusqu'à vingt-sept cachexies paludéennes avec rate monstrueuse. Nous avions la persuasion que nous aurions pu en trouver un nombre quatre fois plus grand encore si le temps nous l'avait permis. Sur ce nombre de vingt-sept, il y avait quatre femmes et deux enfants.

Le cas le plus remarquable de tous, et que nous citons, est celui du nommé Joacento Poldani il Siaho, jeune homme de vingt-un ans. Ce garçon a été pris par les fièvres à l'âge de neuf ans, et depuis il n'a pas passé une seule année sans les avoir. Il les conserve pendant trois, quatre, cinq et six mois d'une manière régulière tous les ans ; puis, le restant de l'année, il en a des ressentiments à des époques plus ou moins éloignées, mais ne dépassant jamais un mois.

L'abdomen a, chez lui, une conformation bizarre ; il prédomine fortement sur tout le côté gauche. La rate est nonseulement développée du haut en bas, du diaphragme au pubis, mais elle a encore une telle épaisseur d'une face à l'autre, qu'elle soulève fortement les parois abdominales du côté gauche, sans dépasser la ligne blanche, où on dirait qu'elle est soudée par des brides fibreuses solides. On ne peut lui imprimer aucun mouvement. Tout le côté droit de l'abdomen reste déprimé ; les parois en sont mollasses, flexibles au point de permettre de saisir toutes les circonvolutions intestinales déjetées dans cette portion de la cavité. Le foie semble plutôt diminué de volume qu'hypertrophié, d'après les données de la plessimétrie.

Il n'existe, chez ce jeune paysan, aucune trace d'infiltration séreuse ni du moindre gonflement dans la cavité abdominale. Les membres sont tous, au contraire, assez bien musclés, et annoncent un certain degré de nutrition.

Ce garçon-là n'est pas le seul dans cet état. Les vingt-six autres, examinés par nous, ont offert un développement à peu près identique de la rate. Dans cette contrée, personne ne traite la fièvre. Ils n'en sont exempts que quelques mois de l'année, et ils ne doivent ce bénéfice qu'à l'air de leurs montagnes, où ils restent après les récoltes. On peut dire qu'ils naissent, vivent et meurent avec les pyrexies palustres. Cependant, à leur dire, la longévité de la vie ne serait pas sensiblement diminuée par cette cachexie perpétuelle, et l'on rencontre des vieillards de soixante-dix à soixante-quinze ans, qui, depuis leur enfance, portent des rates dont l'aspect stupéfie le médecin. Les enfants sont cruellement décimés, ce qui détruit leur opinion sur la longévité de la vie prise en moyenne. Sur ces 27 cachexies paludéennes avec rate énorme, observées par nous dans le Fiumorbo, nous n'avons trouvé que deux cas d'ascite, l'un sur un enfant de dix ans, et l'autre sur une fille de vingt-deux ans. Ces deux ascites étaient en même temps accompagnées d'anasarque.

Après les habitants du Fiumorbo, ce sont ceux des montagnes qui avoisinent les plaines d'Aléria qui nous ont fourni le plus d'engorgements des viscères abdominaux par cachexie paludéenne. Ici la population est beaucoup plus considérable; on compte divers cantons qui se partagent en vastes étendues de terrain, tant plaines que montagnes, et dont la fertilité n'a rien de comparable.

Dans ces divers cantons, nous avons noté 51 cas de cachexie paludéenne avec rate excessivement volumineuse. Parmi ces 51 sujets, 9 appartenaient à la conscription et ont été exemptés du service militaire; 2 étaient du sexe féminin, 8 étaient des enfants de 5 à 14 ans; tous les autres étaient des hommes mûrs ou des vieillards.

Sur ces 51 cas d'intumescence prodigieuse de la rate, nous n'avons observé que 5 fois une ascite plus ou moins étendue, dont 3 fois avec anasarque. Comme nous ne pouvons citer toutes ces observations particulières, qui se ressemblent, du reste, presque toutes, nous n'en donnerons que deux, une avec suffusion séreuse, et une autre sans cet épiphénomène.

Gricci (Santi-Joanno), âgé de vingt ans, du canton de Cervione, est d'une constitution éminemment détériorée, d'une petite taille. Ce jeune homme, qui est ouvrier cultivateur et va tous les ans travailler dans les plaines d'Aléria, avait déjà contracté plusieurs fois la fièvre dans son bas âge. Depuis l'âge de quinze ans, il l'a eue périodiquement tous les ans, au mois de juillet ou août, jusqu'aux mois de novembre, décembre ou janvier de l'année suivante. Pendant tous ces mois, la fièvre avait des types parfaitement réguliers ; puis, tantôt plus à bonne heure, tantôt plus tard, elle dégénérait en fièvre irrégulière à accès éloignés, et enfin il en était complétement exempt pendant trois, quatre ou cinq mois. Il y avait cinq mois qu'il n'avait plus aucun accès quand nous l'avons vu. Sa figure est pâle, terreuse et bouffie; son ventre proéminent, surtout à l'épigastre, dans l'hypocondre et le flanc gauches. Les membres, le thorax et les parois abdominales ne présentent aucune trace d'infiltration. Nous pouvons saisir facilement, avec les deux mains, une rate qui, de la voûte diaphragmatique, s'étend jusqu'à la fosse iliaque gauche, qu'elle remplit en entier, s'arrêtant à la ligne blanche depuis le haut jusqu'en bas. Cet organe présente des surfaces unies et lisses. Les intestins sont refoulés à droite.

Et qu'on ne nous vienne pas objecter que l'engorgement du foie, quand il n'est constitué que par une hypérémie ou une hypertrophie pure et simple, est plus susceptible de donner naissance aux hydropisies que celui de la rate! Les chiffres sont encore là pour répondre, puisque, sur 27 sujets qui étaient atteints du double engorgement du foie et de la rate, deux seulement avaient une ascite avec anasarque. Si, sur les 73 malades restants, les suffusions séreuses ne peuvent être raisonnablement attribuées à l'engorgement de la rate, il serait ridicule de faire jouer un rôle à l'engorgement du foie sur les deux malades affectés d'hydropisie parmi les 27 qui portaient cette lésion. En effet, 2 sur 27 est une proportion bien plus faible que 5 sur 73.

Il faut donc chercher dans une lésion plus occulte, mais plus réelle, la cause des suffusions séreuses à la suite des cachexies paludéennes. Nous l'avons déjà dit, les recherches hématologiques sont venues jeter un grand jour sur cette question. Les analyses du sang faites par MM. Becquerel et Rodier, et par nous dans quelques cas semblables, avaient déjà prouvé qu'il y a une altération du liquide sanguin, l'anémie albuminurique. Cette découverte, tout en mettant en évidence le rôle que peut jouer cette altération dans la production de ces hydropisies, ne détruisait pas d'une manière absolue l'influence des engorgements des viscères abdominaux à leur égard ; car, d'une part, on pouvait objecter que, si dans les cas expérimentés il y avait anémie albuminurique, cette cause de suffusion séreuse ne faisait peut-être que s'ajouter à celle déjà existante (l'engorgement de la rate), et, d'autre part, on pouvait alléguer que, dans une foule d'autres cas, il pouvait bien n'y avoir qu'engorgement pur et simple des viscères abdominaux, sans anémie albuminurique, comme cause d'hydropisie. Aujourd'hui, d'après les recherches auxquelles nous venons de nous livrer, toute objection est impossible. Si l'analyse du sang prouve que dans les hydropisies par cachexie paludéenne il y a anémie albuminurique, c'est-à-dire la lésion la plus apte à engendrer les suffusions séreuses ; si, sur cent cas d'engorgement extrême de la rate et quelquefois du foie concurremment, sept seulement présentent des traces d'hydropisie, évidemment ce ne sont pas ces engorgements qui sont cause de l'épiphénomène ; mais il faut le rattacher rigoureusement à l'altération du sang.

Comment se fait-il maintenant que, sur cent sujets en apparence dans les mêmes conditions, sept seulement présentent cette altération du sang au degré suffisant pour déterminer la suffusion séreuse? Nous ne nous sommes pas chargé de résoudre le problème. Cependant, en consultant les faits, nous pouvons arriver à quelques probabilités. Sur nos sept hydropiques, il en est un qui est pris de suffusion séreuse presque aussitôt après qu'il a eu deux accès pernicieux, et cela quand il avait été longtemps affecté d'accès de fièvres ordinaires.

Personnellement nous avons rencontré de l'albuminurie dans plusieurs cas, à la suite de forts accès de fièvre. Eh bien! si, dans ce cas-ci, l'albuminurie a eu lieu après les deux accès pernicieux, cette fuite instantanée de l'albumine au dehors a été suffisante pour entraîner au degré nécessaire l'altération du sang préparée de longue main par la détérioration de tout l'organisme à la suite des fièvres prolongées.

Dans les six autres cas, nous voyons des sujets qui ont eu moins de répit que les autres durant les années qu'ils ont été affectés de fièvres intermittentes ; quelques-uns même les ont gardées constamment, restant sans cesse exposés aux effluves délétères et n'allant pas se retremper pendant quelques mois à l'air de la montagne. Quoi d'étonnant que chez eux, les miasmes étant continuellement absorbés, se trouvant dans l'organisme à l'état de saturation, quoi d'étonnant, disons-nous, qu'il ait surgi au degré nécessaire cette altération du sang à laquelle les autres se seront soustraits par le changement de vie, d'habitude et de climat! Et puis les divers degrés de force de réaction ne viennent-ils pas en aide pour expliquer encore cette différence?

Chez certains fébricitants, il survient une albuminurie plus ou moins durable à la suite des accès ; si cette albuminurie n'entraîne pas à elle seule l'anémie albuminurique, elle lui donne au moins le dernier essor. Déjà nous avons pu observer deux faits où l'anasarque a apparu après cette albuminurie, et nous sommes à la recherche d'autres semblables. Le premier de ces faits a été observé à l'hôpital du Val-de-Grâce en 1850; le second nous est tombé sous la main depuis notre séjour à Ajaccio. Le voici :

Giannoni (Joseph), conscrit non incorporé, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution au-dessous de la moyenne, à teint pâle, à aspect anémique, entrait le 18 janvier à l'hôpital d'Ajaccio pour des fièvres paludéennes récidivées.

Ce jeune conscrit avait contracté ces fièvres quatre ans auparavant dans les plaines d'Aléria; il les avait conservées tous les mois de juillet, août, septembre et octobre, puis les avait guéries par l'influence de l'air de la montagne. Chaque année suivante, il contracta la fièvre à la même époque, dans les mêmes plaines et la garda autant de temps. Il venait s'embarquer à Ajaccio pour rejoindre son régiment en France, quand il entra à l'hôpital pour trois nouveaux accès qu'il venait d'avoir. Entré le 18, il eut deux accès successifs sous le type quarte. A son entrée, il ne présentait ni ascite ni anasarque. La rate avait 12 centimètres de haut en bas et 19 transversalement. Les urines, analysées tous les jours, ne présentaient pas de traces d'albumine, lorsque le 24 au matin elles devinrent fortement albumineuses. Nous prédîmes alors une anasarque prochaine. Les urines continuèrent à être albumineuses seulement les 25, 26 et 27. L'anasarque apparut avec rapidité et ne résista qu'un mois au traitement convenablement employé.

Le foie descend plus bas que d'habitude et se prolonge jusqu'à l'épigastre, où il devient tangeant à la rate. Tous nos moyens d'exploration ne nous font pas découvrir de trace de sérosité épanchée dans le ventre; toutes les fonctions s'exécutent bien, et le malade nous assure qu'il n'est pas incommodé par la *metsa* (rate).

Pedro-Joanne Durastan, du canton de Piétra, est également un jeune homme de vingt ans. Sa taille est au-dessus de la moyenne. On le dirait doué d'embonpoint si l'on ne s'apercevait de suite à la bouffissure du visage et à son teint pâle et terreux qu'il doit être infiltré. Il y a trois ans qu'il contracta la fièvre pour la première fois. Il était alors garçon dans une belle ferme qui se trouve sur un mamelon aux confins des plaines d'Aléria. Au lieu de se retirer aussitôt sur la montagne, il continua à habiter la ferme. Comme la fièvre avait le type tierce, il se livrait aux travaux des champs le jour où l'accès ne venait pas. Pendant dix-huit mois il mena ce genre de vie ; enfin, il fut pris de deux accès plus forts et plus longs que tous les autres avec délire : c'étaient deux accès pernicieux. A la suite de ces deux derniers accès, il resta dans un état d'anéantissement complet et ne rentra que longtemps après dans son village. Il était alors infiltré comme il l'est encore aujourd'hui. Son état de faiblesse profonde se prolongea fort longtemps, sa position de famille ne lui permettant pas de se donner les soins convenables. Depuis trois mois, il se sent mieux; ses forces reviennent un peu; mais, comme nous l'avons dit, il porte une infiltration générale, qui s'étend même jusqu'à la conjonctive.

Le ventre est volumineux, saillant. La palpation et la percussion permettent de constater dans cette cavité la présence d'un liquide assez abondant. Les deux mains, en déprimant un peu fortement les parois abdominales, peuvent embrasser une rate volumineuse qui descend jusqu'à l'épine iliaque gauche et remplit tout le côté de la cavité pelvienne. La percussion donne dans l'hypochondre droit un son général qui s'étend dans le diamètre vertical bien au delà des limites normales tant supérieurement qu'inférieurement. Ce malade a eu de la diarrhée pendant plus d'un mois. Il en est débarrassé aujourd'hui; mais la lenteur de ses mouvements, l'apathie de son caractère, tout indique qu'il est encore dans un état de faiblesse considérable.

Nous avons besoin de finir et de conclure, car nos observations, toutes à peu près semblables, ne pourraient être rapportées en détail sans causer de l'ennui. Il nous a suffi d'en citer quelques-unes.

On voit que l'occasion ne pouvait être plus belle pour nous qu'un conseil de révision parcourant tous les points de la Corse pour tomber sur une centaine de sujets à rate très volumineuse par suite des fièvres paludéennes. Il est bien entendu que, si, au lieu de rates s'étendant du diaphragme au pubis et occupant tout le côté gauche du ventre, nous avions voulu nous contenter de rates doublées, triplées et même quadruplées de volume, nous aurions pu dans certaines contrées trouver les deux tiers de la population présentant de pareils cas.

Sur les 100 sujets que nous avons vus, un certain nombre avaient également un engorgement plus ou moins considérable du foie (27), et chez eux les intestins étaient refoulés dans un espace assez restreint et comprimés. Maintenant combien en avons-nous trouvé sur le même nombre qui, à une époque ou à l'autre, d'après le commémoratif ou d'après la phénoménalité présente, avaient offert ou offraient encore des traces de suffusions séreuses généralisées ou d'ascite? Sept. De ces sept hydropiques, trois avaient une ascite sans autre suffusion séreuse et quatre une ascite avec anasarque. L'un de ces derniers, au moment de notre examen, portait encore les

traces toutes fraîches de l'opération de la paracentèse qu'il avait subie depuis peu.

Sept hydropiques sur cent individus porteurs d'engorgements monstrueux de la rate et souvent du foie par suite des fièvres de marais, et porteurs de ces engorgements pour la plupart depuis des années, quelques-uns même depuis l'enfance, voilà à coup sûr des matériaux suffisants pour établir la part d'influence que prennent les hypertrophies de la rate et du foie sur ces sortes de suffusions séreuses.

Ainsi que nous l'avons dit en débutant, ces chiffres offrent une précision mathématique quant aux données à en déduire. On ne nous objectera pas la difficulté du diagnostic pour reconnaître les engorgements ; les mains les plus grossières n'auraient qu'à palper, et elles ne s'y tromperaient pas. La difficulté est plus sérieuse, il est vrai, pour reconnaître une quantité plus ou moins minime de sérosité épanchée dans la cavité péritonéale. Mais nous avons assez d'habitude dans ces sortes d'explorations pour nous flatter que, dans aucun cas, nous n'avons pu errer grossièrement.

Si sept fois seulement sur cent nous avons trouvé une ascite soit seule, soit compliquée d'anasarque sur des individus porteurs exactement des mêmes lésions, c'est-à-dire d'engorgements des viscères abdominaux au même degré, et presque depuis aussi longtemps les uns que les autres, certes, il ne viendra plus à l'idée de personne d'accuser cet engorgement d'être cause de ces suffusions séreuses.

En terminant, nous devons ajouter quelques considérations qui, si elles ne se lient pas étroitement à notre sujet, offrent du moins un grand intérêt pratique.

Tout le monde connaît le système de M. le professeur Piorry sur le rôle de la rate dans les fièvres intermittentes. Nous sommes personnellement, il le sait, un des zélés admirateurs de ce savant maître; cependant nous ne pouvons nous empêcher de dire que son système reçoit un échec sérieux dans l'examen que nous venons de faire. Sur les cent malades par nous observés, quatre-vingt-sept restent, malgré le volume énorme de leur rate, quatre, cinq, six mois sans ressentir aucun accès de fièvre, jusqu'à ce que, quittant leurs montagnes, qui, par l'air vif et pur qui y règne, leur procurent la guérison, ils viennent de nouveau contracter la même maladie par une intoxication nouvelle. Il ne peut rien y avoir de plus probant contre le rôle attribué à la rate dans les fièvres d'accès.

Si nous faisons un tableau comparatif de ce qui se passe en Corse chez les habitants de la campagne dans certaines contrées, et chez ceux des villes telles qu'Ajaccio, nous voyons que les premiers; qui ne font généralement pas de traitement, conservent la fièvre jusqu'à ce que, gagnant les montagnes, ils s'en débarrassent par le changement d'air; tandis que les derniers, tout en subissant une intoxication moindre à cause des précautions qu'ils prennent, tout en se traitant immédiatement, ont des rechutes très fréquentes, et conservent souvent la fièvre des années entières.

L'habitation sur des montagnes élevées, exemptes de toute importation de miasmes, serait-elle donc le meilleur traitement des fièvres invétérées? Les faits le démontrent.

Nous avons observé en Corse une certaine corrélation entre la fièvre paludéenne et la scrofule. Qu'on ne se révolte pas trop à cet énoncé. Généralement nos auteurs se sont complu à écrire que la scrofule, la phthisie pulmonaire règnent peu dans les pays chauds. La Corse, entre autres, jouirait, d'après quelques-uns, d'une remarquable immunité à cet égard. Hélas! combien d'erreurs se sont débitées et se débitent encore, et cela sur la foi des traités.

N'a-t-on pas vu, dans ces dernières années, un de nos plus distingués confrères, M. Boudin, vouloir établir une loi d'antagonisme entre la fièvre paludéenne et la phthisie pulmonaire?

Si les plus modernes de ces auteurs avaient pu faire une descente en Corse, ce pays si voisin de la France; s'ils avaient pu parcourir comme nous ces localités infectées par les fièvres de marais, ils auraient pu se convaincre que la scrofule et les tubercules sont les fléaux qui déciment le plus ces populations.

Quel démenti donné aux médecins chimistes qui disent que le littoral est un préservatif de la scrofule, à cause des émanations iodées qui se dégagent continuellement de la surface de la mer! La ville d'Ajaccio, que nous connaissons à fond et qui plonge dans la mer presque en totalité, se charge de ce démenti.

Il n'y a pas de population qui présente autant de scrofules que celle qui borde la côte orientale de la Corse, et cependant il y a peu de pays où la fièvre paludéenne règne avec plus d'activité. Ajaccio, sur la côte occidentale, se signale par le même vice. Les personnes du sexe en sont plus spécialement affectées. Dans cette ville, sur six décès, on peut hardiment compter deux tuberculeux, et cependant Ajaccio éprouve annuellement des endémies de fièvres palustres, Ajaccio, comme nous le disions, a les deux tiers de ses murs dans les eaux de la mer.

Pour nous qui, en qualité de médecin cosmopolite, avons observé et exercé en baucoup de points différents, nous avons été frappé, en parcourant ce pays, de la différence complète entre ce qu'ont écrit les auteurs et ce qui existe, entre ce que nous avons observé sur divers points de la France et ce que nous voyons en Corse.

Il y a ici toute une immense question à étudier sous le rapport étyologique, puisque, d'après les premiers aperçus généraux et les lois qu'on croit le mieux connaître, la Corse devrait se trouver dans des conditions topographiques qui sembleraient exclure la scrofule comme la phthisie pulmonaire.

Arnicine,

NOUVELLE BASE ORGANIQUE EXTRAITE DE L'ARNICA MONTANA,

Par M. WILLIAM BASTICK.

C'est en appliquant aux fleurs de l'*arnica montana* le procédé qu'il avait employé pour extraire la lobeline du *lobelia inflata* que ce chimiste est parvenu à préparer l'arnicine. Cette substance possède une forte réaction alcaline; elle se combine avec les acides et forme une série de sels. Elle se décompose par l'action d'une haute température et laisse un résidu charbonneux; elle n'est donc pas volatile. Quoiqu'elle n'ait pu encore être obtenue cristallisée, en raison de la petite quantité qui s'est trouvée à la disposition de l'auteur, cependant tout fait croire à ce dernier qu'elle est susceptible de prendre une forme définie. Sa saveur est légèrement amère, sans âcreté; elle a l'odeur du castor. La teinture de noix de galle la précipite en flocons de la solution aqueuse de ses sels. Elle est légèrement soluble dans l'eau, beaucoup plus soluble dans l'alcool et dans l'éther. Les alcalis caustiques en opèrent la décomposition.

L'hydrochlorate d'arnicine, bien dépouillé de toute matière colorante au moyen du charbon animal, se présente sous la forme de cristaux transparents aciculaires et disposés en étoiles.

Les effets thérapeutiques de cette base restent encore à déterminer. Sans aucun doute cette substance n'a pas été examinée d'une manière complète; mais cette tâche ne peut être accomplie qu'en opérant sur une quantité de fleurs beaucoup plus grande que celle qui a servi à M. W. Bastick pour faire ses premiers essais.

L'étude physiologique et thérapeutique de l'arnicine est très digne d'intérêt, car l'arnica est lui-même un médicament assez actif. (*Journ. de Chim. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 juillet 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle ne comprend que deux lettres du ministre du commerce : l'une relative à une demande de rapport sur un appareil sudorifère imaginé pour traiter les cholériques, l'autre à un produit végétal importé de la Chine et extrait d'un arbuste appelé *gambier*, dont les médecins chinois se servent avec succès pour la guérison de diverses maladies et en particulier des fièvres intermittentes.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La famille de M. Mougeot, correspondant de l'Académie à Chaumont, annonce la mort de ce médecin.

Suette.

M. Sabatier, de Pézénas, adresse une notice imprimée sur l'épidémie régnante de suette. (Commission des épidémies.)

Liquide de l'oreille.

M. Deschamps, d'Avallon, adresse une note dans laquelle il expose les résultats d'une analyse qu'il vient de faire d'un liquide qui s'est écoulé par l'oreille d'un homme qui avait une fracture de la base du crâne. Voici, d'après M. Deschamps, la composition de ce liquide, qui était incolore, inodore, d'une saveur salée et donnait une réaction alcaline au papier tournesol :

Eau	98,899
Albumine . . . . Matière grasse. . . . . Osmazome. . . . . Matière qui réduit l'oxyde de cuivre. . .	00,183
Sels de chlorure potassique, chlorure sodique, — de sulfate sodique, phosphate sodique. — de carbonate sodique.	00,918
	100,000

(Commissaire : M. Bussy).

RAPPORTS.

Colique végétale.

M. Gaultier de Claubry aîné lit un rapport étendu sur un mémoire relatif à la colique végétale. Remercîments à l'auteur. — Adopté.

Fonctions du cerveau.

M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. Voisin relatif à l'*analyse de l'entendement humain*. Ce mémoire, tout philosophique, est écouté avec une attention soutenue. — Conclusions adoptées.

Pemphigus des nouveau-nés.

La parole est à M. Lagneau et ensuite à M. Cazeaux pour la continuation de la discussion sur la syphilis des nouveau-nés.

M. Cazeaux présente une réfutation étendue du discours de M. P. Dubois. Nous regrettons de n'avoir point été mis à même de reproduire textuellement ce remarquable discours. Mais nous nous réservons d'en présenter l'analyse et la critique dans un prochain numéro, dès que nous aurons pu méditer le travail de l'habile académicien.

Luxation du cristallin.

M. H. Larrey présente un cas fort curieux de luxation du cristallin. Le malade qui fait l'objet de cette présentation devant être soumis à l'examen et à l'avis de la Société de Chirurgie, nous croyons inutile d'entrer aujourd'hui dans de plus grands détails.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 juillet 1851. — Présidence de M. RAYER.

Appareils électriques de la torpille et de la gymnote.

M. Jobert (de Lamballe) communique un mémoire intitulé : *Considérations sur les appareils électriques de la torpille, de la gymnote*, etc. Il résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Tous les appareils électriques se ressemblent par leur structure, ce qui suppose une analogie complète de fonctions.

2° Tous les appareils réellement électriques ont un tissu propre qui ne diffère, dans chaque animal, que par des nuances qui ont trait à la forme des granulations, au volume de l'appareil électrique, au volume des nerfs, à la disposition des membranes d'enveloppe.

3° Le tissu propre de la gymnote diffère de celui de la torpille non par la nature, mais par la forme de la granulation, qui est ronde dans la seconde, et aplatie dans la première.

4° Les nerfs qui se rendent aux appareils électriques ne leur sont pas exclusivement destinés, puisqu'ils envoient des rameaux à toutes les parties environnantes. Les nerfs de la torpille viennent de la cinquième paire, et ceux de l'organe électrique de la gymnote viennent des nerfs spinaux.

5° Il n'y a donc pas de nerfs spéciaux pour l'appareil électrique.

6° Tous les nerfs sont gros à leur première division, et se terminent en pinceau après avoir été disposés d'abord dichotomiquement.

7° Les nerfs de la gymnote sont indivis jusqu'à la première cloison de séparation.

8° Le fluide électrique n'est donc pas fourni par les nerfs seuls qui se distribuent dans d'autres organes que l'appareil électrique, et il paraît évidemment être le résultat de l'action complexe de l'appareil lui-même.

Epilepsie.

M. Pellotier, transporté de Lorgues à la Casbah, de Bone, envoie un mémoire sur l'épilepsie, qu'il considère comme provenant de l'affaiblissement ou du dérangement des fonctions du cervelet. Le remède qu'il propose consiste à appliquer un vésicatoire entre le cervelet et les vertèbres.

— M. Baudens adresse une relation de l'opération d'extraction du maxillaire supérieur dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SUITE DE LA CINQUIÈME LEÇON (1).

Influences morbifiques du froid. — Le premier effet du froid est de produire le *refroidissement*, qu'il ne faut pas confondre avec la *sensation de froid*; celui-là est essentiellement constitué par un abaissement de la température animale, tandis que celle-ci, depuis son premier degré appelé *algor* jusqu'à son dernier appelé *rigor*, et en passant par ses deux degrés intermédiaires nommés *horripilatio* et *horror*, peut n'être qu'une perception cérébrale produite par un simple trouble de l'innervation ou de la circulation capillaire périphérique, et coïncidant soit avec le maintien de la température du corps, soit même avec un excès de calorification, ainsi que cela a lieu pendant la période algide de la fièvre intermittente simple, M. Gavarret ayant démontré, comme vous le savez, que le frisson le plus violent est accompagné, dans ce cas, d'une élévation de la température animale physiologique.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'on ne saurait accepter les assertions de Cullen et de M. Barbier, qui prétendent que l'air atmosphérique n'agit comme agent frigorifique sur l'homme qu'au-dessous de + 13 ou 14° + R. Cette évaluation ne repose que sur la sensation de froid qui varie suivant les individus et une foule de circonstances se rattachant aux vêtements, à l'exercice, etc. Quel est l'homme, dit M. Gerdy, qui pourrait demeurer immobile, à l'ombre, à une température de + 15° sans être bientôt transi de froid?

Le thermomètre tout seul permet de constater avec précision et certitude l'existence et le degré du refroidissement; la sensation accusée par le malade n'a, comme nous l'avons dit, aucune valeur, et la main de l'observateur est un instrument infidèle et insuffisant. Il est évident, d'abord, qu'il n'indique jamais la température absolue du sujet exploré, mais seulement le rapport qui existe entre sa température et celle de l'explorateur; d'un autre côté, il ne mesure que la température de la peau, qui n'est point toujours en rapport avec la température générale, car on la trouve souvent froide pendant le frisson de la fièvre intermittente et parfois chaude sur des enfants atteints de scélérème, chez lesquels le thermomètre placé sous l'aisselle ne marque plus que + 31° en moyenne, 33° au maximum, et 22° au minimum; de telle sorte, dit M. Roger, auquel nous devons ces intéressantes recherches, qu'à ce degré extrême l'enfant devient presque un animal à sang froid.

Le refroidissement du corps ne s'opère pas également sur tous les points; il se montre d'abord sur les parties les plus éloignées du centre circulatoire, sur les pieds et les mains; c'est là qu'il atteint le plus tôt son maximum, et qu'on observe en premier lieu la congélation et la gangrène. Chez l'homme couvert de vêtements, ce sont les parties non protégées qui sont atteintes les premières, et en Russie, par exemple, on observe très fréquemment la congélation du nez, des joues, des oreilles, du pénis, de la moitié du bras ou de la jambe. Fab. de Hilden avait déjà décrit avec beaucoup d'exactitude la gangrène produite par le froid. Larrey et Desgenettes n'ont eu que trop souvent l'occasion de l'étudier sur nos malheureux soldats pendant la campagne de Russie, et vous en trouverez une description détaillée dans le *Compendium de médecine pratique*.

Enfin, messieurs, le froid, comme la chaleur, devient par lui-même une cause de mort, celle-ci étant attribuée par les uns à une asphyxie, par les autres à une action stupéfiante exercée sur le système nerveux.

La mort a lieu de différentes manières; parfois elle est précédée d'un engourdissement très douloureux, de contractures des membres, de difficulté de parler, de faiblesse ou de perte de la vue, d'une espèce d'idiotisme, de l'émission involontaire de l'urine; la marche devient vacillante; le transi chancelle comme un ivrogne et finit par tomber, la chute étant le signe certain d'une mort prochaine. D'autres fois, dit M. Gerdy, la mort des transis a quelque chose de délicieux; le froid les plonge dans un engourdissement qui les invite au sommeil et les y entraîne par l'attrait irrésistible d'un repos plein de charmes; ils s'y abandonnent, en effet, avec passion, lors même qu'ils savent très bien que ce perfide sommeil les conduit à une mort assurée. Salander, compagnon de Cook dans son excursion à la Terre de Feu, soumis à un froid excessif, préférait une mort pleine de volupté aux angoisses de la marche, et il fallut l'entraîner de vive force.

Vous savez, messieurs, quels effets désastreux le froid a souvent

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3; 10, 17, 28 juin; 5 juillet.

produits sur les armées ; Xénophon , Quinte-Curce , Voltaire, les historiens de la campagne de Russie, vous les ont fait connaître ; mais il ne faut point perdre de vue, toutefois, que le plus souvent il s'agit ici d'un modificateur complexe, et qu'au froid atmosphérique viennent se joindre la fatigue, l'insuffisance de l'alimentation et surtout la démoralisation qui accompagne la défaite et la retraite.

L'action pathogénique du froid agissant isolément et par lui-même n'est pas exactement connue. Sous l'influence d'un froid atmosphérique vif et sec, les membranes muqueuses labiale et nasale se gercent, se déchirent, et les fissures très douloureuses qui en résultent laissent souvent écouler une quantité plus ou moins considérable de sang; les pieds et les mains deviennent le siége d'érysipèles phlegmoneux connus sous le nom d'engelures ; on a considéré le froid comme favorisant le développement des tubercules pulmonaires; M. Flourens dit avoir produit la phthisie pulmonaire chez des poulets soumis à un froid artificiel très vif; les singes transportés des pays chauds dans nos climats meurent presque tous phthisiques; Thielman a montré que la phthisie est très fréquente en Russie et en Suède : sur 1,000 décès, 63 sont le résultat de cette maladie; mais la phthisie est-elle plus fréquente dans les pays froids que dans les pays chauds? MM. Andral, Louis, Clark n'osent pas l'affirmer, et Crichton, Harwood et Orion se prononcent pour la négative. On a attribué au froid le développement de la plupart des phlegmasies : de l'ophthalmie, du coryza, de l'angine, de la bronchite, de la pleurésie, de la pneumonie, du rhumatisme, de l'urétrite, de la fièvre puerpérale, celui de la fluxion des pieds, des oreillons, des névralgies; mais il n'est pas démontré que dans ces circonstances le froid ait agi seul; presque toujours, en effet, le modificateur est complexe; à l'action du froid est réunie celle du vent, d'un courant d'air, de l'humidité; ou bien il s'agit d'une alternative, d'une variation brusque de température; ou bien, enfin, il se présente une circonstance particulière, comme, par exemple, l'état de sueur, d'élévation de température animale dans lequel se trouve le sujet soumis à l'action du froid. Les auteurs n'ont point tenu compte de cette distinction importante; ils réunissent dans un même paragraphe et attribuent exclusivement au froid les accidents qui se développent dans les circonstances très différentes, très complexes que nous venons de vous indiquer, et ils vont même jusqu'à comprendre dans cette étude, sous le nom d'*action du froid transmis par les liquides*, les effets produits soit par les différentes applications extérieures d'eau froide, soit par l'ingestion de ce liquide.

Je n'ai pas besoin de vous dire, messieurs, combien cette manière de procéder est vicieuse; il n'est d'ailleurs plus possible de la maintenir dans l'état actuel de la science, car la médication dite hydrothérapique a montré la différence énorme qui sépare l'influence du froid atmosphérique de celle des applications extérieures d'eau froide.

Nous séparerons avec soin les éléments hétérogènes que l'on a si malencontreusement confondus; en nous occupant de l'humidité, nous étudierons son action suivant qu'elle est associée à la chaleur ou au froid; l'étude des vents nous conduira tout naturellement à celle des effets de l'air agité, des courants d'air; dans le chapitre consacré aux agents physiques divers, nous vous parlerons des applications extérieures d'eau froide ou chaude; ici nous n'aurons à vous parler que des variations de température, des alternatives de chaleur et de froid atmosphériques, et des effets du froid atmosphérique sur l'homme dont la température animale a été élevée et dont la peau est couverte de sueur.

Il résulte de ce qui précède qu'un froid atmosphérique modéré est favorable à la santé, à l'exercice actif de toutes les fonctions; mais que son action n'est bienfaisante qu'autant qu'elle s'exerce sur un sujet jeune, robuste, bien nourri, ayant les organes de la respiration et de la circulation dans un parfait état d'intégrité. Dans les circonstances opposées, une chaleur modérée doit au contraire lui être préférée, ainsi que nous le verrons quand nous nous occuperons des climats. C'est à ce moment aussi que nous étudierons les influences curatives exercées par le froid atmosphérique; quant aux applications thérapeutiques du froid artificiel, elles n'ont guère l'air atmosphérique pour agent, et nous en parlerons lorsque nous traiterons des boissons et des applications extérieures d'eau froide.

Variations de la température atmosphérique.

L'activité de la respiration et de la combustion augmentant ou diminuant suivant le degré de la température atmosphérique, on comprend que les variations *brusques et étendues* de cette dernière ne peuvent pas être sans inconvénients pour l'organisme. Un choc qui diminue le mouvement d'une machine, dit M. Wurtz, peut aussi en troubler le jeu, et il doit en être de même pour un organe aussi délicat que le poumon lorsqu'il est obligé de modifier brusquement le rhythme de ses fonctions.

Les variations atmosphériques ont été considérées comme favorisant le développement de la phthisie pulmonaire, qui, selon M. Andral, est rare dans les pays à climat constant, quelle qu'en soit la latitude, tandis qu'elle est très fréquente dans les contrées où l'on observe de grandes variations atmosphériques. A cette assertion, M. Louis oppose les faits suivants :

La phthisie pulmonaire est aussi commune à Malte, dont le climat est remarquable par sa constance, qu'aux îles Ioniennes, où il existe de grandes variations atmosphériques; ces îles sont placées dans les mêmes conditions atmosphériques que la Jamaïque, et cependant la phthisie est plus fréquente dans celle-ci que dans les autres.

Si vous vous souvenez de ce que nous avons dit à propos des climats extrêmes, vous serez conduits à conclure que les diverses conditions de la température atmosphérique n'exercent pas une influence appréciable sur le développement de la phthisie pulmonaire, et que cette funeste maladie a le privilége de décimer également les contrées les plus diversement partagées à cet égard.

Monro, Zimmermann, Moseley, Stoll, Desgenettes, presque tous les Nosographes considèrent les variations atmosphériques comme une cause puissante de diarrhée et de dysenterie; à Ceylan, à Batavia, à Java, où l'on observe presque constamment des variations de température de 40° dans les vingt-quatre heures, la dysenterie règne d'une façon à peu près permanente; elle est endémique en Bohême, en Galicie, dans la Moldavie, la Bulgarie, etc.

Enfin, les variations atmosphériques diurnes considérables sont rangées par M. Audouard au nombre des causes les plus énergiques de l'intermittence, et M. Voillemier les considère comme l'une des causes les plus puissantes des affections puerpérales.

Influences exercées par le froid atmosphérique sur l'homme en sueur.

Malgré les dénégations de MM. Chomel, Louis, Requin, Grisolle, il est impossible de ne pas admettre, avec MM. Bouillaud, Andral, Cruveilhier et la plupart des observateurs, qu'un grand nombre de phlegmasies, et spécialement la bronchite, la pleurésie, la pneumonie, le rhumatisme articulaire ou musculaire, se développent sous l'influence du froid atmosphérique mis en contact avec un homme dont la température est élevée, dont le corps est couvert de sueur. Vous savez tous combien ces maladies sont fréquentes pendant l'hiver et combien elles sévissent sur les sujets qui s'exposent au froid atmosphérique en sortant d'une grande réunion, d'une salle de spectacle, d'un bal, d'un lieu, en un mot, où une température très élevée a provoqué la diaphorèse. Sur 52 cas de rhumatisme, M. Bouillaud a pu en attribuer 34 à cette influence, et il en a été de même pour 16 pneumonies sur 26.

Telles sont, messieurs, les considérations que nous voulions vous présenter ici sur la température atmosphérique considérée dans ses rapports avec l'organisme; nous les compléterons lorsque nous traiterons des saisons et des climats.

Bibliographie.

KAEMTZ. *Cours complet de météorologie*, trad. par Ch. Martins. Paris, 1843.

WURTZ. *De la production de la chaleur dans les êtres organisés.* (Thèse d'agrégation pour les sciences accessoires. Paris, 1847.)

DAVY. *Observ. sur la température de l'homme et des animaux de divers genres.* (In *Ann. de chimie et de physique*, 1826, t. XXXIII, p. 181.) — *Sur la température du corps humain dans divers climats.* (Même recueil, 1823, t. XXII, p. 433) — *Obs. diverses sur la température animale.* (Même recueil, 1845, t. XIII, p. 174.)

TILLET. *Sur les degrés de chaleur auxquels les hommes et les animaux sont capables de résister.* (In *Histoire de l'Acad. roy. des sciences*, 1767, p. 16.)

CHANGEUX. *Sur la puissance attribuée au corps animal de résister à des degrés de chaleur supérieurs à sa température.* (In *Journ. de physique*, 1776, t. VII, p. 57.)

BLAGDEN. *Nouvelles expériences et observations faites dans une chambre chaude.* (In *Journ. de physique*, 1778, t. XIII, p. 122.)

DELAROCHE. *Expér. sur les effets qu'une forte chaleur produit dans l'économie animale.* (Th. de Paris, 1806, n° 11.) — *Mémoire sur la cause du refroidissement qu'on observe chez les animaux exposés à une forte chaleur.* (In *Journ. de physique*, 1810, t. LXXI, p. 289.)

EDWARDS. *De l'influence des agents physiques sur la vie.* Paris, 1824.

LETELLIER. *Influence des températures extrêmes de l'atmosphère sur la production de l'acide carbonique dans la respiration des animaux à sang chaud.* (*Ann. de ch. et de phys.*, 1845, t. XIII, p. 478.)

ROGER. *De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique.* Paris, 1844-1845.

MAGENDIE. *Leçons sur la température animale.* (In l'*Union médicale*, 1850, t. IV, p. 183.)

J. GUYOT. *Mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique.* (In *Arch. génér. de Méd.*, 1835, t. VIII, p. 273.) — *Traité de l'incubation et de son influence thérapeutique.* Paris, 1840.

LA CORBIÈRE. *Traité du froid.* Paris, 1839.

COSSY. *Mémoire sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les préparations alcalines jointes à une température élevée.* (In *Arch. génér. de Méd.*, 1844, t. VI, p. 431.

L. FLEURY. *Rech. et Obs. sur les effets et l'opportunité des divers modificateurs dits hydrothérapiques.* (In *Arch. génér. de Méd.*, 1848, t. XVIII, p. 257.)

CHAIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

vacante à l'Ecole de Médecine de Reims.

PROGRAMME DU CONCOURS.

1re ÉPREUVE. — *Titres antérieurs.*

2e ÉPREUVE. — *Anatomie descriptive* : Leçon de 45 minutes sur une préparation anatomique faite en 5 heures sur un sujet choisi par le candidat.

3e ÉPREUVE. — *Physiologie* : Leçon de 45 minutes, après 24 heures de préparation, sur une question de physiologie tirée au sort, et qui sera la même pour les candidats entendus le même jour.

4e ÉPREUVE. — *Anatomie et physiologie* : Dissertation écrite en 6 heures sur une question d'anatomie et de physiologie tirée au sort, et qui sera la même pour tous les candidats.

5e ÉPREUVE. — *Argumentation* : Argumentation sur la question écrite, pendant 40 minutes, par deux candidats, et, à défaut de candidats, par les deux plus jeunes membres du jury.

Après chaque épreuve, la valeur en sera immédiatement appréciée, en chiffres, par le jury.

Nota. — Le concours s'ouvrira du 16 au 20 août prochain.

Le directeur de l'Ecole de Médecine,
HANNEQUIN.

Le secrétaire de l'Ecole de Médecine,
PHILLIPPE.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 83. — SAMEDI 19 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 83. — SAMEDI 19 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 18 JUILLET 1851.

Quelques réflexions sur le concours en général,

A PROPOS DU DERNIER CONCOURS DE PATHOLOGIE INTERNE OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le concours qui vient de se terminer par la nomination de M. Requin à la chaire de pathologie interne complète un enseignement commencé depuis longtemps. Si nous avons tardé à mettre en lumière la moralité qui nous paraît découler naturellement de ce concours et de plusieurs de ceux qui l'ont précédé, c'est d'abord parce que nous ne voulions point paraître porter atteinte à une nomination laborieusement, honorablement conquise, juste peut-être, et que nous savions d'ailleurs devoir être discutée ultérieurement, au point de vue de sa légalité réglementaire, par notre savant et habile collaborateur M. L. Fleury.

Un autre motif nous engageait à différer nos réflexions. La *Gazette des Hôpitaux*, fidèle aux principes de justice et de libéralisme qui présidèrent à sa fondation, avait, en toute occasion, consacré ce qu'elle possédait de talent et d'autorité à la défense d'une institution qui semblait pouvoir et devoir être l'équité même. Quoi de plus capable, en effet, de séduire les cœurs droits et les esprits logiques, quoi de plus propre à exciter les sentiments généreux que l'institution du concours, quand on la considère au point de vue de la théorie!

Mais, hélas! que la théorie est loin de la pratique, et que celle-ci ménage de désillusions aux hommes qui ne savent point tout d'abord faire la part des passions humaines. Personnellement, il y avait longtemps que les désillusions ne pouvaient plus nous atteindre; mais ce n'était point un motif suffisant pour nous faire parler. Avant de substituer notre opinion à celle qui avait longtemps présidé à la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons voulu attendre le moment où la force des choses aurait ramené à nous tous ou presque tous les hommes sérieux, impartiaux et pratiques. Nous avons voulu attendre le moment où, au lieu d'être l'instigateur des atteintes que le concours aurait à subir, nous ne serions plus que l'écho de la raison publique.

Ce moment est venu.

Entre autres preuves, en voici une qui ne saurait faire équivoque :

Un journal déjà grave par son mode de publicité, plus grave par son caractère et par la réserve habituelle de sa rédaction, un journal qui a longtemps aussi défendu le concours, les *Archives générales de Médecine* commencent par ces mots le compte-rendu de celui qui vient de se terminer devant la Faculté :

« Institué tel qu'il est, le concours est depuis longtemps jugé. Celui-ci, entre autres mérites, a eu celui de ne pas prolonger indéfiniment *une lutte fatigante pour les candidats et* INUTILE POUR LE JURY. »

Le journaliste qui a écrit ces lignes et qui en a continué le commentaire deux pages durant n'est pas un jeune débutant qui a cédé à une inspiration soudaine; c'est un des doyens de la presse scientifique, c'est un des écrivains les plus distingués, les plus connus par la modération, nous dirions presque pour la timidité de ses appréciations, c'est un bibliothécaire de la Faculté, c'est M. Raige-Delorme, en un mot.

« Ce n'est point dans la chaire de l'amphithéâtre, dit un peu plus loin M. Raige, qu'a eu lieu la véritable lutte, c'est autour du scrutin. Toute une stratégie s'y est déroulée : *manœuvres savantes, évolutions rapides, embûches, trahisons, paniques.* Il n'a pas fallu moins de sept combats particuliers pour décider la victoire. Là est *toute la moralité* du concours, *toute sa vérité.* »

Ce n'est pas nous assurément, malgré la vivacité qu'on nous connaît et qu'on nous reproche même quelquefois, qui aurions osé caractériser avec cette vigueur les manœuvres substituées, autour du scrutin, aux lumières du savoir et aux inspirations de la conscience. Mais puisque c'est M. Raige qui a eu ce courage, félicitons-le sincèrement, tâchons de continuer l'œuvre qu'il a si bien commencée, et pour cela examinons rapidement jusqu'à quel point le concours répond aux espérances qu'avaient conçues les hommes qui l'ont fondé.

La première prétention qu'élève le concours, c'est de substituer des juges éclairés et compétents à des juges aveugles. Cette prétention est assurément une de celles que nous sommes le moins disposé à contester, et quand nous voyons qu'un concours de pathologie interne compte au nombre des juges des hommes comme MM. Duméril, Patissier et....., nous sommes bien obligé de reconnaître que la prétention en question est fondée.

Quant à l'impartialité du jury, nul doute qu'elle ne soit tout à fait à la hauteur de sa compétence. Il est évident qu'aucun juge ne s'est jamais laissé influencer par ses affections, ses inimitiés, ses intérêts; il est évident qu'il ne s'est jamais rencontré un juge qui, en votant pour tel candidat, ait cru se créer, ou, ce qui serait pis encore, se soit créé réellement un titre au fauteuil de l'Institut; il est incontestable enfin que les voix dites de *consolation*, d'*encouragement*, sont des inventions de candidats désappointés et chagrins ou de journalistes malveillants. Parlons sérieusement, et voyons plutôt les faits.

Dans le dernier concours, les voix, au nombre de 15, se sont ainsi réparties, au premier tour de scrutin, entre TOUS les candidats, au nombre de cinq : 4 — 4 — 3 — 2 — 2.

A l'aspect seul de ce premier résultat, on peut affirmer hardiment que le concours ment à son origine et à ses promesses; car, de deux choses l'une :

Ou bien les juges ont voté en conscience, et alors ce résultat démontre que les épreuves les plus multipliées sont insuffisantes pour faire briller à tous les yeux la supériorité d'un candidat, et que, par conséquent, ces épreuves sont illusoires; ou bien les juges... Mais non, nous avons reconnu que, dans les concours, les juges votaient toujours consciencieusement.

Pénétrez dans les détails du scrutin, et vous vous en convaincrez de plus en plus.

Ainsi :

Au second tour, un juge abandonne un des deux candidats qui avait réuni 4 voix au premier tour, et les voix se trouvent alors ainsi réparties : 4 — 3 — 3 — 3 — 2.

Au troisième tour, ce même juge revient, par un second bond, à son premier candidat, une autre juge abandonne le candidat qui avait toujours été en première ligne, et il se trouve que ce candidat, le seul qui eût eu 4 voix aux deux premiers tours de scrutin, n'en a plus que 3 au troisième, tandis que trois autres candidats en ont 4 chacun, et arrivent seuls au scrutin de ballottage! Ajoutez enfin que c'est le candidat qui n'avait eu que 2 voix au premier tour qui arrive au scrutin définitif, et qui, à la septième évolution, pour parler le langage de M. Raige, emporte d'assaut la nomination.

Certes, il me serait pénible que l'heureux vainqueur de ce concours vît dans mes paroles la plus petite intention d'amoindrir le mérite de sa victoire; j'apprécie l'institution et nullement le résultat particulier qu'elle vient de produire, et dont je ne songe nullement à me plaindre. Or, nous le demandons en conscience, dans ces combinaisons, dont nous n'avons reproduit que le tableau incomplet, n'y a-t-il pas quelque chose de choquant, quelque chose d'aussi contraire au bon sens qu'au sens moral, quelque chose enfin que M. Raige a eu raison de caractériser du nom de stratégie!

Je sais bien qu'aux yeux de quelques personnes, aux yeux de M. Raige lui-même, le délit de stratégie n'appartient qu'au concours tel qu'il est, et non pas au concours tel qu'il pourrait être; qu'on éviterait les abus d'habileté stratégique en changeant le mode de votation et en substituant aux scrutins de ballottage les scrutins indéfiniment libres jusqu'à l'obtention par l'un des candidats de la majorité absolue. Mais, sans vouloir nier que cette modification n'apportât une amélioration réelle dans l'état actuel des choses, nous croyons qu'elle serait bien loin de rendre au concours toute sa vérité; nous croyons surtout qu'elle serait loin de lui enlever tous ses inconvénients; et d'ailleurs, nous nous bornons aujourd'hui à discuter ce qui est et non ce qui pourrait être; nous n'entendons même discuter en ce moment que le concours appliqué à la nomination des professeurs, faisant toutes nos réserves sur le mode de nomination à d'autres fonctions médicales.

Nous disons donc que le mode de votation des conclaves n'enlèverait à l'institution du concours aucun des inconvénients qui lui sont propres, alors même que ce mode lui rendrait tous les avantages qu'elle avait promis.

On se tromperait étrangement, en effet, si l'on supposait que le concours est exempt de tout inconvénient propre, et qu'il est une exception unique parmi toutes les autres institutions sociales. Bien loin de là, le concours a des vices qui lui sont adhérents; ces vices ont été de tout temps reconnus par tous les hommes éclairés, les partisans du concours eux-mêmes ne les ont point méconnus et niés, et ces vices sont assez nombreux pour qu'il nous soit impossible de faire autre chose ici que d'en présenter la simple énumération.

Le concours éloigne des écoles les grandes réputations. Comment admettre, en effet, que des célébrités scientifiques connues du monde entier aillent risquer d'amoindrir leur position en luttant, quelquefois avec insuccès, contre des jeunes gens sortant des bancs de l'Ecole! Mais, dira-t-on, si les célébrités montrent plus de mérite, on les nommera et elles n'auront rien perdu, au contraire. Mais on admet par cette supposition, d'abord que le concours est toujours loyal, et nous savons maintenant ce qu'il en est; ensuite, que le concours est susceptible de mettre en lumière le véritable mérite d'un candidat. Or rien n'est plus faux qu'une telle supposition. Le concours sans doute met en lumière la facilité d'élocution, la mémoire, l'instruction de bibliothèque; il laisse presque complétement dans l'ombre l'instruction réelle, c'est-à-dire la connaissance des faits et la rectitude du jugement, c'est-à-dire, en définitive, ce qui dans les sciences constitue le véritable mérite. Voilà pourquoi, avec le concours, vous avez et vous aurez toujours en dehors de la Faculté des hommes comme Louis, Rayer, Jules Guérin, Gendrin, etc.

Le concours amoindrit ou tue l'esprit d'originalité, et cela de plusieurs manières : en épuisant dans des luttes longues et pénibles l'énergie des hommes quelquefois les plus solidement constitués; en forçant surtout ces hommes à cultiver outre mesure leur mémoire; en les obligeant à être prêts à parler sur tout et à propos de tout; en un mot, en remplaçant chez eux l'esprit d'investigation par l'esprit de déclamation. Je sais qu'on pourra me citer quelques exceptions à cette règle; mais on ne pose pas des principes avec les exceptions. Il est certain que si les Cl. Bernard, les Longet, les Coste, etc., avaient voulu suivre la voie du concours, ils n'auraient point doté la science de leurs belles recherches, et la preuve, c'est que parmi toute la jeune génération de la Faculté, laquelle ne manquait certainement point d'intelligence, il n'y a personne dont on puisse comparer les travaux à ceux des savants que nous venons de citer. Et comme c'est dans les recherches originales que réside le progrès scientifique, il en résulte qu'en tuant l'esprit d'investigation, le concours est éminemment contraire aux intérêts de la science, et c'est là le plus grave reproche qu'on puisse lui faire.

En résumé, les avantages attribués au concours sont illusoires; ses inconvénients seuls sont réels.

Est-ce à dire que le mode de nomination qui remplacerait ce concours serait la perfection même, et que l'intrigue, l'intérêt, les passions humaines en seraient bannis? Que Dieu nous garde d'une telle illusion! Sans doute après l'abolition du concours il faudra plus d'une fois encore déplorer le triomphe de l'intrigue sur le mérite; mais du moins alors on aura en face de soi une institution qui ne se prétend pas infaillible, qui avoue que les passions, tantôt bonnes, quelquefois mauvaises, entrent presque toujours pour quelque chose dans les actions des hommes; on se trouvera enfin devant une réalité et non devant une mystification.

Qu'on ne cherche pas d'ailleurs à abuser de la concession que je fais ici, et qui ne me coûte nullement; qu'on ne tire pas de cette concession la conséquence que la stratégie aura plus de puissance sans le concours qu'avec le concours. Contre cette fausse logique, je n'aurais qu'à invoquer les faits. Il n'entre certainement pas dans mes intentions de peser à une balance de précision le mérite respectif des hommes que le concours a portés à la Faculté de médecine; mais il me sera permis de placer à côté de cette Faculté, la Faculté des sciences, le Collége de France, le Muséum d'histoire naturelle, où l'on n'arrive point par concours. Or, dans ces

trois corps enseignants, en est-il un qui ne puisse sans crainte supporter la comparaison? Il y a plus; quelle est la célébrité qui, à l'âge des Louis et des Rayer, se trouve en dehors de ces corps enseignants? Je n'en vois point. Ainsi donc, il ne faut pas croire que parce qu'il n'y aura plus de concours les capacités seront éloignées de la Faculté: les médiocrités se font jour par le concours comme sans le concours; l'intrigue est et sera de tous les temps comme de tous les régimes; seulement, dans le régime de l'élection, l'intrigue est obligée de se donner pour ce qu'elle est, et ne trompe personne; sous le régime du concours, elle se donne pour la justice même, et prétend mystifier tout le monde. C'est pourquoi nous osons préférer l'élection au concours et prédire que la fin de cette institution est proche.

H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tumeur érectile volumineuse traitée avec succès par la ligature et l'excision.

Nous recevons d'un de nos confrères distingués de province, M. le docteur E. Marchand, lauréat de l'Académie de médecine, l'observation suivante, qu'on ne lira pas sans intérêt.

Une petite fille, âgée de quatre mois, porte sur la poitrine, vers le milieu de la région sternale, une tumeur bleue, insensible au toucher, du volume d'une orange. Cette tumeur se gonfle un peu quand l'enfant crie. Elle ne présente pas à la main de battements; l'auscultation n'y révèle aucun bruit; elle ne s'affaisse pas sensiblement sous la pression. Mesurée exactement, on constate 2 centimètres et demi d'élévation au-dessus de la peau, 18 centimètres de circonférence vers le milieu de sa hauteur et 14 centimètres au niveau de la peau.

La base se continue insensiblement avec la peau; et, par le palper, on sent que le tissu morbide s'est développé dans le tissu cellulaire jusque sur le sternum.

L'épiderme n'est pas altéré. La peau environnante, surtout supérieurement, est sillonnée de grosses veines qui partent toutes de la tumeur.

Dans les premiers jours de la naissance, les parents ont remarqué sur la région où siége aujourd'hui le mal une tache qu'ils comparent, pour la forme et la couleur, à une piqûre de puce. Cette tache a grossi rapidement, surtout pendant les deux premiers mois; depuis lors le mal a toujours fait des progrès, mais ils ne sont pas aussi rapides qu'au début. La santé générale de cette petite fille est du reste très bonne, et, à la voir si gaie, si vive et si fraîche, on ne se douterait pas de la gravité du mal dont elle est affectée.

Le 15 avril, à huit heures du matin, je procède à l'opération de la manière suivante:

Avec une longue aiguille légèrement courbe, j'entraîne une ficelle double sous la tumeur, préalablement soulevée par un aide, en ayant soin de raser autant que possible le sternum. La ficelle coupée près du chas de l'aiguille donne ainsi deux cordons qui servent à lier séparément chaque moitié de la tumeur. J'ai soin que les ficelles portent sur la peau saine et je les serre autant que possible.

Toute la journée la petite fille a crié. Le soir, elle a un peu de fièvre. L'épiderme de la tumeur est soulevé çà et là par de la sérosité.

Le 16, rien de nouveau. Fièvre peu intense. L'enfant a pris le sein, mais n'a pas dormi. Elle crie toujours beaucoup.

Le 17, fièvre assez vive. La tumeur a pris un plus grand volume. Elle est très tendue. L'enfant jette des cris aigus quand on veut la toucher. Je fais une ponction avec la lancette. Il sort du sang par saccades, et, le tamponnement avec de la charpie ne pouvant l'arrêter, je cautérise l'incision avec un bouton de feu.

Le 18, l'enfant va mieux, a dormi, tête bien, pas de fièvre.

Le 19, le mieux continue. La tumeur exhale l'odeur de la gangrène. — Lotions avec le chlorure de chaux.

Le 20, le mieux continue. Mais la tumeur, malgré les lotions, laissant suinter un liquide infect et les liens n'ayant pas encore coupé la peau, je l'enlève avec le bistouri. Cette opération est faite avec un bistouri ordinaire, en rasant la peau et d'un seul coup. Il s'écoule du sang en nappe et par une artère assez volumineuse. Cette artère est liée sur-le-champ. J'applique ensuite de la charpie sur la plaie et un bandage convenable. L'hémorrhagie s'arrête aussitôt.

Examinée avec soin, la tumeur présente les caractères des tumeurs érectiles veineuses complètes, c'est-àdire que les veines volumineuses dont elle est composée communiquent fréquemment entre elles. On n'y découvre du reste aucune trace de tissu cancéreux.

Le 21, la petite malade est très pâle, mais elle tète bien et ne crie pas.

Le 22, j'enlève la charpie. Je reconnais que j'ai coupé au-dessus des ligatures, qui sont restées en place. La plaie est un peu plus large qu'une pièce de 5 fr.

Le 23, les ligatures sont mobiles. Je les enlève. La plaie commence à bourgeonner, sauf le milieu, qui est noir et répand une mauvaise odeur. On panse avec un linge cératé, de la charpie et un bandage de corps.

Le 26, léger rhume. Du reste la petite malade est très bien; la plaie diminue d'étendue et bourgeonne. Au centre existe un point violacé qui donne quelques inquiétudes. Continuer le pansement.

Le 3 mai, la ligature artérielle est détachée. Le point violet a disparu.

Le 10, la plaie est très rétrécie. La surface cicatrisée est très dure. La plaie est molle et blanche. Je cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 17, la plaie est cicatrisée. La cicatrice est dure.

Les 24 et 30, la cicatrice a bon aspect, devient mobile et tout fait espérer une guérison radicale.

Le 22 juin, la guérison paraît définitive.

La ligature et l'excision, dans le traitement des tumeurs érectiles, ont aujourd'hui perdu beaucoup de leur faveur et semblent destinées à être remplacées, dans la plupart des cas au moins, par le cautère actuel, surtout employé d'après le procédé que M. Lenoir a plusieurs fois mis en pratique avec succès: on se rappelle que ce procédé consiste à traverser le pédicule de la tumeur en plusieurs sens par des aiguilles rougies au feu. Toutefois, le fait de M. Marchand méritera qu'on en tienne compte dans le parallèle qu'on fera des diverses méthodes, surtout si le résultat obtenu par notre confrère se maintient définitivement, ce que M. Marchand fera sans doute connaître.

Corps étranger du genou. Opération en deux temps.

Nous publions aujourd'hui, comme nous l'avions promis, la fin de l'observation de corps étranger dans le genou qui a été insérée, avec quelques réflexions de M. Jobert, dans notre numéro du 1er juillet.

Le malade reporté dans son lit, le trident fixant le corps étranger, n'a éprouvé aucun accident que l'on pût rapporter à l'opération. Le volume du genou a, pendant un espace de temps très court, un peu augmenté. Dès que le trident a été enlevé, l'hydarthrose a complètement disparu.

Vu la nature tout à fait osseuse du corps étranger, on a enlevé le trident au bout de sept jours. Le seul accident qui se soit manifesté après l'opération a été un érysipèle léger, maladie qui régnait dans les salles dans ce moment. Dix-sept jours après l'expulsion du corps étranger hors de l'articulation, M. Jobert a pratiqué, le long du bord externe du tendon du biceps, une incision par laquelle s'est échappé le corps étranger. Il est osseux, comme éburné, d'un blanc brillant, fort dur, aplati, un peu ovalaire, légèrement mamelonné à sa surface. Son plus grand diamètre est de 0,04; son plus petit est de 0,035. Son épaisseur varie d'un demi-centimètre à un centimètre, suivant les divers points où on le mesure.

Le malade, complétement guéri, sortira de l'hôpital d'ici à peu de jours.

FISTULE VÉSICO-RECTALE.

Présence d'un grand nombre de fragments de calcul dans la portion membraneuse de l'urètre dilatée et hypertrophiée. — Infiltration urinaire dans la région périnéale. — Mort du malade.

Par M. le docteur Alexandre Thierry.

Le 19 juin dernier, mon honorable confrère M. Recurt fut appelé auprès de M. R..., demeurant rue Saint-Bernard, 41, âgé de soixante et onze ans. Le malade se plaignait de difficulté à uriner, de pesanteur au périnée, d'un sentiment de cuisson dans le rectum. Il rendait des matières purulentes par l'urètre et par le rectum. Les urines venaient par l'urètre peu abondantes et toujours purulentes. Interrogé sur ses antécédents, le malade répondit qu'il y a plus de vingt ans il avait commencé à souffrir de la vessie, à avoir des urines purulentes, à rendre parfois quelques petits calculs. Néanmoins, pendant longtemps, il ne se fit pas traiter pour cette affection. Il y a trois ans, il se rendit chez un médecin lithotriteur, qui lui introduisit un instrument dans la vessie pour y briser une pierre. Il rendit quelques petits calculs, mais ne continua pas à se faire soigner. Depuis cette époque, il ne cessa pas de souffrir. Il se soudait quelquefois lui-même; les bains le soulageaient.

Le 19 juin, la douleur étant beaucoup plus forte, le malade fit appeler M. Recurt. Une application de sangsues au périnée, un bain prolongé n'amenèrent aucun soulagement.

Le 20, l'engorgement du périnée augmenta; les urines venaient encore par la verge.

Le 21, il y avait infiltration de la verge et du périnée; les urines ne s'écoulaient plus par l'urètre. La garde fit alors observer à notre confrère que le lit était mouillé et qu'il venait du liquide par le rectum. M. Recurt introduisit par la verge une sonde droite en gomme élastique; avant d'avoir atteint la vessie, il vit venir un jet d'urine par la sonde, et, en poussant celle-ci plus avant, il sentit la résistance de corps durs.

Le 22, M. Recurt me fit appeler comme chirurgien afin de pratiquer, suivant l'indication, les opérations nécessaires.

La tension et l'infiltration des parties nous déterminèrent à faire des incisions, d'où il s'écoula une certaine quantité de liquide. Nous essayâmes alors de sonder le malade. Un cathéter à courbure ordinaire ne produisit aucun résultat. Après avoir redressé le cathéter, nous l'introduisîmes jusqu'à un endroit où il se trouva arrêté par des parties consistantes faisant éprouver au bec du cathéter toutes les sensations d'une pierre brisée en fragments assez gros. Je fis alors sur la ligne médiane du périnée une incision assez profonde dans la direction du canal de l'urètre. Par cette incision j'introduisis dans la cannelure du cathéter la pointe d'un bistouri, à l'aide duquel je divisai la portion de l'urètre qui y correspondait. Il me fut facile alors de trouver des fragments de calcul en assez grand nombre. La plaie faite au périnée n'était pas assez étendue pour permettre d'aller avec de petites tenettes changer ces calculs. Un autre cathéter fut introduit par la plaie du périnée, et servit à conduire un bistouri boutonné et à faire une incision à peu près semblable à celle que l'on pratique dans l'opération de la taille périnéale; incision dirigée obliquement entre l'anus et la tubérosité de l'ischion. Par cette incision, je retirai vingt-cinq fragments de pierre de la grosseur d'une noisette. Ces pierres étaient anguleuses, pointues, avec des bords tranchants; elles offraient une face rugueuse et une face lisse où l'on reconnaissait une cassure conchoïde; en un mot, c'étaient des fragments d'une pierre brisée. Tous les fragments furent retirés, à l'exception de quelques-uns très petits qu'on ne put saisir. Une injection fut faite dans le trajet de l'incision, et le malade garni convenablement.

Cette opération eut lieu à neuf heures du soir. L'urine s'écoula facilement par la plaie; le malade fut soulagé. Le lendemain matin, nous eûmes quelques espérances; l'état du malade était assez satisfaisant. Mais dans la soirée il se manifesta un hoquet très fréquent, le pouls se déprima, et la série des symptômes alarmants se développa jusqu'au mercredi matin à trois heures et demie, où le malade expira.

Le jeudi 26 juin, à dix heures du matin, nous avons procédé à l'autopsie, et les faits suivants ont été constatés par M. le docteur Recurt, par moi et par mon neveu, M. le docteur E. Alix.

La vessie est réduite au tiers de son volume ordinaire; sa paroi n'offre pourtant que peu d'épaisseur; elle présente de nombreuses colonnes séparant des anfractuosités. Sur la ligne médiane postérieure, un peu au-dessous des orifices des uretères, est une perforation d'environ 2 centimètres de diamètre, faisant communiquer la vessie avec le rectum.

Les bords de cette perforation sont cicatrisés; les deux muqueuses se continuent. En un mot, on trouve tous les caractères d'un trajet accidentel. La vessie ne contient aucune pierre, soit libre, soit enchatonnée.

Le col de la vessie est assez large; sa lèvre postérieure est très prononcée; le reste forme une ouverture frangée très irrégulière. La prostate est réduite à un petit volume. Au-devant d'elle, la partie membraneuse de l'urètre est excessivement dilatée; elle forme comme une seconde vessie à parois très épaisses, d'un volume presque égal à celui auquel est réduite la véritable vessie. Cette vessie supplémentaire contient encore quelques petits calculs. Sa paroi offre quelques déchirures qui expliquent les infiltrations. Sur sa partie latérale gauche, on retrouve l'ouverture faite le 22 juin, par laquelle ont été retirés les calculs.

Tout le tissu environnant est infiltré; les muscles du périnée sont comme disséqués, et leur tissu musculaire à demi détruit par la macération.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir du malade, d'après ce que nous avons observé pendant la vie, d'après l'examen des pièces anatomo-pathologiques qui ont été sommairement décrites, nous reconstituons de la manière suivante l'observation de M. de R...

Pendant longtemps il a porté dans la vessie une pierre. Cette pierre a été brisée par un instrument lithotriteur. Sous l'influence de causes que nous ne pouvons pas apprécier, le malade a interrompu le traitement. La plus grande partie des fragments brisés de la pierre sont restés dans la vessie. La vessie était à colonnes; elle préseutait çà et là des anfractuosités, des excavations.

Nous supposons qu'un des fragments de la pierre brisée s'est engagé dans une de ces excavations qui était en contact immédiat avec le rectum, et que, par suite de l'inflammation et d'un travail d'érosion, le fragment a perforé la vessie et le rectum, et a fini par être la cause d'une communication entre ces deux organes. Par suite de cet accident, le malade a dû rendre une partie de ses urines par le rectum, et on s'explique comment il rendait à la fois par l'urètre et par le rectum un liquide chargé de matières purulentes.

Pour les autres fragments de pierre, nous pourrions admettre qu'ils ont traversé la portion prostatique de l'urètre, et qu'ils sont venus se déposer dans la portion membraneuse. Cette portion membraneuse, envahie par des calculs dont plusieurs présentaient un poids de 16 grammes, s'est dilatée peu à peu. Dans les cas ordinaires, la pression exercée par la masse de l'urine chaque fois qu'elle aurait été expulsée de la vessie, aurait poussé les calculs plus avant dans le canal et déterminé les accidents qui sont dus à la présence d'un corps étranger dans le canal. Mais cette fois, la vessie étant perforée, une portion de l'urine s'écoulait par le rectum; une autre portion de l'urine s'accumulait dans la portion membraneuse, d'où elle n'était expulsée qu'à de rares intervalles sous la pression des parois de cette vessie supplémentaire. De cette manière, la vessie accidentelle prit de plus en plus d'étendue et des parois de plus en plus fortes. La nature qui dirigeait ce travail semblait en même temps prendre à tâche de protéger les parties environnantes contre les dangers d'une infiltration. L'infiltration n'eut lieu que lorsque les parties accidentellement formées eurent été déchirées par le travail inflammatoire.

Outre l'intérêt que cette observation nous offre par elle-même, elle peut encore être rangée parmi les faits relatifs à l'histoire de la lithotritie. En effet, par cela même qu'une méthode nouvelle a changé les procédés de l'art, elle devient nécessairement la cause d'un certain nombre de lésions, d'accidents, de maladies auparavant inconnus, et que les praticiens ne sauraient étudier avec trop d'attention.

Tympanite essentielle.

M. Decoudé a communiqué à la Société de médecine de Liége une observation intéressante qu'il a eu l'occasion de recueillir, de concert avec M. Stacquez, dans une contre-visite, vers le 20 du mois d'octobre. Le sujet en est un milicien de 1850. L'affection pour laquelle il réclame sa réforme est une tympanite essentielle. Le ventre est ballonné, très volumineux, on dirait d'un hydropique dont l'état rend la paracentèse urgente; la dilatation est plus sensible vers le haut du ventre; dans toute son étendue, à la percussion tant superficielle que profonde, on entend un son tympanique. Les parois abdominales sont amincies et toutes les veines superficielles dans un état de distension variqueuse. Il n'existe

aucun signe d'obstacle au cours des matières intestinales, les selles sont régulières et naturelles. Le ballonnement est persistant, mais diminue parfois par l'évacuation de gaz, peu ou pas odorants.

Cet individu porte ce gonflement depuis son enfance; il fut admis au service au commencement de cette année : tout fait croire qu'en ce moment l'intumescence était moindre, puisqu'il fut admis. Le sujet est assez délicat; sans être maigre, il n'est pas chargé d'embonpoint; la langue est nette, le pouls faible, et présente une légère accélération; il est permis d'en inférer que la digestion ne peut guère être parfaite.

Il n'existe aucune douleur névralgique ni aucune autre cause appréciable de tympanite. Celle-ci paraît donc bien être essentielle. (*Arch. belges de médecine milit.*)

FORMULES USITÉES EN ALLEMAGNE

contre les fièvres intermittentes.

Voici deux formules à ajouter à celles que nous avons consignées en ces dernières années. Si nous les publions, c'est qu'outre la réputation dont elles jouissent en Allemagne, elles ont été expérimentées avec succès en Espagne. La faible quantité de sulfate de quinine qui entre dans la composition de ces formules les rendrait précieuses si leur efficacité venait à être confirmée.

Teinture fébrifuge de Warburg.

Sous ce nom, on emploie en Allemagne, et surtout en Autriche, une préparation composée qui jouit d'une grande réputation comme fébrifuge et dont la composition serait, d'après les travaux de Pach, d'Azelt et de Bikert, la suivante :

Aloès hépatique.	4	grammes.
Racine de zédoaire.	4	—
Racine d'Angélique.	0,10	centigrammes.
Camphre.	0,10	—
Safran.	0,15	—
Esprit-de-vin rectifié. . . .	100	grammes.

Faites digérer, et ajoutez à la colature, par 100 grammes :

Sulfate de quinine.	2	grammes.

à prendre à la dose de 20 grammes par jour.

Teinture fébrifuge de l'hôpital de Vienne.

Aloès.	45	grammes.
Camphre.	6	—
Ecorce d'orange.	250	—
Racine d'aunée.	250	—
Alcool rectifié à 0,830. . . .	7500	—

Faites digérer pendant huit jours, et ajoutez à la liqueur exprimée :

Sulfate de quinine.	125	grammes.
Acide sulfurique.	750	—
Laudanum de Sydenham. . .	45	—

Mêlez, filtrez. Le malade prendra 8 grammes de cette teinture avant l'accès. (*Buchner's Repertorium,* 1851, et *Bull. de Thérap.*)

LOTIONS DE SUBLIMÉ

comme moyen de prévenir la gangrène de la région sacrée.

On sait combien dans les maladies aiguës à forme adynamique, et à plus forte raison dans les maladies chroniques en général, dans celles du système nerveux en particulier, les parties du corps exposées à une pression trop prolongée ont de la tendance à être frappées de gangrène. Entretenir la plus grande propreté autour du malade, ne pas laisser les déjections en contact avec la peau, varier les positions de manière à ne pas trop prolonger la pression sur un point donné, imprimer même une position particulière au malade, ainsi que M. Miquel (d'Amboise) l'a fait avec succès, tels sont les moyens les plus usités, moyens auxquels il faut ajouter les lotions faites sur le siége et les parties soumises à la pression avec du gros vin et même, comme nous l'avons vu faire à M. Magendie, avec de l'eau de mélisse. Ces dernières lotions ont pour but de fortifier la peau contre l'irritation produite par la pression et de faire disparaître l'érythème qu'occasionne le décubitus prolongé chez les sujets maigres, même dans les cas où ils sont tenus avec la plus grande propreté.

Suivant le docteur Van Nees, il est encore un moyen simple et peu coûteux de prévenir les eschares de cette espèce.

Ce moyen, dont on doit l'idée première à Brodie, consiste dans l'emploi d'une solution alcoolique de sublimé corrosif (5 centigrammes de deutochlorure de mercure par chaque 30 grammes d'alcool). On lotionne avec ce liquide, trois ou quatre fois par jour, les endroits exposés à être frappés de gangrène dans une position déterminée, et on peut encore en faire utilement usage pour fortifier la peau contre la pression prolongée de corps durs, tels, par exemple, que des bandages herniaires.

Les effets bien connus des lotions de sublimé dans le traitement des affections érythémateuses et papuleuses de la peau, nous portent à croire que ces lotions pourront rendre des services; mais, nous le répétons en terminant cet article, sans les soins les plus grands de propreté, sans les changements de position, tous les moyens destinés à tonifier la peau échoueront le plus souvent. (*Casper's Wochenschrift,* 1851, et *Bulletin de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 juillet 1851. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. DANYAU, en quittant le fauteuil de président, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de transmettre à mon honorable successeur les fonctions auxquelles votre bienveillance m'avait appelé, et dont elle m'a rendu, pendant un an, l'exercice si facile et si doux, permettez-moi de vous exprimer une fois encore toute ma reconnaissance. On peut être fier, et pourquoi n'avouerais-je pas que je l'ai été, de présider une société qui compte dans son sein les deux tiers des chirurgiens des hôpitaux civils de Paris, le chirurgien en chef de notre premier hôpital militaire, les deux chirurgiens de l'hospice de Charenton, et qui n'a pas en vain ouvert ses rangs aux hommes qui, sans appartenir aux hôpitaux, se sont distingués par leurs travaux en chirurgie. Recevez donc, mes chers collègues, mes bien sincères remercîments pour l'honneur que vous m'avez fait, et que je n'oublierai jamais.

La Société a associé cette année à ses travaux un nouveau membre titulaire, M. Lebert, si connu par ses savantes recherches microscopiques et par les progrès qu'il a fait faire à l'anatomie pathologique chirurgicale. Elle a également admis quelques membres correspondants, parmi lesquels je citerai en particulier M. Parise, chirurgien de l'hôpital militaire de Lille, et M. Payan, chirurgien de l'hôpital d'Aix en Provence. Elle a fait, à la vérité, quelques pertes. M. Loir, forcé par le mauvais état de sa santé de quitter Paris, ne nous appartient plus qu'à titre de membre correspondant. MM. Ricord et Vidal, souvent empêchés aux heures des séances, sont devenus, sur leur demande, membres honoraires. La Société a déjà exprimé à ces deux honorables collègues ses vifs regrets d'une décision qui la prive du concours habituel de leurs lumières. Je crois être son interprète en leur renouvelant aujourd'hui l'expression de ces regrets. Nous conservons l'espoir, déjà réalisé par l'un d'eux, que MM. Ricord et Vidal trouveront quelque attrait à revenir parmi nous toutes les fois qu'une question importante devra être agitée dans la Société.

Les occasions ne nous ont pas manqué cette année. Vous n'avez point oublié les discussions qui ont eu lieu sur l'ablation de certaines tumeurs, sur la réduction des luxations anciennes, sur l'anévrisme variqueux, sur l'hématocèle recto-utérine, sur l'inoculabilité des symptômes secondaires de la syphilis, etc.; discussions vives, animés, chaudes même quelquefois, mais toujours mesurées dans les termes, et se maintenant d'elles-mêmes au ton le plus parfait, comme il convient entre hommes assez jeunes encore pour défendre leur opinion avec chaleur, mais trop pénétrés, pour jamais les oublier, des sentiments qui les unissent.

Nos travaux n'ont donc point été, cette année, indignes de ceux que la Société avait déjà produits. Et pourtant, pendant quatre mois, neuf membres, retenus comme juges ou comme candidats au dernier concours pour une chaire de clinique chirurgicale à la Faculté, nous ont fait défaut! Leur retour a été salué avec bonheur; le vainqueur était parmi eux.

Maintenant que personne ne manque plus à l'appel, redoublons de zèle, mes chers collègues. Le second volume de nos mémoires vient de paraître, et l'impression du troisième est commencée. Un premier volume de nos bulletins a été achevé cette année. Les procès-verbaux de nos séances, rédigés avec un soin extrême, sont recherchés et lus avec intérêt. La Société se maintient donc au rang élevé que ses travaux lui ont acquis. Mais pour qu'elle le conserve et qu'elle s'élève encore, ce n'est pas trop des efforts de chacun de ses membres et du concours de toutes les volontés.

M. LARREY, succédant à M. Danyau, s'exprime ainsi :

Messieurs et très honorés collègues,

Au moment d'occuper cette place, à laquelle vos bienveillants suffrages m'ont fait l'honneur de m'appeler, je mesure l'étendue des obligations qu'elle m'impose, et je me sens pénétré de la reconnaissance que je vous dois, sans avoir encore acquis le droit de vous le dire en d'autres termes.

Le discours de M. Danyau, en vous retraçant quelques-uns des travaux que vous avez accomplis dans cette dernière année, m'indique les devoirs que doit remplir le président de la Société de Chirurgie. Mais ces devoirs ne me sont-ils pas enseignés déjà par l'exemple même de mon honorable prédécesseur et par la tradition de plusieurs d'entre vous? Comptez donc, mes chers collègues, que je ferai tous mes efforts pour répondre dignement à votre confiance, et pour veiller avec vous au maintien de notre devise : *Vérité dans la science, moralité dans l'art.*

Éloge de Marjolin.

M. MONOD s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Quoique la Société de chirurgie ne soit encore arrivée qu'à la huitième année de son existence, elle a déjà fait deux pertes bien grandes. Auguste Bérard et Marjolin, que nous étions fiers de compter parmi nos collègues, nous ont été enlevés, l'un par une mort prématurée, l'autre après avoir parcouru une longue carrière heureusement et glorieusement remplie.

Je ne viens pas aujourd'hui renouveler les regrets que nous a causé naguère la mort d'Auguste Bérard; mais je vous demande la permission de rendre, au nom de la Société, un dernier hommage à la mémoire de notre maître vénéré, qui voulut bien être notre collègue, et qui a été enlevé l'an dernier par une longue et cruelle maladie à notre affection et à notre respect.

J'ai longtemps décliné le périlleux honneur de prendre la parole à cette occasion dans le sein de la Société de chirurgie, et je regrette que ceux de nos collègues qui étaient mieux en état de s'acquitter de cette tâche, tout à la fois si difficile et si douce, aient été empêchés de le faire. Vous me tiendrez gré, messieurs, de ma bonne volonté, et ne verrez que mon désir d'accomplir un pieux devoir envers celui qui guida et encouragea mes premiers pas dans l'étude de la chirurgie.

Jean-Nicolas Marjolin, né le 6 décembre 1780, à Ray, village de la Haute-Saône, orphelin de père dès sa plus tendre enfance, arrivé à Paris pour étudier la médecine en 1800, après avoir passé quelque temps dans une étude de notaire, et essayé de la vie militaire, venu avec des ressources tellement exiguës qu'il était obligé de se loger dans une mansarde, à laquelle il n'arrivait qu'à l'aide d'une échelle, et de conserver pendant quelque temps son uniforme de dragon, est mort dans cette ville le 4 mars 1849, professeur de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, et d'un grand nombre d'autres sociétés savantes; en possession d'une immense clientèle, au sein des jouissances que donne une grande fortune, objet des soins incessants et dévoués d'une épouse digne du nom glorieux qui lui avait été donné, et de deux fils, l'un marchant sur les traces de son père, l'autre marquant sa place, quoique jeune encore, dans la magistrature, entouré d'amis et d'élèves qui se disputaient le privilége de recueillir ses dernières paroles et ses dernières marques d'affection, ne laissant derrière lui personne qui eût besoin de lui pardonner.

Il est rare de rencontrer une plus brillante et plus douce vie. Beaucoup d'autres ont, comme Marjolin, conquis la fortune et la renommée; quelques-uns ont accumulé des titres scientifiques plus nombreux et une opulence plus grande; mais que de fois, hélas! c'est au prix du véritable bonheur! Que de fois, arrivés au terme de leur carrière, ils se sont aperçus avec amertume qu'ils n'avaient pas atteint le but pour lequel ils avaient consumé leur vie, comblés de biens et d'honneurs, mais cherchant toujours ce qui leur manquait, rassasiés, mais toujours affamés! Il n'en a pas été ainsi de Marjolin; il a goûté non-seulement les vives et fugaces jouissances de l'amour-propre, mais aussi les douces joies de la famille, et celles plus précieuses encore que procure une bonté incessamment éprouvée, et, arrivé au terme, il a pu voir arriver la mort sans frayeur et sans regrets, en paix avec Dieu et avec les hommes.

Ce n'est pas un simple motif de curiosité qui nous pousse à nous enquérir des circonstances de la vie des hommes qui ont marqué dans leur passage sur cette terre. Il y a dans cette étude un enseignement précieux qui parle souvent plus à l'esprit et au cœur que les plus sages exhortations, et dont tous peuvent profiter, soit pour s'élancer sur les traces de ces hommes célèbres, soit pour éviter les fautes qu'ils ont pu commettre.

Suivons donc notre maître dans le cours de cette vie dont le début a été si pénible et si modeste, et dont la fin a été si illustre; apprenons de lui comment on peut surmonter les obstacles et aplanir sa route; apprenons aussi comment on se fait pardonner ses succès et sa gloire, comment on évite l'orgueil, l'envie et la haine, triste cortége qui si souvent trouble l'existence de ces hommes privilégiés.

Mais en rendant à Marjolin le juste tribut d'éloges qu'il a si largement mérité, ne craignons pas d'être équitable, et pour ne pas décourager ceux qui seraient animés du noble désir de l'imiter, sachons apprécier les circonstances dans lesquelles il débuta.

Au commencement de ce siècle, lorsque le calme succéda aux orages qui avaient si fortement ébranlé la France, la route était moins encombrée que de nos jours pour ces hommes d'élite qui ont fait dans les sciences la gloire de cette brillante époque. En ce temps la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'était disputée que par deux rivaux; quatre concurrents se présentaient pour l'une de ces chaires, auxquelles on n'arrive aujourd'hui qu'après avoir usé ses forces dans une série de concours contre une foule de rivaux moins heureux, mais non moins méritants. Les difficultés augmentent d'année en année avec le nombre d'hommes qui se distinguent, et ceux d'entre nous qui ont à peine ébauché le rôle de concurrents pour celui de juges peuvent répéter à ceux qui se pressent dans l'arène du concours, ce que Richerand disait à quelques-uns de nous, au sortir des épreuves d'une place d'aide d'anatomie : « Je suis bien heureux, messieurs, d'être venu vingt ans plus tôt. »

M. Marjolin aurait certainement frayé sa route vingt ans plus tard, mais il eût plus chèrement payé la victoire.

Marjolin nous donne lui-même la clef de ses succès dans le discours qu'il prononça à l'ouverture des cours de la Faculté de médecine le 5 novembre 1838. Il avait à faire l'éloge d'Alibert; il saisit cette occasion d'adresser aux élèves qui l'écoutent des conseils qui, on le sent, partent d'un cœur animé d'un sincère désir d'être utile à ces jeunes gens. En comparant le tableau qu'il trace de la vie de l'étudiant en médecine telle qu'il la conçoit avec les détails contenus dans une lettre écrite à son sujet par son ancien condisciple M. Gilbert de Savigny, il est facile de voir que le professeur a fait à son insu sa propre histoire.

Permettez-moi de vous citer de ce discours quelques lignes, qui ne pouvaient sortir que de la plume de celui qui avait consacré sa vie au travail :

« L'homme, messieurs, a été créé pour le travail : le pauvre y est forcé pour subvenir à ses pressants besoins, et trop souvent pour lui la mesure du travail excède celle de ses forces; l'homme aisé, l'homme riche, celui-là même que la fortune a le plus largement comblé de biens ne s'appartient pas; il se doit aussi au travail. L'obligation ne lui est-elle pas impérieusement imposée de coopérer au bien-être physique ou à l'amélioration morale des autres! Il ne peut vouloir se soustraire à cette obligation conservatrice de la société sans encourir la honte, sans s'exposer au mépris. Pour lui, d'ailleurs, l'obligation au travail est bien plus facile : loin d'être un poids difficile à supporter, elle devient l'élément principal de son bonheur; elle entretient sa santé et développe ses facultés intellectuelles; le préserve de l'ennui, cette lente torture de l'âme; chasse loin de lui l'oisiveté, cette mère trop féconde des désordres, des vices, des regrets inutiles. »

Il est peu d'étudiants qui aient autant travaillé que Marjolin. M. Gilbert, de Savigny, nous apprend qu'il se levait à quatre heures du matin et ne se donnait que deux ou trois heures de loisir à la fin de la décade. C'était en variant ses occupations qu'il se reposait.

Sans doute, il fallait une nature privilégiée pour profiter, comme l'a fait Marjolin, d'un travail même si opiniâtre. C'était, en effet, une riche organisation; une constitution vigoureuse lui permettait d'user largement des belles facultés dont il était doué; son intelligence était prompte et sûre; sa mémoire était rapide, fidèle et surtout tenace; il joignait la rectitude du jugement à l'esprit d'observation, la concision et la finesse dans l'expression de sa pensée à une grande facilité dans l'élocution; son organe, grave et sonore, donnait à sa parole un charme tout particulier. Avec de si puissantes armes, un travailleur tel que Marjolin aurait été sûr de vaincre ses rivaux s'il n'avait eu cette modestie et cette défiance de soi-même qui sont l'apanage du vrai mérite. Aussi devint-il rapidement élève interne, lauréat de l'École pratique, aide d'anatomie et prosecteur. Marjolin se présenta dans onze concours successifs, dont le dernier lui valut la place de chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu. Il n'échoua que dans un seul, qui est resté célèbre dans les annales des concours, celui pour la chaire de médecine opératoire vacante par la mort de Sabatier. Mais sa défaite même fut une victoire; sa place à l'École était désormais conquise, et six ans plus tard, en 1818, il fut appelé par élection à occuper cette chaire de pathologie externe qu'il a illustrée jusqu'à la fin de sa carrière. C'est à l'enseignement que Marjolin doit surtout sa réputation. Je n'ajouterai rien à ce qu'en ont dit MM. Velpeau et Demarquay; ils ont parfaitement fait ressortir le mérite solide de l'enseignement de Marjolin et le charme attaché à la manière dont il professait. Ses écrits sont un reflet de son enseignement. Sa thèse inaugurale, qu'il fut obligé d'écrire brusquement dans l'espace de quelques jours, consistait en une série de propositions de chirurgie et de médecine; dont M. Velpeau a présenté une analyse savante et exacte. Leur variété prouve que l'esprit observateur de Marjolin avait embrassé dans ses études tout le domaine de la pathologie et annonçait ce grand praticien qui devait plus tard obtenir la confiance générale non-seulement comme chirurgien, mais aussi comme médecin.

Son *Manuel d'anatomie*, qui a été si utile à nous tous, soit dans nos études anatomiques, soit dans les épreuves des concours d'aides

et de prosecteurs, est le fruit de ses laborieux travaux comme pro-fesseur particulier d'anatomie, et ses nombreux articles de chirurgie dans les dictionnaires de médecine sont la reproduction de ses excellentes leçons à l'Ecole de médecine. Grâce à ces articles, cet enseignement si précieux ne sera pas entièrement perdu pour ceux qui n'ont pas eu le bonheur de l'entendre.

Mais s'il est instructif de considérer Marjolin comme professeur, il est plus profitable encore d'apprendre par son exemple l'art si difficile de bien pratiquer.

Avec les qualités d'esprit et de cœur dont il était doué et la haute réputation qu'il avait acquise, Marjolin devait attirer la confiance générale; jamais peut-être elle ne fut mieux justifiée. Son coup d'œil sûr et rapide, son tact pratique, sa vaste expérience assuraient la guérison des malades, dont il gagnait l'affection par sa bonté, sa douceur et l'agrément de ses manières. Qui de nous n'a saisi maintes fois l'occasion de s'aider de ses conseils et de s'initier à son contact dans ce savoir-faire de bon aloi que possédait Marjolin à un si haut degré? Quoique son désintéressement fut extrême et que le pauvre fut assuré de ses soins à l'égal du riche, cependant il savait dans l'occasion, sans s'écarter des formes d'une urbanité parfaite, les faire estimer à leur juste valeur.

Un homme que Marjolin savait être fort riche vint un jour le consulter et en sortant lui laissa une papillote qui contenait une pièce de 2 francs. Venu une seconde fois, il voulut renouveler la manœuvre qui lui avait déjà si bien réussi. « Monsieur, lui dit Marjolin sans ouvrir la papillote, vous vous trompez, mes consultations ne sont que de 20 francs. »

Marjolin avait opéré et guéri un pauvre Auvergnat d'une hernie étranglée; à quelques jours de là, ce brave homme vint lui rendre visite portant un gros sac. Marjolin refusa d'abord de rien recevoir; mais l'Auvergnat, soutenant qu'ayant bien travaillé il devait être bien payé, versa sur la table le contenu de son sac : c'était 12 francs en sous et petite monnaie. Marjolin convint alors avec lui qu'ils partageraient, ce que l'autre accepta, et il s'en fut en disant à son chirurgien, avec une expression trop énergique pour la rapporter ici : Monsieur, vous devez faire de fameuses journées.

Son indépendance de caractère et sa franchise étaient au-dessus de toute considération d'intérêt personnel. Il était prosecteur lorsque la nation fut invitée à voter sur la question du consulat à vie; Marjolin écrivit : « Non » sur le registre qui lui fut présenté. Thouret, alors doyen de la Faculté, le fit venir dans son cabinet, et lui représenta la gravité des conséquences que pouvait avoir ce vote pour son avenir; le rigide républicain répondit que, ce vote étant l'expression de son opinion, il n'était pas libre de le modifier. « Eh bien! je me permets alors de le détruire», dit Thouret en déchirant la page qui pouvait nuire à son jeune ami.

Si Marjolin a obtenu par son mérite et son génie pratique la haute position qu'il avait conquise, c'est à sa modestie, à sa bonté, à sa droiture qu'il a dû en grande partie le bonheur dont il jouissait pendant sa vie. Tous ses panégyristes ont à l'envie rendu hommage aux qualités excellentes qui ont valu à Marjolin l'estime et l'affection de ses maîtres, l'amitié de ses camarades et même de ses rivaux, le respect et le dévouement de ses élèves. Un seul homme a fait à cet égard une triste exception; je ne veux pas ici soulever le voile jeté sur les imperfections de caractère qui ont empoisonné la vie de Dupuytren, mais il me sera permis de rappeler que les premiers froissements qui eurent lieu entre Dupuytren et Marjolin fournirent la preuve de la loyauté de ce dernier et de sa constance dans l'amitié.

Dupuytren avait injustement accusé M. Gilbert de Savigny d'avoir pris parti pour Laënnec contre lui, dans une discussion de propriété littéraire. Marjolin défendit son ami avec une vivacité qui pouvait compromettre ses propres intérêts. Un trait charmant achève de peindre Marjolin dans cette circonstance. Ce ne fut que longtemps après que M. Gilbert apprit ce qu'il devait à son ami. Malgré sa jalousie, Dupuytren appréciait Marjolin et ne cessa de l'estimer, d'autant plus que ce dernier n'oublia jamais, même dans ses rapports les plus pénibles avec son ancien maître, qu'il avait été son prosecteur affectionné. Dupuytren, dans les dernières années de sa vie, avait même fini par céder au charme qu'exerçait Marjolin sur tous ceux qui l'approchaient; il ne craignit pas, un jour, de lui confier les chagrins de sa vieillesse. Lorsque notre collègue M. René Marjolin fut nommé élève externe, Dupuytren demanda à son père de l'envoyer à l'Hôtel-Dieu, témoignant ainsi publiquement de son estime pour son collègue.

Marjolin resta toujours attaché à ses premiers maîtres, même après qu'il fut devenu leur égal. Boyer surtout, dont la tournure d'esprit avait tant de rapports avec celle de Marjolin, et qui l'avait initié dans l'étude de la chirurgie, fut toujours vénéré par son ancien élève.

Marjolin arrivait à l'Ecole pour donner sa leçon, lorsqu'il apprit que son maître venait d'expirer; il entra dans l'amphithéâtre, s'assit dans sa chaire, et après un instant de silence : « Messieurs, dit-il, l'Ecole vient de faire une grande perte; M. le professeur Boyer est mort : il m'est impossible de donner ma leçon dans une circonstance si douloureuse. » Et il leva la séance, rendant ainsi à Boyer un hommage qui valait bien un panégyrique.

Lorsque quelques-uns d'entre nous eurent l'idée de fonder la Société de chirurgie de Paris, Marjolin applaudit à ce projet et encouragea nos premiers pas. Nos statuts invitaient nos collègues plus anciens que nous dans les hôpitaux à se joindre à nous; quoique nous eussions la conviction que la Société de chirurgie avait assez d'éléments de vitalité pour réussir et prendre la place qui lui appartenait, nous aurions tenu à honneur de recevoir l'adhésion et le concours de nos maîtres. Nos espérances, quelque légitimes qu'elles fussent, furent trompées : Marjolin seul vint à nous; il comprit l'utilité et l'avenir réservé à cette Société; il y avait d'ailleurs, dans cette adhésion, un encouragement à donner à de jeunes collègues, et ce motif eût suffi à ce noble cœur. Il regrettait souvent de ne pouvoir assister à nos séances; l'intérêt qu'il portait à la Société de chirurgie ne se démentit pas même à son lit de mort; il se faisait rendre compte des discussions qui avaient eu lieu, et les éclairait parfois de ses réflexions. Il avait eu l'idée de consacrer à la Société de chirurgie les loisirs forcés que lui créait sa maladie, et j'ai eu entre les mains le commencement d'un manuscrit qui avait trait aux déplacements de matrice et qui devait être offert à notre Société.

Ah! messieurs, si quelque chose peut ajouter aux regrets que nous a causés la perte de ce maître si bon, si aimable, de ce praticien si judicieux, de ce professeur qui nous instruisait en nous charmant, ce serait d'avoir été privés de ce travail précieux, dans lequel il nous eût fait connaître les fruits de son immense pratique et de sa longue expérience.

La mémoire de Marjolin vivra toujours parmi nous; nous apprendrons à la génération qui nous pousse, et qui bientôt nous remplacera sur ces bancs, à aimer Marjolin. Je ne sais si je me trompe; mais il me semble que l'avenir de notre Société serait encore plus assuré si elle était placée sous le patronage de ce beau nom, et si nous rappelions les titres que Marjolin avait à notre affection en plaçant son buste dans cette salle. Si cette idée avait votre approbation, je proposerais que notre président exprimât à madame Marjolin le vœu que nous formons de posséder le buste de notre maître.

Puisse cet hommage de la Société de Chirurgie contribuer à adoucir les regrets de celle qui, après avoir embelli la vie de Marjolin et lui avoir fait goûter les joies du foyer domestique, a su, par sa tendresse et son dévouement de tous les instants, préparer le moment où il a été recueilli dans le sein de Dieu, qu'il avait comblé de tant de faveurs pendant sa carrière terrestre!

Le secrétaire de la Société de chirurgie, DEMARQUAY.

CORRESPONDANCE.

Privilége des créances médicales.

Nous recevons de notre savant confrère M. Cornac la lettre suivante, relative au privilége des créances du médecin. Notre honorable confrère ne partageant pas notre opinion sur ce privilége, nous ne pouvons que regretter d'être en désaccord avec lui en cette circonstance. Nous ne pouvons rentrer dans la discussion du fond de l'affaire, et nous renvoyons les lecteurs à la consultation de M. Paillard de Villeneuve et aux réflexions que nous avions précédemment faites sur le même sujet.

Monsieur et cher confrère,

J'ai appris par votre journal en date du 8 que M. le docteur Boulland avait gagné son procès, et j'espérais connaître dans le n° du 10 le texte de ce jugement. Trompé dans mon attente, j'ai pris une nouvelle connaissance de la consultation, au point de vue judiciaire, insérée en entier dans le n° du 24 juin, ce qui m'a suggéré l'idée de vous écrire à ce sujet.

Je ne me rappelle pas les opinions que vous dites avoir défendues vous-même par des arguments tirés de la raison et de la justice, au sujet du privilége des honoraires médicaux pendant la dernière maladie; mais vous donnez votre approbation à la consultation rédigée par M. Paillard de Villeneuve, sur la demande de l'Association des médecins du département de la Seine. Je viens de la relire avec la plus grande attention, et elle m'a suggéré quelques réflexions qui seront vraisemblablement improuvées à la fois par les avocats, par les membres du bureau de l'Association des médecins, par plusieurs médecins, notamment par vous, et enfin par les magistrats qui ont rendu le jugement; mais j'espère pourtant que, puisqu'elles sont entrées dans ma conviction, elles ne sont pas si extraordinaires qu'elles ne puissent recevoir l'approbation de quelque confrère; je vous laisse juge de déterminer si elles peuvent trouver place dans votre journal.

Il est sans doute quelquefois avantageux que l'article 2101 du Code civil accorde aux médecins un privilége pour frais de dernière maladie; mais je crois que l'honneur et la délicatesse de notre profession doivent nous empêcher de réclamer pour que ce privilége soit *général*. Je n'entrevois pas une seule circonstance où un médecin puisse chercher à détruire le privilége *spécial* accordé au propriétaire sur le prix des meubles garnissant l'appartement; comment concevoir qu'un médecin réclame devant des juges lorsque le défunt n'a pas laissé de fortune, et n'est-il pas alors plus naturel que le propriétaire à qui est dû un terme de loyer aie la préférence? Convient-il alors de lui disputer son privilége spécial? Il est bien entendu que lorsque la vente des meubles donne un prix qui dépasse ce qui est dû au propriétaire pour un terme du loyer, le médecin peut réclamer à son profit l'exécution de l'article 2101 du Code civil.

Tous les arguments si bien exprimés dans la consultation de M. l'avocat ont eu une grande influence sur le jugement qui est intervenu, mais ne peuvent détruire l'idée que je me forme, qu'un médecin n'a rien à réclamer lorsque dans une succession il n'y a que de quoi solder le propriétaire du logement. Ainsi, je pense que la question de M. le docteur Boulland aurait dû être une question personnelle dont je ne m'occuperai pas, et que cette question n'intéressait pas le corps médical tout entier, comme l'ont pensé les membres du bureau de l'Association des médecins du département de la Seine dont j'ai l'honneur de faire partie.

Agréez, etc.

CORNAC,
Membre de l'Académie de médecine, inspecteur de l'eau thermale de Balaruc.

Balaruc-les-Bains (Hérault), ce 14 juillet 1851.

Chronique et nouvelles.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer qu'à la suite d'une délibération du conseil de la Faculté, prise à l'unanimité, et dans laquelle M. le doyen était prié de retirer sa démission, M. Bérard se disposait à obéir à ce vœu, lorsqu'il a reçu de M. le ministre l'invitation de conserver ses fonctions. Nous espérons que cette nouvelle et double consécration nous mettra pour longtemps à l'abri d'un changement auquel l'Ecole ne pourrait guère avoir qu'à perdre.

— On lit dans la *Revue thérapeutique du Midi* du 15 juillet :

La commission médicale de la Faculté a dû quitter le théâtre de l'épidémie de suette miliaire dès les premiers jours de juin dernier; l'épidémie était alors dans sa période décroissante. La commission a rédigé et publié, par les soins de l'autorité supérieure, son rapport purement administratif; elle s'occupe actuellement de la partie scientifique de ce rapport, qu'elle fera paraître sous peu de temps.

— Dans le compte-rendu de la séance du 9 juillet de l'Académie de médecine, nous lisons un travail dans lequel M. Malgaigne propose, comme opération nouvelle, l'ablation des parties altérées des testicules scrofuleux avec fistules rebelles. Nous croyons opportun de consigner ici que nous avons tenté cette opération chez deux malades traités par nous dans notre service clinique. Cette tentative conservatrice, longuement exposée dans nos leçons du mois de février dernier, n'a pu cependant avoir le résultat que nous en espérions; l'étendue des désordres morbides nous obligea de retrancher la glande séminale après de minutieuses dissections faites dans le but d'en conserver au moins une partie.

Le professeur ALQUIÉ, de Montpellier.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 84. — MARDI 22 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 84. — MARDI 22 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Trois nouvelles opérations de fistules vésico-vaginales.

OBS. I. — *Fistule vésico-vaginale opérée par la combinaison de la dissection urétrale* (procédé nouveau) *avec la dissection vésico-utérine* (procédé ancien). *Guérison.*

Madeleine Reynier, femme André, âgée de vingt-huit ans, journalière, accoucha de son premier enfant le 28 décembre 1848. Le travail fut long et nécessita l'emploi du forceps. Une première application faite par la sage-femme resta sans résultat. On appela un médecin, puis un autre, qui firent une seconde application. L'enfant, qui était un garçon, fut extrait vivant, et mourut au bout d'un quart d'heure. La tête était, dit la malade, restée trente-six heures au passage.

Après cet accouchement laborieux, les parties génitales devinrent le siége d'une inflammation violente; divers points gangréneux se manifestèrent, et vers le dixième jour les eschares en se détachant laissèrent une large ouverture qui faisait communiquer la vessie avec le vagin, et par laquelle la malade perdait toutes ses urines. Celles-ci coulaient goutte à goutte d'une manière incessante et dans toutes les positions. Le besoin d'uriner avait complètement disparu.

Cet état persista sans s'améliorer aucunement jusqu'au 3 juin 1850, époque où la malade entra dans le service de M. Maisonneuve.

A cette époque la malade était dans un état de maigreur très prononcée. Ses vêtements, imprégnés d'urine, exhalaient une odeur ammoniacale insupportable ; la vulve, constamment humide, était le siége d'excoriations nombreuses produites par le contact de l'urine. Le vagin, assez étroit, contenait dans ses replis des concrétions salines. A 20 millimètres en arrière du méat urinaire le doigt rencontrait la fistule, qui consistait en une large ouverture de 3 centimètres de diamètre dans le sens transversal, et 2 seulement dans le sens antéro-postérieur. La lèvre postérieure de la fistule était séparée du col utérin par une portion intacte de la cloison vésico-vaginale d'un travers de doigt environ. Il existait quelques brides saillantes dans le cul-de-sac vaginal. Sans être des plus graves, ce cas présentait cependant des difficultés par l'étendue de l'ouverture fistuleuse et la rigidité des brides inoduleuses du fond du vagin.

M. Maisonneuve pensa qu'il serait plus facile de surmonter ces difficultés en combinant le débridement antérieur ou urétro-pubien au débridement postérieur ou vésico-utérin de M. Jobert. En conséquence, il procéda à l'opération de la manière suivante :

La malade est couchée sur le dos, les cuisses fortement écartées et maintenues par deux aides. La paroi postérieure du vagin est maintenue refoulée en arrière par un gorgeret vaginal en bois, tandis que la paroi antérieure est soutenue au moyen du gorgeret vaginal métallique. Le col utérin est ensuite saisi au moyen de la pince à crémaillère et fortement attiré vers la vulve. Le chirurgien fait alors avec le bistouri convexe une incision transversale entre le col utérin et le bas-fond de la vessie, puis il l'agrandit, avec le doigt et le bistouri boutonné, jusqu'à ce que la vessie puisse facilement glisser en avant. Reprenant son histouri convexe, il circonscrit l'urètre au-dessous de la symphyse pubienne par une incision courbe à convexité supérieure. A l'aide de ciseaux mousses il continue la dissection sous la symphyse pubienne jusqu'à ce que l'urètre soit devenu parfaitement mobile et puisse être refoulé en arrière.

Par cette double dissection les lèvres postérieure et antérieure de la fistule sont relachées entièrement et peuvent être facilement mises en contact.

M. Maisonneuve procède alors à l'avivement, qu'il exécute au moyen du histouri, et qui donne un cercle complet. Il rapproche ensuite les lèvres de la fistule au moyen de sept points de suture simple.

Aucun pansement n'a été jugé nécessaire; on se contente de placer dans l'urètre une sonde de gomme élastique.

Les suites de cette opération furent parfaitement simples ; aucune hémorrhagie n'eut lieu, aucune inflammation profonde ne se manifesta. Les fils furent enlevés le douxième jour.

A cette époque la cicatrisation était à peu près complète. Il restait seulement deux petits pertuis aux deux extrémités de la cicatrice transversale. Ces pertuis, toutefois, ne laissaient suinter qu'une petite quantité d'urine ; de sorte que ce liquide était retenu dans la vessie, que la malade éprouvait le besoin d'uriner et pouvait y satisfaire. La guérison cependant n'était pas entière. Après avoir attendu pendant plusieurs mois l'occlusion spontanée de ces pertuis, M. Maisonneuve, voyant qu'elle n'arrivait pas, fit, au moyen du nitrate acide de mercure, quelques cautérisations qui amenèrent la cicatrisation complète du pertuis de gauche. Celui de droite persistait toujours.

Le 31 janvier 1851, il se décida à faire un avivement avec le bistouri et à maintenir les lèvres de l'orifice au moyen de deux points de suture simple.

Cette dernière opération fut suivie d'un succès complet, et lorsque vers la fin de février M. Cullerier vint, au nom de la Société de chirurgie, visiter cette malade, il n'existait plus le moindre suintement; le mucus vaginal avait recouvré son odeur spéciale, et la malade pouvait à volonté garder et rendre ses urines.

OBS. II. — *Fistule vésico-vaginale opérée par la seule dissection urétrale. — Guérison.*

Rousseau (Anne), âgée de trente et un ans, sans profession, fut adressée le 16 avril 1851 à M. Maisonneuve par M. le docteur Thore, pour être traitée d'une fistule vésico-vaginale.

Cette fistule existait depuis un an environ ; elle était survenue à la suite d'un accouchement laborieux. Elle n'avait qu'une étendue médiocre ; l'index, toutefois, pénétrait facilement. Elle occupait la partie antérieure du has-fond de la vessie, à trois centimètres et demi de l'orifice urétral. Sa forme était parfaitement aréolaire. Il n'existait dans le vagin aucune bride, aucune callosité. Les urines n'étaient retenues dans aucune position ; elles coulaient incessamment le jour et la nuit sans que la malade eût la moindre sensation du besoin de les rendre.

Enhardi par le résultat obtenu chez la femme Regnier et par l'innocuité qu'avait présenté chez elle la dissection sous-pubienne de l'urètre, M. Maisonneuve pensa qu'il pourrait, chez cette malade, se borner à cette dissection et se dispenser de la dissection vésico-utérine de M. Jobert.

L'opération fut pratiquée le 19 avril 1851. La malade, placée dans la position ordinaire pour ces sortes d'opérations, fut d'abord soumise au chloroforme.

M. Maisonneuve fit au-dessous de la symphyse pubienne, entre le clitoris et le méat urinaire, une incision semi-elliptique à convexité antérieure. Les deux cornes de cette incision furent prolongées dans le vagin jusqu'auprès de la fistule. L'urètre fut ensuite disséqué sous la symphyse pubienne, de manière à devenir flottant et à pouvoir être facilement refoulé en arrière.

Cette dissection n'intéressa aucune artère importante. On n'eut qu'une seule ligature à faire.

M. Maisonneuve procéda ensuite à l'avivement, qu'il exécuta suivant sa méthode ordinaire, c'est-à-dire d'un seul trait, sans faire de solution de continuité au lambeau, qui conserve ainsi sa forme circulaire. Cinq points de suture entortillée furent appliqués, et la malade fut remise dans son lit sans aucune espèce de pansement ; on se contenta de placer dans l'urètre une sonde de gomme élastique.

Les suites de cette opération furent des plus simples. La plaie résultant de la dissection de l'urètre se comporta comme la plaie la plus ordinaire ; il n'y eut ni hémorrhagie, ni érysipèle.

Les aiguilles furent retirées le septième jour ; une d'entre elles avait déchiré les tissus, de sorte qu'il resta une petite ouverture à laquelle M. Maisonneuve fut obligé de retoucher le 15 mai. Depuis ce moment les urines ont été parfaitement retenues, et la malade, entièrement guérie, est retournée à Sceaux le 8 juin 1851.

OBS. III. — *Fistule vésico-vaginale énorme. — Destruction de tout le bas-fond de la vessie et de la presque totalité de l'urètre.— Vagin rétréci.— Nouvelle méthode opératoire.*

Lefort (Alexandrine), âgée de trente ans, blanchisseuse, demeurant à Clamart près Meudon, vint à l'hôpital Cochin le 12 décembre 1850 pour y être traitée d'une fistule vésico-vaginale.

Cette femme raconte qu'elle n'a jamais eu qu'une grossesse; qu'abandonnée à elle-même au moment de l'accouchement, elle est restée quatre jours entiers dans les douleurs ; qu'enfin elle est entrée à l'hôpital, où on l'a débarrassée d'un enfant mort. A la suite de cet accouchement pénible, de larges eschares se détachèrent du vagin et de la vulve, et les urines s'écoulèrent involontairement.

Lors de son entrée à l'hôpital Cochin, M. Maisonneuve reconnut d'abord une étroitesse considérable du détroit inférieur du bassin, étroitesse caractérisée par le rapprochement des deux tubérosités ischiatiques ; il constata ensuite 1° que le vagin était, dans toute son étendue, rétréci par des brides multiples résultant de larges pertes de substances cicatrisées ; 2° que l'utérus était fixe et immobile dans le bassin ; 3° que son col, complétement effacé, ne pouvait plus être reconnu ; 4° que d'avant en arrière le bas-fond de la vessie et l'urètre étaient détruits, depuis le fond du cul-de-sac vaginal jusqu'à un centimètre du méat urinaire ; 5° que sur les côtés la vessie se confondait avec les parties dures du bassin, de sorte qu'on ne pouvait même pas saisir un relief au pourtour de cette vaste perte de substance.

En présence d'une lésion aussi grave, l'art ne possédait aucune ressource. M. Maisonneuve ne crut pas cependant devoir renvoyer la malade, et ne désespéra pas de vaincre les difficultés. Il pensa 1° qu'en incisant largement le périnée sur le côté du rectum, il lui serait possible d'atteindre l'utérus et de suppléer à son abaissement ; 2° que par cette large ouverture il pourrait, sans trop de difficultés, exécuter les dissections et avivements nécessaires ; 3° que ces dissections, exécutées à fond et dans tout le pourtour de la fistule, pourraient permettre de mettre ses bords en contact.

En conséquence, après divers essais sur le cadavre, et assisté par MM. Nélaton et Michon, M. Maisonneuve procéda à l'opération de la manière suivante :

La malade, placée dans la position ordinaire pour les opérations de fistules vaginales, est soumise au chloroforme. Le chirurgien introduit l'index gauche dans le rectum et porte en même temps, de gauche à droite, son bistouri au fond et sur le côté gauche du vagin ; il incise toute l'épaisseur de la paroi vaginale, divise ensuite le périnée dans toute son étendue sur le côté gauche du rectum qu'il refoule, et prolonge l'incision jusque vers l'échancrure sciatique ; il agrandit avec précaution la profondeur de cette incision, en ayant soin de respecter le rectum.

Par cette large ouverture, M. Maisonneuve, pouvant alors pénétrer facilement jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal, dissèque avec prudence la lèvre postérieure de la fistule ; il la sépare de l'utérus, puis, prolongeant les deux extrémités de son incision transversale, il dissèque d'arrière en avant les bords latéraux de la fistule. Cette dissection fut très délicate; plus d'une fois le chirurgien se trouva obligé de racler immédiatement les os pour conserver un peu d'épaisseur aux parois vésicales.

Par une troisième incision semi-elliptique à concavité postérieure, M. Maisonneuve circonscrivit l'urètre, le disséqua au-dessous de la symphyse pubienne et, prolongeant les deux extrémités de cette incision sous-pubienne jusque dans le vagin, il alla rejoindre les extrémités antérieures de l'incision vésico-utérine. La vessie se trouvait ainsi complètement isolée dans tout son pourtour, ne tenant pour ainsi dire plus que par le péritoine.

Il devint alors facile d'aviver le pourtour de l'orifice. Cet avivement se fit avec des ciseaux, l'index et le médius de la main gauche servant de pinces. Ensuite on procéda à la suture. Cette dernière partie de l'opération fut rapide et simple. La grande incision périnéale, qui avait rendu possibles les dissections délicates et dangereuses des bords de la fistule, qui avait singulièrement aussi simplifié l'avivement, permit d'exécuter la suture avec une simple aiguille courbe, sans même l'intervention du porte-aiguille. Onze points de suture simple furent ainsi placés. La fistule était complétement fermée, l'urine parfaitement retenue dans la vessie. M. Maisonneuve rapprocha ensuite au moyen de la suture les bords de la grande incision périnéale en commençant par le fond du vagin.

De graves accidents inflammatoires semblaient devoir être à redouter après un tel délabrement. Il n'en survint aucun. La fièvre traumatique fut même assez modérée, et, chose vraiment bien remarquable, la plaie du périnée, qui, rapprochée par la suture, n'en baignait pas moins dans l'urine et la sanie qui suintaient du vagin ou de la sonde, se cicatrisa par première intention dans la plus grande partie de son étendue. Il n'en fut pas tout à fait ainsi de la fistule : deux points de suture manquèrent dans le centre et laissèrent subsister un orifice par lequel l'extrémité du doigt pouvait être introduite.

Au bout d'un mois, la malade était dans un état très satisfaisant. L'opération avait reconstitué un bas-fond à la vessie. Les urines s'écoulaient toujours, mais il en restait une certaine quantité, et, quand on plaçait le doigt sur la fistule, on pouvait injecter dans la vessie environ 100 grammes de liquide.

Mais cet état ne persista pas. Au lieu de s'améliorer, il s'aggrava d'une manière notable. La fistule alla toujours en s'agrandissant jusqu'à permettre l'introduction facile de deux doigts. M. Maisonneuve donne une explication très plausible de ce fait singulier. Pour mettre en contact les bords de la fistule, dit-il, il a fallu les écarter beaucoup de la place qu'ils occupaient avant la dissection. Une surface saignante très étendue les séparaient donc des bords extérieurs de la plaie artificiels. Tant que le tissu cicatriciel ne s'est pas développé, les bords de la fistule restent en contact; mais, quand le tissu rétractile recouvre cette vaste surface saignante, il exerce une traction puissante qui écarte les bords non encore réunis et détruit même la réunion existante, et cela jusqu'à ce que l'équilibre s'établisse entre les deux puissances.

Cependant, malgré ces réflexions, comme l'opération avait notablement amélioré l'état de la malade, M. Maisonneuve crut devoir faire une nouvelle tentative au mois d'avril 1851.

L'opération fut exécutée absolument comme la première fois, seulement avec plus de netteté et de promptitude en raison de l'expérience qu'avait acquise l'opérateur. Mais l'urètre, déjà excessivement court et qui avait été notablement réduit par la première opération, dut être presque entièrement sacrifié dans l'avivement.

– Le résultat fut à peu près le même qu'après la première opération. Aucun accident n'eut lieu du côté du bas ventre ou du bassin. Trois semaines environ suffirent pour rétablir la santé générale, mais le même phénomène d'élargissement secondaire de l'orifice fistuleux se reproduisit. Pendant quinze jours, on put croire à une guérison complète. Les fils étaient entièrement enlevés et l'on ne pouvait pas saisir d'orifice anormal. Mais avec la cicatrisation des plaies périphériques se renouvela la destruction de la cicatrice de la fistule.

En ce moment la malade, parfaitement portante, reste avec une fistule de 2 centimètres environ de diamètre transversal. L'urètre n'existe plus ou se trouve confondu avec l'orifice fistuleux. M. Maisonneuve se propose d'appliquer à la malade un obturateur.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Guersant.

Considérations sur l'emploi du caustique de Vienne et le cautère actuel.

L'usage du caustique de Vienne est très ancien; quoique abandonné à une certaine époque, je crois que ce n'est pas sans raison qu'on y est revenu. Je n'entrerai pas dans de longs détails sur les caustiques potentiels en général, mon intention étant de vous entretenir du caustique de Vienne, dont l'emploi est très fréquent dans nos salles et dont je suis très partisan, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection chronique.

Ainsi donc nous l'appliquons : 1° autour des articulations; 2° contre les tumeurs érectiles; 3° dans les cas de loupe; 4° contre les cicatrices vicieuses.

Laissez-moi vous dire, avant d'entrer dans quelques détails, la manière dont nous l'appliquons : elle est bien simple. Au centre d'un carré de sparadrap de diachylum gommé, je fais une ouverture aussi grande que doit l'être l'ulcère que je veux obtenir; ce sparadrap est appliqué sur l'endroit malade : je place alors à son centre, sur l'ouverture préalablement faite, une pâte composée de quelques gouttes d'alcool et de poudre de caustique de Vienne : l'effet ne se fait pas attendre; au bout de huit à dix minutes, j'obtiens une eschare qui intéresse toute l'épaisseur de la peau et qui ne tombe que douze ou quinze jours après. La suppuration, qui n'existait qu'autour d'elle, s'étend sur toute la plaie, qu'on a le soin d'entretenir à l'aide d'une pommade plus ou moins excitante. Il est rare, quoi qu'on fasse, que la cicatrisation dépasse deux mois; on peut, la prévoyant, en faire un cautère en plaçant un pois au centre de la plaie.

Nous l'employons, nous l'avons dit, dans les tumeurs blanches des articulations, les coxalgies, les caries de la colonne vertébrale, etc., dans toutes les affections chroniques qui réclament des exutoires longtemps entretenu. Aussi, comme ces ulcérations artificielles que nous obtenons par le caustique se cicatrisent en deux mois, on est obligé d'en placer cinq ou six fois dans l'année, afin d'en avoir toujours de nouveaux. La cicatrisation de ce cautère est lisse, uniforme, sans saillie, ne laisse pas de traces.

2° Ce caustique nous est aussi d'une grande utilité dans les cas de tumeurs érectiles. Quel que soient leur siége, leur étendue, toutes les fois qu'elles n'occupent que l'épaisseur de la peau, nous l'employons avec beaucoup de succès et de la même manière, n'attachant que peu d'importance au passage que se fraie quelquefois le sang à travers la pâte. Si la tumeur est mince, si c'est une simple tache, une seule application suffit; on n'a plus qu'une brûlure à soigner. Si au contraire la tumeur est volumineuse, et qu'elle intéresse non-seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire, le caustique ne peut être employé, il faudrait y revenir trop souvent.

3° *Loupes.* — Ceci est très important, et j'y insiste. Il n'est pas d'année qu'il ne meure un individu auquel une loupe a été extraite à l'aide du bistouri, l'érysipèle survenant souvent après cette opération. Avec le caustique rien de semblable à redouter; aussi l'employons-nous toujours, refusant d'enlever les loupes avec le bistouri.

Nous rencontrons des loupes de toute dimension, elles varient depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf d'oie. Si elle est petite, du volume d'un pois, par exemple, on fait au centre d'un carré de sparadrap de diachylum gommé une ouverture égale à la grosseur de la loupe, de manière que cette dernière soit comme emboîtée; le caustique de Vienne est appliqué, on attend la chute de l'eschare, et on détermine la sortie du kyste en pressant sur les lèvres de la plaie. Si la loupe est plus grande, du volume, par exemple, d'un petit œuf, au centre d'un carré de sparadrap de diachylum gommé on fait une ouverture linéaire, un peu ovale, ayant soin de donner à l'incision l'étendue du diamètre du kyste; le tout appliqué, l'eschare tombée, on écarte les lèvres de la plaie à l'aide d'une spatule, et on détermine ainsi la sortie du kyste.

Il est quelquefois des personnes qui veulent être promptement opérées; on peut alors, le lendemain du jour où le caustique a été posé, faire une incision sur l'eschare et enlever la loupe. Cette incision ne détermine aucune douleur; l'érysipèle n'est plus à redouter.

4° *Cicatrices vicieuses.* — Les cicatrices vicieuses, productions de brûlures ou d'abcès scrofuleux, disparaissent facilement à l'aide du même procédé. Il faut, dans ces cas, que l'ouverture faite au sparadrap soit aussi grande que la cicatrice.

Cautère actuel. — Laissé trop longtemps dans l'oubli, le cautère actuel rend des services incontestables. Nous l'employons : 1° Comme exutoire; 2° dans les tumeurs érectiles; 3° les gangrènes de la bouche, de la vulve, du pourtour de l'anus; 4° les chutes du rectum; 5° les tumeurs fongueuses des gencives, les épulis autour des articulations; 6° dans les cas de morsures des chiens hydrophobes.

1° Exutoire. Souvent employé au lieu du caustique de Vienne, à cause de son action plus prompte et de la plus courte souffrance qu'il occasionne. Les cautères transcurrents, olivaires, nummulaires sont les plus usités. L'olivaire, pour obtenir des pointes de feu autour des articulations; le nummulaire, à avoir des plaies plus larges; le transcurrent, à obtenir des raies de feu. Il nous a donné quelques bons résultats pour les tumeurs blanches des articulations.

2° Dans les tumeurs érectiles, l'emploi du feu par larges plaques nous a donné d'assez heureux résultats que le caustique de Vienne, qu'on doit cependant préférer lorsque le mal siége à la face. Le cautère actuel est avantageux aussi lorsque la tumeur est profonde. L'usage des aiguilles rougies à blanc doit alors être mis en usage. Elles permettent de larder facilement la tumeur et modifient bien les tissus.

3° Gangrène de la bouche, de la vulve, du pourtour de l'anus.

Quoique très secondaire, la gangrène tenant à un état général, je ne connais pas de meilleur moyen pour la limiter. La cautérisation doit être aidée par un traitement interne antiscrofuleux.

4° Chute du rectum. Les astringents ne m'ont jamais donné de bons résultats. Dupuytren coupait les plis du pourtour de l'anus; mais cette opération était souvent suivie d'érysipèle. Je préfère, dans ce cas, la cautérisation au fer rouge. Quatre ou cinq pointes de feu sont appliquée à l'endroit où la muqueuse touche à la peau. Ce moyen, bien simple, n'est jamais suivi d'érysipèle, et je m'en trouve très bien.

5° Je ne connais pas de meilleur moyen pour raviver les gencives qui sont le siége de tumeurs fongueuses; on se sert dans ce cas de petits cautères rougis à blanc. Il arrive aussi qu'autour d'une articulation malade on rencontre une fausse fluctuation déterminée par un tissu fongueux mou; des pointes de feu doivent être posées autour de ces fongosités, dont on obtient ainsi quelquefois la résolution.

6° Dans les cas de morsures des chiens hydrophobes, je débride la plaie et j'applique ensuite le cautère rougi à blanc. Maintenant que je suis aidé par le chloroforme, je suis plus que jamais porté à mettre en usage le cantère actuel, trop longtemps délaissé.

A. G.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 juillet 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Chassaignac donne les détails anatomiques suivants sur une hernie obturatrice dont il a présenté les pièces pathologiques dans la précédente séance.

Une femme âgée de 40 ans, phthisique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 5 juin 1851. Elle avait deux hernies crurales, l'une à droite, épiploïque, l'autre à gauche, intestinale.

Des symptômes d'étranglement se déclarent, et à la visite du 10 juin on trouve l'état suivant : facies altéré; vomissements de matières intestinales; ballonnement du ventre avec reliefs assez bien dessiné des bosselures de l'intestin; sensibilité du ventre, mais pas très vive. La hernie crurale droite est indolente et, selon toute apparence, épiploïque. La hernie crurale gauche, irréductible comme la première, est évidemment intestinale.

On ne décide pas l'opération, à raison des circonstances suivantes :

1° La hernie crurale gauche, quoique irréductible, ne présente pas le degré de tension et de sensibilité d'une hernie franchement étranglée.

2° La malade a eu dans la nuit une selle abondante.

3° Si tous les accidents observés ont eu pour cause un étranglement, il est à craindre que celui-ci n'ait déjà produit des résultats sur lesquels l'opération ne peut plus rien.

Le lendemain, 11 juin, les symptômes ont pris un tout autre aspect; ce sont beaucoup moins ceux d'un étranglement que ceux du choléra. La malade a bien encore des vomissements, mais elle a eu plusieurs selles abondantes; la face est décomposée; une sueur gluante et froide recouvre tout le corps, qui est lui-même à l'état de refroidissement profond. Le pouls est petit, concentré; les yeux sont profondément excavés; la langue est sèche et pâle; cyanose générale et très prononcée existant sur toute la surface du corps. Pas de trace de la sécrétion urinaire depuis près de 36 heures. Cathétérisme : résultat nul. Du reste, pas de taches scléroticales; pas de crampes; voix très affaiblie, avec sensation douloureuse à la gorge; c'est même la seule chose dont se plaigne la malade.

Dans la matinée du 11, le refroidissement et la cyanose vont en augmentant. Mort dans l'après-midi.

Ces symptômes de choléra chez des sujets atteints de hernie étranglée ont fixé l'attention de plusieurs auteurs modernes. M. Gosselin en a cité des exemples à la Société; M. Archambault, interne à l'hôpital Saint-Antoine, a observé plusieurs faits de ce genre.

A l'autopsie, point de péritonite bien appréciable. Hernie crurale droite épiploïque peu volumineuse, adhérente. Hernie crurale gauche intestinale.

Au moment où on ouvre l'abdomen, on reconnaît qu'indépendamment des deux hernies crurales, une anse intestinale se rend directement au trou obturateur droit, dans la partie duquel elle s'engage. Elle résiste à une traction modérée faite pour la dégager de l'intérieur du sac; mais à une traction plus forte elle cède, et l'on constate que dans le point qui correspondait au collet du sac existe une empreinte circulaire bien distincte et annonçant une hernie sinon étranglée, du moins en voie d'étranglement. En observant l'orifice interne du sac par l'intérieur de l'abdomen, on remarque que cet orifice est plus spacieux que celui de la hernie crurale correspondante.

Après la dissection, on reconnaît que le sac herniaire s'est produit à travers l'échancrure en arcade renversée que présentent pour le passage les vaisseaux et les nerfs :

1° Le muscle obturateur interne;

2° La membrane obturatrice.

Les vaisseaux et nerfs sont au côté externe du collet du sac et du sac lui-même. Celui-ci, en partie recouvert par le bord supérieur du muscle obturateur externe, commence à pointer au-dessus de ce bord en le déprimant. Il résulte de là que, le pectiné étant enlevé, le muscle obturateur externe laisse apparaître à son bord supérieur, légèrement déprimé, l'hémisphère supérieur du sac herniaire sous forme d'un croissant à convexité supérieure. Le muscle obturateur une fois détaché, on aperçoit la totalité du sac. Il est régulièrement sphéroïdal, nullement piriforme, du volume d'une prune.

Nous revenons sur la hernie crurale gauche, qui nous a offert quelques particularités dignes d'être notées. Elle est complétement intestinale, nullement adhérente. Au lieu d'être serré au collet du sac, son pédicule joue assez librement dans l'orifice de ce dernier, et cependant l'intestin ne peut être retiré de l'intérieur du sac par la cavité abdominale. Il est retenu par un obstacle insurmontable, à ce point que nous croyons à des adhérences. On ouvre alors le sac. Nulle adhérence ne s'y observe; seulement, l'anse intestinale qui forme la hernie est bleuâtre, quoique tout à fait exempte de gangrène, et dans une disproportion telle avec l'orifice du sac, que l'on comprend aussitôt comment la hernie était complétement irréductible. Cette première disposition, qui retenait invariablement l'anse intestinale dans la cavité du sac et par le moyen de cette anse, une bande mésentérique fortement tendue entre les attaches vertébrales du mésentère et l'intérieur du sac herniaire, donnait lieu à un mode d'étranglement interne assez curieux.

L'espèce de lanière mésentérique correspondant à l'anse intestinale contenue dans le sac était fortement tendue, non pas à la manière d'une corde libre et indépendante, mais sous forme d'une bride renfermée dans l'intérieur d'une trame organique et tendue par une traction qui s'exerce spécialement sur elle. D'un autre côté, on comprend que, malgré la mobilité dont jouissait encore l'anse intestinale crurale dans le collet du sac, il y avait par le fait seul de cette hernie de l'embarras dans le cours des matières intestinales. Or voici ce qui était arrivé. La portion d'intestin grêle formant ce qu'on appelle le bout supérieur, bout supérieur qui dans le cas particulier se trouvait à gauche de la bride mésentérique, s'était distendue par des matières intestinales. Par suite de sa distension et de l'augmentation du poids qui en résultait, cette portion d'intestin grêle avait subi un déplacement et un mouvement de demi-conversion, par suite duquel, au lieu de rester à la gauche de la bride mésentérique, elle était venue en passant au-devant d'elle se porter à droite et tomber par son poids jusque dans le petit bassin. Il résultait de là que l'intestin formait un coude très aigu dont le fond, ou, si l'on veut, l'angle de réflexion était occupé par la bride mésentérique sur laquelle l'intestin se coupait pour ainsi dire comme sur une vive arête. L'intestin, s'étant plié en deux sur lui-même, comme les branches d'un compas ou comme un linge mouillé étendu sur une corde, rendait absolument impossible toute circulation des matières du bout supérieur dans le bout inférieur.

Les selles qui avaient eu lieu ne provenaient évidemment que de la portion intestinale placée au-dessous de cet étranglement. Celui-ci siégeait à une distance peu considérable du commencement de l'intestin grêle. Toute la surface interne de l'intestin était parsemée dans toute sa longueur de follicules blanchâtres comme puriformes analogues à ceux qui s'observent dans le choléra.

M. Gosselin. Je ferai observer à M. Chassaignac que la coïncidence des phénomènes cholériques avec la hernie étranglée n'est pas une chose aussi rare que peut le croire notre collègue. Ce fait a été observé souvent depuis 1832, et j'ai dû insister sur cette particularité dans ma thèse sur les signes de l'étranglement.

M. Maisonneuve dit que l'on ne peut pas toujours juger du degré de l'étranglement d'une hernie par ce que l'on trouve à la mort. En effet, après celle-ci, les parties tuméfiées par l'inflammation se dégorgent, et on ne voit les parties que revenues sur elles-mêmes et ne subissant plus les phénomènes de l'étranglement.

Correspondance.

M. Duvart, médecin à Aix en Savoie et membre correspondant de la Société, adresse deux mémoires imprimés ayant pour titre, l'un : *Considérations physiologiques et pratiques sur les divers moyens employés pour guérir l'hydrocèle et sur une méthode nouvelle plus facile et moins dangereuse*; l'autre : *Fractures de la clavicule.* (M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal)

— M. Mascarel, médecin à Châtellerault, adresse un mémoire ayant pour titre : *Opération de l'hydrocèle suivi de tétanos.* (Commissaires : MM. Chassaignac, Huguier.)

— M. Auzias-Turenne adresse une lettre pour rappeler à la Société les principes qu'il a établis relativement à la syphilisation, et les résultats que vient d'obtenir M. Sperino, de Turin.

— M. Boinet lit un rapport sur un travail de M. le docteur Vial, chirurgien de l'hôpital de Saint-Etienne, intitulé : *Du traitement des anévrismes par la galvano-puncture.*

L'opinion de M. Vial est que, si ce traitement n'a pu obtenir tout le succès qu'on devait en espérer, c'est à cause des accidents qu'il entraîne à sa suite, accidents qui pourraient être évités si l'on faisait fonctionner la machine électrique pendant cinq ou six minutes seulement au lieu de vingt-cinq minutes, et si au lieu d'une seule séance on en faisait plusieurs et jusqu'à la cessation complète des pulsations artérielles. Par ce moyen la galvano-puncture ne développerait pas de douleurs, il n'y aurait pas le moindre phénomène inflammatoire, et par contre on n'aurait à redouter ni suppuration, ni hémorrhagies, ni gangrène; on obtiendrait la coagulation du sang dans le sac anévrismal sans oblitérer l'artère. A l'appui de ces idées, M. Vial rapporte un seul fait, qui, malheureusement, ne vient pas les confirmer, car le malade qu'il a opéré n'a plus voulu de la galvano-puncture à la quatrième séance, tant les douleurs qu'il avait éprouvées avaient été vives. Cependant ces séances n'avaient duré que 5 ou 6 minutes; elles n'avaient pas amené la coagulation du sang dans le sac anévrismal, coagulation qui n'a eu lieu que vingt-huit jours après la dernière séance. D'ailleurs M. le rapporteur fait remarquer que le malade qui a succombé à une autre affection n'était pas radicalement guéri, puisqu'à l'autopsie on a trouvé le sac anévrismal rempli d'une espèce de bouillie, *et communiquant toujours avec l'artère qui était perméable;* d'où il conclut que la maladie se serait probablement reproduite si le malade n'était pas mort. Voulant bien apprécier l'état actuel de ce point scientifique, M. Boinet a recherché tous les faits publiés jusqu'à ce jour; il en a trouvé vingt-trois qu'il a consignés dans son rapport et analysés avec soin. Il commence par rappeler que cette idée de guérir les anévrismes par la galvano-puncture appartient à M. Pravaz, qui ne l'a jamais appliquée sur l'homme; que c'est en 1838 que Liston l'employa pour un anévrisme de la sous-clavière droite, mais sans succès, puisque le chirurgien anglais fut obligé de recourir à la ligature, et que déjà à cette époque on recommandait d'éviter les courants galvaniques trop violents pour ne pas gangrener les tissus. Il signale encore une observation publiée en 1838 dans les thèses de MM. Clavel et Gérald. Il s'agissait d'un anévrisme volumineux de la crurale, qui fut également traité sans succès par la galvano-puncture.

Quelques années plus tard, en 1845, M. Pétrequin reprit cette question et publia un certain nombre d'observations qui sont relatées par M. le rapporteur et qui ne lui permettent pas de tirer des conclusions aussi favorables que celles que l'auteur a voulu en tirer; il fait connaître, enfin, les observations de plusieurs autres chirurgiens français ou étrangers qui se sont occupés de ce sujet, et avec tous les faits qu'il a pu réunir il est arrivé à conclure que

ce point si important de chirurgie pratique est encore loin d'être éclairé, qu'il a besoin d'être résolu par une expérience clinique conduite dans les limites de la plus grande prudence, et que les chirurgiens devront encore, en attendant des résultats plus satisfaisants de la galvano-puncture, préférer la ligature.

Ainsi, sur 23 cas d'anévrismes traités par cette méthode, 8 de l'artère brachiale, 7 de l'artère poplitée, 2 de l'artère sous-clavière, 1 de l'ophthalmique, 1 de l'artère temporale, 1 de la carotide, 1 de l'aorte thoracique, 1 de l'artère cubitale et 1 dont le siége n'est pas désigné, il y a eu 13 insuccès complets (3 pour l'artère brachiale, 5 pour l'artère poplitée, 1 pour l'artère sous-clavière droite, 1 pour l'artère ophthalmique, 1 pour l'artère carotide, 1 pour l'artère aorte, 1 pour l'artère cubitale). Il y a eu 9 succès, sur lesquels 7 au moins permettent d'élever des doutes et comme résultats et comme traitement, car les guérisons ont eu lieu et à l'aide de la compression, de la glace et de la galvano-puncture et quelquefois aussi à la suite d'inflammation et de suppuration. Il reste donc 2 cas seulement dont la guérison a été bien constatée, mais n'a pas été obtenue sans accident aucun.

En présence de ces faits, dit M. Boinet, nous ne pouvons partager l'enthousiasme de quelques-uns de nos confrères et croire que la galvano-puncture doit être préférée à la ligature. Le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit de tous les chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément, et en les analysant il est facile de comprendre que les auteurs de ces observations ont plutôt consigné ce qu'ils voulaient obtenir que ce qu'ils ont obtenu et qu'ils ont écrit sans en avoir la preuve, mais par induction, lorsqu'ils ont dit que si telle ou telle condition était remplie on ne verrait pas survenir tels ou tels accidents.

En terminant, M. le rapporteur fait remarquer que les règles pour appliquer cette méthode ne sont nulle part bien tracées, que chacun agit à son point de vue, que tous croient trouver la cause des accidents qu'ils ont remarqués dans l'appareil; accidents qu'ils paraissent sûrs de faire disparaître, mais sans en fournir aucune preuve, soit en modifiant l'appareil instrumental et son mode d'application, mais que jusqu'à présent les faits sont venus contredire la plupart des assertions des auteurs, puisque, malgré toutes les précautions recommandées, c'est-à-dire que les piles aient été fortes ou faibles, qu'elles aient été construites d'une façon plutôt que d'une autre, que les courants aient été continus ou interrompus, les séances longues ou répétées, etc., les mêmes accidents se sont manifestés toujours les mêmes à peu près. Un seul fait qui a paru constant sous l'influence de l'électricité, c'est la coagulation du sang, encore a-t-il toujours fallu que le courant eût une certaine force pour l'obtenir promptement; mais alors les accidents sont plus certains; si le courant est faible, ces accidents sont moindres, il est vrai, mais la coagulation du sang est incertaine, nulle ou n'a lieu que longtemps après.

M. Giraldès. Je demande à ajouter quelques mots à l'historique de la galvano-puncture. M. le rapporteur attribue à M. Pravaz l'idée de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; je dois faire remarquer qu'en 1845 M. Benj. Philipps, chirurgien de l'hôpital de Westminster, en revendique la priorité dans une lettre adressée à l'Académie des sciences de Paris, dans laquelle il parle d'un travail qu'il a publié en 1832, où il est question de l'application du galvanisme au traitement des anévrismes; il dit qu'il eut occasion d'en faire l'application dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, et que M. Kente, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, l'employa également dans un cas d'anévrisme de l'artère carotide. Ces deux faits sont donc à ajouter à ceux cités dans le rapport.

On doit regretter que M. Boinet n'ait pas eu à sa disposition quelques-uns des travaux publiés en Italie sur cette matière, et surtout qu'il ne lui ait pas été donné de consulter en entier les faits qui ont servi de base à son travail; en effet, si M. le rapporteur avait eu à sa disposition les recueils où ils sont insérés, il aurait trouvé d'autres faits, et surtout des détails plus précis, qui lui auraient permis de juger plus favorablement la méthode de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes. Sans doute, cette appréciation qu'il en fait eût été plus complète et plus exacte s'il avait comparé les accidents survenus à la suite de la galvano-puncture à ceux qu'on observe à la suite des ligatures des artères; à ce point de vue, en jetant un coup d'œil sur la statistique des ligatures de l'artère fémorale publiée par Norris, il aurait conclu que les dangers de la galvano-puncture ne sont pas plus graves que ceux de la ligature. Sur 204 cas de ligature de l'artère fémorale recueillis par le chirurgien américain, on trouve 50 cas de mort et 6 cas d'amputation par suite de la gangrène du membre. Sur le chiffre cité, 188 cas appartiennent à des anévrismes; sur ce nombre, on trouve 46 morts, 24 hémorrhagies consécutives, 16 cas d'inflammation et de suppuration du sac, 31 cas de gangrène et plusieurs cas de retour des pulsations dans le sac plusieurs mois après l'opération. D'ailleurs, un examen détaillé de tous les faits dans lesquels la galvano-puncture a été employée lui aurait permis de montrer que, dans un grand nombre de cas, cette méthode a été employée sans aucune donnée et d'une *manière irrationnelle*, soit dans le but d'essayer un moyen nouveau, ou encore en désespoir de cause, alors qu'aucun autre moyen ne pouvait plus être appliqué, comme dans l'observation d'anévrisme de l'artère carotide présentée au huitième congrès scientifique d'Italie, et dans le cas d'anévrisme de l'artère carotide publié par Hamilton. En analysant tous ces faits, on trouve la preuve de cette assertion, que, dans beaucoup de cas, les opérateurs se sont servis d'appareils variables, des piles à auge, à colonne, à courant continu, et dont l'intensité ainsi que le mode d'action leur étaient inconnus. Or, des expériences faites dans cette condition ne peuvent servir que comme renseignement, car elles ne sauraient fournir des données précises pour asseoir une conclusion.

M. le rapporteur, voulant traiter en entier et apprécier la valeur de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes, aurait plutôt dû faire ressortir toutes ces données. Avant de formuler ses conclusions, dont on est en droit de lui récuser les bases, il était nécessaire de montrer les points qui demandent à être examinés de nouveau, et surtout de faire sentir les deux points principaux qui dominent cette question, à savoir: 1° l'étude des indications; 2° l'étude des meilleurs appareils à employer; ainsi que la durée et l'intensité du courant galvanique. Je trouve donc que M. le rapporteur s'est trop pressé de juger la méthode de la galvano-puncture.

Après une courte discussion, le travail de M. Vial et celui du rapporteur sont envoyés au comité de publication, et M. Vial est nommé membre correspondant.

Appareil à irrigation.

M. Maisonneuve. J'ai l'honneur de présenter à la Société un nouvel irrigateur vaginal qui me paraît remplir toutes les conditions désirables.

Depuis longtemps déjà, M. Foucaud, de Nanterre, avait imaginé un instrument destiné à pratiquer des irrigations vaginales continues en laissant les malades couchées dans leur lit ou sur un canapé. Cet instrument consistait en un cylindroïde en ivoire représentant une tête arrondie, un collet étroit formant gorge et une cuvette ou bourrelet saillant. Dans la longueur de ce cylindre étaient creusés deux canaux: l'un afférent, articulé d'une part avec un long siphon flexible et d'autre part terminé en arrosoir à l'extrémité du cylindre; l'autre, efférent, s'ouvrait par un large orifice dans le fond de la gorge ou rigole circulaire et se continuait à l'extérieur avec un tuyau de décharge. L'instrument étant introduit dans l'intérieur du vagin, l'eau arrivait par le tuyau afférent, baignait le col de l'utérus; puis, trouvant dans la cuvette un obstacle à sa sortie, s'écoulait au dehors par le tuyau de décharge, dont l'orifice était béant au fond de la rigole circulaire.

Tel était au moins le but que s'était proposé M. Foucaud. Malheureusement le résultat ne répondait que bien imparfaitement à l'intention.

Cette cuvette d'ivoire, destinée à retenir l'eau dans le vagin et à la forcer de s'écouler par le tuyau de décharge, rendait extrêmement pénible et souvent impossible l'introduction de l'instrument; d'une autre part, elle ne retenait que très incomplétement les liquides et les laissaient presque toujours couler entre elle et les parois vaginales de manière à inonder les malades.

Frappé de ces inconvénients qui neutralisaient presque entièrement le bénéfice des irrigations continues, j'eus l'idée de substituer une cuvette élastique et dilatable à la cuvette d'ivoire, dont le volume, la rigidité et l'insuffisance viciaient radicalement l'instrument. Je fis donc abattre cette cuvette, et je priai M. Gariel d'adapter à sa place un de ses ingénieux pessaires en caoutchouc que l'on peut insuffler ou aplatir à volonté.

Grâce à cet heureux perfectionnement, les irrigations vaginales continues ne laissent plus rien à désirer. L'instrument, peu volumineux, peut être facilement introduit par les malades; sa distension s'opère sans la moindre fatigue, et l'eau, parfaitement retenue dans le vagin, s'écoule seulement par le tuyau de décharge, sans suinter par la vulve, ni mouiller les garnitures du lit.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

CORRESPONDANCE.

Théorie de la vision.

Nous avons reçu de notre excellent confrère M. Dezautière une nouvelle lettre en réponse à l'article de M. Gavarret. Nous avons soumis cette lettre à l'appréciation du savant professeur, afin de publier en même temps et la lettre et les réflexions de M. Gavarret. Nous espérons que M. Dezautière jugera avec nous la question suffisamment éclairée pour permettre au lecteur de se faire une opinion sans explications nouvelles.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous demande la permission de répondre quelques mots à l'article de M. le professeur Gavarret inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 juillet dernier et qui a pour titre: *Quelques réflexions à propos d'une nouvelle théorie de la vision.*

Le savant professeur, et je le regrette infiniment, n'a pas bien saisi mon idée, et, en relisant mon mémoire, j'ai vu qu'en effet il pouvait être sujet à deux interprétations.

Si on veut bien se reporter à la figure donnée par M. Gavarret, je fais observer que l'image redressée doit être vue sur le miroir R et non aux points a" b", milieu du corps vitré, et M. le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, qui a donné communication de mon travail, l'a compris ainsi dans la séance du 11 novembre dernier.

En effet, si on prend un petit miroir concave bien poli et qu'on le présente devant un objet, on voit l'image renversée de cet objet non pas entre le centre du miroir et le foyer principal, mais bien à sa surface.

Ceci expliqué, il est clair que l'argumentation de M. Gavarret ne me regarde pas et que je suis parfaitement innocent des erreurs qu'il me reproche.

M. Gavarret déclare qu'il continuera à admettre l'ancienne théorie bien qu'elle soit mystérieuse. Le mystère, pour moi, dans les sciences est bien près d'être l'ignorance, et je suis loin de trouver mauvais qu'on fasse des efforts pour le dévoiler.

Je suis persuadé que la vision est un phénomène physique qui arrive tout préparé au cerveau. L'ancienne théorie me dit le contraire et ne le prouve pas. Je la repousse, parce que ma raison n'admet pas en physique des explications qu'elle ne peut comprendre, et puis il était si facile à la nature de nous montrer les objets tels qu'ils sont sans le secours de l'intelligence, qui est très variable, que je ne croirai jamais qu'elle ne l'ait pas fait.

J'ai l'honneur, etc. Dezautière.

Decize (Nièvre), 15 juillet.

A Monsieur le docteur Dezautière.

Monsieur et honoré confrère,

Si, avant de me faire l'honneur de me répondre, vous aviez pris la peine de lire avec quelque attention la note que j'ai publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, vous auriez rencontré à la fin de la première colonne le passage suivant:

« Mais où serait cette seconde image, si elle existait réellement?
» Elle serait, *non pas à la surface de la rétine, comme semble le*
» *penser M. Dezautière*, mais, » etc.

Vous voyez donc bien, monsieur, que je connaissais et comprenais parfaitement votre théorie des miroirs concaves en matière de formation d'images par réflexion. Mais cette théorie est tellement en contradiction avec toutes les lois de la *catoptrique* qu'une simple indication du lieu où devait *nécessairement* se former *votre seconde image* me paraissait suffisante pour vous faire comprendre votre erreur et je m'étais contenté d'ajouter:

« Non pas à la surface de la rétine, comme semble le penser
» M. Dézautière, mais là seulement où un miroir concave pourrait
» la former, c'est-à-dire entre le *foyer principal* et le *centre de*
» *courbure.* »

Il paraît, monsieur, que je me suis trompé. Vous persistez dans votre théorie des miroirs concaves, et vous prenez la peine de me l'expliquer une seconde fois. Peine perdue, puisque je l'avais parfaitement comprise dans votre première publication. Je vous avoue même que votre lettre n'a rien changé et ne peut rien changer à mon opinion exprimée sur ce sujet. Ouvrez le premier traité d'optique venu, et vous y verrez:

1° Que les images par réflexion ne *se forment pas sur la surface des miroirs*, mais *en avant* ou *en arrière* de cette surface, suivant qu'elles sont *réelles* ou *virtuelles*;

2° Que *tout miroir concave, grand ou petit, forme une image réelle située entre son centre de courbure et son foyer principal*, toutes les fois que le corps rayonnant (et c'est le cas que vous avez choisi) est situé au delà de son centre de courbure.

Voilà, monsieur, deux principes qui ne m'appartiennent en aucune façon et que personne au monde ne conteste. J'avais donc raison de dire et je suis en droit de soutenir que *votre seconde image*, celle qui, dans votre théorie, doit seule servir à la vision, ne peut pas se former ailleurs qu'au milieu du corps vitré. Et, jusqu'à ce que vous ayez démontré que le corps vitré est capable de recevoir et de transmettre une impression lumineuse, je suis obligé de repousser votre théorie ou d'admettre que l'œil n'est pas l'organe de la vision.

Je m'arrête, monsieur, je ne veux pas répondre à la seconde partie de votre lettre; j'y vois une certaine expression (*ignorance*) que je n'emploie jamais avec personne et qui ne me permet pas de pousser plus loin cette discussion.

Veuillez, monsieur et honoré confrère, agréer l'expression de ma haute considération. Gavarret.

APPRÉCIATION

DU RAPPORT FAIT PAR M. LE DOCTEUR PAYEN A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IVe ARRONDISSEMENN SUR LA PROVIDENCE MÉDICALE.

(*Voir* la Gazette des Hôpitaux du 1er juillet 1851.)

Monsieur le Rédacteur,

Dans une première lettre que nous avons eu l'honneur de vous adresser en réponse au rapport de M. le docteur Payen, nous nous sommes contenté d'indiquer les erreurs matérielles contenues dans ce rapport, nous réservant d'y faire une réponse plus explicite. Cette réponse servira à mieux caractériser le but de la nouvelle institution et à dissiper les doutes que des assertions hasardées auraient pu faire naître dans les esprits. Nous vous remercions, monsieur, d'avoir publié les statuts de la *Providence Médicale*, car c'est dès lors un texte positif sur lequel il n'y a plus moyen d'équivoquer. Nous espérons que vous voudrez bien compléter notre justification en insérant la réfutation du rapport de l'honorable M. Payen. C'était un devoir pour M. Lagrue en particulier, qui était attaqué personnellement, de prendre la parole en cette circonstance.

Pour l'administration de la *Providence Médicale*, Dr Le Sèble.

Le premier reproche que M. le rapporteur nous adresse, c'est d'avoir dit au commencement de notre prospectus, si prospectus il y a, que nous nous plaçions *sous le patronage des mairies*: or, ce patronage demandé peut n'être pas accordé, dit-il; il ajoute, *et nous* croyons savoir qu'il sera effectivement refusé dans plusieurs mairies.

Nous dirons donc à M. le rapporteur que plusieurs maires nous ont déjà fait l'honneur de nous assurer de leurs sympathies, et nous sommes certains d'obtenir protection de tous ceux qui nous connaîtront tels que nous sommes et non tels que veut nous représenter le rapport. Qu'est-ce donc que se placer sous un pareil patronage? N'est-ce pas s'y soumettre, demander son contrôle, faire preuve de bonne volonté et de confiance dans le principe même de l'institution? Si ce principe nous paraissait contestable, est-ce que nous ne chercherions pas à le dissimuler? Et qui nous accusera d'avoir la plus entière franchise, de vouloir agir sous une cloche de verre, de manière que tous, et que les autorités municipales en particulier, n'ignorent rien de ce qui nous concerne? MM. les maires comprendront bien que les projets peu utiles ne sont pas ceux qui appellent leur contrôle. Nous ne nous croyons donc pas obligés d'obtenir préalablement l'avis favorable des 32 mille mairies de France; et, lorsque nous sommes certains de rendre de grands services sans nuire aux intérêts de personne, nous ne pouvons admettre qu'on refuse arbitrairement l'appui que nous sommes en position de mériter.

M. le docteur rapporte qu'un médecin du 6e dispensaire figurant sur notre liste l'aurait autorisé à dire que son adhésion n'avait pas été donnée à la *Providence Médicale*; nous connaissons le médecin dont il s'agit et nous défions M. Payen de nous montrer une liste sur laquelle le nom de ce médecin ait figuré. Parmi nos honorables médecins et pharmaciens il n'y a que des noms dont le concours nous soit acquis par des traités.

Sans amoindrir en rien le mérite personnel de MM. Pillon, Godard et Payen, formant la commission du rapport, nous dirons donc que des hommes non moins honorables, leurs égaux, leurs confrères, docteurs de la Faculté de Paris, ayant pris consciencieusement la détermination de concourir à la fondation de la *Providence Médicale*, c'était un devoir pour M. le rapporteur de respecter cette détermination et qu'il ne devait pas venir se poser *carrément en censeur universel.* Que dirait-il, si l'un de ces mêmes confrères venait blâmer tous ceux qui se dévouent au service gratuit de la Société philanthropique qu'il répresente?

S'il est vrai qu'une société médicale de l'un des arrondissements de Paris ait cru devoir passer à l'ordre du jour sans faire de réponse à la proposition qui lui était soumise, c'est sans doute parce que, étant incomplétement renseignée, elle n'a pas voulu agir avec précipitation; c'est d'ailleurs pour ce même motif qu'une autre société médicale nous informait par l'organe de son honorable président « qu'elle n'avait pas voulu prendre de détermination collective, laissant » à la libre conscience de chacun de ses membres, tous honorables, le soin de » donner leur adhésion s'il leur paraissait convenable de le faire. »

En se livrant ensuite à l'appréciation du principe de la nouvelle institution, M. le docteur Payen nous assure que la commission a été unanime pour le blâmer! C'est le cas de dire qu'est-ce que cela prouve? lorsque plus de cinquante docteurs en médecine de la Faculté de Paris, aussi membres de sociétés médicales et des notabilités très respectables, ont été d'un avis contraire.

Quoi qu'il en soit, MM. les trois honorables commissaires de la Société médicale du 4e arrondissement reconnaissent qu'il y a quelque chose à faire, puisque dans l'état actuel des choses les relations ne sont pas toujours ce qu'elles devraient être du client au médecin et du médecin au client; en voulant toutefois que la liberté du client reste entière, ils ne prennent pas garde que nous sommes du même avis et que nous avons tout prévu, tout organisé de manière à n'exiger du médecin qu'un service légitime en échange d'un traitement payé d'avance. Y a-t-il un fonctionnaire public qui se considère comme n'étant pas libre parce qu'il est dans l'obligation de remplir les devoirs de sa charge?

Que M. le rapporteur préfère le chaos actuel à un ordre de choses plus en harmonie avec les aptitudes et les besoins, nous ne voulons pas contrarier ses convictions déjà ébranlées. Mais nous soutenons contre lui que cet intermédiaire administratif dont il parle est indispensable pour épargner au médecin des démarches et des sollicitations qui nuisent aujourd'hui à sa dignité.

M. le rapporteur fait preuve d'une érudition profonde que je ne qualifierai pas. Je ferai mieux, je le remercierai de m'avoir révélé l'existence de nombreux projets analogues peut-être à celui dont je me suis dit l'auteur, avec d'autant plus de raison, que ce projet ne ressemble en rien à ses nombreux devanciers, et qu'il ne leur a emprunté ni le fond, ni la forme. Il eût suffi à M. le rapporteur d'en établir la comparaison pour s'en convaincre. Au reste, il n'y a rien de nouveau sous le soleil, et, si la combinaison économique que je propose est utile, je n'ai nullement la prétention d'en tirer vanité. Je conclus des fréquentes tentatives qui ont été faites pour atteindre le même but que tous ces projets, les uns sérieux, comme la *Providence Médicale*, les autres bouffons, dont le premier date de 1771, témoignent du besoin généralement et depuis longtemps senti d'une réforme dans l'administration des secours de la médecine. Une chose nous peine, c'est que pour le besoin de sa cause M. le docteur ait cru devoir établir une sorte de confusion injuste entre tous ces projets, et aller jusqu'à rappeler le nom de je ne sais quel établissement et *hypocratique et dotal.*

Jusqu'ici le rapport de M. Payen n'a pas manqué d'exciter l'intérêt, malgré les erreurs matérielles dont il fourmille; il avait une apparence de calme qui sied à l'expérience. Dans les appréciations qui suivent, M. le rapporteur est moins heureux; il se passionne. Il semble craindre pour la Société philanthropique la rivalité d'une institution plus utile aux populations.

Sous le point de vue logique, le rapport sera-t-il moins reprochable qu'il ne l'est au point de vue moral? Cela devrait être quand on parle avec cette haute et fière assurance. Il n'en est rien cependant: ôtez les plaisanteries dont le susdit rapport est émaillé, il ne reste plus que cinq ou six propositions banales ou contradictoires qui se résument de cette manière:

Messieurs, cette institution ne réussira pas, car elle n'a pas encore prouvé qu'elle réussirait;

Des tentatives dans le même but ont été faites sans succès, donc celle-ci, que je ne connais pas très bien, ne réussira pas davantage;

Je ne suis pas d'avis que la nouvelle institution soit utile, donc vous ne devez pas la prendre au sérieux;

Je ne sais pas si la *Providence Médicale* fera des prospectus, rien ne l'indique, rien ne le fait préjuger, et cependant, je vous assure que vos noms seront affichés sur tous les murs de Paris ; oui, *des affiches vont apprendre à toute la France l'existence de l'institution nouvelle, et donneront les noms, les adresses, sans doute, des médecins coopérateurs.*

M. le rapporteur ajoute : *En songeant que vous ne permettez pas au jeune médecin de mettre à son habitation un signe qui lui ferait trouver son premier client, je me demande si cette propagande est de meilleur aloi.*

Certes, le mot est caractéristique et restera. Qne vous en semble? Le jeune médecin doit attendre son tour au banquet de la clientèle, et se contenter de ramasser les miettes qui tombent de la table somptueuse des puissants de la renommée médicale. Ce n'est pas le mérite qui lui manque cependant, car il est docteur ; ce n'est pas l'activité, car il est jeune et dévoué; mais il faut lui inspirer le devoir arbitraire de cette réserve timide qui en fait l'humble serviteur de ses confrères privilégiés.

Reste à savoir si cette belle position est acceptable pour nos jeunes docteurs, nous ne le pensons pas, et le public, qui a plus d'esprit que personne, saura bien en dire son mot.

Nons déclarons que M. le rapporteur en sera pour ses frais d'imagination et que nous ne sommes pas dans l'intention de faire briller les noms des docteurs qui nous ont honorés de leur concours, snr des affiches placardées dans toute la France; nous avons des moyens plus modestes que M. le rapporteur ne soupçonne pas et qui ne sont pas moins utiles que la publicité : c'est le soin et le zèle avec lequel chacun remplira son devoir, ce sont les bonnes relations fraternelles, les services nombreux que l'institution promet et qu'elle rendra ; ces moyens, j'en suis certain, M. le rapporteur ne les désapprouve pas.

Je veux lui adresser un reproche encore aussi sérieux que ceux qui précèdent. C'est que, après avoir dit : *le succès de l'œuvre repose sur un sentiment de prévoyance qu'il serait à souhaiter de rencontrer dans nos populations, mais qui malheureusement est peu général*, il s'évertue aussitôt à détourner le public de la prévoyance, en cherchant à établir que nos abonnés auraient tort de sacrifier 10 centimes par semaine en bonne santé pour s'assurer des secours certains en cas de maladie. D'ailleurs M. le rapporteur s'inquiète peu si cela est utile aux familles pauvres, dont il méconnaît les besoins; *car*, dit-il, *la crainte des malades d'appeler le médecin sans pouvoir le payer me touche peu, parce que je n'y crois pas;* il ne soupçonne pas même l'avantage qn'il y a pour les abonnés à verser ainsi par petites sommes et d'avance ce qu'ils seraient obligés de verser en nne seule fois si la maladie les avait frappés isolément. Il ne remarque pas que dans notre système le médecin n'a plus de non-valeurs et que, étant payé d'avance, il se trouve délivré de ce qui lni pèse le plns, le soin de se faire payer après avoir traité son malade.

Lorsque M. le rapporteur veut pronver *que la nouvelle institution ne procurera pas à la classe à laquelle elle s'adresse les avantages qu'elle lui promet*, il ne voit pas que M. Descamp, en opérant sur les états de la Société philanthropique, qui ne traite que des malades, n'ayant trouvé que la moyenne des journées de maladies par an et par personne malade, ce principe de 5 journées de maladie en moyenne par an et par personne n'est pas applicable à la question. La *Providence Médicale* admettant les personnes valides, il fallait constater le nombre de visites et de consultations à la charge des médecins pour un nombre déterminé d'abonnés valides ; M. le rapporteur n'a donc pas compris la question, anssi arrive-t-il à conclure sans motif, après avoir cité deux ou trois faits erronés, que l'abonné en général ne tronvera pas de diminution dans sa dépense ordinaire pour frais de maladie.

M. le rapporteur serait bien étonné si nous avions le temps de lui démontrer que non-seulement l'abonné trouvera une diminution notable dans la dépense ordinaire pour frais de maladie, mais que nous lui donnons le moyen de payer son abonnement sans qu'il lui en coûte un centime, par la réduction de faveur que notre but philanthropique nous met en position d'obtenir, sur les médicaments, sur les bains, sur le prix des accouchements, sur les fonrnitures du dentiste et du bandagiste.

Si le principe qu'il y a 5 journées de maladie par année et par personne était vrai, cela n'équivaudrait pas à une visite et à nne consultation par personne par année, et d'après nos calculs, à ce compte-là, un médecin suffirait pour 7,300 abonnés valides en faisant 20 visites et consultations par jour, et recevrait, dans les conditions d'intérêt qui lui sont faites par la *Providence Médicale*, 23,725 fr. M. le doctenr Payen aurait donc prouvé que nous accordons trop au médecin, tout en voulant prouver le contraire.

Malheureusement il n'en est pas ainsi, nous osons à peine compter un médecin pour 2,000 abonnés valides, ce qui lui procurerait 6,500 francs à Paris. Nous avouons du reste que cette question est nenve, que les renseignements statistiques nécessaires pour lui donner une solution rigoureusc, ne nous ont parn établis nulle part avec le degré de certitude desirable, et que nous n'espérons arriver à nous prononcer qu'après plusieurs années d'expérimentation. Ce qu'il y a de plus avantsgeux à dire en faveur de notre système, c'est qne les maladies, étant traitées au début, sont souvent prévenues ou n'acquièrent pas le même degré d'intensité et de durée que dans l'état actuel des choses.

Nous ne pouvons nous attacher à réfuter le rapport à la lettre; car, chaque mot est une supposition hasardée. M. Payen prétend que l'administration ne repose quc sur deux têtes, directeur et inspecteur, que le conseil de surveillance occupe un rang subalterne, qu'il n'y a pas de tribunal qui décide entre l'administration, les médecins et pharmaciens.

Et pourtant notre conseil de surveillance nomme une commission d'administration pour assister les directenrs; il représente les intérêts des médecins, des pharmaciens, des abonnés; il contrôle la gestion, vérifie la comptabilité, statue sur toutes les questions; il juge entre tous et l'administration, et cela est si vrai, que nos traités avec MM. les médecins et pharmaciens, imprimés depuis longtemps, se terminent tous par cette formule : « En cas de contestation » entre M. le docteur et l'administration ou l'un des abonnés de la *Providence Médicale* pour ce qui concerne le service, il s'engage à reconnaître le » conseil de surveillance comme tribunal amiable compositeur pour prononcer » sur la difficulté, sans appel, sans frais, et sans être tenu aux formalités de la » procédure. »

M. le rapporteur s'élève beaucoup contre l'égalité dcs salaires, appliquée au cas particulier, nous devons nous expliquer à ce sujet : l'article 29 de nos statnts porte que :

« S'il arrivait que l'un dea médecins de l'institution fût plus recherché que ses » autres confrères, l'administration se réserve d'intervenir, sur sa réclamation » soit pour limiter le nombre des consultations et visites qu'il serait tenu de faire » sans excéder scs forces, soit pour lui donner un suppléant.

» Ce fait, honorable pour le médecin qui aurait mérité d'anssi nombreuses sym» pathies, serait mentionné dans le compte-rendu annuel. »

Si, comme le propose M. le rapporteur, l'administration eût voulu s'en tenir à la déclaration de ses médecins sur le nombre de leurs visites pour les payer proportionnellement, il eût encore fallu les obliger à noter le nombre de leurs consultations, il eût fallu apprécier la valeur relative, la durée de ces visites et de ces consultations ; car celle qui a duré une heure devrait être payée plus cher qne celle qui n'a duré que cinq minutes; une visite à grande distance est plus onéreuse qu'une visite plus rapprochée. Comment apprécier tont cela? Comment vérifier les erreurs involontaires qui peuvent être commises? Quelle énorme complication! Quelle perte de temps! Quel travail fastidieux et stérile! Et tout cela pour liarder misérablement à l'occasion d'un peu plus ou d'un peu moins de mérite ou de travail. Tel était pourtant le système de M. Payen.

Nous avons cru préférable de considérer tons les docteurs de l'institution comme des fonctionnaires du même grade, rccevant le même salaire pour remplir les mêmes devoirs; ce principe d'ailleurs est admis par toutes les administrations; il en est ainsi pour tous les fonctionnaires de l'État, de l'armée, de la magistrature, de l'Université et de la finance, ce qui n'empêche pas ces fonctionnaires du même grade d'avoir plus ou moins de mérite personnel.

Si un docteur est plus recherché qu'un autre et ne suffit plns à sa tâche, il aura un suppléant, docteur comme lui, qu'il présentera lui-même aux nombreux abonnés dont il aura la confiance. Dans un cas grave, il interviendra certainement, si le malade le désire, et tout sera dit.

Est-ce nne raison pour prétendre, ainsi que le fait l'honorable rapporteur, que cette égalité de salaire est une prime offerte à la négligence, *car le médecin n'a plus d'intérêt*, dit-il, *à multiplier ses soins et ses visites.*

Lorsqu'on a sans cesse à la bouche les grands mots de dignité personnelle, il ne faut pas ravaler l'art médical aux proportions d'une vile question d'argent; moi qni n'ai pas l'honneur d'être médecin, je proclame l'admiration que m'a souvent inspirée le dévouement de ceux qni exercent cette utile profession; c'est le médecin qui, dans notre société à contre-sens, paye le plus de sa personne pour le soulagement de l'humanité souffrante; c'est lui qu'on rencontre partout où il y a une bonne action à faire, une consolation à donner; il accourt le jour, la nuit, à toute heure, auprès des malades, sans s'inquiéter même si le salaire suivra; il donne ses conseils, et quand il visite le pauvre, il lui achète quelquefois les médicaments qu'il a prescrits. Et cet homme, ce noble savant ne serait pas sensible à l'honneur! il ne trouverait pas dans l'estime publique un supplément de récompense suffisant pour son mérite! Non, votre proposition inadmissible, elle est injurieuse pour vos confrères.

Cela est tellement vrai, qu'on a toujonrs abusé du dévouement dn médecin en lui imposant une foule de services gratuits : service gratnit pour les bureaux de bienfaisance; service gratuit pour la Société philanthropique; pour ceci et pour cela, ce qui n'empêche pas l'État de lui faire payer patente comme à un marchand!... M. le docteur Payen, qui représente la Société philanthropique veut bien, à ce qu'il paraît, enrôler les médecins sous la bannière de son administration à condition qu'on ne les payera pas. Et nous, nous voulons les payer, voilà toute la différence.

Nous en avons assez dit, ce nous semble, pour établir que M. le rapporteur n'a pas compris la question qu'il avait à traiter que, si, d'après son aveu, il manquait de faits et de renseignements pratiques, et si les statuts qui lui étaient soumis n'étaient qu'une épreuve incomplète, la plus vulgaire prudence lui faisait un devoir d'attendre la publication définitive pour se prononcer.

Nous repoussons donc les conclnsions du rapport comme portant à faux.

Nous signalons comme inconvenantes les insinuations du rapporteur au sujet de l'administration de la Providence Médicale, dont le conseil de serveillance est très respectable.

Nous regrettons d'avoir à reconnaître que M. le rapporteur, agent de la Société philanthropique, n'a pu s'exprimer comme il l'a fait que dans le but de déconsidérer à sa naissance une institution qu'il a regardée sans donte comme uue rivale de celle qu'il représente.

Nons ne pouvons louer comme nn acte de sagesse la pression morale qu'il a voulu exercer sur ses confrères pour les détourner de concourir à notre œuvre.

Nous croyons peu habile de sa part de se poser en censeur universel, de blâmer indirectement plus de 50 docteurs de la Faculté de Paris, ses confrères, qui ont été d'nn avis différent.

Nous déclarons que nous nous entendons assez en fait d'*association* pour ne pas compromettre ce principe *fécond* en l'appliquant mal à propos, et que son application à la médecine est digne d'être accueillie par tous les amis de l'humanité; qu'il en résultera d'immenses avantages pour les populations et pour les médecins, sans rien ôter à la considération ni à la liberté, dont nous sommes tous jaloux.

Nous soutenons enfin que l'honorable Société médicale du 4e arrondissement, en adoptant les conclusions du rapport sans être complétement renseignée, n'a sanctionné que l'opinion individuelle de M. le rapporteur, sur lsquelle l'expérience fera nécessairement revenir.

Ainsi, l'appel que nous avons fait à tous les docteurs reste ouvert. De nouvelles adhésions nous sont venues depuis que le rapport est connn; et tout annonce que, loin de nous avoir nni, il contribnera peut-être à nos succès.

Que M. le docteur Payen veuille bien en recevoir nos remercîments.

Telle était notre réponse. Nous croyions avoir fini, et voilà que M. le rapporteur nous attaque de nouveau dans une lettre que la *Gazette des Hôpitaux* a publiée le 12 juillet courant.

Je me contenterai de faire remarquer qnelques contradictions nouvelles de l'honorable docteur, qui a soin de se réfuter lui-même.

Il dit dans sa nouvelle lettre: « Un fait capital domine le débat; c'est que les statuts actuels sont différents des premiers. » — Puis, il ajoute : « Je nie formellement que de mon propre aveu je ne connaissais qu'imparfaitement les statuts. » — Le denxième considérant de la résolution adoptée par la Société médicale du 4e arrondissement parle anssi de « *statuts dont la commission n'avait aucune connaissance.* »

Cependant M. le docteur Payen, dans son rapport même, dit textuellement : « Postérieurement à la rédaction de ce rapport, M. Lagrue nous a adressé une longue note pour nous faire connaître les modifications et additions qu'il avait cru devoir apporter aux statnts. Si cette note a été adressée postérieurement à la rédaction du rapport, il est certain que tout avait été dit avant que lecture en eût été faite à la Société médicale du 4e arrondissement. »

Donc M. le rapporteur connaissait les modifications principales apportées aux tatuts, et il dit lui-même qu'il en a tenu compte.

Comment alors se fait-il que la commission n'en ait pas eu connaissance?

Il est dit plus loin : « A la vérité, M. Lagrue nous a présenté les prospectus imprimés comme des *épreuves.* » — Il ajoute à la fin du rapport : « que les modifications apportées aux statuts ne sont pas encore rendues publiques. » Il aurait pu dire aussi que, malgré la longueur de notre entretien, je n'avais certainement pas pu entrer dans tous les détails nécessaires pour lui faire apprécier le nombre et l'étendue de toutes les modifications. Et il affirme pourtant qu'il n'y a pas dans son rapport une phrase qui, de près ou de loin, signifie que, de son propre aveu, il ne connaissait qn'imparfaitement les statuts.

La visite que j'ai eu l'honnenr de faire à M. le docteur Payen n'avait d'autre but que de le prier de suspendre son rapport jusqu'après la publication définitive des statuts ; je voulais lui épargner la peine de parler pour ne rien dire, et je regrette vraiment de n'avoir pas été assez heureux pour obtenir ce résultat. En tout cas, je crois avoir fait preuve d'une loyauté irréprochable, et je ne suis pas cause si M. le rapporteur a fait preuve, lui, de trop de précipitation. Quoi qu'il en puisse dire, je maintiens que, s'il avait exposé à la Société médicale que la question n'était pas en état, et qu'il y avait lieu d'attendre jusqu'à la séance suivante, cela n'eût pas souffert la moindre objection.

Enfin, M. le rapportenr, battu avec sea propres armes, se lance dans son dernier retranchement. « Allons au fait, dit-il, en m'occupant de ces partages, je voulais établir que *sur 100 fr. payés par l'abonné, il n'en entrait que 65 dans la bourse du médecin.*

En vérité cela n'était pas difficile à établir, puisque cela était écrit dans les statnts mêmes. L'article 17 stipule que les sommes provenant des abonnements seront invariablement répartiea de la manière suivante : 65 p. 100 pour la rétribution des médecins et chirurgiens; 10 p. 100 pour le service des sages-femmes; 2 p. 100 pour les dentistes; 3 p. 100 pour les opérations chirurgicales extraordinaires et les cas imprévus. L'administration rend compte de ce dernier fonds de 3 p. 100.

L'srticle 54 des statuts porte qn'à partir du 1er juillet 1853, si la prospérité de l'institution le permet, l'administration prélèvera en outre 5 p. 100 de la recette totale, à prendre sur les 20 p. 100 qui lui sont réservés, pour la fondation d'une caisse générale de secours et de retraite an profit des docteurs-médecins ou chirurgiens de l'institution.

C'est donc 85 p. 100 de la recette totale qni sont destinés au service médical proprement dit. Il ne reste plus que 15 p. 100 pour les frais d'admioistration de toute nature, sur lesquels il faut tout d'abord prélever 5 p. 100, qui se trouvent absorbés pour le seul service des abonnements.

Or, nous défions qu'on puisse exiger moins de 10 p. 100 pour le service administratif proprement dit. Il n'y a pas une administration qui ne dépense au moins le double, et nous avons prouvé, dans notre première réponse, qoe la Société philanthropique dépense 25 p. 100. Est-il étonnant, après cela, que l'administration de la Providence Médicale fixe ses dépenses à 10 p. 100? Nous faisons juges de la question toutes les personnes de bonne foi.

L'erreur de M. le rapporteur consiste à ne pas comprendre que l'abonné qui paye 5 francs destine au médecin sur cette somme 3 fr. 25 c., et que ces 3 fr. 25 c., qui suffisent pour rétribuer ce médecin, lui reviennent intégralement, sans que l'administration en détourne un centime; sur cette même somme de 5 francs, il revient aux sages-femmes 50 cent. auxquels l'administration ne touche pas davantage, et il en est de même des 2 p. 100 et des 3 p. 100 affectés aux dentistes et aux opérateurs.

Et si l'abonné paye 15 p. 100 à l'administration, est-ce le médecin qui perd? Y a-t-il quelqu'un qui perde? Mille fois non, tout le monde y gsgne, car l'abonné ne peut obtenir tous les avantages que lui assure l'institution, sans une administration constituée qui lui garantisse les bienfaits de la mutoalité d'nne part, et d'autre part le service médical qu'il a payé.

M. le rapporteur s'élève beaucoup contre l'existence même de cette administration, dont il ne comprend pas l'utilité; c'est fâcheux. Il est pourtant bien clair qn'il ne suffit pas qu'il y ait des médecins et des malades, mais qu'il faut donner à tous les malades les moyens de recevoir les secours et aux médecins capables, une rémunération convenable qu'ils ne soient pas obligés de dispoter misérablement. L'administration dout je parle doit organiser un service de clientèle pour les médecins, éviter aux abonnés des pertes de temps regrettables et des dépenses au-dessus de leurs forces. Lorsque cette administration n'exige pas même des médecins ce que leur coûte le recouvrement de leurs mauvaises créances, ou plutôt n'exige absolument rien en retour du service qu'elle leur rend, il me semble qne M. le rapporteur anrait dû nous savoir gré de l'heureuse combinaison qui permet à toute la population de profiter des secoors de l'art de gnérir, et prévient toutes les non-valeurs en faisant payer tous les abonnements d'avance et en rétribuant aussi d'avance tontes les personnes chargées du service.

Nous sommes donc en droit de reponsser comme elle le mérite l'insinuation maladroite et peu sincère que l'administration, directeur et inspecteur, coûteraient aux médecins, 35 p. 100 de la recette totale!... et en parlant des directeurs il ne fallait pas avoir l'air d'oublier qu'ils ne se font aucun traitement; et que les frais généraux comprennent avant tout les loyers, salaires des employés, impressions, etc. Si l'administration ne rend pas compte au public de tous ces détails, c'est que, après s'être obligée à ne dépenser que 15 p. 100, jamais davantage, beaucoup moins qu'aucune autre administration analogue, il était vraiment peu utile qu'on en sût davantage.

Et maintenant qne nons avons répondu assez longuement pour faire tomber toutes les objections de l'honorable rapporteur, nous garderons désormais le silence, quelles que soient les attaques nouvelles et de quelque part qu'elles nous liennent.

A. Lagrue.

Par un décret du président de la République, en date du 16 juillet, M. Delioux de Savignac, médecin professeur de la marine, a été nommé au grade de second médecin en chef à Cherbourg, en remplacement de M. Blache, mis, hors cadre, à la disposition du ministre de l'agriculture et du commerce.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 85. — JEUDI 24 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 85. — JEUDI 24 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 23 JUILLET 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons donné à M. Chailly un bon conseil dont il ne nous tient probablement pas beaucoup de compte et qu'il ne semble guère disposé à suivre. M. Chailly a bien tort. S'il nous avait écouté, il se serait épargné le pénible enfantement de ces productions singulières dont il se croit obligé depuis quelque temps d'inonder le pavé scientifique, et qui ne peuvent qu'amoindrir sa réputation de praticien sans rien changer à sa renommée de savant. Il y a quelques jours, M. Chailly transformait le périnée en toile d'araignée ; hier il nous parlait de Mme la b… de R…, cliente de MM. Rayer, Ricord, Baron et Roth ; aujourd'hui il adresse à l'Académie une note touchant l'*innocence* de l'accouchement prématuré artificiel ! M. Chailly ne craint-il pas qu'au lieu de croire à l'innocence de l'opération, le lecteur qui lira ces communications singulières ne croie à une autre innocence ? M. Chailly connaît toute notre considération pour sa personne ; c'est donc en toute sincérité que nous soumettons cette question à ses méditations et à celles de ses amis.

Outre la note dont nous venons de parler, la correspondance nous a encore apporté aujourd'hui une importante observation de M. Depaul et un mémoire intéressant de M. Chapel (de Saint-Malo), sur lequel nous aurons occasion de revenir. Quant à l'observation de M. Depaul, nous la publierons dans notre prochain numéro.

L'Académie a entendu en outre deux rapports, dont l'un offre un véritable intérêt pour la thérapeutique. On le trouvera textuellement à notre compte-rendu.

Enfin l'Académie a commencé aujourd'hui une discussion importante sur le mémoire de M. Malgaigne. MM. Roux, Velpeau et Robert ont présenté des réflexions que leur extrême intérêt nous oblige à renvoyer au prochain numéro, ainsi que l'appréciation de cette discussion.

La séance s'est terminée par une intéressante communication de M. Boinet sur un cas de carie vertébrale guérie par les injections iodées.

— Aucune communication n'a été faite à l'Institut qui pût nous intéresser. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Traitement des épanchements. — Opportunité de la thoracentèse?

Il nous reste, pour compléter l'histoire des épanchements, à parler des indications thérapeutiques. Pour nous, le traitement rationnel ressort des considérations mêmes qui touchent à la nature de la lésion primitive, cause de l'épanchement ; c'est le motif qui nous a fait insister sur le caractère essentiel qui fait des épanchements dus à la lésion de la plèvre une classe distincte de ceux qui sont produits par une affection générale amenant la stase sanguine, et par suite l'hydrothorax. Il est évident que dans ces deux cas le traitement doit être différent, puisque, d'une part, il faut s'adresser à la phlogose de la plèvre, et de l'autre à un état morbide général, dont l'épanchement n'est que le symptôme. Si, dans une pleurésie, méconnaissant la cause inflammatoire, vous ne vous attachez qu'à l'épanchement, ce dernier ne manquera pas de se reproduire tant que subsistera la cause qui l'a déterminé ; il pourra même aller jusqu'à comprimer les poumons au point de gêner les fonctions de l'hématose : c'est donc dans la guérison de la pleurésie que se trouvera celle de l'épanchement. Si cette pleurésie est récente, indépendante de tout état général morbide, vous triompherez facilement de l'état inflammatoire par une médication appropriée ; vous verrez bientôt l'épanchement se résorber et ses accidents immédiats disparaître. Les parois de la poitrine reviendront sur elles-mêmes ; le poumon reprendra son volume primitif ; il s'opérera, en un mot, un travail tendant à faire rentrer dans les conditions de contiguïté normales les organes qui s'en étaient écartés. Ce retour à l'état physiologique sera efficacement aidé par l'organisation de la matière plastique contenue dans la sérosité épanchée ; cette lymphe rapproche les surfaces pleurales, les consolide ; puis, quand l'épanchement est résorbé, le travail qui a changé la matière plastique en tissu cellulaire cesse de lui-même. Mais l'atrophie de ce tissu de nouvelle formation et la disparition de la phlogose demandent, pour être complètes, un certain laps de temps ; car la résolution de toute inflammation est subordonnée aux conditions générales des fonctions plastiques. Aussi voyons-nous souvent les malades rester longtemps valétudinaires, accuser des douleurs erratiques dans la poitrine, être pris de toux, de faiblesse dans les membres, de fatigue au moindre effort musculaire ; enfin le retour parfait à la santé ne se manifeste qu'avec la disparition de tout phénomène morbide au siége de la lésion primitive.

La médication rationnelle ne consiste pas seulement à attaquer l'élément inflammatoire ; le médecin intelligent doit encore savoir attendre, et comprendre la nécessité d'un certain temps pour que la phlogose disparaisse, et avec elle l'épanchement. La durée de ce temps, indispensable à toute résorption, varie suivant les individus, et l'état général de chaque malade fournit à la thérapeutique des indications spéciales.

Avez-vous affaire à un sujet affaibli? Vous savez que chez lui les résorptions sont plus longues, à cause de la débilité des fonctions plastiques. Vous devrez alors nourrir votre malade et le tonifier par tous les moyens possibles.

Quant aux agents thérapeutiques qui s'adressent directement à l'inflammation, mon but n'est pas de les énumérer : ils sont assez connus ; j'insisterai seulement sur les considérations qui doivent vous guider dans leur application. Vous vous attacherez surtout à proportionner l'emploi de ces moyens à la force de constitution des sujets que vous aurez à traiter. Recourir, chez un malade de force moyenne, à une médication antiphlogistique énergique, serait une faute aussi grossière que d'administrer les stimulants aux individus robustes et vigoureux. Le médecin ne doit jamais procéder qu'avec mesure, savoir graduer ses moyens thérapeutiques suivant la constitution des sujets, et comprendre la durée qu'ont nécessairement ces épanchements.

La pleurésie devient quelquefois chronique. Quand la phlogose est due à la diathèse tuberculeuse, par exemple, elle peut être encore liée à un état de langueur général qui rend très difficile la disparition des épanchements. Dans ces divers cas la maladie se prolonge indéfiniment, et la pleurésie est *chronique*.

L'affection inflammatoire de cette nature altère à un plus haut degré que dans l'état aigu la constitution des tissus. C'est alors qu'on voit se produire de véritables superpositions membraneuses. Les pseudomembranes, plaquées les unes sur les autres, constituent des couches stratifiées. Il est facile de prévoir que dans de telles circonstances la durée de la maladie devra être fort longue ; aussi la médication doit-elle participer du caractère chronique de l'affection. Il faut substituer dans l'organisme à la phlogose chronique dont la plèvre est le siége des phlogoses accidentelles qui tarissent les sécrétions qui se font du côté de la séreuse pleurale. On emploiera avec avantage les dérivatifs profonds (cautères, sétons) sur les parois de la poitrine, en se rapprochant le plus possible de la commissure médiastine antérieure et postérieure, endroit où les vaisseaux qui se rendent à la plèvre sont le plus abondants.

Il y a des épanchements qui se rattachent à la désorganisation de la plèvre, et se produisent comme conséquence de la phlogose qui s'allume autour des dégénérescences tuberculeuses ou carcinomateuses. Quand ils arrivent par suite de tubercules développés dans la plèvre ou sous le feuillet pleural, les épanchements sont malheureusement liés à une affection incurable, la médication doit échouer ; aussi le médecin ne peut-il se proposer que d'apporter au malade un soulagement passager, en favorisant les résorptions partielles ; les fonctions de l'hématose seront plus faciles et, pour un instant du moins, l'amélioration sera sensible.

Dans les lésions organiques dont la nature est encore peu connue, le médecin ne peut s'adresser à la cause elle-même ; il doit alors procéder rationnellement. Nous savons que, pour disparaître, les tubercules se ramollissent, puis sont expulsés par l'expectoration ; mais connaissons-nous quelque moyen d'arrêter leur développement ? Aucun, assurément. La guérison de la plèvre tuberculeuse ne peut donc être obtenue radicalement. Quand des tubercules se montrent dans les lobules ou sur la plèvre du poumon, le médecin

FEUILLETON.

Congrès scientifique de Nancy.

QUELQUES NOTABILITÉS MÉDICALES. LA MALADIE ASIATIQUE. ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS, ETC. ;

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

Autant qu'il est en mon pouvoir, je tâche de mettre en relief quelques-unes des notabilités médicales des diverses villes que je parcours à l'occasion de la maladie asiatique. Mais qui ne voit que je ne puis qu'effleurer le sujet ? Le congrès scientifique de France n'est réuni qu'une fois par an, et les douze ou quinze jours que l'on habite au milieu d'une grande population ne permettent pas toujours d'aborder les praticiens, trop absorbés dans leurs propres affaires pour donner audience, ou de longues audiences, à un médecin touriste.

Cependant, il y a bien des enseignements à recueillir, pour soi comme pour les autres, dans ces explorations. Malheureusement il faudra bientôt les interrompre, entré que je suis dans la soixante-dix-septième année ; c'est depuis bien des jours l'âge des apoplexies ; et si je n'étais hydropathe et quelque peu pythagoricien, sans pousser, à l'exemple de Cornaro, qui fut presque centenaire, sans pousser la servitude jusqu'au point de peser mes aliments, l'heure suprême aurait depuis longtemps sonné.

Un savant médecin, jeune encore, M. Brierre de Boismont, se propose de paraître, au mois de septembre prochain, au congrès scientifique d'Orléans. Sa spirituelle notice sur Leuret, de Nancy, me persuade qu'il est digne d'élever un monument à la gloire des médecins de nos provinces, si ses loisirs le lui permettaient.

D'autre part, comme il n'est pas donné à une seul personne de tout voir, de tout embrasser, il est permis d'exprimer le vœu que dans chaque département il se trouve un homme qui s'évertue à faire connaître ce qu'il y a de plus remarquable tant en praticiens qu'en découvertes ou applications thérapeutiques. Quel beau monument à élever à la gloire nationale ! quel service à rendre à la patrie !

Ce vœu est sur le point d'être rempli pour une région par un médecin d'un talent remarquable, M. le docteur Edmond Simonin, le digne rejeton de la dynastie des *Simonin*, que l'Académie de Stanislas a chargé de l'histoire de la médecine en Lorraine.

La 17e session du congrès fut ouverte à Nancy le 4 septembre 1850, et l'assemblée arrêta qu'elle se réunirait à Orléans le 10 septembre 1851. Ce fut, dans cette première cité, un élan, une animation difficiles à décrire. On disait : « L'ancienne capitale de la » Lorraine doit être à la fois fière et heureuse d'être appelée, » comme cité intelligente, à rendre à son tour l'hospitalité intellec- » tuelle que plusieurs de ses enfants ont déjà reçue en France et à » l'étranger. »

Après cet appel, on devait croire à une brillante session, que les habitudes, les mœurs, le goût des Nancéiens pour les travaux intellectuels ne manqueraient pas de favoriser. Elle fut, en effet, remarquable par le concours de toutes les capacités et l'appui de l'autorité municipale. L'administration et les Sociétés avaient préparé des fêtes, des expositions, un comice agricole, des inaugurations de monuments pour honorer la réunion et ajouter l'éclat comme le prestige de sa présence.

On attendait cette époque solennelle pour ériger la statue de Mathieu de Dombasle, cet homme laborieux qui appartient à l'humanité entière et à la science médicale par ses vues hygiéniques. Cette statue est due au burin du célèbre David (d'Angers).

Comme les Nancéiens sont doués au suprême degré de l'esprit patriotique, ils voulurent initier les étrangers à la gloire des faits principaux de leur histoire ; et ils organisèrent un système de tournée et d'excursion dans leur banlieue. Fiers surtout de cette belle page de leur histoire où Charles-le-Téméraire fut vaincu et tué le 5 janvier 1477, ils nous conduisirent sur le champ de bataille, et notamment sur le monticule où René avait placé son quartier général.

Un trait bien remarquable du long blocus qui avait précédé, et qui caractérise l'énergie des habitants, c'est qu'ils furent réduits à manger tous les animaux qui existaient dans la ville, et qu'après la victoire ils élevèrent avec les ossements un arc de triomphe sous lequel René passa à la lueur des flambeaux.

La nombreuse caravane fit une longue station à Rosières, commune qui devait intéresser l'hippiatrique, l'art vétérinaire et la science médicale. Rosières-aux-Salines possède un magnifique haras de 80 étalons, aussi bien tenu, mais moins bien placé que celui d'Angers, qui est sur le sommet de la colline.

Nancy, sous la latitude de 48° 41' 28", est à 340 kilom. de Paris. La petite différence de latitude pourrait faire supposer que la température y est aussi et même plus douce que dans la capitale ; mais le voisinage des Vosges, des grandes forêts, des nombreux étangs la rendent plus rigoureuse. L'élévation au-dessus du niveau de la mer y est aussi plus considérable, étant de 201 mètre 46 c., et celle du point le plus élevé de Paris, au péristyle du Panthéon, de 60,25.

La température du département est très variable, ainsi que l'affirme le docteur Simonin père. Si les pluies surviennent pendant que la chaleur est grande, elles rafraîchissent assez subitement l'air pour occasionner des maladies chez ceux qui ne peuvent se soustraire à ces brusques variations. Le mois de mai n'est pas toujours le plus beau de l'année, mais le soleil prend le dessus. Après quelques jours de beau temps viennent les orages ; ils se succèdent et finissent par amener les pluies du solstice. Sont-elles interrompues pendant quelques jours, la température s'élève brusquement ; les orages grondent de toutes parts et versent des pluies en abondance, surtout pendant les mois de juillet et d'août. C'est du 15 juillet au 15 août que la chaleur la plus élevée se fait sentir. Ce retard dans son développement est dû au temps nécessaire pour fondre les neiges des montagnes, dessécher et réchauffer le sol, etc.

Sans la nécessité d'abréger, je continuerais l'exposé de ces considérations météorologiques. Toutefois, nous dirons, à l'occasion de ce travail, que ceux qui nient la contagion des grandes maladies épidémiques négligent trop la recherche des causes générales auxquelles les grands hommes des seizième et dix-septième siècles attachèrent tant d'importance ; ils faisaient même toujours une revue rétrospective sur les temps passés, et croyaient trouver là l'étiologie des épidémies actuelles.

doit comprendre que tout ce qu'il peut faire c'est de diminuer l'abondance de l'épanchement, et cela par l'intermédiaire de l'appareil circulatoire ; en effet, en donnant plus d'activité à la circulation, il déterminera des exhalations et des sécrétions séreuses, et il trouvera, pour arriver à ce but, les adjuvants les plus énergiques dans les diurétiques, les sudorifiques et les drastiques. Cette médication amène l'exagération des sécrétions urinaires, favorise les absorptions qui se font alors au détriment de la masse séreuse de l'organisme, et donne une nouvelle impulsion à la circulation, en quelque sorte centripète ; comme effet secondaire, on détermine, du moins dans une certaine mesure, la résorption de l'épanchement dû à une cause organique, absolument comme lorsqu'il se produit par une cause générale. Les effets de la thérapeutique sont limités par la lésion locale qui entretient la maladie, par l'affaiblissement, la déperdition qu'entraîne le traitement lui-même, et par l'action locale que la médication peut exercer sur certains organes de l'économie ; les drastiques, par exemple, ont sur la muqueuse digestive une influence qu'il serait dangereux de porter trop loin ; de même les diurétiques amènent dans les reins une surexcitation anomale ; l'emploi prolongé de ces moyens ne tarde pas à déterminer un état pathologique secondaire qui devient un obstacle à la médication, et apporte dans l'organisme un nouvel élément de débilité, de cachexie, etc. Vous serez donc prudent, et vous saurez que les remèdes qui peuvent combattre efficacement les épanchements séreux doivent être interrompus à certains intervalles et combattus par le régime.

Le traitement qu'il faut diriger contre les épanchements qui se rattachent à un état pathologique général rentre dans les mêmes règles que la médication qui convient pour les épanchements dus à une lésion organique de la plèvre. En effet, les diurétiques et les drastiques feront disparaître assez facilement l'épanchement dû à la tuberculisation de la plèvre ; seulement les tubercules ramèneront bien vite l'épanchement et l'épuisement du malade. Ces deux agents thérapeutiques donneront des résultats bien plus avantageux s'il s'agit d'épanchements symptomatiques d'un état général ; car le traitement s'adresse alors à la cause générale en activant la circulation et en rendant aux fonctions plastiques une perfection qu'elles n'avaient plus, en même temps qu'il agit directement sur l'épanchement. Le malade sera bien plus longtemps sans voir la récidive de son affection, peut-être même sera-t-il guéri radicalement.

Nous venons de poser les règles générales que doit suivre le médecin dans le traitement des épanchements dus à une cause générale ou à une lésion de la plèvre, il nous reste à parler des indications propres à quelques cas particuliers. S'il s'agit, par exemple, d'un épanchement formé non-seulement de liquide, mais encore de gaz qui ont pénétré par une fistule pleuro-bronchique, votre attention portera d'abord sur la lésion organique productrice de cet état morbide (tubercules le plus souvent), puis sur l'état pathologique secondaire résultant des nouvelles conditions que la fistule a faites au poumon. En effet, l'air provoque la toux, la suffocation, augmente la pression déjà exercée sur le poumon par l'épanchement et gêne les fonctions de l'hématose. Vous devrez alors employer la médication qui consiste à débarrasser la poitrine des liquides et des gaz qui y sont accumulés, en mettant la cavité pleurale en communication directe avec l'air extérieur par l'ouverture du thorax. Ce moyen permet la cicatrisation de la fistule pleuro-bronchique et, par suite, celle de la cavité pleurale, s'il n'y a pas complication de tubercules.

Toutes les fois qu'il existe une fistule pleuro-bronchique, d'origine tuberculeuse ou non, il est incontestable que la guérison de la maladie trouve un obstacle permanent dans l'épanchement d'air qui se fait dans la cavité pleurale par les voies bronchiques. La respiration est gênée ; il en résulte bientôt un état pathologique dont rien ne peut triompher que l'opération, qui consiste à débarrasser directement la poitrine du liquide et des gaz qui y sont agglomérés. On peut même espérer une guérison définitive, si l'affection n'est pas due aux tubercules ; le serait-elle, que l'opération n'en serait pas moins indiquée, car elle soulage immédiatement les malades oppressés, rend plus d'ampleur à l'hématose et fait, en un mot, disparaître la plupart des accidents épiphénoméniques. Ce précepte de faire la ponction de la poitrine dès qu'il y a bruit de *succussion* (indice certain d'un épanchement liquide et gazeux) remonte à la plus haute antiquité. Ainsi, Hippocrate recommande la thoracentèse ; Galien s'étend sur les moyens de pratiquer l'ouverture avec avantage, et la science était, sous ce point de vue, si complète qu'elle n'a guère avancé depuis. Nous ne connaissons de contre-indication à cette opération que dans les cas où la fistule est survenue chez un homme arrivé au dernier degré de la phthisie.

Il est, toutefois, un autre cas où nous considérons la thoracentèse comme inutile ; c'est quand la fistule ne fait pénétrer l'air que dans un espace très limité, alors que des adhérences divisent en plusieurs lobes la cavité pleurale déjà considérablement diminuée ; ce cas ne se présente le plus souvent que chez des tuberculeux avancés, et puis l'opération n'apporterait qu'une amélioration insignifiante, puisque vous n'aurez fait que donner quelques pouces cubes de plus au poumon pour se dilater. Le médecin intelligent fera donc bien de s'abstenir dans cette circonstance.

Nous adoptons l'opinion des anciens, sur laquelle Fabrice d'Aquapendente a longuement écrit dans les cas de pneumothorax (épanchement emphysémateux des anciens), où il y a bruit de succussion et sonorité tympanique, preuves irrécusables de la présence du liquide et des gaz. Nous n'hésiterons pas à faire une contre-ouverture, que nous laisserons en place ; c'est le seul moyen d'évacuer les gaz, les produits de la phlogose, et de donner à la fistule le temps de se cicatriser. L'oblitération de la cavité pleurale se fera ensuite par la formation d'adhérences, et l'on pourra de cette manière obtenir la guérison dans un certain nombre de cas. Quoique ce succès ne soit pas à espérer chez les tuberculeux, on n'en fera pas moins la thoracentèse chez ceux qui sont encore dans d'assez bonnes conditions ; car si le poumon n'a pas contracté d'adhérences, il peut reprendre son extension ; la respiration devient plus large et plus facile ; le malade est débarrassé de l'oppression et quelquefois soulagé pour longtemps.

Opportunité de la thérapeutique dans les cas d'épanchements sans fistule pleuro-bronchique. — Il nous faut maintenant aborder cette question si vieille, si controversée et si diversement jugée. La thoracentèse doit-elle être pratiquée dans d'autres circonstances que celles que nous avons indiquées plus haut? Fabrice d'Aquapendente s'en est beaucoup occupé ; il a prétendu que l'on pouvait, sans crainte d'accident immédiat, ouvrir les parois de la poitrine avec le bistouri ou le trocart, et donner issue à la totalité ou à une partie du liquide. Il cite, à l'appui de son opinion, des exemples d'épanchements guéris par ce procédé. Morand, qui pratiquait à Paris et par conséquent sur un vaste théâtre, ouvrait la poitrine toutes les fois qu'il reconnaissait un épanchement thoracique. Dans des temps plus récents, Lassus, qui est presque notre contemporain, professait qu'il fallait faire la ponction dans les cas de pleurésie simple, et même dans les cas d'hydrothorax. Charles Bell rapporte de nombreux faits en faveur du précepte qu'il donne d'évacuer tous les épanchements thoraciques, qu'ils soient ou non le résultat de la phlogose. Il a longuement disserté sur les dangers de la pénétration de l'air et les moyens de prévenir cet accident. Cependant il a fini par reconnaître que cette introduction de l'air ne présente aucun inconvénient, soit que l'ouverture pratiquée reste libre, ou que l'air soit extrait avec une pompe.

En 1826, Blondel (de Londres), à l'hôpital de Guy, n'hésitait pas à pratiquer cette opération d'une manière plus générale encore que Bell. Aujourd'hui il y a des médecins qui font l'évacuation des épanchements ; mais ils ne suivent aucune règle, et font souvent de ce procédé une application très mal comprise ; leurs devanciers conseillaient la thoracentèse dans tous les cas de pneumothorax, de fistule pleuro-bronchique ayant succédé à une plaie pénétrante de poitrine cicatrisée, ou lorsque l'épanchement affectait de la tendance à la chronicité. Des médecins contemporains, par une étrange aberration, ne font plus la ponction dans les cas de fistule pleuro-bronchique, mais pour une hydrothorax simple ou une pleurésie aiguë, circonstances dans lesquelles les épanchements se résorbent d'habitude avec la plus grande facilité.

Pour apprécier avec justesse la pratique de ceux qui nous ont précédés dans l'art de guérir, il faut toujours tenir compte de l'état des connaissances médicales à leur époque. Or les anciens ne pouvaient diagnostiquer la présence d'un épanchement que d'une manière indirecte. C'est ainsi qu'ils s'ingéniaient à reconnaître la valeur de l'œdème, de la dilatation du thorax, etc. Aucun de ces hommes, parmi lesquels se trouvent cependant des illustrations, ne soupçonnait que le côté affecté d'un épanchement présentât de la matité. C'est Avenbrugger qui fit connaître, le premier, les signes précieux fournis par la percussion ; et la découverte du professeur viennois était si peu répandue, que son contemporain Stoll, homme de génie pourtant, ne donne pour le diagnostic des épanchements que les symptômes déjà connus des anciens. Ce n'est qu'à la fin de ses ouvrages qu'il parle de la matité, tant la vérité a de peine à se faire jour, lors même qu'il s'agit de phénomènes les plus faciles à vérifier. Ne possédant que des moyens de diagnostic très incertains, les médecins des siècles derniers qui admettaient la thoracentèse étaient obligés de restreindre les cas où cette opération pouvait être pratiquée ; aussi ne les voyons-nous recourir à ce moyen que lorsque l'oppression est excessive, la respiration trop gênée, et dans quelques circonstances insolites où il y a de l'œdème à la base de la poitrine et près du cou. Les anciens ne faisaient donc l'ouverture du thorax que dans des cas très rares, comparativement à ceux qui peuvent se présenter à nous aujourd'hui. Nous ne pouvons donc nous placer au même point de vue.

Il ressort de leurs observations qu'il ne survient jamais d'accident immédiat à la suite de l'ouverture de la poitrine, quel que soit le procédé employé ; ainsi qu'on se serve du fer rouge dans la crainte d'une hémorrhagie ; que l'on introduise, comme le ferait Morand, une sonde plate qu'on laisse en place pendant trois ou quatre jours ; ou bien que l'on ait recours à l'instrument tranchant ou à la méthode sous-cutanée en changeant les rapports du tissu cellulaire avec la peau à l'exemple de Bell, ces médecins ont toujours constaté l'innocuité de la thoracentèse ; mais, comme ils ne s'y décidaient que dans les cas excessivement graves, ils ne tenaient compte que du soulagement momentané, ne manquant pas d'attribuer la mort, quand elle arrivait, à la maladie elle-même plutôt qu'aux suites de l'opération.

Nous nous sommes laissé nous-même entraîner à vouloir vérifier en 1830, 31 et 34 les observations publiées par Blondel en 1825. L'auteur anglais disait : « L'épanchement » dû à la phlogose a par lui-même des inconvénients ; il refoule le poumon et le soude dans la gouttière vertébrale. » Le retour de l'organe respiratoire à son volume primitif ne » s'effectue qu'avec de grandes difficultés ; souvent même on » observe le rétrécissement de la poitrine. Dans certains cas, » l'abondance de l'épanchement peut aller jusqu'à mettre la » vie du malade en danger par suite de l'oppression du poumon et de l'abolition presque complète des fonctions de » l'hématose. N'y a-t-il pas un avantage manifeste à mettre » immédiatement le malade à l'abri de ces accidents en le » débarrassant de l'épanchement lors même qu'il est dû à » l'inflammation de la plèvre? Cette médication n'empêche » en rien, du reste, la pleurésie de suivre son cours. »

Disons d'abord que les cas de pleurésie amenant la dyspnée à un aussi haut degré que le prétend Ch. Bell sont excessivement rares ; si l'opinion contraire a été avancée, elle n'a pu l'être que par des médecins qui, manquant de préci-

---

Arriver à Nancy par le côté nord et plonger le regard sur son étendue et sa position donne déjà une idée suffisante de son état sanitaire ; et cette idée n'est point démentie par un examen plus approfondi. Les rues y sont larges, bien alignées ; celle du Centre offre un aspect merveilleux ; elle a quelque ressemblance avec la rue Castiglione à Paris vue du boulevard. Elle est coupée au milieu par la place Stanislas, où tout est monumental.

Les maisons, bien et sainement bâties, s'élèvent sur une colline de lias, doucement inclinée du nord au sud.

Le sol ne nous a offert aucune cause appréciable d'épidémie ou d'endémie. Il est impossible d'accuser la localité de l'introduction de la maladie asiatique. Les maladies sporadiques y sont, comme partout, soumises aux influences des variations atmosphériques.

Cependant l'hémacélinose, ou maladie tachetée, y semblerait plus commune qu'ailleurs. M. Simonin dit qu'elle se présente dégagée de toute complication scorbutique. Elle atteint de préférence les jeunes sujets et cède assez facilement au repos, aidé de boissons acidules.

Les aliments y sont de bonne qualité et abondants ; les eaux potables laissent beaucoup à désirer, parce que les matières salines y dominent trop. En 1763, Bayard, président de l'Ecole de médecine, examine celle de Saint-Thiébaut, et je trouve dans le manuel de notre excellent collègue Patissier celle que fit Mathieu de Dombasle avant 1818.

Carbonate de chaux.	0,55
Sulfate de chaux.	0,05
Sulfate de chaux cristallisée.	0,26
Carbonate de fer en suspension.	0,04

Plus près de nous, M. Braconnot s'est occupé d'analyses plus complètes, que nous publierons en parlant des travaux de ce savant.

Nancy a de remarquables établissements, dont la plupart doivent leur origine au bon Stanislas, providence de la Lorraine. On y distingue spécialement un vaste local destiné à l'enseignement universitaire, où eut lieu une exposition d'horticulture tellement riche, qu'elle égalait, disions-nous souvent, celle de Paris. Là aussi est le laboratoire de chimie, où le professeur Blondlot nous a montré les modifications qu'il a apportées à l'appareil de Marsh.

Il y a une belle institution de sourds-muets, un jardin-école contenant 4,000 espèces, et 1,800 en serre ; une grande bibliothèque riche en manuscrits, parmi lesquels on montre les œuvres de Stanislas sur la philosophie, la morale, la politique.

L'hôpital civil principal mérite peu d'être mentionné ; il devrait être placé ailleurs et construit plus hygiéniquement.

Trois localités circonvoisines réclament une mention particulière, Rosières aux Salines, Maréville et le cône d'Essey, volcan éteint.

Rosières. Dans le programme du congrès, les médecins remarqueront la question du goître et du crétinisme, et elle fut savamment traitée par MM. Amelon et Morel, dont les importants mémoires sont consignés dans le tome II du compte-rendu des séances. Rosières est une commune de 2,250 âmes, appuyée sur un plateau, au bas duquel s'étendent de longues prairies qui bordent la Meuse. Elle est séparée de Saint-Nicolas-de-Port par un petit coteau à l'ouest qui est couvert de vignes. Les trois autres points de l'horizon sont parfaitement libres. L'air et la lumière y arrivent donc aussi librement. Le territoire est un des pays les plus fertiles de la Lorraine en tout genre ; le vignoble y est des plus estimés.

Il n'y a point dans le voisinage ces hautes montagnes qui encaissent les habitations à goître, comme dans la Maurienne, la Tarentaise, la vallée d'Aoste, celle de Vaunaveys, *Vallis navis*, près de Grenoble, le Queyras, etc... Cette particularité, qui s'observe dans bien des localités de l'ancienne Lorraine, déroute un peu les calculs de ceux qui, comme moi, attribuent l'endémicité du goître à la rareté de la lumière solaire et à la difficulté que les courants d'air éprouvent à balayer l'atmosphère.

A la vérité le sol, surtout au bas de la colline, est fort humide, parce que là il est traversé par deux bras de la Meurthe, et qu'on troisième ne passe qu'à un kilomètre des deux premiers. Il y a aussi dans la plaine d'anciennes tourbières, caractère distinctif d'un terrain marécageux.

Les eaux sont de médiocre qualité. On affirme qu'elles ne contiennent ni brome, ni iode ; ce qui viendrait à l'aide de l'opinion du professeur Chatin. Toutefois, il n'a point été fait d'analyse sérieuse, et l'on doit regretter que M. Braconnot ne s'en soit pas occupé. Cependant M. Demangeot, pharmacien, a envoyé le résidu de cinq litres d'eau de Rosières à M. Chatin, qui n'y a pas trouvé la moindre trace d'iode.

Le docteur Morel a tracé un triste tableau de la vie intérieure des habitants, dont quelques familles n'ont pas dans leur intérieur quatre mètres cubes à respirer ; mais ce ne peut être qu'une cause auxiliaire qui s'observe dans bien des localités sans produire la même endémicité. Nous autres médecins, nous nous cramponnons à tout pour expliquer tout. L'étiologie de la chaladrée lymphatique trouverait dans les étouffoirs de Rosières un vaste champ à interprétation, si quelque chose de mystérieux, d'inconnu, ne se mêlait à la traverse pour exprimer le doute. Il reste toujours une lacune que les plus savants et les plus intrépides ne sauraient remplir, à l'aide même des causes générales et des causes locales sensibles.

On serait toutefois bien téméraire de nier l'influence de ces causes, l'influence prédisposante ; et c'est dans cette pensée que j'ai demandé au congrès d'émettre le vœu que la loi du 19 janvier 1850, promulguée le 22 avril, sur les logements insalubres, fût incessamment appliquée à Rosières.

Le nombre des goîtreux et des crétins est inouï : il est probable que presque toutes les femmes ont un développement anormal de l'un des lobes du corps thyroïde au moins. On prétend même que les chiens y sont sujets ; et, chose étrange, le seul que nous ayons rencontré dans notre rapide exploration en portait un au côté gauche. Il ne faut donc pas prendre à la lettre le récit de M. Morel, qui n'a trouvé que 32 crétins et 240 goîtreux. Lui-même prend le soin d'expliquer qu'il n'a pris que les types les plus saillants et qu'il a dû laisser de côté une certaine quantité d'imbéciles, d'idiots, de demi-crétins, de demi-goîtreux. Or son calcul est déjà effrayant, car il en résulte que la proportion de ces infirmes est plus considérable à Rosières que dans le Piémont et même que dans la Tarentaise.

(*La suite à un prochain numéro.*)

sion dans le diagnostic, attribuaient à l'épanchement la dyspnée coïncidant avec une pleurésie, mais déterminée par une maladie du cœur. L'expérience d'ailleurs nous a appris que cette oppression est moins grave qu'on ne l'a professé. Dans les cas exceptionnels, où la vie du patient est réellement menacée par la suffocation, n'hésitez pas à évacuer le liquide avec un trocart ou un bistouri; la pleurésie n'en sera pas augmentée et vous procurerez à votre malade un soulagement immédiat; mais, je ne saurais trop le répéter, ces cas sont d'une rareté telle qu'à peine un praticien pourrait-il en compter deux ou trois pendant sa vie : et, si nous nous permettons d'émettre cette opinion d'une manière aussi positive, c'est que nous en sommes peut-être à regretter d'avoir, d'après les données de Charles Bell, opéré l'empyème dans des circonstances où les jours du malade nous paraissaient plus compromis qu'ils ne l'étaient véritablement. Il résulte de nos observations que les malades ont conservé leur pleurésie nonobstant une, deux, trois, quatre et même dans une circonstance cinq ponctions successives, et ont fini par succomber.

On nous dira sans doute qu'en se servant d'un trocart garni d'une soupape en baudruche on n'est plus dans les mêmes conditions, puisqu'on prévient l'entrée de l'air. Ce n'est là qu'une objection spécieuse : l'air n'entre pas par l'ouverture du trocart, c'est possible; mais de deux choses l'une : ou le poumon revient immédiatement sur lui-même, alors il rencontre la canule du trocart, une éraillure se fait et l'air du poumon envahit la cavité que vous venez de former; ou bien si le poumon, bridé, ne peut reprendre son volume primitif, ses cellules seront tellement distendues par la pression atmosphérique que l'une d'elles viendra à se rompre et permettra ainsi l'accès de l'air entre les deux plèvres; voilà pourquoi, au bout de quelques jours, vous trouvez dans la cavité pleurale du gaz et un pus fétide. Comme on le voit, les malades ne peuvent retirer qu'un soulagement bien éphémère de ce traitement, qu'il faut réserver pour les cas extrêmement rares de suffocation menaçant réellement l'existence des sujets.

En général, les accidents de dyspnée déterminés par les épanchements ne durent que de trois à cinq jours, c'est du moins le résultat de notre expérience depuis que nous avons renoncé à l'opération de l'empyème. Pour les autres épanchements rebelles aux moyens ordinaires de traitement, nous ne ferons pas non plus la thoracentèse, car la ponction ne peut rien contre une pleurésie liée à un état général, comme tubercules, carcinome, affections du cœur, etc.

Nous ne voulons pas entrer dans les discussions interminables des auteurs à l'égard de l'endroit où la ponction doit être pratiquée. Le lieu d'élection a été diversement déterminé; il n'est aucun espace intercostal, depuis le quatrième jusqu'au onzième inclusivement, qui n'ait été proposé. Pour nous, nous choisissons l'espace intercostal qui présente la saillie la plus prononcée; on risque moins de rencontrer la convexité du diaphragme. L'incision sera faite parallèlement à la côte inférieure, sur le bord supérieur de laquelle on glissera pour éviter l'artère. De cette façon, on pourra vider parfaitement la poitrine, car les fausses membranes n'empêchent pas le liquide de gagner la partie la plus déclive; il faut faire une exception cependant pour certains épanchements tuberculeux où l'organisation des fausses membranes divise la cavité pleurale en plusieurs poches distinctes.

Quant aux rares hydrothorax qui exigeront la thoracentèse, ils ne devront être évacués qu'en partie pour éviter l'expansion trop brusque du poumon; on ne doit se proposer que de diminuer l'état d'orthopnée du malade; la ponction sera faite avec un trocart capillaire, de sorte que l'air ne puisse entrer et changer l'épanchement simple en pleurésie; puis l'application de larges vésicatoires, jointe au traitement bien compris de l'état général qui a déterminé l'épanchement, complétera une médication rationnelle dont les bons résultats sont incontestables.

P. Hugot,
Élève du service.



TRAITEMENT FACILE

des ganglions ou kystes synoviaux du poignet.

Par le docteur Berton.

L'extirpation, la ponction, l'incision sous-cutanée et l'écrasement sont les principaux moyens que l'on a opposés aux kystes synoviaux du poignet et de la main. Tous sont assez douloureux, quelques-uns dangereux et certains, tels que le dernier, pas toujours praticables.

Une dame de Metz portait une de ces tumeurs au-dessus de l'éminence thénar du côté droit, à 2 centimètres environ de l'insertion carpienne de l'abducteur du pouce, et de telle sorte que la veine radiale superficielle et le nerf brachial cutané externe se trouvaient douloureusement comprimés. Elle était dure, presque sans rénitence, très sensible à la moindre pression, gênait l'usage de la main et occasionnait des engourdissements et des irradiations douloureuses jusque vers l'avant-bras. On avait voulu la ponctionner, et sa situation assez délicate relativement à ses connexions avait seule fait suspendre cette opération. Venue à Paris, je présentai cette dame à notre honorable et habile confrère M. le docteur Baudens, qui conseilla un procédé opératoire des plus simples et qui consistait à percer de part en part le kyste avec une aiguille à acupuncture de la grosseur d'une aiguille moyenne à coudre, recommandant de le vider en le comprimant au moment où l'on retirerait l'aiguille, et de terminer cette petite opération par l'application et le maintien local d'une compresse graduée.

Tout cela fut exécuté le surlendemain par moi avec la plus grande facilité et supporté très facilement, presque sans douleur. Une substance transparente, ayant l'aspect d'une forte solution de gomme, sortit par les deux ouvertures faites par l'aiguille, et une compression modérée fut, ainsi qu'il avait été indiqué, établie localement pendant deux jours, au bout desquels il n'y avait d'autres traces du ganglion disparu que les faibles vestiges des deux piqûres d'aiguille.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 juillet 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse plusieurs états de vaccinations et des échantillons de remèdes nouveaux.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Opium indigène.

M. Aubergier adresse un mémoire sur l'opium indigène, qu'il fabrique avec des pavots cultivés à Clermont-Ferrand.

Rougeole.

M. Beyraux, médecin de l'hôpital impérial de Constantinople, adresse une note sur une épidémie de rougeole qui a régné à l'arsenal de Constantinople depuis décembre 1850 jusqu'en 1851.

Bronchite pseudomembraneuse.

Le même médecin adresse une observation de bronchite pseudo-membraneuse chez l'adulte, guérie sans opération.

Accouchement prématuré.

M. Chailly adresse une nouvelle note sur la supériorité de l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de vice de conformation du bassin ou de volume exagéré de l'enfant, constaté par un premier accouchement, et l'innocuité de cette méthode.

Syphilis des nouveau-nés.

M. Depaul adresse une observation que nous ferons connaître en détail quand nous résumerons la discussion qui a eu lieu à propos de son travail.

Stéthomètre.

M. Richard Quain, médecin de l'hôpital des phthisiques, à Londres, adresse un instrument propre, suivant l'auteur, à faire apprécier la différence de mobilité des deux côtés de la poitrine, et qu'il appelle *stéthomètre*.

Cyrtographe.

M. le docteur Woillez adresse un paquet cacheté renfermant la description d'un instrument propre à permettre de pratiquer des mensurations diverses de la poitrine.

Pellagre.

M. Londe, au nom de M. Hamon, lit une note sur la pellagre.

Prophylaxie de la syphilis.

M. Langlebert annonce qu'il vient de trouver une préparation qui neutralise l'action du virus syphilitique déposé sur les parties. Voici la formule qu'il en donne :

Alcool à 36 degrés.	40 gram.
Savon mou de potasse avec excès de base. .	40 —

Faites dissoudre et filtrez, puis ajoutez :

Huile essentielle de citron.	20 —

Il suffit de lotionner avec ce liquide les parties contaminées.

RAPPORTS.

Tartrate de soude.

M. Bouchardat lit un rapport sur un mémoire de M. Delioux, relatif à l'emploi du tartrate de soude comme purgatif.

Conclusions. Remercîments; envoi au comité de publication; inscription sur la liste des candidats au titre de correspondant. (Adopté.)

Action thérapeutique de l'arsenic dans les maladies de la peau.

M. Gibert lit le rapport suivant sur un mémoire de M. Emile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde), relatif à l'action thérapeutique de l'arsenic dans les maladies de la peau.

La cure des affections dartreuses par l'usage interne de remèdes spécifiques peut soulever bien des objections. Comment apprécier avec sûreté et exactitude dans la plupart des cas l'action thérapeutique de substances qui n'ont point d'effet direct et qui viennent seconder le temps, le régime, la médication topique ?

C'est dans le but de mettre en évidence cette difficulté d'appréciation que, dans mon *Mémoire sur l'emploi médical de l'arsenic*, j'ai comparé entre eux les malades soumis à des spécifiques variés, les remèdes externes restant à peu près les mêmes : le résultat a démontré que c'était surtout à ceux-ci qu'il fallait rapporter les honneurs de la cure.

Je pourrais citer plus d'un exemple tiré de ma pratique où j'ai vu, après des essais divers de traitements internes plus ou moins actifs, un topique empirique déterminer brusquement la résolution d'affections cutanées anciennes et rebelles.

Je pourrais citer beaucoup d'autres cas de cures opérées sans l'intervention de spécifiques internes, et surtout je pourrais mentionner un grand nombre de récidives après des guérisons prématurément regardées comme radicales.

Aussi combien de substances vantées comme spécifiques sont tombées dans l'oubli, depuis la grande chélidoine des anciens jusqu'à la douce-amère des modernes, depuis l'antimoine des dix-septième et dix-huitième siècles jusqu'aux ridicules panacées homœopathiques de nos jours !

L'arsenic mérite-t-il mieux que l'antimoine l'espèce de résurrection que quelques praticiens de notre époque s'efforcent de provoquer ? Je n'oserais l'affirmer, bien que j'y aie recours tous les jours dans mes salles de l'hôpital Saint-Louis et dans la pratique de la ville.

La médication altérante est de toutes la plus difficile à juger : il s'en faut de beaucoup que dans les affections dartreuses on soit arrivé à des résultats aussi satisfaisants que ceux que nous obtenons si facilement aujourd'hui dans les *syphilides* : les véritables spécifiques sont encore à trouver, et nous ne nous faisons pas illusion sur beaucoup de prétendues cures attribuées à l'aconit, au carbonate de soude, à l'acétate de potasse et à tant d'autres remèdes anciens et nouveaux dont on s'est trop hâté de proclamer les bons effets.

Quoi qu'il en soit, M. Emile Marchand vous a adressé un mémoire basé sur douze observations qui semblent militer en faveur des préparations arsenicales.

Ces douze observations se rapportent au *prurigo*, au *lichen*, à l'*eczéma*, à l'*impétigo*, à la *mentagre* et au *psoriasis*, affections qui rentrent bien dans la catégorie des maladies chroniques et rebelles de la peau désignées sous le nom vulgaire de *dartres*.

L'auteur ne met pas comme nous en usage l'acide arsénieux; il a préféré l'*arsénite de potasse*, qui était, comme on sait (ainsi que l'arsénite de soude), le sel le plus usité et le plus employé comme fébrifuge par les médecins allemands, anglais, italiens et français de la fin du dix-huitième siècle et des premières années du dix-neuvième.

Voici la formule adoptée par M. E. Marchand :

Acide arsénieux.	5 centigrammes.
Potasse.	5 —

Mêlez exactement et dissolvez dans vingt cuillerées à bouche d'eau distillée, chacune renfermant par conséquent un dixième de grain du sel arsenical ou un vingtième de grain d'acide arsénieux.

La dose ordinaire est de deux à trois cuillerées par jour, une le matin, une au milieu du jour, une le soir.

Si l'on veut s'élever à quatre et cinq cuillerées, il survient des accidents d'irritation gastro-intestinale qui forcent à revenir à la dose indiquée d'abord ou même à suspendre le remède.

Mais à la dose de deux cuillerées par jour, il a pu être continué pendant dix mois consécutifs sans déterminer aucun trouble fonctionnel.

Moi qui emploie très souvent l'acide arsénieux pur et à la dose d'un cinquième de grain par jour (1 centigramme), mais à la vérité très étendu d'eau, j'ai prolongé l'usage du remède pendant plusieurs mois de suite chez beaucoup de sujets adultes sans qu'ils en fussent le moins du monde incommodés. Toutefois, cette innocuité n'est pas absolue; tandis que, comme l'a observé M. Emile Marchand, elle peut être regardée comme générale à la dose qu'il a indiquée.

La durée du traitement a varié de un à dix mois, mais généralement l'éruption a paru décliner à dater de la quatrième semaine, bien qu'ensuite le mal ait pu se prolonger et même offrir des recrudescences passagères.

Deux circonstances remarquables sont à noter dans ce travail, savoir : dans la plupart des cas, on a négligé les topiques et l'on s'en est tenu au seul remède intérieur; et, chez plusieurs sujets atteints depuis longtemps d'une maladie qui avait résisté aux moyens ordinaires, la guérison obtenue sous l'empire du traitement arsenical est restée solide et a pu être constatée par l'auteur plusieurs années après la cessation de ce traitement.

Enfin, les douze malades observés et traités par M. Emile Marchand ne sont pas des sujets choisis pour être cités comme exemples parmi un certain nombre d'autres; ce sont les seuls dartreux que l'auteur ait eu occasion de voir dans le cours des premières années de sa pratique.... et tous ont guéri !

C'est là, je l'avoue, un fait fort digne d'attention et qui pourrait même exciter quelque peu l'incrédulité si l'auteur lui-même ne se hâtait d'ajouter qu'un passé si heureux ne saurait garantir l'avenir et que sans doute le hasard est pour quelque chose dans cette succession de cures heureuses sans mélange d'aucun revers.

Il s'en faut qu'entre nos mains l'arsenic ait joui d'une efficacité aussi constante et aussi générale. A la vérité notre champ d'observations a été beaucoup plus vaste.... Mais je suis obligé aussi d'ajouter que plus d'un exemple s'est offert à moi du peu de solidité de certaines cures annoncées par de très éminents observateurs.

En terminant son travail, M. Emile Marchand pose les conclusions suivantes, qui offrent bien à la vérité un résumé des douze observations qui en font la base, mais qui évidemment ne pourraient être admises comme règles que si elles reposaient sur une pratique plus étendue et plus éprouvée :

« 1° L'acide arsénieux est un excellent antidartreux.

» 2° La dose thérapeutique est de un vingtième de grain deux à trois fois par jour.

» 3° Cette dose ne détermine ni accidents, ni modifications fonctionnelles appréciables.

» 4° Il serait dangereux de donner plusieurs jours de suite 5 ou 6 vingtièmes de grain d'acide arsénieux par jour.

» 5° La médication arsenicale ne détermine pas d'accidents consécutifs.

» 6° L'âge avancé des malades, l'ancienneté de la maladie ou sa gravité ne contre-indiquent pas cette médication. Un état fébrile ou une inflammation quelconque d'une portion du tube digestif sont des contre-indications formelles.

» 7° Très généralement ce traitement peut être suivi sans rien changer aux occupations, au régime, ni aux habitudes du malade.

» 8° Très généralement une amélioration sensible ou même la guérison se manifeste après trente jours ; dans des cas plus rares, il faut continuer la médication deux et trois mois avant d'obtenir ce résultat. »

En somme, bien que le mémoire de M. Emile Marchand s'appuie sur un trop petit nombre de faits pour qu'on puisse en tirer des conclusions rigoureuses, cependant, comme ces faits sont intéressants, complets et bien observés, comme d'ailleurs ils viennent à l'appui d'autres observations publiées par des praticiens recommandables, ils doivent être pris en considération dans le jugement à porter sur l'action thérapeutique de l'arsenic.

Quant à présent, nous ne pouvons affirmer qu'une chose, c'est que les préparations arsenicales peuvent être rangées au nombre des remèdes internes qui ont montré de l'efficacité dans le traitement des maladies chroniques de la peau.

Nous vous proposons donc d'adresser à M. Emile Marchand des remercîments et des encouragements; nons demandons, en outre, le dépôt de son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

Discussion sur les tubercules du testicule.

Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu et l'appréciation de cette discussion importante.

Abcès par congestion.

M. Boinet présente un malade dont voici l'observation intéressante :

Carie de la colonne vertébrale. Abcès par congestion. Cinq injections iodées. Guérison.

Le nommé Venèque (Louis), âgé de trente-neuf ans, charcutier, demeurant rue des Bons-Enfants, n° 2, n'a jamais éprouvé que des indispositions légères jusqu'à l'âge de trente ans.

Sa mère est morte hydropique à l'âge de cinquante-quatre ans

Son père vit encore; il a quatre-vingt-trois ans; ses frères et sœur jouissent habituellement d'une bonne santé.

A l'âge de trente-quatre ans, en 1841, Venèque se fit garçon de recette, et exerça ce métier pendant environ trois ans; il portait tous les jours de très fortes charges; et comme on ne lui donnait qu'une alimentation très insuffisante, il éprouva pendant presque tout ce temps des faiblesses d'estomac.

En 1842, la région de l'estomac, la partie postérieure du cou et le dos devinrent le siége de douleurs violentes, et une toux assez forte se manifesta; on eut recours à l'application de vésicatoires dans le dos, de moxas sur la région de l'estomac, et ces moyens améliorèrent l'état du malade.

Depuis cette époque, Venèque dit s'être enrhumé tous les hivers, et jusqu'au commencement de l'hiver de 1850 il éprouva en outre les symptômes suivants: les genoux étaient le siége de lassitudes, de douleurs qui ne se faisaient sentir que de chaque côté de la rotule, vers la partie inférieure de cet os. La chaleur du lit augmentait ces douleurs, qui étaient beaucoup moins fortes l'hiver que l'été, et l'exercice les diminuait d'une manière notable.

Le 10 janvier 1848, le malade fut pris, à la suite de beaucoup de fatigue, de douleurs dans le côté droit de la poitrine et dans la région épigastrique, de toux violente et de crachement de sang, qui furent combattus par une saignée du bras, des sangsues à l'anus; et plus tard, de février à juin, par des emplâtres, l'huile de croton et des moxas. En juin, on conseilla l'air de la campagne, le lait d'ânesse, et le malade revint à Paris au mois de novembre beaucoup mieux portant.

En février 1849, les symptômes qui s'étaient manifestés en janvier 1848 se renouvelèrent avec autant d'intensité, et en même temps se montra un autre ordre de phénomènes qui a persisté jusqu'en novembre 1850. La région lombaire devint le siége de violentes douleurs qui allaient se terminer dans l'aine du côté droit. Si le malade était debout, il éprouvait la plus grande difficulté à se baisser ou à s'asseoir; s'il était baissé ou assis, il souffrait horriblement pour se relever. Ces douleurs augmentaient le soir, et se continuaient, à cette époque de la journée surtout, dans les membres inférieurs. Des crampes se faisaient sentir dans les pieds, et principalement dans le gros orteil du côté droit. Il n'a jamais existé dans les membres inférieurs ni engourdissement, ni fourmillement.

En mars 1849, un médecin constata qu'il existait dans la région inguinale une petite tumeur qui augmentait par les efforts de la toux. Il fit appliquer un bandage herniaire,

Appelé vers la fin de l'année 1849, M. le docteur Hupied, auquel je dois les renseignements ci-dessus et qui est le médecin habituel du malade depuis cette époque, constata que cette tumeur de l'aine, qui avait le volume d'un œuf de poule, était formé par le pus d'un abcès par congestion, et reconnut qu'il existait dans le côté droit de l'abdomen une tumeur qui semblait avoir son siége dans la gaîne des muscles psoas. La colonne vertébrale ne présentait aucune difformité, la pression sur les apophyses épineuses n'était douloureuse qu'au niveau des deux dernières lombaires.

En juin 1850, le malade éprouva pendant un mois environ de la difficulté à uriner. Les urines étaient troubles; elles ne pouvaient être projetées à une certaine distance. Il ressentit aussi des douleurs assez vives dans le bas-ventre et le rectum; il lui semblait qu'un lien comprimait les aines, le pubis et l'anus.

Depuis la fin de l'année 1849, jusqu'au mois de novembre 1850, M. Hupied a traité ce malade par des applications de moxas sur la région lombaire, par l'iodure de potassium, l'iodure de fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, l'eau de goudron, une alimentation tonique. La tumeur de l'aine ayant acquis le volume d'une tête de fœtus de six mois, M. Hupied me fit appeler pour traiter ce malade par la méthode des injections iodées, considérant toutes les autres comme infidèles ou dangereuses.

A ces détails fournis par le docteur Hupied, j'ajouterai les suivants.

Voici quel était l'état de M. Venèque lorsque je le vis pour la première fois; c'était dans les premiers jours de novembre 1850. Il a une constitution mauvaise, lymphatique, tuberculeuse; il est maigre, faible, se plaignant de douleurs vives dans la région lombaire et dans tout le côté droit du tronc, surtout lorsqu'il reste longtemps debout. Malgré le mauvais état de sa santé il continue de vaquer à ses occupations; mais souvent il est obligé de s'arrêter, de s'asseoir à cause de lassitude qu'il éprouve promptement; il a peu d'appétit, ses digestions sont longues et difficiles; il dort mal, et est affaibli chaque nuit par des sueurs abondantes. La toux et l'expectoration sont continues. La percussion et l'auscultation dénoncent le triste état du poumon droit, qui est plein de tubercules.

A la partie interne et supérieure de la cuisse droite existe une énorme tumeur allongée, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, et du volume d'une tête de fœtus à six mois. Cette tumeur n'est le siége ni de douleurs, ni d'écoulements. Elle diminue de volume et disparaît presque entièrement lorsque le malade est dans la position horizontale; elle gêne la marche. Désireux de connaître la vérité sur sa maladie, qui avait été prise par les uns pour une hernie, par d'autres pour un abcès, Venèque est allé aux consultations des médecins des hôpitaux. Tous ont jugé son mal incurable et au-dessus des ressources de l'art; ils ont conseillé le traitement ordinaire des cautères sur la colonne vertébrale, de l'huile de foie de morue, un bon régime, le repos, et surtout de ne jamais toucher à la tumeur qu'il portait à la cuisse. Les divers avis qu'il avait pris auprès des chirurgiens des hôpitaux se résumaient pour lui à ce fait capital, qu'il ne fallait en aucune façon toucher à la tumeur de la cuisse, qu'agir autrement serait aggraver sa position et abréger son existence. Aussi était-il bien résolu de suivre ce conseil, de même que toute la famille, qui, elle aussi, avait consulté en dehors du malade. Je parvins cependant à décider Venèque à suivre mon avis et à se laisser opérer. Ce qui eut lieu pour la première fois le 10 novembre 1850, en présence de M. Hupier, qui voulut bien m'aider, malgré la prévention qu'il avait alors contre cette nouvelle méthode.

Une ponction fut pratiquée sur le centre de la tumeur avec un trocart ordinaire; 500 grammes d'un pus séreux, grisâtre, semblable en un mot à celui des abcès froids, s'écoule par sa canule. Aussitôt l'écoulement du pus achevé, le malade est placé la tête plus base que le reste du tronc et dans une position telle, que le fond du foyer se trouve moins élevé que son ouverture. Dans cette position, une injection de 100 grammes, composées de 50 parties d'eau et 50 parties de teinture alcoolique d'iode, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium, est immédiatement pratiquée et laissée dans le foyer pendant cinq minutes. Des pressions sont faites dans tous les sens afin de faire pénétrer la teinture iodée dans les différents points de l'abcès, dans lequel il reste une partie de l'injection. Une mouche de diachylon est placée sur la piqûre du trocart, et des cataplasmes sont appliqués sur la cuisse et le bas-ventre.

Au moment de l'injection, le malade n'a éprouvé ni douleur, ni cuisson; tout le reste de la journée, le malade reste couché et dans la position où je l'avais fait placer pour faire l'injection; mais, les jours suivants, il se lève comme d'habitude, s'occupe de ses affaires et suit le traitement général déjà conseillé depuis longtemps par M. le docteur Hupier. Je lui recommande seulement de se badigeonner chaque jour une fois toute la partie antérieure de la poitrine du côté droit, depuis la clavicule jusqu'au sein, avec de la teinture pure d'iode. Ce moyen, que j'emploie ainsi depuis plusieurs années pour obtenir l'absorption et la disparition des tubercules du sommet des poumons, m'a procuré des résultats inattendus, résultats que je ne veux pas exposer ici, mais que je me propose de faire connaître plus tard.

Le 17 novembre, deuxième ponction, deuxième injection. Cette fois, la tumeur est moins volumineuse qu'à la première ponction; 270 grammes seulement d'un liquide aqueux, clair, grisâtre sont extraits. 50 grammes à parties égales d'injection iodée sont poussés dans le foyer avec les mêmes soins et les mêmes précautions que la première fois. Cette seconde injection est aussi innocente que la première; aucun signe de réaction n'a lieu. Le malade continue son état de charcutier, va à ses affaires comme par le passé, fait ses achats, sa vente, etc. — Même traitement général.

Le 1er décembre, troisième ponction, troisième injection; 200 grammes de pus seulement sont évacués. La tumeur était, en effet, moins volumineuse, plus circonscrite. Le pus qui s'en écoule est de meilleure nature; il est plus clair, plus consistant, plus blanc. 50 grammes de teinture pure d'iode sont injectés; absence de tous symptômes de réaction; travail, régime et traitement comme d'habitude. L'état général du malade paraît bien amélioré; il n'a plus de fièvre.

La séance est levée à cinq heures.

Chronique et nouvelles.

Nous avons la douleur d'annoncer aux nombreux amis de M. le docteur Teissier, président de la Société médicale de l'Aube, et fondateur de l'École obstétricale de Troyes, que cet honorable et distingué confrère vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en donnant une leçon d'anatomie à ses élèves. Comme notre bon et infortuné confrère Hourmann, dont il était l'ami, M. Teissier meurt victime des devoirs de sa profession, et comme Hourmann, il laissera les plus touchants et les plus honorables souvenirs dans la mémoire de ceux qui l'ont connu.

— Par suite de la démission de M. Husson, médecin de l'Hôtel-Dieu, de M. Kapeler, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et de la nomination de M. Nélaton à la chaire de clinique chirurgicale, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel médico-chirurgical des hôpitaux de Paris:

M. le professeur Denonvilliers, chirurgien de l'hôpital Bon-Secours, est nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Nélaton, passé à l'hôpital des Cliniques.

M. Piédagnel, médecin de l'hôpital de la Pitié, est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Husson, démissionnaire.

M Nonat, médecin de l'hôpital Cochin, est nommé médecin de la Pitié en remplacement de M. Piédagnel.

M. Beau, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, est nommé médecin de l'hôpital Cochin en remplacement de M. Nonat.

M. Monneret, médecin de l'hôpital Bon-Secours, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine en remplacement de M. Beau.

M. Bouley, médecin de l'hôpital de Lourcine, est nommé médecin de l'hôpital Bon-Secours en remplacement de M. Monneret.

M. Barth, médecin de l'hospice de la Salpétrière, est nommé médecin de l'hôpital Saint-Antoine en remplacement de M. Kapeler, démissionnaire.

M. Moissenet, médecin de l'hospice Sainte-Perrine, est nommé médecin de l'hospice de la Salpétrière en remplacement de M. Barth.

— La liste des candidats à la place vacante à l'Académie de médecine dans la section d'accouchement a été dressée hier par la commission. Les candidats ont été placés, par ordre de mérite, ainsi qu'il suit:

MM. Lenoir,
Depaul,
Jacquemier,
Devilliers fils,
Chailly.

— M. Gaymard, artiste distingué, a fait hommage à l'Académie de médecine d'un buste de Pariset.

— M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des sourds-muets, spécialement chargé du traitement de la muti-surdité, reprendra ses conférences sur les maladies des yeux et des oreilles vendredi 25 juillet, à midi, à sa clinique, rue du Paon, 8, près l'École de Médecine. — Une séance par semaine sera consacrée à la surdi-mutité et aux moyens de converser avec les sourds-muets.

— Jusqu'à présent on s'était contenté de surveiller la qualité des divers produits des pharmacies et des sirops comme des autres préparations; mais les sirops dits d'agrément, et qui sont vendus en grande quantité dans les cafés et autres établissements publics, avaient échappé, on ne sait pourquoi, au contrôle de l'autorité. M. le préfet de police a eu l'excellente idée de faire rentrer ces sirops dans la règle générale, et des constatations nombreuses faites par M. Chevallier ont déjà montré combien M. Carlier avait été heureusement inspiré. Un grand nombre de sirops de dextrine vendus au peuple sous d'autres dénominations ont été saisis, et les fabricants auront à rendre compte devant les tribunaux de cette tromperie sur la qualité de la marchandise vendue.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 86. — SAMEDI 26 JUILLET 1851. (24e ANNÉE.) N° 86. — SAMEDI 26 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 25 JUILLET 1851.

Discussion sur les tubercules du testicule.

L'extrême intérêt qu'ont offert les deux dernières discussions académiques montre de quelle importance il est de n'ouvrir ces discussions que lorsque les travaux qui leur servent de base sont livrés à l'impression, et qu'ils peuvent être convenablement étudiés par les académiciens qui se proposent de prendre la parole. A nos sollicitations réitérées, l'Académie, sur la demande de plusieurs de ses membres, décida, il y a trois ans environ, qu'il en serait toujours ainsi à l'avenir. Il est très fâcheux, pour l'Académie elle-même, qu'elle oublie trop souvent sa décision, et nous croyons utile de la lui rappeler.

M. Malgaigne, ainsi que nous l'avons annoncé, a proposé, dans un travail lu à l'Académie, une « *opération nouvelle contre les ulcères tuberculeux du testicule.* » Nous allons montrer d'abord en quoi consiste cette opération.

Après avoir rappelé toutes les tentatives faites dans ces derniers temps pour éclairer le diagnostic des maladies du testicule, après avoir rappelé en particulier tous les moyens proposés contre le fongus et l'ulcère fistuleux de nature tuberculeuse, après avoir donné son approbation aux principes de M. Velpeau, qui veut qu'on favorise simplement la cicatrisation de ces sortes d'ulcères, et qu'on ne se décide à l'amputation que dans les cas « où le testicule est tellement dénaturé ou détruit par la fonte des tubercules, où les tissus correspondants sont tellement criblés d'ulcères et de fistules, décollés, altérés, qu'il n'y a pas moyen d'en espérer la cicatrisation sans remplacer le tout par une plaie fraîche au moyen de l'instrument tranchant, » M. Malgaigne trouve une lacune dans la doctrine de M. Velpeau, et s'exprime ainsi :

« Pour le cas où le scrotum sera traversé par deux ou trois fistules seulement, avec induration du tissu cellulaire, suintement continuel, érosion de la peau, poids incommode, douleurs sourdes habituelles, mêlés d'accès de recrudescence; admettez, ce qui n'est pas rare, que tous les traitements aient échoué, faudra-t-il renvoyer le malade en lui disant de conserver son mal et en accusant l'insuffisance de l'art? et si le malade, à bout de patience, réclamait comme un bienfait l'ablation d'un organe qui lui est plus nuisible qu'utile, le chirurgien serait-il tenu de lui refuser impitoyablement son ministère? Et, d'un autre côté, quelle triste découverte pour l'opérateur si, après une castration trop facilement accordée, il trouve, comme Curling, le corps du testicule *tout à fait sain!*

» C'est ainsi que la question se présente, et c'est ainsi que je me suis efforcé d'y répondre. Désormais le chirurgien aura une ressource à tenter avant la castration, et, moyennant cette ressource, le précepte de M. Velpeau pourra être appliqué dans toute sa rigueur, sans laisser de regrets ni au chirurgien, ni au malade.

» L'opération nouvelle consiste à enlever tout à la fois les téguments et *tous les tissus malades* en pénétrant, *s'il le faut*, jusqu'au tissu du testicule ; puis à tenter, autant que possible, la réunion par première intention. »

M. Malgaigne ajoute « qu'il ne sait qu'une *objection* qui puisse être opposée à cette manière de faire, » et cette objection est la suivante : Si, par suite de l'opération ou de la présence de la matière tuberculeuse, le conduit spermatique est obstrué, la portion de testicule qu'on pourrait conserver ne sera jamais bonne à rien. M. Malgaigne pense qu'il vaut mieux avoir une portion de testicule, même dans ces conditions, qui peuvent d'ailleurs n'être que temporaires, que de n'en point avoir du tout.

Enfin, M. Malgaigne, commençant par où il aurait pu finir, conclut :

« Je pense avoir été assez heureux pour sauver des testicules menacés d'une ablation complète, en les soumettant à une opération nouvelle qui se range dès lors dans les opérations conservatrices. »

Tel est le résumé fidèle et complet de la partie théorique du travail de M. Malgaigne, appuyé sur trois observations que nous allons maintenant faire connaître. Mais un mot d'abord sur cette première partie.

Comme M. Roux, nous applaudissons au sentiment d'humanité qui a inspiré à M. Malgaigne l'idée de conserver à l'homme, sinon la totalité, au moins la moitié d'un organe qui lui est cher. Mais, au point de vue scientifique, nous avons été péniblement surpris de voir un professeur d'un talent éminent laisser échapper de sa plume et venir lire devant une académie une œuvre aussi défectueuse.

Un boucher se plaignait à un plaisant de village et lui demandait un conseil : Mon commerce me ruine, disait-il; le village ne consomme pas assez; et quand la moitié d'un bœuf est débitée, l'autre moitié commence déjà à se gâter. Que me conseillez-vous de faire? — Une chose bien simple, repartit le plaisant : il ne faut tuer à la fois que la moitié d'un bœuf.

M. Malgaigne semble avoir pris au sérieux le conseil de ce mauvais plaisant; car, amputer la moitié d'un testicule ou tuer la moitié d'un bœuf, c'est bien à peu près tout un. C'est ce que l'argumentation remarquable de M. Robert a démontré d'une manière irrécusable; et c'est d'ailleurs ce que penseront tous ceux qui se rappelleront seulement ce qu'il y a de plus saillant dans l'histoire des plaies du testicule. Personne n'ignore, en effet, qu'une des circonstances les plus fâcheuses de ces plaies, dès qu'elles dépassent un centimètre d'étendue, c'est la facilité avec laquelle les conduits séminifères font hernie à l'extérieur de la tunique albuginée, et se *devident*, suivant l'expression usitée, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus trace.

Mais ce détail n'était pas le seul que M. Malgaigne eût perdu de vue quand il a rédigé son travail. Entre plusieurs autres, il avait encore oublié ce fait capital, que lui a rappelé M. Velpeau, dans une des allocutions les plus remarquables, surtout au point de vue pratique, que nous ayons entendue depuis longtemps ; à savoir : que les tubercules du testicule guérissent à peu près constamment à l'aide du temps et des soins les plus simples. Bien loin de compléter les préceptes thérapeutiques de M. Velpeau, la nouvelle opération (si opération nouvelle il y a) les enfreint formellement ; car cette opération doit se pratiquer, suivant M. Malgaigne, quand il y a seulement deux ou trois fistules, et, comme nous venons de le voir, elle expose le testicule à une perte presque certaine dans des conditions où, suivant M. Velpeau, la maladie abandonnée à elle-même doit nécessairement guérir.

Beaucoup d'autres reproches pourraient être faits à la partie théorique du travail de M. Malgaigne, et lui ont été faits réellement, pour la plupart, avec beaucoup de raison par les orateurs qui ont successivement pris la parole. Nous n'insisterons donc pas sur ces reproches, et nous aimons mieux passer immédiatement à l'examen des faits pratiques laissés un peu trop dans l'ombre par la discussion.

Pour prouver l'excellence de sa nouvelle opération, et pour démontrer qu'il a sauvé des testicules voués à une ablation complète, M. Malgaigne rapporte dans son mémoire les trois faits suivants.

OBS I. — *Tubercule superficiel du testicule; large incision; évacuation complète du kyste. — Guérison prompte.*

Le nommé Brémond, âgé de vingt et un ans, garçon de magasin, entra dans mon service le 25 juin 1850. Ce jeune homme, issu de parents sains, n'avait eu lui-même aucune affection d'apparence scrofuleuse ou tuberculeuse. Six semaines avant son entrée il avait contracté une chaude-pisse, pour laquelle on lui avait administré un opiat avec le copahu. Au bout de trois semaines l'écoulement avait un peu diminué; mais le testicule avait doublé de volume, avec une douleur très vive, surtout à la pression. Des sangsues, des bains, des cataplasmes amenèrent une diminution dans la douleur et le gonflement, et dès le 14 juin le malade put reprendre ses occupations. Mais le 23 les douleurs revinrent si vives dans le testicule, qu'il fut obligé de garder le lit, et dès le lendemain d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous trouvâmes le testicule droit trois fois plus volumineux que l'autre, avec de légères bosselures, et surtout à sa partie antérieure et moyenne se voyait une saillie rouge, fluctuante, avec la peau manifestement amincie ; le cordon était engorgé, dur, douloureux à la pression, offrant également quelques bosselures. On appliqua pendant deux jours des cataplasmes; et, le 27, j'ouvris l'abcès, d'où s'écoula environ une cuillerée à café d'un pus blanc épais, et qui me parut mélangé de matière tuberculeuse.

Les suites furent extrêmement simples. Le foyer, pansé avec des mèches, se rétrécit rapidement, et dès le 7 juillet la cicatrisation était complète.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Du mode de propagation du choléra et de la nature contagieuse de cette maladie; par le docteur BROCHARD, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

Ce n'est pas pour la première fois aujourd'hui que nous nous occupons de cette grande et importante question, la contagion du choléra. Déjà, en mai 1849, au moment où le choléra sévissait dans Paris et dans les départements du nord de la France, nous ne jugions pas inopportun de la soulever, et voici ce que nous écrivions dans le Bulletin scientifique d'un journal de Paris : « Nous savons bien, disions-nous, qu'il est des médecins qui n'ont pas voulu aborder maintenant la question de la contagion dans la crainte que cette discussion n'eût un fâcheux retentissement dans le public. Nous ne partageons pas ces appréhensions. Il vaut mieux, sur un sujet pareil, édifier complétement le public. Ici, comme souvent, la vérité vaut mieux que le doute.

» Et d'abord, ajoutions-nous, qu'est-ce que la contagion? En s'en tenant à la signification rigoureuse du mot, *contagion* voudrait dire *transmission par contact.* Mais ce mot a été tellement dévié de sa valeur primitive, qu'il n'est plus généralement pris exclusivement dans cette acception. Nous pensons que l'on doit distinguer trois modes de transmission des maladies dites contagieuses :

» 1° La *contagion* proprement dite, ou transmission par contact; celle de la gale, par exemple, de la syphilis, etc.

» 2° L'*infection*, ou transmission par les miasmes, par l'air qui entoure le malade, son atmosphère, comme celle de la peste, du typhus, etc.

» 3° Enfin, une transmission double, tenant de la contagion et de l'infection, comme celle de la rougeole, de la variole, de la scarlatine.

» Le choléra se transmet-il par contagion? Non. On ne gagnera pas le choléra pour avoir pris la main d'un cholérique, comme il arrive pour la gale, comme on contracte certaines ophthalmies pour avoir porté à son œil un doigt mouillé de pus. S'il se transmet, ce ne ne peut être que par infection. Se transmet-il? Là est toute la question. — Il est un fait certain; c'est que l'épidémie cholérique a eu, en 1832 et en 1849, une marche particulière, dont on n'a pu, jusqu'à présent, se rendre compte, et eu vertu de laquelle, franchissant en un instant des distances énormes, elle a parcouru plusieurs fois des centaines de lieues. Mais de ce qu'elle a une marche particulière et inconnue, il ne s'ensuit pas qu'une fois développée dans un endroit, elle ne puisse pas se transmettre d'une façon appréciable d'individu à individu (1). »

Et à l'appui de notre manière de voir, nous rapportions en résumé un assez grand nombre de faits choisis par nous parmi les plus authentiques.

Un hasard tout au moins singulier veut que, parmi les faits les plus probants, nous ayons cité alors celui que M. Brochard venait d'adresser à l'Académie, et qui fut le point de départ des recherches que nous avons sous les yeux. Nous citions, en 1849, M. Brochard comme une de nos autorités, et voici que son livre nous tombe fortuitement entre les mains pour que nous en fassions une analyse sérieuse.

Nous commencerons par déclarer que non-seulement notre opinion d'alors sur la contagion du choléra ne s'est pas modifiée, mais que nous l'avons vu confirmée de jour en jour par les faits, et principalement par ceux que nous avons été à même d'observer dans l'arrondissement de Péronne, lors de la mission dont nous fûmes chargé par l'autorité pendant l'épidémie de *suette miliaire* qui ravagea le département de la Somme. Dans une question comme celle-ci, ce n'est presque que les faits recueillis en province que l'on peut invoquer; là seulement il est possible d'établir d'une manière positive la filiation des cas. Nous mettons en fait qu'avec des observations uniquement recueillies dans une ville comme Paris, il serait impossible de prouver la contagion la mieux démontrée, celle de la variole, par exemple. Ceci posé, passons à l'examen du mémoire de M. Brochard, mémoire présenté à l'Académie de médecine par l'auteur, qui ne s'est pas senti le courage de subir plus longtemps les désespérantes lenteurs des commissions académiques, et a préféré en appeler de suite au jugement du public médical, ce dont, en vérité, nous ne saurions guère le blâmer.

Après quelques considérations générales sur les épidémies, et sur celles des petites localités en particulier, M. Brochard dresse la topographie statistique et médicale de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou, dans lequel il a observé des faits sur lesquels repose son travail. Les détails de ce chapitre, pour la rédaction duquel sa position officielle de médecin des épidémies lui a été utile, dénotent un observateur aussi consciencieux qu'intelligent, mais n'offrent, après tout, qu'un intérêt de localité qui nous empêche de nous y arrêter.

Il n'en est pas de même du chapitre consacré à l'histoire de l'épidémie et à l'invasion du choléra dans l'arrondissement de Nogent. « Une voiture de nourrices, écrivait M. Brochard à l'Académie le 24 avril 1849, arrive à Nogent le 31 mars, renfermant huit nourrices parties de Nogent le 15 mars, et reparties de Paris le 28. L'une d'elles, atteinte de cholérine le 27, voit sa maladie s'aggraver pendant le voyage, et meurt chez elle le 1er avril. Son nourrisson succombe la nuit suivante. Une nourrice du *même convoi* est prise de choléra

(1) Quoique l'honorable auteur de cet article soit un de nos collaborateurs habituels, il est bien entendu que les opinions qu'il professe sur la contagion en général, et la contagion du choléra en particulier, sont sous sa seule responsabilité, et n'engagent point la responsabilité du journal.

H. DE CASTELNAU.

Le malade sortit le 13, le testicule n'ayant guère plus que le tiers en sus du volume de celui du côté sain, conservant son apparence bosselée, mais sans douleur. La blennorrhagie continuait toujours.

« Voilà *assurément*, écrit M. Malgaigne, l'abcès tuberculeux dans sa forme la plus bénigne et la plus simple, et l'on voit combien alors la guérison en est rapide. »

Nous en demandons bien pardon au savant professeur, mais voilà un *assurément* qui nous a singulièrement surpris. Nous l'avouons franchement, nous ne croyons pas qu'il y ait un seul chirurgien, à part M. Malgaigne, qui voie dans cette orchite blennorrhagique pure et simple un abcès tuberculeux : un tubercule qui en trois semaines se formerait, acquerrait le volume d'une noisette au moins, se ramollirait et s'abcèderait nous semble un phénomène encore inouï dans l'histoire de l'affection tuberculeuse. Nous croyons moins encore que le testicule du malade dont il s'agit dans l'opération précédente ait été sauvé de l'amputation, car nous sommes certain qu'il n'existe pas dans le monde un praticien assez oublieux de son art pour songer à l'amputation dans un cas pareil. Enfin nous ne voyons dans l'ouverture bien simple d'un abcès pratiquée par M. Malgaigne rien qui ressemble à une opération nouvelle, rien qui s'éloigne de la conduite qu'aurait tenue le plus vulgaire des chirurgiens.

Voyons le second fait :

Obs. II. — *Fongus tuberculeux du testicule saillant à l'extérieur. — Extirpation du fongus. — Réunion immédiate en trois jours. — Guérison.*

Dufau, âgé de vingt-cinq ans, relieur, est issue de parents sains du côté paternel; mais sa mère a succombé à la phthisie, et il dit que ses parents de ce côté meurent tous très jeunes. Quant à lui, dans son enfance, il était faible, chétif, sujet aux engelures; cependant jamais il n'a eu d'engorgements ganglionaires et n'a fait de maladie sérieuse. En 1847, il contracta des chancres vénériens siégeant sur le prépuce, suivis trois semaines après d'un bubon à l'aine droite, qui suppura et dont il fut traité à l'hôpital du Midi. Après six semaines d'hôpital, les chancres et le bubon étaient cicatrisés, et la guérison paraissait complète quand tout à coup, sans cause connue, le testicule droit se tuméfia pendant la nuit et devint douloureux à la pression. On usa contre cette affection des sangsues, de l'emplâtre de Vigo, de la compression avec des bandelettes agglutinatives; on donna l'iode à l'intérieur. Rien ne put diminuer le volume du testicule, qui était double de celui du côté sain; seulement la douleur avait disparu; et ce fut ainsi que le malade quitta l'hôpital.

En juin 1847, nouvelle infection syphilitique sous forme de chancres, compliqués cette fois de blennorrhagie. Le testicule droit redevint douloureux au point de rendre la marche impossible; un médecin consulté y fit une ponction, qui donna issue à du pus mêlé de sang; après quoi le malade rentra à l'hôpital du Midi. On le traita par l'huile de foie de morue, aidée du sirop antiscorbutique, de la tisane de feuilles de noyer, des bains salés, etc. Le testicule diminua; la plaie résultant de la ponction se ferma. A ce point du traitement, le sujet fut pris de la variole, dans le cours de laquelle le testicule droit revint à son volume naturel; mais en même temps le gauche se prit et devint douloureux; il se forma à sa partie inférieure un point fluctuant, dans lequel M. Ricord fit une ponction. Il en sortit du pus mêlé de sang comme de l'autre côté; le testicule subit un mouvement de diminution qui le ramena presque au volume normal; mais la plaie de la ponction ne se ferma point, et il quitta l'hôpital en cet état à la fin de septembre.

En avril 1848, le testicule gauche redevint douloureux vers le siége de la fistule. Celle-ci avait projeté au dehors des bourgeons rougeâtres; le malade alla revoir M. Ricord, qui diagnostiqua un sarcocèle tuberculeux. La douleur fut promptement apaisée, mais ce fut tout. Dufau fit alors un voyage à Bordeaux, où il gagna pour la troisième fois des chancres, qui, malgré un traitement mercuriel, furent suivis de choux-fleurs à l'anus et d'ulcérations entre les orteils. Il revint à Paris, rentra encore à l'hôpital du Midi, où il fut guéri de ses ulcères, mais où le fongus testiculaire ne fit que s'accroître; il en sortit, et arriva enfin le 30 mai 1850 à l'hôpital Saint-Louis.

A la partie inférieure du scrotum, à 1 centimètre à gauche du raphé, apparaissait une surface ulcérée, irrégulièrement circulaire, du diamètre d'une pièce de deux francs, dépassant de 2 millimètres environ le niveau des téguments. Cette surface présentait des espèces de bourgeons pâles, comme souillés de pus, ne saignant pas au toucher, ne donnant aucun signe de douleur à la pression; et en pressant sur les côtés, on en faisait sourdre des gouttelettes de pus par cinq ou six ouvertures. Un stylet introduit dans ces ouvertures arrivait à près de 2 centimètres de profondeur. A la circonférence, le rebord de l'ulcère semblait s'étendre par-dessus les téguments; en le soulevant, on voyait en effet la peau se resserrer et former au fongus une sorte de pédicule. Le testicule était tuméfié, douloureux, évidemment continu avec le fongus extérieur; au contraire, la peau était partout libre et mobile, excepté au point où elle se continuait avec la surface ulcérée. L'épididyme était gonflé, semé de petites bosselures, mais sans ramollissement ni douleur, même à la pression. Le cordon, indolent, offrait aussi une nodosité à sa partie inférieure. Le testicule droit paraissait sain; toutefois, à sa partie inférieure, existait encore un point fistuleux, suite de la première ponction, bien que le malade eût affirmé qu'elle s'était fermée. Au pourtour de l'anus existaient encore des plaques muqueuses.

Nous commençâmes par donner du proto-iodure de mercure, en pansant le fongus à plat; au bout de quinze jours les plaques avaient disparu, mais le fongus était resté le même. Je procédai donc, le 15 juin, à l'opération suivante :

Une incision myrtiforme circonscrivit la base du fongus; et celui-ci, saisi et attiré avec de petites pinces-érignes, je le disséquai à sa base, toute formée de tissu fibreux, dur, presque cartilagineux, et j'enlevai cette base même, de manière à mettre à nu le tissu testiculaire, qui parut sain, mais seulement un peu plus brun qu'à l'ordinaire. Il n'y eut pas de vaisseau notable ouvert; conséquemment pas de ligature, et je réunis immédiatement les téguments par-dessus la plaie à l'aide de quatre points de suture entortillée.

Il n'y eut point d'accident, point de fièvre; le scrotum fut seulement un peu œdématié le lendemain; mais, dès le 18, les épingles purent être enlevées : la réunion était complète. Le sujet demeura encore à l'hôpital jusqu'au 20 juillet, soit à cause de ses plaques muqueuses qui avaient reparu; soit pour la petite fistule du testicule droit; et la cicatrisation, si rapidement obtenue, ne bougea pas un instant et ne fit que se consolider.

Nous nous bornerons ici à faire observer que rien encore ne prouve la nature tuberculeuse de cette orchite, développée comme la précédente sous l'influence de la syphilis, et qui aurait sans doute guéri sans opération avec un peu de persévérance dans l'emploi des moyens hygiéniques et du traitement antivénérien.

Nous avons hâte d'arriver à la troisième observation, qui semble au premier abord la plus probante, et qui l'est, si c'est possible, encore moins que les autres.

Obs. III. — *Fistules rebelles du testicule entretenues par un fongus tuberculeux profond. — Excision complète du fongus. — Guérison.*

Prospert Petit, âgé de trente-un ans, garçon boulanger, sujet fort et robuste; n'a jamais eu de maladie sérieuse, sinon une blennorrhagie qui a duré un mois. Il est, toutefois, très impressionnable au froid et sujet à s'enrhumer. Son père est mort à cinquante-neuf ans d'une tumeur blanche du genou; sa mère vit encore, et porte depuis quatre ans une maladie du poignet gauche qui l'empêche de s'en servir.

Il y a sept ans, en faisant sa pâte, il se froissa le testicule droit contre le bord du pétrin. Depuis lors cet organe resta douloureux, surtout dans les changements de temps.

En septembre 1849, il se tuméfia tout à coup sans cause connue, acquit en vingt-quatre heures le volume du poing, et en même temps des douleurs sourdes qui l'occupaient devinrent très vives. On y appliqua des sangsues; on fit des frictions avec l'onguent napolitain, et plus tard avec l'iodure de plomb.

Six semaines après, il entra à l'hôpital Beaujon, où l'on suivit un traitement à peu près semblable; et un mois après son entrée un petit abcès se montra au niveau du bord supérieur du testicule. Cet abcès, ouvert par le bistouri, laissa écouler un pus blanchâtre. Quinze jours après il s'en forma un second un peu au-dessous, qui fut ouvert de même. Les deux ouvertures restèrent fistuleuses, malgré tout ce qu'on put faire, et Petit entra enfin, le 25 avril 1850, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis.

A cette époque, le testicule droit offrait le volume d'un œuf; il était lisse à sa surface, sans bosselures apparentes, sans adhérences à la peau, hormis au niveau des fistules. Outre les deux trajets fistuleux dont le malade connaissait l'histoire, il y en avait, à 3 millimètres au-dessous, un troisième fort étroit dont il ne s'était pas douté. Celui-ci était indépendant; les deux autres paraissaient communiquer à une assez grande profondeur.

Le lendemain de son entrée, je réunis les deux fistules par une incision profonde, et les fis panser à fond; mais malgré les mèches, les onguents excitants, les injections des diverses sortes, la cicatrisation ne fit pas un pas.

Après un mois d'essais de ce genre, je résolus de recourir à l'opération qui m'avait si bien réussi dans le cas précédent, et à enlever tous les tissus altérés, à quelque profondeur qu'ils se trouvassent. L'auscultation, avant tout, nous avait appris que les poumons étaient sains.

Le 25 juin, le malade étant endormi à l'aide du chloroforme, je circonscrivis tout le contour de ma première incision et les adhérences ambiantes à l'aide d'une incision myrtiforme de 7 centimètres de longueur. En enlevant successivement tous les tissus altérés, j'arrivai, à une très grande profondeur, sur un fongus blanchâtre, à peu près circulaire, ayant un peu plus du diamètre d'une pièce de 1 franc, et dépassant de 3 ou 4 millimètres le niveau de la membrane albuginée, qui se resserrait sur son pédicule. Cette surface bourgeonnnant versait sa sanie dans une cavité formée de tissu fibreux quasi-cartilagineux; et c'était de ce foyer profond, siégeant à la partie supérieure du testicule, que partaient les deux fistules principales, qui allaient, en s'écartant, s'ouvrir à l'intérieur. En pressant sur les côtés du fongus, on faisait sourdre du pus tuberculeux par quatre ou cinq ouvertures qui recevaient facilement une sonde cannelée. J'enlevai tout ce fongus avec sa base fibreuse, jusqu'au tissu testiculaire, qui parut sain, bien qu'un peu brunâtre. Il y avait quelques prolongements latéraux qui furent disséqués avec soin et excisés. En les poursuivant ainsi, je tombai sur deux petits kystes isolés, remplis de matière tuberculeuse à peine ramollie. Je les enlevai à leur tour. La dissection avait été longue et minutieuse; mais aucun vaisseau notable n'avait donné du sang; et malgré les sinuosités de la plaie, je tentai la réunion à l'aide de la suture entortillée. A peine trois épingles étaient-elles placées, qu'un écoulement de sang se déclara et dura environ dix minutes, après quoi la compression seule en fit justice, et l'on termina avec deux nouveaux points de suture.

Il y eut à peine de la fièvre. Dès le lendemain le malade demanda à manger. — Deux bouillons; deux potages.

Le 27, un peu de gonflement à la partie déclive; un pus d'assez bonne nature commence à s'écouler par l'angle inférieur. On enlève l'épingle correspondante.

Le 29, on ôte les autres épingles; les bords de la plaie sont enflammés; la réunion s'est faite dans une grande étendue, mais par places, qui laissent entre elles quatre lacunes ou orifices fistuleux communiquant tous par-dessous la cicatrice obtenue. Ces orifices allèrent en se rétrécissant graduellement jusqu'au 9 juillet, où nous eûmes à ouvrir un petit

---

à Nogent le 1er avril, et meurt le lendemain. Deux femmes qui la soignaient sont prises du choléra peu de jours après. Une femme qui avait soigné la première nourrice est également atteinte. Depuis lors le choléra règne à Nogent. »

Ces faits, qui ne pouvaient être qu'indiqués dans une simple lettre, sont rapportés *in extenso* par l'auteur dans son livre, et suivis de l'histoire non moins complète des cas de choléra qui leur ont succédé, jusqu'au moment où l'épidémie étant devenue générale, il n'a plus été possible d'en établir nettement la filiation. Après les faits particuliers, les réflexions qu'ils ont suggérées à l'auteur. C'est sur cette section de l'ouvrage que nous insisterons principalement, parce que nous y avons retrouvé avec bonheur l'expression d'une manière de voir qui, dans presque tous les points, est identique à la nôtre, à celle que, par conséquent, nous croyons l'expression de la vérité.

Il y a, dit M. Brochard, dans le mode de propagation du choléra, une cause spéciale moins active et moins fréquente, il est vrai, que la cause épidémique, mais qui me paraît cependant douée d'une puissance d'action bien plus grande et bien plus certaine que la plupart de celles à l'examen desquelles je me suis livré jusqu'ici. (Mauvaise hygiène, insalubrité, misère, etc.) Je veux parler de la cause spécifique qui reproduit toujours le choléra d'une manière identique, qui le reproduit souvent loin des foyers épidémiques; et indépendamment de l'influence épidémique à laquelle, je m'empresse de le dire, le choléra doit souvent uniquement sa puissance de propagation. Cette cause spécifique déterminante du choléra, c'est la communication de la maladie par voie de transmission de l'homme malade à l'homme sain. Nombre de médecins se sont déjà ralliés à cette opinion, et nous avons entendu l'un des professeurs les plus instruits de la Faculté de Paris prédire qu'avec le temps on verra l'Académie elle-même se ranger du côté de cette vérité. M. Brochard croit, lui aussi, que si le choléra est contagieux, il ne faut pas le cacher; il faut au contraire avoir le courage de le dire. L'erreur, a dit Condorcet, est le véritable ennemi du genre humain.

Mais avant d'aller plus loin, qu'entend l'auteur par ce mot : Contagion ! Il discute les diverses interprétations données de cette expression par les auteurs, convient que, si l'on s'attachait à l'étymologie véritable, le mot *contagion* supposerait le contact, et serait différent des autres modes de transmission par infection, inoculation, etc., et finit par admettre, comme définition de convention, le mot contagion comme synonyme de transmission d'un sujet malade à un sujet sain; suivant l'acception vulgaire, quel que soit le mode selon lequel elle s'opère et quelles que soient ses diverses circonstances. En résumé, pour M. Brochard, une maladie est contagieuse lorsqu'elle peut se transmettre par le contact; elle l'est encore lorsque les miasmes qui émanent d'un sujet qui en est atteint jouissent de la propriété de reproduire, chez un sujet sain qui s'en imprègne ou qui les respire, cette même maladie; qu'ils la reproduisent d'une manière identique et ne peuvent reproduire qu'elles. Il admet, de plus, que les corps inertes peuvent servir de moyens de communication aux maladies contagieuses.

On voit, par le rapprochement des idées de M. Brochard et du fragment de l'article publié par nous en 1849, que nous sommes sur la chose complétement d'accord depuis longtemps. Mais nous regrettons qu'un esprit aussi juste que celui dont fait preuve notre honorable confrère n'ait pas osé se mettre franchement au-dessus des traditions vulgaires; en un mot, qu'il n'ait pas partout substitué le mot *transmission* au mot *contagion*. N'écrivant pas pour les gens du monde, mais pour les médecins seulement, il n'eût pas eu la crainte de n'être pas compris tout d'abord, et aurait eu le mérite encore assez rare de se servir d'un langage correct à la fois et logique. Nous faisons cette observation, parce qu'il ne manque pas dans les sciences de ces argumentateurs quand même qui ne manquent jamais de saisir l'occasion, à défaut de bonnes raisons, de faire de la logomachie.

Cette division de son travail conduit naturellement M. Brochard à examiner la propagation du choléra et par voie épidémique et par voie de contagion. Pour lui, et pour tous les hommes raisonnables, les partisans des deux opinions opposées sont trop exclusifs, les uns en soutenant que le choléra ne se propage jamais par voie de contagion, les autres en voulant qu'il se propage toujours par cette voie. Nous savons bien qu'il faut faire la part de la difficulté de l'observation, et que rien n'est plus malaisé que de déterminer si une maladie qui règne dans un pays et frappe en même temps un grand nombre de personnes est ou n'est pas contagieuse (transmissible), est contagieuse ou épidémique, et surtout si elle est à la fois contagieuse et épidémique.

Pour l'auteur, une maladie épidémique est celle qui, sous l'influence de causes générales passagères, agit sur toute la population. A ce point de vue, le choléra, personne ne le peut nier, est épidémique. A Paris, en 1832, du 28 mars au 14 avril, il était mort 7,631 individus. Une maladie qui ne se propagerait que par voie de contagion ne pourrait avoir une marche aussi rapide, ne sévirait pas à la fois et dès le début dans les différents quartiers d'une ville plus ou moins éloignés les uns des autres, sur des personnes n'ayant eu aucun rapport avec des sujets atteints primitivement de la maladie, etc. Le choléra est donc une maladie épidémique, tout le monde l'admet.

Mais de ce qu'il est épidémique, faut-il en conclure qu'il ne puisse se transmettre d'individu à individu? Remarquons que presque tous les médecins contagionistes sont des praticiens qui observent dans la province, dans les campagnes, là où il est possible de suivre, qu'on nous passe cette expression, la trace de la maladie. Les non-contagionistes sont les médecins des grandes villes. Nous avons démontré plus haut qu'il serait impossible, à Paris, par exemple, de prouver par des faits la transmissibilité de la maladie la plus évidemment contagieuse, de la variole, en raison de l'immense agglomération des habitants. Nous n'avons pas besoin d'in-

abcès développé en arrière et en bas de la cicatrice déjà formée ; il en sortit du pus mêlé de sang, et une petite hémorrhagie qui suivit exigea une compression spéciale.

Du 15 au 22, il devint nécessaire de diviser les ponts qui séparaient les orifices fistuleux, les téguments et la cicatrice étant trop amincis pour en espérer le recollement. La cicatrisation reprit alors avec plus de solidité ; le 1er août, il ne restait plus qu'une plaie linéaire de 3 centimètres de longueur. Cette plaie, toutefois, malgré des soins assidus, résista longtemps encore ; le 6 septembre, elle était réduite seulement à 1 centimètre, et lorsqu'il quitta l'hôpital, le 22 septembre, il y avait encore un petit pertuis qui suppurait.

Il reprit son état de boulanger dans les premiers jours de novembre. Quand je le revis, le 31 décembre, la santé générale était parfaite ; une cicatrice blanche et solide, de 3 centimètres au plus de longueur, avait remplacé notre longue incision de 7 centimètres ; il avait vu des femmes, et versait la semence à peu près comme à l'ordinaire ; chose d'ailleurs peu surprenante, l'autre testicule restant entier.

La petite fistule isolée, à laquelle on n'avait pas touché, tendait elle-même à se fermer, et n'avait pas plus de 2 à 3 millimètres de profondeur. Il revint me voir en avril 1851 ; alors elle était complétement fermée, et la guérison bien complète.

Nous l'avons revu une dernière fois en juin 1851. Après un excès de travail prolongé pendant onze jours, il fut pris à la fois de son rhume ordinaire et de douleurs avec gonflement dans l'épididyme du côté opéré. Six sangsues et des cataplasmes apaisèrent la douleur et diminuèrent le gonflement en quelques jours, et c'est ainsi qu'il nous a quitté.

Nous ne ferons point remarquer, après M. Velpeau, que rien ne prouve que la guérison de ce malade ait été complète. Nous avons une objection plus sérieuse à adresser à ce fait; c'est que, dans les termes où il est raconté, il est incompréhensible, c'est-à-dire impossible.

Notons d'abord que le testicule avait le *volume d'un œuf*. Or, en accordant qu'il eût *sept centimètres* dans le plus grand diamètre, et *quatre* dans le petit, on aura déjà un œuf d'une très belle dimension (dès qu'il s'agit d'un œuf de poule, bien entendu).

Si maintenant on pratique sur le *bord supérieur* d'un tel testicule, comme dit l'avoir fait M. Malgaigne, non pas une *incision myrtiforme*, mais deux incisions circonscrivant une surface myrtiforme de *sept centimètres* de long, ces incisions comprendront nécessairement entre elles l'épididyme et le cordon testiculaire; et si on les prolonge pour les faire se rencontrer profondément, on détachera par cette opération la plus grande portion du testicule de l'épididyme et du cordon, et le testicule tombera comme un grain de raisin détaché de sa grappe. Voilà déjà une première impossibilité qui démontre avec quelle négligence a été observé et décrit le troisième fait de M. Malgaigne, et qui, par cela même, lui enlève toute valeur.

Mais ce qui suit n'est guère plus intelligible. Supposons qu'au lieu d'avoir été pratiquée au bord supérieur, l'*incision myrtiforme* ait été faite au bord inférieur; M. Malgaigne nous annonce qu'il prolongea cette incision à *une très grande profondeur*. Que doit-on entendre par ces mots? Ici, comme partout, il faut supposer qu'on a apprécié par relation. Or, pour une longueur de *sept centimètres*, on nous accordera bien que *deux* centimètres ne sont pas encore une très grande profondeur; mais deux centimètres sont la moitié du diamètre d'un très gros œuf, c'est-à-dire du testicule. Ainsi, M. Malgaigne, en prolongeant l'*incision myrtiforme*, a enlevé une espèce de tranche de melon de sept centimètres de long, sur deux de profondeur au moins; c'est-à-dire enfin qu'il est arrivé avec l'instrument tranchant jusqu'au centre du testicule.

Eh bien, c'est quand il est arrivé par cette incision jusqu'au centre du testicule, qu'il tombe sur « un fongus du *diamètre d'une pièce de 1 franc* » (2 centimètres au moins), et c'est dans ce centre qu'il manœuvre, qu'il enlève ce fongus « *avec sa base fibreuse jusqu'au tissu testiculaire, qui parut sain, bien qu'un peu brunâtre.* » Il y avait même « *des prolongements latéraux* qui furent » disséqués avec soin et excisés. En les *poursuivant* ainsi, » je *tombai sur deux petits kystes* isolés remplis de ma» tière tuberculeuse à peine ramollie. Je *les enlevai* à leur » tour. » Nous le demandons, en vérité, qu'aurait-il pu rester du testicule après un pareil farfouillage, qu'on nous pardonne le mot, et quel est le chirurgien qui voudrait se résoudre à en entreprendre un pareil!

Le travail de M. Malgaigne aura eu le mérite de provoquer une discussion importante; il fera mieux apprécier encore, peut-être qu'on ne le faisait, l'excellence des principes thérapeutiques professés par M. Velpeau; mais nous sommes certain que, si l'on s'écartait de ces principes pour suivre ceux du savant chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, on sacrifierait beaucoup plus de testicules qu'on n'en conserverait et qu'on ferait de la très fâcheuse chirurgie. — H. de Castelnau.

Discussion sur le tubercule du testicule.

(Addition à la séance de l'Académie de médecine du 22 juillet 1851.)

M. Roux. M. Malgaigne me semble avoir eu le tort de confondre dans son travail deux ordres différents d'affections : l'un, constitué par une maladie organique mal caractérisée, l'autre formé par la moladie tuberculeuse dont l'histoire laisse peu de chose à désirer. Or la thérapeutique qui serait applicable aux affections du premier ordre pourrait avoir de graves inconvénients.

L'orateur se livre ici à une longue digression sur l'étiologie de quelques affections des bourses; puis il ajoute :

M. Malgaigne n'a pas assez distingué la manière dont le testicule s'affecte, et il parait avoir oublié que le tubercule s'y développe souvent par plusieurs points à la fois.

J'arrive à la seconde partie du mémoire de M. Malgaigne. J'aurais d'abord désiré des observations plus nombreuses pour appuyer une doctrine comme celle de l'amputation partielle. Je crois en effet que les cas dans lesquels on pourrait être sûr d'enlever toutes les portions malades sont excessivement rares, ainsi que ceux dans lesquels ces portions étant enlevées, la portion restante pourrait être de quelque utilité.

M. Malgaigne a insisté sur l'effet moral heureux produit par l'amputation partielle. Mais il est à remarquer que les individus chez lesquels on a enlevé un testicule ne sont nullement affectés moralement, comme ceux à qui on a enlevé le pénis; ce qui s'explique jusqu'à un certain point, parce que l'organe est double, et par d'autres raisons encore.

Enfin, il faut remarquer que l'amputation totale du testicule est une des opérations les plus simples de la chirurgie, tandis qu'il n'en est pas tout à fait de même, même au point de vue de l'innocuité (d'après les faits mêmes de M. Malgaigne) de l'amputation partielle.

M. Velpeau. La question soulevé par M. Malgaigne est si importante, que je demande la permission à l'Académie d'en toucher quelques points. Et d'abord, le tubercule testiculaire est-il une maladie locale, ou bien une dépendance, un effet de la tuberculisation générale? Des pathologistes de mérite ayant soutenue que le poumon contenait toujours des tubercules quand il en existe ailleurs, on conçoit que, si la loi qu'ils ont posée dans ce sens était exacte, l'opération indiquée par M. Malgaigne n'aurait pas de but, puisqu'elle s'adresserait au symptôme le moins sérieux d'une affection de toute l'économie.

Sur ce premier fait, je dirai que par bonheur la tuberculisation testiculaire est souvent une maladie locale. J'en ai eu de nombreuses preuves sous les yeux; entre plusieurs centaines que je pourrais citer, je rappellerai quelques-uns des cas où il m'a été donné de constater la réalité des faits par l'autopsie. Ainsi chez un malade qui mourut de variole confluante, chez un autre qui succomba à la pneumonie, chez un troisième qui fut emporté par une péritonite, et chez deux autres que la fièvre typhoïde fit périr, nul autre organe, pas plus que le poumon, ne renfermait la moindre de tubercules, quoique les deux testicules dans ces deux cas, et d'eux seulement dans les trois autres, fussent criblés de tubercules à tous les degrés, liquéfiés, ramollis ou à l'état de crudité complète.

Voilà donc un premier fait acquis à la science. Une première question, qui n'en est plus une pour moi : l'affection tuberculeuse des testicules est souvent, est ordinairement une maladie locale.

Voyons maintenant si les tubercules du testicule sont bien des tubercules véritables. Pour Laënnec et son école, le tubercule *vrai, essentiel*, est une sorte de corps étranger qui se ramollit, qui se fond de la circonférence au centre. Dans le testicule, au contraire, il se liquéfie presque toujours, sinon toujours du centre à la surface. Il en est de même au surplus des tubercules ganglionaires; aussi ai-je quelque tendance à croire que la nature intime du tubercule pulmonaire proprement dit n'est pas la même que celle des autres produits dont je viens de parler, ou bien qu'il existe deux grandes classes de tubercules fort différents l'un de l'autre; l'un dont l'étiologie est encore enveloppée d'un voile épais, l'autre qui semble trouver sa source dans un travail phlegmasique manifeste ou peu apparent.

Cette distinction, que je proposais déjà en 1823 (Thèse de concours pour l'agrégation), et qui me permettait de rapporter la formation de certains tubercules soit à quelque variété de l'inflammation, soit à une sorte d'infection purulente, chronique et insensible, serait digne, je crois, d'être sérieusement discutée aujourd'hui.

Si donc les tubercules testiculaires sont ou peuvent être un mode de terminaison de l'inflammation et non un produit d'une cause morbide spécifique, il n'est pas absolument défendu de l'attaquer par les moyens chirurgicaux; mais qu'ils viennent d'une source ou d'une autre, voici qui peut éloigner toute opération un peu grave dans leur traitement.

Il est inouï qu'il existe un ou deux tubercules seulement dans le testicule; l'organe en est, au contraire, en général, comme criblé; leur évolution se fait par saccades; l'un d'eux suscite une inflammation autour de lui; il s'abcède, se montre au dehors sous forme d'une bosselure, qui s'ouvre ou qu'on ouvre; puis il se vide, se rétracte et laisse un ulcère fistuleux à sa place; tout rentre dans l'ordre après ce petit orage, jusqu'à ce qu'un tubercule ou un groupe de tubercules ramène la même série de phénomènes, et ainsi de suite successivement jusqu'à ce que tous les tubercules aient disparu, ce qui peut exiger un temps plus ou moins long. Or à quoi servirait une *extirpation* de tubercule en pareil cas? Je ne le comprends guère; l'enlèvement de celui qui a suppuré n'empêchera pas les autres de suivre leur évolution naturelle, et au début ils sont si bien enclavés dans le parenchyme séminal qu'au lit du malade il sera souvent impossible d'affirmer qu'il n'en reste pas d'autres dans le testicule. Si le mal n'est qu'un reflet de la tuberculisation générale, l'opération est parfaitement inutile, et personne dans ce cas n'oserait la conseiller; s'il est local, il n'y en a pas moins un si grand nombre de tubercules dans l'organe qu'il n'y a nulle chance d'obtenir une guérison complète, et que l'opération alors serait entourée de plus de dangers que d'avantages.

Autre difficulté. Pour qu'une opération un peu grave soit tentée, il faut que le mal auquel on l'applique ait lui-même une certaine gravité ou qu'il ne puisse pas disparaître autrement. Eh bien! je crois que la gravité du tubercule testiculaire a été exagérée, excepté quand il coïncide avec la tuberculisation pulmonaire; hors de là, je n'ai point vu que ce fût une maladie dangereuse. Elle peut durer longtemps, plusieurs années, quatre, cinq, six, huit ans, mais elle finit toujours par guérir. Alors que l'anatomie pathologique était moins avancée, alors que le testicule tuberculeux était confondu avec les cancers sous le titre de sarcocèle, il était permis de lui appliquer parfois des opérations sérieuses, la castration même; aujourd'hui nous n'en sommes plus là, Dieu merci! et en pareil cas il n'y a jamais lieu de recourir à l'ablation du testicule affecté. Le temps, le temps surtout, un bon régime, des conditions hygiéniques convenables, les préparations d'iode, l'huile de poisson et les résolutifs, soit locaux, soit généraux, opposés aux affections lymphatiques, réussissent. En fin de compte, que le malade ne se croie pas plus malade qu'il n'est, qu'il vaque à ses affaires, et il le peut, puisque le plus souvent il n'y a ni douleur ni suppuration notables, et avec de la patience tout rentrera dans l'ordre; c'est du moins ce que j'ai vu arriver chez tous les individus soumis à mon observation, et j'en ai vu un bien grand nombre.

L'opération que propose M. Malgaigne est d'ailleurs d'une application difficile. Comment en préciser les indications? Si le bistouri reste en deçà du mal, à quoi servirait-elle? S'il va au delà, le reste du testicule ne sera-t-il pas détruit par la suppuration? Les suites de l'opération ne seraient-elles pas pires alors que ne l'aurait été l'extraction elle-même?

Je vois, par exemple, dans la première observation de M. Malgaigne, qu'il s'agissait en réalité d'un simple abcès qu'il a suffi de fendre; tandis que dans celle qui nous a été lue le malade, opéré

---

sister davantage sur ces considérations, qui ressortent des faits nombreux publiés au moment de l'épidémie de 1849, ou adressés de toutes parts à l'Académie de médecine.

Encore un mot avant de quitter ce sujet. Il est évident que le choléra est épidémique, et il n'est pas moins prouvé, selon nous, qu'il soit contagieux. Cela veut-il dire que la contagion soit absolue? Nullement. Cette contagion ne s'exerce pas nécessairement et d'une manière invariable dans toutes les circonstances possibles; elle ne s'exerce que dans des circonstances données. Il faut, pour qu'elle ait lieu, que le sujet ait une prédisposition quelconque, qu'il soit apte à la contagion; il y aura des individus qui jouiront d'une certaine immunité en face de la contagion la plus frappante. De ce que toutes les personnes qui donnent des soins à des rubéoliques ne contractent pas la rougeole, conclura-t-on que la rougeole n'est pas contagieuse? Ce serait tout simplement absurde.

C'est à traiter la question de la contagion que s'est principalement attaché M. Brochard; mais, si c'est en vue de la prouver qu'il a fait le livre dont nous rendons compte, cela ne veut pas dire cependant qu'il ait négligé tous les autres points de l'histoire de la maladie. L'étude de l'étiologie, des symptômes, l'a conduit à considérer, sous le rapport de sa nature, le choléra comme le résultat d'un empoisonnement miasmatique spécial, et la phlegmorrhagie ou la sécrétion excessive de fluide séreux qui a lieu sur la surface intestinale comme le caractère pathognomonique de cette affection. Suit la description des symptômes bien complète, bien exposée, mais n'offrant rien de nouveau pour ceux qui ont été à même d'étudier l'épidémie dernière au lit du malade. Nous avons remarqué avec plaisir que M. Brochard est un des défenseurs de l'opinion qui veut que le choléra soit toujours, pendant un temps plus ou moins long, précédé d'une période prodromique. L'existence de cette période prodromique, à laquelle est définitivement resté le nom de cholérine, n'est plus un doute pour personne maintenant. On est à peu près généralement d'accord aujourd'hui que dans tous les cas il existe des phénomènes précurseurs, que le choléra ne frappe jamais à l'improviste, qu'il avertit toujours. Que si, par hasard, quelques cas paraissent se dérober à la loi générale, on trouvera toujours quelque circonstance particulière qui rendra compte des exceptions, un affaiblissement déterminé par une maladie antérieure, un mauvais état habituel du tube digestif, des excès de tout genre. Sur 44 cholériques reçus à l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou et sur 131 observés par lui en ville, M. Brochard a constaté avec la plus grande facilité l'existence de ces prodromes.

Nous arrivons au traitement et c'est par là que nous terminerons ce compte-rendu. Ici nous ne serons plus tout à fait d'accord avec notre savant confrère. Le traitement des prodromes consistait pour lui dans l'emploi des boissons gommées ou légèrement aromatiques, des lavements laudanisés; quand il y avait des signes d'embarras gastrique, il recourait volontiers à l'ipécacuanha, à un purgatif salin, qui lui réussissaient presque toujours; enfin, il combattait la céphalalgie, les douleurs abdominales par quelques applications de sangsues.

Lorsqu'il n'avait pas réussi à arrêter la marche de la cholérine, il cherchait à modifier le flux diarrhéique par une potion composée d'eau de cannelle, de sirop d'éther et de laudanum. En même temps, lavements fortement laudanisés, stimulants diffusibles, réchauffement artificiel, urtication, sinapismes, vésicatoire à l'épigastre; pendant la période de réaction, nouvelles applications de sangsues destinées à combattre les congestions sanguines, qui ont une si grande tendance à s'opérer sur divers organes. « Si je me trouvais de nouveau en présence d'une épidémie de choléra, ajoute-t-il, je modifierais mon traitement en ce sens que je ne serais pas aussi avare du sang de mes malades. Je ne craindrais pas de leur appliquer des sangsues ou de leur ouvrir la veine à toutes les périodes de la maladie. Cette pratique, que je commençais à suivre lorsque l'épidémie a cessé, est celle qui, je crois, promet le moins d'insuccès. »

Nous disons que nous ne sommes plus ici tout à fait d'accord avec M. Brochard; en effet, nous croyons que l'on doit rejeter les préparations laudanisées, et surtout les saignées, soit générales, soit locales, sauf dans la période de réaction. D'abord le laudanum réussit rarement à arrêter la diarrhée. Mais, y parviendrait-on par son emploi, il nous semble que l'on n'en serait guère plus avancé. La diarrhée, le flux muqueux n'est qu'un symptôme. Le combattre, ce n'est pas s'attaquer à l'essence même de la maladie. Nous avons vu des sujets chez lesquels on avait, par les narcotiques, supprimé le flux muqueux et chez lesquels le choléra cyanique survint comme si rien n'eût été fait. La véritable indication, à notre avis, c'est de rétablir par tous les moyens possibles l'état normal des sécrétions intestinales, de substituer au flux muqueux riziforme des selles bilieuses; et en effet, dès que les selles tendent à reprendre leur couleur naturelle, on peut dire presque à coup sûr que le malade est sauvé. L'ipécacuanha et les purgatifs salins, telle est, à notre avis, la véritable médication spécifique.

Quant aux saignées, sauf dans la période de réaction, les faits nous ont appris à les regarder comme funestes dans l'immense majorité des cas, sinon dans tous. Si notre confrère s'en est bien trouvé, ne serait-ce pas parce que, comme il le dit, il les a mises en usage vers la fin de l'épidémie, à une époque où les cas, moins graves, guérissent presque tous, quelle que soit la médication?

M. Brochard nous pardonnera cette divergence d'opinion au sujet du traitement. La critique que nous nous permettons envers un homme si instruit et si intelligent est une preuve de plus de la sincérité des éloges que nous lui avons décernés et qu'il mérite à tous égards pour le reste de son remarquable travail. Dr A. Foucart.

Traité pratique des fleurs blanches et des ulcérations de la matrice,
Par Mme V. Messager. (Un vol. in-12.)

Ce n'est pas, il nous faut l'avouer, sans quelque prévention que

en juin, n'était pas guéri en septembre, et qu'un an après des menaces de récidives se faisaient apercevoir. Est-il bien sûr d'après cela que sans opération le résultat eût été moins favorable?

Au demeurant, si par lui-même le mal n'est pas grave, il finit à peu près constamment par guérir sans opération. L'opération n'est pas de nature à modifier la marche de l'affection d'une manière favorable chez la plupart des individus, et elle n'est pas plus ou guère plus dépourvue de dangers que la castration. Enfin, dans les cas favorables, elle expose le reste du testicule à perdre sa texture propre, à en détruire les fonctions.

M. Robert. Je n'occuperai que pendant peu d'instants l'attention de l'Académie; il est, en effet, difficile d'ajouter à ce que mes deux savants collègues viennent de dire avec tant de justesse et avec l'autorité que leur donne une longue expérience. Je vais seulement soumettre à M. Malgaigne quelques dernières réflexions qui me paraissent ne pas être dénuées d'intérêt.

M. Malgaigne, au commencement de son travail, établit une différence entre les simples cavernes tuberculeuses se vidant à l'extérieur par un orifice fistuleux, et les fistules compliquées de fongosités, soit que ces dernières apparaissent et fassent saillie à l'extérieur, soit qu'elles aient pris développement au fond de l'excavation tuberculeuse elle-même. Pour lui, cette différence est capitale; car il admet que les premiers tendent naturellement à la guérison, tandis qu'il est disposé à regarder les autres comme étant tout à fait incurables.

Sur ce premier point, je ne saurais partager son opinion. En effet, les fongosités qui se développent dans les foyers tuberculeux ne changent pas la nature de ces derniers; c'est un accident, un épiphénomène de la maladie, et rien de plus. Ces fongosités sont comparables à celles que l'on voit s'élever quelquefois à la surface des vieux ulcères, ou à celle des plaies suppurantes. Il est très commun surtout d'en observer au cou, à la suite du ramollissement et de la fonte des ganglions tuberculeux. Si donc elles apparaissent dans le cours de l'affection tuberculeuse du testicule, c'est simplement une complication qui peut, il est vrai, rendre plus long et plus difficile le traitement de la maladie; qui peut exiger l'emploi de cautérisations énergiques, d'injections caustiques dans les trajets fistuleux, etc.; mais, je le répète, ici comme ailleurs on ne saurait regarder ces fongosités comme devant rendre la maladie incurable.

Examinons maintenant la valeur de l'opération nouvelle que M. Malgaigne propose d'appliquer aux cas de cette nature; cette opération consiste dans l'ablation des fongosités et des tissus indurés, en conservant les débris du testicule. Voyons d'abord comment notre honorable collègue en établit les indications. Cette opération, dit-il, est applicable aux cas où le scrotum sera traversé par deux ou trois fistules seulement, avec induration du tissu cellulaire, etc., et lorsque tous les traitements auront échoué.

Mais, d'abord, comment pouvoir déterminer la nécessité d'une opération d'après des données aussi vagues? Et qui donc osera dire que tout a échoué, et que le bistouri est devenu l'*ultima ratio* du traitement, lorsqu'il s'agit d'une lésion essentiellement chronique, presque jamais douloureuse, qui ne compromet nullement la vie, et n'empêche pas ceux qui en sont affectés de vaquer à leurs occupations? L'expectation est facilement acceptée par les malades; et n'est-il pas, d'ailleurs, du devoir du chirurgien d'user d'une grande réserve à l'endroit des opérations, lorsqu'il s'agit d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, guérit presque toujours, avec le temps et l'emploi sagement combinés des médications convenables?

Mais quelle est, au fond, la valeur de cette opération et quels peuvent en être les résultats? M. Malgaigne la regarde comme une opération conservatrice; voyons si en effet elle mérite réellement cette qualification. Pour cela, établissons deux séries de cas:

1° Ceux où l'affection tuberculeuse siége seulement dans l'épididyme, le testicule étant resté sain;

2° Ceux où, au contraire, elle a envahi le corps même du testicule, l'épididyme n'étant point altéré.

Dans le premier cas, il faut enlever l'épididyme, et nécessairement détruire le canal déférent. Dès lors les fonctions du testicule sont *à jamais* abolies; et, quoi qu'en dise M. Malgaigne, la perte de la fonction équivaut à la perte de l'organe. Je ne puis croire que M. Malgaigne attache sérieusement de l'importance à conserver dans le scrotum un corps inutile, parce qu'il représente l'organe de la virilité, et qu'il peut être pour le malade une consolante illusion.

Il y a plus: dans quelques cas d'affection tuberculeuse de l'épididyme, l'altération siége en dehors du canal déférent, au milieu du tissu fibreux qui en unit les circonvolutions. Le canal déférent, resté sain, accomplit ses fonctions; et, pour le malade, si l'on n'opère pas, l'incommodité se réduit à celle d'une simple fistule, indolente, et fournissant un peu de pus. Eh bien! si on applique à ce cas l'opération proposée par notre collègue, on sera obligé de sacrifier l'épididyme; car il est évidemment impossible d'extirper un noyau induré, dans cette région, sans toucher au canal déférent. Dès lors on aura, sans nécessité et pour guérir une infirmité légère, mutilé et sacrifié un organe important.

2° Dans les cas où le corps du testicule a été seul envahi par l'affection tuberculeuse, si l'on veut enlever complétement le mal, il faut dépasser les limites des tissus indurés et mettre à nu la substance propre du testicule. Or, qui ne sait que les plaies du testicule sont très fréquemment suivies de l'atrophie, de la destruction de cet organe? Si la réunion de la plaie n'a pas lieu par première intention (et l'on conçoit que souvent il doive en être ainsi), la suppuration s'emparera des filaments séminifères; la tunique albuginée reviendra peu à peu sur elle-même, chassera hors de sa cavité ces filaments, comme J.-L. Petit l'a depuis longtemps signalé, et peu à peu la coque fibreuse sera vidée et le testicule détruit. Je ne sais même si, dans les cas plus heureux où la plaie se ferme rapidement et par première intention, le testicule ne s'atrophie pas après la guérison, et par le seul fait de la division qui a détruit la continuité des tubes séminifères. Voici une observation qui me paraît le faire présumer:

L'idée d'enlever des masses tuberculeuses développées dans le testicule n'est pas tout à fait nouvelle en chirurgie, et il y a longtemps déjà que M. Bérard l'avait mise à exécution. Voici ce que rapporte Aug. Bérard (*Thèse de concours*, 1834, page 29):

« Dans un cas où le volume et la forme du scrotum avaient fait reconnaître à mon frère la présence de grosses masses tuberculeuses dans le testicule, une large incision sur cette partie permit de faire sortir, comme par une sorte d'énucléation, le produit morbide qu'elle renfermait; la guérison fut *radicale et prompte*, mais *le testicule de ce côté resta complétement atrophié.* »

D'après ces faits, sur lesquels je ne veux pas insister davantage pour ne pas abuser des instants de l'Académie, il est facile de voir que l'opération proposée par M. Malgaigne n'est pas une opération plus conservatrice que la castration elle-même.

Une dernière considération me frappe encore en examinant cette opération d'une manière générale; c'est que, abstraction faite de ses inconvénients comme opération, des accidents, des dangers qui peuvent l'accompagner, elle ne présente pas aux malades beaucoup de sécurité comme moyen de guérison radicale.

On sait, en effet, que l'affection tuberculeuse du testicule est une maladie essentiellement diathésique; qu'au voisinage de masses déjà indurées ou ramollies, il existe presque toujours de petits noyaux qui échappent à nos moyens d'investigation. Il est donc fort à craindre qu'après l'ablation des tissus les plus malades, de petits tubercules laissés dans le testicule à l'état de crudité ne prennent un développement plus rapide, et ne reproduisent ainsi la maladie qu'on a voulu détruire.

Pour conclure, et tout en applaudissant au zèle de notre honorable et savant collègue qui a cherché, en cette occasion, à reculer les limites de notre art, je ne pense pas que l'Académie puisse donner son assentiment à l'opération qu'il propose.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

nous avions ouvert le livre dont nous allons rendre compte. Nous pensions avoir affaire à une de ces publications extra-scientifiques destinées plutôt aux personnes du monde qu'aux praticiens. Nous nous étions trompé. Le petit travail de Mme Messager est basé sur l'observation sérieuse et intelligente des faits; et avant tout, il est éminemment pratique, ce qui malheureusement ne peut pas se dire d'un grand nombre des livres à notre époque, où le microscope d'un côté, la chimie organique de l'autre, agrandissent chaque jour le champ de l'hypothèse. Mettons le lecteur à même de juger par soi la valeur du travail en question.

Rarement, suivant l'auteur, la nature débute par l'ulcération du col de l'utérus, l'ulcération simple, bien entendu. Le point de départ de la maladie, c'est l'écoulement, dont l'âcreté produit souvent l'érosion. Mais cet écoulement lui-même, qu'est-il le plus souvent qu'un symptôme? D'où la nécessité de remonter à la cause de l'écoulement pour instituer le traitement. Vouloir guérir un écoulement sans en connaître la lésion productrice, ce serait vouloir guérir la toux sans traiter la maladie du poumon; la diarrhée, sans traiter la maladie de l'intestin; ce serait, en un mot, une absurdité. Ceci mène tout naturellement l'auteur à l'examen d'une question d'un grand intérêt: le diagnostic différentiel des divers écoulements des organes génitaux de la femme.

L'auteur établit une distinction bien tranchée et parfaitement vraie entre l'écoulement visqueux, semblable à du blanc d'œuf, qui vient de l'utérus, et celui qui est fourni par la muqueuse vaginale. Elle passe en revue les modifications que peut subir cette leucorrhée quant à ses propriétés physiques, couleur, consistance, etc., et établit par des faits cette proposition que nous avons souvent entendu professer par M. Ricord, si compétent en pareille matière: que rien n'est plus commun que de voir la blennorrhagie de l'homme déterminée par des écoulements vaginaux qui ne reconnaissent aucune cause suspecte.

Le traitement de la leucorrhée est le sujet d'un chapitre dans lequel on trouvera d'utiles conseils au point de vue de l'hygiène, conseils qui se produisent sous le patronage d'hommes distingués et connus. On voit que, lorsqu'elle n'a pas tout déduit de son observation seule, c'est aux bonnes sources qu'a puisé Mme Messager.

La deuxième partie du petit volume que nous avons sous les yeux est consacrée à l'étude des ulcérations du col de l'utérus, granulations, excoriations, engorgement. Ces divers états sont décrits et appréciés avec une exactitude qui prouve de la façon la moins équivoque que c'est sur la nature même, beaucoup plus que dans les livres, que Mme Ménager a appris ce qu'elle enseigne aujourd'hui. Pour le traitement, elle expose, avec l'état actuel de la science, les moyens qu'elle regarde comme les meilleurs et qui ont le mieux réussi entre ses mains. Nous la voyons avec plaisir proscrire dans les engorgements du col les applications directes de sangsues sur cette partie, applications, suivant nous, beaucoup plus souvent nuisibles qu'utiles, ou tout au moins inefficaces. Peut-être lui reprocherons-nous d'avoir été un peu sévère envers Lisfranc et ses saignées dérivatives, trop négligées au moment actuel, et auxquelles on reviendra dans un temps, nous l'espérons, peu éloigné, pour remplir des indications déterminées. Dans des cas rebelles, l'auteur conseille avec raison les cautérisations avec les caustiques minéraux, avec le fer rouge même.

On voit, d'après cette rapide esquisse, combien peut être utile le livre de Mme Messager.

D. Germain.

Chronique et nouvelles.

Par suite des mutations que nous avons annoncées dans notre dernier numéro, M. Richet a été nommé chirurgien de l'hôpital Sainte-Marguerite et M. Gosselin chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

— Nous avons assisté jeudi dernier, à l'hôpital des Enfants, à des exercices gymnastiques qui paraissent destinés à jouer un rôle important dans la thérapeutique et l'hygiène de la jeune population maladive et pauvre de Paris. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de la touchante solennité qui a précédé ces exercices.

— Nous sommes également obligé de retarder la publication de l'observation communiquée à la dernière séance de l'Académie de médecine par M. Depaul.

— Dans notre numéro de février, nous avons fait connaître la mort bien regrettable du professeur Nægelé, de Heidelberg. Son fils, Franz-Hermann, qui était professeur extraordinaire à la même Université et que l'on espérait voir occuper la chaire de son illustre père, vient de mourir aussi, le 5 de ce mois, à peine âgé de quarante et un ans. M. Franz Nægelé était d'une santé délicate, mais c'est probablement la mort de son père qui a provoqué le développement du mal auquel il a succombé.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 28 JUILLET 1851.

Sur les exercices gymnastiques
INSTITUÉS A L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Nous avons annoncé la solennité qui a eu lieu jeudi dernier à l'hôpital des Enfants, et à laquelle, malgré le mauvais temps, étaient venues assister plusieurs personnes de distinction. Le but de cette solennité était de faire connaître les résultats qu'a déjà produits l'établissement des exercices gymnastiques dans cet hôpital. Ces résultats sont aussi remarquables qu'utiles. La note suivante, lue par M. Blache, médecin de l'hôpital, en donnera une idée suffisante :

Depuis plusieurs années, les médecins et chirurgiens de l'hôpital des Enfants avaient sollicité l'établissement d'un gymnase dans cette maison. En 1847, le conseil général des hôpitaux, cédant à nos désirs, chargea M. Napoléon Laisné, professeur de gymnastique à l'école Polytechnique et au lycée Louis-le-Grand, de l'institution et de la direction provisoire de ce gymnase.

Des enfants atteints de scrofules y furent les premiers conduits. Soumis d'abord aux simples mouvements des bras et des jambes, accompagnés de chants spéciaux, leurs progrès furent si rapides, qu'on put bientôt se servir de machines, telles que l'échelle orthopédique et les barres parallèles fixes ou mobiles. On en vint alors aux exercices du vindar. Dès la vingtième leçon, on exerça les enfants à la lutte, soit deux à deux, soit en pelotons; un peu après on y joignit la course. Les exercices généraux furent accompagnés d'exercices partiels chez quelques enfants estropiés d'un ou de deux membres.

Dès les premières leçons l'émulation s'établit entre tous ces petits malades; des mouvements qu'on eût pu croire impossibles finissaient par s'exécuter facilement, et presque toujours même avec un grand plaisir.

On ne fut pas longtemps sans s'apercevoir que l'état des malades s'améliorait singulièrement; leur teint était plus animé, les chairs devenaient plus fermes, la voix gagnait de la force, l'appétit était plus vif et plus égal, la maigreur disparaissait; la maladie générale subissait une favorable influence en même temps que quelques-uns des symptômes locaux s'amendaient notablement.

C'est ainsi qu'on vit se résoudre des engorgements glandulaires qui depuis longtemps résistaient à toutes nos médications. Des trajets fistuleux qui duraient depuis des années se tarirent peu à peu et se fermèrent complétement. Deux ankyloses du coude furent presque radicalement guéries après six semaines de ce traitement gymnastique.

Les leçons étaient données trois fois par semaine et duraient une heure; dès que les enfants étaient rentrés dans leur cour de récréation, ils répétaient entre eux les exercices qui n'exigeaient point de machines. Aussi dès ce moment la division des scrofuleux changea-t-elle complétement d'aspect. Au lieu de voir ces pauvres enfants dispersés dans les salles et dans les cours, où les uns restaient presque toujours assis, où les autres se traînaient par terre en se roulant dans le sable, on les vit toujours en mouvement occupés à marcher au pas gymnastique en chantant, à courir, à lutter, s'attachant à se surpasser les uns les autres, les filles ne le cédant en rien aux garçons. On comprend facilement combien une pareille activité imprimée à des enfants malades, infirmes, naturellement indolents et apathiques, dut être favorable à leur santé et contribuer à la guérison des affections scrofuleuses.

Ces résultats heureux nous engagèrent à agrandir le cercle de nos essais. Des affections nerveuses, des paralysies partielles des rachitismes et des chorées surtout furent traités de la même manière, et des succès nombreux déterminèrent l'administration de l'assistance publique à récompenser le zèle vraiment prodigieux et le désintéressement de notre excellent et habile professeur en l'attachant d'une manière définitive à la direction du gymnase de l'hôpital des Enfants.

Le gymnase fut agrandi et rendu plus complet; tel qu'il est aujourd'hui, c'est sans contredit l'un des plus beaux qui se puissent voir.

Depuis 1847, quatre-vingt-quinze enfants atteints de chorée, affection quelquefois si rebelle aux traitements les plus variés, ont été guéris par l'emploi de ces exercices, soit seuls, soit combinés avec les médications ordinaires. Ces résultats sont si remarquables, que je vous demanderai la permission d'entrer ici dans quelques détails.

Parmi les moyens qui ont eu le plus de succès dans le traitement de la chorée, je n'hésite pas à le redire avec M. le docteur Sée, auteur d'un excellent mémoire sur cette maladie, couronné par l'Académie de médecine; il faut compter en première ligne la méthode entièrement nouvelle des exercices gymnastiques. Au nombre des faits très curieux qu'il nous a été donné d'observer dans cet hôpital, nous croyons pouvoir citer le suivant, qui témoigne plus que tout autre de l'efficacité vraiment merveilleuse de cette médication.

Conrad (Emile), âgé de dix ans, entré dans notre service pour une chorée des plus graves, était depuis douze jours soumis inutilement aux divers moyens dont l'expérience a constaté les heureux résultats dans cette maladie. Son agitation était excessive et ne cessait ni jour, ni nuit; il ne pouvait articuler aucune parole; son intelligence diminuait sensiblement; son appétit était absolument nul, la déglutition des aliments étant d'ailleurs presque impossible, nous avions tout lieu de redouter une terminaison funeste.

Je crus devoir alors suspendre tout traitement, et j'engageai M. Laisné à tenter quelque chose en faveur de ce pauvre enfant.

Après l'avoir étendu d'abord sur un matelas et fait maintenir par plusieurs de ses jeunes élèves les plus intelligents, M. Laisné commença par lui frictionner à nu les membres supérieurs et inférieurs pendant une grande heure. Dix jours de suite les frictions furent répétées de la même manière. Dès le troisième, on obtint six heures de sommeil calme; le septième jour, les aides destinés à maintenir le malade étaient devenus inutiles; au huitième il put prendre un peu de nourriture et boire une gorgée de vin; le douzième jour, il faisait devant nous dans la salle une cinquantaine de pas, soutenu par un bras seulement; le treizième jour, on le porte au gymnase seulement pour y prendre l'air; le quatorzième, on le soumet à la suspension sur une barre horizontale; le dix-neuvième, il s'habille seul pour la première fois; le vingt-troisième jour de son traitement, il partageait tous les jeux et les exercices des autres enfants; enfin le vingt-huitième jour on put le regarder comme tout à fait guéri. Il continue néanmoins pendant quelque temps encore de venir au gymnase dans la crainte d'une rechute, et parce qu'il y prend d'ailleurs un extrême plaisir.

Disons, en terminant, que grâce aux soins intelligents, à l'extrême sollicitude de M. Laisné pour les jeunes malades qui lui sont confiés, nous n'avons eu aucun accident à regretter depuis quatre ans. Les beaux succès qu'il vient d'obtenir à la Salpêtrière dans le traitement de l'épilepsie vraie et simulée doivent, non moins que ceux qu'il a obtenus dans notre établissement, le recommander d'une manière toute particulière à l'estime de nos confrères.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Tumeurs syphilitiques des muscles.

Leçon recueillie par les internes du service MM. BEAUCHET et GAILLET.

Parmi les nombreuses affections qui sont le résultat de l'infection syphilitique, il en est une fort intéressante, surtout au point de vue des erreurs dont elle peut être la cause dans la pratique : je veux parler des tumeurs syphilitiques des muscles. Bien que très communes, vous ne les trouverez pas cependant décrites dans les traités récents de chirurgie; elles ne sont qu'indiquées par les syphiliographes, et n'ont pas été jusqu'à présent le sujet de monographies complètes; on en trouve seulement quelques observations intéressantes dans les recueils scientifiques de ces dernières années. Je me propose de vous entretenir aujourd'hui de cette affection à propos de l'un de nos malades qui porte une tumeur de ce genre dans le mollet droit.

Ce malade est un homme de trente ans, vigoureux, habituellement bien portant, qui exerce la profession de boulanger. Il nous raconte qu'il y a dix mois environ il eut un clou à la partie externe et supérieure de la jambe droite; ce clou s'ouvrit spontanément, donna issue à un bourbillon, suppura quelque temps, et au bout de douze jours il se forma une cicatrice dont vous avez pu voir encore la trace. Cet homme attribue la maladie actuelle à ce clou; mais ce n'est là qu'une supposition résultant du besoin qu'ont tous les malades de trouver une cause à leurs maladies. Ce clou, en effet, est tout à fait indépendant de l'affection actuelle. Quoi qu'il en soit, ce fut lorsqu'il portait ce clou que le hasard lui fit découvrir à la partie interne et supérieure du mollet droit une petite tumeur dure, solide, du volume d'un haricot; elle n'était point douloureuse et ne gênait nullement à cette époque les fonctions du membre. Il l'observa néanmoins avec assez d'attention, et peu à peu il la vit se développer. Lorsqu'elle eut pris un certain accroissement, elle gêna les mouvements, devint douloureuse; il fit alors des frictions avec l'eau-de-vie camphrée; mais les symptômes, loin de s'améliorer, ne firent que s'accroître. La tumeur continua à se développer lentement, les mouvements de la jambe ne se faisaient plus sans une certaine douleur et même pendant quelque temps il lui fut impossible d'étendre complétement la jambe sur la cuisse; il fut même obligé de garder le repos quelques jours et appliqua des cataplasmes de farine de lin sur la tumeur. Ces moyens lui procurèrent un peu de soulagement, les mouvements mêmes reprirent leur liberté habituelle; néanmoins, voyant que la tumeur conservait toujours le même volume, il se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques, où il séjourna du 15 au 30 avril de cette année. M. Giraldès lui fit prendre à l'intérieur de l'iodure de potassium à dose assez élevée et lui ordonna en même temps des frictions sur la tumeur matin et soir avec l'onguent mercuriel. La tumeur diminua notablement et avec assez de rapidité, et le malade, se croyant guéri, voulut sortir avant la résolution complète de sa tumeur. Pendant quelque temps, elle ne le gêna nullement; puis, de nouveau, elle augmenta de volume, devint douloureuse, le gêna dans la marche, en un mot redevint ce qu'elle était lors de sa première entrée à l'hôpital. Il entre de nouveau dans notre service dans le mois de juin.

Ce malade dit n'avoir eu que des blennorrhagies, pas de chancres, et du reste on n'en trouve pas de cicatrices au lieu d'élection, pas de bubon. On ne découvre la trace d'aucun accident secondaire, point de cicatrices d'ecthyma, etc.; pas de douleurs ostéocopes, et cependant l'affection actuelle n'est autre qu'une des lésions tertiaires de la syphilis qui a eu nécessairement un chancre pour point de départ. Ceci, messieurs, est une preuve qu'il ne faut point trop s'en rapporter au dire des malades à propos de syphilis, et il vous arrivera souvent de découvrir de vrais chancres chez des malades qui vous répondront de bonne foi qu'ils n'en n'ont jamais eu et qu'ils n'en n'ont pas. Cela tient aux idées erronées que les gens du monde se font sur les maladies syphilitiques.

La tumeur de notre malade est mal circonscrite, allongée; sa hauteur est de 7 à 8 centimètres, son épaisseur de 3 à 4; elle est donc de forme ovalaire; son grand diamètre est presque vertical dans le sens du jumeau interne. Comprimée, elle résiste à la façon des tumeurs fibreuses; sa surface est assez égale, cependant vers son centre elle se laisse un peu déprimer; il y a un point un peu plus mou et présentant une fluctuation douteuse. Les parties environnantes ont été légèrement influencées par le voisinage de cette tumeur; ainsi, la couche sous-cutanée est moins souple, la peau a en grande partie perdu sa mobilité; elle ne roule pas à ce niveau; les téguments ne peuvent être soulevés et former un pli comme sur les parties voisines.

Après avoir constaté les rapports de cette tumeur avec la peau et la couche celluleuse sous-cutanée, il était important de s'assurer de ses connexions avec les muscles pour déterminer sûrement le tissu dans lequel elle siége. Nous avons donc rendu la tumeur aussi saillante que possible et, pendant que nous la tenions solidement saisie, nous avons dit au malade de faire des mouvements de flexion et d'extension du pied; or, pendant ces mouvements, la tumeur devenait moins saillante, elle tendait à s'enfoncer dans le muscle; ajoutons qu'elle était manifestement entraînée alternativement en bas et en haut, comme le corps du muscle lui-même. Il nous faut donc conclure de cet examen que la tumeur se confond avec les muscles, que nous avons, en un mot, affaire à une tumeur développée dans l'épaisseur des muscles.

Or, à quel genre de tumeur avons-nous affaire? Le siége une fois déterminé, comme nous venons de le faire, il nous sera très facile de répondre à cette question. En effet, le nombre des tumeurs musculaires est assez limité; il y en a quatre principales : ce sont des tumeurs osseuses, hydatiques, encéphaloïdes et fibro-plastiques, ou enfin syphilitiques.

Les tumeurs osseuses ont, comme vous le savez, une consistance solide, une dureté caractéristique; la pression seule suffirait donc, dans ce cas, pour nous convaincre qu'il ne s'agit pas d'une tumeur pareille chez notre malade. Du reste, les tumeurs osseuses ne se développent pas en général dans le corps des muscles, mais seulement vers leurs attaches, qui contiennent ordinairement un tissu fibreux assez abondant. C'est ce que j'ai vu, en particulier, chez un jeune homme qui portait une ossification du tendon du grand pectoral; cette ossification se continuait le long du bord inférieur et externe du muscle et un peu même dans son épaisseur.

Les tumeurs hydatiques sont plus fréquentes que les précédentes; elles sont molles, fluctuantes, indolores, formées par un kyste unique ou par plusieurs kystes agglomérés et contenant des acéphalocystes. Ces tumeurs ne sont pas fort rares. Ainsi, l'année dernière encore, à l'hôpital Saint-Louis, j'en ai vu une très volumineuse située à la partie inférieure de la cuisse dans l'épaisseur du triceps; elle était molle, fluctuante, indolore et contenait une vaste poche hydatique. Elles donnent quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic, et, sous ce rapport, il est bon de vous citer les deux cas suivants :

Dans le premier, il s'agit d'un malade qui était placé dans le service de M. Gerdy, et qui portait une tumeur de ce genre dans le brachial antérieur; elle simulait parfaitement une tumeur encéphaloïde, et la nature de la maladie ne fut reconnue que pendant l'opération. Le deuxième cas est fort curieux; c'était chez une dame, en ville. La tumeur s'était développée dans l'épaisseur du grand pectoral; elle avait repoussé la mamelle en avant, s'en était en quelque sorte coiffée. On avait cru à une affection cancéreuse, et je fus

appelé pour faire l'opération ; mais ce seul fait que la tumeur avait son siége dans l'épaisseur du muscle me porta à penser qu'il s'agissait uniqueme t d'une tumeur hydatique. Je fis une incision qui a dû pénétrer dans l'épaisseur du muscle, et je fis sortir par cette incision plusieurs hydatides grosses comme des noisettes; la malade a parfaitement guéri.

Toutes les fois donc que vous trouverez une tumeur développée dans le corps des muscles, il y aura de grandes probabilités pour que ce soit une tumeur hydatique. Cependant, ce n'est pas une tumeur de cette nature que l'on trouve chez notre malade. La tumeur, en effet, n'a pas une consistance égale ; elle n'est pas franchement fluctuante ; ses diverses parties n'ont pas toutes la même consistance ; les téguments ont contracté adhérence avec sa surface, ce qui est rare dans ces tumeurs ; ajoutons qu'elle ne présente pas cette espèce de frémissement propre aux tumeurs hydatiques. Mais le caractère le plus important au point de vue du diagnostic est surtout celui tiré de la marche de la maladie. Nous avons vu que la tumeur de notre malade avait diminué à l'époque de sa première entrée dans notre service ; or ceci ne se rencontre jamais dans les tumeurs hydatiques; elles s'accroissent d'une manière lente et graduelle, mais jamais ne rétrogradent.

Parmi les tumeurs malignes, l'encéphaloïde se dépose très rarement d'une manière primitive dans les muscles ; je n'en ai pas vu d'exemple jusqu'à présent. Mais il existe une autre variété de tumeurs que je crois devoir rapporter provisoirement au groupe des affections cancéreuses ; elles sont constituées, d'après les descriptions des micrographes, par une accumulation de tissu fibro-plastique, et présentent habituellement un volume assez considérable. J'en ai vu trois dans l'épaisseur des muscles de la cuisse; toutes trois furent opérées et suivies de récidive. Du reste, il ne s'agit point de tumeur de ce genre chez notre malade ; elles donnent à la main une sensation de mollesse et de rénitence tout à fait différente de la consistance de la tumeur de notre malade. Ajoutons un renseignement qui nous a été fourni, et qui lève toute espèce de doute à ce sujet : lorsque M. Giraldès faisait le service, il fit une ponction exploratrice dans la tumeur, et il put faire sortir par le trocart un liquide séro-purulent un peu louche. Or les tumeurs fibro-plastiques ne donnent jamais un pareil résultat ; tandis qu'il est assez fréquent dans les tumeurs dont il nous reste à parler, quand elles sont arrivées à une certaine période.

Nous arrivons maintenant aux tumeurs syphilitiques, et c'est en effet une tumeur de ce genre que porte notre malade. Son développement lent, sa dureté dans la plus grande partie de son étendue, le peu de douleur qu'a ressentie le malade, le caractère particulier de cette douleur, qui, au lieu d'augmenter par la pression, comme cela a lieu en général, diminuait lorsque le malade pressait avec force le mollet, ce sont là des caractères fort importants pour nous. Remarquons en passant que ces espèces de tumeurs ne s'accompagnent point de douleurs nocturnes, comme il arrive habituellement pour certaines autres affections produites par l'infection syphilitique.

Mais que deviennent ces tumeurs une fois abandonnées à elles-mêmes ? Elles peuvent rester stationnaires, à l'état où elles se trouvent chez notre malade, pendant une période de temps indéfinie et qui peut varier de un à six ou huit ans, ou bien elles peuvent continuer à s'accroître d'une manière incessante, et prendre un volume qui peut varier depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à la grosseur d'une tête de fœtus à terme. En même temps qu'elle se développe la tumeur se ramollit, surtout au centre, quelquefois même en plusieurs points de son étendue ; un peu de lymphe plastique s'épanche dans le tissu cellulaire voisin, puis la tumeur distend, perfore l'aponévrose, et vient adhérer à la peau; celle-ci s'amincit, prend en un ou plusieurs points un aspect violacé, indice d'un travail ulcératif qui ne tardera pas à se faire si la maladie n'est pas rapidement enrayée. C'est surtout à cette époque que ces tumeurs donnent une sensation de mollesse et de fluctuation qui pourrait dans certains cas les faire prendre pour une simple collection purulente. La peau, continuant à s'amincir, ne tarde pas à se perforer, et l'on voit alors sortir une espèce de sérosité plus ou moins louche, quelquefois roussâtre, entraînant des grumeaux de matière grisâtre, et souvent quelques petits caillots sanguins. Les jours suivants cette élimination continue, la perforation s'agrandit, et l'on a alors une ulcération plus ou moins profonde, à bords taillés à pic, à fond grisâtre, et qui a assez l'aspect des ulcérations syphilitiques tertiaires, mais qui cependant en diffère par sa profondeur et souvent par les espèces d'anfractuosités que présente la cavité. Chose remarquable, messieurs, la maladie, parvenue même à ce degré extrême, ne s'accompagne pas de symptômes généraux intenses ; les malades présentent seulement un affaiblissement général, résultat plutôt de l'infection syphilitique que de leur affection locale, et une douleur qui est rarement bien vive.

La maladie, abandonnée à elle-même, peut guérir spontanément. On voit alors le foyer donner issue pendant quelque temps à des masses grisâtres qui n'ont pas l'odeur caractéristique de la gangrène. Ce qui tendrait peut-être à confirmer l'opinion de certains micrographes, qui disent ces tumeurs formées de tissu fibro-plastique. Avant d'admettre complétement cette opinion, nous attendrons que l'occasion nous soit fournie d'en juger par nous-même. Quoi qu'il en soit, ces foyers se détergent peu à peu, fournissent un pus de bonne nature, et ne tardent pas alors à donner lieu à une cicatrice un peu dure, qui reste rougeâtre pendant un temps assez long, et qui n'est pas notablement enfoncée, comme s'il y eût eu large perte de substance.

Cette guérison spontanée est toujours fort longue; mais si, à l'une des périodes de cette affection, l'on vient à employer le traitement dont nous allons bientôt parler, on ne tarde pas à voir ces tumeurs rétrograder, fondre rapidement si elles étaient simplement à l'état d'induration bien limitée et bien circonscrite. Si elles ont pris un développement considérable, si elles présentent en plusieurs points un ramollissement très prononcé, leur ouverture n'est pas à craindre, comme on pourrait le penser. Dans certains cas, en effet, où la peau violacée et amincie était menacée d'une perforation imminente, j'ai vu les parties molles se résorber tout d'abord, la tumeur prendre plus de consistance, se fractionner en quelque sorte, et diminuer avec une rapidité réellement surprenante. C'est surtout dans ces cas que l'efficacité du traitement donne en quelque sorte une certitude mathématique au diagnostic souvent assez difficile à établir.

Si le traitement est suivi assez longtemps, toutes les traces de la maladie disparaissent, les muscles reprennent toute leur souplesse, toute leur élasticité; ils n'éprouvent plus aucune gêne dans leurs fonctions ; il ne reste plus dans leur épaisseur aucun noyau d'induration. Lors même que la tumeur est ulcérée, l'usage d'un traitement convenable diminue singulièrement la durée de la cicatrisation. Dans ce cas, la tumeur disparaît à la fois par élimination et par résorption ; une sécrétion purulente de bonne nature ne tarde pas à s'établir, peu à peu la plaie se rétrécit et se cicatrise.

Ces tumeurs, ai-je dit, sont très fréquentes; il n'y a pas, en effet, de service de chirurgie un peu actif dans lequel on n'en voie un certain nombre chaque année, et assurément nous aurons l'occasion de vous en montrer plusieurs.

Je ne saurais vous dire, messieurs, dans quelles régions, dans quels muscles on les rencontre le plus souvent. J'en ai vu, il est vrai, un grand nombre; mais sous ce rapport je n'ai rien observé de précis; je vous dirai seulement que j'en ai rencontré plusieurs dans l'épaisseur de la langue, dans le muscle sterno-mastoïdien, d'autres dans les pectoraux, dans le grand droit; quelques-unes dans les fessiers, les muscles de la cuisse, du mollet et même de la plante du pied ; d'autres enfin dans les muscles du bras et de l'avant-bras.

Le pronostic de cette affection n'est pas très inquiétant; car, abandonnées à elles-mêmes, les tumeurs peuvent guérir; mais, leur cause étant une fois pénétrée, le remède par lequel on les attaque est, je puis le dire, tout-puissant dans presque tous les cas. Ainsi donc, nulle crainte sérieuse ni pour la vie du malade, ni pour la fonction de l'organe siége de la lésion.

Du reste, messieurs, n'allez pas croire que ces tumeurs de la troisième période de la syphilis soient spéciales au système musculaire, ce serait une erreur. Des tumeurs analogues, qui du reste présentent la même marche dans leur circonvolution, leurs symptômes et leur terminaison, qui disparaissent complétement aussi par le même traitement, se développent en particulier sur le système fibreux, le périoste, dans le tissu cellulaire, dans le chorion de la peau, des muqueuses, dans les capsules fibreuses qui enveloppent les organes parenchymateux, et même dans le tissu cellulaire lamelleux qui double les synoviales. Parmi ces différentes tumeurs, il en est quelques cas fort intéressants au point de vue du diagnostic, que j'ai eu l'occasion d'observer, et qu'il est bon de vous rappeler en quelques mots, pour vous mettre en garde contre les erreurs dans lesquelles elles pourraient vous entraîner.

Vous avez tous entendu parler de ces hémiplégies, de ces paraplégies, de ces épilepsies, de ces amauroses même guéries par un traitement antisyphilitique; il s'agissait de tumeurs de la nature de celles que nous étudions développées à la face interne de la dure-mère et comprimant quelques portions des centres nerveux encéphalo-rachidiens. Vous savez encore que telle est la cause de certaines paralysies bien localisées, celle des muscles de la troisième paire, etc. J'ai vu quelques-unes de ces tumeurs qui, développées dans l'orbite, en avaient presque complétement chassé l'œil; d'autres, qui comprimaient quelque point du canal nasal et avaient déterminé la formation de tumeurs lacrymales. Certaines ulcérations de la langue, que l'on a quelquefois opérées comme des cancers, n'étaient que ces tumeurs ulcérées. Je pourrais multiplier indéfiniment cette énumération, je vous dirai seulement que parmi nombre de cas curieux, j'ai vu l'une de ces tumeurs développées dans le muscle grand droit de l'abdomen faire saillie du côté de la cavité du ventre, repousser la vessie, comprimer l'urètre et déterminer une rétention d'urine.

Dans un autre cas, la tumeur siégeait entre les différents feuillets musculaires de la paroi abdominale, à l'origine même du canal inguinal; elle se présentait avec des caractères fort singuliers, qui rendirent le diagnostic très difficile.

Enfin, chez un autre malade, j'ai vu deux petites tumeurs de ce genre développées sur la face extérieure du cul-de-sac de la synoviale du genou droit, au-dessous de la partie inférieure du vaste interne ; elles étaient arrondies, assez mobiles au milieu de ce tissu lamelleux qui double en ce point la synoviale; je les ai pris longtemps pour des corps étrangers articulaires, et je ne fus éclairé sur leur nature que par des caractères étrangers à leur disposition comme état local. Enfin, j'ai vu un cas dans lequel toute la plante du pied était remplie par une induration de nature syphilitique; tous les tissus étaient confondus dans cette espèce de magma, et il nous fut impossible d'établir, par l'analyse des symptômes, dans quel tissu l'affection était d'abord apparue.

Quant au traitement, il est bien simple, et dérive de la connaissance même de la cause de la maladie. La maladie est spécifique, le traitement doit donc être spécifique. Nous avons déjà dit que, lors de la première entrée de notre malade à l'hôpital, M. Giraldès lui avait prescrit une solution d'iodure de potassium à dose assez élevée (3 grammes), et qu'en même temps il lui avait fait frictionner la tumeur matin et soir avec gros comme une noisette d'onguent napolitain. C'est là, en effet, tout ce qu'il faut faire. J'ai cherché plusieurs fois à traiter ces tumeurs par l'iodure de potassium seul; je l'ai même donné, dans ces cas, à doses considérables, et souvent même pendant plus de deux mois. J'ai quelquefois obtenu des guérisons; mais le plus souvent la résolution était lente à se faire. Dans d'autres cas, la tumeur subissait un commencement de résolution, puis restait stationnaire, malgré l'élévation croissante des doses du médicament. J'ai même vu des cas dans lesquels l'iodure de potassium seul n'a produit aucun résultat favorable. Si alors je venais à combiner le traitement mercuriel avec celui par l'iodure de potassium, la résolution marchait rapidement et ne se faisait pas attendre; aussi ai-je maintenant pour habitude de combiner ces deux traitements. Ordinairement j'ordonne 2 à 3 grammes d'iodure de potassium, que les malades prennent le matin à jeun. Le soir, je leur fais prendre une pilule contenant 2 centigrammes de proto-iodure de mercure. Vous voyez que la dose de ce médicament est peu considérable; elle a toujours suffi dans les cas que j'ai eu à traiter; je n'ai pas de meilleure raison à vous donner pour en justifier le choix.

Sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari,

Par M. le professeur Sédillot.

M. Sédillot s'est rendu à l'appel que nous lui avions fait, et nous trouvons dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg* l'exposé des faits qui ont servi de base à la communication récente faite à l'Institut par le savant professeur. Ces faits méritent toute l'attention des praticiens; ils ne sauraient cependant lever les doutes que nous avons exprimés sur la supériorité de l'eau de Pagliari sur tous les autres hémostatiques vantés tour à tour. Il n'est pas contestable en effet que, dans des cas d'hémorrhagie causée par des lésions de vaisseaux peu volumineux, l'application de liquides astringents ne puisse produire d'heureux résultats. Ce qui est douteux, c'est qu'aucun de ces liquides puisse arrêter les hémorrhagies dues à la blessure d'un vaisseau un peu considérable.

Ces réflexions faites, nous allons laisser la parole à M. Sédillot, en regrettant toutefois qu'il n'ait pas fait précéder ou suivre son travail de l'analyse du liquide qu'il a employé. Les formules secrètes inspirent des doutes trop souvent justifiés. C'est d'ailleurs une lacune que M. Sédillot se promet de remplir.

M. le docteur Dussourt, médecin adjoint et ancien professeur d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, avait été détaché pendant quelques mois de l'année dernière (1850) à l'armée d'Italie. Revenu après l'épidémie, dont la cessation fut particulièrement due aux judicieuses mesures prises par notre honorable inspecteur, M. le docteur Alquié, M. Dussourt me rapporta un flacon d'une eau hémostatique préparée par M. Pagliari, pharmacien à Rome, et il m'engagea à essayer cette liqueur, dont les médecins romains lui avaient vanté l'efficacité.

Mal disposé, comme tous les chirurgiens français de notre époque, à croire aux vertus d'aucune eau hémostatique, je mis peu d'empressement à expérimenter ce nouveau moyen, et le flacon resta plusieurs mois chez moi sans que je songeasse à m'en servir.

Voici à quelle occasion je m'y décidai :

Obs. I. — Un officier de dragons, M. L..., en garnison à Huningue, fut atteint d'une plaie d'arme à feu le 24 janvier 1851 et envoyé à l'hôpital militaire de Strasbourg. Une balle de pistolet de calibre avait pénétré entre les têtes des troisième et quatrième métacarpiens de la main droite, avait réduit en plusieurs fragments la moitié carpienne du premier de ces os, fracturé avec éclatement et écrasements multipliés le grand os, le trapezoïde, une portion du trapèze, et s'était aplatie, en s'y incrustant, sur la première rangée du carpe. Dix-huit fragments osseux furent extraits, avant de pouvoir ébranler et amener au dehors le projectile; je sciai le troisième métacarpien à deux travers de doigt de sa tête, et je tentai de conserver ainsi la totalité de la main, malgré la dénudation et l'attrition des tendons extenseurs des doigts médius et annulaire, et la perte de la moitié d'un métacarpien et de plusieurs os du carpe.

Le malade chloroformé se réveilla fort satisfait d'une opération dont la durée avait été de près d'une heure, sans qu'il en eût conservé le moindre souvenir. Il fut traité par les irrigations froides, et n'éprouva jusqu'au huitième jour aucun accident. Ce jour-là, nous fûmes appelé à remédier à une hémorrhagie artérielle qui donnait une assez grande quantité de sang par l'unique plaie dorsale de la main, pratiquée pour procéder à l'extraction des esquilles et de la balle.

On avait inutilement employé le tamponnement et la compression des artères radiale et cubitale, et on avait été obligé de placer un tourniquet sur l'artère humérale.

Il me parut téméraire d'aller à la recherche du vaisseau lésé; c'était s'exposer à produire de très graves désordres et à provoquer de nouvelles hémorrhagies. Le succès était, en outre, rendu fort incertain par la profondeur et l'étroitesse de la plaie. Lier les artères radiale et cubitale n'était pas un moyen sûr d'arrêter l'hémorrhagie, comme je l'ai démontré par une observation déjà publiée d'un malade auquel je dus lier l'artère brachiale. Cette opération, dont les chances me paraissent plus favorables encore depuis la méthode que j'ai adoptée, n'est cependant pas exempte de danger. Je songeai, en cette difficile occurrence, à l'eau hémostatique que j'avais en ma possession, et je crus l'occasion propice d'y avoir recours.

J'en imbibai un fragment d'éponge que j'introduisis dans la plaie, et je répétai à trois reprises la même manœuvre. Chaque fois le sang retiré avec l'éponge était plus noir, plus épais et moins abondant; l'éponge était elle-même plus sèche et moins élastique, et à la troisième application l'hémorrhagie fut arrêtée. Je laissai l'éponge dans la plaie pendant deux jours, et à partir de ce moment la cure se continua sans accidents; aucune hémorrhagie ne reparut, et après l'extraction, au bout de quatre mois, d'un petit fragment nécrosé de la surface sciée du métacarpien, la plaie dorsale de la main se rétrécit et se ferma, les mouvements de l'articulation radio-carpienne et des doigts commencèrent à se rétablir, et le malade eut la certitude de pouvoir reprendre son service et de continuer sa carrière militaire.

Ce fait, malgré la remarquable cessation de l'hémorrhagie, ne me frappa point. J'avais comprimé heureusement un vaisseau ouvert, et j'accordai peu de part, dans ce résultat, à la vertu hémostatique de l'eau Pagliari. Vingt fois j'avais obtenu de pareils succès, et j'étais beaucoup plus disposé à croire à l'efficacité de la présence de l'éponge qu'à l'action de la liqueur dont je l'avais imbibée. Il y avait là cependant une coïncidence que je me promis d'examiner, et l'inutilité du tamponnement déjà essayé me frappait sans me convaincre.

Obs. II et III. — Nicolas Baur, premier hussard au 4e régiment, me fut adressé par le chirurgien de ce corps, M. le docteur Bouton, pour une énorme tumeur encéphaloïde occupant le maxillaire supérieur droit et faisant saillie dans les cavités buccale, orbitaire, nasale, et les fosses zygomatique et temporo-maxillaire.

Le malade, âgé de quarante ans, était d'un caractère énergique et d'une constitution assez robuste.

L'opération fut faite le 13 mars 1851, en ma présence, par mon chirurgien-major, M. le docteur Bertherand, d'après le procédé de M. Gensoul. Les os maxillaire supérieur, malaire, onguis et palatin furent enlevés, et le malade, rendu complétement insensible par l'action du chloroforme, ne revint à lui qu'après l'application des sutures et du pansement.

Aucun accident ne survint pendant les douze premiers jours; mais, le 25 mars, une hémorrhagie se déclara pendant la nuit, et je fus appelé à la combustre, après d'infructueuses tentatives faites par M. le chirurgien de garde pour s'en rendre maître.

Le sang coulait abondamment par la bouche et la remplissait de caillots. Le malade était très faible, avait de fréquentes défaillances, et je crus un moment qu'il venait d'expirer dans mes bras. J'avais porté immédiatement le doigt au fond de la plaie, sur le tronc de l'artère palatine supérieure. L'hémorrhagie s'arrêta; mais le sang recommençait à couler dès que je retirais le doigt.

Fallait-il me décider à lier l'artère carotide primitive ou la carotide externe, ce qui m'eût paru plus favorable? Fallait-il porter un fer rouge dans l'arrière-bouche, et m'exposer à augmenter encore les accidents, si je ne tombais pas juste sur le vaisseau? Je me souvins en cette perplexité de mon eau hémostatique. Je l'envoyai chercher, et j'en imbibai un morceau d'éponge dont je me servis pour exercer la compression. Je changeai l'éponge deux fois de suite pour porter une plus grande quantité de la liqueur sur le point d'où venait le sang, et je chargeai deux aides de soutenir l'éponge en se succédant. L'hémorrhagie fut rapidement arrêtée. Le malade reprit peu à peu des forces et de l'espoir, et on le croyait sauvé, lorsque douze jours plus tard, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération, le même accident se renouvela. Cette fois le chirurgien de garde était prévenu, et fit immédiatement usage de l'eau hémostatique laissée à sa disposition. Le sang cessa de couler et ne reparut plus. La guérison s'accomplit dès lors sans aucune complication, et le malade, très heureusement guéri, quitta l'hôpital dans le mois de mai pour retourner à son corps y continuer son service.

L'heureuse cessation de ces deux hémorrhagies, se renouvelant à douze jours d'intervalle et menaçant de la manière la plus grave la vie du malade, nous parut un très beau succès, mais ne nous convainquit pas encore de l'efficacité de l'eau Pagliari. La compression soutenue et bien faite de l'artère lésée expliquait très naturellement ce résultat, auquel la liqueur hémostatique pouvait n'avoir nullement contribué.

Notre curiosité était seulement éveillée et nous étions mieux disposé à recourir au même moyen dès que l'indication s'en offrirait. Voici comment nos doutes cessèrent devant une démonstration dont l'évidence nous parut complète :

Obs. IV. — Un jeune comte allemand, M. de M..., était venu à Strasbourg se faire opérer de la staphyloraphie. Le voile du palais était congénitalement divisé jusqu'aux os palatins, mais ne manquait ni d'ampleur ni d'épaisseur.

L'opération s'offrait dans des conditions si favorables que je voulus suivre le conseil de M. Roux et voir si je réussirais aussi bien par son procédé que par le mien. Je l'essayai et j'échouai. Je dus donc revenir à l'application des règles que j'ai établies, et le 6 mai je divisai de part en part les muscles élévateurs et abducteurs du voile pour en annihiler les contractions, qui étaient très énergiques.

L'incision gauche donna un écoulement de sang assez abondant, qui cessa spontanément au bout de quelques minutes, comme dans mes opérations précédentes; mais l'incision droite, faite sur des tissus irrités et vasculaires, amena une véritable hémorrhagie, que le grand air, des gargarismes froids et la compression faite avec le bout du doigt ou un petit morceau d'éponge ne parvinrent pas à suspendre. J'aurais pu sans doute tamponner la plaie avec un double fil passé au travers et soutenant en avant et en arrière un bourdonnet de charpie, comme dans le tamponnement des fosses nasales; mais je préférai recourir auparavant à l'emploi de l'eau hémostatique, et, en ayant imbibé un morceau d'éponge, je le portai au moyen de l'extrémité d'une pince à pansement sur l'ouverture antérieure de la plaie, qui seule donnait du sang.

Je vis alors distinctement ce liquide se concréter au-devant de l'incision. De nouvelles applications de la liqueur achevèrent la formation d'un caillot résistant, dont j'enlevai par frottement toute la partie saillante, de manière à rétablir la régularité de la surface du voile, où l'on apercevait les bords longitudinaux et écartés de l'incision remplis par un coagulum noirâtre parfaitement sec.

Le malade, qui avait perdu 4 ou 500 grammes de sang, resta sept ou huit minutes dans cet état; mais, ayant eu une quinte de toux assez violente, le caillot se détacha. L'hémorrhagie fut de nouveau combattue et cette fois définitivement arrêtée de la même manière, et, comme l'éponge imbibée d'eau hémostatique adhérait rapidement par la coagulation du sang, j'en taillai une petite parcelle mince et allongée et je la laissai fixée sur la plaie. Le lendemain seulement j'enlevai l'éponge, dont la présence n'avait nullement incommodé le malade, et la guérison se fit en peu de jours et sans aucun accident.

Aujourd'hui, 20 juin 1851, M. de M... parle très distinctement et exprime avec la plus grande netteté et sans aucun nasonnement les mots français et allemands les plus difficiles que l'on prononce devant lui en l'exerçant à les répéter.

Les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari ne pouvaient dans ce cas me laisser aucun doute. J'avais vu le sang se coaguler et former un caillot dur et adhérant aux bords de la plaie, l'hémorrhagie se suspendre et s'arrêter au fur et à mesure que le contact de la liqueur amenait de nouveaux dépôts fibrineux; ma conviction était faite, parce qu'il m'était impossible d'attribuer à aucune autre cause qu'à la liqueur employée ces remarquables résultats. Les parties voisines de la solution de continuité n'avaient pas changé de couleur et n'avaient offert aucune modification appréciable. Le malade n'avait ressenti aucune saveur pénible, ni éprouvé aucune sensation d'astriction. La cicatrisation se fit parfaitement et le succès fut complet. J'examinai plusieurs fois mes doigts pour savoir si le contact de cette eau avait froncé ou crispé l'épiderme, coloré les ongles, etc., mais je n'y aperçus aucun changement. La seule particularité digne d'attention fut l'état de retrait et de durcissement des éponges, qui perdaient leur mollesse et leur élasticité.

Mon incrédulité à l'efficacité des eaux hémostatiques avait cessé, et j'étais vivement frappé des grands avantages d'une pareille découverte. J'en parlai à ma clinique, et je saisis la première occasion qui se présenta de rendre mes élèves et plusieurs de mes confrères témoins des mêmes faits.

Obs. V. — Un jeune homme de vingt et un ans, Laurent Lublong, employé dans une fabrique de papeterie, eut les trois premiers doigts de la main droite pris et écrasés sous une machine destinée à hacher des chiffons. La deuxième phalange du pouce, les deux dernières phalanges de l'indicateur et les trois phalanges du médius avaient été broyées et en partie enlevées.

Je pratiquai le 13 mai l'amputation de la tête du troisième métacarpien en présence des élèves de la clinique et de MM. les docteurs Wieger et Michel, agrégés de la Faculté, Thinus, chirurgien-major du 12e régiment d'artillerie, Bolu, Lenoir et Fourquet, médecins et chirurgiens de l'hôpital militaire, Kaula, médecin à Strasbourg, G. Gros, médecin français établi à Moscou, etc.

Le sang s'écoula en grande abondance et avec force par les deux branches collatérales de l'arcade palmaire superficielle et par quelques ramuscules de l'arcade palmaire profonde (radiale) développés par l'état traumatique préexistant.

Je plaçai dans la plaie une éponge imbibée de l'eau hémostatique de Pagliari, je l'y exprimai, ainsi qu'une seconde et une troisième que j'y maintins quelques moments. Je l'enlevai alors, et l'on constata la cessation complète de tout écoulement de sang. Toutefois, par précaution, je remis l'éponge sur la plaie sans aucun appareil de contention.

L'hémorrhagie ne reparut pas. Le lendemain, j'enlevai l'éponge, et le malade a guéri parfaitement et sans accidents.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HERNIE DE L'IRIS.

Moyen de provoquer rapidement la rétraction de cette membrane par l'action de la belladone dans les cas de plaies ou d'ulcération de la cornée.

Contre la hernie de l'iris, accident si commun à la suite des plaies ou des ulcérations de la cornée, on a recommandé surtout l'emploi de la belladone et dans ces derniers temps celui de l'atropine. Le malade couché sur le dos, la tête un peu renversée en arrière, on applique sur la paupière une forte solution d'extrait de belladone, ou, mieux encore, on instille entre les paupières quelques gouttes d'un collyre fortement chargé d'extrait de belladone ou d'atropine, et, grâce à la dilatation de la pupille qui résulte de la rétraction de l'iris produite par ce moyen, la portion de cette membrane engagée entre les lèvres de la plaie de la cornée se retire peu à peu, et l'on n'a plus à craindre de voir des adhérences s'établir entre la cornée et la membrane pupillaire. C'est là une pratique généralement suivie et qui compte beaucoup de succès; mais il arrive quelquefois que, l'humeur aqueuse s'étant vidée en grande partie, l'iris prolapsé n'obéit plus que faiblement à l'action de la belladone ou de l'atropine. C'est dans ces circonstances que M. Morehouse propose de ne pas se borner à instiller la belladone ou l'atropine dans l'œil malade, de faire cette instillation dans les deux yeux, de manière à profiter de la connexité d'action bien connue qui existe entre les deux membranes pupillaires. Ce chirurgien cite à l'appui de cette conduite le fait suivant, qui ne manque pas d'intérêt.

Un voilier, âgé de dix-neuf ans, était occupé à réparer une voile en mauvais état, lorsqu'il tomba du banc sur lequel il était assis, et dans sa chute la forte et grosse aiguille dont ces ouvriers se servent vint frapper l'œil droit, et s'engagea dans la cornée en dehors de son centre. Appelé deux heures après l'accident, M. Morehouse constata une plaie de la cornée qui pouvait avoir un huitième de pouce de long et qui était située dans la direction de l'axe transversal de l'œil; une grande partie de l'humeur aqueuse avait été évacuée et continuait à s'écouler par la plaie; une portion de l'iris, sous forme d'une saillie triangulaire aplatie, faisait hernie à travers cette ouverture; la pupille était fort allongée et son bord externe se terminait dans le point où l'iris venait faire hernie. L'indication était évidente : il fallait, aussitôt que possible, rendre à l'iris sa situation normale. Pour cela, aussi bien que pour éviter la sortie de l'humeur aqueuse, le malade fut couché sur le dos, et M. Morehouse fit à plusieurs reprises sur la conjonctive de l'œil blessé des applications avec un petit pinceau à lavis imprégné du collyre suivant :

Sulfate d'atropine.	25 centigram.
Eau distillée.	30 grammes.

Cependant la rétraction de l'iris ne s'opérant pas, à beaucoup près, d'une manière aussi rapide que d'habitude, ce chirurgien songea à profiter de la connexité d'action des deux membranes iridiennes; il répéta ses applications, non plus sur un seul œil, mais sur les deux à la fois. Grâce à ce traitement, en une demi-heure l'iris avait abandonné sa position anormale et les lèvres de la plaie de la cornée étaient en contact parfait; on les toucha avec le nitrate d'argent; le malade garda le repos au lit dans l'obscurité, des onctions d'extrait de belladone furent faites sur les paupières et autour de l'orbite pour maintenir la dilatation de la pupille. Le lendemain, le malade allait bien, il y avait peu de photophobie; seulement quelques douleurs vers les tempes et autour de l'orbite, que l'on combattit avantageusement avec un cathartique puissant. Le troisième jour, la plaie de la cornée était cicatrisée, et en très peu de temps les fonctions visuelles étaient rétablies, sans opacité de la cornée et sans adhérence de l'iris. (*Philadelphia med. Examiner*, et *Bulletin de Th.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 juillet 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Debout fait part à la Société d'une lettre de M. Pétrequin, dans laquelle ce chirurgien déclare que tous les malades dont les observations ont été consignées dans son mémoire, analysé par M. Boinet, sont complétement guéris.

De plus, la Société reçoit :

1° Un travail de MM. Desgranges et Lafargue, de Bordeaux, intitulé : *Quelques réflexions sur l'exercice des fonctions d'expert en médecine légale* ;

2° Le numéro de juillet du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, par M. Lucas-Championnière.

Rapport.

M. Gosselin fait un rapport sur le travail de M. Bouvier, ayant pour titre : *Note sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle, par un diverticule de l'iléon*. M. Gosselin, après avoir fait connaître tous les détails du fait observé par M. Bouvier, se demande si la chirurgie doit rester inactive devant les faits de ce genre, et si le chirurgien n'est pas autorisé à recourir à l'opération de l'anus contre nature.

Discussion.

M. Maisonneuve. J'ai fait des recherches dans le but d'instituer une opération rationnelle, afin de faire disparaître les accidents déterminés par l'étranglement interne. Il résulte de mes expériences qu'une anse intestinale complétement détachée de l'intestin, et ne tenant plus que par le mésentère, peut continuer à vivre parfaitement. Il résulte aussi de mes recherches que l'on peut anastomoser la portion supérieure de l'intestin grêle (ce dernier étant coupé) avec le gros intestin. Dans tous les cas, les matières alimentaires arrivent plus ou moins rapidement dans le gros intestin, suivant la partie qui a été anastomosée. Lorsque la section n'a point été faite trop près du duodénum, la vie continue sans être profondément troublée; le bout inférieur subit une rétraction sur lui-même. Je me suis appuyé sur ces expériences pour conclure que, dans le cas d'étranglement interne, d'affection organique mettant obstacle au cours des matières et amenant promptement la mort, le chirurgien doit pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le commencement du gros intestin, ainsi que je l'ai indiqué dans le travail que j'ai publié sur ce sujet.

M. Morel-Lavallée croit que, d'après le dessin donné par M. Bouvier de l'étranglement interne que cet auteur a publié, ce qu'il y avait à faire, c'était de couper la bride qui avait occasionné l'étranglement.

M. Michon. Je trouve intéressants les détails que vient de donner M. Maisonneuve; mais peut-on rigoureusement induire des expériences de notre confrère que, dans le cas d'étranglement interne chez l'homme, on pourra pratiquer l'anastomose de l'intestin grêle avec le gros intestin. La première chose à déterminer, avant de tenter une opération, ce serait le point de l'intestin étranglé. Or, nos connaissances sur ce sujet ne sont point assez précises pour que nous puissions dire : L'étranglement siége dans tel point. A défaut de ces connaissances, on pourrait anastomoser une portion supérieure de l'intestin grêle, trop proche du duodénum, avec le gros intestin, et mettre ainsi le malade dans des conditions où la vie ne serait point possible. Mais supposons un instant nos connaissances assez précises pour déterminer nettement la partie étranglée. Sera-ce là encore une opération comparable, pour la gravité, à la herniotomie? qui ne voit toutes les difficultés que présente une pareille opération! vous allez prendre une anse intestinale fortement distendue par des matières alimentaires; et après l'avoir incisée, vous anastomosez cette partie avec le cœcum. Pouviez-vous assurer, avant l'opération, que vous allez trouver le siége de l'étranglement, que vous distinguerez l'intestin grêle distendu du gros intestin; que vous connaissez la nature de l'étranglement? en dehors de ces conditions, je ne vois pas que l'anastomose soit applicable à l'homme. Je la rejette comme étant aventureuse et en dehors des conditions que réclame toute opération chirurgicale.

M. Debout fait observer que le siége de l'étranglement est souvent si difficile à connaître, que, même à l'autopsie, on ne peut le découvrir qu'avec beaucoup de peine.

M. Huguier a constaté à l'autopsie que la partie comprimée était derrière la masse intestinale; il put alors se convaincre que l'opération de la gastrotomie était impossible.

M. Maisonneuve. Dans les expériences que j'ai faites sur les animaux, je me suis mis autant que possible dans les conditions analogues à celles que nous rencontrons sur l'homme; j'ai vu mon opération réussir; dès lors j'ai cherché à voir si elle serait applicable à ce dernier, et j'ai vu qu'une incision de cinq à six pouces, pratiquée à la paroi abdominale droite au-dessus du ligament de Fallope, permettait au chirurgien d'arriver sur la fin de l'intestin grêle et le commencement du gros intestin. Dans un cas où j'assistais à une opération d'anus contre nature que M. Nélaton avait établi en ce point, j'ai pu me convaincre que l'on arrivait, même sur le vivant, à découvrir ces deux parties du tube digestif.

Quant à la distension de l'intestin et à la difficulté d'éviter les épanchements dans la cavité abdominale, je ne crois pas que ce soit là quelque chose au-dessus des ressources de l'art; on peut, en effet, vider complétement l'intestin avant de pratiquer l'anostomose; sans doute l'opération que je propose présente des difficultés et des dangers; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle elle est indiquée est grave et promptement mortelle; en un mot, c'est une dernière ressource.

M. Gosselin. Il serait, suivant lui, plus avantageux, dans les cas où une opération serait praticable, d'aller à la recherche de la partie qui étrangle pour lever l'étranglement, ou d'établir un anus contre nature, ou même encore de pratiquer l'invagination.

M. Nélaton. J'ai eu occasion de pratiquer la gastrotomie pour remédier à l'étranglement interne. La première opération de ce genre que je fis, ce fut à l'Hôtel-Dieu, alors que je remplaçais M. Roux. Un jour, M. Vigla me pria de voir un malade qui portait un étranglement interne depuis quatorze jours; je crus qu'il n'y avait rien à faire; mais le surlendemain, le malade vivant encore, je me décidai à établir un anus contre nature. Une incision fut faite à la paroi abdominale; j'attirai une portion d'intestin située au-dessus de la portion étranglée et j'établis un anus contre nature, et mon malade a guéri.

Dans une autre circonstance, je fus moins heureux : j'établis encore un anus contre nature; mais le malade succomba; je constatai alors par l'autopsie que la partie étranglée était à la fin de l'in-

testin grêle et que l'ouverture que j'avais pratiquée était voisine de la partie étranglée. Je n'hésiterais pas dans des circonstances semblables à pratiquer de nouveau la gastrotomie et d'établir un anus contre nature.

M. Lenoir. Je ne puis partager l'opinion de M. Nélaton sur la prééminence qu'il accorde à l'opération qui consiste à établir un anus contre nature dans un point du petit intestin supérieur à l'étranglement, sur l'opération dans laquelle on va à la recherche de l'obstacle qui s'oppose au libre cours des matières dans le canal intestinal.

La première de ces opérations, qui n'est après tout que l'application au petit intestin de l'opération que Littré pratiquait sur le gros dans les cas d'imperforation de l'anus ou d'absence du rectum, ne me paraît pas avoir dans le cas d'étranglement interne l'avantage qu'elle a dans celui-ci. Je lui reproche de donner trop au hasard, de ne pas s'attaquer franchement à l'obstacle qui produit l'étranglement; enfin, de laisser subsister après elle dans la cavité péritonéale une portion d'intestin fortement enflammée ou déjà même gangrenée, qui causera sûrement une péritonite mortelle.

J'ai dit qu'elle laissait trop au hasard, parce qu'en premier lieu on pratique l'opération sans savoir d'avance si l'obstacle au cours des matières est placé près ou loin du duodénum; ensuite parce que, quand on pratique celle-ci, comme on ouvre la première portion d'intestin qui se présente à la plaie du ventre, il peut se faire que cette portion soit voisine du duodénum, et dans ces deux cas qui ne voit qu'après l'établissement de l'anus artificiel il ne restera entre l'estomac et cet anus qu'une étendue d'intestin insuffisante pour l'élaboration des aliments et la nutrition de l'opéré! Pour moi, je voudrais, avant de pratiquer une pareille opération, être plus certain qu'elle profitera au malade en cas de réussite, et cette certitude, on ne peut l'avoir en opérant comme je viens de le dire.

En second lieu, l'anus anormal que vous établissez dans ce cas est une infirmité dégoûtante dont vous ne pourrez délivrer votre malade qu'à la condition de rétablir la continuité du canal intestinal au-dessous du point incisé; or vous ne faites rien pour obtenir ce résultat, et cette continuité ne se rétablira que s'il plaît à Dieu de la rétablir.

Enfin, vous laissez subsister dans la cavité péritonéale une masse plus ou moins volumineuse d'intestin étreinte à son pédicule par une bride plus ou moins serrée et qui en produira la mortification si elle persiste; or vous ne faites encore rien ici contre cette cause de péritonite, et la mort en sera la terminaison certaine.

L'opération qui consiste à aller à la recherche de l'étranglement en ouvrant largement la paroi abdominale antérieure, si elle réussit, n'a aucun de ces inconvénients; par elle, on arrive à l'obstacle, on peut en apprécier la nature, on peut le lever et finalement remettre les choses dans l'état où elles étaient avant l'accident. Je sais bien que ce résultat s'obtient rarement, qu'il est difficile à obtenir et que souvent même on a été contraint d'abandonner l'opération commencée faute de renseignements préalables sur le siége de l'étranglement; mais ces difficultés d'application ne lui ôtent rien de sa valeur, et, pour mon compte, je la préfère à l'entérotomie, qui ne remédie qu'à un seul accident de l'étranglement, la réplétion du bout de l'intestin supérieur au point rétréci et aux vomissements qui en sont l'effet, et qui, même en cas de succès, place l'opéré dans des conditions d'existence problématiques et dégoûtantes.

M. Nélaton. J'accepte, avec M. Lenoir, que le malade opéré peut succomber aux suites de l'opération et même d'inanition; mais il ne faut point oublier que la maladie pour laquelle la gastrotomie est pratiquée est presque toujours mortelle. Mais je ne puis pas admettre qu'il soit aussi difficile d'arriver sur la partie inférieure de l'intestin grêle que le pensent plusieurs de nos collègues. L'anatomie pathologique nous a appris que le plus souvent ces étranglements siégent sur la partie de l'intestin qui se rapproche du cœcum. La tympanite, qui survient toujours, peut servir au diagnostic du chirurgien, en lui indiquant d'une manière approximative la longueur de l'intestin situé au-dessus de l'étranglement. D'ailleurs, l'anus contre nature n'est point une infirmité irrémédiable. Nous avons pu, M. Denonvilliers et moi, faire disparaître cette infirmité par une opération qui consiste à isoler l'intestin des parois abdominales contre lesquelles elles sont appliquées, et en pratiquant la suture de Gélis.

M. Chassaignac. La principale gravité de l'opération à laquelle on soumet le malade affecté d'étranglement interne est incontestablement d'ouvrir le ventre. Pourquoi, alors que ce premier temps est accompli, ne pas aller à la recherche de l'obstacle, le faire disparaître et rétablir l'anus contre nature, lorsqu'il est bien démontré qu'aucune autre opération n'est praticable? Je ne crois pas que la tympanite même très étendue soit une preuve que l'étranglement intestinal existe à la partie inférieure de l'intestin grêle. J'ai pu me convaincre tout récemment qu'une faible portion (deux pieds et demi) d'intestin développé par des gaz donnait au ventre un développement assez considérable. De plus, cette anse intestinale de deux pieds et demi s'était portée du côté de la fosse iliaque droite qu'elle distendait.

MM. Michon et Lenoir font observer à M. Nélaton que dans la majorité des cas l'anus contre-nature est complétement insuffisant. Il remédie à un des accidents nombreux que détermine l'étranglement interne; mais l'étranglement lui-même persiste comme maladie avec toute sa gravité. Et en supposant que le malade survive à la maladie et à l'opération, ils ne voient pas comment par la suture de Gélis il sera facile à M. Nélaton de rétablir le cours des matières, attendu que l'obstacle au cours de celles-ci sera toujours persistant. Aussi ces messieurs font-ils observer que dans le cas où M. Nélaton a réussi à faire disparaître l'anus contre nature, ce dernier n'avait point été établi pour remédier à un étranglement interne, mais bien pour remédier à la difficulté où se trouvait le malade de rendre ses matières à la suite d'une hernie étranglée et réduite.

M. Denonvilliers. Il est vrai que l'opération est grave et qu'elle offre peu de chances de succès; mais il ne faut pas oublier que la maladie pour laquelle elle est faite est mortelle. Tout imparfaite que soit la gastrotomie, elle remédie à l'un des accidents les plus graves de l'étranglement interne, c'est-à-dire à l'impossibilité de rendre les matière, elle prolonge la vie, et permet à la nature d'agir.

Luxation du cristallin sans cataracte.

M. Larrey communique le fait suivant, et présente un malade qui fait l'objet de cette communication.

Un enfant de troupe, nommé Nicole, âgé de 13 ans, d'assez bonne constitution, a eu, à l'âge de 2 ans, des convulsions qui semblent avoir affaibli notablement sa vue, car dès lors, et d'après le dire de ses parents, il n'a pu reconnaître les objets qu'en les rapprochant très près de ses yeux.

Cette faiblesse visuelle a été constatée plus tard par M. Sichel, et considérée en 1847 comme un état de myopie; elle a nécessité l'entrée du petit malade à l'hôpital Saint-Antoine. Il en est sorti bientôt, après avoir présenté dans l'œil gauche quelques signes qui paraissaient être ceux d'un synchésis étincelant. Admis enfin, au mois de mai dernier, à l'hôpital d'Orléans pour une ambliopie double qui n'offrait alors aucune différence appréciable dans l'état des deux yeux, Nicole a reçu pendant quelque temps les soins de notre honorable confrère M. Valette, et a été évacué le mois suivant sur le Val-de-Grâce.

Une exploration faite à la clinique le 15 juin nous démontre l'état suivant :

L'œil droit est intact et n'offre aucune modification dans ses diverses parties; mais il est affecté d'une ambliopie assez prononcée, sans dilatation de la pupille, qui a même conservé sa contractilité.

L'œil gauche offre tout d'abord, et vu surtout par côté, une légère saillie de la cornée transparente, sans tache, ni ulcération. Cette saillie cornéale est due à la distension de la chambre antérieure, non-seulement par l'humeur aqueuse, mais encore par le prolapsus de l'iris mobile, tremblotant, sans déformation pupillaire, sans décollement et sans adhérence ou symétrie soit antérieure, soit postérieure. Cette propulsion de l'iris en avant est, de toute évidence, produite elle-même par un déplacement du cristallin avec sa capsule séparée de ses attaches à la hyaloïde, mais sans présenter la moindre apparence de cataracte. La transparence du fond de l'œil paraît intacte, quoique l'on puisse présumer quelque altération, ou au moins un état de diffluence du corps vitré. La vue, d'ailleurs, est depuis longtemps abolie et la cécité à peu près complète. L'œil, enfin, serait amaurotique si la pupille n'avait conservé un peu de sa contractilité. Elle est surtout susceptible de se dilater davantage; mais en conservant sa forme régulièrement arrondie, elle se trouve plus rapprochée du bord supérieur que du bord inférieur de l'iris. La diplopie est habituelle.

Deux jours après avoir constaté cet état des yeux, une dilatation spontanée de la pupille gauche, survenue sans cause mécanique et sans effet artificiel, livre tout à coup passage au cristallin contenu dans sa capsule, et le rend parfaitement visible dans la chambre antérieure, où il conserve sa forme, sa mobilité, sa transparence enfin, sans aucune teinte d'opacité. Une zone brillante due au reflet de la lumière semble l'entourer, et, malgré son contact avec la cornée, il ne détermine ni douleur, ni aucun phénomène d'inflammation; mais il agit mécaniquement sur l'iris qu'il refoule en arrière. Cette singulière disposition subsiste pendant quelques jours sans aucun changement.

Le 22 juin, la dilatation de la pupille à l'aide de l'extrait de belladone détermine le retrait immédiat du cristallin en arrière de l'iris, véritable luxation plus facile à réduire qu'à maintenir réduite, car elle se reproduit bientôt d'elle-même, malgré quelques essais insuffisants pour la contenir. Réduite de nouveau et reproduite ainsi à plusieurs reprises, cette luxation existe avec les caractères qui viennent d'être indiqués, telle que je l'ai montrée hier à l'Académie de médecine, telle que je la présente aujourd'hui à la Société de chirurgie, non-seulement pour faire voir un cas singulier de luxation du cristallin réductible sans accidents et persistante sans opacité, mais pour savoir de mes honorables collègues ce qu'il convient de faire en pareil cas.

La plupart des auteurs, ajoute M. Larrey, qui ont décrit ou indiqué la luxation du cristallin la rapportent à la cataracte et surtout à la cataracte traumatique; tandis qu'aucun fait, à ma connaissance, ne démontre une aussi longue durée de ce déplacement sans rupture de la capsule, sans inflammation et surtout sans opacité. La complication d'amaurose semble autoriser, du reste, l'expectation jusqu'à ce que des accidents nécessitent une opération chirurgicale, et la plus rationnelle alors serait sans doute l'extraction du cristallin par le procédé le plus propre à prévenir l'issue totale des humeurs diffluentes de l'œil.

M. Lenoir. Le fait de M. Larrey est intéressant, car il démontre le passage d'un cristallin déchatonné non affecté de cataracte et passé dans la chambre antérieure. Il n'est pas rare de voir le cristallin cataracté se déplacer et tomber dans la chambre postérieure, et même dans l'antérieure; on en a vu qui passaient ainsi d'une chambre à l'autre. Quant à l'opération qui pourrait être appliquée au malade de M. Larrey, j'écarterais tout de suite l'extraction du cristallin, à cause du ramollissement du corps vitré dont le *tremulus iridis* est un signe probable. Peut-être me déciderais-je à tenter la réduction, comme Demours a eu occasion de le faire; pour cela, je dilaterais la pupille, et celle-ci, convenablement dilatée, je pratiquerais la réduction, et j'appliquerais immédiatement des compresses d'eau vinaigrée afin de ramener l'iris à son état normal. Si cette réduction était impossible, je déchirerais la capsule et j'amènerais le broiement du cristallin.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il y a déjà une légère opacité au centre du cristallin; il serait, suivant lui, important de chercher à constater si les trois lumières que forment l'œil à l'état normal se voient encore dans les conditions nouvelles où se trouve le cristallin.

Diastasis de la colonne vertébrale sans déplacement du corps des vertèbres.

M. Denonvilliers met sous les yeux de la Société une pièce anatomique intéressante recueillie sur un malade de son service, mort à l'hôpital Saint-Louis à la suite d'une chute d'un lieu élevé. Parmi les altérations que l'on constatait, il en est une qui a particulièrement fixé son attention; c'est un cas de diastasis avec écartement des sixième et septième vertèbres cervicales, mais sans déplacement de celles-ci. Cet état pathologique avait été admis dans le *Compendium de chirurgie* sur la foi de Bell, mais avec une certaine réserve.

Voici, d'ailleurs, en quoi consiste l'altération :

Le disque intervertébral compris entre la sixième et la septième vertèbres cervicales se trouve détaché dans sa partie moyenne du corps de la sixième vertèbre, tandis que les parties latérales restent adhérentes par sa partie inférieure et moyenne; il adhère à la face supérieure de la septième vertèbre, mais les parties latérales se trouvent complétement détachées du corps de la septième vertèbre, qui, dans ce point, paraît lisse et polie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 88. — JEUDI 31 JUILLET 1851. (24e ANNEE.) N° 88. — JEUDI 31 JUILLET 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 30 JUILLET 1851.

Séances des Académies.

Grand roi cesse de vaincre, ou je cesse d'écrire.

Ainsi parlait Boileau. M. Villeneuve ne s'effraie pas si facilement, et ne se lassera point de faire des rapports tant que M. Chally ne se lassera pas de faire des mémoires. Le rapport d'aujourd'hui était sur l'*innocence* de l'accouchement prématuré artificiel. Inutile d'ajouter que M. Villeneuve a trouvé ce mémoire digne de l'approbation de l'Académie.

Après la lecture de ces deux rapports, l'Académie a entendu la lecture incomplète d'un intéressant mémoire de M. Depaul sur l'éclampsie dans ses rapports avec l'albuminurie. Nous avons dû nous borner à en faire connaître les conclusions.

Enfin après cette courte lecture, l'Académie a repris la discussion sur les tubercules du testicule, et M. Malgaigne a seul occupé toute la séance ; il est resté cinq quarts d'heure à la tribune. Afin de reproduire son argumentation d'une manière aussi complète que possible, nous avons dû en renvoyer la publication à notre prochain numéro. Nous tenions d'autant plus à ne pas tronquer la défense de M. Malgaigne, que nous nous étions élevé avec force contre son opinion.

L'Académie a remarqué dans la correspondance des observations intéressantes relatives à des chutes d'un lieu élevé, adressées par M. le docteur Porret, médecin de la prison du mont Saint-Michel.

— L'Académie des sciences a reçu trois notes qui l'ont intéressée à divers degrés. La première, à tous égards, est celle de M. Collin sur la sécrétion du suc pancréatique ; la deuxième est de M. Sémanas (de Lyon) sur l'usage de la bile dans l'acte de la digestion ; enfin la troisième est de M. Marshall-Hall, qui a malheureusement le tort depuis quelque temps de multiplier un peu trop sa correspondance. — H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. DEPAUL.

Pemphigus syphilitique.

Voici l'observation intéressante communiquée par M. Depaul à l'Académie de médecine, à l'avant-dernière séance, et qu'il ne nous a pas été possible de publier plus tôt.

La nommée G..., âgée de vingt-quatre ans, brune et d'une petite stature, fraîche et bien portante en apparence, fut conduite à la salle d'accouchement de la Clinique de la Faculté le 2 août 1850 (mais elle était déjà dans l'établissement depuis dix-neuf jours). Voici, avec les renseignements qu'elle me donna sur ses antécédents, le résultat de mes investigations directes.

Cette femme, née à Blois (Loir-et-Cher), de parents bien portants, habitait Paris depuis trois ans. La menstruation s'était assez péniblement établie vers l'âge de quatorze ans; mais depuis cette époque elle s'était régulièrement reproduite tous les mois, si ce n'est pendant les grossesses. Elle n'avait été soumise ni à la misère, ni à des privations, ainsi que l'attestait d'ailleurs son état général.

A son arrivée à Paris, elle établit, avec un homme dont la santé paraissait bonne, des relations qui furent bientôt suivies de grossesse, qui, sans cause connue pour la malade, ne fut conduite qu'à huit mois, et se termina à la Maternité par la naissance d'un enfant mort, et sur l'état duquel je n'ai pu avoir aucun renseignement.

Quelques mois après, délaissée par le père de son premier enfant, elle établit de nouvelles relations avec un homme dont la santé paraissait excellente, et qui, d'après elle, ne portait aucune trace d'affection syphilitique.

Quoi qu'il en soit, une seconde grossesse survint; elle était parvenue au deuxième mois environ, lorsque apparut à la face interne de l'une des grandes lèvres une petite plaie circulaire qui, résistant plusieurs jours à des lotions émollientes qu'elle employait, la décida à réclamer les soins d'un confrère de la rue Dauphine. La plaie avait alors la forme d'un *bouton dur* et assez gros. On lui dit qu'elle avait un *chancre;* on lui fit quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et en peu de temps cette lésion locale avait entièrement disparu. La malade se crut guérie ; cependant trois mois après, c'est-à-dire lorsqu'elle était grosse d'environ six mois, elle remarqua quelque chose d'insolite dans le voisinage de l'anus et sur les grandes lèvres. Comme elle ne parla de rien au moment de son admission, ce ne fut qu'à l'occasion des examens rendus nécessaires pendant l'accouchement qu'on constata les lésions suivantes.

Autour de l'anus et sur les parties génitales externes existent plusieurs plaques muqueuses sur la nature desquelles il est impossible de se méprendre. M. P. Dubois, M. Hersent, son chef de clinique, plusieurs personnes qui suivaient la visite et moi-même avons pu les voir et les examiner à différentes reprises. Les ganglions de la région cervicale postérieure me parurent un peu développés. Du reste, aucune autre manifestation secondaire de la syphilis.

Le travail fut assez rapide et ne présenta rien qui mérite d'être signalé. L'accouchement eut lieu le jour même de l'entrée à la salle des accouchements (2 août).

L'enfant, du sexe féminin, ne pèse que 2,500 grammes. Il est évident qu'elle n'est pas à terme; son aspect général donne l'idée d'un enfant de huit mois, assez grêle; ce qui s'accorde d'ailleurs avec le dire de la femme et les calculs fondés sur la dernière époque des règles, qui avaient eu lieu le 22 novembre. L'attention étant éveillée et malgré un examen attentif, on ne découvrit aucune lésion sur la peau, si ce n'est une teinte violacée très prononcée à la plante des pieds et dans les régions palmaires. Deux jours se passèrent, pendant lesquels l'enfant teta sa mère et exécuta assez régulièrement ses autres fonctions. J'en excepte toutefois la respiration, qui paraissait moins complète et plus précipitée que de coutume.

Quarante-huit heures après la naissance, on vit apparaître dans les régions palmaires et plantaires un assez grand nombre de vésicules circulaires de grosseur variable, les plus petites comme un grain de chenevis, les plus volumineuses comme une grosse lentille. Toutes étaient remplies par une sérosité trouble et lactescente. Dès ce moment les traits s'altèreut, exprimant la souffrance. Plusieurs de ces bulles sont déchirées dans les mouvements contre les langes et fournissent un léger suintement sanguin. L'enfant pousse des cris presque continuels et refuse de teter.

Le quatrième jour, le nombre des bulles du pemphigus s'est accru. Les premières sont plus volumineuses. Même état général.

Le cinquième jour, de nouveaux phénomènes se montrèrent sur le visage et au pourtour des parties génitales. Ils consistaient, sur le premier point, dans le voisinage de la bouche et des narines, en plusieurs groupes de petites vésicules à sommet transparent et à base rouge manifestement cuivrée; ils étaient représentés, sur le second, par plusieurs petites plaques muqueuses à caractère bien tranché.

Le lendemain et les jours suivants, les plaques d'eczéma se convertirent en croûtes noirâtres, fendillées en divers points; quelques-unes envahirent les narines, et plusieurs fois par jour il fallut les enlever pour que la respiration pût facilement s'exécuter. Des crevasses profondes s'établirent sur les lèvres, et en particulier aux deux commissures. Les mouvements de succion étant devenus impossibles, la mère d'ailleurs ne s'y prêtant que d'assez mauvaise grâce, on dut songer à nourrir l'enfant par des moyens artificiels.

Son aspect bideux et repoussant serait difficile à décrire. Je ne sais si quelqu'un sera tenté de ne voir dans ces nombreuses lésions qu'une simple coïncidence ; quant à moi, j'y trouvai l'expression multipliée et non douteuse de la vérole congénitale la mieux caractérisée, et je crus de mon devoir de prescrire un traitement mercuriel. J'employai le sublimé à la dose de 4 milligrammes dans une potion gommeuse (chaque potion durait deux jours). Presque constamment je présidai moi-même à l'administration de ce médicament.

Au bout de quelques jours, une amélioration notable se manifesta. Bientôt l'état de la bouche devint tel que la mère, qui était elle-même soumise à un traitement antisyphilitique par le deuto-chlorure, put redonner le sein. Le nez se débarrassa et put être librement traversé par l'air. Les excoriations dont les pieds et les mains étaient le siége avaient presque entièrement disparu. L'aspect général et l'état des forces devenaient de plus en plus satisfaisants, et tout me faisait espérer d'arriver à une guérison complète et prochaine, lorsque, le 20 août (c'est-à-dire après quatorze jours de l'emploi des mercuriaux), je vis de nouveaux accidents se manifester du côté de la poitrine ; la respiration s'embarrassa, et, malgré l'emploi d'un large vésicatoire et de quelques autres moyens, l'enfant succomba le lendemain, 21 août. Je dois dire, en terminant, que les fonctions digestives ne furent pas un instant troublées.

Autopsie faite le 23 août, à neuf heures du matin.

Quelques débris des croûtes formées par l'eczéma existent encore à l'entour de la bouche. Dans les points d'où elles se sont détachées naturellement, il n'y a pas d'ulcération ; l'épiderme était déjà en voie de réparation. Il en est de même dans le voisinage du nez, qui est ouvert et examiné dans toute son étendue. Un peu de rougeur existe seulement à l'entrée.

Les crevasses des lèvres ont disparu. Rien de particulier dans la bouche, le pharynx ou les différentes parties du tube digestif.

Les plaques muqueuses de la vulve n'existent plus.

Le thymus, peu développé, n'est le siége d'aucune collection purulente. Le cœur et les gros vaisseaux sont sains.

Les deux poumons sont unis çà et là aux parois thoraciques par quelques fausses membranes déjà résistantes et évidemment antérieures à la naissance.

Plusieurs noyaux indurés sont rencontrés dans l'épaisseur de chaque poumon. Ils sont peu considérables, le plus volumineux ne dépassant pas les dimensions d'un pois ordinaire. Leur densité est pareille à celle du foie; leur couleur est d'un rouge foncé. Un seul, qui fait une légère saillie sous la plèvre, est moins coloré et renferme un peu de pus. Toutes les autres parties du poumon sont saines et ont été pénétrées par l'air.

Le foie, la rate, le cerveau sont examinés sans que je puisse y découvrir la moindre altération.

Après la mort de cet enfant la mère, qui éprouvait déjà les effets salutaires du traitement mercuriel, demanda brusquement à quitter l'hôpital, et j'ignore ce qu'elle est devenue depuis.

Après les longs et importants débats qui ont eu lieu devant l'Académie, je n'accompagnerai d'aucun commentaire l'observation qui précède, et je laisserai à chacun le soin d'en tirer des conclusions qui, pour moi, ne sont pas douteuses.

NOUVEAU TRAITEMENT contre l'empoisonnement par la strychnine;

Par M. CH. GUNTHER, professeur à l'école vétérinaire de Hanovre.

En Allemagne, l'usage de la strychnine pour la destruction des rats et des souris est très répandu, ce qui fait que souvent, faute de précaution, des chiens ont l'occasion de s'empoisonner avec cette substance. Longtemps nous n'avons pu réussir à les sauver, soit à cause du peu de puissance des antidotes ordinairement employés, soit parce qu'il est difficile d'être appelé assez à temps pour pouvoir les administrer pendant que le poison est encore dans l'estomac. Ainsi le tannin, qui forme avec la strychnine un composé presque insoluble, et qui peut, quand cette matière toxique n'est pas encore absorbée, être employé avec succès, a été, entre nos mains, plus d'une fois insuffisant.

Dans les cas les plus ordinaires, les malades sont présentés au vétérinaire sans que personne sache si, où et quand ils ont pris de la noix vomique, et celui-ci, pour se guider, n'a plus que les symptômes de l'empoisonnement; dès lors, il ne s'agit plus seulement de détruire ce qui peut rester de poison dans l'estomac, mais on a surtout à combattre ses effets sur l'économie animale. En vue de cette nécessité, je fis beaucoup de tentatives qui, longtemps, sont restées infructueuses et m'ont montré que j'étais dans une fausse voie; mais actuellement je crois avoir trouvé une méthode qui promet d'excellents résultats, et je suis heureux de pouvoir la faire connaître d'abord aux vétérinaires français, auxquels je dois la plus grande partie de mon éducation vétérinaire.

L'intoxication par la strychnine se dénote par des contractions spasmodiques que l'on peut provoquer à volonté, soit par des bruits rapprochés, comme en frappant dans ses mains ou du pied sur le sol, l'intensité des spasmes correspondant alors à celle du bruit, soit en montrant certains objets mobiles ou vivement colorés à l'animal. La respiration est rapide, la bouche ouverte, la langue pendante, et une salive claire tombe goutte à goutte. Les yeux, grands ouverts, ont une expression fiévreuse; les vaisseaux sont gonflés et la conjonctive très rouge. Si on laisse le sujet tranquille, les spasmes paraissent également et varient d'intensité suivant la proportion du poison et l'irritabilité du malade. Pendant les spasmes, la respiration est suspendue, les mâchoires serrées, et tout le corps a une telle roideur qu'il se meut tout d'une pièce quand on soulève une seule patte. Quelquefois les malades se lèvent d'eux-mêmes lentement sur le train de derrière, et ils retombent alors sur le dos. Les muscles tremblent et éprouvent une telle contraction, qu'à chaque instant on peut craindre une rupture ou une fracture.

Comme pendant les accès la respiration est suspendue, les chiens succombent, en général, dans cet état. Parfois, ils paraissent tout à fait morts, semblent rendre le dernier soupir, ferment les yeux, laissent même échapper de l'urine, et puis redeviennent mous, flexibles, et une demi, trois quarts de minute après, ils recommencent à respirer pour retomber ensuite bien vite dans l'état de spasme ci-dessus indiqué.

Pendant les accès, les veines externes sont si fortement gonflées qu'on les voit distinctement sous la peau et que la langue en devient bleuâtre sur les bords. Pas besoin de dire que le pouls est des plus violents, et que tous les autres symptômes qui dénotent une vive surexcitation arrivent à un degré extrême.

Tels sont les signes essentiels qui caractérisent l'empoisonnement par la noix vomique, signes assez tranchés pour rendre le diagnostic facile dans ces circonstances.

Maintenant, des symptômes que nous venons de signaler, il nous sera possible de tirer quelques inductions théoriques sur l'action de la strychnine. Ils font voir, par exemple :

1° Que cette substance n'agit pas seulement, comme on l'admet généralement, sur la moelle épinière et les nerfs moteurs, mais que son action s'exerce aussi sur le cerveau et les nerfs de la sensibilité et des sens ; autrement, comment expliquerait-on les accès spasmodiques qui apparaissent quand on excite l'action propre de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, aussi bien que quand on produit quelque douleur sur un point quelconque du corps.

2° Que la strychnine a pour action propre d'augmenter à un degré extrême la sensibilité ou l'irritabilité des tissus et l'activité vitale spéciale des organes. Ainsi un bruit quelconque, qui dans l'état normal n'aurait pas seulement attiré l'attention du chien, devient, sous l'influence de l'action de cette substance toxique, la cause d'une réaction extraordinaire. Dans la même circonstance, une caresse, un simple attouchement, certaines odeurs, un rayon de soleil qui arrive brusquement, produisent le même effet, ces spasmes que nous avons signalés, conséquence d'une augmentation éprouvée par l'activité de la vie animale.

3° Enfin, que la strychnine agit aussi sur le grand sympathique, c'est-à-dire sur la vie végétale, et également en l'activant, ce que démontre l'accroissement de la vitesse de la respiration, du nombre des contractions du cœur et de la sécrétion salivaire ; les urines qui s'échappent involontairement sous l'influence des contractions automatiques de la vie témoignent aussi en faveur de ce fait ; et si l'absence des excrétions fécales paraît d'abord une preuve du contraire, il faut tenir compte de la contraction des muscles organiques qui s'oppose au déplacement des résidus de la digestion.

Ainsi donc, l'ingestion de la strychnine a pour effet d'*augmenter l'activité vitale en général*. Il en résulte que, pour combattre l'intoxication par cette matière, le point essentiel est de déprimer d'abord cet excès d'activité qui userait bientôt toute force vitale ; or, nous ne connaissons pas de meilleur moyen pour ménager et même pour régénérer rapidement la force vitale que le sommeil.

En second lieu, il faut songer à la destruction du poison, ce à quoi l'on arrive, d'abord en en faisant évacuer le plus que l'on peut, et ensuite en faisant détruire le reste par la vie organique ou végétale. Pour cela, il n'y a qu'à éteindre momentanément la vie animale, afin que la vie végétale ait à sa disposition toutes les forces de l'organisme, et c'est encore par le sommeil que nous y parvenons.

En même temps, pour que la vie végétale ait toute son action, il faut calmer les désordres généraux survenus par excès de sensibilité ; car ainsi l'on empêche que l'action de la strychnine soit aussi vivement ressentie, et l'on gagne du temps pour faire détruire la matière vénéneuse par la vie organique.

Maintenant, voici le traitement que nous employons pour atteindre ce but.

Quand un animal empoisonné nous est présenté, comme il est possible qu'il existe encore une certaine quantité de poison dans l'estomac, nous essayons de l'éliminer par un vomitif; ce que nous employons dans ce cas est un morceau de racine d'ellébore placé sous la peau.

Mais, comme le temps est précieux et que cette précaution n'est que secondaire, attendu que souvent, comme l'expérience l'a prouvé, elle ne suffit pas pour déterminer le vomissement, ce qui d'ailleurs n'empêche pas la guérison, il convient de commencer de suite le traitement dirigé directement contre l'action du poison.

Alors, si les spasmes sont très forts, on fait d'abord une saignée à la veine sous-cutanée externe du jarret; par ce moyen, on retire une partie du poison, et en même temps l'on active la vie organique qui doit agir pour restituer le sang soustrait; les résorptions plus abondantes qui en résultent retirent des organes de la vie animale affaiblie les atomes de la strychnine, et ceux-ci, faiblement combinés, commencent à être détruits par les actions physiologico-chimiques de la vie organique.

Après la saignée, ou tout d'abord si on ne la croit pas utile, on prépare une mixture d'opium pur à la dose de 2 grains (10 centigrammes), avec 2 ou 4 gros (8 à 16 grammes) de sulfate de soude cristallisé dissous dans 4 onces (125 grammes) d'eau de pluie. Quand le chien est présenté, on lui administre immédiatement, ou le plus tôt qu'il est possible, le quart de cette mixture, puis on lui redonne toutes les cinq minutes la valeur d'une petite cuillère.

Il arrive fréquemment que les spasmes se trouvent trop vivement provoqués par le fait de l'administration du médicament; alors, pour ne pas accroître inutilement le mal par cette irritation intempestive, on fait prendre la mixture entière en quatre reprises seulement, laissant un quart d'heure d'intervalle entre chacune d'elles; si les symptômes sont trop alarmants, on réduit ces délais à dix minutes.

Après cela, on attend une demi-heure, en laissant autant que possible pendant tout le traitement l'animal seul et tranquille. Si au bout de ce temps l'état s'est amélioré, si les spasmes ont moins de violence, on attend encore, parce qu'alors, en général, il ne se passe pas un long temps sans que le chien ne s'endorme; souvent même on le voit endormi moins d'une demi-heure après la dernière dose.

Si au contraire, ayant attendu quelque temps, on voit le malade retomber dans ses accès comme auparavant, il faut répéter la mixture ci-dessus et lui en donner au moins tous les quarts d'heure une grande cuillère, et continuer jusqu'à ce qu'il s'endorme; on le laisse alors livré à lui-même.

Après un temps plus ou moins long, on le voit s'éveiller faible et abattu, mais guéri; il cherche à boire, et on lui donne de l'eau fraîche. Les défécations viennent un peu plus tard ; elles sont grisâtres et d'une très forte odeur. Le chien, enfin, paraît de plus en plus gai et cherche à manger ; il suffit alors de le tenir un peu à la diète : le traitement est terminé.

Il arrive fréquemment que les malades éprouvent de nouveaux spasmes quand ils voient qu'on se prépare à leur faire prendre le médicament; il est alors impossible de le leur administrer à la manière ordinaire, car la bouche est fortement fermée, et la langue remplit tellement la cavité buccale que la substance-médicament versée à la face interne de la joue y reste et retombe aussitôt à terre sans pouvoir être ingérée.

Pour remédier à cela, on fait tenir la tête de l'animal relevée en passant un doigt derrière la dernière dent molaire, et on appuie sur la base de la langue, et on fait passer le médicament le long du doigt pour le faire arriver à l'isthme du gosier, et le chien est forcé d'avaler.

Tel est le traitement que nous proposons contre les effets de la strychnine ; il nous réussit généralement chaque fois que l'animal empoisonné possède encore assez de force vitale pour pouvoir vivre une demi-heure ou trois quarts d'heure, c'est-à-dire chaque fois que ce traitement peut exercer son action pendant cet intervalle de temps. En d'autes termes, nous avons presque toujours le plaisir de pouvoir pronostiquer une prompte guérison quand le malade nous est conduit alors que les spasmes n'ont duré qu'une heure au plus.

Maintenant, pour terminer, je citerai un fait que j'ai observé dernièrement, et qui servira à faire connaître les particularités plus ou moins extraordinaires qui peuvent quelquefois survenir pendant le traitement,

Mon chien d'arrêt, âgé de cinq ans, de l'ancienne race allemande, taille moyenne, fortement constitué et d'une grande force musculaire, se trouva, le 20 septembre de l'année dernière, à sept heures du matin, pris des symptômes de l'empoisonnement par la strychnine sans qu'on ait pu savoir où il avait pu prendre cette substance. De suite, je lui plaçai un morceau de racine d'ellébore blanc sous la peau et lui fis donner dans l'intervalle d'une heure la mixture de 2 grains d'opium, avec 2 gros de sulfate de soude dans 4 onces d'eau de pluie.

Le chien ne vomit pas, ce qui arrive parfois, et les spasmes augmentèrent; je fis donner la moitié d'une nouvelle mixture dans une autre heure et lui pratiquai une saignée d'une once et demie. Vers neuf heures, le chien tomba dans une sorte de coma, mais les contractions duraient toujours, quoiqu'elles fussent plus faibles. Il resta dans cet état jusqu'à cinq heures de l'après-midi, et les spasmes alors renouvelèrent de force.

Je lui fis donner encore la moitié d'une mixture dans l'intervalle d'une heure ; il recommença à sentir les effets de l'opium, et dormit tranquillement tant qu'on le laissa au repos. A neuf heures du soir, s'étant réveillé, ses accès reparurent ; nouvelle saignée de 2 onces et mixture entière comme la première fois. Il n'en avait encore avalé que les deux tiers, qu'il s'endormit et resta tranquille toute la nuit.

Le 21, à sept heures du matin, mon chien était gai, cherchait à boire et buvait avec avidité. Vers midi, les défécations commencèrent; les matières étaient grisâtres, dures, répandant une très mauvaise odeur. Depuis lors, le chien s'est très bien porté. (*Journal des vétérinaires du Midi.*)

Sur les effets hémostatiques de l'eau de M. Pagliari.

Par M. le professeur SÉDILLOT.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

OBS. VI. — Je fis de nouveau usage quelques jours plus tard de la même eau hémostatique dans une circonstance assez importante, où l'on apprécia clairement l'efficacité de ce moyen.

Je venais de pratiquer, le 22 mai, la résection de la totalité du corps de la mâchoire inférieure sur le nommé Pierre Pouchelin, cultivateur, âgé de quarante et un ans, qui m'avait adressé M. le docteur Colette, médecin principal et en chef de l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les docteurs Moreau, Bolu, Thinus, Castano, Lenoir, Fourquet, Michel, Kaula, Gros, Hugueni et les élèves de la clinique assistaient à cette opération rendue nécessaire par un cancroïde datant de dix-sept ans, avec destruction de la lèvre inférieure, d'une portion des téguments des joues et du cou, induration du plancher de la bouche et altération profonde avec perte de substance du corps du maxillaire.

La résection fut pratiquée facilement par suite des avantages du procédé dont je fais usage et qui consiste à diviser l'os sur la ligne médiane, afin d'en pouvoir écarter les deux moitiés. Je soutins l'os hyoïde avec un crochet-érigne assujetti à un cercle d'acier représentant le contours de la mâchoire et maintenu par un appareil très habilement construit par M. Elser.

Nous n'avions pas ainsi à redouter la suffocation par retrait de la base de la langue et de l'appareil hyoïdien tirés vers la colonne vertébrale par les muscles stylo-glosse, stylo-hyoïdien, digastrique et glosso-pharyngien. Notre malade n'eut aucune menace de suffocation, grâce à cette précaution et aussi à celle de faire pencher la tête en avant, moyen très simple et assez efficace pour remplacer la plupart du temps les divers procédés de traction de la langue.

Les principales artères qui avaient fourni du sang, et particulièrement les faciales, avaient été liées; nous avions cessé l'emploi du chloroforme, qui avait procuré une insensibilité complète pendant près d'une heure qu'avait duré l'opération. L'appareil était appliqué, lorsque nous nous exagérâmes un peu, je crois, le danger de laisser dans la plaie la glande sous-maxillaire gauche, qui était parfaitement saine. Nous pensâmes que la perte de la salive en serait augmentée sans compensations et que ce serait peut-être un obstacle de plus à la cicatrisation.

Je saisis donc cette glande, qui offrait le volume d'une noix, et je l'enlevai avec des ciseaux fins et acérés, en divisant de nouveau l'artère faciale, qui y était accolée par du tissu cellulaire interlobulaire très dense, dont il m'aurait été impossible de la séparer.

J'eus immédiatement un écoulement de sang très abondant, et, malgré des tentatives plusieurs fois répétées, je ne parvins pas à saisir le vaisseau et à en pratiquer la ligature. Une éponge engagée dans la plaie était à l'instant traversée par le sang, et j'entrevoyais la dure nécessité de retirer les sutures pour découvrir enfin l'artère lésée. En cette occurrence, et avant de prendre ce dernier parti, j'envoyai chercher mon eau hémostatique, j'en remplis la plaie en y exprimant une éponge; à la troisième fois, l'hémorrhagie était arrêtée et les surfaces traumatiques parfaitement sèches. Le malade fut alors porté à son lit, et aucun écoulement de sang ne reparut depuis ce moment.

Je signalerai seulement à propos de cette opération une lacune qui me paraît exister dans tous les ouvrages de médecine opératoire où l'on traite de la résection de la totalité du corps de la mâchoire.

On ne fait aucune mention particulière de la manière dont l'os doit être coupé, et les opérateurs scient l'os perpendiculairement à son contour horizontal.

Ce procédé est bon sans doute lorsqu'il reste une portion de l'arcade dentaire dont l'opposition à l'arcade dentaire supérieure borne les mouvements d'élévation du corps de l'os.

Mais, lorsque toute la partie horizontale du maxillaire inférieur a été réséquée, les conditions des rapports osseux sont très différentes. La branche verticale de la mâchoire n'étant plus arrêtée dans son mouvement d'élévation par aucune puissance, bascule en avant sur la fossette glénoïde du temporal, s'écarte en dehors et vient s'arc-bouter contre la joue sur le point où la muqueuse se réfléchit sur les gencives de l'arcade dentaire supérieure. Si le corps du maxillaire a été coupé à angle droit, l'angle aigu de l'os, tiré en haut par toute la force des muscles masséter, ptérygoïdien interne et temporal, ulcère la joue, s'y enfonce, nécrose le maxillaire supérieur au point de contact et cause au malade d'insupportables douleurs.

Tel fut l'accident dont nous fûmes témoin chez notre opéré. Nous l'entendîmes continuellement se plaindre les premiers jours d'une vive souffrance qu'il rapportait à la région du sinus maxillaire et aux dents. Sans cette douleur, disait-il, il se porterait très bien. Nous n'en découvrîmes pas d'abord la cause ; mais, à force de réflexions et en examinant les parties, nous finîmes par nous convaincre de l'action vulnérante de la portion conservée et saillante de l'os réséqué.

Je m'occupai alors le 31 mai, avec l'aide de mes confrères MM. Wieger et Michel, et de MM. Bruch, Lauth, etc., élèves de l'hôpital, et de M. Elser, d'achever l'ablation de toute la partie de la mâchoire dépassant les bords des muscles masséter et ptérygoïdien interne.

Je me servis des plus puissants ostéotomes, dont l'un m'éclata entre les mains, tant était grande la force nécessaire à la section de la lame interne de l'os. Nous réussîmes enfin après beaucoup de peines et d'efforts, et aussitôt les douleurs du malade disparurent.

Un peu plus tard cependant, le 14 juin, nous dûmes revenir à une nouvelle résection. L'os, toujours porté en avant par l'action des élévateurs, s'était de nouveau découvert entre les muscles masséter et ptérygoïdien, et faisait cruellement souffrir le malade. La pression en était si forte, que mon doigt, placés entre la portion restante de la mâchoire et le maxillaire supérieur, en était comprimé très douloureusement. Cette fois, la résection fut pratiquée sur une étendue plus considérable encore de la branche ascendante de la mâchoire, et le malade fut immédiatement soulagé.

Nous nous sommes demandé s'il ne conviendrait pas, dans des cas semblables, d'amputer la totalité de la mâchoire ou de diviser les insertions du muscle temporal avec un fort ténotome.

OBS. VII et VIII. — Jacques Jerger, âgé de cinquante et un ans, tonnelier, vint à la clinique de Strasbourg se faire opérer pour la cinquième fois d'une tumeur mélanique de l'orbite gauche. Le début de l'affection datait, d'après le malade, de huit années, et la première opération avait été pratiquée deux ans plus tard. Dans cette période des six dernières années, Jerger avait joui de cinq ans de santé, et avait été souffrant durant une année environ, pendant les périodes de récidive et de guérison des cinq opérations subies.

Les bénéfices de l'intervention chirurgicale avaient été, comme on le voit, évidents. Les tumeurs mélaniques occupaient particulièrement le côté externe de l'orbite, et semblaient naître en partie de la sclérotique. Les paupières étaient soulevées et envahies vers leur bord libre, sans que la peau fût notablement détruite; la vue était mécaniquement gênée, et le globe oculaire était complétement caché par plusieurs tumeurs bosselées, de forme arrondie, d'un diamètre de deux à trois centimètres, faisant saillie sous la peau amincie des paupières et dans l'intervalle de leur bord libre, où l'une d'elles, parfaitement globuleuse et comme pédiculée, était ulcérée. Au reste, la vision, après l'ablation des tumeurs, restait parfaite. La rapidité des récidives n'avait pas été régulièrement progressive. La guérison avait duré un an après la première opération faite par M. le docteur Held, deux ans après la seconde et un an après la quatrième, pratiquée par moi; quatre mois seulement après la cinquième.

Dans tous ces cas, les masses mélaniques n'avaient pas dépassé la région orbitaire; mais cette fois on constatait la présence de deux autres tumeurs, arrondies, mobiles, assez volumineuses : l'une au-dessus de l'arcade zygomatique, un peu en avant de l'oreille, l'autre en dedans et au-dessous de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Ces tumeurs avaient la consistance, la forme et la mobilité sous-aponévrotique de ganglions lymphatiques engorgés.

Je crus convenable de tenter une fois encore la dissection profonde des masses mélaniques intra-orbitaires, en ménageant le globe de l'œil, dont le sacrifice me parut devoir être renvoyé à l'époque plus éloignée d'une récidive inévitable, et pour rendre la guérison plus durable, je me décidai à enlever également les ganglions altérés. Après avoir chloroformé le malade, je mis à nu, par une incision longitudinale, le ganglion sous-zygomatique, qui nous parut complétement converti en une matière mélanique molle et friable. La dissection entre les lobules de la glande parotide fut délicate, et quelques branches de l'artère temporale donnèrent du sang en assez grande quantité.

Je procédai de la même manière à l'incision du ganglion sous-maxillaire, que je trouvai également transformé en mélanose, et j'eus à combattre une assez forte hémorrhagie veineuse.

La compression momentanée des plaies avec des éponges n'arrêta pas l'écoulement du sang, et l'occasion me parut favorable d'expérimenter une liqueur hémostatique composée par un de nos plus habiles pharmaciens avec quelques-unes des substances révélées par l'analyse dans l'eau Pagliari. Cette liqueur resta sans action sur les deux plaies. Les éponges qui en avaient été imbibées étaient aussitôt traversées par le sang, dont la coloration ni la consistance ne parurent changées. Nous eûmes alors recours aux dernières gouttes du flacon de M. Pagliari, et l'hémorrhagie des deux plaies s'arrêta avec une remarquable facilité, en présence des élèves de la clinique et de mes confrères MM. Michel, Bolu, Fourquet, Lenoir, Moreau, Thinus, etc.

Le reste de l'opération s'acheva sans accidents. La commissure

palpébrale interne, transversalement divisée, permit de renverser les paupières sur le front et sur la joue, après en avoir détaché les parties altérées. La tumeur, poursuivie profondément dans les graisses de l'orbite, nécessita l'ablation d'une portion du périoste, la dénudation des faces inférieure et externe du globe oculaire, et l'incision d'une grande étendue de la conjonctive. Les diverses portions du tissu morbide ainsi séparées offraient, en les réunissant, le volume du poing. Quelques sutures régularisèrent les plaies palpébrales. J'enlevai les éponges dont nous nous étions servis contre les hémorrhagies, et le sang ne reparut pas. L'opération avait duré plus d'une heure, et l'on avait consommé 140 grammes de chloroforme.

L'efficacité de l'eau Pagliari fut ici d'autant plus manifeste qu'une expérience comparative avait été tentée avec une liqueur dont on supposait la composition analogue et dont les effets étaient restés absolument nuls.

Les observations précédentes présentent huit exemples d'hémorrhagies arrêtées rapidement et d'une manière définitive par l'eau hémostatique de M. Pagliari. Cette remarquable continuité de succès dans des conditions variées d'hémorrhagies, primitives et consécutives, artérielles et veineuses; l'attention scrupuleuse avec laquelle ces faits furent constatés par des confrères éclairés et de nombreux spectateurs, nous paraissent être des garanties de certitude propres à lever tous les doutes sur la réalité des résultats.

Les vaisseaux dont nous avons arrêté l'hémorrhagie étaient d'un assez petit diamètre, et il serait curieux de savoir si les artères de l'avant-bras et de la jambe, du bras ou de la cuisse pourraient être fermées par un caillot oblitérateur.

Je crois le fait peu probable pour les principales artères du corps, mais je suis cependant disposé à en tenter l'expérience avec toutes les précautions commandées pour la sûreté des malades. Dans les amputations de la jambe, les vaisseaux sont profondément rétractés et difficiles à saisir. Souvent à la cuisse des veines volumineuses donnent du sang; ce serait le cas d'appliquer l'eau hémostatique. La ligature serait immédiatement pratiquée en cas d'insuccès.

Mon honorable collègue M. le docteur Lacauchie, chirurgien en chef de l'armée d'Italie, a eu la bonté de me mettre en rapport avec M. Pagliari pour l'expédition d'une certaine quantité de sa liqueur. Malheureusement le vase qui la contenait a été brisé; mais j'en attends un nouvel envoi.

Dès aujourd'hui, toutefois, la question principale, celle de l'efficacité d'une liqueur hémostatique, me paraît tranchée.

Nous nous proposons d'étudier actuellement :

1° Les propriétés comparatives des nombreux liquides hémostatiques déjà proposés;

2° La composition de ces liqueurs;

3° Les cas dans lesquels on peut y avoir recours.

Ce sera l'objet d'un prochain travail.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 juillet 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs états de vaccinations et d'une recette propre à guérir la pellagre.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Saignée dans la grossesse.

M. Duchesne-Dupare envoie une observation de grossesse pendant laquelle il a pratiqué sept saignées qui, au lieu de provoquer l'avortement, ont évidemment permis à la grossesse d'arriver à son terme normal. Cette observation est donc tout à fait contraire à l'opinion de M. Cazeaux, qui pense que la saignée expose à l'avortement.

Érysipèle phlegmoneux.

M. Laforêt, de Lavit (Tarne-et-Garonne), adresse une observation d'érysipèle phlegmoneux remarquable par des paroxysmes typhoïdes.

Asthme nerveux.

M. Sabatier, de Bédarieux (Hérault), adresse une observation d'asthme nerveux.

Fissure à l'anus.

M. Campaignac adresse sept observations de fissures à l'anus guéries par des mèches enduites d'onguent de la mère mélangé d'un corps gras.

Chute d'un lieu élevé.

M. Poret, médecin de la prison du mont Saint-Michel, adresse quatre observations de chutes faites de 150 mètres de haut. Deux des hommes qui ont fait ces chutes ont guéri. Voici l'observation textuelle d'un de ces deux faits.

Le 2 mai 1850, sur les huit heures du matin, Ducroc s'élance par-dessus le mur du préau, tombe d'abord perpendiculairement, d'une hauteur de 25 mètres, sur le rocher, puis, de cascade en cascade, jusqu'au pied de cette sorte de falaise, où je l'ai trouvé gisant au milieu d'énormes moellons et donnant à peine signe de vie.

Il portait à la face, au cuir chevelu et sur différentes parties du corps des contusions avec solution de continuité des téguments, mais sans gravité.

La blessure la plus grave chez Ducroc était une fracture du péroné droit, à 5 centimètres de son extrémité inférieure. J'ai appliqué sur cette fracture une bande provisoire pour faire transporter le blessé à l'infirmerie.

Là, j'ai ouvert la veine, mais je n'ai pu en retirer que 125 grammes de sang. Néanmoins, la connaissance et la parole lui sont bientôt revenues, et le pouls, d'abord insensible, s'est relevé peu à peu.

J'ai prescrit l'application de dix sangsues sur chacun des apophyses mastoïdes, et pareil nombre sur la fracture du péroné. — Diète sévère; limonade citrique pour boisson.

Le lendemain, Ducroc est mieux, mais il crache le sang. Quinze sangsues sur le côté droit de la poitrine, où la respiration est un peu obscure; limonade gommeuse pour boisson; cataplasmes émollients laudanisés sur la fracture.

Le 5 mai, le crachement de sang a disparu; le blessé est assez bien, il demande à manger. Je lui donne un peu de bouillon et de vin.

Le 6, j'applique l'appareil sur la fracture du péroné, qui se consolide dans le temps ordinaire.

Ducroc ne conserve qu'une légère claudication après une chute de 150 mètres de hauteur, dont plus de 100 mètres de cascade, il est vrai, sur le rocher couvert de terre en quelques endroits.

Pemphigus des nouveau-nés.

M. Dubreuil fils adresse à l'Académie la note et les observations suivantes :

Pemphigus développé successivement chez quatre enfants nouveau-nés. — Mort des trois premiers. — Un heureux hasard m'ayant offert l'occasion d'observer un fait excessivement intéressant de pemphigus développé successivement chez quatre enfants issus de la même manière, et dans des circonstances très curieuses, j'ai pensé qu'il était de mon devoir de présenter ce fait à l'Académie de médecine, alors que cette question est encore toute palpitante d'actualité.

Marie Garbail, âgée de trente-quatre ans, habite Bordeaux. Mariée à vingt ans, elle eut un premier enfant après neuf mois, qui vit encore. Un second enfant mourut à deux ans et demi à la suite d'une affection croupale. Il y a sept ans que Marie Garbail fut nourrice de l'enfant d'une famille polonaise. Ce nourrisson était né couvert de bulles semblables à celles que porte aujourd'hui le dernier enfant de cette femme. Après quinze jours, elle remarqua au-dessus du mamelon droit une petite pustule qui donna issue à un liquide, et qui s'ulcéra. Cette ulcération, qui avait la dimension d'une pièce de 25 centimes, se cicatrisa après un mois et demi. Inquiète de cet accident, elle consulta un médecin, dont elle ne se rappelle ni le nom, ni la demeure, qui lui donna pour conseil de remettre ce nourrisson à sa famille; elle prit d'une manière très irrégulière quelques pillules, dont elle ne se rappelle pas la composition, de la tisane rafraîchissante et des bains. Cet enfant fut remis à une autre nourrice qui demeurait alors rue Laroche, mais qu'il m'a été impossible de retrouver. Il paraît qu'un mois après il succombait couvert de mal et dans un état d'émaciation affreux à voir; la nourrice fut atteinte aux deux seins d'ulcérations très étendues, pour lesquelles elle fit un traitement très long. Voilà tout ce que j'ai pu en savoir. Pour la femme, son mal cicatrisé, elle ne s'inquiéta plus; trois mois après elle devint enceinte; elle accoucha après neuf mois d'un enfant qui portait sur les extrémités inférieures et sur la région génitale des bulles de pemphigus; elle le nourrissait; il s'amaigrit considérablement, et il succomba à un mois.

Enceinte de nouveau, elle mit au monde un autre enfant qui eut les mêmes accidents et la même terminaison fatale que le dernier. Enceinte encore, huit jours après la naissance de ce nouveau-né, il se développa du mal semblable à celui des autres enfants, et quoiqu'elle ne voulût pas le nourrir, elle le vit succomber à trois semaines, dans un état d'étisie. Enfin, il y a cinq mois qu'elle accouchait de nouveau, et mettait au monde un enfant qui avait tous les caractères d'une santé parfaite. Huit jours après sa naissance, il se développa sous la plante des pieds, sur les jambes, les cuisses, les mains et les avant-bras des bulles de pemphigus; elles disparurent sur les pieds et les jambes, mais elles envahirent les parties génitales, le scrotum, la verge et le pourtour de l'anus. Le tronc est très net. La sage-femme qui avait fait l'accouchement fit prendre à cet enfant un certain sirop par cuillerées à café; mais, voyant que le mal ne faisait que se grouper davantage sur les parties génitales, G... est venue me consulter. L'examen le plus minutieux de cet enfant et l'interrogation de sa mère ont été faits en présence de mon père.

Après m'avoir raconté ce que je viens d'exposer, j'ai examiné l'enfant; il se trouve dans des conditions assez bonnes; sa constitution est plutôt forte que faible; il crie souvent, et semble éprouver parfois des souffrances aiguës. Nourri par sa mère, il prend le sein avec force; les fonctions digestives se font bien : sur les pieds, les jambes et une partie des cuisses se trouvent des cicatrices cuivrées; plus haut, sur le scrotum, la verge, le pubis, le périnée et au pourtour de l'anus, sont agglomérées des bulles et des pustules, les unes remplies de sérosité, les autres d'un liquide séro-purulent; elles sont entourées d'une auréole violacée; la muqueuse buccale est saine. C'est absolument, au dire de la mère, la même nature d'éruption que celle qui s'est développée chez les autres enfants. Il est bien malheureux de n'avoir pu faire l'autopsie de ces derniers.

La femme est atteinte depuis plusieurs années d'une leucorrhée peu abondante. Elle m'a assuré n'avoir jamais rien communiqué à son mari. Tout en étant très circonspect pour me prononcer sur la nature véritable de ces lésions, n'ayant d'ailleurs à user en rien d'artifice auprès de sa famille, j'ai mis cette femme à un traitement antisyphilitique depuis le 24 juillet. Si le fait paraît assez important et s'il survenait de nouveaux accidents, j'aurais l'honneur d'adresser une nouvelle note à l'Académie de médecine.

RAPPORTS.

Accouchement prématuré.

M. Villeneuve lit un rapport sur un mémoire de M. Chailly relatif à la supériorité et à l'innoccuité de l'accouchement prématuré artificiel.

LECTURES.

Éclampsie.

M. Depaul lit un mémoire intitulé : *Note sur un cas rare d'éclampsie observé à la fin du troisième mois de la gestation, suivie de quelques considérations sur l'albuminurie des femmes enceintes et sur ses rapports avec l'éclampsie.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les convulsions à forme épileptique sont extrêmement rares dans les quatre premiers mois de la grossesse; le fait que j'ai consigné dans ce travail est d'autant plus curieux qu'il se rapporte à une femme qui antérieurement n'était sujette ni à l'épilepsie ni à aucune autre affection nerveuse.

2° C'est à tort, selon moi, qu'on établit généralement que le pronostic de l'éclampsie est d'autant plus grave que la gestation est moins avancée ou que le travail de l'accouchement, quand il est commencé, est plus éloigné de son terme.

3° Cette manière de voir me paraît fondée sur une opinion qui n'est pas d'accord avec les faits, à savoir : que l'indication fondamentale et que le traitement par excellence consistent dans la déplétion de l'utérus.

4° C'est aux modifications que subit le sang maternel et aux troubles de la circulation utérine qu'il faut rapporter les dangers que court le fœtus et la mort dont il est souvent frappé pendant le cours des attaques éclampsiques : or, il me paraît résulter de l'observation que le produit de la conception résiste mieux à l'action de ces causes dans les premiers temps de son évolution qu'à l'époque où son organisation est plus près de la perfection qu'elle doit atteindre.

5° Après avoir vu employer et après avoir employé moi-même dans des cas très nombreux les différents modes de traitement qui ont été conseillés contre l'éclampsie, je n'hésite pas, et cela avec une entière conviction, à mettre en première ligne les émissions sanguines générales surtout et portées assez loin pour faire perdre aux malades dans l'espace de quelques heures deux, trois et quatre livres de sang, selon les cas et l'effet produit.

6° Ni la pâleur du visage, ni la petitesse du pouls, ni la présence de l'albumine dans l'urine ne sont, à mon sens, des contre-indications. Je dois à cette manière de faire des succès qui m'étaient inconnus alors que je n'avais pas appris à lui accorder la même confiance.

7° Il est aujourd'hui définitivement établi que sous l'influence des modifications créées par la grossesse on voit l'albuminurie se manifester beaucoup plus fréquemment que dans les autres conditions de la vie.

8° Sans nier la possibilité d'une néphrite ou de toute autre altération rénale chez la femme enceinte dont l'urine contient de l'albumine, je pense que cela s'explique le plus habituellement par un simple trouble fonctionnel. Le résultat des autopsies que j'ai faites est, sous ce rapport, entièrement conforme à celui obtenu par mon confrère M. Blot.

9° S'il n'est pas exact de dire, ainsi que le prouve l'observation que j'ai eu occasion de rappeler, qu'il n'y a pas d'éclampsie sans albuminurie, on n'est pas fondé à regarder cette dernière comme la cause des phénomènes convulsifs.

Plusieurs raisons me porteraient au contraire à penser que l'albumine n'apparaît souvent qu'après le développement de l'éclampsie.

Au reste, la science n'a pas dit son dernier mot sur cette question si digne d'intérêt. J'ai compté encore une fois sur la bienveillance de l'Académie en venant lui faire cette communication, et je m'estimerai heureux si elle a pour résultat d'engager ceux de mes confrères qui s'occupent de la pathologie des femmes enceintes dans une voie de recherches et d'expérimentations qui ne peuvent manquer d'élucider les points qui sont encore en litige.

Discussion sur le tubercule du testicule.

M. Malgaigne a la parole. L'étendue du discours de l'honorable académicien nous oblige à en renvoyer la publication à notre prochain numéro, notre intention étant de donner aussi complétement que possible la défense d'un travail que nous avons attaqué.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 juillet 1851. — Présidence de M. Rayer.

Sur la sécrétion du fluide pancréatique chez les ruminants.

M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine d'Alfort, communique le résultat de nouvelles expériences sur la sécrétion du fluide pancréatique, entreprises dans le but de confirmer les résultats déjà obtenus dans de précédentes recherches. Ces nouvelles expériences ont été faites sur le cheval, le porc et le mouton. Voici ce que l'auteur a constaté :

1° Chez le cheval, la sécrétion pancréatique paraît à peu près aussi abondante que chez la vache et le taureau, ce que faisaient préjuger la taille et le régime de ce solipède, aussi bien que le volume de son pancréas.

2° L'appréciation exacte des caractères de la sécrétion pancréatique et la détermination quantitative de son produit sont presque impossibles chez cet animal, en raison des difficultés inhérentes à l'établissement de la fistule et des troubles que cette opération produit immédiatement, soit dans l'action de la glande, soit dans les fonctions digestives, ainsi que dans tout le reste de l'économie.

3° Le suc pancréatique de ce solipède est très fluide et fort peu albumineux, comme MM. Leuret et Lassaigne l'avaient déjà fait voir. Cette particularité tout à fait exceptionnelle, qui le caractérise dès les premiers moments de l'expérience, rend son action sur les matières grasses tellement faible, qu'il ne peut produire une émulsion complète et homogène, quelque minime que soit la proportion d'huile mise en contact avec lui.

4° Chez le porc, la sécrétion pancréatique ne donne guère que 12 à 15 grammes de liquide dans les premières heures, c'est-à-dire le vingtième de ce que fournit le pancréas du cheval, qui est seulement une fois plus volumineux que celui des pachidermes. Son produit émulsionne parfaitement la graisse dès qu'il entre pour les deux tiers dans la composition du mélange. Mais il s'altère avec la plus grande rapidité, et même dès les premiers moments, il est si peu albumineux qu'il ne se coagule pas et ne le trouble que légèrement par l'action de la chaleur.

5° Chez le mouton, le suc pancréatique est épais, très albumineux, et en grande partie coagulable dans les premiers moments, circonstance de laquelle il tient la faculté d'émulsionner les matières grasses aussi complétement que possible.

6° Chez le même animal le mélange de fluide pancréatique avec la bile, susceptible d'être recueilli facilement tel qu'il coule dans l'intestin, jouit de la faculté émulsive et acidifiante que possède si éminemment le premier de ces liquides à l'état de pureté; mais cette faculté offre de nombreuses variations qui dépendent de la quantité plus ou moins grande de suc pancréatique dans le mélange, et qui répondent par conséquent aux oscillations et aux intermittences de l'action du pancréas.

7° L'abondance de la sécrétion pancréatique des différents animaux n'est pas toujours en rapport avec la taille des individus et le volume de leur pancréas. Ce défaut, ou plutôt cette variabilité de proportion tient très probablement en grande partie à ce que l'établissement de la fistule n'offre pas chez tous les mêmes difficultés et n'entraîne pas une perturbation également rapide et profonde dans l'action de la glande.

8° Enfin le fluide pancréatique, par la constance de son alcalinité et l'uniformité de son action sur les matières grasses qu'il émulsionne et qu'il acidifie toujours, offre ainsi, à quelques différences près, des caractères et des propriétés invariables dans tous les animaux où il a pu être étudié.

Etat de l'irritabilité musculaire dans les paralysies cérébrales et spinales.

M. Marshall-Hall adresse une note sur ce sujet, et rapporte les expériences suivantes :

Dans les derniers jours de mai, j'ai galvanisé une petite fille affectée d'hémiplégie. Je lui ai fait mettre les deux mains également dans un bassin d'eau salée, et les deux pieds dans un autre; j'ai fait passer un courant galvanique bien doux d'un de ces bassins à l'autre, en augmentant très graduellement la force : le bras affecté de paralysie a été mu bien avant le bras sain. De même pour les

membres inférieurs ; les muscles de la jambe paralysée se sont contractés très perceptiblement avec une bien moindre force galvanique que ceux de l'autre membre non paralysé.

J'ai fait, il y a un mois, la même expérience sur un petit garçon qui, sans avoir de paralysie du bras, tirait la jambe droite bien péniblement ; j'ai trouvé que le degré du courant galvanique qui faisait contracter les muscles sains ne produisait pas d'effet perceptible sur les muscles de la jambe affectée de paralysie.

De ces expériences et d'autres semblables que rapporte l'auteur dans ce travail, il conclut :

1° Qu'il y a des cas de paralysie où les muscles des membres affectés se contractent par un moindre degré de l'influence galvanique que les muscles de l'autre membre ;

2° Qu'il y a des cas de paralysie où le contraire a lieu, où les muscles du membre sain sont plus affectibles que ceux du membre paralysé ;

3° Que ces cas sont des cas de paralysie où l'influence du cerveau ou celle de la moelle épinière est interceptée ;

4° Qu'entre certaines limites l'enlèvement de l'influence du cerveau conduit à une élévation comparative de l'irritabilité de la fibre musculaire, tandis que l'enlèvement de l'influence de la moelle épinière produit l'effet opposé ;

5° Que cette différence du degré d'irritabilité de la fibre musculaire dans les paralysies cérébrale et spinale devient à son tour diagnostique ;

6° Que la machine à courant galvanique simple et léger, qui fait valoir cette différence, peut seule, à l'exclusion de toute machine à courant intense, et surtout à courant intense et rapidement répété, servir de moyen de diagnostic.

Des fonctions du foie pendant la digestion.

M. Sémanas, de Lyon, adresse, à l'occasion de la récente communication de M. Blondlot, un mémoire sur les fonctions du foie pendant la digestion et sur les usages de la bile pour l'albumine digestive. L'auteur expose dans ce mémoire une nouvelle théorie de la digestion, qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° La digestion proprement dite, c'est-à-dire abstraction faite des actes relatifs à la réunion des matériaux alimentaires, se compose de deux temps principaux, qui sont : *a.* la digestion intestinale ou nutritive ; *b.* la digestion hépatique ou sécrétoire.

2° La digestion hépatique ou sécrétoire (qui est la seule dont l'auteur se soit occupé dans ce travail) comprend la préparation et l'absorption des matériaux albumineux.

3° La préparation des matériaux albumineux (charriés au préalable par la veine-porte) s'exécute au sein du foie par la bile que ces matériaux y rencontrent, laquelle se mélange avec eux et les *alcalinise* en vue de leur absorption digestive.

4° L'absorption digestive des matériaux albumineux s'exécute au sein du foie par les soins des lymphatiques hépatiques.

5° Il suit de là que le foie peut être dit l'organe digestif des matériaux albumineux, et la bile (dont le rôle principal est par conséquent dans le foie et non hors du foie) le dissolvant alcalinisateur de l'albumine digestive.

6° Enfin, les conduits hépatiques et cystiques sont les évacuants de la bile excrémentitielle, et très probablement aussi les instruments d'économie de l'albumine et de la bile non excrémentitielle.

Etiologie de la fièvre intermittente.

M. Wanner adresse une note sur l'étiologie de la fièvre intermittente et de la fièvre pernicieuse, qu'il attribue au concours de l'action miasmatique et de la déperdition successive du calorique du corps.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SIXIÈME LEÇON (1).

DE L'ÉLECTRICITÉ. — DE L'ÉLECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE. — DE L'ÉLECTRICITÉ ANIMALE.

Ainsi que nous l'avons fait pour la température, nous n'aborderons l'étude des influences qu'après avoir rappelé sommairement les notions qui se rattachent, d'une part, à l'électricité atmosphérique, et d'autre part à l'électricité animale.

De l'électricité atmosphérique. — Existe-t-il de l'électricité dans l'air atmosphérique?

Ce n'est guère que vers le commencement du dix-huitième siècle que l'on commença à soupçonner l'existence de l'électricité atmosphérique ; encore ne fut-elle entrevue que dans les phénomènes qui constituent les orages ; et ce ne fut pas sans hésitation que Wall, en 1708, Grey, en 1735, Nollet, en 1746, émirent l'opinion que le tonnerre pouvait bien être autre chose que la voix d'un Dieu irrité, et que peut-être il existait quelque analogie entre la foudre et l'électricité. C'est à Francklin qu'appartient l'honneur d'avoir proclamé l'existence de l'électricité atmosphérique, qui bientôt après fut expérimentalement démontrée par Alibard et Romas, en 1752, le premier ayant fait usage, pour arriver à cette démonstration, d'un appareil fixe, et le second ayant enlevé un cerf-volant attaché à une ficelle mouillée communiquant avec un électromètre.

Ce n'est qu'à une époque encore plus rapprochée de nous qu'il fut constaté que non-seulement les nuages orageux sont fortement chargés d'électricité, mais encore que l'air atmosphérique contient une certaine quantité de ce fluide, même pendant le temps le plus serein. Et, en effet, si, dans une plaine découverte, sur le sommet d'un édifice élevé, d'une haute montagne, on observe un électromètre, on obtient presque toujours des signes d'une électricité atmosphérique dont les causes doivent être brièvement indiquées.

Malgré les objections de plusieurs physiciens, Kaemtz est porté à admettre que de l'électricité est produite par le frottement des masses d'air les unes contre les autres; et comme lorsqu'on frotte l'un contre l'autre deux bâtons de résine d'inégale température, le plus froid s'électrise positivement et le plus chaud négativement, Kaemtz en conclut que les couches atmosphériques inférieures doivent être électrisées négativement, les supérieures positivement.

M. Pouillet a placé une source puissante d'électricité atmosphérique dans l'évaporation d'eau chargée de substances étrangères en dissolution qui s'opère sans cesse à la surface du sol, et dans laquelle les vapeurs s'élèvent chargées d'électricité positive, tandis que le sol conserve le fluide négatif. Mais M. Becquerel établit que l'électricité ne se produit point par l'évaporation pure et simple de l'eau, mais seulement lorsqu'il s'opère une réaction chimique ou que le composé tenu en solution se déshydrate. Or, comme l'on n'obtient aucun effet à une température inférieure à 110°, il faut en conclure que, dans l'évaporation de l'eau à la surface de la terre, il n'y a pas d'électricité dégagée.

M. Pouillet a montré ensuite que dans la combustion du charbon il se forme un courant d'acide carbonique électrisé positivement, et que par conséquent l'atmosphère doit contenir toute l'électricité produite par les combustions qui s'opèrent à la surface de la terre. Enfin, la germination et la végétation donnent également lieu à un dégagement d'acide carbonique chargé d'électricité positive.

M. Becquerel est porté à admettre que l'inégale distribution de la chaleur dans la terre et dans l'atmosphère est la seule cause de l'électricité atmosphérique, des effets magnétiques terrestres et des aurores boréales.

Voyons maintenant quel est le mode de distribution du fluide, et ses rapports avec les diverses conditions de l'atmosphère.

La surface du sol est toujours électrisée négativement; plongé, au contraire, dans l'air *sec et serein*, l'électromètre accuse presque constamment de l'électricité positive, dont l'intensité varie incessamment sous l'influence de nuages passagers, d'un souffle de vent, etc., et dont la distribution n'est pas uniforme. Les couches les plus inférieures de l'atmosphère, dans une épaisseur de 1 à 2 mètres, ne contiennent point d'électricité libre, parce que, la terre et l'atmosphère étant dans deux états électriques contraires, les deux fluides se combinent continuellement dans cette étendue par l'intermédiaire des corps situés à la surface du sol. Il en est de même dans les lieux *bas et abrités*, tels que les vallées étroites, les cours des maisons, les rues des villes, etc. La tension électrique augmente, au contraire, à mesure qu'on s'élève dans l'atmosphère, ainsi que l'ont constaté MM. Gay-Lussac et Biot. Mais la loi de son augmentation n'est pas connue, et dépend du plus ou du moins de vapeurs qui se trouvent dans l'air. La hauteur absolue et l'absence de tout abri ont d'ailleurs une influence à peu près égale, et de Saussure prétend que l'électricité est aussi forte dans une plaine que sur le sommet d'une montagne, lorsque celle-là n'est point dominée par des objets environnants.

L'électricité atmosphérique varie suivant la température, l'humidité de l'air, la force et la direction des vents, et vous pouvez en conclure *à priori* qu'elle n'est point la même dans toutes les *latitudes*, et qu'elle présente des *variations diurnes* incessantes. En effet, elle diminue de l'équateur au pôle, et elle est à peu près nulle au delà du 68° degré de latitude nord.

Les *variations diurnes* de l'électricité atmosphérique n'existent probablement pas dans les régions très élevées, au-dessus des nuages, par exemple; mais elles sont très marquées dans l'étendue de l'atmosphère qui constitue le milieu ambiant au sein duquel nait et se développe l'organisme.

Au lever du soleil, l'électricité atmosphérique est faible ; elle augmente graduellement à mesure que le soleil s'élève sur l'horizon et que, sous son influence, des vapeurs se dégagent du sein de la terre; le *maximum* est atteint vers 6 ou 7 heures du matin en été, 8 ou 9 heures au printemps et en automne, 10 heures ou midi en hiver. Immédiatement après avoir atteint ce maximum, l'électricité décroît, rapidement d'abord, lentement ensuite, et elle atteint le *minimum* deux heures environ avant le coucher du soleil. Dès que cet astre s'approche de l'horizon, l'électricité croît de nouveau et présente un second maximum deux heures après le coucher du soleil, après quoi elle décroît de rechef jusqu'au lendemain matin.

Vous voyez, messieurs, que, comme la température atmosphérique, l'électricité présente, au milieu de ses variations diurnes, deux maxima et deux minima: le premier maximum deux heures après le lever du soleil, le second deux heures après le coucher de cet astre; le premier minimum deux heures avant le lever du soleil, le second deux heures avant son coucher.

D'après Kaemtz, il n'existerait sur les montagnes qu'un maximum et qu'un minimum, celui-ci le soir, celui-là le matin.

Indépendamment de ses variations diurnes, l'électricité atmosphérique est encore soumise à des *variations saisonnières et annuelles*; mais à cet égard nous manquons de données précises ; on sait seulement que l'électricité positive des temps sereins est bien plus forte en hiver qu'en été, et qu'elle varie d'une manière régulière dans l'intervalle qui sépare ces deux saisons.

Il nous reste à rechercher quelles sont les *modifications accidentelles* de l'électricité atmosphérique.

L'électricité augmente sous l'influence de la rosée, et lorsque celle-ci est abondante, c'est vers le soir qu'a lieu le maximum de la période diurne ; les brouillards agissent de la même manière, et plus ils sont épais, plus l'électricité est forte.

Les pluies douces et continues paraissent ne pas modifier l'électricité atmosphérique ; mais les fortes pluies et la neige produisent, au contraire, une quantité notable de fluide, les pluies négatives étant aux pluies positives comme 155 : 100 d'après les recherches de Schühler, et comme 108 à 100 d'après celles de Hemmer. La direction des vents exerce d'ailleurs à cet égard une influence très remarquable, la proportion des pluies négatives étant beaucoup plus considérable lorsque soufflent les vents du sud, du sud-est et du sud-ouest que par les vents du nord, du nord-est et du nord-ouest. Ainsi, le nombre des pluies positives étant représenté par 100, Schübler a trouvé :

91	pluies négatives	par le vent du	nord.
169	—	—	nord-est.
128	—	—	nord-ouest.
260	—	—	sud.
175	—	—	sud-est.
232	—	—	sud-ouest.
166	—	—	est.
145	—	—	ouest.

L'origine de cette électricité négative s'expliquerait, suivant Schühler et Tralles, de la manière suivante : au moment d'une averse subite, les gouttes d'eau traversent un air sec; elles se changent en partie de vapeurs qui entraînent l'électricité positive, tandis que les gouttes de pluie restent à l'état négatif. Belli et Kaemtz contestent la justesse de cette explication, et attribuent le phénomène à l'influence exercée, d'une part, par le sol et, d'autre part, par les nuages.

Volta a fait jouer un rôle considérable à l'électricité dans la production de la grêle, et sa théorie a été adoptée, avec quelques modifications, par plusieurs météorologistes ; mais ce ne sont, en réalité, que des hypothèses, et tout ce que l'on peut admettre, c'est que l'électricité intervient d'une manière quelconque dans la production du phénomène, l'électromètre changeant fréquemment de signe à l'approche d'un nuage de grêle, en même temps qu'il indique de grandes différences dans l'intensité électrique.

D'après une théorie développée par M. Peltier, une trombe ne serait qu'un conducteur imparfait entre les nuages orageux et la terre; mais le rôle que jouerait ici l'électricité n'intéresse que le météorologiste.

Ceci nous conduit à une question fort importante : celle de la formation des orages, de l'étude des nuages orageux, du tonnerre et de la foudre.

La condition essentielle de la formation des orages est une rapide condensation de vapeurs ; si cette condensation ne produit qu'une électricité médiocre, il ne survient que des averses passagères; si l'électricité produite est très forte, un orage éclate.

Tous les orages peuvent se diviser en deux classes ; les uns sont dus à l'action d'un courant ascendant, les autres à la lutte de deux vents opposés ; les premiers se montrent pendant la saison chaude, les seconds principalement pendant l'automne ou l'hiver. Dans nos climats, et en été, trois conditions sont nécessaires à la formation d'un orage : un grand calme de l'atmosphère, un sol plus ou moins humide et un temps serein.

Les nuages orageux ont-ils des caractères particuliers, des signes distinctifs? Voici ceux qui leur sont assignés par Beccaria.

Lorsque par un temps calme on voit s'élever assez rapidement de quelques points de l'horizon des nuages très denses, semblables à des masses de coton amoncelées, c'est-à-dire terminés par un grand nombre de contours curvilignes brusquement et nettement arrêtés, comme le sont les sommités des montagnes domiques couvertes de neige ; lorsque ces nuages se gonflent en quelque sorte, lorsqu'ils diminuent de nombre et augmentent de grandeur ; lorsque, malgré tous ces changements de forme, ils restent invariablement attachés à leur première base ; lorsque ces contours se fondent peu à peu les uns dans les autres de manière à ne plus laisser bientôt à l'ensemble que l'aspect d'un nuage unique, on peut annoncer avec certitude qu'un orage est imminent.

A ces premiers phénomènes succède toujours l'apparition d'un gros nuage bien sombre, par l'intermédiaire duquel les premiers paraissent toucher à la terre; sa teinte obscure se communique de proche en proche, et bientôt des parties les plus hautes d'une masse noire et compacte partent, sous la forme de longs rameaux, des nuages qui, sans s'en détacher, vont graduellement couvrir tout le ciel.

J'ai voulu, messieurs, vous faire connaître cette description de Beccaria ; mais je dois vous prévenir que vous ne la trouverez pas toujours parfaitement exacte, car la formation des nuages présente des phénomènes qui varient suivant les localités, la latitude, la saison, etc. Ils ne sont pas identiquement les mêmes dans la plaine et sur les montagnes, dans nos contrées et sous les tropiques, en été et en hiver, et M. Arago a montré que la foudre s'élabore et se manifeste quelquefois dans des nuages dont la nature semble être toute différente de celle des nuages atmosphériques ordinaires.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5 et 17 juillet.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 89. — SAMEDI 2 AOUT 1851. (24e ANNEE.) N° 89. — SAMEDI 2 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quelques mots sur l'extraction de la cataracte par la kératotomie supérieure.

On sait quelle importance un grand nombre d'oculistes modernes attachent, pour le résultat définitif de l'opération, au lieu sur lequel on pratique la section de la cornée pour extraire le cristallin devenu opaque. On sait que c'est au procédé généralement préféré aujourd'hui par ces oculistes qu'ils attribuent des succès si beaux, que beaucoup de chirurgiens distingués ont manifesté une grande tendance à les considérer comme fabuleux. Cette tendance, cependant, n'a pas été générale. M. Nélaton, par exemple, sans adopter aveuglément les assertions de Jæger, de Fl. Cunier, etc., pensait que ces résultats devaient être pris en sérieuse considération; et dans sa thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, il résumait ainsi les avantages de la kératotomie supérieure.

« L'avantage qui nous paraît le plus important, c'est l'adaptation et la contention exacte du lambeau de la cornée; en effet celui-ci, qui d'ailleurs n'est point rétractile, se trouvant comprimé d'une manière douce et uniforme par la paupière supérieure, se réapplique avec une exactitude presque mathématique. Il existe, comme on le voit, une différence capitale entre les conditions que présente le lambeau de la cornée dans la kératotomie inférieure et dans la supérieure; dans le premier mode, il est exposé à être froissé douloureusement, déplacé, irrité, par le bord de la paupière inférieure; dans le second, la paupière supérieure est à la fois pour lui un appareil protecteur et un moyen de coaptation que l'art chercherait en vain à imiter.

» Les larmes, les mucosités purulentes que nous avons dit s'arrêter entre les bords palpébraux au niveau de la plaie de la cornée et que l'on présume devoir nuire à la réunion ne sauraient non plus dans la kératotomie supérieure exercer, comme dans la section inférieure de la cornée, une influence fâcheuse.

» Il est bon de noter encore parmi les conséquences avantageuses de ce mode opératoire la situation de la cicatrice de la cornée. Celle-ci se trouve cachée derrière la paupière supérieure, l'opacité qu'elle présente n'a pas plus d'inconvénient que l'arc sénile avec lequel on pourrait souvent la confondre si l'on n'était pas prévenu qu'une opération a été pratiquée sur l'œil. A l'avantage d'être complètement couverte et de ne porter aucun préjudice à la vision, cette cicatrice joint encore celui de laisser intacte et transparente la partie inférieure de la cornée, c'est-à-dire un des points le plus favorable pour établir une pupille artificielle dans les cas où une oblitération ultérieure de la pupille rendrait cette opération nécessaire.

» La comparaison que nous venons de faire des divers procédés d'après lesquels se pratique l'incision de la cornée, semble faire pressentir que *la kératotomie supérieure est appelée à occuper un jour un rang important* parmi les modes opératoires employés dans le traitement de la cataracte. Telle est en effet la conclusion à laquelle on est conduit par la discussion des avantages et des inconvénients attachés à chaque procédé; mais hâtons-nous de le dire, tous nos raisonnements doivent s'incliner devant l'expérience; elle seule pourra prononcer en dernier ressort.

» Jæger a pratiqué 728 fois la kératotomie supérieure, 9 autres fois la kératotomie inférieure, en tout 737 opérations de ce genre, dont 33 seulement ont été suivies d'insuccès, ce qui donne environ 95 succès pour 100. »

Conformément aux espérances qu'il avait conçues, M. Nélaton a voulu expérimenter le procédé préconisé par les oculistes les plus habiles tant en France qu'à l'étranger. Jusqu'à présent les faits confirment les assertions qu'on était porté à considérer comme très exagérées, et, si ces faits viennent à se multiplier, il faudra bien reconnaître que la vérité était du côté des oculistes. Depuis que M. Nélaton a employé la kératotomie supérieure, nous ne sachons pas qu'il ait éprouvé d'insuccès sur 8 ou 9 opérations que nous lui avons vu pratiquer, et l'on peut voir en ce moment dans les salles de la Clinique trois malades opérés récemment et chez qui l'opération a réussi.

D'abord c'est une femme âgée de cinquante-sept ans, opérée le 11 juin d'une cataracte cristalline dure dans les conditions ordinaires des cataractes chez les vieillards. Les suites de l'opération ont été on ne peut plus favorables. Depuis six semaines déjà la malade ne porte plus de bandeau et reconnaît tous les objets qu'on lui présente.

Le second malade est un homme âgé de soixante-sept ans, couché au n° 14 de la salle des hommes, se trouvant dans les mêmes conditions que la malade précédente, opéré de l'œil droit par le même procédé le 27 juin. Aucun accident n'est survenu, et l'on a obtenu un résultat non moins satisfaisant que chez la femme dont il vient d'être question.

Enfin, le troisième malade est encore un homme; il est couché au n° 7 de la salle des hommes. Opéré le 2 juillet de l'œil droit, il n'est survenu aucun accident, et la vue s'est assez bien rétablie pour qu'il puisse non-seulement se conduire, mais encore distinguer tous les objets qu'on lui présente. Ce malade est âgé de soixante-trois ans.

Nous espérons pouvoir donner plus tard un résumé complet de toutes les opérations pratiquées par l'habile chirurgien de la Clinique, quand ces observations nous paraîtront suffisamment nombreuses; mais nous avons cru utile d'appeler dès aujourd'hui l'attention des praticiens sur un procédé qui semble vraiment devoir tenir toutes les promesses qu'on avait faites en son nom.

Corps étranger des voies aériennes. Trachéotomie. Guérison.

L'observation suivante, que nous devons à notre excellent confrère M. Bouteillier fils, de Rouen, sera rapprochée avec intérêt de celle que nous avons publiée récemment, et qui appartient à M. Jobert. Quoi qu'on puisse dire dans d'injustes et heureusement fort rares récriminations, nous serons toujours heureux de constater qu'on fait ailleurs qu'à Paris une application intelligente des ressources de la chirurgie.

Ambroisine Alain, âgée de quatre ans, d'une bonne constitution, jouissait d'une parfaite santé, lorsque le 23 juin dernier, à midi, dans la cour de la salle d'asile du faubourg Saint-Sever (Rouen), elle ramassa un objet dans le sable, le porta à sa bouche et l'avala pendant un éclat de rire. Aussitôt elle fut prise d'une toux violente, la face devint bouffie, violacée. Les dames directrices, qui n'avaient pu suivre les mouvements de cette petite fille au milieu de près de deux cents enfants du même âge, s'inquiétèrent et apprirent les circonstances que je viens de rappeler par la déposition des petites camarades de la malade. Nous insistons sur ce fait, parce qu'il joua et devait jouer un rôle dans nos déterminations ultérieures.

Dans la journée du 23, après cet accès de suffocation, le calme revint complétement; il resta cependant de la toux se renouvelant assez fréquemment; l'enfant fut conduite à divers médecins et pharmaciens. Un vomitif fut prescrit et ingéré; il y eut un ou deux vomissements, mais le corps étranger ne fut point rendu. Le soir, huit heures après l'accident, se manifesta un deuxième accès de la plus grande intensité. C'est alors que je fus appelé; mais j'arrivai quand la suffocation avait complétement cessé. Il en fut de même le lendemain 24; il survint à six heures du matin un troisième accès un peu moins fort, mais encore très inquiétant, après une nuit sans sommeil et marquée par une série de quintes de toux; je vis l'enfant à huit heures du matin; je l'auscultai avec le plus grand soin, comme je l'avais déjà fait la veille, et comme je le fis ensuite chaque jour plusieurs fois, jusqu'au dimanche suivant, 29 juin.

Voici ce qui se passa et la conduite que je crus devoir tenir dans cette période de six jours qui s'écoulèrent entre l'accident et l'opération.

L'auscultation, le jour même, ne me révéla qu'une seule chose, c'est que l'expansion vésiculaire se faisait un peu moins bien du côté droit; les jours suivants, je pus percevoir des deux côtés, d'abord du râle muqueux dans les grosses bronches, plus tard, quelques râles sibilants, surtout à droite, avec diminution de la respiration de ce côté. Je dois ajouter que quelquefois il me sembla que c'était à gauche que l'expansion était la moins complète, j'en conclus que le corps étranger se logeait de préférence dans la bronche droite, ce qui, du reste, a lieu le plus souvent; mais que, soulevé de temps en temps par les accès de toux, il retombait quelquefois dans la bronche gauche. Enfin, le 28, j'entendis du râle muqueux dans presque tous les points de la poitrine, tant dans l'inspiration que dans l'expiration.

La percussion, pratiquée chaque jour, me fournit de précieux renseignements. Il n'y eut de matité à aucun moment, ni d'un côté, ni de l'autre du thorax.

L'expectoration ne pouvait pas me guider, parce que la petite malade avalait ses crachats.

La toux revint chaque jour et chaque nuit par accès séparés par de courts intervalles; elle était rauque, et jetait l'enfant dans la plus vive anxiété. Cette pauvre petite se roulait alors sur son lit, tantôt portant la main à sa poitrine, comme pour arracher la partie qui lui faisait mal, tantôt elle frappait à droite et à gauche les personnes qui la contenaient. Cet état durait chaque fois cinq à dix minutes, et était amené presque infailliblement par l'action de boire. Entre chaque crise, la petite malade était gaie, jouait même avec ses compagnes. La voix n'était point altérée. Le 28, la toux ne cessa presque point, et fut très fatigante, quoique moins violente.

Pendant ces six jours la fièvre ne s'alluma pas; si ce n'est quelquefois un peu dans la nuit. Mais le sixième, je remarquai que la peau était moins fraîche, en même temps que les forces avaient légèrement diminué; la fraîcheur du teint et la gaieté étaient notablement moins grandes.

Quant au traitement, je me bornai à l'expectation. J'ai très

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'amaurose ou de la goutte sereine, par le Dr Ch. DEVAL. Paris, chez Victor Masson. 1851. Un vol. in-8°.

On ouvre ce livre avec plaisir et on le lit avec un vif intérêt, parce que l'auteur promet de démontrer que la goutte sereine est, *beaucoup plus souvent qu'on ne le pense*, susceptible de guérison. Il fait cette promesse d'abord dans le titre même de l'ouvrage (*Traité de l'amaurose, ou de la goutte sereine*, contenant des faits nombreux de *guérison dans des cas de cécité complète*); il la répète et la développe dans le premier chapitre, où il s'élève contre le pronostic très défavorable porté sur cette maladie par des chirurgiens ou des oculistes distingués, où et il invoque la *nécessité de s'écarter des pratiques de la routine* dans le traitement de cette affection.

Avant d'aller plus loin, je sens moi-même la nécessité de poser la question dans ses véritables termes. Personne ne nie et ne conteste la guérison d'un certain nombre d'amauroses, même parmi les variétés les plus rebelles. Tous les chirurgiens ont vu des cas dans lesquels la maladie a été vaincue, soit par un effort spontané de l'organisme, soit par des traitements variés et prolongés, surtout lorsqu'on est parvenu à découvrir la cause de l'affection, et que cette cause, comme la syphilis, pour en citer un seul exemple, peut être victorieusement combattue. On ne méconnaît pas non plus qu'il est un grand nombre d'amblyopies, d'amauroses, même déjà anciennes, presque toutes celles qui sont *sthéniques* et dépendent d'une congestion cérébro-oculaire, celles qui tiennent à une chloro-anémie très prononcée, à la suppression d'un flux accidentel ou naturel et à plusieurs autres causes de ce genre; on ne méconnaît pas, dis-je, que l'art offre contre elles des ressources dont l'efficacité se vérifie chaque jour. Ce que l'on a voulu dire, par conséquent, dans le pronostic défavorable de la goutte sereine, s'adresse à l'amaurose ancienne, complète, à celle surtout qui est *asthénique* et *torpide*. On dit qu'elle est généralement incurable, comme il est admis que la paraplégie, même non traumatique, est une affection presque incurable aussi, bien que dans un petit nombre de cas, on parvienne à la guérir, par exemple, par un traitement antisypbititique, lorsqu'elle est produite par une exostose vénérienne née sur un point du rachis.

En interprétant ainsi l'opinion généralement reçue, il faut croire que M. Deval va étendre le cercle de la curabilité aux cas nombreux de l'amaurose asthénique et ancienne. C'est cette espérance qui fait naître un grand intérêt dans l'esprit du lecteur dès le début de l'ouvrage.

Pour justifier et faire accepter sa consolante promesse, l'auteur cite quelques observations. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille tout à fait amaurotique, et placée comme telle à l'hospice des Incurables; elle était mal réglée, et après quatre mois de l'usage du fer associé à la canelle, à la rhubarbe, à l'aloès, elle recouvre la vue, « assez pour se conduire. » Le second fait est un exemple d'amaurose par cause syphilitique qui fut amendée par un traitement antivénérien, au point que « la malade put travailler à la couture. » Dans le troisième cas, il y avait encore une cause sypbilitique; la guérison permit « de lire le journal. » Chez le quatrième malade, femme âgée de soixante-trois ans et sujette aux congestions cérébro-oculaires, des sangsues au siége, des dérivatifs, des frictions d'onguent napolitain belladoné sur les tempes amenèrent une amélioration, malgré la présence « d'un amas plastique de couleur blanche, » que l'auteur place dans la capsule cristalline antérieure. La cinquième observation ressemble à la première. Chloro-anémie, usage de ferrugineux; il y eut une grande amélioration.

Ces cinq faits sont assurément loin de manquer d'intérêt. Ils attestent un judicieux emploi des ressources de l'art, et montrent une grande sagacité de la part de l'auteur dans la recherche de la cause de la maladie. Mais on peut remarquer aussi que chez quelques-uns de ces cinq malades, chez le premier surtout, le bienfait du traitement se borna à une simple amélioration de la vue. On peut remarquer même qu'aucun de ces faits ne donne un exemple décisif capable de surprendre beaucoup, et de faire changer l'opinion commune des chirurgiens et de la plupart des oculistes.

Il est raisonnable de penser que M. Deval pourrait citer beaucoup d'autres exemples favorables à son avis, et naturellement on doit les chercher; je les ai recherchés moi-même avec un mélange d'intérêt et de curiosité dans les articles qu'il consacre au traitement. Voyons donc ces articles, et que l'on me pardonne de suivre une marche aussi peu méthodique dans cette analyse, et au lieu de suivre l'auteur pas à pas, de m'arrêter de préférence sur les points fondamentaux de son ouvrage.

Le traitement de l'amaurose comprend trois articles, l'un relatif à la forme congestive ou *sthénique*, le second concernant la forme *asthénique* et le troisième ayant trait aux amauroses qui reconnaissent des causes spéciales. Dans le premier, l'auteur passe en revue successivement les émissions sanguines, les ventouses, les bains de pieds irritants, les purgatifs, les affusions froides sur la région oculaire et le front, l'emploi du calomel, de la belladone, etc., et termine par quelques mots sur les vésicatoires et le séton, dont il est d'avis, avec raison, de restreindre l'usage.

Dans le second article, qui expose le traitement de l'amaurose *asthénique*, on voit paraître toute la série des agents stimulants, et l'auteur avertit avec soin d'en ménager et d'en graduer l'emploi, afin de ne pas trop exciter la rétine, rappelant cette remarque de Walther qu'une amélioration trop brusque survenue sous l'influence des stimulants est presque toujours d'un mauvais augure pour la guérison définitive. Parmi les stimulants, les uns s'appliquent à l'état liquide sur les paupières ou leur voisinage, ou à l'état de vapeur au-devant de l'œil. Viennent ensuite les vésicatoires

peu de confiance dans les vomitifs, les sternutatoires, les moyens mécaniques, etc., en pareil cas; mais j'attachai la plus grande importance à ce que l'alimentation ne fût point suspendue. On donna sans cesse du lait et du bouillon. Je vais dire quels furent les motifs qui me déterminèrent à temporiser ainsi pendant six fois vingt-quatre heures.

Dans un cas aussi grave, je réclamai les conseils de mon confrère M. le docteur Duclos et ceux de M. le docteur Hélot. Nous fûmes d'accord sur le moment à choisir pour opérer.

Je n'avais été témoin d'aucun des trois accès de suffocation grave, et les quintes de toux que je vis ne suffirent pas, les premiers jours, pour me déterminer à aller à la recherche d'un corps étranger sur l'introduction duquel il pouvait y avoir des doutes, puisque le fait n'était affirmé que par des enfants de trois et quatre ans. La persistance des accidents ne laissa pas que de m'inquiéter beaucoup dès le troisième jour; cependant, aucun symptôme vraiment sérieux ne se déclarant du côté du poumon, aucune fièvre ne survenant, les forces ne diminuant pas, grâce à l'alimentation soutenue, nous résolûmes, mes confrères et moi, d'attendre encore, car il n'est pas sans exemple que le corps étranger ait été rendu pendant la toux. Nous pouvions surtout l'espérer si le prétendu caillou eût été très petit. Enfin, le 28, il n'y eut plus à hésiter : l'état général et surtout l'état local commencèrent à être inquiétants. Nous ne pouvions plus espérer l'expulsion spontanée; en effet, l'absence de suffocation lors des accès de toux nous disaient assez que le corps étranger n'était pas poussé en haut jusqu'à la partie inférieure du larynx, jusqu'à la glotte.

Je pratiquai donc l'opération le lendemain matin, 29 juin, avec le concours aussi éclairé que bienveillant de MM. Hélot et Duclos. M. Duchesne, interne des hôpitaux de Rouen, voulut bien nous servir d'aide dans cette circonstance.

La laryngo-trachéotomie fut faite lentement; couche par couche j'incisai la membrane crico-thyroïdienne, puis le cartilage cricoïde et quatre anneaux de la trachée-artère : il n'y eut aucune complication ni pendant, ni après l'opération.

Nous fûmes peu gênés par l'hémorrhagie; cependant nous plaçâmes sur-le-champ une canule en argent dans la trachée, afin d'arrêter le sang (ce qui eut lieu bientôt), et surtout afin de tenir écartées les lèvres de la plaie. Nous nous proposions de laisser la canule pendant quelques heures; mais peu de minutes après son introduction nous sentîmes par le toucher le corps étranger frapper contre la partie inférieure de l'instrument. Nous l'ôtâmes alors, en maintenant la plaie béante au moyen du dilatateur. Aussitôt sortit un fort noyau de cerise d'un diamètre plus grand que celui de la canule. Ce noyau avait suivi cette dernière avec une prodigieuse facilité, et il fut projeté à quelques pas.

La canule fut replacée malgré la sortie du corps étranger, parce je reconnus que l'écume sanguinolente qui obstruait la trachée s'échapperait plus facilement, et je me suis bien trouvé de cette manière de faire. A cinq heures je la retirai; elle était bouchée par des mucosités, et malgré cela la malade n'était pas trop oppressée, l'air passant entre l'instrument et la trachée-artère.

Le jour de l'opération et le lendemain, respiration précipitée, fièvre légère. Par la plaie sortent des mucosités sanguinolentes, peu épaisses. — Lait coupé.

Le 1er juillet, troisième jour. — La fièvre a disparu; la plaie donne issue à beaucoup de muco-pus lactescent, peu épais. Quand la malade boit, une partie du liquide entre par le larynx et ressort par la plaie. — Lait; bouillon; eau rougie.

Le 3 juillet, la plaie commence à diminuer seulement à cette date; les crachats, pour la première fois, se rendent dans la bouche, mais sont ravalés. Par suite de ce changement, j'ai noté de l'oppression dans la nuit du 3 au 4 et du 4 au 5 juillet. — Lait; bouillon.

Les 5 et 6 juillet, la petite fille ne se contente plus de liquide; elle mange des tartines de pain.

Le 7, la plaie est presque bouchée au fond; il sort par là actuellement très peu de mucosités.

Le 8, sa voix, *qui avait disparu* aussitôt que j'eus pénétré dans le larynx, commence à revenir.

Le 9, il n'y a plus de fistule; à dater de ce jour la plaie cutanée est même presque complètement fermée.

Il est à noter qu'aucun pansement n'a été fait, parce qu'il gênait la sortie des mucosités.

La guérison complète ne se fit pas attendre plus de douze jours à partir de l'opération.

Les observations de ce genre sont assez rares dans la science pour que j'aie cru utile de publier le fait que l'on vient de lire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Leçon clinique sur le purpura.

Vous avez observé, messieurs, au n° 48 de la salle Sainte-Marthe, une femme de cinquante-cinq ans, d'une constitution faible et nerveuse, présentant, aux membres inférieurs surtout, de petites taches de la largeur d'une lentille, ou même moins, les unes d'un rouge vif, d'autres violacées, d'autres enfin à peine jaunâtres. A part les douleurs assez vives que cette malade accuse dans les jambes, la santé paraît fort bonne, et notamment les fonctions digestives ne présentent aucun trouble appréciable. En interrogeant cette femme, on apprend que sa maladie remonte à deux ans, époque à laquelle elle semble s'être manifestée dans des conditions de mauvaise alimentation, d'une habitation froide et humide et de chagrins prolongés.

La malade nous dit aussi qu'au début les taches étaient plus larges et plus saillantes (semblables à des plaques d'urticaire), que les éruptions se succédaient d'abord à des intervalles assez longs, mais que peu à peu elles ont acquis les caractères de celle qui existe aujourd'hui, sont devenues plus rapprochées, et qu'ainsi la maladie est devenue permanente.

Depuis son admission dans nos salles, et sous l'influence d'une alimentation meilleure, de l'usage d'une tisane acide, surtout sous l'influence du repos, nous avons vu ces taches disparaître, mais seulement d'une manière momentanée. En effet, il suffit que la malade reste levée pendant une journée, ou même pendant quelques heures, pour que des taches nouvelles se montrent.

La plupart de celles que vous voyez aujourd'hui se sont produites depuis la soirée d'hier, où la malade s'est levée et a marché pendant quelques heures.

La maladie dont cette femme est atteinte est un purpura. Le purpura est une hémorrhagie de la peau. Or, la peau peut devenir le siége d'hémorrhagies :

1° A sa surface divisée ou intacte. Dans cette dernière condition, ce phénomène, désigné sous le nom de *sueur de sang*, est excessivement rare. J'ai vu une jeune fille, bien portante d'ailleurs, mais non réglée, chez laquelle, aux époques menstruelles, il se formait aux bras et aux mains de larges plaques saillantes. Au bout de quelques heures ces plaques se couvraient d'une sorte d'exsudation sanguine qui durait, en général, vingt-quatre heures, et qui finissait par se coaguler.

2° Dans l'épaisseur même de la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ce sont les hémorrhagies de cette espèce qui forment les pétéchies, les ecchymoses spontanées, les taches de pourpre.

3° Enfin, peut-être faut-il rattacher aux hémorrhagies cutanées la mélanose résultant d'une transformation du cruor.

Quant au pourpre, ou purpura, confondu d'abord avec les exanthèmes, parmi lesquels Willan lui-même le range encore, c'est une maladie caractérisée par l'apparition dans différents points du corps de taches d'un rouge vif ou violacé qui persistent pendant quelques jours, et quelquefois pendant un et deux septenaires, pour disparaître ensuite graduellement, en subissant les mêmes changements que les ecchymoses traumatiques. Ordinairement fort petites, ces taches ont pour siége habituel les membres inférieurs, qu'elles occupent même exclusivement au début de l'affection. Cependant l'éruption peut aussi occuper d'autres régions plus ou moins limitées; on l'a vue quelquefois bornée au visage, etc.

Willan a admis plusieurs variétés de purpura :

Le *purpura senilis*, qui, sauf la largeur plus grande des taches, n'offre rien de spécial;

Le *purpura contagiosa*, qui n'est autre chose que l'éruption pétéchiale des maladies contagieuses;

Le *purpura urticans*, variété qui avait été rejetée à tort par plusieurs auteurs et par nous-même. Elle est caractérisée par des plaques saillantes d'urticaire, par des nodosités qui deviennent l'occasion d'une véritable hémorrhagie de la peau. Il y a donc là autre chose qu'une simple complication.

On distingue, en outre, le *purpura simplex* et le *purpura hemorrhagica*, suivant que les épanchements de sang sont bornés à la peau ou qu'il se font en même temps du côté des membranes muqueuses. Cette distinction, qui est fondamentale dans l'histoire du purpura, est aussi celle qui soulève les questions les plus embarrassantes relativement à la constitution pathologique de cette affection.

Enfin, on distingue aussi un purpura fébrile et un purpura non fébrile.

L'école italienne a beaucoup exagéré la fréquence du purpura fébrile ou sthénique, dont l'existence ne saurait cependant être révoquée en doute.

Le *purpura simplex* se rencontre à tous les âges, cependant il est rare chez les vieillards; il se présente dans les conditions hygiéniques les plus opposées, et bien qu'on l'observe habituellement chez les sujets mal nourris, débilités, etc., il n'est cependant pas rare de le voir chez des personnes qui vivent dans l'aisance. Ceci s'applique également au *purpura hemorrhagica*. Qu'il soit primitif ou qu'il ait été précédé d'un *purpura simplex*, le pourpre hémorrhagique a souvent pour prodromes de l'anorexie, de la faiblesse, de l'anxiété, de l'assoupissement, de la céphalalgie. Les mêmes phénomènes, mais moins prononcés, précèdent quelquefois pendant plusieurs jours la manifestation du *purpura simplex*. Souvent aussi, la maladie éclate brusquement sans aucune sorte de prodromes : les malades s'éveillent le corps couvert de taches de pourpre, rendant du sang par la bouche, le nez..... Bientôt les taches, qui d'abord étaient petites et d'un rouge vif, s'élargissent et changent de couleur; souvent, après avoir été bornées aux membres inférieurs, elles se répandent sur le tronc, le cou, les bras et parfois sur le visage.

Parmi les symptômes du purpura, symptômes dont nous n'entendons pas faire ici le tableau détaillé, nous insisterons particulièrement sur les *douleurs* contusives et quelquefois très violentes que les malades éprouvent dans la continuité et dans la profondeur des membres. Quelques jours après la manifestation de semblables douleurs, on voit, dans le *purpura hemorrhagica*, survenir à la peau des ecchymoses plus ou moins larges qui dénotent un épanchement sanguin dans la profondeur des muscles. Chez notre malade, qui n'a cependant qu'un *purpura simplex*, vous pouvez voir que les douleurs constituent pour ainsi dire le symptôme dominant, sans qu'il soit possible de les rattacher à la cause que je viens d'indiquer. Quelquefois, au lieu de simples taches, on rencontre dans le pourpre hémorrhagique de véritables bulles semblables à des bulles de pemphigus, et remplies d'une sérosité sanguinolente. Ces bulles ont été vues par Biett, Reil et nous-même sur la muqueuse des gencives, du palais, etc., et il est facile, dans ces différents points, sur les gencives surtout, de suivre la marche des phénomènes depuis la formation de la tache bulleuse jusqu'à sa déchirure qui devient l'occasion de l'hémorrhagie. Celle-ci peut aussi se faire par d'autres voies, par le rectum, l'urètre, le vagin. Quelquefois excessives et même foudroyantes, les pertes de sang se font, dans le plus grand nombre des cas, seulement par les gencives et le nez, et en quantité très petite; elles se reproduisent à des intervalles irréguliers.

Si la maladie doit se terminer par la guérison, l'abondance des hémorrhagies va toujours décroissant, et les intervalles de temps qui les séparent deviennent de plus en plus longs. La terminaison funeste a lieu lorsque les siéges des hémorrhagies se multiplient, que la quantité de sang perdu devient plus grande ou que les accidents se reproduisent à de très courts intervalles. Chez des sujets morts de purpura, on trouve des épanchements de sang dans tous les organes : la peau, les muscles, les séreuses, le cerveau, le foie, la rate, etc.

La nature intime du purpura est loin d'être parfaitement

---

promenés sur la région fronto-temporale. M. Deval préfère obtenir la vésication avec la pommade ammoniacale de Gondret, et tantôt se borne à une simple vésication, tantôt dépose de la strychnine sur la surface dénudée. Les sternutatoires, l'introduction entre les paupières d'une pommade qui contient de l'oxyde rouge de mercure, ou de l'hydrochlorate d'ammoniaque, ou du camphre, ou de la strychnine, rendent aussi de grands services.

L'électricité est un des moyens que préfère l'auteur. Pour l'appliquer, d'abord il s'est servi à Vienne, sous la direction du professeur Rosas, d'une pile à colonne; plus tard, il employa l'appareil électro-magnétique des frères Breton; aujourd'hui, il donne la préférence à un appareil qu'il a fait fabriquer lui-même et qui se compose d'une pile à deux liquides (pile modifiée de Bunsen) et d'un multiplicateur. On devra lire aux pages 371 et 372 la manière de se servir de cet appareil, qui agit « d'une manière douce, » continue, uniforme sur la région oculaire et les parties voisines, » et qui évite au malade la douleur, ainsi que l'apparition de scotomes étincelants, lesquels, suivant l'avis déjà exprimé par Walther, ont de l'inconvénient. L'auteur recommande le moment de la séance pour introduire entre les paupières une des pommades stimulantes dont il se loue beaucoup et dans lesquelles entrent du précipité rouge, du précipité blanc ou du sublimé corrosif. Les séances de galvanisme devront être renouvelées tous les jours ou tous les deux jours pendant longtemps. La durée du traitement est une condition du succès. Avec l'appareil mentionné ci-dessus, on peut faire des séances de dix, quinze et même trente minutes sans inconvénient.

Dans un dernier article, M. Deval s'occupe du traitement de quelques amauroses qui reconnaissent une cause spéciale. Il s'agit ici de la goutte sereine consécutive à une suppression de règles, à une disparition de maladie de la peau, à la syphilis, à la chlorose, au rhumatisme, etc. Une fois la cause spéciale connue, le choix du traitement est par là même indiqué, et l'auteur se borne à passer en revue les moyens usités en pareils cas.

Dans ces trois articles sur le traitement de l'amaurose, M. Deval déploie une grande richesse de moyens thérapeutiques; ses conseils sont dictés avec un discernement que peuvent seules donner une pratique étendue et une grande expérience du sujet. Cette lecture est donc très instructive, et on ne saurait trop la recommander. Mais j'avoue que je m'attendais à y trouver plus. Séduit par les promesses faites au début du livre, à la page 9, et en ces termes : « Une amélioration et la guérison même sont possibles lorsque le » sujet perçoit encore la lumière solaire, même sans percevoir les » objets extérieurs »; encouragé par la résolution de s'écarter des voies de la routine et par l'affirmation de guérir un plus grand nombre d'amauroses qu'on ne le pense ordinairement, je m'étais attendu à trouver ici la réalisation de ces promesses et de ces espérances. Je n'ai pas, assurément, l'intention de nier ou de contester à l'auteur les succès qu'il a obtenus; mais je crois qu'en une question pareille, lorsqu'on veut prouver aux autres médecins qu'ils se trompent sur la curabilité plus ou moins grande d'une maladie, il est convenable, pour les éclairer, d'avoir recours à des preuves irrécusables. Ceux qui liront attentivement ce livre remarqueront avec une surprise, que je ne veux pas moi-même dissimuler, que les observations, qui y sont disséminées en grand nombre (il y en a 139), font presque tout à fait défaut dans les articles relatifs au traitement. Pourquoi l'auteur, qui fait voir une prédilection très marquée pour le galvanisme dans l'amaurose asthénique, ne cite-t-il pas un seul fait de guérison par ce moyen, sauf un cas mentionné incomplétement à la page 374? Pourquoi ne pas donner des chiffres sur le nombre de succès obtenus par tel ou tel mode de traitement, ou même par tous les traitements réunis? Il y avait un moyen bien simple de porter la conviction dans tous les esprits, en ayant recours à la statistique, qui, malgré le mal qu'on en a dit, sera toujours une méthode excellente pour résoudre les questions de l'étiologie, du pronostic et du traitement. N'est-il pas triste et fâcheux de voir que l'on recommence et que l'on refait toujours les mêmes livres, et que bien souvent les uns ne diffèrent des autres que par la différence des assertions? Si les preuves faisaient place aux assertions, on s'éviterait bien des redites, des peines inutiles, et la science y gagnerait autant que les malades. Ces preuves étaient d'autant plus utiles ici que j'ai reçu ce matin même, comme tous mes confrères, sans doute, un prospectus annonçant la publication du livre de M. Deval, et où les succès obtenus par l'auteur sont présentés sous le jour le plus favorable.

Mais je ne veux pas trop insister sur un reproche qu'il faudrait étendre à beaucoup d'autres auteurs, et j'ai hâte aussi d'accorder à M. Deval les éloges qu'il mérite. Son livre, correctement et clairement écrit, révèle un esprit juste, ingénieux, et témoigne à chaque pas d'une grande connaissance de la maladie qui en est l'objet. Ne se bornant pas à la description de l'amaurose, il embrasse toutes les altérations de la vue sous les noms de *kopiopie*, *myodésopsie*, *photopsie*, *chropsie*, *diplopie*, *méropie*, etc., noms qui ont le tort, à mon avis, d'être peu usités et d'être difficiles à prononcer, sinon barbares. Il examine et discute avec soin les symptômes et les variétés de la maladie, en établissant celles-ci, autant que possible, d'après les causes qui les ont produites. L'*héméralopie* est étudiée avec soin dans un chapitre à part, et le livre se termine par une note additionnelle intéressante sur l'emploi de la cautérisation d'un point de la conjonctive scléroticale pour guérir le strabisme qui résulte d'une paralysie de la troisième ou de la sixième paire cérébrale.

En résumé, l'ouvrage est donc un traité complet que l'on consultera avec fruit sur une maladie presque aussi commune qu'elle est rebelle. Mais on doit regretter que l'auteur n'ait pas su rendre évidents pour tout le monde les succès inaccoutumés qu'il dit avoir obtenus; car il est possible qu'après la lecture de son livre, certains esprits, sans admettre que *le médecin ne voit pas plus clair que le malade dans cette triste affection*, continuent encore à dire et à croire avec Mackensie « qu'il en est à peine une autre dont le » pronostic soit en somme aussi défavorable. » (*Traité des Maladies des yeux*, traduction par MM. Richelot et Laugier, p. 674.)

Debrou,
Chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

connue. La première question à résoudre est celle de savoir si le pourpre est une maladie du sang ? La seconde est celle-ci : L'altération du sang dans le pourpre est-elle semblable à celle qui existe dans le scorbut ?

Que le sang soit altéré dans le purpura, c'est ce qui n'est pas douteux ; mais que cette altération soit toujours la même, c'est là une proposition qui est en désaccord avec l'observation clinique, et qui n'est pas prouvée par l'analyse chimique et microscopique. M. Andral regarde le pourpre hémorrhagique comme une affection scorbutique et le croit caractérisé par une *défibrination du sang*. Mais le sang examiné par M. Andral appartenait à un individu chez lequel plusieurs hémorrhagies s'étaient déjà produites ; de sorte qu'il est permis de penser que la diminution constatée par cette observation dans la quantité de la fibrine et des globules était le résultat des hémorrhagies elles-mêmes.

Pour nous, les qualités du sang dans le purpura ne résident pas dans un changement de quantité de la fibrine, mais bien dans un changement de quantité des globules qui peuvent être en excès ou en défaut, c'est-à-dire que nous admettons l'existence dans ce cas d'un état pléthorique ou d'un état chlorotique. En effet, tantôt nous observons le purpura chez des sujets qui ont le pouls plein et développé ; nous voyons les taches d'un rouge vif apparaître sur des points exposés à de fréquentes congestions, comme la face chez certains ouvriers ; leur apparition coïncide souvent avec la suppression des règles ; elles demeurent longtemps sans subir les changements habituels des ecchymoses ; elles guérissent enfin par une ou deux évacuations sanguines. C'est là évidemment une *hémorrhagie active* de la peau ; elle correspond à un excès de globules dans le sang. Ces cas sont, à la vérité, les moins fréquents ; l'hémorragie de la peau est plus souvent *passive*, et l'état général des malades, les circonstances au milieu desquels le purpura se développe sont de nature à faire admettre une diminution du chiffre des globules. Pour ce qui est de la *défibrination* du sang, suite ordinaire de toutes les hémorrhagies, elle nous semble rentrer parfaitement dans les faits connus. Est-il nécessaire d'ajouter qu'à la suite d'hémorrhagies répétées, la nature du purpura change comme les qualités du sang lui-même, et que d'actif il peut ainsi devenir passif ?

En résumé, l'analogie généralement admise entre le scorbut et le purpura, que l'on a même appelé *scorbut de terre*, cette analogie, disons-nous, n'est rien moins que fondée. Dans le scorbut, l'appauvrissement du sang est primitif ; dans le purpura il est consécutif aux hémorrhagies, et n'a dès lors rien de spécial. En comparant les principaux traits des deux maladies, nous verrons cette différence se prononcer de plus en plus. Dans le scorbut, l'hémorrhagie n'est qu'un des éléments de la maladie, élément qui peut manquer entièrement et qui se manifeste toujours quelque temps après l'invasion des autres accidents. Dans le purpura, l'hémorrhagie est en quelque sorte toute la maladie, qui ne saurait exister en son absence et dont elle constitue le premier accident. Voyez ce qui se passe du côté des gencives. Dans le purpura, ces organes ne présentent d'autres phénomènes que ceux qui se rattachent à l'hémorrhagie elle-même ; nous n'y trouvons jamais ce ramollissement, cette fétidité, ces eschares, ces tumeurs qui se produisent dans le scorbut. La marche de ces deux affections n'est pas moins différente ; le pourpre, même hémorrhagique, peut durer plusieurs années, pour se terminer ensuite par la guérison ; le scorbut ne comporte ni cette longue durée, ni cette terminaison heureuse. Enfin l'altération du sang, qui appartient au pourpre, varie pour ainsi dire du tout au tout, depuis l'état pléthorique jusqu'à la chlorose avec défibrination du sang ; l'altération scorbutique du sang paraît au contraire être toujours la même.

Si donc nous ne trouvons rien de caractéristique dans l'altération du sang, où placerons-nous la cause intime du purpura ? Sachero regardait comme lésion première de cette maladie une affection toujours aiguë, toujours fébrile même, du système artériel et veineux. Sans admettre comme constant ce caractère d'acuité, nous pensons que le purpura provient d'une congestion du système capillaire veineux ; congestion dont la cause nous échappe. Il existe en même temps un état variable du sang, et ces variations sont toutes individuelles.

Les causes du purpura sont assez peu connues. Des modifications dans la vitalité du système veineux donnent souvent naissance à cette maladie ; M. Rayer a cité un cas de purpura avec oblitération des gros troncs veineux. Les causes débilitantes sont celles qui, le plus ordinairement, produisent cette maladie : telles sont une mauvaise alimentation, la fatigue et l'exposition prolongée au froid humide, ou encore une alimentation insuffisante par suite d'un état capricieux de l'estomac, état qui n'est pas rare chez les personnes des classes aisées de la société. La constipation habituelle doit figurer aussi dans l'étiologie du purpura ; peut-être agit-elle directement en favorisant la formation d'une stase dans les capillaires veineux.

Il est facile de distinguer le purpura des fièvres pétéchiales par la considération des symptômes qui l'accompagnent, des exanthèmes pourprés ; par ce caractère fondamental que, formées par une extravasation du sang dans la trame de la peau et du tissu cellulaire, les taches du purpura ne s'effacent jamais par la pression du doigt. Les piqûres de puce, qui offrent dans leur aspect tant d'analogie avec les taches de pourpre, présentent à leur centre une petite plaie caractéristique.

Le pronostic du purpura n'est grave qu'autant que de prime abord ou d'une manière secondaire la maladie revêt le caractère hémorrhagique ; mais, quelque effrayants qu'en soient parfois les symptômes, la mort en est rarement la conséquence immédiate. Après avoir reparu un grand nombre de fois, les hémorrhagies peuvent réduire les malades à un état d'épuisement mortel ; il est beaucoup plus fréquent de les voir cesser peu à peu. La guérison du purpura n'est presque jamais rapide ; il faut cependant excepter les cas de purpura franchement pléthorique, qui sont traités par les saignées. Abandonnée à elle-même, la maladie guérit souvent spontanément, ou bien elle passe à l'état de pourpre hémorrhagique : Bateman a vu un malade chez lequel il suffisait de la moindre pression de doigt pour produire une pétéchie.

Le traitement du purpura varie, comme celui de toutes les hémorrhagies, surtout d'après deux indications principales. Le purpura est-il actif, sthénique ; s'accompagne-t-il de phénomènes évidents de pléthore, les saignées, les bains émollients, de légers laxatifs sont indiqués. Observe-t-on, au contraire, des symptômes qui dénotent un appauvrissement du sang, les indications du traitement ne sont pas moins positives, mais plus difficiles à remplir. Il faut avant tout combattre l'hémorrhagie par les astringents. Le meilleur dans ces cas est l'acide citrique ; il réussit souvent là où d'autres plus énergiques, comme le tannin, l'acide sulfurique, etc., ont échoué. Il faut en même temps accorder aux malades un régime substantiel ; il est utile de donner les aliments froids.

Mais entre ces deux catégories de faits bien caractérisés, on trouve un grand nombre d'intermédiaires où il est difficile de se prononcer sur la nature active ou passive de l'hémorrhagie cutanée. Comme les évacuations sanguines soulagent toujours l'état congestif que nous avons admis comme constant dans le purpura, on peut essayer une petite saignée et continuer ou interrompre ce traitement suivant l'effet obtenu.

Je ne vous dirai rien du traitement local, qui est celui de toutes les hémorrhagies. Les applications topiques froides et astringentes sur les taches elles-mêmes n'ont, en général, que fort peu d'utilité.

Quelques réflexions sur la pupille artificielle.

Par M. le docteur Lauwers.

1. Pendant les années 1847, 48 et 49, fréquentant l'hôpital civil de Gand, où j'ai été employé comme élève externe et comme interne, j'ai eu l'occasion de voir un grand nombre d'hommes à qui des pupilles artificielles pratiquées par la main habile de M. le professeur Van Roosbroeck avaient rendu l'usage précieux du sens de la vue ; et parmi ces hommes, j'en ai rencontré plusieurs qui, portant de semblables pupilles aux deux yeux, avaient récupéré ce sens avec bien plus de perfection que ceux qui n'en avaient qu'une.

Cette différenee, qui m'a frappé, m'ayant fait réfléchir, il me paraît que je pourrais produire au jour quelques considérations, qui peut-être multiplieront le nombre des cas dans lesquels on trouvera l'indication d'opérer les deux yeux.

2. Soit un objet quelconque dont l'image est portée sur une surface incolore au moyen d'un système de milieux réfringents.

Dans une semblable disposition, chaque point de l'image est marqué par la réunion, par le concours d'un certain nombre de rayons émanés du point correspondant de l'objet ; les points de même nom, de l'image et de l'objet, sont en quelque sorte les pôles d'autant de faisceaux lumineux, et portent à juste titre, lorsqu'on les considère deux à deux, la dénomination de foyers conjugués.

Soit ensuite un diaphragme qui intercepte une partie des rayons de chacun de ces faisceaux. Il est évident que les rayons que le diaphragme n'intercepte pas n'en iront pas moins concourir aux mêmes points de l'image, et que, par conséquent, cette image n'éprouvera de ce chef d'autre changement qu'une diminution de clarté, quelle que soit d'ailleurs la forme ou la position du diaphragme.

Supposons maintenant que, dans l'arrangement dont nous venons de parler, l'image soit la perspective exacte, mais renversée, de l'objet, et figurons-nous que tous les points, foyers-conjugués les uns des autres, soient liés deux à deux par des lignes droites.

Les notions les plus élémentaires de la géométrie démontrent que toutes ces lignes se coupent en un point unique. C'est à ce point que les physiciens ont donné le nom de *centre optique* ; point important, parce que, étant donné, il détermine la position, la grandeur et la figure de l'image qui correspond à telle ou telle situation de l'objet.

3. Appliquons ces considérations à l'œil.

Les milieux de l'œil sont les milieux réfringents de notre hypothèse ; la rétine est la surface sur laquelle se dessinent les images des objets extérieurs ; l'iris est ce diaphragme qui, quelle que soit la forme ou la position de son ouverture pupillaire naturelle ou artificielle, ne peut avoir d'autre influence sur les images que de modifier le degré de leur clarté. L'œil a un centre optique ; et, la position relative de la rétine et de l'objet étant donnée, c'est celle du centre optique, et non celle de la pupille, qui détermine en quel endroit de la rétine doit se peindre l'image.

Ce que nous venons de dire de l'œil n'est qu'une approximation et non une vérité rigoureuse. Les milieux de l'œil, abstraction faite du diaphragme iridien, ne ramènent pas en un point rigoureusement unique de la rétine tous les rayons qui viennent d'un point mathématique de l'objet ; mais chaque point de l'objet est représenté sur la rétine par une petite surface dont l'une ou l'autre partie est l'image de ce point, lorsqu'un iris avec une ouverture pupillaire assez rétrécie intercepte les rayons trop divergents ; et si la pupille pouvait se déplacer, on comprend que l'image du point, successivement formée par d'autres rayons, aurait aussi un léger mouvement, mais toujours en dedans des limites de la petite surface dont nous venons de parler.

4. Tout ceci peut se confirmer par une expérience fort simple. On n'a qu'à dilater fortement la pupille par la belladone, de manière à presque effacer complétement l'iris ; alors la vue est moins distincte (1), et un point lumineux se présente devant l'œil sous forme d'un petit cercle. Si, dans cette circonstance, on regarde à travers une carte percée par une aiguille, et dont on peut envisager l'ouverture comme une sorte de pupille artificielle, la vue redevient distincte et précise ; et si on imprime à cette carte un léger mouvement, les objets semblent se mouvoir de même, mais sans sortir de limites très restreintes (1).

5. Si les considérations qui viennent d'être mises en avant ne suffisaient pas pour démontrer que la situation de la pupille a peu d'influence sur l'image que reçoit la rétine, je citerais ces hommes si nombreux chez qui des ulcères perforants de la cornée ou des plaies de cette membrane ont causé la déviation de l'une des pupilles, qui cependant ne louchent pas, font usage des deux yeux et ne voient pas pour cela les objets en double ; je citerais ces hommes beaucoup plus rares qui, par vice de conformation ou par accident, portent deux ouvertures, deux pupilles dans le même iris. Les objets placés à la distance convenable pour la vision distincte paraissent simples à ces hommes comme à nous ; ce qui ne peut s'expliquer que parce que l'image produite par les rayons qui passent par l'une des ouvertures tombe exactement à la même place que celle produite par les rayons qui passent par l'autre ouverture. S'il en était autrement, chaque objet serait représenté sur la rétine par deux images et serait aperçu comme s'il était double.

Nous pouvons tous nous mettre dans la condition de l'homme dont l'iris est percé de deux ouvertures pupillaires, et constater l'exactitude de ce qui vient d'être dit : nous n'avons qu'à regarder à travers une carte percée de deux petits trous assez voisins pour être placés simultanément devant le champ de la pupille.

6. Pour tirer de ces explications quelques conclusions utiles, nous devons encore parler d'une propriété de l'appareil visuel digne de captiver un moment toute notre attention.

Quoique nous regardions de deux yeux, nous ne voyons de chaque objet qu'une image unique. Bien plus : lorsque, par vice d'organisation ou par quelque autre circonstance, l'image dans l'un des yeux se trouve altérée ou incomplète, l'autre œil corrige ces défauts, pourvu qu'il ne dépasse pas certaines limites, et l'objet n'en est pas moins vu simple et tel qu'il est.

Pour se rendre compte du phénomène de la vue simple, les physiciens et les physiologistes ont imaginé des théories plus ou moins inadmissibles, quoique plus ou moins ingénieuses. La dernière à laquelle se sont arrêtés les plus savants des physiologistes modernes suppose :

1° Que les deux rétines sont des surfaces parfaitement semblables, dont les points homologues se correspondraient exactement si on venait à les superposer ;

2° Que des points de même nom de ces deux surfaces naissent des éléments nerveux qui viennent se réunir deux à deux dans le cerveau, de manière qu'un seul point de cet organe corresponde à deux points identiques des rétines. Les images d'un point extérieur tombent sur les rétines en des points identiques, disent-ils, et ne font naître dans le cerveau qu'une sensation unique.

Cette explication, qui d'abord paraît n'être pas mal calculée pour satisfaire notre besoin de comprendre, est cependant fausse, car en général les images qu'un même objet produit sur les deux rétines ne sont pas tout à fait égales, et ne pourraient être exactement superposées. En effet, ces images sont deux perspectives dont les points de vue sont différents. Si donc les points identiques des deux rétines existent réellement, les points homologues des deux images ne peuvent correspondre à ces points identiques, et l'explication, tout ingénieuse qu'elle est, cesse de nous satisfaire.

7. Le stéréoscope, instrument fort simple, mais digne d'être étudié et que nous devons au génie de Wheatstone, peut servir à confirmer cette assertion. Le stéréoscope consiste en deux miroirs unis à angle, dans lesquels on fait réfléchir deux perspectives d'un même objet, mais dont les points de vue sont un peu différents. Dans l'un des miroirs l'œil droit vient regarder la perspective qui lui correspond, l'œil gauche regarde dans l'autre celle qui est faite pour lui. Hé bien ! chose qui nous frappe d'étonnement, le tout étant convenablement disposé, ces deux images différentes viennent exactement se superposer, s'identifier pour ainsi dire en une seule, dont le relief est parfait.

On conçoit que c'est lorsque chacune de ces perspectives vient placer son point de vue directement devant l'œil et à la distance pour laquelle le dessin a été fait que le résultat doit être le plus satisfaisant. Cependant cette distance peut varier considérablement sans que l'expérience en soit troublée. Il ne faut pas non plus que le point de vue corresponde exactement à l'œil ; il peut être un peu trop haut, trop bas, trop en dehors, trop en dedans. Pourvu que la déviation ne dépasse pas certaines limites, l'axe de l'œil s'incline pour aller le

---

(1) Remarquons cependant que le défaut de précision de la vue qui dépend d'une simple dilatation de la pupille est infiniment moindre que le trouble visuel qui survient lorsque l'œil perd en même temps la faculté de se modifier convenablement pour voir à des distances différentes. L'œil dans lequel cette faculté est paralysée est ordinairement très presbyte. Une carte percée remédie à cette dernière infirmité comme à la première, mais bien moins complétement.

(1) Rappelons, en passant, que lorsqu'on agite ainsi légèrement devant l'œil la carte percée et qu'en même temps on regarde à travers son ouverture un plan bien éclairé, on voit se dessiner sur celui-ci une figure extrêmement remarquable. C'est l'image d'arborisations vasculaires convergentes dont les derniers rameaux se lient en un réseau lâche, réseau qui présente au centre une lacune : dans cette lacune, on aperçoit une infinité de petites raies ondulées, parallèles les unes aux autres ; on y remarque aussi quelques taches qui ne sont pas les mêmes chez tous les individus. Cette figure a été observée et décrite la première fois par Purkinje ; mais je la décris ici d'après des expériences que j'ai faites moi-même, car je ne suis pas parvenu à comprendre ce qu'en dit J. Muller dans son *Manuel de physiologie* traduit par Jourdan, 2e volume, page 342. Paris, 1845.

trouver. Les déviations verticales du point de vue ne peuvent pas être aussi étendues que les déviations horizontales ; mais aussi elles ne modifient en rien les résultats de l'expérience, seulement le défaut de parallélisme des axes des yeux cause un certain sentiment de gêne. Les déviations horizontales ont pour effet de faire converger plus ou moins les axes des yeux, ce qui fait naître en nous l'idée que ce que nous voyons est plus ou moins rapproché, et cette appréciation de la distance de l'image nous fait aussi juger de sa grandeur. Si les points de vue sont déviés en dedans et que les axes des yeux convergent davantage, nous croyons l'image plus proche et plus petite, c'est l'inverse si les points de vue sont placés plus en dehors qu'il ne conviendrait eu égard à la distance pour laquelle le dessin a été fait. Il y a plus : si l'un des dessins présente quelque petit défaut, la vue en fait abstraction, le corrige par l'autre, et ce n'est qu'une attention particulière qui puisse nous le faire découvrir.

Voilà par quelles expériences on peut prouver ce que nous avançions plus haut : que les images peintes sur les deux rétines se corrigent et se complètent réciproquement.

Cette vérité nous rend compte de l'immense avantage qu'il y a à pouvoir regarder des deux yeux, surtout lorsque ces organes, ayant éprouvé quelque lésion, ne produisent plus des images tout à fait parfaites.

8. L'irradiation, phénomène singulier qu'on observe dans l'action des organes visuels, et par lequel deux images dessinées sur les rétines peuvent s'étendre au delà de leurs limites et se faire disparaître, tantôt l'une, tantôt l'autre, dans une étendue plus ou moins grande, doit jouer un rôle utile et régulier dans la production des phénomènes remarquables dont il vient d'être question. C'est probablement la rivalité qui existe entre les champs visuels, et que signalent les physiologistes, qui produit ici, dans chacun de ces champs, la manifestation déterminée de l'irradiation, et c'est sans doute par celle-ci que des images différentes se modifient, se corrigent réciproquement, deviennent parfaitement superposables, de manière à rendre de nouveau admissible la théorie de la vue simple, qu'avant cette explication nous voulions rejeter (1).

9. Résumant ce qui vient d'être exposé, nous pouvons dire :

1° Qu'il existe des instruments d'optique dans lesquels les images des objets extérieurs n'éprouvent, par l'interposition d'un diaphragme, d'autre modification qu'une diminution de clarté (chambre obscure, télescope, microscope, etc.);

2° Que l'œil est à peu près dans ce cas; que cependant la situation des images sur la rétine dépend un peu de celle de l'ouverture pupillaire;

3° Que les images des deux rétines se corrigent et se complètent réciproquement, et que, de toutes les irrégularités que peuvent présenter ces images, c'est à leur déviation, et surtout à leur déviation latérale, que l'instinct des yeux remédie le plus facilement.

10. Après ces considérations il nous paraît que, puisqu'il est avantageux de faire deux pupilles artificielles chaque fois qu'on peut les disposer de la même manière des deux côtés, il doit être également avantageux d'en faire deux chaque fois qu'il est possible de les placer d'une manière quelconque. Nous avons établi, en effet, que la position de la pupille ne modifie en rien ou presque en rien l'image que reçoit la rétine, et que cette admirable membrane possède la propriété mystérieuse d'identifier des images qui ne sont pas trop dissemblables. Ce ne serait donc désormais que dans le cas où les altérations que la maladie aurait fait subir aux yeux rendraient impossible la production d'images qui se ressemblent et qui tombent sur des points à peu près indentiques des deux rétines qu'il faudrait s'abstenir de la double opération et se contenter de faire une pupille à l'œil qui se trouve dans les meilleures conditions pour cela. Dans tous les autres cas, il serait indiqué de rendre la vue aux deux yeux, à cause de l'avantage qui résulte de l'action simultanée de ces deux organes; avantage que nous avons constaté par l'observation, et dont le raisonnement nous a donné l'explication.

11. J'entends des praticiens consommés répondre que le porteur d'une pupille artificielle incline souvent la tête pour diriger sa pupille vers l'objet qu'il veut regarder; que, par conséquent, si la seconde pupille n'est pas tournée du même côté que la première, le strabisme doit en être la conséquence, à moins que l'opéré ne se contente de faire usage d'un seul œil ; cas dans lequel l'opération faite à l'autre est au moins inutile.

Il est vrai que cet homme regarde souvent obliquement; mais qu'il tourne sa pupille, que je suppose n'être pas centrale, vers l'objet qu'il veut regarder, non. Tant que la rétine et les milieux de l'œil sont conservés sans altération, tant que le centre de la rétine et le centre optique de l'œil restent les mêmes, l'axe visuel ne peut changer, et ce sont les points situés sur cet axe que l'œil distingue le plus nettement, parce que leurs images tombent sur la partie la plus parfaite de la rétine. Mais la pupille artificielle, étant d'une grandeur invariable, admettrait souvent trop de lumière si celui qui la porte ne cherchait à la rétrécir soit en rapprochant les paupières, soit en tournant la tête obliquement pour la masquer en partie par le profil du nez. D'ailleurs, par ces artifices, il intercepte les rayons trop divergents, qui, passant par une pupille trop large, troubleraient la netteté de l'image que reçoit la rétine.

Qu'on ait soin de l'observer : celui qui a depuis longtemps une pupille artificielle, qui par conséquent a appris à s'en servir avec le plus d'avantage, regarde les objets qui fixent son attention de la même manière que si la pupille était centrale. C'est ce que j'ai eu soin de constater chaque fois que j'en ai eu l'occasion. Est-ce que celui qui est affecté de coloboma ou qui a deux pupilles artificielles à la partie inférieure de l'iris, comme on en rencontre assez fréquemment dans les cliniques de la Byloke à Gand, est-ce que cet homme, dis-je, tourne les yeux vers le ciel pour regarder l'horizon ? Nullement. Au contraire, sa pupille étant trop grande ou ne pouvant se contracter, il cherche ordinairement à la mettre à l'abri d'une lumière trop vive; c'est pour cela qu'il n'est pas rare de le voir porter la tête en avant et abaisser les sourcils, de manière que, pendant qu'il vous regarde en face, il a souvent l'air de vous examiner les pieds.

D'un autre côté, ne voit-on pas souvent des hommes qui ont une pupille centrale normalement conformée recourir aux mêmes artifices, soit pour empêcher l'accès dans l'œil d'une trop grande quantité de lumière, soit pour apercevoir plus nettement des objets placés au delà ou en deçà des limites de leur vision distincte? J'ai remarqué même des personnes myopes qui, faisant usage de verres trop faibles, avaient pris instinctivement l'habitude de regarder obliquement pour placer devant leur pupille l'encadrement de leurs bésicles; de cette manière ces personnes, comme les précédentes, évitaient la contraction énergique et permanente du sphincter pupillaire, contraction qui cause souvent dans l'œil un sentiment de tension fatigant et très désagréable.

12. Je n'ai nullement l'intention de prétendre que le strabisme ne puisse être la conséquence de l'opération qui fait des pupilles artificielles aux deux yeux, mais ce que je soutiens, c'est que le strabisme ne dépend pas de ce que, les axes des yeux n'étant pas parallèles, ces organes éprouvent la nécessité de se dévier pour regarder simultanément le même objet. C'est le contraire qui a lieu : les yeux étant inégalement altérés par les maladies ou par la réussite inégale des opérations, les images qui se peignent sur les rétines sont tellement dissemblables que leur identification devient impossible. Dès ce moment, au lieu de se corriger et de se compléter, elles s'embarrassent et se troublent mutuellement. C'est pour obvier à cet inconvénient que l'un des yeux se dévie par instinct et donne lieu au strabisme.

Mais cela ne peut pas être un motif de ne pas faire des pupilles artificielles aux deux yeux ; s'il en était ainsi, on ne pourrait non plus pratiquer l'opération de la cataracte des deux côtés, car j'ai déjà vu cette double opération suivie de strabisme.

Je pense qu'en voilà bien assez pour l'objet que je m'étais proposé, c'est-à-dire pour prouver et pour faire comprendre, en premier lieu, que la faculté de faire usage des deux yeux rend la vision beaucoup plus parfaite; en second lieu, que les circonstances dans lesquelles le praticien peut rendre cette faculté à l'homme qui l'a perdue sont bien plus nombreuses qu'on ne se l'imagine communément.

(*Observateur de Courtrai.*)

(1) Faisons remarquer ici que, lorsque les points de vue sont déplacés comme nous venons de le dire dans le paragraphe 7 et obligent les axes oculaires à converger ou à diverger pour opérer la superposition des images, la vue n'en demeure pas moins distincte. Cette observation peut être placée à côté de celle par laquelle M. Plateau nous apprend que, les axes des yeux restant immobilement fixés sur un objet, une volonté intelligente et exercée peut modifier l'état de ces organes et faire apercevoir cet objet tour à tour distinctement et confusément. Le fait que je viens de signaler, comme celui de M. Plateau, restreint la loi constatée et annoncée par Müller, qui établit que l'accommodation des yeux pour la vue distincte à différentes distances est, jusqu'à un certain point, liée à la direction plus ou moins convergente des axes visuels. Ce fait, que je crois être neuf, peut encore être vérifié par une expérience facile et qui n'exige l'intervention d'aucun instrument, mais des yeux un peu exercés : que l'on place, par exemple, sur une vitre de la croisée deux taches d'encre à peu près égales sur une ligne horizontale et à une distance moindre que celle qui sépare les deux pupilles, l'œil droit et l'œil gauche étant respectivement placés devant ces deux taches et les regardant, si l'attention se porte plus loin au point d'entre-croisement des axes visuels, elle croit apercevoir là une figure beaucoup plus grande que les deux taches, nettement limitée et résultant de la superposition identifiante des images que ces taches marquent sur les rétines.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 juillet 1851. — Présidence de M. TROUSSEAU.

Traitement de la gale.

M. HARDY. Messieurs, en arrivant à l'hôpital Saint-Louis, j'ai trouvé le traitement de la gale institué de la manière suivante par M. Bazin. Le malade prend un bain à son entrée; le soir, il est frictionné avec la pommade sulfuro-alcaline de Helmerick. Le deuxième jour, à six heures du matin, un nouveau bain, nouvelle friction générale. Troisième jour, un bain, et le malade est renvoyé guéri. Ce traitement ne compte que 6 insuccès sur 700 malades qui l'ont subi. J'ai tenté quelques essais pour réduire la durée du traitement, qui évidemment n'a d'autre but que de tuer les acarus, et je suis arrivé à ce point de guérir la gale en deux heures. A l'arrivée du malade, je lui fait faire une friction générale d'une demi-heure avec le savon noir. Cette friction a pour but d'enlever la malpropreté qui recouvre le corps et de rompre les sillons. Je fais donner après un bain d'une heure au malade, que l'on frotte pendant toute la durée du bain, pour ramollir l'épiderme et pour achever de détruire les sillons, puis je lui fais faire une friction générale pendant une demi-heure avec la pommade d'Helmerick sur toute la surface du corps. Le malade est guéri après cette friction, qui a tué les acarus. Je ne parle pas des éruptions secondaires, qui disparaissent après quelques bains simples, et qui ne tiennent aucunement à la gale. Sur 400 malades que j'ai traités de la sorte, 4 seulement sont revenus. Sur ces 4, il y avait 2 enfants qui s'étaient mal frottés, et 2 autres avaient pu contracter de nouveau la gale.

Sur les 145 galeux que j'ai traités pendant le mois de juin, j'en ai gardé une douzaine pour que les faits de guérison puissent être parfaitement confirmés.

J'ajouterai que cette rapide guérison permettra de ne pas recevoir dans les hôpitaux les galeux, qui constituent une certaine dépense à l'hôpital Saint-Louis, et qui seront parfaitement guéris par le traitement externe.

M. DEVERGIE. Je ne viens pas contester à M. Bazin le mérite d'avoir abrégé considérablement la durée du traitement de la gale; mais je ferai remarquer que dès l'année 1816 il se présenta à l'Hôtel-Dieu des masses de galeux, et qu'à ce moment déjà Dupuytren employait les frictions sur toute la surface du corps avec le sulfure de potassium. Depuis, ce traitement a subi de singulières oscillations; car on en était arrivé à ne plus faire que des frictions partielles, et à n'enduire de pommade que les mains et les pieds. Je me suis demandé en outre s'il n'était pas, dans certains cas, fâcheux de supprimer aussi brusquement une affection qui intéresse une grande partie de la surface de la peau ; car, dans quelques cas, j'ai vu se manifester, à la suite de suppression brusque d'affections de la peau, des congestions pulmonaires, et même des abcès.

M. HARDY fait remarquer qu'il a vu quelquefois des furoncles arriver après la gale, mais jamais d'accidents graves.

M. REQUIN. M. Bazin guérit la gale en deux jours, M. Hardy en deux heures; mais depuis très longtemps je guéris cette affection en deux minutes; et cela, par un moyen dont l'invention est due à M. Aubé, par les frictions avec la térébenthine. La friction doit être générale. C'est un moyen que j'emploie depuis fort longtemps, qui m'a toujours réussi, et que je suis bien étonné de ne pas voir au moins rappeler ici.

M. HARDY. La térébenthine n'est pas sans inconvénient, et je crois mon moyen excellent, parce qu'il est non seulement insecticide comme la térébenthine, mais parce qu'il a l'avantage d'aller chercher les insectes partout où ils peuvent exister, en rompant les sillons par le bain et les frictions.

M. TROUSSEAU. Je comprends fort bien l'utilité qu'il y a de rompre les sillons qui renferment des acarus; cependant autrefois, par la méthode de Pihorel, on ne faisait des frictions absolument que dans la paume des mains; le traitement durait dix-huit jours, et le malade guérissait par une sorte d'imprégnation sulfureuse.

Le Gérant, Sourd.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 90. — MARDI 5 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 90. — MARDI 5 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

CLINIQUE DE LA VILLE. — Maison de santé du Dr LEY.

Fistule vésico-vaginale avec perte de substance comprenant tout le col de la vessie. — Nécrose des pubis. — Autoplastie par glissement. — Déplacement du bulbe de l'urètre. — Guérison.

Observation suivie de quelques remarques générales sur les fistules vésico-vaginales.

Le 23 mai 1851, madame C... vient à Paris consulter M. Jobert (de Lamballe) pour se faire soigner d'une fistule vésico-vaginale dont elle est affectée depuis dix ans.

Cette dame, quoique d'un tempérament lymphatique, annonce une assez bonne constitution et jouit habituellement d'une santé parfaite. A l'âge de deux ans, elle fit une chute qui la força de garder pendant un an le repos le plus absolu. Ce ne fut qu'après un temps très long qu'elle finit par se rétablir complétement. Réglée à onze ans pour la première fois sans que la santé générale en reçût la plus légère atteinte, la menstruation prit de suite une régularité qu'elle a toujours conservée depuis. Elle se maria à l'âge de vingt ans et devint enceinte de son premier enfant à l'âge de vingt-deux ans. C'était en 1841. Cette première grossesse ne présenta rien de particulier et parvint sans accident à son terme normal. Aussitôt que les premières douleurs annonçant le commencement du travail se firent sentir, un médecin fut appelé. La malade habitait alors Marseille. Malgré tous les moyens qui furent mis en usage et sur la nature desquels nous ne pouvons obtenir un renseignement précis, le travail dura huit jours; au bout de ce temps, l'utérus tomba dans l'inertie la plus complète; les douleurs, très fortes jusque-là, disparurent : c'est alors que deux autres médecins furent appelés. Après avoir examiné attentivement l'état des parties et de la malade, ils résolurent de terminer l'accouchement au moyen du forceps. L'application de cet instrument fut longue et douloureuse; cela fut occasionné par une déformation des os du bassin, dont madame C... fait remonter la cause à la chute faite à l'âge de deux ans et dont nous avons parlé en commençant; ou bien c'est qu'il existait un os anormal qui, par sa position, s'opposait au passage de la tête de l'enfant. Quelle que soit du reste la cause réelle de l'obstacle, toujours est-il que ce ne fut qu'après une heure et demie de tentatives et de manœuvres que l'accouchement fut terminé, grâce encore à la céphalotripsie que l'on fut obligé de pratiquer. L'enfant ainsi retiré était extrêmement volumineux. Quant à la délivrance, elle ne présenta aucune difficulté.

Pendant ces huit jours de travail et de douleurs, madame C... a constamment uriné seule et n'a jamais été sondée. Il n'en fut pas de même après l'accouchement, car le cathétérisme fut nécessaire durant environ les quinze premiers jours qui suivirent. Le ventre était alors tendu et les parties génitales externes très douloureuses et tellement tuméfiées qu'il était impossible de rapprocher les cuisses l'une contre l'autre : au moyen d'injections émollientes, de cataplasmes et de la diète, on se rendit maître des accidents, et au bout de quinze jours tous les symptômes inflammatoires diminuèrent. Ce fut alors que madame C... s'aperçut qu'elle perdait ses urines, qui ne passaient plus par la voie naturelle, puisque le besoin d'uriner ne se faisait plus sentir. De plus, il existait dans les deux jambes une espèce d'insensibilité et de pesanteur qui les empêchaient d'obéir à la volonté de la malade. La jambe droite était même presque entièrement paralysée. Ces derniers accidents ne se dissipèrent que lentement, et ce ne fut qu'au bout de cinq mois que l'accouchée commença à se lever et à marcher avec des béquilles.

Vingt jours après l'accouchement, MM. Ducros, Villeneuve, Isoard, médecins distingués de Marseille, examinèrent l'état des parties et retirèrent du bassin trois morceaux d'os de la grosseur chacun environ de l'extrémité du doigt.

Lorsque madame C... fut entièrement rétablie, on procéda à un nouvel examen. On put alors constater qu'il existait à la paroi antérieure du vagin une ouverture qui communiquait avec la vessie et par où il était facile de voir sortir l'urine. Aucune tentative ne fut faite pour oblitérer cette ouverture anormale; on se contenta de conseiller l'emploi de moyens palliatifs consistant dans des soins minutieux de propreté.

Malgré les nombreux et graves accidents que nous venons d'énumérer, la santé de Mme C... se rétablit complétement; et dès qu'elle put sortir, elle vit reparaître le flux menstruel avec sa régularité habituel. Deux ans après elle devint enceinte de nouveau; mais à quatre mois environ, d'une grossesse parfaitement normale, elle fit une fausse couche, sans qu'elle pût même soupçonner la cause qui lui avait donné naissance. Bien que le placenta ne fût expulsé qu'au bout de cinq jours, notre malade ne tarda pas à se rétablir, et ses règles reparurent bientôt comme à l'ordinaire.

Vers l'année 1845, M. le docteur Villeneuve tenta de boucher l'ouverture fistuleuse au moyen de cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent. Après plusieurs mois de traitement et quinze cautérisations faites sans résultat, Mme C... s'en tint aux soins de propreté jusqu'au moment où elle vint à Paris consulter M. Jobert, qui lui promit de l'opérer; ce qu'elle accepta avec empressement. Elle entra donc dans la maison de santé de M. le docteur Ley, allée des Veuves, 45; c'est là qu'elle fut opérée le 18 juin 1851. Elle était alors dans l'état suivant :

1° Les grandes, les petites lèvres et la fourchette sont érythémateuses;

2° Les parties génitales répandent une odeur d'urine désagréable;

3° On constate une déformation du bassin;

4° L'introduction de la sonde dans la vessie fait reconnaître l'existence d'une fistule à son col. Le bout du doigt peut y être introduit, et la sonde la traverse avec facilité;

5° Il existe autour de la fistule du tissu inodulaire, et on aperçoit une dépression qui fait voir que le vagin est tiraillé par des adhérences établies entre lui et les pubis;

6° Le col de l'utérus est légèrement ulcéré.

Ces diverses lésions étant constatées, la malade fut préparée par des bains, des injections et des purgatifs.

Voici comment elle fut opérée :

Comme on ne pouvait bien apercevoir la fistule que dans une position exceptionnelle, on dut la choisir.

La malade fut placée sur le ventre sur un coussin qui lui permettait d'appuyer la poitrine et les parois abdominales, et au siége de s'élever. Dans cette position la tête et la poitrine étaient très basses, si bien que l'œil pouvait plonger derrière les pubis et reconnaître la fistule, qui fut ravivée.

Pendant que MM. Folin et Tixerand, internes de M. Jobert, s'occupaient d'écarter les parties génitales avec des léviers, et la cloison recto-vaginale avec un spéculum univalve, M. Jobert terminait la manœuvre en détachant le vagin de son insertion au col de l'utérus, en séparant le bulbe de l'urètre et en le mobilisant.

Cela étant fait, il appliqua trois points de suture en soie. Ils comprirent les angles et la partie moyenne de chaque lèvre. Comme le bulbe avait été ravivé dans sa partie inférieure, puisqu'il faisait partie de la lèvre antérieure de la fistule, il fut facile de le comprendre dans l'anse médiane, de l'abaisser et de boucher la fistule avec lui.

Les deux premiers jours qui suivirent l'opération il y eut un peu de ballonnement du ventre; ce météorisme disparut promptement.

Les sondes ont toujours très bien fonctionné.

Le 3 juillet, Mme de C... est examinée, M. Jobert enlève les points de suture. Les lèvres de la fistule lui paraissent être dans l'état le plus satisfaisant.

Le 10, la malade est de nouveau examinée; voilà ce que M. Jobert constate :

1° Les parties génitales sont sèches.

2° La vulve ne présente rien de particulier.

3° L'érythème chronique a disparu.

4° Les grandes et les petites lèvres ne sont point infiltrées.

5° La sonde de femme introduite dans l'urètre se trouve assez serrée par lui. Quoique l'examen soit fait à dix heures vingt-cinq minutes, et que la malade ait uriné à dix heures, on peut retirer de la vessie une assez grande quantité d'urine.

6° La sonde peut être enfoncée dans la vessie dans toute sa longueur à peu près, et ce n'est que lorsqu'on veut la promener latéralement qu'on trouve de la résistance. Le diamètre antéro-postérieur est donc considérable, tandis que le diamètre transversal l'est encore peu.

7° La cloison recto-vaginale abaissée, on aperçoit sur la lèvre antérieure du museau de tanche une toute petite ulcération.

8° Au-devant du museau de tanche on voit une cicatrice demi-circulaire qui est le résultat du décollement du vagin à son insertion au col pendant l'opération.

9° Sur la lèvre antérieure du museau de tanche on aperçoit une dépression et une véritable cicatrice dirigée d'avant en arrière. Il est probable qu'il y a eu là une déchirure lors de l'accouchement, et sans aucun doute une gangrène superficielle.

10° L'introduction de la sonde dans la vessie rencontre au niveau du col un obstacle que l'on évite facilement en le plaçant horizontalement.

11° La tubérosité de l'ischion est plus saillante à droite qu'à gauche.

12° En renversant la malade sur le ventre, soulevé sur des coussins, de manière qu'elle soit appuyée sur ses genoux écartés, on ne rencontre derrière le pubis aucune plaie, mais bien une cicatrice linéaire transversale formée à l'union du bulbe, qui avait été renversé en arrière lors de l'opération.

13° Derrière le pubis, il existe une dépression qui indique sans doute le lieu par lequel, comme nous l'avons vu, plusieurs morceaux d'os ont été retirés.

FEUILLETON.

Congrès scientifique de Nancy.

QUELQUES NOTABILITÉS MÉDICALES. LA MALADIE ASIATIQUE. ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS, ETC.;

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro du 24 juillet.)

Malgré l'opinion vulgaire et assez généralement répandue, j'ai toujours combattu la croyance de l'action des eaux provenant de la fonte des neiges. Et si l'on admet, ce qui est vrai, qu'à 2,000 mètres de hauteur dans les Alpes, où réellement on n'a pas d'autre eau potable, il n'y a point de goitre, on se convaincra facilement qu'il faut recourir à d'autres causes. Cette preuve ressort encore plus saillante des études que j'ai faites récemment à Clermont-Ferrand, l'une des villes les mieux situées, les plus aérées, et dont les eaux, loin de provenir de la neige, sont minéralisées par les laves et les cendres des volcans éteints. Elle ressort aussi de ce que nous venons de dire sur Rosières, commune à laquelle on pourrait ajouter une foule d'autres du même département et même de celui de la Moselle, sans excepter Metz, où j'en ai aperçu quelques-uns, et cependant cette grande ville n'est dominée par aucune hauteur.

Le nom de vallée d'Aoste, où ce mal est endémique, me rappelle qu'en 1793 l'ambulance campée sur le petit Saint-Bernard, près de la Tuile-Incendiée et premier bourg de cette vallée, manqua souvent de vivres. Il fallut se mettre à la recherche du topinambour, que l'on dit, comme la pomme de terre, originaire de l'Amérique; s'il en est ainsi, comment se trouve-t-il en abondance sur ce côté méridional du mont?

On a pensé un instant, lors de la *phytinose* ou maladie du solanum tuberosum, à le remplacer par l'*elianthus tuberosus*, qui se multiplie avec facilité dans nos contrées. Mais cet aliment répugne à beaucoup de personnes. On le dit visqueux, stimulant le tube intestinal et y développant des gaz. M. Payen y a trouvé de la matière sucrée, deux matières grasses, une gélatineuse azotée, une autre analogue à l'osmazome, de l'huile essentielle, de l'albumine azotée et du nitrate de potasse. Les tiges et les feuilles produisent des cendres riches en potasse, et c'est peut-être à la présence de ce produit que le tubercule doit son action stimulante sur les voies digestives.

Pourquoi ne dirions-nous pas ici que ces *phytinoses* sont aux plantes ce que les maladies épidémiques sont aux hommes? Elles n'ont qu'un temps et finissent par s'éteindre insensiblement. Il y eut naguère une époque où tous les arbres furent dévorés par les chenilles. On se désolait avec raison, on cherchait un remède sans raison. J'écrivis à la Société d'horticulture de Paris que c'était là une maladie générale subordonnée à des causes productrices inconnues et qui disparaîtraient comme les maladies de l'homme.

J'ai dit que l'on cherchait un remède sans raison! Cependant, si les cultivateurs faisaient détruire les papillons dès qu'ils paraissent aux premières chaleurs du printemps, on détruirait incessamment les germes des bombix.

Au bas de la colline de Rosières est le magnifique haras de 80 étalons, qui ne semblent pas recevoir l'influence du sol. Le docteur Blondlot avait néanmoins appris quelques années auparavant d'un inspecteur que le goître les atteignait quelquefois. Nous n'avons rien aperçu de semblable.

Au milieu d'une arrière-cour, il y a une fontaine que les habitants accusent de donner cette tuméfaction. Dans cette prévision redoutable, un des hommes de l'établissement, voyez le préjugé! me pressa de n'en point boire, si je ne voulais voir le goître poindre presque subitement à mon cou. Elle me parut fort salée, et je conserve encore un cou de chèvre, ainsi que le disent les habitants de la Maurienne.

Un médecin distingué de Grenoble, le docteur Grange, attribue l'infirmité à l'usage des eaux qui renferment de la magnésie, et son confrère et voisin le docteur Niepce, d'Allevard, prétend le contraire. Il vient même de publier à ce sujet un livre dont on fait l'éloge. Qu'est-ce que nos plus solennelles discussions sur l'étiologie prouvent, sinon qu'il ne faut pas subordonner l'existence des endémies et des épidémies à une seule cause?

D'autre part, le docteur Chatin admet que l'absence du goître est due à l'usage des eaux qui contiennent de l'iode. Les travaux de ce savant sont aujourd'hui le sujet des méditations des chimistes comme de tous les hommes qui s'occupent d'hygiène publique.

Il serait bien à désirer que partout où il y a d'assez grandes populations agglomérées on se préoccupât de la nature des eaux. Un chef-d'œuvre, qui pourra servir de modèle, est sorti en 1848 de la plume de deux savants, MM. Boutron-Charlard et Ossian Henry, sur les eaux qui alimentent les fontaines publiques. Vingt et une analyses figurent dans ce beau travail sur les eaux de la Seine, de la Marne, d'Arcueil, de l'Ourcq, les affluents, les fontaines, etc., toutes soumises à l'action de 30 réactifs.

Ce qui frappe d'abord en jetant un coup d'œil sur chacun des tableaux exprimant le résultat obtenu, c'est la présence de la magnésie combinée soit à un acide, soit au chlore; et l'on se demande si dans les contrées en question, où il n'y a pas de goître à l'état d'endémicité, la présence de la magnésie n'est pas propre à résoudre la difficulté.

Mon collègue et ami Bouchardat, que j'ai interrogé sur cette même thèse, caractérise énergiquement l'existence de la magnésie dans les eaux qui fournissent Paris. La Seine et l'Yonne en contiennent peu; la Marne, beaucoup; l'Ourcq, considérablement.

Pour aider à débrouiller l'étiologie, je citerai brièvement deux faits, déjà consignés dans le 1er volume des *Mémoires de l'Académie.*

14° Le bulbe de l'urètre est porté en arrière, lisse, il n'offre aucune plicature.

— L'observation qu'on vient de lire nécessite quelques réflexions pratiques que nous demandons la permission de soumettre à l'appréciation de nos confrères.

Personne assurément aujourd'hui ne saurait mettre en doute la remarquable efficacité de la méthode autoplastique imaginée par notre savant maître M. Jobert (de Lamballe); mais cela ne suffit pas, et nous pensons qu'il ne sera pas inutile de chercher à nous rendre bien compte du point de départ, et d'examiner quelle est la base sur laquelle s'est appuyé l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu pour fonder sa nouvelle doctrine. A notre avis, rien n'est plus facile. Notre intention n'est cependant pas de faire ici l'historique du traitement des fistules vésico-vaginales, nous voulons seulement rappeler que jusqu'à lui tous les chirurgiens ont négligé complétement l'élément le plus important du problème à résoudre, c'est-à-dire la réparation de la perte de substance. C'est bien en effet là l'idée mère qui a guidé M. Jobert dans l'application des différentes méthodes autoplastiques qu'il a mis en usage. Ainsi, il arrive d'abord à l'élytroplastie, c'est-à-dire à réparer la perte de substance au moyen d'un lambeau pris aux dépens soit de la région fessière, soit des grandes ou des petites lèvres.

Bien que ce premier procédé lui valût quelques succès, il ne satisfit cependant pas complétement l'idée qu'il avait conçue tout d'abord. C'est alors qu'après des recherches anatomiques nombreuses, il acquit la conviction de la possibilité de détacher le vagin de son insertion au col de l'utérus et de le faire glisser en avant, au-devant de la fistule. Mais il ne faut pas s'y tromper, l'idée du chirurgien n'est pas seulement dans l'incision demi-circulaire pratiquée au-devant de la lèvre antérieure du museau de tanche; l'idée réelle est dans le but qu'il se propose d'obtenir par cette incision, et ce but n'est autre que la mobilisation du vagin; cela est si vrai que, si la disposition des parties ne permet pas de détacher le vagin de son insertion, ou bien si après l'incision demi-circulaire les lèvres réunies de la fistule ne sont pas suffisamment relâchées; M. Jobert pratique en avant et sur les côtés de la solution de continuité des incisions qui ont pour but de déplacer le vagin dans tous les sens, en d'autres termes, de le mobiliser en avant, en arrière et sur les côtés. Cette mobilisation, à la vérité, peut s'obtenir de plusieurs manières. Tantôt, en effet, une incision transversale est pratiquée au-devant de la fistule; tantôt les deux incisions faites sur ses côtés sont prolongées jusqu'au-devant du méat urinaire, où elles viennent presque se réunir. Dans ce dernier cas, il est facile de comprendre que le bulbe de l'urètre est déplacé; c'est ce qu'on a pu voir dans l'observation que nous venons de rapporter. Tantôt, enfin, l'urètre lui-même est rendu mobile par une incision demi-circulaire pratiquée au-dessus de son ouverture externe, entre le méat et le clitoris; c'est ce que M. Jobert a fait il y a déjà longtemps, et qu'il a renouvelé à l'Hôtel-Dieu depuis qu'il y est.

Toutes ces incisions, qui ne sont, il faut bien le reconnaître, que les conséquences logiques de la même idée et qui aboutissent toutes au même résultat, n'offrent cependant pas les mêmes avantages, et peuvent même quelquefois présenter des inconvénients qu'il est bon de faire connaître. C'est ainsi que la mobilisation de l'urètre, outre qu'elle ne donne pas toujours un grand résultat au point de vue du déplacement du vagin et de la réparation de la perte de substance, offre quelquefois le désavantage de nuire à la miction en abaissant l'urètre et en modifiant le rapport normal qu'il a avec le col de la vessie. Il y a quelques années, M. Jobert a été à même d'observer ce phénomène sur une femme chez laquelle il existait au niveau du col de la vessie un coude assez prononcé qui empêchait les urines d'être retenues en totalité dans l'intérieur du réservoir urinaire. Assurément, cet inconvénient n'a pas toujours lieu; mais il suffit qu'il se soit présenté pour qu'il soit prudent de s'abstenir de ce déplacement urétral, d'autant plus que constamment la mobilisation de la partie postérieure et des parties latérales du vagin suffit et au delà pour réparer les pertes de substance les plus étendues, et que d'ailleurs, en cas d'insuffisance, on peut sans inconvénient mobiliser le bulbe de l'urètre. Dr ROSEY.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

Accidents de la dentition.

L'enfant, l'homme ont, comme les autres animaux, des dents caduques et des dents persistantes, vingt dents caduques, trente-deux persistantes. Les dents caduques ont fini leur évolution à sept ans, époque à laquelle les dents persistantes viennent les remplacer pour durer jusqu'à ce que le dentiste ou la maladie vienne les enlever.

Quand et comment viennent les dents caduques? Elles se montrent dans un ordre régulier et par groupes.

Premier groupe, deux dents. Les deux incisives inférieures médianes.

Deuxième groupe, quatre dents. Les quatre incisives supérieures; d'abord les deux médianes, puis les deux latérales.

Troisième groupe, six dents. Les quatre premières molaires, les deux incisives latérales inférieures.

Quatrième groupe, quatre dents. Les quatre canines.

Cinquième groupe, quatre dents. Les quatre secondes molaires.

Cette évolution régulière des dents à des époques déterminées et par groupes est le fait qui constitue toute l'histoire de la dentition.

Voyons maintenant le mode d'évolution de chacun des groupes que nous venons de mentionner.

Premier groupe. — Le premier groupe de dents paraît entre sept et huit mois; son évolution dure de quarante-huit à soixante-douze heures, quelquefois huit jours, quelquefois à peine vingt-quatre heures. Quant à l'époque précise, la moyenne de nos observations pendant deux ans nous a donné sept mois treize jours; mais il est remarquable que pas une seule fois les dents se sont montrées pendant le huitième mois. Toujours est-il qu'à sept mois on peut se dire qu'un enfant fera bientôt des dents.

Deuxième groupe. — Après que les deux premières dents sont sorties, l'enfant se repose pendant un mois ou deux, quelquefois moins, et ensuite il commence par les deux incisives médianes supérieures, qui sortent à huit ou dix jours d'intervalle l'une de l'autre, et qui sont suivies après dix ou quinze jours des deux incisives latérales supérieures: de sorte que l'évolution de ce groupe dure un mois ou cinq semaines. Après cela survient une nouvelle pause de deux ou trois mois. Deux mois est la règle.

Troisième groupe. — Il apparaît d'abord une première molaire supérieure, puis une incisive latérale inférieure, puis une molaire supérieure; plus tard, la seconde incisive latérale inférieure, et enfin les deux autres molaires. Cet ordre dans l'apparition des dents est constant et régulier; l'évolution de ce groupe dure un mois ou un mois et demi; puis l'enfant se repose très longtemps. Il a douze dents, et nous sommes à l'époque critique de la vie de l'enfant, à l'époque du sevrage.

Quatrième groupe. — C'est ordinairement à vingt ou vingt-deux mois, deux ans au plus que survient le quatrième groupe ou les dents canines; elles mettent de six semaines à deux mois pour se développer. C'est alors que survient la pause la plus longue de la dentition, et elle est telle, que souvent on trouve des enfants de trente mois qui n'ont encore que leurs seize premières dents.

Cinquième groupe. — C'est donc entre deux et trois ans, quelquefois plus tard, que se fait l'évolution de ce dernier groupe de dents composé des quatre dernières molaires; cette évolution dure en général de trois à six mois, et l'enfant a alors ses vingt dents caduques.

Il y a donc dans la dentition des enfants quatre pauses qu'il est important de connaître. Une première pause de deux mois, une deuxième d'un mois et demi, une troisième de quatre mois, une quatrième enfin de six mois.

Si nous insistons si fort sur ces pauses, c'est à cause de leur corrélation avec l'époque du sevrage du petit enfant. On sèvre les enfants à douze mois, et c'est là une atroce habitude; car le sevrage doit coïncider avec une pause de dents, afin de ne pas compliquer les accidents du sevrage de ceux qu'amène l'évolution dentaire. Si, dans des circonstances particulières, on est obligé de sevrer prématurément, il faut le faire au début de la première pause; car alors on a deux mois devant soi, et on prévient la coïncidence de ces deux causes perturbatrices de la santé. Si on sèvre à un an, on arrive juste à l'époque de l'évolution du troisième groupe, et l'enfant est pris de diarrhée et de vomissements bien plus difficiles à combattre avec une nourriture substantielle qu'avec le lait de la mère.

Du reste, l'évolution des divers groupes de dents n'est pas tellement régulière qu'on n'ait pas à craindre de rencontrer des anomalies; huit fois sur dix cependant les choses se passent comme nous venons de le dire. Toujours est-il qu'il faut de la prudence pour fixer l'époque du sevrage. On devra, par exemple, dans tous les cas, attendre la sortie des douze premières dents, qui sont plus indisciplinées que les autres.

Quelles sont les dents qui ont le plus de peine à sortir; celles qui donnent lieu au plus grand nombre d'accidents? Le premier groupe est le plus commode, et le second lui-même ne donne presque jamais d'accidents. Le troisième groupe se compose de quatre dents molaires quadricuspides, qui mettent de six semaines à deux mois pour sortir. Il faut se souvenir que son évolution est longue et difficile, et qu'il est de bonne prudence de ne pas sevrer avant qu'il soit complétement sorti.

Toutefois, les dents les plus difficiles à sortir, les plus douloureuses, les plus périlleuses, sont les canines, qui sont d'ailleurs profondes, et qui trouvent à leur sortie leur place un peu rétrécie par les dents qui doivent les environner et qui ont paru avant elles. C'est la douleur qui accompagne l'évolution de ces dents qui les a fait désigner sous le nom de dents de l'œil. Il est, en général, prudent d'attendre, pour sevrer l'enfant, qu'il ait ses seize dents; car alors tous les accidents sérieux sont passés; le cinquième groupe se développe sans dangers.

Etudions maintenant avec soin les accidents de la dentition.

Il y a dans le peuple un préjugé qui dit que l'enfant rend ses germes de dents. Dans l'œuf de poule, le germe est un point blanchâtre un peu plus concret que l'albumine, et situé tout près du jaune. Pendant l'éruption dentaire, la plupart des enfants ont des selles glaireuses contenant quelques petits grumeaux analogues au germe de l'œuf, et c'est ce qui a fait dire que les enfants rendent leurs germes de dents. La vérité est que le plus souvent, dans ces conditions, les enfants sont pris d'une affection catarrhale de l'intestin qui donne lieu aux évacuations dont nous venons de parler, et quelquefois même produit des selles ensanglantées avec coliques et rougeur à l'anus et aux fesses. Cette affection est ce qu'on appelle la colite de dentition, et elle survient deux, trois ou quatre jours avant l'évolution d'une dent ou d'un groupe de dents. Il faut donc considérer la catarrhe colique avec ténesme et selles sanguinolentes comme un des accidents de l'évolution dentaire. C'est peut-être, du reste, le moins grave de ces accidents, car il dure peu, et cède d'ailleurs le plus souvent à une diète modérée et à l'usage de quelques petits lavements légèrement laudanisés. Quand l'enfant souffre beaucoup, que les selles sont trop fréquentes, on peut faire une potion avec une goutte de laudanum de Sydenham dans 60 grammes de véhicule à prendre par cuillerées. Si les excrétions sanglantes sont trop abondantes, on pourra donner un petit lavement avec 5 ou 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 100 ou 200 grammes d'eau distillée.

Il est d'autres formes de maladies intestinales de l'enfant qui sont plus sérieuses. Parmi elles, nous citerons la forme iliaque ou liantérique, qui est caractérisée par une lésion non plus de la fin de l'intestin, mais d'une portion plus élevée; lorsque cette forme se prolonge, elle peut amener par l'abondance des excrétions la *diarrhée cholériforme de l'enfant*.

Le choléra enfantile de la dentition, ou choléra des enfants allaités, règne toujours, mais principalement en été. Les selles présentent d'abord l'aspect d'une diarrhée simple; mais bientôt elles deviennent grumeleuses, présentent des

---

Disons d'abord que Rome est un des pays les plus humides qui me soient connus; il est vrai que, dans cette région, patrie des fièvres intermittentes, le balancement de l'atmosphère n'est point contrarié et que le soleil y verse constamment ses rayons absorbants.

Gênes la superbe, exposée sur le versant méridional d'une haute colline apennine, est coupée en deux parties inégales par une magnifique rue à noms divers, traversant de l'est à l'ouest. La partie supérieure, composée de rues larges, semée de jardins et d'espaces vides, ne laisse point voir le gonflement thyroïdien; la partie inférieure, descendant vers la mer, composée de massifs de maisons fort élevées, est sillonnée par des rues si étroites qu'il en est un bon nombre où deux corps obèses se rencontrant ne pourraient passer. Ici est accumulée une population marchande qui ne reçoit jamais les rayons du soleil; ici, point de ventilations, mais émanations stagnantes: ici aussi s'aperçoivent les rudiments du goître chez les femmes.

La vallée de Grésivaudan, traversée par l'Isère de l'est à l'ouest, est encaissée littéralement par deux énormes montagnes, l'une au sud, l'autre au nord. Les habitants qui vivent aux pieds de la montagne sud, regardant le nord, sont plus exposés au goître que ceux qui vivent aux pieds de la montagne nord regardant le sud. Il y a, dans cette dernière position, une différence notable pour la sécheresse et la chaleur.

Asile de Maréville. — Au milieu de belles plantations de noyers, de grands arbres à fruit et de vignobles, s'élève, sur le versant oriental d'une côte fort élevée, l'un des plus remarquables établissements de France, destiné à recevoir les aliénés des départements de la Meurthe, de la Moselle, des Vosges et de la Meuse. En 1603, ce local, alors pauvre séjour, avait été destiné aux pestiférés.

La roche est un lias entouré d'oolite, et un peu au-dessous se trouve une carrière de calcaire compacte ou craie. La roche que les aliénés exploitent renferme des rognons ou nombreux fragments de fer oxydulé, dont les parcelles obtenues par le briquet laissent voir au microscope des molécules plates, exactement arrondies; singularité que je n'ai pu saisir ni dans la pouzzolane de Rome, ni dans celle de Clermont, ni dans la poussière des roches ferrugineuses de l'île d'Elbe, qui conservent toujours la forme prismatoïde.

L'asile était jadis adossé contre un mamelon ou colline demi-circulaire, dans une espèce d'enfoncement. Magnifique exposition rendue fort malsaine par le voisinage de cette roche, qui surplombait pour ainsi dire les bâtiments. Or, *stupete gentes!* voici ce qui se passait, voici ce qui est aujourd'hui. Dans un savant rapport fait en 1849 par le docteur Morel (assertion confirmée en 1850 en présence du congrès), l'auteur signale l'existence de 94 goîtreux et de 145 goîtreuses dans l'établissement. Aujourd'hui il n'en existe presque plus depuis que les aliénés ont fait disparaître le capuchon de montagne.

La conviction de ce médecin est que les causes qui agissent d'une manière si fatale dans la production des endémies ne sauraient se résumer en une seule unité d'action. Les conditions défectueuses de nourriture, de logement; l'humidité dont l'air est imprégné continuellement dans les vallées profondes, le défaut ou l'absence de tout excitant intellectuel sont les agents qui viennent ajouter leur action à d'autres. Et vouloir attribuer la cause du goître à une cause unique, telle que la qualité des eaux, serait se placer dans un cercle étroit qui étoufferait tous les éléments d'une thérapeutique rationnelle.

Aliénés. Il y avait, lors de ma visite en 1850, 790 malades, 410 hommes, 380 femmes. M. Morel, pour classer les divers genres d'aliénations, n'avait établi son calcul, en 1849, que sur 163 individus, 93 hommes et 70 femmes, dont voici le tableau:

	HOMMES.	FEMMES.
Manie.	30	17
Lypémanie.	22	27
Monomanie.	3	4
Paralysie générale. . .	6	5
Epilepsie compliquée d'aliénation.	7	4

J'ai toujours pensé que le *germe héréditaire* entrait pour beaucoup, sinon pour presque tout, dans le développement de l'aliénation non accidentelle.

Le docteur Morel a eu le bon esprit de fournir sur ce sujet les documents les plus précieux. Mais s'il était possible de remonter un peu haut dans l'histoire de chaque famille, ligne directe, ligne collatérale, en retrouverait la source du mal dont un de ses membres est affligé.

Je dirai également qu'il faut beaucoup se défier de l'origine des individus qui naissent avec des difformités dans les membres et peut-être dans les yeux, ainsi que dans le système osseux. M. Baillarger ne serait pas fort éloigné de partager cette opinion.

Sur le nombre que j'ai cité plus haut, M. Morel disait: Nous possédons à l'asile

1° Les deux frères,	8° Les deux sœurs,
2° Les deux frères,	9° Les deux cousins germains,
3° Les deux frères,	10° Les deux cousins germains,
4° Le frère et la sœur.	11° Les deux cousins germains,
5° Le frère et la sœur,	12° La mère et le fils,
6° Le frère et la sœur,	13° La mère et le fils,
7° Le frère et la sœur.	

Le docteur Chercellay (de Tours), dans son beau rapport en 1842, a tracé un tableau indiquant quelques recherches faites à ce sujet dans diverses contrées. Ce tableau n'est encore qu'une ébauche qui réclame de nouvelles études.

(*La fin à un prochain numéro.*)

parcelles de lait caillé, et, lorsque l'œil ne suffit pas à le constater, le microscope y fait reconnaître les globules caractéristiques. La couleur est tantôt jaune comme la bile et tantôt verte; la pâte chymeuse ne s'est pas faite normalement, et l'aliment est passé trop rapidement dans l'intestin grêle pour y subir une digestion convenable, de sorte qu'il en est chassé sans que les parties nutritives aient été assimilées; les légumes surtout sont rendus en nature, les grains féculents du riz passent aussi tout entiers, les potages au vermicelle sont mieux digérés. Il y a avec cela ordinairement un mouvement fébrile très intense, et les chairs de l'enfant sont comme ramollies. La peau conserve bien encore une certaine élasticité, mais elle est plutôt plus froide que plus chaude qu'à l'état normal. Cet état a une durée variable de deux jours à deux mois, et quelquefois subitement et sans que rien explique ce changement l'enfant est pris de vomissements et de diarrhée verdâtres, qui teignent fortement en vert le linge dont on les enveloppe. Les yeux s'excavent; en deux heures la figure maigrit, la voix s'éteint subitement et devient étouffée, et les mots sont presque inarticulés. L'enfant jette des cris répétés, les lèvres et les ongles deviennent violacés, les mains et les pieds se refroidissent et la peau se plisse comme dans le choléra des adultes. Ceci constitue la plus grave des maladies suraiguës de l'enfance; les vomissements sont continuels, et les garde-robes, d'une fréquence extrême, deviennent décolorées et inodores, et l'enfant meurt ainsi en vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois en douze heures. Dans quelques cas, il y a bien une période de réaction, mais elle est aussi souvent funeste que la période de réaction du choléra de l'adulte.

Cependant, sous l'influence d'une médication convenable ou dans quelques circonstances par les seuls efforts de la nature, les vomissements cessent et la diarrhée continue; plus souvent les selles se suppriment, et alors le ventre se ballonne, et les vomissements recommencent avec une rapidité effrayante. En général, ils sont inversement proportionnels à la diarrhée; dans quelques cas, la peau se déride, la chaleur revient, et le pouls, insensible à la période algide, reprend un certain volume; les yeux sont rouges, chassieux, le globe de l'œil est sec et renversé, et enfin on observe des convulsions, qui terminent la maladie.

Faut-il prévenir la diarrhée? quel est le traitement préventif et curatif à opposer à ces accidents?

Traitement préventif. — La majorité des praticiens est d'avis de prévenir la diarrhée, la minorité préfère la laisser suivre son cours. Sydenham est le premier qui ait introduit ce préjugé que la diarrhée est amie de ceux qui font des dents; mais il faut s'entendre. La diarrhée peut avoir des effets salutaires chez les enfants actuellement en dentition et produire une dérivation salutaire lorsqu'elle est modérée. Dans la rougeole, la veille ou le jour de l'éruption, il ne faut pas trop s'effrayer d'un léger cours de ventre; mais entre une diarrhée de cette espèce et un dévoiement exagéré, il y a la différence d'une indisposition à une maladie; ce qui n'était d'abord qu'un état fluxionnaire devient une inflammation, et alors il faut agir. Quand il n'y a que *colite*, cinq ou six selles par jour, avec appétit et peu ou pas de fièvre, on peut attendre, mais l'arme au bras, c'est-à-dire que, dès que les selles sanglantes s'exagèrent et prennent le caractère d'une phlegmasie dysentérique, il faut intervenir avec l'ipécacuanha et le nitrate d'argent; pour la diarrhée iliaque, on peut bien aussi attendre un ou deux jours, mais passé ce terme il faut lutter avec énergie et contre les préjugés des enfants et contre ceux des confrères. La phlegmasie ayant duré quinze jours, une dent est près de pousser quelque temps après que la maladie a cessé; cette nouvelle cause déterminante va de nouveau amener la diarrhée avec une facilité d'autant plus grande que le malade y était déjà prédisposé par la maladie antérieure; si donc on laisse la maladie prendre domicile, on aura plus tard plus de difficulté à la chasser; notre avis est donc qu'on devra agir dès le début.

Traitement curatif. — Les sels neutres sont les substances qu'on doit citer en première ligne. Le sel de La Rochelle, ou tartrate double de soude et de potasse, doit être donné à un enfant de quatre mois à un an, à la dose de 5 à 6 grammes dans du lait; au-dessus d'un an, on pourra élever la dose jusqu'à 8 et 10 grammes. Le jour de l'ingestion du médicament, on observe ordinairement une très légère exagération de la diarrhée; le lendemain, elle a diminué. Quelquefois une dose ne suffit pas, et alors il est convenable de revenir à la charge le lendemain ou le surlendemain.

L'ipécacuanha à la dose de 30 à 40 centigrammes peut être donné avec avantage aux enfants entre six mois et deux ans; on substitue une phlegmasie du tube digestif à une autre, et on peut ensuite plus facilement guérir la seconde en continuant la médication par le sous-nitrate de bismuth à la dose de 50 centigrammes, 1 gramme. M. Monneret prétend l'avoir donné jusqu'à 30 et 40 grammes dans les vingt-quatre heures. On peut aussi, s'il y a de la douleur, ajouter une demi-goutte de laudanum de Sydenham au moment où l'enfant va manger ou teter.

Le sous-nitrate de bismuth peut être remplacé par le carbonate de chaux, la poudre de cerf ou la poudre d'yeux d'écrevisse, ou même par le mélange en parties égales de ces trois substances. On a conseillé aussi l'extrait de monésia à la dose de 50 centigrammes dans 40 ou 50 grammes de véhicule, et aussi une goutte par jour de laudanum de Sydenham.

Dans les cas rebelles à l'usage des lavements laudanisés, on pourra ajouter ceux avec 10 ou 15 centigrammes de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau distillée, ou enfin faire prendre à l'intérieur la potion suivante:

Nitrate d'argent.	1 centigramme.
Eau distillée.	30 grammes.
Sirop simple.	20 —
Laudanum de Sydenham. . .	1 goutte.

La question du régime est ici capitale. Si on a affaire à un enfant nouvellement sevré, il faut le tenir à une diète relativement rigoureuse, lui donner une nourriture le plus possible appropriée à ses besoins et ce qu'il digère le mieux. Surtout pas d'idée préconçue en pareille matière; il faut donner des aliments en petite quantité, afin de ne pas irriter le canal alimentaire. Si l'enfant n'est pas sevré, on supprime toute autre alimentation que le lait maternel, et si le lait maternel augmente la diarrhée (et on l'observe quelquefois), il faut tâcher de modifier ce lait dans le sein de la mère; pour cela, l'eau de Vichy, l'eau de chaux en forte proportion sont données à la mère ou à l'enfant (une cuillerée à café) deux ou trois fois le jour au moment de teter.

Un médecin de Moscou a proposé de faire prendre à l'enfant de la viande crue pour cela; il emploie du muscle de bœuf dépouillé de graisse qu'il pulpe dans un mortier, de sorte qu'il ne reste plus que la partie fibrineuse brisée. C'est cette pulpe que l'enfant doit prendre avec ou sans sel, ou en y ajoutant un peu de bouillon. Il doit en prendre d'abord une cuillerée à thé toutes les deux heures, et arriver graduellement jusqu'à une livre par jour. Ce traitement lui a réussi dans les cas les plus graves. En France, quelques essais ont été tentés avec succès; notre propre expérience ne nous permet pas encore de nous prononcer à cet égard.

On a aussi proposé dans le traitement de l'entérite cholériforme les bains sinapisés; c'est une médication trop négligée et qui est cependant puissante. On enferme une demie livre de farine de graine de moutarde dans un torchon, on la mouille, et on exprime fortement dans le bain l'huile essentielle qu'elle contient; les bras de la personne qui doit tenir l'enfant dans le bain apprécieront la façon d'agir de ce bain; en général, il doit durer de huit à dix minutes. Il produit une vive cuisson; mais après un ou deux jours la peau se réchauffe, et il y a un grand amendement dans tous les symptômes.

Comme accident de la dentition, nous pouvons citer encore les convulsions. Il est un préjugé que Sydenham a beaucoup contribué à répandre; savoir: que les convulsions sont surtout fréquentes chez les enfants constipés. C'est un fait faux; c'est au contraire bien plutôt lorsqu'ils ont la diarrhée, et cela parce que cette diarrhée est l'expression d'une congestion ou d'une phlegmasie de la muqueuse intestinale. Il y a dans ces cas, en effet, de mauvaises digestions, et on sait que le plus souvent c'est à l'occasion des indigestions que se manifestent les convulsions. C'est la même cause qui les amène dans le cours de la dentition trois fois sur quatre. Pour prévenir donc les convulsions de la dentition, il faut tâcher qu'il n'y ait ni diarrhée, ni vomissements, et on observe que lorsqu'on règle convenablement le régime des enfants pendant la dentition, il est rare qu'ils prennent des convulsions. Pour les combattre lorsqu'elles sont déclarées, les instillations d'eau froide sur la face, les immersions froides, deux ou trois gouttes de teinture de belladone ou de faibles doses d'opium, sont des moyens d'autant plus efficaces, qu'ils calment la diarrhée en même temps qu'ils arrêtent les convulsions. Faut-il ouvrir les gencives pour mettre à découvert la dent près de sortir? Les incisions cruciales ou en dédolant faites avec la lancette ou le bistouri sont bonnes pour calmer les douleurs de dents, mais ne font rien quant à la sortie de la dent, car elles se cicatrisent presque aussitôt. Elles ont d'ailleurs l'inconvénient de ne pas tomber juste vis-à-vis de la dent, la pression forte sur la gencive met les canines et les incisives à découvert par la section des tissus qui les recouvrent. Pour les molaires, rien à faire.

Il est un accident très connu, c'est le rhume de dentition, qui ne mérite guère de nous occuper, car il cède dès que la dent près de sortir a terminé son évolution. Enfin on rencontre quelquefois pendant la dentition des enfants de l'érythème, de l'eczéma, ou même de l'eczéma impétigineux. Quelques lotions d'eau de cerfeuil, ou quelques frictions avec la pommade au précipité blanc ou rouge, les font facilement disparaître.

RUPTURE SOUS-PERITONÉALE du duodénum.

Par le docteur Burggraeve.

Le 23 juillet 1850, un matelot âgé de vingt-quatre ans, d'une forte constitution, fut atteint par une poutre sur la région du foie. Jeté violemment à terre, il eut la force de se relever; mais il dut bientôt chercher un appui. Une vive douleur se déclara aussitôt dans l'endroit contusionné, et une quantité notable de sang fut vomie.

A son entrée à l'hôpital, le malade accusait une souffrance intolérable à la région épigastrique, et vomissait des matières alimentaires non digérées mêlées à la bile. Aucune trace du coup à l'extérieur, sauf une légère écorchure; seulement le ventre était tendu et rénitent dans un endroit circonscrit. — Saignée générale; ventouses scarifiées à l'épigastre; cataplasmes émollients.

Pendant toute la journée, le malade continu à vomir; les matières rejetées deviennent de plus en plus bilieuses; la douleur diminue légèrement. Sensation d'un poids à l'épigastre; soif; insomnie; apyrexie.

Le 24 juillet, souffrance de plus en plus vive; ventre très tendu et rénitent sous les fausses côtes droites. Dans les autres régions de l'estomac, ni tension, ni douleur. — Application de vingt-quatre sangsues.

Vers le soir, les angoisses et la douleur augmentent. Le cataplasme ne peut plus être supporté. Les vomissements redoublent de fréquence; la couleur en devient d'un vert foncé. Le malade boit abondamment, mais l'estomac rejette tout aliment. Selles normales.

Le 25, même état. Le malade provoque les vomissements en introduisant les doigts dans la bouche. Il ne peut endurer aucune application sur l'épigastre.

Le lendemain et le surlendemain, les traits du malade s'altèrent. L'angoisse est terrible. Les lavements produisent un soulagement marqué. La fièvre ne se déclare pas. — Ventouses scarifiées à l'épigastre.

Le 28 juillet, traits tirés; yeux caves entourés d'un cercle bleuâtre; pouls dépressible. L'estomac ne tolère plus rien. Vers le soir, hoquet violent combattu efficacement par une potion de 20 gouttes de laudanum et 30 gouttes de liqueur d'Hoffmann dans du sirop de citron.

Les symptômes s'aggravent encore le lendemain; le pouls devient intermittent, les extrémités se refroidissent; les matières vomies prennent une couleur brun-jaunâtre et exhalent une odeur putride.

La mort a lieu le 30 à dix heures du matin.

Autopsie. — Les rapports des divers organes de l'abdomen sont conservés. Le paquet intestinal offre, en général, une couleur noirâtre ecchymotique. Le foie est légèrement entamé vers son bord antérieur. L'estomac est distendu.

Le *duodénum* offre une solution de continuité intéressant les deux tiers antérieurs de la circonférence à environ 2 pouces et demi du pylore (au niveau de l'insertion des canaux cholédoque et pancréatique). Il existe derrière le péritoine un épanchement de matières jaunâtres mêlées à de la bile. Aucune trace d'inflammation.

(*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 juillet 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation des malades.

M. Chassaignac présente à la Société trois malades dont deux doivent être opérés dans quelques jours. Le premier est un jeune homme de vingt-deux ans, qui porte à l'œil droit une tumeur considérable formée par cette variété de staphylome connue en ophthalmologie sous le nom de staphylome total et sphérique de l'iris et de la cornée. La tumeur est constituée non-seulement par le développement de la cornée qui écarte fortement les paupières, mais encore comprend une partie de la sclérotique, car la zone blanchâtre que constitue cette membrane à la circonférence de la tumeur est interrompue dans la partie déclive par quelques bosselures de couleur bleuâtre, qui sont évidemment de même nature que celles dont l'ensemble représente aujourd'hui la cornée. Ce malade doit être traité par l'ablation de la partie staphylomateuse.

Le second malade porte sur l'épaule gauche une tumeur du volume d'une pomme, sur laquelle on constate l'existence de la fluctuation. Elle a ceci de particulier que, quand on déprime avec le doigt le centre de la tumeur, on se sent presque aussitôt arrêté comme par une résistance solide. Ce n'est pas celle que l'on observe quand, après avoir déprimé à son centre une tumeur liquide, on arrive jusqu'à l'adossement des parois. Il semble donc qu'il y ait une couche liquide peu épaisse à la surface d'une tumeur en grande partie solide. Il n'y a point de transparence. C'est un cas de diagnostic assez difficile sur lequel avant d'opérer M. Chassaignac demande l'avis de ses collègues. La tumeur existe depuis dix mois; elle n'est le siége d'aucune douleur; il n'y a pas de changement de couleur à la peau.

Le troisième malade est un homme de quarante-quatre ans, qui, ayant été mordu par un cheval, a été traîné l'espace de dix à douze pas sans qu'il fût possible de faire lâcher prise à l'animal. Toutes les chairs de la partie antérieure, de la partie externe et de la partie interne ont été contuses et comme broyées. L'humérus n'a pas été brisé, mais la dénudation de l'os a eu lieu dans l'étendue d'un pouce à la partie latérale externe.

A la suite de cette lésion, on a remarqué un affaiblissement considérable du pouls à la radiale. De plus, il est resté sur le trajet de la brachiale, à sa partie inférieure, une tumeur non pulsatile.

Les battements de l'artère humérale existent très nettement dans la moitié supérieure du bras, ainsi qu'à la région axillaire. Dans la moitié inférieure, ils sont tellement obscurs que M. Chassaignac avait cru à l'oblitération de l'artère et à l'entretien par les collatérales des battements affaiblis de la radiale. Mais MM. Lenoir et Maisonneuve ayant perçu quelques pulsations dans le point où l'on disait l'artère oblitérée, ce malade devra être présenté de nouveau pour éclaircir le point en litige.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Payan (d'Aix) et Vial (de Saint-Etienne), membres correspondants de la Société, adressent des remercîments pour le titre qui leur a été accordé.

Reprise de la discussion sur la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes.

M. Debout, lorsqu'il présenta à la Société, il y a deux ans, le malade qu'il avait guéri à l'aide de la galvano-puncture, se basant d'ailleurs sur les faits connus, crut pouvoir présenter comme conclusion de son travail que dans le traitement des anévrismes traumatiques la galvano-puncture constituait une méthode de traitement préférable à la ligature. La conclusion opposée formulée par M. Boinet force M. Debout à examiner de nouveau la question.

M. Debout fait observer tout d'abord que les faits nouveaux qui se sont produits depuis cette époque ne sont pas venus atténuer son jugement sur la galvano-puncture, car les observations publiées signalent toutes des guérisons. Il se demande alors si M. Boinet ne s'est pas montré trop sévère en fait de succès, et il en trouve la preuve lorsqu'il voit le rapporteur ranger parmi les résultats négatifs l'observation IIe du mémoire de M. Pétrequin. Elle est relative à un abbé, âgé de cinquante-deux ans, affecté d'un anévrisme du pli du coude. Sous l'influence de la galvano-puncture pratiquée le 11 août, la tumeur devient dure, tendue, les pulsations cessent, etc. Aucun accident ne survient jusqu'au 26 août, époque de la sortie du malade, et tout annonce, dit en terminant M. Pétrequin, une guérison aussi complète que prochaine. M. Boinet a d'autant plus tort de ranger ce fait parmi les insuccès, que, d'après une lettre de M. Pétrequin, le temps n'est pas venu de montrer le pronostic de notre confrère.

Le seul cas d'insuccès que M. Debout puisse admettre parmi les huit observations rassemblées par M. Boinet est celui de M. Vial, encore demande-t-il quelques restrictions; car la tumeur, qui présentait le volume d'un œuf de pigeon sous l'influence de la galvano-puncture, a subi un retrait tel, qu'à l'autopsie du malade elle ne présentait plus que les dimensions d'une amande. Or rien ne vient prouver que, si le malade n'eût pas succombé aussi promptement à la phthisie dont il était atteint, ce mouvement de retrait n'eût

pas continué et fini par oblitérer complétement le sac anévrismal.

En présence d'un seul succès incomplet, M. Debout se croit en droit de maintenir sa proposition première, que la galvano-puncture est une méthode de traitement présentant de moins graves dangers pour les malades dans les cas d'anévrisme traumatique.

Pour les faits d'anévrisme poplité, en examinant les observations rassemblées par M. Boinet, M. Debout élimine d'abord le cas de M. Gérard et celui de M. Velpeau, puisque ce sont des faits dans lesquels l'acupuncture a pris une part bien plus grande que l'électricité, et il trouve trois guérisons sur six tentatives de galvano-puncture. Or en comparant ce résultat avec celui fourni par la ligature de l'artère fémorale, on voit que l'avantage reste encore à la nouvelle méthode. M. Debout n'en conclut pas, cependant, que l'on doive débuter par la galvano-puncture dans ces cas; il pense, au contraire, qu'un chirurgien jaloux de faire courir à son malade le moins de chances défavorables possibles fera appel de préférence à la compression. Notre confrère se base sur les faits nombreux publiés en Angleterre.

Quant aux observations d'anévrismes des gros troncs artériels, bien que presque toutes soient des faits d'insuccès, M. Debout trouve dans plusieurs d'entre elles, celles de MM. Bossé et Courtelli, entre autres, qui sont des tentatives de coagulation dans des dilatations anévrismales de l'aorte thoracique, la preuve de l'innocuité de l'action de l'électricité lorsqu'elle est sagement conduite. Cependant l'étude des lois de la physique en vertu desquelles les phénomènes se produisent, celle des actes pathologiques qui ont pour résultat la guérison des tumeurs anévrismales, n'ont pas encore été assez étudiées pour qu'on puisse faire appel à la galvano-puncture avec quelque certitude de succès dans des cas aussi graves. M. Debout poursuit les expériences qu'il a entreprises à cet égard, et espère pouvoir bientôt lire à la Société un travail complet sur ce sujet.

M. Boinet. Dans l'avant-dernière séance, M. Giraldès nous a dit que l'idée de l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes avait été réclamée par M. Benjamin Philipps, qui aurait publié un travail sur ce sujet en 1832. Mais il nous semble que c'est en 1831 que M. Pravaz a émis cette idée; s'il en était ainsi, la réclamation de M. Philipps ne serait pas fondée. M. Giraldès a aussi rappelé deux exemples d'anévrismes traités par la galvano-puncture: l'un de l'artère sous-clavière, par M. Philipps; l'autre de la carotide, par M. Kente. Nous aurions su gré à notre confrère de nous dire où ces deux cas ont été publiés, si la galvano-puncture a développé ou non des accidents et quel résultat on a obtenu. Nous regrettons aussi que M. Giraldès ait fait la note qu'il a communiquée à la Société avant d'avoir entendu la fin de la lecture de notre rapport; il aurait vu que nous y avons consigné tous les faits et toutes les réflexions qu'il croyait probablement ne pas y trouver, et il se fût épargné le regret qu'il a éprouvé de ne pas trouver les faits et les observations des chirurgiens italiens que nous avons indiqués d'une manière complète, et nous croyons, quoi qu'il en dise, n'en avoir omis aucun.

Notre collègue aurait voulu aussi nous voir établir une comparaison entre la ligature et la galvano-puncture. Ce travail, en effet, serait très important s'il était faisable; mais aujourd'hui il nous paraît encore impossible. Pour qu'il fût utile et qu'on pût en tirer des conclusions vraiment pratiques, il faudrait d'abord un plus grand nombre de faits; il faudrait que ces faits fussent mieux étudiés, que les règles suivant lesquelles la galvano-puncture doit être appliquée fussent mieux tracées, plus précises; il faudrait que les opérateurs eussent agi avec moins d'incertitude, etc. Pour le moment, nous n'avions qu'à réunir tous les faits publiés jusqu'à ce jour, qu'à les examiner, les juger, les apprécier en eux-mêmes, voir les résultats qui ont été obtenus et toutes les circonstances qui les ont accompagnés... et de cet examen, il est résulté, pour nous, que nous ne pouvions pas encore conclure sur l'avenir de la galvano-puncture; aussi avons-nous dit que cette question n'était pas encore éclairée suffisamment, que la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour étaient de nature à laisser les chirurgiens dans le doute et l'incertitude, qu'il fallait des faits mieux étudiés pour se prononcer définitivement, et qu'au point où en était cette question, bien des chirurgiens préféreraient encore la ligature ou la compression. Nous n'avons donc pas formulé de conclusion définitive, comme le dit notre honorable confrère, qui a critiqué notre rapport sans le connaître dans son entier.

M. Debout trouve que nous avons jugé cette méthode avec trop de sévérité, et dit qu'il a trouvé un bien plus grand nombre de succès que nous, que nous avons compté parmi les insuccès des cas qui sont des succès évidents; il s'appuie de l'autorité de M. Amussat, qui, sur 18 observations de tumeurs anévrismales traitées par la galvano-puncture, aurait trouvé 11 succès et 7 insuccès, tandis que sur 32 observations nous n'aurions pas trouvé 11 succès; il cite plusieurs faits qu'il regarde comme des guérisons, entre autres l'observation de M. Vidal, tandis que nous les regardons ou comme des insuccès, ou comme des cas douteux de guérison. Cette différence entre M. Debout et nous vient de notre manière différente d'interpréter les faits; ainsi, nous lui dirons d'abord que, parmi les faits cités par M. Amussat, nous trouvons deux insuccès: le fait de M. Guérineau, qui probablement n'était pas un anévrisme, et l'un de ceux de M. Bossé, l'observation d'anévrisme de l'aorte ascendante; que, quant à celui de M. Laugier, il nous paraît faire double emploi avec celui de M. Debout, et que, parmi les autres, il en est plusieurs dont le succès nous paraît douteux, comme celui d'anévrisme poplité de Ciniselli. D'ailleurs, pour montrer à la Société si nous avons eu tort de considérer comme insuccès ce que M. Debout met au nombre des succès, nous prendrons pour exemple le fait qu'il a cité, celui de M. Vial.

Au bout de deux mois qu'il avait été opéré, le malade vint à mourir, et l'on trouva à l'autopsie que le sac anévrismal, rempli d'une bouillie ou bachis, *communiquant toujours avec l'artère qui est perméable*. Or, cette communication de l'artère avec l'anévrisme n'est-elle pas la meilleure preuve que la maladie n'était pas guérie, et qu'elle se serait probablement reproduite? Enfin, doit-on attribuer à la galvano-puncture toute seule, et qui n'a produit aucun résultat sensible pendant plus d'un mois, les résultats qui ont été obtenus au bout de cent-vingt-deux jours? La compression qui a été faite sur l'artère brachiale à plusieurs reprises et d'une manière permanente, les applications de compresses froides n'ont-elles pas contribué, pour leur part, à la coagulation du sang dans la poche anévrismale? Il résulte donc du fait lui-même et de toutes les circonstances qui l'ont accompagné, et que nous ne pouvons rappeler ici; qu'il ne peut être considéré comme une preuve évidente de la guérison d'un anévrisme par la galvano-puncture. Il en est ainsi de plusieurs autres que M. Debout range au nombre des succès, et qui sont, pour nous, des insuccès; alors il n'est pas étonnant que notre confrère trouve 16 ou 17 succès là où nous n'en trouvons que 10 ou 11.

M. Debout insiste pour que nous établissions une distinction entre l'opérateur et la méthode, et ne veut pas que nous mettions sur le compte de l'un ce qui appartient à l'autre. Ainsi, dit-il, les cas de MM. Gerard et Velpeau ne prouvent rien contre la méthode, et ne doivent pas être rangés parmi les insuccès, pas plus que le cas de M. Pétrequin, où le malade se refuse obstinément à une dernière séance de galvano-puncture. Il est vrai que dans le cas de M. Velpeau des aiguilles à acupuncture ont été laissées pendant plusieurs jours dans la tumeur anévrismale, et que leur présence a déterminé des accidents; mais il n'en est pas moins vrai que le galvanisme, qui avait été mis en usage, n'avait produit aucun phénomène de coagulation du sang. Quant au malade de M. Pétrequin, qui avait tellement souffert d'une première séance qu'il ne voulut pas en souffrir une seconde, ne doit-on pas en conclure que dans ce cas encore la galvano-puncture a été sans succès, quoiqu'elle n'ait été employée que pendant une seule séance. Quant à d'autres cas, considérés par MM. Debout et Amussat comme des succès réels, nous avons sur plusieurs émis un doute, parce que ces guérisons, qu'on pouvait à la rigueur regarder comme réelles au moment où les malades ont quitté l'hôpital ou le chirurgien, dans un cas, six jours après l'opération, dans d'autres, sept jours, dix jours, etc., il eût été nécessaire de les revoir longtemps après, pour savoir si ces guérisons ont été permanentes; car le doute qui semble exister aujourd'hui dans l'esprit des chirurgiens vient de ce que ces guérisons ont été publiées trop prématurément. Ce qui encore doit inspirer du doute sur ces succès, c'est que plusieurs sont dus probablement à la compression permanente ou longtemps continuée qui a été faite, à l'application du froid, à l'inflammation du sac et de l'artère, inflammation développée sous l'influence de la galvano-puncture ou de la compression. Et comme il est impossible de dire la part que chacune de ces méthodes a eue dans la guérison, il serait peu logique d'en faire l'honneur à la galvano-puncture seule.

M. Debout a encore appelé votre attention sur un autre point, c'est de savoir si cette méthode ne serait pas plus avantageuse pour les anévrismes traumatiques que pour les anévrismes spontanés; c'est en effet ce qui semble ressortir des observations que nous avons réunies dans notre rapport; mais cet avantage pour les anévrismes traumatiques ne viendrait-il pas de ce que ceux-ci siégeaient sur des artères d'un calibre moins volumineux, et de ce que les artères humérale, radiale et cubitale sont moins considérables que l'artère crurale ou poplitée. En résumé, nous n'avons pas rejeté la galvano-puncture du traitement des anévrismes; seulement, nous avons dit qu'il fallait, pour les juger avec connaissance de cause, des faits mieux étudiés et plus nombreux.

— A cinq heures, comité secret.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Opium indigène. — La *Société d'encouragement*, qui prend un si vif intérêt à l'industrie, ne se borne pas à encourager les manufacturiers; elle porte encore son attention et sa sollicitude sur les personnes qui s'efforcent d'améliorer les produits agricoles de notre pays ou d'en créer de nouveaux. C'est à ce dernier titre qu'elle vient d'envoyer en Auvergne un de ses membres, M. A. Chevallier, pour étudier la récolte de l'opium indigène, que M. Aubergier, de Clermont-Ferrand, cultive depuis quelques années avec succès.

Pendant cette excursion, M. Chevallier a constaté en outre que M. Aubergier récolte dans les environs de Clermont une très grande quantité d'un produit important, c'est l'extrait des tiges de laitue, connu sous le nom de *lactucarium*. On obtient ce produit en pratiquant des incisions sur les tiges de la laitue. Beaucoup de ces tiges n'ont pas moins de 2 m. 50 c. de hauteur.

Le travail pour la récolte du lactucarium et de l'opium indigène est fait par des femmes auxquelles cette culture crée une occupation assez lucrative.

— Les malades vénériens viennent d'être installés dans le local nouvellement construit à cet effet dans la ville de Montpellier. La disposition et la salubrité de cet établissement en font un des plus beaux hôpitaux de France.

— Depuis peu de jours a été ouvert à la Faculté de la même ville un concours pour deux places de chef de clinique médicale et chirurgicale: six élèves se sont mis sur les rangs pour disputer ces positions importantes.

Dans le mois de novembre prochain, un nouveau concours sera ouvert pour donner un successeur à M. Caisergues, professeur de clinique médicale. (*Revue thérap. du Midi.*)

— La médecine lyonnaise vient de perdre un de ses membres les plus honorés en la personne de M. Antoine Lusterbourg, membre de la Société nationale de médecine, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, ancien administrateur de l'hospice de l'Antiquaille. Ses obsèques ont eu lieu à Francheville, près de Lyon; un grand nombre de médecins y assistaient. MM. Rougier et Roy ont raconté, avec une vive émotion, les principales phases de la vie de cet homme de bien. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. Stéphanopoli, chirurgien aide-major de 1re classe au 2e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour le 9e bataillon de chasseurs.

— M. le docteur Pajot a commencé un cours complet d'accouchements le lundi 4 août 1851 à onze heures du matin, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, 4, près l'École de Médecine, et le continuera pendant toutes les vacances. — L'examen des femmes enceintes commencera dans le courant d'août.

— Errata. — Il s'est glissé dans l'impression du mémoire de M. Abeille, publié dans les numéros 81 et 82, quelques erreurs qu'il faut corriger ainsi:

Dans le n° 82, page 330, 2e colonne, après le 5e alinéa, au lieu de continuer l'observation de Gricci, on a interposé une autre partie du mémoire qui commence ainsi: *Et qu'on ne vienne pas nous objecter*, etc., et qui se termine, à la fin du 4e alinéa de la 3e colonne, par ces mots: *convenablement employé*.

Toute cette partie du travail devait être placée à la suite du 4e alinéa de la 1re colonne, page 331, qui finit par ces mots: *d'être cause de ces suffusions séreuses*.

N° 81, page 327, au commencement du 2e alinéa, 1re ligne, et n° 82, page 330, 3e colonne, 7e alinéa, au lieu de: son *général*, lisez: son *jécoral*. — N° 82, 1re colonne, 2e ligne du 5e alinéa, au lieu de: ni du moindre *gonflement* dans la cavité, lisez: ni du moindre *épanchement*.

— Il s'est également glissé une erreur dans l'observation de M. le docteur A. Thierry, publiée dans notre n° du samedi 19 juillet. Au lieu de: « des calculs dont *plusieurs* présentaient un poids de *seize grammes* », lisez: « dont l'*ensemble* pesait seize grammes.

— Enfin dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, à l'observation communiquée par M. Duchesne-Duparc, au lieu de: *sept* saignées, lisez: *neuf*.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 91. — JEUDI 7 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 91. — JEUDI 7 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 6 AOUT 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

La correspondance officielle de la dernière séance renfermait un document qu'on ne doit pas laisser passer inaperçu. Une des communes de l'arrondissement de Mantes est affligée depuis plusieurs années, à ce qu'il paraît, d'épidémies graves qui déciment la population. Désespérés de cette fatale succession de fléaux, les habitants de Garzenoille ont pensé à invoquer les lumières de l'Académie de médecine, et M. Baroche, dans sa sollicitude éclairée, s'est fait leur interprète auprès de cette Compagnie.

Une pareille marque de confiance n'honore pas seulement l'homme éminent qui la donne et le corps savant qui la reçoit; elle constitue un précédent qui peut avoir d'heureuses et importantes conséquences, et il dépend en partie de l'Académie qu'il en soit ainsi. Il en sera ainsi, en effet, si l'Académie trouve dans son sein des hommes assez dévoués pour aller sur les lieux constater d'abord les faits, et, par une étude attentive de toutes les conditions locales, remonter ensuite aux causes. S'il s'agissait seulement ici d'épidémies de choléra, de suette ou d'autres maladies qui paraissent de temps à autre, comme des météores funestes et mystérieux, nous espérerions peu de chose de la mission, même scrupuleusement remplie, qu'a reçue l'Académie. Nous partageons tout à fait, sur ces épidémies, l'opinion de M. Clot-Bey, c'est-à-dire que, comme lui, nous avouons franchement notre ignorance, qui est l'ignorance de tous les hommes de bonne foi et à l'abri des illusions. Mais autant nos aveux sont faciles sur ce point, autant notre conviction est profonde sur les lumières qui jailliront d'une étude attentive, opiniâtre, intelligente des épidémies locales persistantes, c'est-à-dire des endémies.

Nous l'avons dit bien des fois déjà, et nous nous plaisons à le répéter en toute occasion : il en sera de toutes les endémies comme des fièvres intermittentes ; on en découvrira les causes, et à l'aide du calme de la paix, de la prospérité et de l'ordre publics, qui seuls permettent d'entreprendre de grands travaux sanitaires ou autres, on parviendra à les détruire et à affranchir beaucoup de nos populations d'une mort prématurée.

Nous espérons d'ailleurs, pour le cas qui est l'objet de ces réflexions, que M. le ministre des affaires étrangères ne bornera pas son action à la lettre qu'il a adressée à l'Académie, et qu'au besoin il demanderait à l'Assemblée nationale un crédit analogue à celui que M. le ministre du commerce a obtenu hier même pour l'étude de la pneumonie des animaux domestiques.

Après la correspondance, l'Académie a entendu un consciencieux rapport de M. Danyau, et elle a repris ensuite la discussion sur le travail de M. Malgaigne. Nous publierons dans notre prochain numéro le résumé critique de cette discussion. — H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la chlorose.

Symptômes. Nature. Marche. — La chlorose est, à nos yeux, l'une des maladies les plus importantes à étudier, non pas tant parce qu'elle est fréquente que parce que son étiologie et ses phénomènes bien compris servent pour ainsi dire d'introduction à une grande classe de maladies trop négligées dans l'enseignement ordinaire, la classe des cachexies.

La chlorose est caractérisée par l'état d'étiolement de tous les tissus, et principalement des surfaces tégumentaires, qui prennent une teinte particulière. Les symptômes sont peu nombreux, presque tous rationnels, et par leur nature s'enchaînent les uns aux autres. Le premier symptôme à noter est un état général de débilité, surtout dans l'appareil musculaire; les mouvements sont pénibles, languissants; les sujets éprouvent même des défaillances si ces mouvements exigent de grands efforts ou sont prolongés trop longtemps. Les téguments commencent à perdre leur couleur, et cette décoloration croissant successivement, on la voit passer du blanc pâle au blanc jaunâtre ou verdâtre, phénomène dû à l'absence de coloration des vaisseaux capillaires. Cette pâleur continuelle est une preuve que la matière colorante n'appartient plus en quantité assez considérable au liquide qui pénètre les capillaires.

A cette débilité et cette pâleur générales se joignent bientôt les palpitations au moindre effort musculaire; les fonctions du tube digestif sont ralenties; les malades éprouvent de la pesanteur, des douleurs gravatives pendant l'accomplissement de la digestion; ils sont tourmentés par des éructations insipides ou acides. Il y a ordinairement de l'anorexie ou bien un goût dépravé pour certains aliments qui exercent sur la muqueuse buccale une action topique et stimulante; tels sont les mets épicés ou préparés au vinaigre, les boissons alcooliques ou acides. Cette dépravation du goût peut être portée, chez les chlorotiques, au point de leur faire trouver de la sapidité à certaines substances alimentaires de la saveur desquelles il est difficile de se rendre compte physiologiquement, comme le plâtre et le mortier.

Cette perversion du goût s'accompagne de la perversion de l'odorat chez quelques chlorotiques. Il n'y a rien là qui doive surprendre; car ces deux sens sont supplémentaires. Quelques malades recherchent les odeurs fétides, l'assa-fœtida, l'ail, etc. On en a vu gratter, pour s'en nourrir, les murs souillés de matières fécales desséchées; d'autres préfèrent les viandes pourries; certains malades vont partager les aliments des animaux domestiques et négligent les mets servis sur leur table. Cette dépravation dans le goût et l'odorat n'est pas commune à tous les chlorotiques, mais s'observe cependant dans la plupart des chloroses graves.

En même temps, les fonctions organiques appréciables à nos moyens d'investigation présentent divers phénomènes séméiologiques; la peau est sèche, le pouls est mou, d'une dépression facile, coïncidant avec une grande fréquence des diastoles artérielles. Cette fréquence va presque jusqu'à l'état fébrile. Il y a dans les battements du cœur irrégularité ou intermittence, accélération du pouls, etc. Le passage du sang dans les grosses artères fait entendre, à l'auscultation, un bruit de frottement prononcé, variable dans son intensité, mais constant. Ce bruit est manifestement isochrone au passage du sang, et s'entend sur le trajet de la crosse de l'aorte, du tronc innominé, des artères sous-clavières et carotides; on le trouve également sur le trajet des artères fémorales, etc. Dans quelques cas, le bruit de frottement est porté si loin, que l'influence des battements exagérés imprime une secousse aux malades. Chez certains d'entre eux, les palpitations portées à un haut degré se traduisent par du sifflement dans les oreilles. Tels sont les phénomènes les plus saillants de la chlorose.

Il y a, de plus, des épiphénomènes d'une certaine importance. Ainsi, tel chlorotique éprouve une douleur névralgique dans la ramification des nerfs de la cinquième paire lorsque l'appétit se fait sentir; tel autre, pendant la digestion; chez celui-ci, il y aura des douleurs s'élevant parfois jusqu'à l'intensité des douleurs rhumatismales; chez celui-là, il y aura un douleur gravative à la région lombaire, à l'articulation coxo-fémorale. Quelques-uns sont tourmentés d'une toux sèche, revenant par secousses isolées, mais étrangère à toute lésion apparente du poumon, exploré par nos moyens ordinaires de recherches. Quand les chlorotiques sont pris d'une maladie accessoire, quelle qu'elle soit, comme bronchite, pneumonie, etc., le pouls affecte immédiatement une fréquence extrême, comme dans les fièvres intenses, au point d'effrayer le médecin qui n'a pas l'habitude des sujets chlorotiques.

Chez les individus atteints de chlorose, les affections inflammatoires des séreuses sont accompagnées d'épanchements séreux très rapides et très considérables; à peine aurez-vous quelques symptômes de pleurésie aiguë que déjà la plèvre sera pleine. Ainsi la pleurésie des chlorotiques participe de la forme de l'hydrothorax; car si elle arrive avec la même rapidité, elle se résorbe également en très peu de temps. Les maladies intercurrentes, peu graves même, déterminent souvent chez les chlorotiques l'œdème des extrémités. Chez ces malades, les urines sont en apparence plus abondantes que les boissons ingérées; ce phénomène tient à ce que les chlorotiques, retenant leur urine, en rendent une grande quantité en une seule fois; cependant, sans être aussi copieuses qu'on pourrait le croire de prime abord, ces urines sont plus abondantes que chez les individus en bonne santé, à cause de la

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les nos des 10, 15, 22 mai, 5 juin et 3 juillet.)

En critiquant les petits établissements, je suis très loin d'être partisan des hôpitaux et hospices d'une grandeur considérable. Je crois qu'un hôpital doit renfermer au maximum 500 lits et un hospice pas au delà de 1,000 indigents. Ces derniers établissements devraient toujours être placés à la campagne, à 5 myriamètres au moins des villes, dans l'intérêt des administrations et pour le plus grand bien-être des administrés.

Des dépenses hospitalières.

Les dépenses ordinaires des hôpitaux et des hospices ont été de 51,900,415 fr. 78 c. dans le cours de l'année 1847. Elles ont été par conséquent inférieures aux recettes ordinaires de 2,216,244 fr. 80 c., ce qui est la preuve certaine d'une bonne administration financière.

Les dépenses des établissements hospitaliers se subdivisent en 33 articles principaux que je vais, monsieur le ministre, placer sous vos yeux, en vous soumettant ensuite quelques observations sur plusieurs de ces dépenses.

Nous ne donnerons ici que le total des divers chapitres de dépenses énumérées par M. de Watteville; nous dirons seulement que sur 51,900,415 fr. 78 c., somme à laquelle s'élèvent ces dépenses, 817,495 fr. 40 c. sont affectés au personnel médical et 1,886,958 fr. 91 c. aux dépenses de pharmacie.

Les dépenses du personnel, des employés, des religieuses, des servants et des médecins, sont un des vices de l'administration hospitalière; en effet, cette dépense absorbe à elle seule plus du cinquième des revenus des pauvres. Voici la preuve de cette assertion :

Traitement des médecins et chirurgiens.	817,495 fr.	40 c.
id. des employés divers. . .	1,584,833	14
id. des religieuses.	924,736	26
Gages des préposés et servants. . .	1,361,812	21
Remises allouées aux receveurs. . .	745,739	68
	5,434,616 fr.	69 c.

A cette somme, il faut ajouter les frais de nourriture, de chauffage, d'éclairage et de blanchissage des religieuses et des servants. En évaluant à 300 fr. par an ces frais pour une religieuse et à 250 fr. pour un servant, je serais certainement dans des limites fort restreintes ; il en résultera néanmoins :

1° Que 300 fr. de frais par an et par religieuse, leur nombre étant dans nos hôpitaux et hospices de 7,622, donnera une somme de.	2,286,600 fr.	00 c.
2° Que 250 fr. par servant et par an sur 8,906 formera le chiffre de.	2,226,500	00
	9,947,716 fr.	69 c.

Des observations fort injustes se sont élevées souvent contre le taux des remises allouées aux receveurs des établissements hospitaliers. Il me sera facile, monsieur le ministre, de vous prouver que ces réclamations n'avaient rien de fondé.

Les recettes de 1,133 administrations hospitalières ont été, en

1847, de.	54,116,660 fr.	68 c.
Les dépenses, de. . . .	51,900,415	79
Total. . . .	106,017,076 fr.	47 c.

Les comptables ont alors à percevoir leurs remises, conformément aux ordonnances royales des 17 et 23 mai 1839 (1), sur cette somme de 106,017,076 fr. 47 c. Or, le chiffre total des remises perçues par les receveurs a été (1847) de 747,007 fr. 86 c.; soit, en moyenne, 70 c. pour 100 fr. sur les recettes et les dépenses réunies. Il est impossible de trouver une perception moins onéreuse. Du reste :

Une recette de	5,000 fr.	donne	200 fr.	de remises.
—	10,000	—	380	—
—	15,000	—	590	—
—	20,000	—	740	—
—	30,000	—	1,050	—
—	50,000	—	1,350	—
Une recette de	70,000 fr.	donne	1,650 fr.	de remises.
—	100,000	—	2,100	—
—	200,000	—	2,430	—
—	500,000	—	3,420	—
—	1,000,000	—	5,070	—

Enfin sur 1,133 recettes d'établissements hospitaliers :

1 Paris perçoit 36,000 fr. de traitement fixe (2).

(1) Aux termes des ordonnances précitées, les remises allouées aux receveurs des établissements de bienfaisance sont, sur la recette et sur la dépense, de

2	p. 100	sur les premiers 5,000 fr.
1 50	—	sur les 25,000 fr. suivants.
» 75	—	sur les 70,000 —
» 33	—	sur les 100,000 jusqu'à 1,000,000.
» 12	—	sur les sommes excédant un million.

(2) Le receveur des hospices de Paris reçoit un traitement fixe. Ce comptable a pour 20,000 fr. de frais à sa charge.

sécheresse de la peau et de la diminution de l'exhalation pulmonaire.

Le système nerveux ne reste pas étranger à cette irrégularité de toutes les fonctions en général ; il devient d'une irritabilité extrême, donnant lieu à des mouvements spasmodiques hystériformes et même hystériques. Pendant la digestion, ces mouvements peuvent se produire spontanément.

La chlorose est une maladie qui appartient spécialement au sexe féminin. On l'observe surtout chez les jeunes femmes, les jeunes filles dont la menstruation s'établit, à l'âge de la puberté, au moment où la constitution prend tout son développement. On la voit encore chez les femmes qui ont eu de nombreux accouchements. Dans le sexe masculin, où la chlorose ne se montre que rarement, c'est à l'époque de la puberté chez les jeunes gens.

La chlorose, on le voit, se manifeste chez des sujets dont le système nerveux se met on ne peut plus facilement en jeu, à un âge où les mouvements du cœur s'écartent à la moindre cause de leur rhythme normal et où les dyspepsies sont si fréquentes ; cette affection doit donc emprunter à ces conditions physiologiques quelques-uns de ses épiphénomènes et même de ses symptômes propres.

Il y a un épiphénomène constant qui a fixé notre attention à une autre époque, mais auquel nous refusons aujourd'hui l'importance que lui accordent encore quelques médecins : c'est l'aspect du sang. Si vous tirez du sang à un chlorotique, vous le trouvez plus violâtre, plus aqueux qu'à l'état physiologique ; il forme un caillot plus petit ; la matière colorante (qui est de 2,27 sur 1,000 parties) est diminuée de moitié, quelquefois plus ; tels sont du moins les résultats des expériences que fit M. Lecaine lorsque nous nous occupions de cette question. Cette matière colorante se précipite soit à la partie inférieure du caillot, soit au fond du vase, où l'on peut la recueillir sous forme de poussière. Il faut ajouter que l'apparition des règles reste suspendue si la maladie est portée à un haut degré, et que, si la menstruation s'accomplit, elle ne donne lieu qu'à un sang à peine coloré. La leucorrhée est, du reste, un fait commun chez les chlorotiques. S'ils sont sujets aux hémorrhagies ou aux hémorrhoïdes, on voit le flux disparaître avec l'apparition de la chlorose.

La connaissance de ces faits nous conduit naturellement à leur appréciation. A l'état physiologique (point de départ qu'il faut prendre pour arriver à une saine interprétation des phénomènes morbides), l'action des fonctions plastiques s'accomplit sous l'influence incitative de l'appareil circulatoire, par la répartition dans les organes d'un sang dans de bonnes conditions, possédant une quantité suffisante d'éléments constitutifs et réparateurs. Or à cette époque de la vie, au moment où l'accroissement s'accomplit, lorsque l'évolution se fait dans tous les appareils, et l'appareil musculaire en particulier, l'organisme dépense une quantité plus grande des principes qui servent à la nutrition ; ainsi à l'âge de la puberté, époque de développement par excellence, il faut aux fonctions plastiques une activité insolite qui exige plus de molécules alimentaires et bien élaborées. Si vous supposez, au contraire, qu'un individu soit soumis à des causes débilitantes qui diminuent la quantité des principes nutritifs à cette période de son existence où il a le plus besoin d'éléments réparateurs pour fournir à cette activité exagérée de toute l'économie, évidemment le nombre des molécules sera insuffisant ; certains appareils resteront en souffrance ; l'affaiblissement de l'organisme en entier se traduira par la langueur de toutes les fonctions plastiques, et l'état chlorotique sera manifeste.

Les phénomènes d'altération du sang, quoique saillants, et pour ainsi dire palpables, n'en sont pas moins difficiles à expliquer pour le pathologiste. Ainsi, il est incontestable que la somme des molécules colorantes est diminuée, tandis que les molécules fibrineuses restent à l'état normal ; c'est par cette diminution des molécules colorantes, qui exercent une si grande influence incitative sur tous les organes, les muscles, etc., que l'humorisme de notre époque a prétendu rendre compte de l'affaiblissement de toutes les fonctions en général, et des nouvelles propriétés du sang : « Le liquide » circulatoire, disent les humoristes, par les modifications » qu'il a subies dans ses qualités physiques, a perdu une » partie de son action stimulante ; de plus, il est devenu plus » ou moins vibratile, et donne lieu à des bruits anormaux » qu'on ne peut attribuer à l'altération des vaisseaux. — » Conclusion : La chlorose est une maladie du sang. » Pour nous, quoique nous ne doutions pas qu'une fois la chlorose constituée, l'altération du sang ainsi que ses effets ne soient manifestes, nous nous bornerons à demander aux humoristes pourquoi et comment cette modification du liquide circulatoire arrive-t-elle ? N'est-on pas obligé d'admettre avec nous l'existence nécessaire d'une force *à tergo* qui précède cette altération et la détermine ? Le sang, en effet, n'est pas un organe à part ; mais il se rattache à l'organisme entier par une quantité innombrable de ramifications. Qui peut dire en effet où finit, où commence l'appareil circulatoire ? Nous ne comprenons donc pas qu'on puisse voir dans l'altération du sang autre chose qu'un phénomène secondaire ; il y a nécessairement, *à priori*, une manière d'être vicieuse des fonctions plastiques dont l'altération du sang n'est que le produit, et nous comprenons que cette altération est inévitable quand la débilité arrive dans ces fonctions, soit par manque d'incitation nerveuse ou sous l'influence de toute autre cause.

Pour se rendre un compte exact de cette débilitation, il est quelques conditions qu'il est bon de rappeler ici. Tous les appareils organiques entrent en action sous l'influence d'un *stimulus* approprié à chacun d'eux. On a donné le nom d'*éréthisme* des organes à l'aptitude qu'ils ont de recevoir ce *stimulus*, lequel agit avec d'autant plus de violence, que les organes en ont été privés plus longtemps. C'est la condition d'un homme que l'on sort d'une cave obscure, et que l'on expose trop brusquement à la lumière ; il est ébloui, tant la sensation est vive. Les organes sont, on le voit, plus ou moins influencés par le *stimulus* propre à chacun d'eux. Si donc l'action stimulante que le sang exerce sur les organes vient à être diminuée par suite de modifications apportées dans la qualité ou la quantité du liquide circulatoire, il arrivera, et cela est incontestable, que les différents organes de l'appareil circulatoire réagiront irrégulièrement. C'est là la cause immédiate des palpitations chez les individus sujets aux hémorrhagies, les chlorotiques ou ceux dont la constitution est minée par une cachexie, les scorbutiques, par exemple.

L'incitation circulatoire s'exerce dans tous les points de l'organisme où les vaisseaux deviennent capillaires ; tous les appareils sécrétoires de l'économie puisent dans l'appareil circulatoire les éléments de leur action ; ils y puisent les éléments matériels des produits qu'ils sécrètent, et ils le font d'autant plus largement, que l'on a mis davantage en jeu leur irritabilité. Chez l'individu devenant chlorotique, l'appareil circulatoire apporte aux limites extrêmes un sang plus ou moins décoloré ; il y a suspension des sécrétions normales des émonctoires de la peau ; les sueurs sont visqueuses et rares, les urines incolores et abondantes. Le pigmentum qui s'alimente avec la matière colorante du sang est modifié pour deux raisons ; car l'appareil sécréteur qui le fournit ne reçoit plus sa stimulation normale ; de plus, le sang qui y parvient n'y arrive pas en quantité convenable, et encore est-il détérioré. De ce nouvel état de choses résulte nécessairement la pâleur des téguments, et une décoloration particulière siégeant dans la couche pigmentaire.

Les chlorotiques ne sont pas réglées, ou cessent bientôt de l'être ; il ne peut en être autrement. Il y a dans la manifestation des règles deux phénomènes. L'oviduction d'abord (phénomène sur lequel nous avons le premier appelé l'attention) ; l'oviduction consiste dans le rejet d'un œuf non fécondé, et exige l'action physiologique de l'ovaire rentrant dans l'ensemble des actes de l'organisme. Dans toutes les maladies où l'influence stimulante de l'appareil circulatoire est diminuée, et où par conséquent la débilité atteint un assez haut degré d'intensité ; dans toutes les cachexies, etc., l'oviduction n'a plus lieu. L'ovaire n'entre pas en action, car ce phénomène exige le développement ultime des actes de la circulation ; cependant, dans les cas où la chlorose arrive très rapidement, et cette circonstance n'est pas rare, si le travail de l'oviduction a commencé, comme il y a dans l'ovaire les éléments nécessaires à l'accomplissement de ce phénomène, les règles continuent, mais elles sont pâles, décolorées et notablement diminuées.

La menstruation est de plus un mouvement fluxionnel hémorrhagique sur la surface de l'utérus ; ce mouvement puise sa force, son étendue dans les conditions générales de la circulation. Celle-ci est-elle languissante, les règles seront peu abondantes, il n'y aura qu'un peu de sang rejeté au dehors, et il sera décoloré. C'est là, du reste, un phénomène de même ordre que celui qui se rattache à la suppression des hémorrhagies et à la disparition des hémorrhoïdes chez les chlorotiques.

On digère avec le produit des organes sécréteurs. Il est évident que, si les sécrétions du tube digestif ou de ses annexes sont modifiées, les fonctions digestives s'accomplissent mal ; or, dans la chlorose, les accidents dyspepsiques sont de même nature, car ils résultent de sécrétions anormales, imparfaites ou insuffisantes.

Il y a un point plus élevé dans la discussion physiologique des phénomènes de la chlorose. A l'état de santé, nous n'avons pas conscience de l'action des fonctions plastiques ; mais si l'on tombe malade, le *sensorium* nous avertit de suite de cette imperfection des actes de la vie organique. Ainsi, l'état de langueur, l'inertie dans l'action, les troubles dans les fonctions digestives, etc., sont des phénomènes propres aux chlorotiques et dont ils ont conscience. L'instrument immédiat de cette sensation est nécessairement le système nerveux ; c'est l'inverse de cet autre phénomène dans lequel la perturbation est, au contraire, apportée dans les fonctions par le système nerveux.

Il y a dans la chlorose une débilité réelle, du malaise, une sensation de courbature ; mais le système nerveux va bientôt arriver à l'état d'éréthisme par suite de la nullité des incitations normales qui restent suspendues. De là une mobilité nerveuse toute spéciale, qui fait que les moindres impressions retentissent sur toute l'économie.

Marche. — La chlorose est essentiellement chronique (quoiqu'elle puisse arriver, dans certains cas, avec une extrême rapidité) ; elle provient de troubles fonctionnels dont la réparation ne se fait qu'avec lenteur ; elle a une durée plus ou moins longue, subordonnée à l'accomplissement des modifications qui se font aux différents âges de la vie. En effet, quand, par la succession des diverses périodes, l'époque est arrivée où l'organisme n'a plus besoin de cette vitalité exagérée, ni de ces éléments réparateurs si nécessaires à l'âge de l'accroissement, les fonctions rentrent dans leur état normal ; et la cause qui a amené la chlorose disparaissant, l'affection n'a aucune raison de ne pas s'évanouir. Aussi, la chlorose est-elle d'autant plus rare que l'on s'éloigne de l'âge de puberté.

Comme on le voit, dans la chlorose, la durée, la succession des phénomènes modifiés dans leur opportunité suivant la constitution des individus sont parfaitement coordonnées et interprétées ; nous avions donc raison de dire, en commençant, que la chlorose peut servir d'introduction à la grande classe des cachexies.

P. HUGOT,
Élève du service.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BARRIER.

Opération césarienne dans un cas de perforation de l'utérus suivie du passage du fœtus dans la cavité du péritoine.

Marie-Antoinette Jourdain, femme Potard, âgée de trente-cinq ans, est apportée à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1851. Elle

---

1	Lyon —	16,935	de remises (1).
2	recettes perçoivent	8,000	—
1	—	7,000	—
1	—	6,000	—
4	—	5,000	—
6	—	4,000	—
11	—	3,000	—
66	—	2,000	—
73	—	1,500	—
79	—	1,000	—
295	—	500	—
593	sont inférieures à	500	—
1,133			

Il est à remarquer, en outre, que ces comptables ont environ un dixième de leurs remises, au moins, à déduire pour frais de bureaux à leur charge, et qu'ils fournissent entre eux tous une somme de six millions à titre de cautionnement pour garantie de leur gestion.

Le montant des contributions a été de 608,163 fr. 14 c. Cette somme sera dorénavant beaucoup plus considérable, par suite de la loi du 20 février 1849, relative à l'application de l'impôt de mutation aux biens de main-morte.

Les frais d'assurance contre l'incendie se sont élevés à 56,531 f. 09 c. Dans un seul département, la Corse, toutes les administrations hospitalières n'ont pas profité de l'institution des compagnies protectrices contre le feu ; mais, en général, les commissions administratives ont, avec raison, mis à l'abri de toute perte par l'incendie les propriétés des pauvres.

Les dépenses relatives à la nourriture des indigents égalent les 11/21 des dépenses générales. Elles se subdivisent en plusieurs articles.

(1) Le receveur des hospices de Lyon perçoit les remises prescrites ; il a plus de 6 à 7,000 fr. de frais.

1° Le pain, pour une somme de. . .	9,579,591 fr.	72 c.
2° La viande.	5,573 872	72
3° Le vin, la bière et le cidre. . . .	2.524,030	18
4° Les comestibles divers.	3,904,458	05
5° Les menus objets de consommation. .	609,189	24
Total . . .	22,191,141 fr.	91 c.

Il est à remarquer que les dépenses pour achat de blé ou de pain enlèvent les 3/7e de cette somme. Dans un seul département, la Corse, la dépense de la viande a été plus considérable que celle du pain.

Je dois constater ici, je crois, monsieur le ministre, que les objets de consommation destinés aux indigents dans les hôpitaux et hospices sont généralement de bonne qualité, et qu'ils sont toujours apprêtés avec soin. Sous ce rapport, l'administration s'occupe avec la plus intelligente sollicitude du bien-être des malheureux.

Le chauffage est une dépense bien plus forte, puisqu'elle a été de 2,163,717 fr. 68 c. Et cependant, il faut bien le dire, ce service laisse à désirer. Je n'ai point encore trouvé un bon système pour chauffer les salles dans les hospices, et souvent j'ai vu nos vieillards et nos malades, sinon souffrir, du moins sentir le froid dans les bâtiments hospitaliers.

L'achat des médicaments a donné le chiffre de
1,886,958 fr. 91 c., dont il faut déduire celui de
388,740 f. 65 c. pour ventes faites par les administrations hospitalières.

Reste donc 1,498,218 f. 26 c. pour dépense de médicaments nécessaires aux malades traités dans les hôpitaux. Cette somme est considérable. Elle représente le chiffre de 3 fr. par malade ; c'est beaucoup (1).

Le service des pharmacies dans les hôpitaux et hospices n'est pas satisfaisant ; presque toujours il est confié aux religieuses, qui, n'ayant pas fait les études nécessaires, préparent assez mal les prescriptions médicales, et souvent j'ai reçu les plaintes des médecins à cet égard. Il arrive aussi que les matières premières, achetées et reçues par les religieuses, qui ne sont pas très expertes en pharmacie, ne sont pas toujours de bonne qualité ; de là incertitude quelquefois de la part des médecins dans leurs prescriptions, parce qu'ils n'ont pas une grande confiance dans la vertu des médicaments mis à leur disposition. Enfin, il n'existe pas encore de comptabilité-matières pour la tenue des pharmacies dans nos hospices ; il en résulte un certain désordre qui nécessairement est une des causes de l'excessive dépense de ce service. Il serait, je crois, à désirer que les pharmacies hospitalières fussent remises entre les mains d'hommes spéciaux dans les établissements d'une certaine importance, et dans les hospices qui n'ont qu'un médiocre revenu, moins de 30,000 fr. ; par exemple, ces officines devraient être placées sous la surveillance d'un pharmacien de la localité, qui, j'en suis persuadé, s'empresserait d'exercer gratuitement cette surveillance.

Le décret du 19 janvier 1811 a mis à la charge des administrations hospitalières dépositaires d'enfants trouvés la fourniture des layettes et des vêtures destinées à ces infortunés. Cette obligation est assez mal remplie, il faut le dire, et plusieurs de ces administrations se dispensent complétement d'accomplir ce devoir. La dépense relative à ces fournitures s'est élevée, en 1847, à la somme de 953,054 fr. 06 c. ; et comme le nombre des enfants trouvés a été en moyenne, pendant la même année, de 98,964, il en résulte ce fait que la dépense moyenne de chaque enfant, pour frais de layette et de vêture, a été de 9 fr. 60 c., ce qui est très insuffisant.

Quoique la dépense pour fourniture de layettes et de vêtures soit essentiellement hospitalière, les départements ont néanmoins contribué à cette dépense pour la somme de 150,692 fr. 88 c ; en sorte que les hospices n'ont réellement déboursé, à cette occasion, que la somme de 802,361 fr. 18 c.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) 486,083 malades ont été traités dans les hôpitaux civils. Admettons que 13,323 vieillards ou enfants aient été traités dans les infirmeries des hospices ; on aura le chiffre de 499,406 malades, qui, à 3 fr. chacun pour médicaments, donnent un total de 1,498,218 fr.

est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible; elle travaille avec son mari, qui est tailleur, rue Sirène, n° 8. Elle a déjà eu cinq enfants, dont le dernier est né le 18 mai 1849. Ses accouchements ont tous été faciles, prompts et n'ont jamais nécessité l'intervention de l'art. Les deux premières grossesses ont été bonnes; les derniers mois de toutes les autres ont été pénibles, et la malade a été obligée de cesser tout travail pour garder presque constamment le lit. Le temps pendant lequel ont duré cette faiblesse et ces malaises a été progressivement croissant, de deux mois pour la troisième grossesse et de sept mois pour celle qui nous occupe aujourd'hui. Ainsi, depuis sept mois les jambes sont faibles, la station est vacillante, la malade ne peut marcher seule. Elle attribue des complications de grossesses à ce qu'elle a pris froid quatorze jours après sa deuxième couche; ce qui lui a laissé, dit-elle, une grande susceptibilité. Nous devons tenir compte d'une chute sur le dos qu'elle a faite il y a cinq mois dans son appartement et d'une affection des vertèbres siégeant au niveau de l'articulation sacro-vertébrale dont la malade n'a jamais parlé et dont sa famille s'est aperçue pour la première fois lorsqu'on l'a transportée à l'Hôtel Dieu. Il y a une saillie assez prononcée en arrière dans cette région.

Depuis un mois, la malade a éprouvé chaque jour quelques petites coliques qui, le 6 avril, sont devenues plus fortes et plus fréquentes. Pendant la nuit, ces douleurs étant très fortes, régulières, une sage femme est appelée. Après avoir pratiqué le toucher, elle déclare ne pas sentir l'enfant, et fait administrer 2 grammes de seigle ergoté.

Le 7, dans la soirée, le travail ne faisant pas de progrès, elle déclare que sans doute l'enfant est mal disposé. On fait venir un médecin; il touche, reconnaît la position qu'il déclare favorable, mais croit que les douleurs ne sont pas encore déclarées. Quelques moments après, les eaux s'écoulent.

Le 8 au soir, voyant qu'il n'y a pas de progrès, il dit reconnaître l'étroitesse du bassin et applique le forceps trois fois de suite; il l'enfonce la troisième fois, dit le mari, jusque dans l'estomac. Mais la tête s'échappe constamment des cuillers, et chaque application est suivie d'une hémorrhagie.

Le 9, on appelle un autre médecin auquel l'état de la malade paraît fâcheux, et qui conseille de la transporter à l'Hôtel-Dieu, parce que, dit-il, l'accouchemeunt est impossible par les moyens ordinaires. Elle y est transportée, salle des femmes en couches, à dix heures du matin. Elle est pâle, maigre, épuisée par la fatigue. Le pouls radial est insensible, le pouls carotidien est très faible. M. Barrier, chirurgien en chef, pratique le toucher vaginal; il reconnaît une étroitesse considérable du détroit supérieur. L'angle sacro-vertébral est très saillant; le diamètre sacro-pubien n'a que de 2 pouces 1/2 à 2 pouces 3/4. Les autres diamètres ont à peu près leur dimension ordinaire. On ne sent pas le fœtus. Le toucher abdominal est extrêmement douloureux. La malade peut souffrir à peine qu'on applique légèrement l'oreille sur l'abdomen pour chercher à saisir les bruits du fœtus. On ne peut les constater. D'ailleurs, les mouvements du fœtus, très bien sentis par la mère avant l'application du forceps, ne l'ont plus été depuis. MM. Valette et Desgranges, appelés en consultation, reconnaissent tout ce qu'a déjà constaté M. Barrier.

Que faut-il faire? La mort du fœtus, l'impossibilité de l'accouchement naturel, la mort imminente de la mère, si elle n'est promptement délivrée, sont incontestables. L'application du forceps, même combinée avec la symphyséotomie, est difficile, puisqu'on ignore où se trouve la tête; de plus, elle est évidemment insuffisante. D'autre part l'embryotomie, comme les opérations précédentes, exige des manœuvres longues et pénibles auxquelles la vie de la mère, déjà presque éteinte, ne pourrait sûrement pas résister. Il faut donc laisser mourir la malade, ou pratiquer l'opération césarienne, qui ne laisse à peu près nul espoir, mais qui doit immédiatement soulager la mère et lui enlever une des nombreuses causes de mort qui l'entourent.

L'opération est pratiquée à onze heures et demie par M. Barrier. La malade est maintenue par des aides sur son lit. On fait à la peau, sur la ligne médiane, une incision qui s'étend depuis 2 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'à 4 centimètres au-dessus du pubis. La ligne blanche est ensuite attaquée. Le premier coup de bistouri est suivi d'un jet continu de sérosité sanguinolente. On continue l'incision et l'on se trouve sur le dos de l'enfant, qui, sorti de la matrice, est tout entier dans l'abdomen. On l'extrait. Il est mort, et présente sur la tempe droite une ecchymose bien prononcée avec quelques meurtrissures.

La matrice offre une dimension un peu moindre qu'une tête d'adulte. En suivant le cordon, on pénètre dans sa cavité par une ouverture latérale gauche irrégulière, et admettant facilement la main. C'est par là que le placenta est extrait. La plaie de l'abdomen est réunie par une suture enchevillée, recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat et de gâteaux de charpie maintenus par un bandage de corps modérément serré. La malade n'a éprouvé aucune souffrance; elle se trouve un peu soulagée. On lui prescrit une infusion de feuilles d'oranger, une potion cordiale et des frictions avec le baume tranquille sur les parties de l'abdomen non recouvertes par l'appareil.

A cinq heures la malade est dans le même état; plus tard elle éprouve quelques nausées et meurt à neuf heures.

Le 11, l'autopsie est faite par M. Barrier en présence d'un bon nombre de docteurs et d'élèves. L'abdomen étant incisé en T et les lambeaux renversés, on enlève la matrice avec la partie supérieure du vagin. Elle s'est encore rétractée depuis l'opération. Sa dimension est celle d'environ 4 centimètres. Son corps est perforé à gauche près de l'insertion vaginale. L'ouverture est irrégulière, lacérée. On y introduit sans efforts l'extrémité des cinq doigts réunis. Le bassin est déformé. L'angle sacro-vertébral est plus saillant que d'ordinaire. Le diamètre sacro-pubien, quoique reconnu un peu plus grand qu'on ne l'avait jugé pendant la vie, est à peine de 3 pouces. La moitié latérale gauche du bassin est irrégulière, assez développée et plus grande que la droite. Ici la branche horizontale du pubis est déviée; elle forme en dedans un angle rentrant, saillant d'environ 1 centimètre. Sa paroi est mince, flexible et se laisse couper par le scalpel.

Ce fait est sans doute de peu de valeur comme opération; mais il doit nous donner d'utiles enseignements sur les dangers que peuvent offrir dans le cas de dystocie un trop long retard ou des manœuvres imprudentes. Soit que la matrice ait été rompue à force de lutter contre une résistance insurmontable chez la malade; soit, ce qui nous paraît plus probable, qu'elle ait été perforée par le forceps.

J. Morel,
interne du service.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

EFFETS AVANTAGEUX DE L'IODURE DE POTASSIUM

dans un cas d'hydrocéphale chronique.

Dans une maladie aussi grave que l'hydrocéphale chronique, maladie qui fait le plus souvent le désespoir des médecins, et contre laquelle on a été jusqu'à proposer la ponction du crâne, on doit accueillir toutes les tentatives qui paraissent avoir été suivies de succès, même lorsqu'il est impossible de saisir une relation entre la maladie et les effets connus du médicament, c'est-à-dire lorsque l'empirisme seul a présidé à son administration.

Quel rapport y a-t-il à établir, par exemple, entre l'hydrocéphale chronique et l'iodure de potassium, si ce n'est que l'iodure de potassium doit à ses propriétés altérantes de pouvoir être essayé dans toutes les maladies chroniques? Eh bien! dans le fait que M. Rowland Hoskins vient de consigner dans un journal anglais, il n'est pas moins vrai que c'est à partir du moment où l'iodure de potassium a été administré que l'on a vu diminuer les accidents graves et l'épanchement intra-crânien, et le petit malade entrer rapidement en convalescence. Peut-être, cependant, pourrait-on expliquer cet heureux résultat en admettant que l'hydrocéphale chronique reconnaissait pour cause quelques dépôts tuberculeux comprimant les sinus cérébraux, comme on en compte aujourd'hui beaucoup d'exemples, et l'iodure de potassium aurait agi en favorisant la résorption de la matière tuberculeuse; mais ce n'est là qu'une hypothèse. Quoi qu'il en soit, voici le fait intéressant auquel nous faisons allusion:

Un enfant de deux ans fut présenté à M. Hoskins le 14 octobre 1850; il était atteint d'hydrocéphale chronique; la tête mesurait 17 pouces de circonférence; il y avait deux larges saillies à la partie postérieure et une de chaque côté au-dessus de l'oreille; le front était très proéminent, les pupilles dilatées, les mouvements de l'iris paresseux. Du reste, les yeux étaient à demi-ouverts; le petit malade paraissait sommeiller, sauf que de temps en temps on le voyait grincer des dents et rouler la tête sur l'oreiller; perte de connaissance; cependant, il avalait les aliments qu'on lui mettait dans la bouche. Trois fois par semaine, environ, il avait des accès convulsifs, et tous les jours, deux ou trois fois, il semblait sortir de sa torpeur pour pousser des cris violents. La peau était sèche et froide, le pouls à 160; la langue sèche et blanchâtre; constipation.

Les premiers accidents avaient débuté trois mois après la naissance par des accès convulsifs, d'abord fréquents, puis assez rares. L'enfant avait paru se rétablir; il avait appris à dire quelques mots et il marchait, lorsqu'à l'âge de dix-huit mois, à la suite d'une chute sur la tête, il avait perdu la faculté de la parole et celle de la locomotion. A partir de ce moment la tête avait augmenté de volume, et l'enfant avait pris l'aspect d'un idiot. Beaucoup de traitements avaient été essayés sans succès. M. Hoskins songea à l'iodure de potassium. Il prescrivit 2 centigrammes et demi de ce sel toutes les quatre heures, et tous les trois ou quatre jours il purgeait l'enfant avec la poudre de scammonée composée. Pendant quatre jours il n'y eut d'autre modification qu'une diminution dans la fréquence du pouls, qui tomba à 140; mais à partir de cette époque, l'amélioration fut évidente et rapide.

Les saillies anormales de la tête commencèrent à diminuer; les accès et les convulsions perdirent de leur force et de leur fréquence, la tête resta plus calme sur l'oreiller, l'iris devint plus mobile. Après quinze jours de ce traitement, la tête de l'enfant n'avait plus que 15 pouces de circonférence, le sommeil était tranquille, et lorsqu'il se réveillait il semblait avoir sa connaissance, reconnaître ses parents et faire des signes pour demander des aliments; toutes les fonctions se faisaient bien; il y avait de l'embonpoint.

L'iodure de potassium fut continué jusqu'au 2 novembre; l'enfant paraissait très bien; la tête n'avait plus que 14 pouces de circonférence. L'auteur a revu cet enfant un mois et demi après; il continuait à jouir d'une bonne santé, et paraissait aussi intelligent que tout autre enfant de son âge. Il avait encore eu deux accès avec cris, qui avaient cédé, comme les précédents, à l'usage de l'iodure de potassium et des purgatifs de temps en temps. (*The Lancet* et *Bull. thér.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

D'après une décision de l'Académie, prise dans la dernière séance, M. le président invite quelques médecins étrangers, envoyés à Paris par divers gouvernements du littoral de la Méditerranée pour étudier les questions qui se rattachent aux quarantaines, à prendre place dans l'enceinte de l'Académie.

L'un de ces médecins remercie l'Académie et lui témoigne toute l'admiration qu'il professe pour les travaux de cette savante compagnie.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Le ministre du commerce transmet:

Une lettre de M. le docteur Schlésinger, de Paris, relative à la suette miliaire (commission de la suette);

Un mémoire de MM. Dufay et Ferrant sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 dans le département de Loir-et-Cher, et un autre mémoire relatif aussi au choléra et rédigé par le docteur Juan Olive, médecin espagnol, en résidence à Alger (commission du choléra);

Un rapport de M. Loubier, médecin inspecteur des eaux de Propiac (Drôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1850 (commission des eaux minérales);

Une demande d'analyse d'une eau minérale de Tromézaïgues (Hautes-Pyrénées) (même commission);

Un opuscule de M. le docteur Margoton, de Bagnères-de-Luchon, sur la cure radicale des engelures (commissaire, M. Roche);

Un échantillon d'un remède contre la carie des dents (remèdes secrets).

— M. le ministre des affaires étrangères informe l'Académie que la commune de Garzendille, canton de Limay (arrondissement de Mantes), qu'il représente au conseil général de Seine-et-Oise, est souvent affligée depuis quelques années par de graves maladies, telles que le choléra en 1832 et 1850, et dans ces derniers temps la fièvre typhoïde qui a déjà atteint plus de soixante personnes et qui sévit encore chaque jour. Il implore, au nom du maire et du conseil municipal, le secours de l'Académie pour découvrir, s'il est possible, la cause de ces fléaux dont le retour périodique désole cette commune.

(La lettre de M. Baroche est renvoyée à la commission des épidémies.)

L'Académie reçoit en outre les états de vaccination d'un grand nombre de départements.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Tubercules du testicule.

M. Aguilhon, de Riom (Puy-de-Dôme), transmet la relation d'un cas d'ulcère tuberculeux du testicule, qu'il croit devoir rapprocher de la deuxième variété des ulcères tuberculeux établie dans le travail que M. Malgaigne a lu récemment à l'Académie, et pour lequel il a pratiqué l'ablation partielle d'après un procédé analogue à celui qui est décrit dans ce travail.

Sirop de Bourbonne.

M. Plumerel, pharmacien à Nogent (Haute-Marne), adresse un mémoire sur un sirop préparé avec les eaux minérales de Bourbonne, et qu'il désigne sous le nom de *Sirop antirhumatismal de Bourbonne*. (Commissaires: MM. Honoré et Soubeiran.)

— M. Félix Maréchal (de Metz), président de la Société des sciences médicales de la Moselle, adresse plusieurs pièces relatives aux travaux et à la vie de Louis, l'illustre secrétaire de l'Académie royale de chirurgie.

M. Devilliers fils adresse:

1° Un tableau statistique des maladies observées sur le personnel des employés du chemin de fer de Lyon depuis son ouverture jusqu'au 1er juin dernier;

2° Un livret d'instructions hygiéniques et médicales destinées à guider l'ouvrier ou l'employé dans les premiers secours à donner. (Commissaires: MM. Mélier et Villermé.)

RAPPORTS.

Statistique obstétricale.

M. Danyau lit un rapport étendu sur un mémoire de M. le docteur Devilliers fils intitulé: *Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement considérés au point de vue de la rupture des membranes de l'œuf.*

Après avoir donné une analyse complète du mémoire de M. Devilliers, M. le rapporteur conclut que ce travail, quoique ne renfermant point d'idées nouvelles, offre néanmoins une utilité réelle.

Remerciments à l'auteur; dépôt honorable aux archives. — (Adopté.)

DISCUSSIONS.

Discussion sur le tubercule des testicules.

MM. Jobert, Larrey et Ricord ont pris la parole et ont occupé le reste de la séance. Nous présenterons le résumé et la critique de cette discussion dans notre prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures passées.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA SIXIÈME LEÇON (1).

La hauteur des nuages orageux est importante à connaître, et l'opinion générale la considère comme fort peu considérable; mais des observations authentiques démontrent que des orages se sont formés au Mexique à 4,620 mètres au-dessus du niveau de la mer (de Humboldt); en Suisse, à 4,810 m. (de Saussure); dans les Pyrénées, à 3,410 m. (Ramond). Bouguer et La Condamine ont été surpris par un orage au sommet du Pichincha (4,868 m.); enfin, MM. Peytier et Hossard, en 1826, ont vu dans les Pyrénées, à la station du pic de Troumouse, élevé de 3,086 m., les orages s'engendrer dans une couche de nuages dont la face inférieure, la plus voisine de la terre, était à 3,000, 3,200 ou même 3,300 mètres.

Ainsi donc, dit M. Arago, dans les montagnes, de véritables, de fréquents orages se forment à d'immenses hauteurs au-dessus de l'Océan. Les hauteurs sont-elles jamais aussi grandes pour les orages qui éclatent sur les pays de plaine? Cette question n'intéresse pas seulement notre curiosité; supposez-la résolue affirmativement, et la densité de l'air jouera seule un rôle dans la formation des nuées orageuses. Prenez l'hypothèse contraire, et l'action de la terre deviendra manifeste, et cette action, quelle qu'en puisse être la nature, sera caractérisée par le fait remarquable que le sol d'un pays, en s'élevant, élève en même temps la région des orages, et il demeurera établi qu'un plateau, qu'une montagne communiquent, par leur voisinage, à des couches atmosphériques de certaine densité, des propriétés dont ces mêmes couches seraient dépourvues dans un plus grand isolement.

Or, des observations concluantes montrent que la hauteur verticale des nuages orageux a été de 1,600 et de 1,900 mètres à Ber-

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17 et 31 juillet.

lin ; de 3,340 et 3,470 m. à Tobolsk, en Sibérie, et enfin de 1,400, de 2,400 et de 8,080 m. à Paris ; mais il faut ajouter que ce sont là des hauteurs exceptionnelles ; la hauteur ordinaire paraît varier entre 800 et 400 mètres, et Chappe a vu à Tobolsk la hauteur verticale des nuages orageux ne point dépasser 292 et même 214 mètres.

Quel est, messieurs, l'effet des orages sur l'électricité atmosphérique ? Vous pensez sans doute, conformément à l'opinion générale, que les orages sont accompagnés d'un développement très considérable d'électricité et d'une tension très forte ; eh bien, vous vous trompez ! rien de plus variable, rien de plus obscur que ce point de météorologie.

Pendant les orages, les indications fournies par l'électromètre varient à chaque instant ; tantôt les éclairs sont très rapprochés, sans que les instruments les plus délicats donnent le moindre signe d'électricité ; tantôt un seul éclair suffit pour les influencer très fortement.

Un jour, dit Kaemtz, l'orage arrive avec tous les signes d'une forte tension électrique, quelques éclairs sillonnent la nue, les deux pailles de l'électroscope retombent l'une vers l'autre, et il se passe, quelque temps avant qu'elles ne s'écartent de nouveau. Un jour la tension électrique variera à chaque coup de tonnerre ; une autre fois elle restera la même pendant un quart d'heure, quoique les éclairs se succèdent rapidement. Dans un orage, les pailles s'écartent rapidement ; vient un éclair, et elles se rapprochent ; pendant un autre, elles retombent jusqu'à ce qu'un nouveau coup de tonnerre les fasse diverger de nouveau. L'électricité peut être longtemps positive et varier seulement dans sa force ; mais bientôt la pluie, les nuages, le vent, les éclairs restant les mêmes, les pailles s'écartent, tantôt sous l'influence de l'électricité positive, tantôt sous celle du fluide contraire.

Vous ne vous étonnerez point, messieurs, de l'obscurité qui règne encore sur ce point important de météorologie, si vous réfléchissez, d'une part, aux difficultés qui entourent les observations faites pendant les orages, et d'autre part aux modifications importantes introduites dans la distribution de l'électricité atmosphérique par le vent, les mouvements et la forme des nuages, la grosseur et la direction des gouttes de pluie, la forme et le lieu des éclairs et mille autres circonstances.

Toutes les indications capricieuses de l'électroscope, dit encore Kaemtz, tiennent à ce qu'il est influencé par plusieurs couches de nuages superposées, qui, par influence, agissent et réagissent les unes sur les autres et sur la terre, de façon que les électricités se développent et se neutralisent tour à tour. Ajoutez à cela que les orages s'étendent souvent sur une superficie de plusieurs myriamètres carrés, et que l'électricité de chacune de leurs parties réagit sur l'autre.

Quelques mots maintenant sur les éclairs.

Les nuages orageux contiennent de l'électricité, soit que celle-ci ait été développée à la surface de la terre, soit qu'elle résulte de la composition des nuages eux-mêmes, qui, étant constitués par des globules vésiculaires, représentent, comme le dit Gay-Lussac, des corps conducteurs isolés. En raison de leurs hauteurs différentes dans l'atmosphère, et de l'influence exercée soit par les nuages les uns sur les autres, soit par les montagnes, les arbres, les édifices sur les nuages les plus rapprochés, certaines nuées sont positives et d'autres négatives, et la même nuée peut être positive par l'un de ses points, négative par l'autre. Il en résulte que lorsqu'une surface nuageuse chargée d'une certaine électricité s'approche d'une surface nuageuse ou d'un corps quelconque chargé de fluide contraire, on voit se produire, lorsque la tension et le rapprochement sont suffisants, un éclair, qui n'est qu'une grande étincelle électrique résultant de la combinaison d'une certaine quantité de fluide négatif et de fluide positif. Or, on distingue plusieurs espèces d'éclairs.

Des éclairs serpentés, sinueux, en zigzag, formant un trait, un sillon de lumière très resserré, très mince, très arrêté sur ses bords, parfois fourchu à son extrémité inférieure, de couleurs blanche, purpurine, violacée ou bleuâtre. Au milieu des nuées volcaniques, on voit souvent des éclairs, après s'être en quelque sorte reployés sur eux-mêmes, retourner vers la région d'où ils s'étaient originairement élancés.

Des éclairs en surface, d'une lumière moins blanche, moins vive, et où domine le rouge, le bleu et le violet. Parfois ces éclairs n'illuminent que les contours des nuages d'où ils émanent ; d'autres fois ils embrassent toute leur étendue. Ces éclairs sont de beaucoup plus communs. Un grand nombre de personnes, dit M. Arago, n'ont jamais vu, ou du moins n'ont jamais remarqué que ceux-là ; pendant un orage ordinaire il en surgit des milliers contre un éclair sinueux.

Dans une troisième classe, M. Arago place des éclairs sphériques représentant un globe de feu, ayant une durée beaucoup plus longue, traversant en divers sens et avec des vitesses plus ou moins grandes l'espace compris entre les nuages et la terre.

Les éclairs superficiels se forment ordinairement entre deux nuages d'inégale hauteur ; les éclairs sinueux entre un nuage et la terre, ou entre deux nuages qui sont à hauteur égale.

En général, l'éclair se meut de haut en bas ; mais il peut aussi suivre la direction opposée, s'échapper du nuage par la surface supérieure, et se propager dans l'atmosphère de bas en haut. Enfin Kaemtz a vu sur des nuages de même hauteur des éclairs partir de chacun d'eux et se réunir au milieu de l'intervalle qui les séparait.

Indépendamment des éclairs dont nous venons de parler, il en existe d'autres qui portent le nom d'*éclairs de chaleur*, et qui se montrent dans une atmosphère parfaitement sereine. Or il est démontré que ces éclairs ne sont ordinairement que la réverbération, sur des couches atmosphériques plus ou moins élevées, d'éclairs ordinaires nés au sein d'un orage, dont la vue directe est empêchée par la forme du globe terrestre. Howard, le 31 juillet 1813, a vu à Tottenham, près de Londres, des éclairs qui n'étaient que la lueur d'éclairs orageux nés à cinquante lieues de là, entre Dunkerque et Calais. Les éclairs dits de chaleur peuvent-ils être *directs* et jaillir spontanément dans un air sans nuage ? M. Arago n'ose ni l'affirmer, ni le contester, et nous imiterons sa réserve.

Enfin, quelques faits rapportés par M. Arago tendent à prouver qu'en temps d'orage des phénomènes lumineux peuvent se produire aux parties les plus saillantes des corps terrestres, et principalement des corps métalliques, par l'entre-choquement ou l'arrivée à terre des gouttes de pluie, des flocons de neige, des grêlons ; à la surface du sol des eaux ; suivant Maffei, Chappe et plusieurs autres, les éclairs foudroyants seraient ordinairement ascendants à la manière des fusées, et partiraient du sol pour aller rejoindre les nuages.

La durée des éclairs est quelque chose qui rentre dans le domaine des infiniments petits, et que l'esprit humain ne saisit qu'avec peine. Il résulte des calculs de M. Wheatstone, que les éclairs sinueux et superficiels *n'ont pas une durée égale à un millième partie d'une seconde.*

Le tonnerre, qui représente le petit bruit qui accompagne l'étincelle de la machine électrique, est produit par le déplacement d'air dû à l'éclair et par l'irruption de l'air environnant dans le vide formé, comme cela arrive quand on ouvre brusquement un étui fermé. Quelquefois ce bruit est clair et sec, et il en est toujours ainsi lorsque la foudre tombe à la surface du sol ; plus ordinairement il est plein, grave, et présente pendant un temps plus ou moins long des diminutions et des accroissements successifs d'intensité qui le transforment en un roulement, dont la durée varie entre deux, quatre, dix, dix-neuf ou même quarante cinq secondes, et dont nous n'avons pas à rechercher ici le mécanisme. Les éclats du tonnerre présentent de grandes variations, et Paxton parle d'un coup de tonnerre qui produisit une détonation égale au moins à celle de cent pièces de canon partant à la fois.

L'éclair et le tonnerre sont donc produits simultanément ; mais, la lumière et le son ne franchissant pas l'espace avec la même rapidité, il en résulte que notre œil perçoit l'éclair avant que notre oreille n'entende le tonnerre, et vous allez voir, messieurs, de quelle importance est l'appréciation du temps qui sépare les deux phénomènes, et qui, d'après les relevés de M. Arago, peut varier entre moins d'une demi-seconde et soixante-douze secondes.

Enfin, notons en passant qu'on a observé des éclairs non accompagnés de tonnerre, et réciproquement des coups de tonnerre non précédés d'éclairs.

Vous comprenez maintenant, ce que d'ailleurs vous saviez déjà, à savoir : que les dangers qu'un orage peut faire courir à l'homme sont inhérents à l'éclair, à la *foudre*, et que c'est par suite d'une opinion complétement erronée ou par l'usage d'une locution vicieuse que beaucoup de gens disent encore : Tel accident a été produit par l'effet du tonnerre.

Or, messieurs, si, comme les expériences modernes tendent à le prouver, le fluide électrique a une vitesse plus considérable que la lumière ; si de ce fait et des observations recueillies par M. Arago il résulte que, quand vous avez aperçu l'éclair, vous n'avez plus rien à craindre de lui, et que ce n'est qu'en vue de l'éclair suivant que peuvent naître les appréhensions et que doivent être prises les précautions, vous comprenez qu'il importe de savoir si l'orage est rapproché ou au contraire éloigné de vous, et c'est précisément en tenant compte de la longueur de l'intervalle qui sépare l'éclair du tonnerre que vous pouvez arriver à cette détermination.

En effet, la vitesse de propagation de la lumière étant de 80,000 lieues par seconde, on peut négliger le temps qu'elle met à parvenir depuis le nuage orageux jusqu'à nous, puisque pour franchir dix lieues, c'est-à-dire un intervalle plus considérable que celui qui, dans nos contrées, nous sépare ordinairement des orages, elle ne met qu'un huit millième de seconde ; il en résulte qu'on peut considérer le moment où nous apercevons l'éclair comme celui où s'est produit le tonnerre, et, comme le son a une vitesse de propagation de 337 mètres par seconde, il en résulte encore que chaque seconde d'intervalle entre la perception de la foudre et celle du tonnerre correspondra à une distance de 337 mètres entre le nuage et l'observateur.

Tout ceci étant brièvement exposé, nous sommes conduit à examiner une question qui se rattache intimement à l'hygiène, celle de la distribution géographique des orages.

(La suite à un prochain numéro.)

Chronique et nouvelles.

Par décision ministérielle du 5 juillet 1851, ont été nommés à la 1re classe de leur grade, les chirurgiens aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, savoir :

Choix, M. Didiot, chirurgien aide-major de 2e classe au 23e de ligne.

Choix, M. Rampont, chirurgien aide-major de 2e classe au 25e de ligne.

Ancienneté, M. Conseil, chirurgien aide-major de 2e classe au 2e spahis.

Choix, M. Thierry de Maugras, chirurgien aide-major de 2e classe au 56e de ligne.

Choix, M. Tavernier, chirurgien aide-major de 2e classe au 9e léger.

Ancienneté, M. Malachowsky de Piotrowsky, chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Alger.

Choix, M. Lecœur, chirurgien aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros Caillou, à Paris.

— La Faculté de Montpellier doit présenter à M. le ministre deux candidats pour la chaire de clinique chirurgicale vacante dans l'Ecole secondaire de médecine de Marseille. MM. Bernard, Costes, J. Roux et Thomas sollicitent les suffrages de la Faculté, qui a nommé, pour examiner les titres des candidats, une commission composée de MM. les professeurs Alquié, Boyer et Dumas.

— La Société de médecine de Lyon vient de procéder à l'élection de trois membres titulaires. MM. Vernay et Bouchet, médecins de l'Hôtel-Dieu, et Lavirotte, médecin des prisons, ont été élus à la presque unanimité et au premier tour de scrutin. La Société a rayé à l'unanimité de la liste des membres titulaires un médecin dont le nom figurait sur la quatrième page des journaux. Cette décision grave a été prise après le refus du membre incriminé de charlatanisme de donner sa démission sur l'invitation que lui en avait faite le secrétaire général.

— On lit dans la *Patrie* :

« Un jeune Arabe, Ben-Sassa, fils d'un caïd de la province de Constantine, mort il y a deux ans, et qui jouissait d'un grand crédit, vient de passer d'une manière brillante sont second examen de médecine. Ce jeune homme, dont la conduite est parfaite, montre en outre les plus heureuses dispositions. Son père lui-même pratiquait parmi les indigènes l'art de guérir, et s'était fait au milieu d'eux une réputation méritée par son savoir, sa sagesse et sa prudence. Quelques-uns de ses procédés opératoires, malgré les perfectionnements dont ils étaient susceptibles, ont été remarqués par nos praticiens et prouvaient un esprit original et intelligent. L'exemple de Ben-Sassa est utile à citer. Nous sommes heureux de voir de jeunes Arabes étudier parmi nous. La science et le meilleur agent de civilisation.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 92. — SAMEDI 9 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 92. — SAMEDI 9 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 8 AOUT 1851.

DISCUSSION SUR LES TUBERCULES DU TESTICULE.

L'étendue de notre résumé eritique de cette diseussion nous oblige d'en renvoyer la publieation à notre prochain numéro. Nous publions seulement aujourd'hui la substanee complète de l'argumentation des divers orateurs qui ont pris la parole dans la dernière séanee, ainsi que la défense de M. Malgaigne.

LOI SUR LES HÔPITAUX ET HOSPICES.

L'Assemblée législative vient d'adopter définitivement, et avee les défauts un peu atténués que nous avions signalés, la loi sur les hospiees et hôpitaux. Un seul article, renvoyé à la commission, a été ajourné jusqu'après la prorogation de la Chambre; c'est celui qui est relatif à la nomination et à la révocation des aumôniers. Le projet de loi laissait eette nomination et eette révoeation au choix de l'évêque. M. Sehœlcher, dans un amendement appuyé par M. Dupin aîné, a proposé de laisser à l'administration le droit de révoeation.

Comme M. Dupin, nous apprécions le dévouement dont les aumôniers donnent de nombreuses preuves dans l'exerciee de leurs pénibles fonetions. Mais nous ne pouvons dissimuler que dans quelques oecasions, heureusement fort rares, un zèle mal entendu a entraîné certains aumôniers dans une voie fâcheuse, et qui était pour l'administration d'un grand embarras. Notre longue fréquentation des hôpitaux nous a permis de constater quelques exemples fort regrettables de ee genre. Nous sommes done obligé de eonvenir que les réflexions de M. Dupin, quoique présentées peut-être avec trop de vivacité, étaient justes au fond, et nous croyons que l'Assemblée évitera des embarras au moins fort désagréables à l'administration, et qu'elle assurera la bonne tenue du service en adoptant l'amendement de M. Schœlcher.

Un article qui doit aussi attirer notre attention est celui qui est relatif à la nomination des médeeins et des chirurgiens. La eommission avait proposé de laisser la nomination à la eommission administrative. M. Rigal, qui ne paraît pas avoir perdu toutes ses illusions touchant le coneours, a demandé par amendement qu'on eût recours à ce mode de nomination. La commission et le ministre de l'intérieur se sont avee raison opposés à l'adoption de l'amendement de notre honorable et spirituel confrère, et l'Assemblée a été de leur avis. Nous l'en félicitons, et ee vote sera un préeédent précieux pour la solution de la question des eoneours en général, qui, nous l'espérons, ne tardera pas à être posée devant les juges compétents, eomme elle l'est maintenant devant le public.

Toutefois, nous aurions voulu que la eommission administrative ne fût pas omnipotente pour la nomination des médecins et des chirurgiens, et que eette nomination ne se fût faite que sur une liste de présentation dressée par les médeeins de la loealité ou des environs.

H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Maladies de l'oreille.

Plusieurs cas intéressants de maladies de l'oreille se sont présentés dans le service de M. Maisonneuve, et ont servi de texte à d'utiles réflexions pratiques de la part de cet habile chirurgien.

OBS. I. — *Arrachement du pavillon de l'oreille et d'une partie du conduit auditif externe.*

Au n° 18 de la salle Cochin est un homme de trente-six ans, carrier, qui, en travaillant de son état, fut renversé par un bloc de pierre. Dans cet accident, le pavillon de l'oreille et une partie du conduit auditif externe furent arrachés de bas en haut, de manière à être couchés par leur face externe sur le haut de la tête, et à ne plus tenir que par un lambeau de peau à la région temporale.

M. Dugué, interne du service, voyant que les parties arrachées tenaient encore par un pédicule, s'empressa de les remettre en place et de les maintenir au moyen de bandelettes de diachylon. Cette réunion eut un plein succès; les surfaces traumatiques s'agglutinèrent par première intention dans la plus grande partie de leur étendue.

Le troisième jour, M. Maisonneuve s'aperçut que le malade était presque entièrement sourd du côté de la blessure, et en explorant avec soin l'état des parties lésées, il reconnut que le conduit auditif externe se trouvait entièrement bouché par l'affaissement et le boursouflement de ses parois. Une sonde de femme fut introduite dans ce conduit pour en écarter les parois et le rétablir dans ses conditions normales. Cette dilatation fut ensuite maintenue au moyen d'un petit bourdonnet de charpie. Cette simple opération fut couronnée d'un plein succès. Dès le lendemain, lorsque M. Maisonneuve enleva le bourdonnet, le malade s'écria qu'il avait recouvré la faculté d'entendre. Les mêmes précautions ont été continuées pendant dix jours, et le malade est actuellement tout à fait guéri. Il a seulement perdu une partie du lobule de l'oreille, qui avait été trop violemment contus.

Les cas d'arrachement du conduit auditif externe, dit M. Maisonneuve, sont assez rares; c'est à peine si l'on en trouve quelques exemples dans les auteurs. On n'a point, que je sache, signalé, parmi les accidents qui en résultent, l'affaissement de ses parois et son obstruction par le recoquillement des parties lacérées. C'est un fait important néanmoins à signaler; car très certainement, dans le cas présent, si des précautions spéciales n'avaient été prises, les parties molles du conduit auditif externe se seraient agglutinées et le malade serait resté sourd.

OBS. II. — *Obstruction des deux conduits auditifs externes par le cérumen endurci.*

Un homme âgé de soixante-cinq ans se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, pour une surdité datant de huit mois. Cette affection a commencé d'une manière insensible, et sans que le malade puisse lui assigner une cause bien positive. Peu à peu le mal a fait des progrès, et au moment où le malade s'est présenté à la consultation, il n'entendait plus dans la rue le bruit des voitures, et ne percevait la parole qu'avec une extrême difficulté. Il était en même temps atteint d'une sorte d'étourdissement continuel, et souvent il lui semblait sentir la terre osciller sous ses pas.

En procédant à l'examen des oreilles, M. Maisonneuve reconnut que les deux conduits auditifs étaient entièrement bouchés par une masse noirâtre formée de cérumen endurci. Il fut immédiatement procédé à leur désobstruction au moyen de petites pinces, d'une curette et de douches d'eau tiède. On retira de chacun de ces conduits une masse compacte de cérumen de près de 2 centimètres de longueur; aussitôt l'ouïe se trouva rétablie. On introduisit dans chaque oreille un petit tampon de coton imbibé d'huile, et on conseilla au malade d'en continuer l'usage pendant une quinzaine de jours.

L'examen du cérumen extrait des deux conduits fit reconnaître qu'à cette matière étaient mêlés de nombreux poils fins et courts qui formaient une sorte de feutre. On y reconnaissait aussi de nombreuses lamelles épidermiques.

Cette lésion, dit M. Maisonneuve, est fort commune; on l'observe chez l'adulte comme chez le vieillard; beaucoup plus rarement chez les jeunes sujets. Son diagnostic est des plus faciles. Mais encore faut-il examiner le conduit auditif, et malheureusement l'exploration de l'oreille est tellement négligée par la plupart des praticiens que bien souvent on rencontre des malades affectés de cette obstruction et qui pendant des mois et des années ont été soumis à des traitements inefficaces faute d'avoir été convenablement examinés.

OBS. III. — Il y a quelques jours, ajoute M. Maisonneuve, un fait semblable s'est présenté dans ma pratique. Un chapelier en gros de la rue Saint-Avoie vient dans mon cabinet demander mes avis pour une surdité presque complète qui le mettait dans l'impossibilité de continuer son commerce et dont l'origine remontait à près de deux ans. Sans attendre ses explications, j'examinai ses conduits auditifs, et je les trouvai bouchés hermétiquement par une masse compacte de cérumen. Enlever ces tampons fut l'affaire de quelques minutes, et le malade, stupéfait de sa guérison instantanée dont il n'avait pas compris la manœuvre, m'aurait volontiers pris pour un magicien.

OBS. IV. — *Inflammation catarrhale simple de la caisse du tympan.*

M. A..., âgé de vingt-quatre ans, sujet aux affections strumeuses, est pris, à la suite d'un bain froid, d'une angine accompagnée d'un embarras dans l'oreille gauche. Au bout de quatre jours, l'angine disparait, mais l'embarras de l'oreille augmente; le malade se plaint d'un bruissement continuel analogue au bruit d'une cascade et d'une surdité presque complète qui ne lui permet pas d'entendre le tic-tac d'une forte montre appliquée sur l'oreille. Il dit éprouver un sentiment de plénitude dans la région du tympan. Quand il cherche à souffler par les narines en s'opposant à l'émission de l'air au moyen du pincement du nez, il sent l'air pénétrer dans l'oreille moyenne et y produire un gargouillement très distinct.

M. Maisonneuve pratique le cathétérisme de la trompe d'Eustachi pour s'assurer plus directement du fait et en reconnaît la réalité. Il prescrit des ventouses scarifiées entre les deux épaules, des vésicatoires volants autour de l'oreille, des pédiluves sinapisés, et engage le malade à se faire lui-même de fréquentes douches d'air dans l'oreille moyenne en se pinçant le nez en même temps qu'il fera effort pour souffler par ce canal. Sous l'influence de cette simple médication, la maladie a promptement disparu et l'ouïe s'est complétement rétablie en moins de huit jours.

Ce fait est un cas simple d'inflammation catarrhale de la trompe et de la caisse. Cette affection est ordinairement légère. Elle se termine presque toujours spontanément ou sous l'influence d'un traitement simple. Il n'exige même pas le cathétérisme de la trompe. L'insuflation directe exercée par le malade lui-même au moyen de la manœuvre indiquée plus haut suffit le plus souvent et n'a pas, comme le cathétérisme, l'inconvénient d'augmenter l'irritation de la membrane muqueuse.

OBS. V. — *Otite moyenne chronique existant des deux côtés. Destruction partielle de la membrane du tympan.*

Au n° 13 de la salle Cochin est couché Bachmann (Jean), âgé de quarante-sept ans, imprimeur sur étoffes. Cet homme est entré le 23 juin 1851 pour une surdité presque absolue, avec écoulement purulent par le conduit auditif externe de l'un et de l'autre côté. D'après les renseignements un peu confus du malade, l'origine de cette affection remonte à la première enfance. Plusieurs fois il a éprouvé des maux d'oreille; il est resté sourd pendant plusieurs mois, et à diverses reprises il a eu des écoulements purulents par les oreilles. Depuis deux mois, dit-il, cet écoulement, qui n'existait plus depuis dix-huit mois, a reparu plus abondant que jamais; en même temps le malade éprouve des douleurs vives dans le fond du tympan, et la surdité est devenue presque absolue.

Quand M. Maisonneuve le vit pour la première fois le 23 juin, il reconnut que les trompes d'Eustachi étaient libres, que la membrane du tympan était détruite en grande partie de l'un et de l'autre côté. L'air que l'on insufflait dans les trompes ou que le malade lui-même y faisait pénétrer sortait avec bruit par les oreilles. L'ouïe était presque entièrement abolie; un écoulement purulent épais et fétide s'écoulait par le conduit auditif.

Le malade fut d'abord soumis à des injections de liquides émollients, puis à des injections légèrement astringentes, enfin à des injections d'air dans les conduits auditifs externes. Des vésicatoires volants furent promenés autour de l'oreille. Après un mois de ce traitement, l'ouïe s'est notablement améliorée, la suppuration s'est tarie, l'aspect fongueux de la muqueuse de la caisse a disparu, et le malade peut actuellement, sans le secours d'un cornet acoustique, soutenir assez bien une conversation suivie. Quant à la membrane du tympan, elle reste percée d'une large ouverture par laquelle l'air sort avec facilité quand on insuffle la trompe.

A l'occasion de ce fait, M. Maisonneuve attire l'attention de ses auditeurs : 1° sur la conservation de l'ouïe, malgré une perte de substance considérable de la membrane du tympan; 2° sur la facilité que cette perte de substance donne au chirurgien pour porter jusque dans la caisse les diverses substances médicamenteuses propres à modifier la vitalité de la muqueuse tympanique; 3° enfin, sur l'importance qu'il y a pour le malade à ce que le chirurgien ne se laisse point rebuter dans l'emploi de ses moyens thérapeutiques tant qu'il existe la moindre perception des sons.

OBS. VI. — *Inflammation profonde de la caisse du tympan. Complication de méningite purulente. Mort.*

Pincemaille (Jean-Louis), âgé de vingt-huit ans, fondeur, entre à l'hôpital Cochin le 8 juillet 1851 pour une otite interne des plus violentes du côté gauche. Il raconte que plusieurs fois déjà, depuis trois ans, il avait éprouvé de vives douleurs dans l'oreille, que ces douleurs avaient jusque-là toujours cédé au repos et à quelques médications simples : bains de pieds, purgatifs, diète. Il lui était resté cependant une certaine dureté de l'ouïe de ce côté. Vers la fin du mois de juin dernier, il reçut une violente contusion sur la tête, et quelques jours après il fut pris d'une nouvelle atteinte de sa maladie d'oreille. A son entrée, le 8 juillet, il éprouvait dans la profondeur de la caisse une douleur violente qui chaque soir présentait une exacerbation considérable pendant laquelle le pouls était dur et fréquent, l'agitation extrême; le matin, ces symptômes se calmaient sans disparaître entièrement. L'appétit était nul, la physionomie inquiète. L'examen du conduit auditif externe fit reconnaître l'absence

totale de cérumen, l'existence d'une sécrétion puriforme peu abondante ; la membrane du tympan, intacte, était d'une couleur violacée.

La trompe d'Eustachi était difficilement perméable à l'air.

On prescrivit une saignée, des pédiluves sinapisés, des purgatifs salins, des vésicatoires volants autour de l'oreille et des injections émollientes dans le conduit auditif externe. Jusqu'au 13 juillet, les accidents avaient paru s'amender. Mais tout à coup, pendant la nuit du 13 au 14, le malade fut pris de délire avec agitation extrême, redoublement de douleur et fièvre violente ; le conduit auditif externe se remplit de véritable pus. A la visite du matin, le délire et l'agitation persistaient ; les pupilles étaient contractées, l'œil fixe ; le pouls dur, fréquent et concentré. On pratiqua une nouvelle saignée, on appliqua des sinapismes aux membres inférieurs. Le malade succomba dans la nuit du 14 au 15 juillet.

A l'autopsie on trouva dans le conduit auditif externe la muqueuse injectée et humectée d'une matière purulente. La membrane du tympan était entière. La caisse, complètement obstruée par le boursouflement de la membrane muqueuse. Celle-ci était molle et fongueuse. On voyait entre les fongosités des molécules évidentes de pus ; les osselets étaient en place. La trompe d'Eustache était parfaitement perméable à un stylet fin ; sa membrane muqueuse était aussi molle et boursouflée. Quelques gouttelettes de pus furent trouvées dans les cellules mastoïdiennes. On ne put en constater dans le labyrinthe.

Dans le crâne, sous la dure-mère, à la face supérieure et interne du rocher et dans le conduit auditif interne, on remarquait une injection prononcée, mais pas de pus ; enfin sous l'arachnoïde cérébrale, au niveau de l'entre-croissement des nerfs optiques et du *tuber cinereum*, on trouva une petite quantité de pus bien formé, quatre ou cinq gouttes environ.

L'oreille droite était entièrement saine.

Ce fait, dit M. Maisonneuve, est un exemple terrible d'otite interne ou de phlegmasie aiguë de la caisse du tympan. Ces terminaisons fatales ont été signalées par la plupart des observateurs. On s'en rend facilement compte par la disposition anatomique des parties. La phlegmasie aiguë de la caisse ne peut exister longtemps à un certain degré d'intensité sans se propager au labyrinthe, et de là elle s'étend facilement aux méninges.

Obs. VII.—*Surdité nerveuse coïncidant avec une suppression des menstrues. — Guérison rapide.*

Après avoir rendu compte aux élèves des divers cas que nous venons de rapporter, M. Maisonneuve raconte que ces jours derniers il avait observé dans sa pratique un cas tout à fait remarquable de surdité dite nerveuse guérie en quelques jours par l'influence du retour des règles.

Mme X..., âgée de quarante-deux ans, d'une constitution saine et vigoureuse, fut prise tout à coup il y a deux mois d'un affaiblissement considérable de l'ouïe, sans aucun autre phénomène concomitant ; point d'étourdissement, point de migraine, aucun trouble dans les fonctions digestives. Cet état ne fit qu'empirer jusqu'au 4 juillet, où elle vint consulter M. Maisonneuve. Alors elle n'entendait presque plus rien, ni le bruit d'une clochette, ni le son de la voix. Le conduit auditif externe était de l'un et de l'autre côté entièrement dépourvu de cérumen ; la membrane du tympan était sèche et parcheminée. L'air pénétrait facilement dans les trompes.

Mme X... ne pouvait assigner de cause à son affection ; elle fit néanmoins observer que l'apparition de son mal avait coïncidé avec la suppression de ses règles, lesquelles, du reste, étaient dérangées depuis six mois.

M. Maisonneuve prescrivit l'application de vésicatoires volants autour des oreilles, l'introduction de quelques gouttes d'oléine dans les conduits auditifs, des bains de pieds et des bains entiers un peu chauds. Sous l'influence de ce simple traitement, les règles reparurent au bout de huit jours, et en même temps l'ouïe recouvra, sinon toute sa netteté, au moins une sensibilité suffisante pour permettre à la malade de prendre part à la conversation sans le secours d'appareils acoustiques.

PRÉPARATION DE LA MORPHINE

par le procédé de M. Guillermond, modifié par MM. Desmedt.

Après avoir traité 60 grammes d'opium brut avec 240 grammes d'alcool bouillant à 71 degrés centigrades, nous avons décanté à chaud et mis le marc à la presse après qu'il se fut refroidi ; nous avons traité ensuite ce marc de la même manière avec 160 grammes d'alcool d'égale densité, et nous avons introduit ces alcoolés dans une fiole bien bouchée. Le lendemain, nous y avons remarqué une cristallisation réellement surprenante, que nous primes d'abord pour du méconate de morphine ; mais, nous rappelant que le méconate de morphine ne cristallise pas, nous avons examiné ces cristaux avec soin et nous avons pu constater qu'ils n'étaient autre chose qu'une magnifique cristallisation de narcotine exempte de la moindre parcelle de méconate de morphine.

Ces cristaux ayant été séparés, nous avons versé la liqueur dans un flacon à large ouverture, et, par l'addition de 4 grammes d'ammoniaque, elle nous a fourni une quantité considérable de morphine privée de narcotine.

Après avoir recueilli cette base, nous avons conservé la liqueur en y ajoutant une petite quantité d'eau distillée et ayant soin de maintenir le flacon à une température de 24 degrés centigrades.

Au bout de deux jours, nous avons recueilli une nouvelle quantité de morphine pas tout à fait aussi pure que la première, mais parfaitement exempte de narcotine.

Ce procédé nous ayant permis d'épuiser complètement l'opium, nous avons retiré de nos 60 grammes d'opium employé 5 grammes de morphine.

PRÉPARATION DE L'ONGUENT MERCURIEL,

Par M. L. Fournier.

Voici le procédé dont je me sers depuis dix ans pour la préparation de l'onguent napolitain :

Triturez, dans un mortier de fer ou de marbre, le mercure avec un quart de la graisse fondue dans laquelle vous aurez ajouté 15 ou 20 grammes de cire blanche par kilogramme ; puis vous ajouterez, par quart, le reste de la graisse également liquide, et cela au fur et à mesure que les premières portions se solidifieront. L'hiver, on peut remplacer la cire par une égale quantité de suif.

Cette méthode réussit parfaitement, et donne en moins d'une heure une très bonne préparation.

Aucun des nombreux procédés qui ont été indiqués ne ressemble à celui que je vous propose ; le mien consiste plutôt dans la manière d'opérer que dans l'addition de la cire ou du suif.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir les avantages de ma préparation sur celles qu'on obtient avec la graisse rance, l'onguent citrin, l'onguent napolitain ancien, etc., cela saute aux yeux de tout le monde.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION

SUR LES TUBERCULES DU TESTICULE.

Addition aux séances de l'Académie de médecine du 29 juillet et du 5 août 1851.

Ainsi que nous l'avons dit, M. Malgaigne a seul occupé toute la séance du 29 juillet ; nous allons extraire de sa longue argumentation tout ce qu'il y a d'essentiel quant au fond.

M. Malgaigne. M. Roux a exprimé la crainte que j'eusse pris le fongus bénin des Anglais pour un fongus tuberculeux que j'aurais créé de toutes pièces. Mais M. Roux s'appuie sur un fait pratique ; c'est que le tubercule attaque généralement les deux testicules, et le fongus bénin se borne à peu près exclusivement à un seul.

D'abord le tubercule attaque fort rarement les deux testicules du même coup ; il y en a un qui est pris d'abord, et l'autre peut rester sain de longues années encore, ou même ne se prendre jamais. Mais si M. Roux eût lu avec plus d'attention mes observations, il aurait vu que son objection tombait d'elle-même. Je n'ai rapporté que deux cas de fongus tuberculeux ; dans le premier cas, précisément les deux testicules avaient déjà souffert. Dans le second, il n'y en avait qu'un encore ; mais la dissection avait démontré une exacte ressemblance avec le fongus du premier. Dira-t-on que cette ressemblance ne suffit pas. Soit ; mais il n'eût pas fallu oublier qu'à côté de ce fongus j'avais découvert et enlevé deux petits kystes isolés remplis de matière tuberculeuse ; et je ne sais plus ce qu'on pourrait ajouter à une pareille démonstration.

J'ajouterai maintenant que j'ai eu l'occasion de voir aussi le fongus bénin des Anglais, et que, pour quiconque a pu étudier ces deux affections, il n'y a pas de méprise possible. Qu'est-ce après tout que ce fongus bénin ? Une hernie du tissu testiculaire à travers une ouverture de la tunique albuginée, formant une tumeur plus ou moins volumineuse, recouverte de bourgeons charnus, *mais sans fistules*, douloureuse à la pression, formée en un mot par le tissu testiculaire. En voici un très beau dessin qui m'a été fourni par M. Jarjavay et qui est presque la représentation exacte de celui que j'ai vu moi-même. Le fongus tuberculeux est *toute autre chose ;* il a un aspect blanchâtre ; il est traversé de nombreuses fistules versant du pus à la pression ; il est entouré d'une coque fibreuse ou fibrocartilagineuse qui le sépare du tissu du testicule.

M. Velpeau a découvert aussi dans mon mémoire une autre erreur, qui à la vérité ne touche nullement au fond des choses et qui pourrait bien demeurer une méprise sans avoir d'autre conséquence que de m'obliger à y regarder mieux une autre fois. J'avais voulu donner un exemple de foyer tuberculeux simple complétement vidé par une incision et marchant régulièrement à la guérison. Je cite donc un garçon de vingt et un ans ayant un testicule plus gros que l'autre *avec de légères bosselures* ; une de ces bosselures était fluctuante. M. Velpeau pense que le foyer que j'ai ouvert chez mon premier malade est un simple abcès. Il n'y avait chez mon sujet qu'un foyer unique ; mais d'abord il y a quelquefois des tubercules uniques ne formant qu'une seule saillie, un seul foyer dans le testicule. M. Velpeau en a vu, en a cité. Je voudrais le prier de me dire comment il les reconnaît sur le vivant, comment il les distingue de l'abcès simple ? N'est-ce pas surtout et essentiellement par la nature du pus ? Or j'ai trouvé le pus *mélangé de matière tuberculeuse.* Si cela ne suffit pas, qu'exigera-t-on ? Eh bien ! il se trouve par un heureux hasard que nous avons un autre signe. Le testicule présentait des bosselures multiples. Bosselures multiples et pus tuberculeux, s'il faut encore autre chose pour porter un diagnostic, je confesse que je n'en sais rien. Mais, en attendant qu'on me l'apprenne, je continuerai à croire que c'est bien un tubercule que j'ai observé ou qu'il n'y en a pas au monde.

J'arrive maintenant à la deuxième partie de mon mémoire, c'est-à-dire à mon opération.

M. Roux craint que l'opération ne soit trop difficile. Cette objection n'est pas sérieuse.

Deuxième objection ; les cas en devront être bien rares. Pas si rares, peut-être, comme je le dirai tout à l'heure ; mais, en tout cas, ce n'est pas à la rareté des occasions qu'on juge de l'utilité d'une opération.

Troisièmement, M. Roux craint que l'amputation partielle du testicule n'entraîne des accidents plus graves que l'amputation totale. Ces résultats prouvent que cette crainte n'est pas fondée.

Mais voici quelque chose de plus considérable. Le plus souvent, dit M. Roux, le testicule est pris dans sa presque totalité, même quand il semble conserver encore des parties saines.

M. Malgaigne cherche à montrer que les portions de testicule qu'il épargne peuvent encore être utiles et que, dans tous les cas, elles ont une influence morale heureuse et même une influence réelle physiologique ; car le sperme même non excrété, mais seulement sécrété, a une influence heureuse sur le physique et sur le moral, comme le démontrent les recherches de M. Gosselin.

Il cite aussi le fait de M. Jarjavay pour prouver que le tissu testiculaire peut être sain sous le tubercule. Il cite ensuite le fait suivant :

J'ai été appelé par notre excellent et habile confrère M. Gaubert à amputer un testicule que l'on croyait cancéreux. Nous trouvâmes un énorme kyste tuberculeux, unique au centre du testicule demeuré sain à sa circonférence. Mais, depuis, l'autre testicule s'est pris. Le malade est un vieillard d'une remarquable force de caractère, adonné à l'étude, et fort sobre depuis longtemps à l'endroit des fonctions testiculaires. Mais l'idée de perdre son deuxième testicule lui cause une horreur indicible ; il aime mieux souffrir que de s'y résoudre, et il s'en va ainsi miné par la douleur physique et la dépression morale. Supposez qu'il eût eu simplement un fongus tuberculeux ; qu'il eût gardé les trois quarts du testicule qu'il a perdu ; il ne verrait dans une opération nouvelle qu'un moyen de salut, non de sacrifice, fût-il incapable de sécréter du sperme, il l'attribuerait à la maladie, non au remède ; il ne serait pas incessamment poursuivi par cette idée lugubre et désespérée d'une complète castration.

J'en ai donc fini pour le moment avec l'opinion qui tendrait à faire prévaloir la castration complète ; mais M. Velpeau repousse toute opération, et préfère abandonner la maladie à la nature.

M. Velpeau a fait valoir plusieurs arguments ; mais celui de tous qui a dû faire la plus profonde impression est celui-ci : ou bien la maladie est générale, les tubercules du testicule ne sont qu'une propagation d'une diathèse tuberculeuse universelle, et l'opération serait inutile ; — ou bien la maladie est purement locale ; mais alors, avec un bon régime et de la patience, elle guérira *toujours.*

Toujours ! C'est un mot que l'Académie a sans doute été étonnée d'entendre, surtout à propos d'ulcères et de fistules d'origine tuberculeuse. Aussi faut-il reconnaître que M. Velpeau a été jusqu'à présent le seul à le prononcer, et que, malgré la haute et légitime autorité dont il jouit, il ne s'est trouvé jusqu'à présent personne qui osât le répéter. J'ai voulu savoir de lui-même combien de temps il assignait à ces guérisons difficiles ; il m'a répondu : six ou huit ans. Eh bien ! je comprends que M. Velpeau ait pu suivre quelques malades pendant sept ou huit ans, jusqu'à la guérison enfin ; mais pour qui sait la difficulté de ces observations prolongées, il sera toujours à craindre qu'il n'y en ait un bien petit nombre. Je voudrais donc prier M. Velpeau de nous dire combien il en a vu ; et nous aurons à apprécier ensuite si le nombre est assez grand pour lui permettre d'affirmer pour tous les cas passés, présents et futurs.

J'aurais même une objection nouvelle à lui adresser ; très évidemment, quand il a fait ses observations, il ne connaissait pas l'obstacle à la guérison que j'ai signalé dans mon mémoire, et dès lors ses observations sont incomplètes, en ce point qu'il ne savait pas au juste à quel obstacle il avait affaire. Mais je laisse cette difficulté de côté, et je prétends rechercher, avec M. Velpeau lui-même, à quel prix s'obtiennent ces soi-disant guérisons ; j'irai plus loin, je m'appuierai de M. Velpeau pour démontrer que la guérison ne s'obtient pas toujours.

Voici donc ce que dit M. Velpeau, non pas dans les hasards d'une improvisation, mais dans un article fort remarquable de tous points, et où il exposait d'ailleurs les doctrines qu'il a reproduites devant l'Académie :

« On n'en est pas moins forcé de convenir que le plus souvent, que neuf fois sur dix, peut-être, les tubercules testiculaires se fondent, donnant lieu *à des abcès, à des décollements, à des destructions plus ou moins étendues de la peau ;* que des ulcères, des fistules, des fongosités succèdent ordinairement à ces abcès ; *que le testicule et l'épididyme finissent le plus souvent* (le plus souvent !) *par être dénaturés, atrophiés ou détruits au point de ne plus compter comme organes dans l'économie* ; que pour en venir là, la fonte des tubercules exige souvent un assez grand nombre d'années, et qu'avant d'arriver à son terme, *elle provoque chez quelques uns des malades* une perturbation telle dans la santé générale ou dans certaines fonctions, *que la vie n'y résiste pas toujours.* »

J'avoue que pour mon compte, dans les circonstances où nous sommes, je n'aurais pas osé écrire ces lignes, non qu'elles ne soient vraies pour un certain nombre de cas ; mais j'aurais craint qu'on ne m'accusât de charger le tableau. Ah ! *le plus souvent* le testicule et l'épididyme sont détruits, et pour cela il faut *un assez grand nombre d'années* ; et c'est avec cette perspective que vous exhortez les malades à la patience ! Et quand ils n'auront plus de testicules, c'est alors que vous constaterez leur guérison *chez tous*, et *toujours !*

Mais du moins ne sont-ils pas tous guéris, puisqu'il en est *quelques-uns* dont *la vie n'y résiste pas.* Et parmi ceux qui résistent, je rappellerai encore qu'il en est pour lesquels M. Velpeau admet enfin la castration ; quand le testicule est tellement dénaturé ou détruit par la fonte des tubercules, les tissus correspondants sont tellement criblés d'ulcères et de fistules, qu'il n'y aurait pas moyen d'en espérer la cicatrisation sans l'instrument tranchant.

En voilà donc qui meurent, en voilà qui aboutissent à la castration, et il nous faudra attendre patiemment que le mal ait produit tous ces désordres, plutôt que de tenter de l'arrêter par une opération moins radicale ! Enfin, est-il bien vrai que M. Velpeau rejette si loin dans la pratique toute opération ? Déjà, dans son article, il préconisait les injections, la cautérisation avec des trochisques ou des caustiques liquides, l'incision des téguments amincis ; les contre-ouvertures, les débridements ; l'autre jour il y a ajouté les cautérisations avec le fer rouge. Quoi donc ! ne sont-ce pas là des opérations ? et j'ajoute des opérations aveugles ; car les contre-ouvertures, les débridements, les excisions de lambeaux torturent le malade à peu près inutilement, puisqu'on ne va pas à la source du mal ; et si le fer rouge allait détruire le mal jusqu'au tissu du testicule, ses effets seraient assurément bien plus à craindre que ceux de l'instrument tranchant. Mais encore même le fer rouge ne saurait atteindre les fongus profonds que j'ai décrits, il faudrait les mettre préalablement à nu, et l'opération ainsi compliquée serait bien plus redoutable que la mienne.

Maintenant j'irai plus loin. Car là même où M. Velpeau autorisa la castration, je m'inscris contre ; je ne veux pas qu'on s'y arrête aussi facilement ; et pourquoi ? C'est que, dans ces cas désespérés en apparence, *où les tissus sont tellement criblés d'ulcères et de fistules, décollés, altérés*, etc., il ne m'est pas encore démontré que tout le testicule est détruit ; je pense qu'il est prudent d'aller à la recherche, de sauver ce qui pourra être sauvé, et de ne procéder au retranchement absolu de toutes les parties que quand on se sera assuré par ses yeux que tout est véritablement perdu.

Ce qui doit faire rejeter toute opération, ajoute M. Velpeau, c'est que l'autre testicule va se prendre. D'abord, cette assertion n'est pas suffisamment établie. Mais le deuxième testicule dût-il se prendre, est-ce une raison pour laisser détruire le premier ? Ne seraient-ce même pas les souffrances continues du premier qui entraîneraient par sympathie l'affection de l'autre ? Pendant des siècles, par exemple, on a défendu d'opérer la cataracte limitée à un seul œil, pour attendre que l'autre fût pris ; dans ces derniers temps

nous avons changé cette pratique. Et qu'avons nous vu ? Non-seulement chez quelques sujets l'œil resté sain ne s'est pas pris ; mais là où il y avait une deuxième cataracte commençante, l'opération de la cataracte mûre a fait quelquefois *rétrograder* l'autre.

Et enfin, si je veux que sur quelques sujets opérés l'autre testicule se prenne, on le traitera comme on a fait du premier; on ne désertera pas le malade.

Pour prouver qu'on peut obtenir des guérisons réelles, M. Malgaigne rappelle ici les deux observations de son mémoire, et les deux qui appartiennent à MM. Jobert et Jarjavay.

M. Robert repousse l'opération nouvelle parce qu'elle est assise sur des indications trop vagues. A cette objection, M. Malgaigne répond qu'il n'y a pas de meilleures indications d'opérer que l'incurabilité reconnue par tous les autres moyens que l'instrument tranchant.

Tous les praticiens savent, a dit M. Robert, que toutes les fois que le testicule est mis à nu, il est expulsé de son enveloppe et bientôt détruit. Mais longtemps avant les ponctions de M. Vidal est-ce que les fongus bénins du testicule n'avaient pas déjà démontré invinciblement que le testicule peut très bien être mis à nu, faire hernie à travers son enveloppe sans être détruit pour cela? Certes, je ne veux pas dire qu'il ne se détruira jamais; la nature est toute-puissante pour détruire aussi bien que pour organiser; mais je déclare que, d'après tous les faits connus, ce sera là une exception, une très rare exception.

Mais là même où le testicule ne se détruirait pas par suppuration, M. Robert veut que le testicule s'atrophie, et il a cité en preuve une observation de M. Bérard. Dirai-je donc encore que ce fait est une exception, que les fongus bénins traités par M. Syme et par moi à l'aide de l'autoplastie ne se sont pas atrophiés, et qu'enfin mes faits, mes deux faits de fongus tuberculeux extirpé, nous montrent au bout d'une année le tissu du testicule résistant et sans aucun indice d'atrophie?

Et finalement, car tout doit avoir une fin, *on sait*, dit mon habile contradicteur, *que l'affection tuberculeuse du testicule est une maladie essentiellement diathésique*; de telle sorte qu'un tubercule enlevé sera suivi d'autres, et dans le testicule et ailleurs.

Ici, messieurs, qu'il me soit permis encore une fois de m'élever contre ces assertions si absolues, si confiantes, et après tout si gratuites. On sait! et moi je réponds qu'on ne le sait pas, que l'histoire des tubercules testiculaires est encore à l'état d'ébauche, et qu'il serait prudent de ne rien affirmer de la sorte avant de l'avoir bien observé.

Il y a une autre assertion de M. Velpeau, c'est qu'il est *inouï* de voir un tubercule unique dans un testicule. Pour mon compte, je suis en mesure de témoigner que le cas n'est nullement rare; il n'y avait qu'un tubercule unique, par exemple, dans le testicule que j'ai enlevé avec M. Gaubert. Chose bien plus remarquable : chez le sujet de M. Jarjavay, qui succomba à une phthisie tuberculeuse, le testicule droit n'avait offert également qu'un tubercule unique.

J'ai encore quelques mots à dire sur une question de priorité. M. Robert a fait entendre que j'avais été précédé pour l'idée de mon opération par M. A. Bérard. Or, A. Bérard proposait d'aller extraire les masses tuberculeuses du testicule avant tout abcès et toute fistule. Mon mémoire est expressément intitulé : *Des ulcères tuberculeux*.

Et, puisque je suis sur ce terrain, j'ajouterai quelques mots à l'adresse d'un chirurgien qu'il ne serait pas juste d'oublier ici. M. Alquié, de Montpellier, a écrit à la *Gazette des Hôpitaux* qu'il avait pratiqué mon opération au commencement de cette année. Si c'était une réclamation de priorité, le lieu était mal choisi; il y a un an environ que la *Gazette des Hôpitaux* m'avait fait l'honneur de reproduire une de mes leçons cliniques sur ce sujet, et peu de temps après elle publiait le premier cas d'opération et de succès de M. Jobert.

M. Jobert (de Lamballe). Les honorables collègues qui se sont fait entendre ont principalement attaqué le mémoire de M. Malgaigne sous le point de vue de l'opération, et la discussion roule presque exclusivement sur les indications. Par conséquent, on ne s'est que fort peu occupé de la résection en elle-même. Il est pourtant indispensable, pour porter un jugement définitif, d'en appeler à l'expérience, seul juge souverain en pareille matière.

A propos des indications, M. Jobert aborde ici les relations des tubercules du testicule avec l'état général de la constitution. Souvent il y a des tubercules ailleurs; alors l'opération est contre-indiquée; d'autres fois, la tuberculisation envahit *une grande partie* ou la totalité de l'organe, et la résection est contre-indiquée encore, la contraction étant alors praticable; enfin dans quelques cas le tubercule est localisé à un point du testicule, et alors seulement la résection est utile et doit être faite.

Toutefois, si la résection du testicule devait être limitée seulement à la tuberculisation, on y aurait recours bien rarement. Mais il est d'autres lésions qui peuvent réclamer cette opération, et en quelques mots je vais les indiquer.

Ne voit-on pas, par exemple, l'épididyme s'engorger inopinément, le corps du testicule se gonfler sous l'influence d'une cystite, d'une prostatite, d'une uréthrite chroniques, et d'autres causes à nous inconnues? Si la médecine est impuissante pour arrêter dans sa marche une altération qui menace de devenir grave, il survient du ramollissement, un foyer, des indurations et des fistules qui partent de la profondeur du testicule pour s'ouvrir sur les téguments. Par là s'échappent des liquides de diverses natures, du pus, du sperme, etc.

A une époque variable on voit paraître un bourgeonnement, des granulations qui traversent le trajet fistuleux pour prendre des dimensions plus considérables, former des végétations qui, réunies, forment une tumeur plus ou moins considérable, étalée à la surface du scrotum, qu'elle déborde en hauteur d'un pouce et même davantage. Sa surface fournit du sang par la pression, un liquide séro-purulent d'une odeur désagréable. C'est cette espèce de champignon qui a été le sujet de recherches de Lawrens, de Cooper, et surtout de M. Malgaigne. Rien ne ressemble davantage à un cancer que l'altération dont il s'agit, et cependant elle en diffère par des caractères dont je n'ai pas à m'occuper en ce moment. Comment détruira-t-on cette tumeur si la cautérisation et la compression échouent? Est-ce par l'ablation de l'organe ou par la résection que l'on débarrassera le malade de cette altération? La résection, permettant de conserver l'organe, me paraît infiniment préférable à l'ablation ou à la mutilation.

Il est une espèce de végétation qui doit attirer l'attention du médecin, c'est celle que l'on observe sur les enfants scrofuleux et qui se montre principalement dans la tête et quelquefois dans la queue de l'épididyme.

Avant que l'altération se dessine, il survient un ou plusieurs engorgements qui disparaissent, et enfin il s'établit un travail de suppuration, puis d'ulcérations, et des végétations fongueuses semblables à celles que l'on rencontre dans les ulcères scrofuleux paraissent, et, si la cautérisation combinée avec la résection ou l'excision n'arrête pas la marche de l'altération, le conduit de l'épididyme s'altère, se détruit, le testicule s'atrophie et il n'y a plus de fonctions à espérer.

La résection testiculaire ou l'ablation partielle du testicule me paraissent encore convenir dans ces cas. J'ai pratiqué trois fois cette opération, et je n'ai pas eu l'occasion d'observer les accidents dont on a parlé. Je suis donc d'un avis entièrement contraire à ceux qui blâment de tous points l'excision du testicule.

On a avancé qu'il est toujours très difficile de distinguer les parties saines des parties malades et que sous ce rapport l'opération offrait des difficultés réelles. Je ne crois pas que, le plus ordinairement, il puisse en être ainsi, surtout lorsque l'altération pour laquelle on a pratiqué l'opération est limitée et parfaitement circonscrite. Il n'y a pas d'organe dans l'économie qui soit aussi facile à explorer et à examiner que le testicule, qui se laisse embrasser de toutes parts par la main qui explore sans rencontrer aucun obstacle dans cette appréciation. Il y a d'ailleurs une essentielle différence entre la consistance du tissu sain et celle du tissu malade, entre la résistance vitale de l'un et celle de l'autre. On sait parfaitement que la consistance normale est due d'une part à la tension de la tunique albuginée et de l'autre à l'intégrité des vaisseaux séminifères.

M. Jobert dit qu'il a toujours vu une fièvre plus ou moins intense se développer après la castration, tandis qu'il n'en a pas vu après la résection; puis il continue :

Après l'opération de M. Malgaigne, je n'ai pas vu que la glande s'atrophiât, comme on l'a annoncé plutôt par des vues de l'esprit que par l'expérimentation. Un organe ne peut s'atrophier, en effet, lorsqu'il conserve ses principaux vaisseaux, ses principaux nerfs animateurs et enfin sa fonction en partie : car, lorsque celle-ci est entièrement abolie, l'organe s'atrophie et finit par disparaître.

Tout dans le testicule dévoile la possibilité de la résection. Le tissu propre du testicule n'est-il pas composé par une série de lobules formés de conduits séminifères pelotonnés sur eux-mêmes? Tous ces lobules sont, en outre, soutenus par des cloisons qui ne sont pas autre chose que des prolongements de la tunique albuginée et des vaisseaux; j'ajouterai que les conduits séminifères viennent se rendre isolément vers la partie supérieure du testicule pour traverser le corps d'Hygmor. D'après cette disposition anatomique, il est facile de comprendre que ces nombreux lobules peuvent être altérés en plus ou moins grand nombre sans l'être tous à la fois.

Si les choses se passent ainsi dans les altérations diverses qui peuvent envahir le testicule, à plus forte raison peut-il en être de même quand il s'agit d'une opération.

L'analogie pouvait aussi faire admettre la possibilité de cette opération, si l'on réfléchit que les fonctions des autres glandes se rétablissent, quoiqu'elles aient été profondément intéressées, désorganisées, et qu'un grand nombre de leurs conduits excréteurs soient oblitérés. N'observe-t-on pas les mêmes résultats pour les lésions du testicule? Ne voit-on pas cet organe, après avoir été largement incisé, après avoir été le siége d'abcès, recouvrer ses fonctions à la manière des autres glandes qui ont été sillonnées par le bistouri ou creusées de trajets fistuleux ou de foyers purulents? Les expériences de Cooper là-dessus ne laissent rien à désirer, les miennes propres me démontrent qu'il en est ainsi.

J'ai été forcé, dans une circonstance qui n'est pas encore très éloignée, de pratiquer un large débridement pour lever un étranglement testiculaire qui menaçait la vie du sujet. Immédiatement après avoir fait l'incision, les deux lèvres de la plaie se sont écartées et renversées en dehors. La substance testiculaire, largement incisée, a été mise à nu, et les accidents qui résultaient de l'inflammation de l'organe ont entièrement disparu. Le dépelotonnement du testicule n'a pas eu lieu, de la lymphe est venue recouvrir la plaie, des bourgeons se sont formés, et la guérison a eu lieu sans atrophie de l'organe. La fistule séminale, qui d'abord s'était établie, a fini par disparaître.

Ici M. Jobert cite deux cas d'Astley Cooper où les malades ont guéri: une fois après l'application du séton à travers le testicule, l'autre fois après l'excision de végétations siégeant sur cet organe. M. Jobert rappelle ensuite que Lawrence a pratiqué la même opération que Cooper, opération qui est une diminution de celle de M. Malgaigne; car il paraît évident que dans son excision A. Cooper intéressait plus ou moins le testicule.

Oserai-je ajouter, dit M. Jobert, que j'ai moi-même fait plusieurs fois l'opération de M. Malgaigne, et que tantôt j'ai isolé les parties saines pour recouvrir la perte de substance en décollant cette membrane, et que tantôt j'ai pu tailler des lambeaux pour recouvrir la surface de la plaie?

Ici M. Jobert cite un fait qu'on peut lire dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1850, p. 410), et termine par cet exemple.

M. Larrey. (Ne pouvant rapporter en entier le discours de cet honorable académicien, nous en extrayons les passages suivants, qui en sont d'ailleurs toute la substance) :

On a reproché d'abord à notre honorable collègue d'avoir confondu des maladies distinctes des testicules, tandis qu'au contraire il a voulu les différencier entre elles; mais s'il n'y a pas complétement réussi d'après ses propres observations, il a certes eu le mérite de signaler à son point de vue l'avantage d'une opération à peu près nouvelle. Cet avantage, réel pour lui, nul pour d'autres, est-il définitivement jugé? Là est toute la question.

Ne perdons pas de vue d'abord que M. Malgaigne ne conteste point la curabilité des ulcères tuberculeux, qui, avec le temps en effet, et à l'aide d'un traitement bien dirigé, parviennent souvent à la guérison, comme j'en ai été témoin aussi; mais ce qu'il cherche à établir ou à prouver, c'est que des ulcères tuberculeux chroniques, compliqués, rebelles à divers modes de traitement, ne doivent point entraîner comme conséquence nécessaire, inévitable, l'ablation du testicule.

Sa proposition, s'il la maintient telle, me paraît, pour ma part, très soutenable, non-seulement en s'appuyant sur les faits qui lui appartiennent ou sur ceux des chirurgiens qu'il a cités, mais sur quelques autres encore. Ainsi, M. Gama, parlant de ces végétations qui *paraissent* formées aux dépens du testicule, dit : « J'ai » excisé chez quelques sujets ces espèces de champignons qui se » sont reproduits plusieurs fois, mais ont fini par ne plus repa» raître, etc. »

A. Bérard a indiqué formellement le même moyen.

M. Gerdy m'a fait voir, il y a déjà plusieurs années, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, un homme chez lequel il avait enlevé avec succès une tumeur adhérente au testicule, en ménageant cet organe resté intact.

Enfin, moi-même, j'ai eu recours à cette opération en 1849, chez un malade du Gros-Caillou, jeune soldat au 41e de ligne, offrant quelques signes de tuberculisation pulmonaire, sans aucun indice d'affection vénérienne, et sans cause appréciable d'orchite traumatique, le testicule droit s'était engorgé par suite des fatigues du service, et l'inflammation, devenue chronique, avait donné lieu à une ulcération fistuleuse, aboutissant du centre du testicule à la surface du scrotum, avec écoulement de pus mélangé de matière tuberculeuse, et tuméfaction des bords de l'ulcération profondément adhérente. Divers moyens de traitement avaient échoué; la castration seule semblait praticable; mais, répugnant à la faire, j'excisai les fongosités, et après avoir ravivé les bords de l'ulcère, j'en obtins l'adhésion à l'aide des serres-fines. La cicatrisation parut établie cinq ou six jours après l'opération, et le malade sortit de l'hôpital pour retourner à son corps.

Voilà pour les faits, auxquels bien d'autres pourraient s'ajouter, si tous les chirurgiens qui ont eu l'idée de faire cette opération, sans y attacher d'ailleurs d'importance, pouvaient nous les communiquer.

M. Larrey se livre ensuite à quelques considérations théoriques qui lui semblent favorables à l'opération, dans les cas de *chronicité avancée* ou d'*incurabilité absolue* de la maladie, d'abord en ce que l'excision est plus simple que la castration, et en ce qu'elle préserve mieux l'autre testicule de l'envahissement de la maladie.

M. Ricord. M. Malgaigne m'a semblé avoir une tendance, un peu intéressée, à circonscrire, à limiter, à localiser les tubercules testiculaires. Malheureusement, c'est une maladie qu'on peut largement étudier; car elle est assez fréquente, et ma position spéciale me permet de la voir bien souvent. Eh bien! je crois pouvoir affirmer, avec tous les observateurs, que rien n'est plus rare que de trouver un seul, ou deux tubercules dans un testicule; le plus souvent, les tubercules sont multiples; non-seulement ils se développent en très grand nombre d'un côté, mais il y a une tendance fatale à ce que le côté opposé se prenne: c'est une loi de symétrie qui domine cette affection, et à laquelle elle échappe peu.

Le tubercule testiculaire débute par l'épididyme, et s'étend de là au corps du testicule; les cas où on a trouvé des tubercules dans les testicules sans qu'il y en eût dans les épididymes sont des cas exceptionnels et tellement rares, que je crois qu'on a dû souvent prendre alors pour des tubercules d'autres altérations qui leur ressemblent beaucoup, le *tubercule jaune*, par exemple, formé de lymphe plastique, ou bien les tumeurs gommeuses, ou encore l'albuginite syphilitique, parfaitement tuberculiformes, à une certaine période. Le microscope n'avait pas toujours passé par là.

Quand donc le corps du testicule est vraiment tuberculeux, l'épididyme l'est aussi autant et souvent plus. Mais soit qu'un seul ou que les deux testicules soient affectés, la maladie se borne-t-elle là? Non, sans doute, et je suis étonné qu'on n'ait pas dit, ni écrit une de ses plus fréquentes et plus habituelles extensions; car, non-seulement le canal déférent se tuberculise, mais la tuberculisation gagne les vésicules séminales, la prostate, l'urètre, la vessie, comme j'en ai montré de beaux exemples à l'Académie. Dans ce moment, j'ai, à l'hôpital du Midi, cinq malades affectés de tubercules des testicules, et tous les cinq ont des engorgements de même nature dans la région *sémino-prostatique*.

La tuberculisation des vésicules séminales et de la prostate n'existe pas toujours avec la tuberculisation du canal déférent; elle peut même avoir lieu sans que l'épididyme et le testicule soient malades; mais aussi cela arrive plus souvent dans ce dernier cas.

Mais encore la maladie tuberculeuse s'arrête-t-elle là? Oui dans un très grand nombre de cas, non dans beaucoup d'autres.

Mais on trouve encore dans les testicules, dans le scrotum, entre autres maladies, des engorgements strumeux qui ne sont pas encore et qui ne seront même pas plus tard des tubercules; ce sont des lésions scrofuleuses qui, comme certains engorgements, certaines suppurations, certains abcès froids blancs, d'autres tissus, d'autres régions, n'appartiennent pas aux tubercules proprement dits, et qu'on rencontre sans la diathèse tuberculeuse, sans qu'il y ait des tubercules là ou autre part. Ce sont ces abcès, ces suppurations dont a parlé M. Velpeau, et que les Anglais ont surtout bien étudiés, à propos des orchites chroniques; c'est une des formes des scrofules avec ou sans tubercules, comme on le voit pour les écrouelles cervicales ou inguinales.

Mais, quelle que soit la forme écrouelleuse ou tuberculeuse proprement dite, si la suppuration survient, de deux choses l'une: ou bien un foyer se forme, s'ouvre ou est ouvert, et après l'évacuation il se ferme, se cicatrise; ou bien il persiste, bourgeonne, s'organise, végète, et fournit ces fongosités que l'on voit dans les ulcères, dans les fistules, dans les foyers scrofuleux; fongosités molles, baveuses, avec des sinuosités, des sillons, des anfractuosités cloisonnées ou non par du tissu cellulaire épaissi, se montrant à l'extérieur, faisant saillies au-dessus des téguments voisins, ou incarcérées dans des clapiers au fond de trajets fistuleux, comme cela se voit surtout dans les bubons, dans les adénopathies strumeuses du cou et des régions inguinales; comme cela se voit sur ou dans le scrotum, sans que ce soit alors une autre maladie. Nous avons donc tous forcément vu ce que M. Malgaigne a vu, et nous savons tous que tant que des altérations semblables existent, soit au cou, soit aux aines, soit au scrotum, il n'y a pas de cicatrisation possible. La seule chose qui appartienne à notre savant collègue, c'est le *nom* de fongus tuberculeux donné à ces fongosités; nom qu'il me permettra de contester, car en cherchant bien, en voyant encore, il trouvera ailleurs, et aussi dans le scrotum, la même dégénérescence sans la nécessité des tubercules. Et dans les cas même où des tubercules auraient existé, le fongus qui lui succédera ne sera plus tuberculeux; il sera alors fourni par les tissus voisins, par le foyer.

Avant d'en venir à l'opération proposée par notre savant collègue, qu'il me permette de m'arrêter un moment sur les signes diagnostics qui lui paraissent suffisants pour reconnaître qu'il y a tubercule, rien autre que tubercule, et plus tard fongus tuberculeux. Des bosselures et la nature du pus, voilà qui suffit. Mais les bosselures appartiennent-elles seulement au sarcocèle tuberculeux? Non, sans doute, on les trouve dans le cancer, dans les deux variétés de testicules syphilitiques : l'albuginite et la tumeur gommeuse des bourses. J'aurais donc voulu que notre collègue nous dît comment se conduisent les bosselures tuberculeuses, par rapport aux autres; j'aurais voulu qu'il nous dît que ces bosselures appartiennent à toutes les périodes de l'affection tuberculeuse, et qu'elles ne font que s'accroître jusqu'au terme de la suppuration; tandis que dans le sarcocèle plastique, syphilitique, existant d'abord, mais profondes, elles disparaissent en se réunissant, à mesure que la maladie fait des progrès, pour exagérer le volume de l'organe, en lui laissant sa forme et sans suppurer; qu'enfin, dans le cancer, elles n'arrivent que plus tard. J'aurais voulu qu'il nous eût dit les différentes régions par lesquelles les maladies qu'on peut confondre débutent; que c'est par l'épididyme, dans le sarcocèle tuberculeux; par le corps de testicule dans le cancer et le sarcocèle syphilitique, et par le tissu cellulaire ambiant, dans quelques cas d'affection strumeuse non tuberculeuse, ainsi que dans la tumeur gommeuse syphilitique; qu'il nous eût bien fait savoir que le sarcocèle tuberculeux n'était pas le seul qui pût affecter les deux testicules, mais que la syphilis avait le même privilége. Il fallait dire que le sarcocèle tuberculeux allait seul retentir aux vésicules séminales et à la

prostate, en passant par un canal déférent souvent moliniforme; que le cancer suivait une autre voie, et que la syphilis constitutionnelle ne touchait qu'au testicule, en respectant l'épididyme, le cordon et le reste des voies spermatiques. Sans cela, on est en droit de demander à notre savant collègue si, dans les cas où il n'a trouvé qu'un seul tubercule, un seul foyer, un seul fongus, c'était bien à un fongus tuberculeux qu'il avait affaire. Tout cela, j'en suis bien convaincu, notre collègue le sait aussi bien que nous; mais alors il ne devait pas dire qu'il ne connaissait que deux signes, les bosselures et la nature du pus qui peut encore tromper, surtout à la manière dont on l'examine ordinairement.

Maintenant au point de vue de l'opération, M. Malgaigne ne veut pas faire ce qu'avait fait Auguste Bérard, ce que j'ai moi-même tenté; il ne veut pas qu'on aille attaquer les tubercules crus, c'est contre le fongus seulement qu'il s'arme, et cependant s'il y avait des chances de sauver le testicule, ce serait bien alors que les tubercules déposés au milieu des vaisseaux séminifères dans l'épaisseur de l'épididyme, du canal déférent, ne constituent encore que des corps étrangers et n'ont pas entraîné dans leur fonte la destruction des tissus voisins: car si vous attendez le fongus, vous attendrez que les parties soient détruites pour les sauver.

Cependant, prenons l'opération telle que notre collègue la propose, et voyons d'abord si elle est nouvelle. Eh bien! je suis forcé de dire que non, car A. Cooper l'a pratiquée, et, telle qu'elle est décrite dans M. Curling, elle avait dû être appliquée à d'autres fongus qu'à la hernie testiculaire ou fongus granuleux. Mais qu'importe la nouveauté, si la chose est utile! Quant à moi, je la crois utile, et je remercie M. Malgaigne de l'avoir rappelée; seulement je ne puis pas accepter ses prétentions. S'il nous avait dit: — Vous ne vous occupez pas assez des fistules scrotales, des foyers qui ne se cicatrisent pas; faites au scrotum ce que vous faites au cou, dans les régions inguinales; mettez les parties dans les meilleures conditions possibles de cicatrisation, — tout le monde aurait été de son avis; car, M. Malgaigne le sait, on ampute fort peu de testicules aujourd'hui, non pas à cause de la gravité de l'opération, mais parce que les malades guérissent quelquefois sans cela, et que l'opération générale, pas plus que la partielle, ne met à l'abri des récidives.

Mais lorsque M. Malgaigne a dit à M. Velpeau: — « Lorsque vous n'avez plus d'autres ressources que la castration, moi je sauve le testicule, » — les chirurgiens qui voient beaucoup de testicules n'ont pas pu être de son avis, car lorsqu'ils se décident à amputer, M. Malgaigne n'a plus rien à faire, puisque ce n'est qu'alors que les désordres sont arrivés à leur apogée. En effet, puisque M. Malgaigne n'enlève pas les tubercules crus, qu'il n'opère que pour le fongus limité, ce ne peut être que dans des cas très rares qu'il doit opérer, et alors il n'a pas absolument aboli la peine de mort, pour les cas où tout le testicule tuberculeux aurait fait place à un fongus.

Tout en admettant la possibilité, la nécessité même de l'opération proposée par M. Malgaigne, est-elle, doit-elle être aussi simple qu'il le dit, ou qu'elle s'est montrée dans quelques cas qu'il a observés? Le parallèle qu'il a fait entre elle et la contraction est-il juste? Certainement non. Si M. Malgaigne a vu des amputations partielles guéries vite, nous, nous avons vu de graves accidents suivre l'opération de l'hydrocèle par incision et excision, et nous avons vu, au contraire, des malades guéris, cicatrisés sept et neuf jours après la castration. Il est plus facile et probablement moins dangereux de couper un cordon que d'aller chercher, au milieu des éléments qui le composent et dans l'épaisseur du canal déférent, un fongus qui n'est pas obligé de s'arrêter à telle ou telle hauteur du canal inguinal.

Je dis plus, dans quelques circonstances l'amputation partielle peut aider à détruire ce qu'elle prétend conserver. En effet, quand un tubercule se fond, s'il n'est d'abord enkysté, l'inflammation que la fonte détermine dans les tissus voisins lui forme une sorte de cloison qui le sépare des autres parties encore saines, et cette cloison, ce mur forme aux vaisseaux séminifères quelque chose d'analogue à la tunique albuginée, dont notre collègue ne peut nier l'utilité. Il a beau rappeler l'innocuité des petites mouchetures qu'on a faites dans ces derniers temps à la tunique albuginée, la hernie du parenchyme est possible, et se fera d'autant mieux que le trou sera plus grand, et on substituera alors une variété de fongus à une autre.

Quant à ce qu'on laisse le plus possible les parties saines du testicule, je ne m'y oppose pas, j'y encourage même; mais je ne puis encore ici me contenter du faux témoignage que donneront ces organes mutilés. Si après l'opération les fonctions génitales sont complètes, c'est qu'il y a encore un testicule vaillant; car autrement la possibilité d'avoir des rapports sexuels, même agréables, ne prouve rien, et si l'Académie le permet, entre autres observations qu'elle connaît, je lui en citerai deux de ma pratique qui prouvent que les testicules ne servent pas à tout.

« M. X..., de Montreuil-sur-Mer, âgé de trente ans, d'une forte constitution, bien développé, cheveux châtains, appartenant à une famille bien portante, a eu des chancres il y a onze ans; point de bubon. Traitement mercuriel pendant quinze jours. Pas d'autres accidents. Il guérit.

» Il y a neuf ans, engorgement du testicule droit. Ce dernier prit le volume d'une pomme (dit le malade). Bientôt après, il s'y établit un abcès, qui perça au-dessous et en arrière de la glande.

» Deux mois après, le testicule gauche s'est pris de la même manière. Ce dernier n'a pas suppuré.

» Frictions mercurielles, liqueur de Van Swieten, tisane de salsepareille.

» L'abcès se cicatrisa, mais il resta de l'engorgement dans les deux testicules.

» Un chirurgien de village, M. P..., de Dain (Pas-de-Calais), procéda à la *double castration*. Le malade était guéri un mois après sans accident intercurrent.

» Depuis, santé excellente.

» *Etat actuel.* — La voix n'est pas altérée, sonore, vibrante, mâle.

» Souvent le matin des érections. Pendant la nuit, quelquefois des rêves lascifs.

» Désirs fréquents de voir des femmes. Tous les jours il peut coïter.

» Les érections sont très faciles, fortes et de longue durée.

» Le coït procure de vives jouissances et est suivi de l'écoulement d'un liquide transparent, clair, filant, gommeux (sécrétion des vésicules séminales, des glandes de Cowper, de la prostate).

» Ce malade est venu me consulter craignant avoir contracté une blennorrhagie. »

Voici encore une observation qui prouve que les testicules ne sont pas indispensables pour que les fonctions sexuelles aient lieu et qu'on se tromperait si on concluait de ces fonctions à l'intégrité de ces organes:

« Un malade, tailleur, vient réclamer mes soins à l'hôpital du Midi pour un double sarcocèle tuberculeux, et dans des conditions telles de destruction ou d'altération des organes renfermés dans les bourses et du scrotum lui-même que M. Malgaigne n'aurait certainement rien fait ou aurait fait comme moi: il aurait amputé.

» Ce malade guérit très promptement à la suite de la castration et retourna chez lui. Trois mois plus tard, il revenait à l'hôpital pour une affection céphalique. Interrogé sur sa santé depuis sa sortie de mon service, il me raconta qu'il n'avait plus souffert des suites de son opération et qu'il avait conservé toutes ses facultés viriles; qu'il avait de fréquents désirs vénériens, des érections faciles et convenables et des rapports presque journaliers avec sa femme. Je crus d'abord qu'il y avait de l'exagération dans le récit de cet homme ou qu'il se faisait illusion. Cependant, plusieurs fois en l'examinant le matin à la visite, on put constater l'érection. Mais je ne pus plus conserver le moindre doute sur la véracité de ce qu'il m'avait dit, lorsque sa femme, en venant me demander de ses nouvelles, se plaignit à moi des importunités de son mari, qu'elle n'aimait pas, et qui la laissait à peine un jour sans exercer ses droits d'époux. Cette femme me dit aussi qu'elle était enceinte et me demanda si cela était possible. Je lui dis que non, que dans la position où était son mari il ne pouvait pas faire d'enfants, mais qu'on pouvait le lui laisser croire pour la tranquillité du ménage. Elle m'avoua alors qu'un des ouvriers de la maison avait ajouté ce qui manquait à son époux. Je dus après cet aveu dire à cette femme que c'était le dernier enfant *légal* que je lui permettais.

» Quant au mari, je lui racontai l'histoire connue de notre ancien maître Boyer, c'est-à-dire qu'il avait encore eu dans de *petites bouteilles* (dans les vésicules séminales) un reste de liqueur prolifique.

» Ce malade mourut peu de temps après, et je trouvai dans le cervelet une énorme tumeur tuberculeuse qui avait fait disparaître la presque totalité de cet organe, qui ne représentait plus qu'une espèce de membrane ou de kyste. »

Pas de testicules, pas de cervelet, et des fonctions génitales même exagérées!

J'en demande pardon à M. Malgaigne, je ne crois pas non plus que les testicules, sans canaux déférents, aient encore l'utilité qu'il leur a reconnue. Sans doute il y a une grande différence entre un eunuque et un homme complet qui ne voit pas de femme, qui, par conséquent, n'excrète pas habituellement du sperme; mais chez celui-ci le sperme sécrété est porté dans les vésicules séminales, où il exerce son action spéciale, et d'où il est repris, quand il n'est pas employé. Qu'arrive-t-il quand la sécrétion ne sort pas de l'organe sécréteur? Nous n'en savons encore rien; les faits anatomiques de M. Gosselin ne nous l'ont pas appris, et peut-être doit-il en résulter des accidents, comme nous le voyons pour d'autres organes sécréteurs, lorsqu'ils ne peuvent pas se débarrasser du produit de leur sécrétion.

J'en conclus donc que l'opération de notre savant confrère doit être le plus souvent inutile, quelquefois nuisible, et que dans les cas rares où on doit l'appliquer, elle entre dans le domaine de la chirurgie vulgaire des fistules et des foyers organisés, végétants, fongueux ou non, pour la cure desquels il ne faut peut-être pas toujours donner la préférence à l'instrument tranchant.

Récompenses

A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE LONDRES.

Nous apprenons que le jury de l'exposition universelle, qui a accordé huit médailles à l'orfèvrerie, autant aux produits chimiques, aux instruments d'optique, etc., etc., n'a pas cru devoir en accorder une seule aux divers produits qui intéressent la médecine et la chirurgie (instruments, appareils, préparations anatomiques, etc.).

Il est regrettable d'être obligé d'ajouter que cette criante injustice doit être en partie attribuée, dit-on, à la négligence des commissaires français pour cette partie de l'exposition.

Un fabricant américain a protesté, à ce qu'il paraît, contre un déni de justice aussi choquant; mais on espère peu dans l'efficacité de cette protestation, qui fait honneur néanmoins à son auteur. Quant aux fabricants anglais, leurs produits étant évidemment très inférieurs, ils se garderont bien de protester contre une indifférence qui ne peut que tourner à leur avantage. — H. de Castelnau.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Électricité magnétique.

Une commission composée de MM. Bérard, Bouvier, Gaultier de Claubry, Gueneau de Mussy, Longet, Poiseuille et Soubeiran a été chargée par l'Académie de faire un rapport sur divers appareils électriques.

L'Académie a reçu l'appareil magnéto-électrique de MM. Breton frères et les chaînes voltaïques de M. Pulvermacher... Ces divers instruments lui ont été présentés comme propres à remplir les indications jugées nécessaires à l'application médicale de l'électricité. La tâche de la commission a été de reconnaître les mérites et les défauts de chacun d'eux...

La première question qui se présente est celle-ci: Est-il indifférent d'électriser avec toute espèce de courant? Au point de vue de la commodité, évidemment non. Les piles voltaïques, construites d'après les systèmes connus, demandent des soins et une attention que le médecin peut rarement leur accorder; leurs effets s'affaiblissent rapidement, et si aux appareils ordinaires on substitue les piles à courant constant, on retrouve au même degré la nécessité de consacrer beaucoup de temps à les monter, la dépense des matières nécessaires à leur entretien, le renouvellement assez fréquent de quelques-unes de leurs parties, et, de plus, le désagrément des gaz et des vapeurs qu'elles exhalent presque toujours. Par tous ces motifs, les appareils établis sur ce système sont presque complètement abandonnés.

...A la place des courants électriques produits directement par la pile, on n'a guère recours aujourd'hui qu'aux courants d'induction. Ils possèdent le remarquable caractère de n'avoir qu'un instant de durée. Ils se suivent, mais en laissant entre eux un intervalle de temps... C'est aux dispositions particulières des appareils à régler la durée de ces intermittences qui peuvent être très éloignées, ou se rapprocher tellement qu'elles simulent un courant continu.

L'appareil magnéto-électrique des frères Breton est connu de la plupart des membres de l'Académie. C'est lui qui, depuis quelques années, est presque *exclusivement* employé dans les hôpitaux de Paris. Le courant qu'il donne est un courant d'induction de premier ordre.

La partie essentielle de cet appareil est un aimant en fer à cheval; le fil conducteur dans lequel doit se développer le courant d'induction est roulé en hélice sur l'aimant, ce qui augmente l'effet, tout en simplifiant la construction.

L'appareil des frères Breton ne fait pas craindre une stimulation trop vive de la peau ou la surexcitation de la rétine....

Tel qu'il est, cet appareil a rendu et il est appelé à rendre encore de bons services si l'on en limite l'emploi, comme on le fait presque toujours, à produire une stimulation modérée de la peau, ou l'excitation des muscles et de la sensibilité. Il restera dans la pratique.

Cet appareil réalise deux excellentes améliorations, savoir: l'enroulement direct du fil conducteur sur l'aimant; ce qui augmente l'intensité des effets et simplifie la construction et la mobilité de l'aimant, qui, en se rapprochant plus ou moins du fer doux, active ou affaiblit le courant. Ces courants sont très propres à produire les phénomènes de contraction musculaire....

La commission propose à l'Académie de faire adresser à MM. Breton des remercîments pour leur intéressante communication. — Adopté.

(Extrait du rapport de M. Soubeiran, séance du 1er avril 1851.)

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 93. — MARDI 12 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 93. — MARDI 12 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 11 AOUT 1851.

AMPUTATION PARTIELLE DU TESTICULE.

Quoique plusieurs orateurs soient encore inscrits et se proposent de prolonger une discussion qui nous paraît maintenant épuisée, il est probable qu'elle est terminée de fait; le comité secret ne permettra pas de la continuer demain, et mardi prochain, MM. Velpeau et Gerdy, qui se proposaient de prendre la parole, seront bien loin de l'Académie. Ainsi, ce combat finira faute de combattants, et nous pouvons présenter dès aujourd'hui le résumé définitif de cette discussion, comme si elle devait en rester là. Du reste, elle ne nous paraît pas avoir beaucoup à gagner à ce qu'il en soit autrement. Dans la dernière séance, on a fait beaucoup de répétitions et de hors-d'œuvre; il est probable qu'on en ferait bien davantage dans une séance subséquente, et que la question véritable n'y gagnerait pas grand' chose.

C'est sur cette question que nous allons nous efforcer de concentrer nos remarques, et pour cela nous éviterons de suivre pas à pas les orateurs, qui ont pu dire d'excellentes choses, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, mais qui n'ont traité qu'accessoirement, en quelque sorte, les points spéciaux du débat.

N'oublions donc pas que le mémoire de M. Malgaigne a été fait pour prouver cette proposition :

J'ai sauvé des testicules menacés d'une ablation complète en les soumettant à une OPÉRATION NOUVELLE.

Nous avons négligé dans notre premier article de rechercher si l'opération en question était nouvelle; en effet, nous pensions que, lorsqu'un homme aussi érudit que M. Malgaigne se décidait à caractériser ainsi un procédé opératoire quelconque, on pouvait l'en croire sur parole. C'est ce que nous avons fait avec d'autant moins de réserve, qu'une autre grande autorité en fait d'érudition, M. Velpeau, n'avait point réclamé contre la dénomination de M. Malgaigne. En entendant MM. Jobert et Larrey, nous avons un instant cru avoir tort; mais notre erreur n'a pas été de longue durée. L'excision pratiquée par Ast. Cooper, et à laquelle M. Jobert a fait allusion, était une excision comme tout le monde en faisait avant M. Malgaigne, une de ces excisions que M. Velpeau conseille dans son article du *Dictionnaire en trente volumes*; mais ce n'est point, comme celle de M. Malgaigne, une excision qui consiste à enlever toutes les parties altérées du testicule, jusqu'à la substance testiculaire saine inclusivement. Nous en dirons autant à propos des faits rapportés par M. Larrey. Nous ferons remarquer, en passant, que chez le malade opéré par M. Larrey lui-même, aucun chirurgien n'aurait conseillé la castration, comme M. Larrey semble le donner à entendre.

Ainsi, et sauf meilleurs renseignements, nous croyons que c'est bien à juste titre que M. Malgaigne s'est attribué l'invention du nouveau procédé. Mais ce qui n'était pas moins important, c'était d'en démontrer les avantages. Sous ce rapport, M. Malgaigne a moins bien réussi.

Pour prouver qu'il sauvait des testicules que tout le monde aurait amputés, M. Malgaigne n'avait pas à faire de grands frais de dialectique ni d'éloquence; il lui suffisait de montrer à l'Académie un seul malade assez gravement affecté pour que ses collègues en chirurgie jugeassent la castration utile, et de revenir quelques jours après avec ce même malade guéri et conservant son testicule. Par ce seul fait la question aurait été tranchée. Il est vrai que ce qu'il n'a point fait à l'Académie, M. Malgaigne croit l'avoir fait à l'hôpital. Son mémoire a pour base l'histoire de trois malades, chez deux desquels il croit fermement avoir préservé un testicule de la castration. Nous avons rapporté textuellement ces trois faits, et nos lecteurs peuvent juger jusqu'à quel point cette prétention est fondée. Quant à nous, sans renouveler ici les réserves que nous avons dû faire relativement à l'exactitude de ces observations, et en leur donnant l'interprétation la plus favorable à l'opinion de M. Malgaigne, nous n'hésitons pas à déclarer qu'il n'y a pas en France un seul chirurgien sérieux qui eût osé pratiquer la castration dans un seul de ces trois cas.

M. Malgaigne l'a du reste senti lui-même, et dans le cours de son plaidoyer, ne pouvant soutenir la prétention qu'il avait eue d'abord, il s'est efforcé du moins de démontrer qu'il avait épargné de longues douleurs aux malades, en leur procurant par l'opération une guérison qu'ils auraient dû attendre pendant des mois ou des années, en se soumettant à la thérapeutique vulgaire conseillée par M. Velpeau, et que M. Malgaigne qualifie de *dangereuse* et d'*inintelligente*.

Ici les prétentions de M. Malgaigne paraissent plus admissibles; cependant elles ne sont pas complétement justifiées. En effet, on sait, et nous allons revenir sur ce fait dans un instant, que le premier malade de M. Malgaigne n'avait point de tubercule, et qu'il n'a subi que la plus vulgaire de toutes les opérations, l'ouverture d'un abcès chaud. Ce malade doit donc être mis hors de cause. Restent les deux autres, dont l'un est guéri en six semaines, et l'autre en trois mois et demi. Or, est-il bien certain que ces deux malades n'auraient pas été guéris à peu près dans le même temps si on leur avait appliqué les procédés vulgaires de traitement? Car il est à remarquer que M. Malgaigne, qui, en théorie, ne conseille son opération que lorsque tous les autres moyens ont échoué, oublie complétement ce précepte dans la pratique, puisque chez ses deux malades il n'a eu recours à aucun de ces moyens, et qu'il a débuté par la résection, si résection il y a. Donc, ces moyens auraient pu réussir; j'ajoute même qu'ils auraient probablement réussi, et j'en trouve la preuve dans ce fait, que chez les deux malades en question on a laissé, sans y toucher, deux fistules qui se sont cicatrisées quelque temps après la plaie résultant de l'opération, et cela, sans qu'on ait appliqué aucun traitement spécial à ces fistules.

J'en trouve encore la preuve dans les faits rapportés par M. Larrey, en particulier dans celui qui lui est propre; faits qui, bien loin d'être favorables à l'opération de M. Malgaigne (laquelle n'a point été pratiquée dans ces cas), prouvent, au contraire, que cette opération est pour le moins inutile, et que l'excision pure et simple suffit pour amener les résultats qu'on attend de la résection.

L'opération est-elle seulement inutile, et n'est-elle pas en même temps dangereuse, ainsi que l'ont déclaré MM. Robert, Velpeau et Ricord? Nous le croyons jusqu'à preuve suffisante du contraire. Ce ne sont point des preuves suffisantes que les trois faits de M. Malgaigne et les deux faits de MM. Jarjavay et Jobert. D'abord, en ce qui concerne le fait de M. Jarjavay, ce fait est nul pour la solution de la question qui nous occupe; car M. Jarjavay n'a pratiqué que l'excision ordinaire, et n'a nullement enlevé une portion de la partie saine du testicule. Le premier fait de M. Malgaigne ne prouve pas davantage, puisqu'il n'y a même pas eu d'excision. Quant aux deux autres, ils semblent bien prouver que les plaies larges du testicule sont moins graves que ne l'ont dit J.-L. Petit et même M. Velpeau. Nous ne dissimulerons pas néanmoins tous les doutes que la négligence avec laquelle ces observations ont été rédigées laisse dans notre esprit. Nous avons prouvé de la manière la plus irrécusable que la description de l'opération pratiquée chez le troisième malade était absolument erronée. Or, si l'auteur de l'observation s'est trompé sur un point aussi capital, n'a-t-il pas pu se tromper sur la nature des tissus qu'il avait sous les yeux?

Nous nous contentons de poser la question, en ajoutant plus loin un motif de plus à ceux qui la justifient déjà. Ce motif consiste dans la manière dont M. Malgaigne a compris le fait de M. Jarjavay.

Reste donc le fait de M. Jobert, dans lequel on a pris toutes les précautions possibles pour s'assurer qu'on avait bien tranché dans la substance du testicule; mais on conviendra que ce fait seul, alors même qu'on ajouterait comme authentiques les deux de M. Malgaigne, on conviendra, dis-je, que trois faits ne sauraient suffire pour dissiper des craintes justifiées par l'opinion générale et fondées sur des données anatomiques positives. Il est donc permis de conclure que l'opération de M. Malgaigne, appliquée aux cas qu'il a spécifiés, est une opération certainement inutile et probablement dangereuse. Dans tous les cas, elle aurait pour inconvénient de dépouiller inutilement le testicule de quelques-uns de ces tubes séminifères auxquels M. Malgaigne tient tant, et sous ce rapport la résection est bien moins conservatrice que la simple excision.

Mais si, dans ces cas, la résection du testicule est une opération dangereuse et inutile, ainsi que l'a dit avec nous M. Ricord, est-elle innocente et même conservatrice dans les cas rares où l'on a conseillé la castration? M. Malgaigne l'a pensé; il l'a affirmé, du moins, car il nous serait bien pénible de croire que cette assertion comme bien d'autres n'a pas échappé aux ardeurs mal contenues de son improvisation. Voici en effet ce que M. Malgaigne n'a pas craint de professer pour prouver tout le mérite de la nouvelle opération :

« Maintenant j'irai plus loin. Car là même où M. Velpeau » autorise la castration, je m'inscris contre; je ne veux pas » qu'on s'y arrête aussi facilement; et pourquoi? C'est que » dans ces cas désespérés en apparence, *où les tissus sont* » *tellement criblés d'ulcères et de fistules, décollés, altérés*, etc., il ne m'est pas encore démontré que tout le testicule est détruit; je pense qu'il est prudent d'aller à la re» cherche, de sauver ce qui pourra être sauvé, et de ne pro» céder au retranchement absolu de toutes les parties que » quand on se sera assuré par ses yeux que tout est vérita» blement perdu. »

Il était adroit à M. Malgaigne, après avoir défendu son opération contre le reproche de témérité, de la présenter comme conservatrice, même dans les cas où les chirurgiens les plus prudents conseillent la castration. Mais qui trop prouve rien ne prouve, ou plutôt prouve le contraire de ce qu'il veut prouver.

Pour comprendre dans quel écart chirurgical la nécessité de défendre une mauvaise cause a entraîné M. Malgaigne, il faut bien se rappeler les termes dans lesquels M. Velpeau a décrit les cas où l'on peut enfin se décider à la castration. Les voici :

« *Un seul cas* POURRAIT autoriser, justifier la castration, » c'est celui où le testicule serait tellement dénaturé, détruit » même par la fonte des tubercules, où les tissus correspon» dants seraient tellement criblés d'ulcères et de fistules, dé» collés, altérés, qu'il n'y aurait pas moyen d'en espérer la » détersion, le recollement ou la cicatrisation sans remplacer » le tout par une plaie fraîche au moyen de l'instrument » tranchant. »

Voilà les cas dans lesquels il n'est pas démontré à M. Malgaigne que tout le testicule est détruit. Voilà les cas dans lesquels il ira, à travers dix ou douze fistules, labourer en tous sens une masse informe de tissus dégénérés; le tout pour sauver, s'il se peut, du naufrage, un lobule séminifère! M. Malgaigne pousse vraiment un peu trop loin l'amour de ces lobules! C'est une passion exagérée dont tous les praticiens de sang-froid sauront se garantir.

M. Malgaigne n'a pas seulement proposé une opération nouvelle, il a, de plus, voulu perfectionner le diagnostic des tubercules du testicule et faire connaître une nouvelle forme de ces tubercules, le fongus tuberculeux. A-t-il été plus heureux sous ce rapport que sous le rapport de la médecine opératoire? La discussion suivante servira de réponse à cette question. Voici comment M. Malgaigne a établi les caractères différentiels du fongus bénin et du fongus tuberculeux, en répondant au reproche de confusion que lui avait adressé M. Roux :

« J'ajouterai maintenant que j'ai eu l'occasion de voir » aussi le fongus bénin des Anglais, et que, pour quiconque » a pu étudier ces deux affections, il n'y a pas de méprise » possible. Qu'est-ce après tout que ce fongus bénin? Une » hernie du tissu testiculaire à travers une ouverture de la » tunique albuginée, formant une tumeur plus ou moins vo» lumineuse, recouverte de bourgeons charnus, *mais sans* » *fistules*, douloureuse à la pression, formée, en un mot, par » le tissu testiculaire. En voici un très beau dessin, qui m'a » été fourni par M. Jarjavay et qui est presque la représen» tation exacte de celui que j'ai vu moi-même. Le fongus » tuberculeux est *toute autre chose* : il a un aspect blanchâ» tre; il est traversé de nombreuses fistules versant du pus à » la pression; il est entouré d'une coque fibreuse ou fibro» cartilagineuse qui le sépare du tissu du testicule. »

La meilleure manière de prouver qu'on a de bons principes, c'est d'en faire de bonnes applications. Or, pour commencer par le cas de M. Jarjavay, ce cas était précisément un exemple de fongus tuberculeux démontré tel et par le mode de développement de l'affection, par sa marche, et par les suites de la maladie générale, le sujet ayant succombé plus tard à une phthisie pulmonaire. On peut lire l'histoire de ce malade dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 septembre 1850, p. 457. Ce cas devait être bien fatal à M. Malgaigne, puisqu'il

devait être pour lui le sujet d'une double erreur. M. Malgaigne le donne comme un cas de résection, quand c'est un cas d'excision simple, et il le présente comme un modèle de fongus simple, quand c'est précisément un fongus tuberculeux.

Quant aux trois faits observés par le savant chirurgien de l'hôpital Saint-Louis lui-même, il n'y a pas un de ces faits qui puisse être accepté comme un exemple non-seulement de fongus tuberculeux, mais de tubercules du testicule purement et simplement.

On se rappelle nos remarques et celles de M. Velpeau sur le premier de ces faits. Voici comment y a répondu M. Malgaigne :

« Bosselures multiples et pus tuberculeux : s'il faut encore » autre chose pour porter un diagnostic, je confesse que je » n'en sais rien ; mais, en attendant qu'on me l'apprenne, » je continuerai à croire que c'est bien un tubercule que j'ai » observé, ou qu'il n'y a pas de tubercule au monde. »

Dire qu'il y a tubercule là où l'on observe du pus tuberculeux, ce serait énoncer une vérité de M. Lapalisse, et M. Velpeau et nous, pas plus que M. Malgaigne, n'avons du goût pour ces vérités-là. Mais quand M. Malgaigne a dit pus tuberculeux, c'était pus grumeleux qu'il fallait dire, attendu qu'il n'a fait aucune recherche pour prouver qu'il s'agissait, en effet, de pus tuberculeux. Or, si tous les pus grumeleux étaient le résultat d'une fonte tuberculeuse, presque tous les bubons syphilitiqués seraient tuberculeux, ce que M. Malgaigne est sans doute bien loin d'admettre. Les orchites syphilitiques ressemblent beaucoup, sous ce rapport, aux bubons; et chez le premier malade, c'est à une orchite type que M. Malgaigne avait affaire. S'il avait examiné attentivement quelques orchites, il aurait vu que quatre fois sur cinq au moins elles sont suivies, dès que la période aiguë se calme, de ces bosselures qui, avec le pus grumeleux, lui en ont imposé au point de lui faire prendre pour un tubercule un véritable type d'abcès chaud. Ajoutons que les deux derniers malades de M. Malgaigne étaient très probablement affectés de la même maladie, et que ni chez l'un ni chez l'autre il n'existait de tubercules. M. Malgaigne, en répondant à M. Velpeau, a oublié que ce qui caractérise essentiellement le tubercule, c'est d'abord sa marche, et ensuite sa texture intime, qui n'est guère reconnaissable qu'à l'état de crudité, au moins à l'œil nu. Eh bien! chez ses trois malades, le début de l'affection a été celui d'une maladie aiguë, et ce début a toujours coïncidé avec une affection syphilitique, c'est-à-dire avec la maladie qui donne le plus souvent lieu à l'orchite. Quant aux végétations fongoïdes, rien n'est plus fréquent que ces végétations dans les foyers purulents dépendants d'affections syphilitiques, et l'on a vu que l'un des malades portait de semblables végétations ailleurs que dans le foyer purulent. Que nos lecteurs veuillent bien prendre la peine de relire les observations de M. Malgaigne, que nous avons publiées textuellement, et ils ne manqueront pas d'être de notre avis.

Il a été soulevé beaucoup d'autres points dans la discussion de l'Académie; mais il faudrait un volume pour les traiter convenablement. Si la discussion se prolonge, contrairement à nos prévisions, nous reviendrons sur quelques-uns d'entre eux. Jusqu'à présent nous avons voulu et dû nous borner à l'examen de l'objet capital de cette discussion intéressante. Si nous ne nous trompons pas, il restera démontré par les débats qui ont eu lieu dans l'Académie et dans la presse :

1° Que la *résection* du testicule est une opération inutile, et probablement dangereuse ;

2° Qu'elle ne saurait remplacer la castration dans les cas spécifiés par M. Velpeau, et dans lesquels celle-ci doit seule être appliquée, *quand on se décide à faire une opération.* — H. de Castelnau.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Trousseau.

Du rachitisme.

Avant de commencer les quelques considérations que nous allons exposer sur le rachitisme, il ne sera pas sans intérêt de mentionner rapidement les déformations de trois des malades qui se trouvent actuellement dans nos salles.

Le n° 1 est un enfant de six ans, qui a la taille d'un enfant de deux ans et demi à trois ans au plus. Sa poitrine est peu déformée ; elle ne présente qu'une légère concavité au-dessous des aisselles. La colonne vertébrale est normalement conformée, les fémurs sont incurvés en avant et en dehors; les jambes présentent aussi une incurvation générale en dehors ; seulement, à la partie inférieure, la convexité se porte un peu en avant; les clavicules sont peu déformées, la tête est aplatie de haut en bas, et le petit malade a une sensibilité excessive des articulations. En somme, peu d'incurvation aux membres. Le malade est en voie de guérison.

Le n° 2, âgé de onze ans, présente une incurvation énorme des fémurs en dehors et en avant; les jambes ont aussi éprouvé une déviation considérable. La poitrine, étroite au sommet, est large à sa base, le ventre gros, les membres grêles; les clavicules sont saillantes et permettent le rapprochement des épaules; les bras présentent une concavité en dehors, une convexité en dedans; de plus, ils ont éprouvé une fracture rachitique qui a porté la convexité de l'humérus en avant. La tête ne présente d'ailleurs rien d'anormal. Toujours des douleurs vives dans les os des jambes; la colonne vertébrale est droite, les hanches déformées. Sa taille est celle d'un enfant de trois ans.

Le n° 3, âgé de sept ans, a la taille d'en enfant de deux ans au plus. La poitrine présente au-dessous des aisselles une concavité considérable, mais qui déjà a commencé à diminuer. Les clavicules sont déformées au plus haut degré, et viennent former à l'extérieur, en haut et en avant, un angle aigu. Les épaules sont rapprochées, le ventre est gros et large, les membres grêles. Les fémurs sont convexes en dehors et en avant ; aux tibias, la déformation est en sens inverse. Les avant-bras ont une convexité externe, une concavité palmaire; il y a gonflement considérable des articulations et sensibilité excessive. Les os sont d'une flexibilité très apparente. La tête sans déformation.

Etudions maintenant les divers phénomènes du rachitisme, en les rattachant aux trois exemples que nous venons de décrire.

Le rachitisme est une maladie qui commence dans la première enfance, tout à fait dans la première enfance; car il est rare qu'elle débute après l'âge de deux ans. C'est ordinairement dans les six derniers mois de la première année qu'apparaissent les premiers symptômes; et lorsque, exceptionnellement, la maladie semble commencer à trois ans, par exemple, on peut toujours, en remontant l'existence des petits malades, s'assurer que ces enfants ont peu ou point marché.

Le rachitisme est le ramollissement des os chez l'enfant. — Quel est l'ensemble des symptômes de la maladie? Un enfant de douze à quinze mois est couché dans son lit, et les parents vous disent qu'il ne veut pas se lever, il est *toujours* couché sur le dos, sa respiration est fréquente, la peau chaude et couverte de sueur. Si on veut l'asseoir en le tenant par les bras, il répugne au mouvement; c'est tout au plus si l'appétit qui le commande le fait mouvoir pour le rapprocher du sein de sa mère. La conformation du petit malade vous frappe. La tête est plus grosse que chez les autres enfants, plus plate sur le sinciput; les os temporaux sont plus écartés, le front est plus saillant, la face, relativement, un peu faible; la poitrine déformée et saillante ; comprimée latéralement au-dessus des aisselles, elle forme la poitrine de dindon par la saillie du sternum. Le ventre est énorme, les membres petits, les bras écartés du corps, arc-boutés; les avant-bras sont concaves en dedans; les articulations gonflées. Quant aux membres abdominaux, les fémurs ne sont pas écartés, mais les tibias le sont au contraire beaucoup, et, de plus, diversement contournés; les articulations sont tuméfiées et lâches. Le nombre de dents est aussi un caractère important; car non-seulement la dentition est très tardive chez les rachitiques, mais encore, par les progrès du mal, les maxillaires se ramollissent, et les dents tombent peu de temps après leur apparition.

Prenons maintenant le rachitisme en détail, et étudions les déformations qu'il produit.

C'est d'après les habitudes ordinaires des enfants qu'on va juger de chaque cas particulier. A quatre mois les enfants se tiennent tous debout sur le bras de leur bonne, et quelques enfants précoces à deux mois et demi ou trois mois ont déjà la tête solide; mais si à quatre mois un enfant, sans être d'ailleurs malade, ne se tient pas facilement, s'il a peu de dents, il doit attirer l'attention, et si à six mois la tête se renverse encore dans tous les sens, cet enfant est déjà malade; il y a un commencement de rachitisme, et on trouvera en effet 1° une déformation de la tête, 2° une déformation de la poitrine.

Chez un enfant de six mois bien portant, la fontanelle postérieure et la suture longitudinale sont fermées; la fontanelle antérieure est ouverte, mais il y a un commencement de soudure entre les deux portions du frontal; mais chez le rachitique il y a une modification de la sécrétion osseuse, en vertu de laquelle les fontanelles et la suture longitudinale ne sont pas fermées à six mois, et la soudure des deux portions du frontal n'arrive pas au milieu du front; cette modification de sécrétion osseuse produit l'ostéomalacie. Dans l'état normal les os de la poitrine sont les premiers ossifiés; chez le rachitique, la poitrine est au contraire très flexible, le dessous des aisselles est concave au lieu d'être convexe. C'est par là que commence le rachitisme d'une manière constante. Cette concavité, qui s'étend quelquefois jusqu'à la neuvième, dixième ou onzième côte, va en diminuant à mesure qu'on s'approche de la base de la poitrine, où l'on retrouve l'état normal. Le sternum fait saillie en avant, comme celui d'un oiseau; et à la jonction des côtes avec leurs cartilages, on sent une série de nodosités osseuses; la déformation de la poitrine tend bien à se traduire en arrière; mais comme les côtes sont fortement fixées à la colonne vertébrale, et qu'elles sont moins flexibles que leurs cartilages, elles viennent former une grande saillie vers le bord postérieur de l'aisselle, et une autre vers le bord antérieur. De plus, comme les clavicules ont subi l'influence pathologique qui tend à les ramollir, cet arc boutant se fléchit sur lui-même, vient former une saillie antérieure et supérieure, et prend la forme d'une S à rayon très court. Il y a aussi une déformation de la colonne vertébrale; la tête est fortement relevée, le cou est saillant en avant, et la tête, déjetée en arrière, vient s'appuyer sur les épaules; la colonne dorsale prend une incurvation considérable, normale quant à la direction, mais exagérée, de façon à produire au niveau des 4e, 5e, 6e, 7e et 8e vertèbres dorsales une saillie considérable, qu'il ne faut pas confondre avec des gibbosités.

Aux membres, l'épaule est rapprochée du sternum, le bras en est éloigné; l'humérus aura donc sa convexité en dedans et en avant, sa concavité en dehors et un peu en arrière. Les avant-bras sont concaves dans le sens palmaire, convexes dans le sens dorsal. Les articulations du coude sont à peu près normales, jouant facilement; mais dans l'articulation du poignet il y a diastase véritable, c'est-à-dire que les ligaments sont si lâches qu'on peut tourner la main à moitié; chez un enfant de dix mois, nous avons une fois pu la tourner complétement.

Quant aux membres inférieurs, le bassin est très étroit; les fémurs, vus rapprochés, présentent la déformation ordinaire des avant-bras, c'est-à-dire la concavité interne et postérieure, la convexité externe et antérieure; les genoux se touchent, les tibias sont incurvés en dedans comme les fémurs et présentent à leur partie inférieure un arc à convexité antérieure qui indique que l'enfant a marché, car sans cela la convexité serait externe; et, en effet, la traction des muscles tendus dans la marche tend à imprimer à l'os cette déviation.

L'articulation des genoux est ordinairement plus volumineuse qu'à l'état normal; l'articulation du pied avec la jambe a une souplesse analogue à celle du poignet, de sorte que le pied peut se porter tout à fait à la partie externe et même un peu postérieure.

Les déformations que nous venons de décrire ne sont pas toujours constantes; elles peuvent chacune se montrer isolément; la plus ordinaire et celle qui se rencontre le plus souvent isolée est celle de la poitrine; la déviation des membres est rare seule, mais pas d'une façon absolue; d'ailleurs, lorsqu'on rencontre des enfants à poitrine normale avec des déformations des membres, c'est souvent qu'ils sont à moitié guéris; les mouvements perpétuels de la respiration peuvent tendre par leur régularité à rendre à la poitrine sa forme normale, tandis que les autres os tendent, au contraire, à se déformer davantage.

Anatomie pathologique. — Le rachitisme est, nous l'avons dit, le ramollissement des os chez l'enfant; et, en effet, l'autopsie fait constater une mollesse remarquable qui permet de ployer les os en tous sens. Si on coupe un os de rachitique dans le sens de sa longueur, on le trouve rempli d'une matière gélatiniforme semblable à de la gelée de groseilles; l'os lui-même est raréfié, c'est-à-dire que dans l'intervalle formé par la trame fibreuse de l'os, dont les lames sont écartées, il s'infiltre de la matière gélatiniforme et le périoste s'épaissit considérablement. Le cylindre osseux se raréfiant et de son côté le périoste prenant une plus grande épaisseur, on conçoit que la matière osseuse soit moins abondante sous le même volume dans un os de rachitique que chez un individu sain, et on conçoit aussi pourquoi les tractions musculaires peuvent ployer les os et aller jusqu'à produire des fractures rachitiques. Si on compare l'os non fracturé d'un rachitique à une fracture ordinaire chez un individu sain, on observe une identité remarquable, c'est-à-dire qu'autour de l'os le périoste est énormément épaissi pour former la trame d'un os artificiel. Il se fait, en effet, dans l'os rachitique absolument ce qui se fait dans la fracture ordinaire pendant les vingt ou trente premiers jours; il n'y a alors dans la fracture ordinaire qu'un périoste épaissi, et plus tard non-seulement il survient une trame cartilagineuse, mais même il se fait un dépôt de matière osseuse dans toutes ces périodes; les aiguilles osseuses sont tantôt parallèles et tantôt perpendiculaires à l'axe de l'os, et on comprend alors comment, coupé perpendiculairement à cet axe, le tissu osseux présente des lames concentriques. A mesure que le périoste ancien s'ossifie, il s'en forme de nouveau qui finit par présenter les caractères du périoste normal. Lorsque l'os est guéri, sa texture apparaît évidemment formée d'un canal médullaire et de deux lames osseuses concentriques.

Dans les os plats, les choses se passent tout différemment. La matière osseuse se raréfie et se boursoufle, et enfin l'os est si souple qu'il prend la forme d'un macaron, et on n'a plus qu'un os soufflé avec un périoste très mince. Le boursouflement est donc le phénomène important, et produit ce qu'on appelle l'ostéoporose caractérisée par la légèreté excessive des os. L'ostéoporose est l'indice d'un rachitisme encore existant, l'indice de la raréfaction actuelle des os; au contraire, lorsque la maladie est passée, que les os sont reconstitués, ils sont plus éburnés que ceux qui n'ont jamais été malades, le canal médullaire est presque obstrué, et l'os est plus pesant.

Symptomatologie. — La douleur dans les membres est le premier symptôme observé. Avant les premières déformations, les enfants se plaignent ; ils sont paresseux, et refusent de se lever et de se tenir debout; ils accusent des douleurs dans les membres et dans la poitrine. Les os sont douloureux, parce qu'ils ne sont plus des leviers inflexibles ; il se passe dans ces os un travail analogue à celui des fractures, et de même que dans cette lésion on sent un fuseau osseux, indice du travail phlegmasique de la partie, de même le gonflement des diaphyses doit faire penser à un travail fluxionnaire se passant dans les os rachitiques. Il y a donc là un travail que nous n'appellerons pas ostéitique, mais qui ressemble singulièrement à celui de l'ostéite; et puisque nous établissons déjà l'identité des lésions, on est porté à penser à l'identité des causes. La fièvre et la sueur sont deux phénomènes qui accompagnent toujours la douleur ; l'ensemble de ces phénomènes caractérise assez suffisamment une phlegmasie pour que, bien que nous n'ayons jamais saigné nos rachitiques, nous soyons en droit de penser que leur sang serait couenneux. Les douleurs et la fièvre sont toujours en raison directe de la multiplicité des phénomènes rachitiques.

La déviation des os qu'on observe chez les rachitiques s'explique par les lésions anatomiques que nous avons énumérées. S'il y a des muscles qui s'attachent aux os malades, il y aura des déviations qui seront ou bien dans le sens naturel des courbures, ou dans le sens de la rétraction des muscles. Quant à la déformation de la poitrine, elle se conçoit *à priori ;* pendant que l'individu inspire, il abaisse le diaphragme, redresse ses côtes et soulève ses épaules ; il se fait un vide virtuel en vertu duquel l'air pressant sur la poitrine tend à s'introduire à l'intérieur. Dans un soufflet ordi-

naire, si lorsqu'on a rapproché les valves on ferme l'âme du soufflet, et qu'on écarte ensuite les valves lentement, l'air entre par l'ouverture inférieure ; mais si cet écartement se produit vite, l'intervalle des valves, qui est occupé par une lame de cuir, est repoussé en dedans par la pression extérieure, parce qu'alors la quantité d'air qui pénètre dans le soufflet par la seule ouverture restée béante ne fait plus équilibre à la pression extérieure. Il en est de même pour la poitrine. Les os mous du rachitique seront incomplètement affaissés pendant le vide virtuel, et cet affaissement aura lieu au point le plus éloigné des deux points d'attache fixes de la côte. La cavité de la poitrine est donc diminuée de capacité ; mais comme il faut toujours que l'hématose se fasse et que la même quantité d'oxygène soit brûlée, la poitrine reprend à sa base le volume qu'elle perd au sommet. De là cette base énorme de poitrine et ce gros ventre qu'on observe chez les rachitiques, et qui sont produits par le refoulement des organes abdominaux : mais comme l'intestin est ordinairement plein de gaz, il tend à refouler le diaphragme, de sorte que la respiration est fréquente et difficile. La conséquence de la difficulté de respirer est l'hypertrophie du foie et, par suite, les affections chroniques du poumon et du cœur. Le foie s'engorge, la circulation de la veine-porte est difficile, et il se fait alors des ascites, qui sont en effet assez fréquentes chez les rachitiques. Ceci, du reste, s'explique par les notions de physiologie les plus élémentaires.

Ainsi donc, douleurs vives, fièvre générale, sueurs abondantes, respiration fréquente et difficile, hypertrophie du foie, accumulation de sérosité dans le péritoine, tels sont les symptômes principaux du rachitisme.

Les troubles digestifs sont moins ordinaires qu'on ne pense ; les rachitiques ont faim, mais ils maigrissent à cause de la déperdition des forces que leur causent les sueurs.

Les rachitiques n'ont guère de dents. A deux ans, ils ont deux, quatre, six dents au plus, quand ils devraient en avoir seize ; ce retard de la dentition est presque caractéristique. De plus, non-seulement ils n'ont pas de dents, mais encore ils perdent celles qu'ils ont par la déformation du maxillaire produite par le ramollissement rachitique ; de sorte qu'avant sept ans ils n'ont plus de dents.

La tête est aussi déformée ; les fontanelles se ferment chez les rachitiques plus tard que chez les autres enfants, et de là résulte le plus ordinairement un aplatissement du crâne.

Calculons maintenant les conséquences de ces symptômes. Cette inactivité, cette nécessité absolue qui tient les rachitiques dans leur lit par la violence des douleurs qui empêchent souvent même les plus petits mouvements, produisent nécessairement un arrêt de développement physique ; l'intelligence, au contraire, est le plus souvent très développée. Outre ces phénomènes, le repos constant produit, dans bien des cas, des hypostases du côté du poumon ; et en effet, c'est presque toujours par suite d'une maladie de cet organe que meurent les rachitiques. Mais, chose singulière ! ils sont très rarement tuberculeux. Le rachitisme et les tubercules sembleraient plutôt s'exclure ; car, tandis que les enfants atteints de maladies chroniques meurent presque tous tuberculeux, il y a à peine un rachitique sur vingt qui succombe à des tubercules pulmonaires. Ceci nous conduit à la distinction de la scrofule et du rachitisme.

Il existe entre ces deux maladies des différences si grandes que, tandis que la scrofule est presque toujours incurable, le rachitisme se guérit même assez facilement ; il ne mène à la mort que par des maladies intercurrentes, la scrofule mène à la tuberculisation générale. On confond aussi le rachitisme avec le carreau ; cependant, si on vous présente un enfant souffreteux, avec un ventre gros un peu douloureux, des déformations souvent peu appréciables, on ne devra pas soupçonner le carreau ; on devra plutôt y penser si l'enfant est vigoureux, vif, ardent, présente un peu de rougeur aux pommettes, des cils longs, le ventre douloureux et gros : le premier guérira, le second pourra mourir.

Il ne faut pas confondre les malades rachitiques et ceux qui l'ont été ; il est des rachitiques de vingt ans qui deviennent phthisiques, mais ces cas n'infirment pas la règle que nous avons posée de la presque exclusion du rachitisme actuel avec la tuberculisation.

Quelques mots d'historique du rachitisme avant de terminer son étude.

En 1647, Glisson et un médecin de l'université de Cambridge firent un travail sur une maladie nouvelle qui sévissait en Angleterre ; cette maladie fut par eux considérée comme *nouvelle;* si bien que, malgré les préoccupations politiques de cette époque, comme la maladie s'étendait très vite, et, chose étrange, sévissait surtout sur la noblesse, la plupart des médecins s'en occupèrent. Des enquêtes furent faites, et les vieux médecins déclarèrent qu'ils n'avaient jamais vu cela ; la maladie fut donc déclarée *nouvelle*. En France, en Allemagne, elle porta le nom de *morbus anglicus*. On chercha en vain dans les maladies des os d'Hippocrate, de Galien, d'Ambroise Paré, on ne trouva rien de semblable. Van Swiéten lui-même fit des recherches, et déclara qu'en effet jusque-là on n'avait rien vu de pareil. La maladie bien décrite par Glisson, on chercha des rachitiques et on n'en trouva pas ; les malades de Glisson étaient déjà guéris. Van Swiéten, Boerhaave, Glisson lui-même attribuèrent le rachitisme à la vérole. D'après les opinions émises par M. Ricord sur la transmission héréditaire des affections secondaires et tertiaires de la vérole, qui pourraient, après plusieurs générations successives, produire la scrofule, peut-être pourrait-il produire aussi le rachitisme. Aujourd'hui on rencontre le rachitisme beaucoup plus fréquemment chez les pauvres que chez les riches. Chez eux la syphilis se perpétue non-seulement par le défaut de traitement, mais encore par la transmission du mari à la mère et à son enfant ; de sorte qu'il est assez probable, comme l'avaient pensé Boerhaave, Van Swiéten et Glisson, que le rachitisme est une dégénérescence de la vérole. L'époque assez éloignée de la venue de la vérole à laquelle apparut le rachitisme donnait, selon Van Swiéten, un nouvel argument en faveur de la dégénérescence.

Causes. — Lorsque les enfants deviennent rachitiques, il est à remarquer que presque jamais ils n'ont été allaités par leur mère ; sur cent rachitiques, quatre-vingt-dix-huit ou bien, n'ont jamais été allaités, ou du moins ont été prématurément sevrés. Il semble donc qu'une alimentation mal appropriée soit une cause de rachitisme. Les expériences curieuses de M. Jules Guérin s'accordent parfaitement avec ces données. M. Guérin, cherchant les conditions dans lesquelles se développe le rachitisme, crut les trouver dans une alimentation trop animalisée, ou plutôt mal appropriés aux besoins du sujet. Pour s'en assurer, il prit des chiens autant que possible dans les mêmes conditions d'âge et de santé, les plaça aussi dans les mêmes conditions hygiéniques, et nourrit les uns du lait de leur mère, d'autres avec des soupes au lait, une troisième catégorie exclusivement avec de la viande crue. Les chiens alimentés par leur mère se portèrent parfaitement ; ceux nourris avec du lait eurent d'abord de la diarrhée, et puis finirent par s'habituer à ce régime ; mais ceux qui mangeaient de la viande crue, nourriture si propre à ces animaux à l'âge adulte, étaient pris de diarrhée très grave, mouraient de cette diarrhée ou devenaient rachitiques. Leurs os se ramollissaient, à ce point que leurs avant-bras étaient fortement convexes en avant et au point que ces pauvres animaux marchaient sur leurs fractures rachitiques. Si l'on rapproche ces expériences de la rareté du rachitisme chez les enfants allaités par leur mère, et au contraire de la fréquence de cette affection chez ceux qui n'ont pas été allaités ou qui ne l'ont été que d'une manière insuffisante, on arrivera à cette conséquence que l'alimentation est pour beaucoup dans la production du rachitisme ; on ne devra donc pas, en règle générale, conseiller le sevrage prématuré des enfants, à moins que des conditions particulières à la mère ou à l'enfant ne le commandent impérieusement. Il ne faut pas croire, comme le vulgaire, que le lait rend les enfants lymphatiques ; c'est, au contraire, la nourriture la plus convenable pour leur âge. Il faut donc sevrer les enfants le plus tard possible, et continuer, après le sevrage, une nourriture lactée ; surtout pas de viande, ce mode d'alimentation produirait chez un enfant débile l'aggravation des accidents qu'on voudrait guérir.

On a encore donné comme causes du rachitisme l'obscurité, le séjour dans des lieux bas et humides ; cela est vrai pour la scrofule, mais pas pour le rachitisme. Il y a entre ces deux maladies cette différence importante, que les scrofuleux ont les os durs et meurent tuberculeux ; les rachitiques ont les os mous, et ne sont jamais tuberculeux.

Durée. — Le rachitisme débute dans la première année de la vie entre le cinquième et le quinzième mois, rarement plus tôt, rarement plus tard ; il dure depuis six mois jusqu'à un an, deux ans, quatre ans et plus. Nous avons aux chroniques un petit tailleur qui est rachitique depuis dix ans, et, quoiqu'il y ait déjà chez lui la consomption rachitique, il est encore rachitique ; cette maladie guérit spontanément dans le plus grand nombre des cas, mais après avoir produit des déformations qui persistent. Il meurt beaucoup d'enfants rachitiques, mais c'est par des maladies intercurrentes, qui sont toujours graves chez eux.

Traitement. — Le rachitisme a été longtemps considéré comme une maladie de faiblesse, et on l'a alors traité par les réconfortants. Les bains salés et aromatiques, l'exercice au soleil, une nourriture *fortement animalisée* ont été successivement conseillés ; un enfant dont l'allaitement avait été incomplet était mis à l'usage de la viande, et dans tous ces cas la maladie s'aggravait. Il est beaucoup de mères qui, ayant la vanité de l'allaitement, suppléent à l'insuffisance de leur lait par des potages gras et quelquefois par des hachis de viande. C'est une pratique détestable et contre laquelle on ne saurait trop s'élever. Quand un enfant rachitique a une nourrice mauvaise, il faut au contraire lui en donner une bonne, et, si ce lait ne suffit pas, il faut lui en donner en sus de divers animaux. Malgré les expériences si concluantes de M. Guérin et des Allemands, malgré nos propres conseils à ce sujet, si on prescrit la nourriture lactée à un rachitique, on excite l'indignation générale, et cependant par ce régime seul, au bout de six semaines, deux mois, les enfants cessent d'avoir des sueurs, la respiration devient plus facile : ils guérissent. Il faut donc priver l'enfant rachitique de viande, le nourrir le plus possible de laitage et, très exceptionnellement, lui donner quelques œufs ou quelques crèmes.

Le rachitisme ayant été rangé dans le cadre nosologique à côté de la scrofule, on a eu l'idée de le traiter par l'iode. Ce médicament ne nous a paru produire que l'augmentation des sueurs et du mouvement fébrile. Si le petit rachitique est syphilitique, il faut bien donner des préparations d'iode, mais ce ne sera que pour combattre la complication.

Quel est donc le remède par excellence ? C'est l'huile de poisson. Autrefois sur les bords de la Baltique toutes les maladies des enfants, strumeuses ou autres, étaient traitées par ce qu'on appelait l'huile de poisson (huile de morue, de baleine, de phoque) ; ces huiles, retirées des animaux qui vivent dans la mer, étaient données aux enfants.

Schents, en 1827, avait établi des cas de guérison de rhumatisme, de rachitisme et de scrofule par l'huile de foie de morue. En 1829, M. Bretonneau, donnant des soins à un jeune Hollandais rachitique qu'on avait envoyé en Touraine et dont les deux frères aussi rachitiques dans leur enfance avaient été guéris par l'huile de poisson, se décida, cédant aux avis du père de l'enfant, à faire prendre à son petit malade de l'huile de foie de morue ; au bout de deux mois, l'enfant était guéri. M. Bretonneau ne crut qu'à moitié à l'efficacité du remède ; mais il essaya sur d'autres enfants et obtint des succès tels qu'il finit par formuler cette loi : que dans le rachitisme et dans la scrofule l'huile de poisson est un remède souverain et rapide ; nous fûmes, ainsi que M. Guersant, d'abord très réservé au sujet de ce médicament ; mais bientôt les succès, quelquefois très rapides, que nous obtînmes par son usage, nous obligèrent à lui accorder une créance complète. On l'emploie aujourd'hui beaucoup pour la phthisie tuberculeuse et pour la scrofule. Il est trop négligé pour le rachitisme.

Comment donner cette huile ? Il faut d'abord proscrire l'huile connue dans le commerce sous le nom d'huile de poisson commune ; cette huile a une odeur de sardine gâtée désagréable, un goût assez âcre. Quand on se pince le nez, on ne perçoit plus le goût. Elle est prise avec plaisir par certains enfants ; d'autres au contraire, et c'est surtout à mesure qu'ils sont plus avancés en âge, ne consentent à l'avaler que mêlée à autre chose.

Quelle dose ? On commence par une cuillerée à café répétée trois fois le jour et on augmente rapidement jusqu'à trois cuillerées de table par jour ; en un mot, 100 ou 120 grammes d'huile dans la journée donnés en trois fois.

Quelle est l'influence de l'huile de poisson sur le rachitisme ? La première influence, celle qui se fait sentir avec une rapidité extraordinaire, s'exerce sur les douleurs des os. Au bout de quelques jours, quelquefois de quatre ou cinq seulement, les douleurs diminuent, même cessent complètement. Parallèlement la fièvre baisse, et, à mesure que les douleurs diminuent, la fréquence du pouls devient moins grande ; les autres accidents subissent aussi un décroissement notable, et il semble que la fièvre liée à l'état congestif des os cesse à mesure que la douleur tend à disparaître. Mais, lorsque les douleurs ont cessé, les enfants, d'abord couchés sur le dos, peuvent se tenir assis, se retourner dans leur lit, plus tard se tenir sur le bras de leur nourrice ; il y a une rigidité plus notable dans les os et une plus grande force dans les muscles ; en même temps la respiration devient plus facile, et on s'aperçoit aussi que l'enfoncement des côtes dans l'aisselle devient moindre. Les enfants n'ont plus de douleur en étendant le bras, leurs os ont plus de fermeté.

Mais quand les enfants étaient sur le point de marcher, quand ils ont été pris de rachitisme, ces mêmes enfants, qu'on ne pouvait pas même tenir assis avant l'usage de l'huile de poisson, veulent au contraire d'eux-mêmes essayer de marcher. Nous avons vu des enfants de six et sept ans, qui n'avaient marché de leur vie, pouvoir le faire aisément après un mois de l'usage de ce médicament. On ne peut donc nier l'efficacité considérable de l'huile de poisson. Il donne des résultats tout aussi satisfaisants lorsqu'on l'emploie dans l'ostéomalacie de la femme adulte survenant après l'accouchement.

Quelques médecins belges ont prétendu que l'huile de poisson agissait comme composé ternaire carboné, et ils en ont conclu que, si on donnait ce même composé ternaire, privé de ses composés iodurés et bromurés, on obtiendrait les mêmes effets. On employa alors l'huile d'amandes douces, l'huille d'œillettes, et on a prétendu avoir eu des résultats tout aussi satisfaisants que par l'huile de poisson. Pour nous, nous avons pris l'huile du lait, ou le beurre, et nous l'avons donnée tantôt sucrée, tantôt salée, à la dose de 125 grammes par jour. L'un des enfants que nous avons présentés à la clinique, et qui est celui qui était le plus fortement rachitique, a pris pendant quelques jours de l'huile de foie de morue et, plus tard, du beurre ; il va mieux que l'un des deux autres, qui n'a pris que de l'huile de foie de morue. Le petit tailleur de onze ans, dont nous avons décrit les déformations sous la désignation de n° 2, a pris pendant assez longtemps de l'huile, puis du beurre, sans en éprouver de notables effets ; dans ce moment, il commence à aller mieux, puisqu'il se traîne à terre et marche comme un limaçon. Pour nous, la question n'est pas encore jugée ; mais si le beurre ou les autres corps huileux guérissent aussi bien que l'huile de foie de morue ou de poisson, on pourrait, en émulsionnant diversement ces huiles, ou en donnant tout simplement des tartines très chargées de beurre salé ou sucré, suivant les préférences des malades, varier de diverses façons la médication des rachitiques et prévenir les accidents qu'amène le dégoût pour l'huile de poisson, dégoût qui se manifeste souvent assez tôt même chez l'adulte, et peut produire des vomissements dont le résultat devra être la cessation momentanée ou indéfinie de cette médication. Nous le répétons, pour nous la question n'est pas encore suffisamment élucidée ; nous poursuivons en ce moment une série d'expériences dont le résultat sera d'éclairer notre religion à ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 juillet 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société une thèse de M. O. Lecomte, chirurgien militaire, *sur les ectopies congéniales du testicule*. M. Gosselin, l'un des examinateurs de cette thèse, est prié d'en rendre compte dans un rapport verbal.

Communication.

M. le docteur Rigal (de Gaillac) présente à la Société un malade récemment opéré par lui d'un kyste développé dans l'épaisseur de la joue droite. La tumeur, située au-dessous de l'os de la pommette, en avant du muscle zygomatique et en dehors du sillon naso-labial, formait une saillie désagréable, grossissait assez rapidement et avait contracté des adhérences vers sa partie inférieure avec la peau. Son volume égale la grosseur d'une noisette. Le sujet, âgé de vingt-cinq ans et sténographe du conseil d'Etat, fut amené au docteur Rigal par son fils, dont il est l'ami intime.

Le 25 juillet (vendredi), à une heure de relevée, il fut procédé à l'opération de la manière suivante, en présence et avec l'aide de MM. le docteur Batut, Ribeil, Rigal et de Massias, élèves en médecine :

La tumeur fut comprise entre deux incisions elliptiques circonscrites l'une dans l'autre et suivant la direction du sillon naso-labial. Le lambeau de peau sacrifié a la forme d'un croissant mesuré par 4 centimètres d'une extrémité à l'autre et par 1 centimètre dans sa plus grande largeur.

Le kyste stéatomateux est enlevé par une dissection rapide et la plaie est réunie par quatre points de suture élastique. Une compresse imbibée d'eau fraîche et souvent renouvelée est le seul pansement mis en usage.

Le samedi soir, vingt-six heures après l'opération, l'épingle inférieure est enlevée.

Le dimanche matin, quarante-cinq heures après la coaptation, on retire les trois dernières épingles. Les applications d'eau froide sont continuées pendant une journée encore. La cicatrice était dès lors parfaitement solide.

A ce moment, sixième jour, il ne reste pour ainsi dire pas trace de la déperdition de substance. Les bords sont soudés épiderme à épiderme et dans la profondeur des parties. Le tact ne fait découvrir aucun engorgement sous-cutané. La ligne de réunion et les points d'entrée et de sortie des épingles se dessinent par une teinte légèrement bistre, qui ne tardera pas à disparaître.

Le docteur Rigal ajoute :

La Société de chirurgie connaît depuis longtemps ma suture élastique. Plusieurs de ses membres auxquels je l'avais communiquée s'empressèrent de m'en assurer la priorité d'invention dans la séance du 5 septembre 1849. Chaque point exige :

1° Une épingle plus ou moins longue, plus ou moins flexible ;

2° Une bandelette découpée dans une feuille de caoutchouc vulcanisé. Sa largeur varie de 4 à 6, 8 ou 10 millimètres et même davantage. Les moins épaisses sont les meilleures (1.)

Passez l'épingle à travers la bandelette à 6 ou 8 millimètres de son extrémité ;

Plongez l'épingle dans une des lèvres de la plaie ; faites la ressortir à égale distance de la ligne de réunion sur la lèvre opposée ; tirez sur la lanière élastique ; appuyez celle-ci sur la pointe de l'épingle, qui la traverse une seconde fois : la suture est achevée.

Pour conduire l'épingle avec facilité, avec la certitude de la faire passer là où son action doit être plus utile, il *faut la tenir avec une pince à disséquer* ou un porte-aiguille à anneau, pénétrer à la profondeur convenable, reprendre l'épingle dans la plaie et la guider dans l'épaisseur du bord opposé à celui qu'on traversa d'abord.

Les points d'immersion et d'émersion de la broche métallique doivent être à une distance assez grande du bord épidermique de la plaie : *près d'un centimètre.*

Si l'épingle était roide, inflexible, cette manière de procéder laisserait en avant une solution de continuité béante.... un V saignant.

Les épingles flexibles permettent, au contraire, de coapter la solution de continuité dans sa profondeur et épiderme à épiderme. Il suffit pour cela de jeter une anse de fil derrière leur extrémité au-dessous du bout de bandelette qui se trouve retenu par la tête de l'épingle. Tandis qu'à l'aide de l'anse un aide maintient les chairs rapprochées, le chirurgien presse sur la partie, courbe et façonne l'épingle, modèle en quelque sorte la surface réunie ; puis, quand l'artiste est satisfait de son œuvre, il tire sur la bandelette élastique et fixe les choses comme il a jugé nécessaire de les disposer.

Chaque point se trouve alors formé par un arc métallique parfois d'une ténuité extrême, et par une corde rétractile. Celle-ci est un véritable ressort que le chirurgien trempe, en quelque sorte, juste au degré voulu.

La suture élastique a l'avantage d'affronter sans violence, de céder et de revenir sur elle-même selon le degré de turgescence des parties rapprochées et les phases diverses de l'inflammation traumatique. Elle comprime doucement et maintient à niveau les bords rapprochés. On peut multiplier les points sans inconvénient. On peut encore disposer par paires des *épingles jumelles*, c'est-à-dire réunies par une bandelette assez large pour couvrir l'espace qui les sépare.

L'épingle à insecte offre d'immenses ressources. Si la courbure qu'on lui imprime fait craindre que la bandelette en caoutchouc ne vienne à glisser, il suffit de couder brusquement les deux extrémités ou de les enrouler avec la pince à disséquer. On coupe un des anneaux au moment d'enlever le point.

Dans tous les autres cas, il faut rogner l'épingle du côté de la tête, et conserver la pointe, qu'on laisse saillir de 6 à 8 millimètres. La bandelette en caoutchouc doit être laissée assez longue du même côté.

Les choses ainsi disposées, il est facile de jeter une anse de fil entre l'épingle et la peau, de *déboucler* le point, de le serrer ou de le lâcher, selon l'exigence des cas, ressource précieuse, surtout dans le bec-de-lièvre.

Pour éviter les stigmates toujours fâcheux du visage, il m'arrive souvent, dit le docteur Rigal, d'enlever les premiers points et d'en passer de nouveaux. Les sœurs de l'hôpital de Gaillac appellent cela *poser des épingles de sûreté.*

Le docteur Rigal montre à la Société divers dessins qui témoignent de l'efficacité de la suture élastique dans des opérations fort graves, telles que la chéiloplastie, des lipomes volumineux, etc.

Son but actuel a été de montrer par un exemple ce qu'il entend, avec l'école de son illustre maître Delpech, par *une réunion immédiate.*

Exilé, dit-il, loin de la pratique par ses occupations parlementaires, il profite d'une circonstance que le hasard vient de lui fournir pour préciser quelques détails d'un procédé consacré déjà dans la pratique des hôpitaux, et qui a reçu, principalement de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu, un véritable baptême chirurgical.

(*Voir*, sur la suture élastique, Charles Laudre, thèse inaugurale, 13 mai 1851, sous le titre : *De la réunion immédiate et de ses avantages*, page 29, 30 et *passim.*)

A la suite de cette communication, M. Rigal soumet à la Société une observation intéressante d'affection nerveuse rebelle à tout traitement, et se demande avec le malade, auteur de l'observation, si la chirurgie ne doit point intervenir. (Une commission composée de MM. Michon, Denonvilliers et Huguier est chargée de faire un rapport.

Présentation de pièces.

M. Maisonneuve présente à la Société toute une portion latérale du maxillaire inférieur affecté de cancer, récemment enlevée sur une malade de son service, et dont nous donnons l'observation.

Le 8 juillet 1851, entre à l'hôpital Cochin Soliveau (Augustine), âgée de seize ans.

Cette jeune fille, non encore réglée, a toujours été très bien portante, lorsqu'il y a six mois environ les dents molaires de la mâchoire inférieure du côté gauche commencèrent à s'ébranler. En même temps, à l'angle de la mâchoire du même côté, survint une tuméfaction d'abord peu considérable, mais qui, augmentant rapidement, eut bientôt envahi tout le corps de la mâchoire jusqu'au niveau des incisives près de la ligne médiane. Cette tuméfaction ne s'accompagna que de très peu de phénomènes : quelques douleurs lancinantes de loin en loin, un peu de gêne dans la mastication et la déglutition. L'état général est excellent, et n'a jamais été troublé.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que cette malade nous présente :

Tuméfaction énorme de la joue gauche, occupant surtout la région de la mâchoire inférieure depuis l'articulation temporo-maxillaire jusque près de la symphyse. Lorsqu'on vient à examiner cette tumeur, on voit de suite qu'elle est formée aux dépens du maxillaire inférieur, que les parties molles qui la recouvrent ne participent en rien à l'altération de l'os. Ainsi la peau a conservé sa couleur normale, sa mobilité ; toutefois quelques veines se dessinent à sa surface, mais encore sont-elles peu nombreuses et peu volumineuses.

Le maxillaire inférieur présente depuis la moitié de sa branche ascendante jusqu'au niveau de la deuxième incisive, un gonflement énorme occupant à la fois et sa face interne et sa face externe. Cette tuméfaction est inégale ; elle s'est faite par bosselures, dures, résistantes, sans élasticité, ne faisant entendre à la pression aucun bruit parcheminé. Une ponction exploratrice, faite quelques jours après l'entrée de la malade, a permis à l'aiguille de traverser de part en part le corps de l'os, au niveau de la première fausse molaire.

Les dents sont mobiles, leur direction est changée ; la dernière molaire est repoussée en dedans, les autres sont un peu déviées en dehors ; elles ne correspondent plus à celles de la mâchoire supérieure.

La muqueuse qui recouvre cette tumeur est d'un rouge violet, fortement injectée ; on voit à sa surface des veines assez volumineuses ; près du collet des dents, elle est ulcérée, fongueuse, saigne très facilement. Les ulcérations sont grisâtres et assez étendues, près des fosses molaires, surtout près de la dernière.

La tuméfaction ne s'étend, avons-nous dit, que jusqu'au niveau de la seconde molaire. Toutefois les dents, jusqu'à la première fausse molaire du côté droit, sont mobiles, quoique l'os dans toute cette étendue ne soit pas gonflé d'une manière bien évidente ; la muqueuse qui le recouvre est fortement injectée et offre de nombreuses veinules très apparentes qui ont déjà pris un certain développement.

Le malade n'éprouve que très peu de douleur dans la tumeur, quelques élancements de temps à autre ; la mastication ne peut se faire de ce côté ; la respiration n'est nullement entravée ; la voix est devenue nasillarde. Cela s'explique facilement, l'amygdale ainsi que les deux piliers du voile du palais du côté gauche sont repoussés en arrière et en dedans ; la base de la langue l'est également un peu. Du reste, cet organe a conservé sa sensibilité et sa motilité dans sa moitié correspondante.

Osteosarcome, tel est le diagnostic.

La désarticulation de cette moitié du maxillaire est résolue.

L'opération est pratiquée le 17 juillet.

1° Une première incision est faite depuis le milieu de la lèvre inférieure jusqu'au niveau de l'os hyoïde ;

2° De l'angle inférieur de cette incision on en pratique une autre qui, longeant le bord postérieur de l'os, vient se terminer au niveau du conduit auditif, passant au-devant du lobule et de l'anthragus de l'oreille.

3° Le lambeau est relevé de bas en haut et disséqué, afin d'isoler la face externe de la tumeur ; une énorme quantité de sang vient entraver un instant cette dissection et la rendre pénible ; quelques artères, la maxillaire, entre autres, sont liées. Cette dissection faite, l'apuphyse coronoïde est dégagée, le tendon du temporal est coupé.

4° L'os maxillaire est scié au niveau de la deuxième incisive du côté droit au moyen d'une scie à chaînette ; cette résection faite, on isole la face interne de la tumeur en relevant l'os.

5° Cette nouvelle dissection achevée, on luxe le condyle, la capsule vient faire saillie en avant ; on l'incise, et avec un bistouri boutonné on rase la face interne du condyle afin de l'isoler complétement : de cette manière, on évite la maxillaire interne.

Quelques ligatures sont faites, le sang ne tarde pas à s'arrêter.

On procède au pansement. Quelques points de suture simple réunissent la muqueuse de la face postérieure de la langue avec celle de la joue, puis la peau est réunie dans toute son étendue par une suture entortillée.

La malade est reportée dans son lit.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération, la malade a beaucoup de fièvre (120), du délire surtout la nuit ; elle est très agitée ; elle se plaint sans cesse, veut toujours boire, reporte son mal à la gorge. Cet état dure jusqu'au samedi ; la fièvre est bien moins forte, la malade moins agitée.

Dimanche 20, la réunion de la plaie est complète ; on ôte en partie les aiguilles. Le lundi, toutes sont enlevées. On peut examiner facilement la malade. La joue est revenue à son état normal ; pas d'inflammation, pas de tuméfaction. Le nerf facial a été conservé en partie. L'œil peut se fermer presque entièrement ; toutefois, il existe un peu d'exophthalmie. La commissure est un peu déviée ; celle du côté sain est portée en haut.

La malade va très bien ; toutefois, il y a quelques jours (3 août), au niveau de l'angle, il est survenu un petit abcès qui s'est fait jour par la plaie qui s'est ouverte dans ce point. Du reste, l'état de a malade est très bon.

Examen microscopique. — Une coupe pratiquée sur la tumeur donne au grattage un suc blanc, laiteux, visqueux. Dans les cavités kystiques se voit un liquide filant comme de la synovie, coloré en rouge par du sang mélangé. Ces deux liquides sont examinés à un grossissement de 500 diamètres.

Le liquide des kystes renferme une grande quantité de cellules cancéreuses de volume variable, mais très bien caractérisées par le noyau granuleux et deux ou quatre nucléoles. On voit également un certain nombre de globules sanguins. Le liquide ne renferme qu'un très petit nombre de granules et une très minime quantité de graisse.

Le liquide recueilli dans les masses qui infiltrent le périoste renferme bon nombre de cellules cancéreuses ; mais on y rencontre beaucoup plus de noyaux cancéreux, comme cela se voit, du reste, dans les cancers à développement très rapide. Point de graisse.

Les aiguilles périustales présentent tous les caractères du tissu osseux parfait. Structure lamelleuse et corpuscules très distincts.

— M. Lenoir met sous les yeux de la Société deux tumeurs du sein de la nature de celles qui ont été décrites sous le nom de *tumeurs mammaires chroniques* par les Anglais, de *tumeurs adénoïdes* par M. Velpeau, et probablement de *corps fibreux de la mamelle* par M. Cruveilhier. Ces tumeurs qui, en clinique, se reconnaissent à ce qu'elles affectent des femmes, en général, jeunes, à ce qu'elles ne sont accompagnées de douleurs qu'aux époques menstruelles, à ce qu'enfin elles sont dures et mobiles au sein de l'organe qui les recèle, offrent, en effet, au premier aspect, l'apparence de corps fibreux n'adhérant à la glande que par un tissu cellulaire lâche et filamenteux, qui forme autour d'eux une sorte de loge kystique dans laquelle ils se meuvent facilement. Leur coupe est blanchâtre et offre des divisions lubulées. Elles renferment peu de vaisseaux sanguins.

Ces tumeurs, examinées au microscope, sont incontestablement formées par un des lobes de la glande mammaire hypertrophiée. On y reconnaît, en effet, les grains caractéristiques de cette glande et les vaisseaux galactophores qui partent de ceux ci.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

L'Université de Bruxelles, pour susciter une noble émulation entre les étudiants des diverses facultés, vient de fonder un prix quinquennal de 500 fr. Ce prix sera décerné après un concours auquel les élèves de l'Université seuls auront droit de prendre part. Les quatre Facultés concourront successivement. Cette année, c'est la Faculté de médecine qui a l'honneur d'ouvrir cette série de concours qui promet d'être très brillante et de produire les meilleurs résultats. Voici la question qui est soumise aux concurrents, qui seront très nombreux s'il faut en juger par les sentiments unanimes d'approbation qui ont accueilli l'inauguration de ce concours.

« Faites un exposé critique des moyens de ventilation préconisés jusqu'à ce jour ; indiquez celui qui serait le plus utile aux hôpitaux, aux prisons, aux navires et à tous les établissements destinés à des rassemblements d'hommes. Appuyez votre préférence par des considérations théoriques et pratiques. »

On ne pouvait choisir une plus belle ni une plus utile question ; il appartient à un élève en médecine de l'Université de Bruxelles d'en donner une sulution convenable ; en faisant cela, il aura bien mérité de la science et de l'humanité.

On nous raconte que M. Verhaegen, inspecteur de l'Université, a si bien compris l'importance de cette question qu'aussitôt qu'il en eut connaissance il promit d'ajouter 500 fr. et de porter ainsi le prix à la somme de 1,000 fr. Un tel acte est digne de l'homme éminent qui a toujours été un des plus fermes soutiens de l'Université de Bruxelles et l'apôtre le plus ardent des idées libérales.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

(2) Les feuilles de caoutchouc dont je me sers viennent de chez M. Perroncel, rue Saint-Martin, n° 228. L'habileté de ce fabricant égale la complaisance avec laquelle il a mis à ma disposition toutes les ressources de ses ateliers. Je suis heureux de lui témoigner ici ma gratitude. (*Note du docteur Rigal.*)

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés vendredi, jour de l'ASSOMPTION, le journal ne paraîtra pas samedi 16 août.

PARIS, LE 13 AOUT 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchement a donné lieu hier à un comité secret qui a occupé presque toute la séance. M. Poiseuille a seul obtenu un instant la parole pour lire un court rapport sur des sangsues mécaniques. La discussion de ce rapport a été renvoyée à la séance prochaine.

Nous n'avions pas trop espéré de la sollicitude de M. le ministre des affaires étrangères en supposant qu'il mettrait l'Académie à même d'accomplir la mission qu'il lui avait confiée. Mais un mot de M. le président nous fait craindre que l'Académie n'ait pas compris toute l'importance de cette mission. M. le président a dit en effet qu'un seul jour suffirait à deux commissaires pour aller étudier l'état sanitaire d'une commune. Un jour ne serait même pas suffisant pour commencer une enquête sérieuse. Que messieurs les commissaires et l'Académie elle-même veuillent bien y réfléchir.

H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la chlorose.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 7 août.)

ÉTIOLOGIE. — DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Étiologie. — La chlorose se manifeste, en général, chez des sujets placés sous l'influence de causes énervantes. On doit placer en première ligne l'usage d'aliments trop peu réparateurs, l'habitation de lieux humides et froids, privés de soleil; la privation de vêtements qui mettent à l'abri de l'influence des changements rapides et imprévus de l'atmosphère. Ces causes ne sont pas les seules qu'on puisse reconnaître à la chlorose. Ainsi, vous verrez un certain nombre de chlorotiques usant cependant d'une alimentation substantielle, bien vêtus et habitant des appartements bien exposés; c'est qu'alors les malades sont soumis à des causes directement débilitantes, telles que l'accomplissement forcé des actes de la locomotion, les travaux exagérés, les fatigues d'une vie de plaisirs, les veilles prolongées, etc. Ces causes agissent plus lentement que les premières, à la vérité, mais finissent par amener l'état chlorotique.

Ces diverses causes ont servi d'argument à ceux qui voient dans la chlorose une altération primitive du sang : ou l'on ne fournit plus au sang, disent-ils, le principe stimulant essentiel à l'organisme, ou bien on le prive de ses principes substantiels. Dans tous les cas, le liquide circulatoire perd ses propriétés stimulantes; il ne réagit plus sur l'organisme, et la chlorose se manifeste secondairement.

Nous ne pouvons accepter cette interprétation, nous qui regardons le sang comme une partie intégrante des organes, non comme un organe isolé, mais un organe qui reçoit et fournit tout à la fois; il nous semble donc impossible d'en faire la part exacte.

Il y a pour la chlorose un autre ordre de causes qui embarrassent ceux qui cherchent dans le sang la cause primitive de cette affection. Ainsi, comment expliqueront-ils la chlorose qui survient subitement, chez un sujet bien portant, à la suite d'une commotion morale sédative, la terreur, par exemple? Cette cause a été mentionnée par tous les bons écrivains. Dehaen, plus que personne, a insisté sur cette circonstance. La chlorose était, pour lui, un état pathologique différent de celui que les auteurs lui assignent aujourd'hui. Il la regardait comme une modification dans l'action stimulante du sang sur les organes; les propriétés d'irritabilité du sang étaient, selon lui, exagérées; de là des palpitations, parfois même des convulsions, etc. : aussi ce raisonnement l'avait-il conduit à recommander la saignée dans ces sortes d'affections.

Pour le médecin qui veut sérieusement réfléchir à l'influence du système nerveux sur toute l'économie, l'interprétation de la chlorose par les modifications du sang est inadmissible. Placez un sujet sous l'influence sédative d'une commotion morale très vive, immédiatement vous observerez chez lui une imperfection plus ou moins durable des fonctions organiques, qui se traduira par la pâleur des capillaires, à la face surtout, symptôme qui indique une faiblesse dans les contractions du cœur. En même temps, il y aura des palpitations; on remarquera dans les fonctions digestives une perturbation plus ou moins profonde, et un affaiblissement notable dans tout le système musculaire et nerveux. Ces phénomènes ne prouvent-ils pas l'action déprimante des causes morales sur le système nerveux? Est-il donc étonnant que ces causes énervantes retentissent sur les fonctions organiques qui persistent à l'état de débilité? La chlorose est pour nous un état cachectique de tous les organes, et nous comprenons parfaitement l'action débilitante des commotions morales et sa persistance.

Influence de l'âge. — Nous l'avons déjà dit, la chlorose se manifeste en particulier sur des sujets placés dans des conditions d'évolution rapide, c'est-à-dire à l'âge de puberté, chez les femmes bien plus fréquemment que chez les hommes, où elle est exceptionnelle. Cette influence de l'âge a été rangée parmi les causes productrices; c'est, en effet, une cause proégumène. Nous avons montré combien est facile à expliquer la manifestation de la chlorose à une époque où l'hyperstimulation de tout l'organisme fait que ce dernier a besoin de toutes les molécules alimentaires de la vie plastique; on ne la verra pas se produire à un autre moment de la vie, où l'économie n'a pas à pourvoir au besoin d'un accroissement très énergique. Cette action proégumène de l'âge est semblable à celles qui s'exercent dans l'organisme à l'occasion d'autres évolutions; ainsi, la chlorose n'est pas rare chez les nouvelles accouchées, car les femmes ont éprouvé pendant la grossesse un besoin insolite de molécules réparatrices; on l'observe aussi chez les femmes fatiguées par un allaitement trop prolongé, et débilitées par ce surcroît d'activité des glandes mammaires.

On a encore placé parmi les causes productrices le tempérament lymphatique et nerveux. On comprend, en effet, que les causes débilitantes fassent rapidement ressentir leur action sur les sujets lymphatiques, dont les fonctions nutritives ont toujours une certain degré de langueur, dans le sang desquels les molécules blanches sont très abondantes; au contraire, chez les individus robustes, à circulation énergique, où les molécules réparatrices sont en excès, l'effet de toutes ces causes débilitantes est facilement annulé par la résistance de l'organisme.

Chez les sujets nerveux, il y ordinairement langueur de l'appareil circulatoire coïncidant avec un certain degré de développement du système lymphatique; de plus, la mobilité extrême du système nerveux, retentissant sur les fonctions organiques, rend plus opportunes les causes propres à amener l'état chlorotique.

Les causes productrices de la chlorose trouvent, on le voit, une interprétation facile dans leurs effets mêmes. Toutes ces causes, à quelque ordre qu'on les rapporte, causes proégumènes ou procatartiques, sont débilitantes, résultent de l'imperfection des fonctions de la vie organique, et introduisent dans l'économie la cachexie constitutive de la chlorose.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut être difficile; il suffit de se rappeler la valeur significative des divers phénomènes qui se rapportent à cette maladie. Les signes pathognomoniques extérieurs sont : la coloration jaune-verdâtre de la peau, la débilité générale de l'appareil musculaire, la propension aux lypothimies, les palpitations. On peut ajouter à la valeur de ces données par l'investigation de l'état de l'appareil circulatoire. On entend dans les grosses artères superficielles un bruit de frottement ronflant plus ou moins intense, se rapprochant du bruit de souffle. Ce signe, important quand il se joint à ceux que nous avons énumérés plus haut, n'est cependant pas pathognomonique, car il se produit après les hémorrhagies abondantes. Il est distinct du bruit de frottement qu'on perçoit dans les maladies des parois artérielles. Ce dernier est en général distribué comme les artères malades et se limite à ces vaisseaux, tandis que le souffle chlorotique s'étend à toutes les artères superficielles d'un certain calibre.

Les palpitations sont encore un signe excellent quand il n'y a ni hypertrophie du cœur, ni altération des valvules. L'auscultation et la percussion doivent dans ce cas être employées avec le plus grand soin; car le médecin ne doit conserver aucun doute sur l'état de l'organe de la circulation.

La sécheresse de la peau, la lenteur, l'imperfection des digestions, les phénomènes de dyspepsie, de boulimie, de pica, de malacia, sont autant d'épiphénomènes qui servent à confirmer le diagnostic de la chlorose.

Pronostic. — Il y a chez les chlorotiques une perturbation des fonctions de la circulation, qui se traduit par des palpitations. Ces palpitations indiquent l'état de vacuité du système artériel; la décoloration des tissus en est la conséquence; et pour peu que ces signes atteignent un certain degré d'intensité, vous verrez les familles, promptes à s'alarmer, vous interroger sur l'issue de la maladie. Si vous voulez porter un pronostic d'une manière générale, vous pourrez dire qu'il n'est que bien rarement fâcheux; mais si vous voulez savoir quand et pour combien de temps guériront vos malades, ce pronostic offre alors la plus grande difficulté. On peut toutefois poser en principe que la chlorose guérit d'autant plus facilement que les sujets en sont atteints depuis peu de temps. Les récidives sont très fréquentes chez les sujets lymphatiques avec disposition aux scrofules, mal nourris ou soumis à un travail exagéré. Ces sujets ne guérissent définitivement qu'avec l'âge, lorsque par la succession des années une modification s'est introduite dans l'organisme. Considérations qui ont porté beaucoup de médecins à formuler ainsi leur opinion sur la chlorose : « Maladie d'une guérison difficile et récidivant fréquemment, jusqu'à ce que l'âge de puberté soit passé. »

S'il y a une prédisposition héréditaire à une maladie chronique, tenez-vous en garde sur le pronostic, car la chlorose a la plus grande tendance à se compliquer de cette affection. Ainsi un sujet est-il né avec la diathèse cancéreuse ou tuberculeuse, vous verrez ces affections marcher rapidement si l'individu devient chlorotique, car la chlorose est une cachexie favorable au développement du tubercule et du cancer. C'est là ce que pensaient les médecins du siècle dernier quand ils disaient : La lenteur de la circulation dans la chlorose amène la stase des fluides lymphatiques, et cette stase engendre des concrétions tuberculeuses. Ces paroles n'expriment qu'une hypothèse, sans doute; mais elles indiquent bien la pensée dominante : que l'imperforation des fonctions plastiques prédispose au développement des cachexies tuberculeuses, carcinomateuses, etc. La chlorose n'est pas alors la cause procatartique, mais c'est une cause proégumène de ces accidents, et le médecin doit toujours avoir l'œil ouvert sur cette terminaison possible et qui modifie singulièrement le diagnostic, puisque la manifestation de ces affections organiques secondaires arrête la guérison de la chlorose qu'elle rend plus opiniâtre.

Chez les sujets chlorotiques, les maladies accessoires et accidentelles guérissent plus difficilement et présentent un plus haut degré d'intensité. Ainsi ils contractent souvent des maladies de peau extrêmement rebelles; chez eux la pleurésie amène un épanchement séreux abondant qui participe de l'hydrothorax. On remarque l'œdème des extrémités, l'anasarque, etc.

Ces accidents se montrent d'ailleurs en raison de cet état constitutionnel; c'est ainsi que chez quelques-uns, à l'occasion d'une simple bronchite, on verra se manifester l'œdème des membres, qui disparaît du reste avec l'affection des bronches. Ces considérations doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin désireux de porter un pronostic irréprochable et d'appliquer un traitement rationnel.

Traitement. — *Hygiène.* — La curation de la chlorose est loin d'être aussi facile et aussi simple qu'on l'a formulé dans un bon nombre de livres classiques où l'on s'est borné à recommander le fer. C'est dans l'administration de ce médicament qu'on trouve, il est vrai, un des remèdes les plus efficaces; mais, chez quelques sujets, l'anomalie du tube digestif devient un obstacle à l'emploi de ce moyen. Le fer, d'ailleurs, quoique excellent pour favoriser la guérison de la chlorose, ne suffit pas pour donner un résultat définitif et durable, il faut y joindre une diététique convenable; et ces précautions hygiéniques sont d'une si grande importance, que Pinel allait jusqu'à prétendre que le fer était inutile pour faire cesser cet état cachectique du moment où l'on plaçait le malade dans les conditions favorables à l'activité des fonctions plastiques. Ainsi, la suspension de tout travail énervant, de toute action musculaire forcée; l'habitation de lieux chauds et élevés pour donner à la circulation toute l'énergie dont elle est susceptible; une alimentation bien réglée, à la fois végétale et animale; l'insolation; les exercices modérés, etc. : tels sont les moyens diététiques qui ont parfois amené de si merveilleux résultats, que quelques auteurs n'ont pas craint d'avancer qu'ils étaient suffisants pour la guérison de la chlorose. Il faut, en outre, écarter l'influence des causes morales, puisque nous avons vu que, par l'intermédiaire du système nerveux, elles peuvent dans certains cas déterminer la chlorose.

Les moyens diététiques consistent donc surtout à éloigner des chlorotiques toute cause qui peut exercer sur l'organisme une action débilitante; sous l'influence de ce régime, on voit les forces se rétablir progressivement et chaque organe de l'économie reprendre régulièrement ses fonctions. Aussi n'hésitons-nous pas à placer cette médication en première ligne.

Thérapeutique. — *Ferrugineux.* — Hâtons-nous, cependant, d'ajouter que ses effets seront considérablement activés par la médication stimulante et tonique qui a pour base le fer et la manganèse, métaux qui jouissent de propriétés à peu près identiques.

Les préparations ferrugineuses sont d'autant plus efficaces qu'elles exercent sur les fonctions plastiques une action plus stimulante. C'est là une conséquence qu'a rendue incontestable une longue série d'observations cliniques. Or, les préparations martiales agissent, en général, avec d'autant plus d'énergie qu'elles contiennent le fer à l'état plus voisin de pureté; aussi employons-nous le fer divisé comme un des moyens les plus actifs : on l'obtient facilement en désoxydant

les oxydes de fer, au moyen d'un courant d'hydrogène, dans un tube de porcelaine chauffé au rouge ; mais pour que le fer conserve toutes ses qualités, évitez avec soin de le chauffer trop fort, de le vitrifier pour ainsi dire. La limaille de fer porphyrisée est encore une excellente préparation, moins bonne toutefois que la précédente, qui a pour base le fer revivifié par un courant d'hydrogène.

On a préconisé les sels de fer : ainsi, la solution d'acétate de fer avec l'alcool est surtout usitée en Allemagne ; les sulfates et les carbonates de fer ont été tour à tour employés ; le chlorure de fer, pouvant être administré dans l'éther, a eu de même un instant de vogue, puis on l'a presque oublié, car il présente un grave inconvénient : l'éther se volatilise, et le fer se dépose sur le collet des dents qu'il noircit. Certaines préparations sont plus facilement absorbées, et mettent plus rapidement en jeu l'irritabilité de l'estomac ; ce sont les préparations solubles. Ainsi les dissolutions de sulfate de fer, de tartrate de potasse et de péroxyde de fer, connues sous le nom de boules de Nancy, procurent de bons résultats.

Les eaux minérales ferrugineuses rendent également d'éminents services ; il ne faut cependant pas se faire illusion sur leurs propriétés ; le bien que les malades en retirent provient aussi, on n'en peut douter, des distractions, de l'air vif, de l'exercice modéré, du contentement d'esprit que trouvent aux eaux les personnes qui s'y rendent. Les eaux minérales ferrugineuses contiennent une légère proportion de fer en dissolution ; la présence de l'acide carbonique les rend ordinairement gazeuses ; elles renferment aussi quelques principes alcalins, et sont alors de la plus grande efficacité contre les dyspepsies, en favorisant les fonctions digestives et en mettant l'organisme dans les conditions les plus opportunes de réparation et d'assimilation. Les eaux de Spa, de Pyrmont, de Cransac, de Provins, de Bussan sont les eaux ferrugineuses les plus renommées. Transportées, elles ne conservent qu'une très faible action sur l'économie, car elles laissent déposer sur les parois des bouteilles la presque totalité des molécules ferrugineuses qu'elles contiennent ; aussi ne doit-on pas accorder une grande confiance à leur administration par ce procédé : c'est un point de pratique qu'il ne faut pas oublier quand on veut apprécier à leur valeur l'action de ces eaux sur les malades.

Les eaux de Cransac contiennent du manganèse qui reste mieux en dissolution que le fer, et ne se dépose pas sur le verre ; aussi ces eaux conservent-elles leurs qualités malgré le transport. Les eaux de Passy, minéralisées par le sulfate de fer, jouissent de la même propriété.

On a cherché et l'on a réussi à unir les préparations ferrugineuses aux substances toniques ; c'est ainsi qu'on a fait réagir l'acide cyanhydrique sur le fer pour obtenir un cyanure de fer. Lorsque l'irritabilité nerveuse est considérable, qu'il y a des palpitations, ce médicament exerce un effet sédatif bien constaté, en même temps qu'il est tonique ; toutefois, n'employez ce cyanure qu'avec la plus grande réserve, à cause de l'acide qu'il contient.

Une des préparations les plus utiles dans les cas de chlorose compliquée de scrofules ou seulement d'un tempérament lymphatique, comme cela arrive si souvent, c'est l'iodure de fer. Malheureusement ce sel se décompose avec la plus grande facilité, et, pour employer le sirop de Dupasquier avec avantage, il fallait que ce sirop fût préparé au moment même où il allait être pris. Pour obvier à cet inconvénient, on a imaginé d'envelopper sous forme de pilules ou autrement l'iodure dans du fer très divisé. De cette façon l'iode, en se décomposant, trouve du fer avec lequel il se recompose de nouveau jusqu'à ce que tout le fer ait successivement passé par l'état d'iodure. Mais ce procédé, qui était déjà un progrès, ne permet pas encore de conserver l'iodure très longtemps, et surtout il laisse le praticien dans l'incertitude de la dose de fer et d'iodure qu'il administre, attendu que la recomposition de l'iodure ne se fait pas assez régulièrement pour qu'on soit certain de la quantité qu'il y en a dans une préparation faite quelque temps d'avance.

M. Gille a imaginé un procédé de conservation qui remplit parfaitement les vues des praticiens. Il confectionne des dragées qui contiennent de l'iodure de fer enveloppé d'une couche de sucre qui empêche d'une manière absolue la pénétration de l'air. Ces dragées ont pu être conservées pendant plus de deux ans sans que l'iodure fût en rien altéré.

Nous avons pu constater l'extrême efficacité de cette préparation, qui est précieuse non-seulement parce qu'elle permet la conservation indéfinie d'un des médicaments les plus actifs, mais aussi parce qu'elle en rend l'administration facile, ce qui n'est pas d'un médiocre avantage dans une maladie qui est si souvent accompagnée de caprices et d'indocilité chez les malades. Mais l'iodure de fer a encore sur les autres préparations l'avantage d'être beaucoup plus facilement supporté, avantage qu'il doit sans doute à la solubilité très grande qui en permet l'absorption immédiate.

Quelle que soit la préparation que l'on emploie, il est bon de joindre à l'emploi du fer l'usage des bains alcalins, sulfureux et des frictions sur la peau. La stimulation des émonctoires facilite la curation en ranimant l'énergie de la circulation et en remédiant ainsi à la débilité générale.

Traitement prophylactique. — La prophylaxie de la chlorose est des plus faciles ; elle consiste dans la prolongation des moyens hygiéniques propres à guérir cette maladie ; on doit toujours consulter la force des sujets, l'activité de leurs fonctions organiques, et l'on obtient un succès d'autant plus rapide que l'application du traitement est plus complète et qu'on a affaire à une chlorose récente.

Maladies intercurrentes. — Le traitement des maladies qui peuvent survenir pendant le cours d'une chlorose mérite de nous arrêter un instant ; j'attirerai d'abord votre attention sur un point très controversé, l'opportunité de la saignée. Lorsque Dehaen publia son ouvrage dans lequel il recommandait les antiphlogistiques, il souleva de vives contestations ; quelques médecins prétendirent même qu'il ne fallait jamais tirer de sang aux chlorotiques, sous peine de donner lieu à l'anasarque. Cette opinion, peut-être exagérée, est néanmoins l'expression de la vérité, car nous avons vu l'anasarque se déclarer rapidement chez des chlorotiques prises d'accidents hémorrhagiques dépassant certaines limites ; il y a même quelques malades qui aggravent leur état en se faisant saigner continuellement dans l'espoir de faire disparaître l'oppression et les palpitations qui les tourmentent. Est-ce à dire pour cela qu'il faille entièrement proscrire l'usage des antiphlogistiques ? Pour notre compte, nous n'hésitons pas à répondre négativement. Qu'il survienne chez un sujet affecté de chlorose une pneumonie grave, une pleurésie étendue, l'indication d'une déplétion sanguine est précise, surtout s'il y a un état congestionnel considérable. Rappelez-vous, toutefois, que vous ne devez employer ce moyen qu'avec la plus grande mesure ; car, si les saignées favorisent la résorption des molécules déposées dans la trame des organes, on ne peut compter sur un tel effet chez les chlorotiques.

Nous avons retiré plus d'avantages de l'administration des purgatifs et des diurétiques (digitale) à dose modérée. Cette médication établit d'une manière plus heureuse l'action antiphlogistique et laisse moins de traces dans l'organisme quand on a eu soin de ne pas dépasser certaines limites.

Ne perdez jamais de vue que les affections inflammatoires chez les chlorotiques sont longues, d'une résorption difficile ; la débilité des fonctions plastiques leur imprime un caractère de chronicité que doit partager la médication pour être efficace.

En résumé, il faut dans la chlorose stimuler les fonctions plastiques par tous les moyens réparateurs, diététiques et pharmaceutiques, et ménager avec soin les forces du malade si une affection intercurrente vous impose l'obligation d'un traitement antiphlogistique. P. Hugot.

OBSERVATION

D'HYDROCÈLE RHUMATISMAL ;

Par le docteur Notta, de Lisieux, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Il est un fait maintenant bien établi par l'observation, c'est que dans le cours du rhumatisme articulaire aigu les membranes séreuses des grandes cavités ont de la tendance à s'enflammer. Ainsi, on a cité des pleurésies, des péricardites, des endocardites, des péritonites, des méningites cérébrale et spinale coïncidant avec l'affection articulaire, et, pour ce, désignées sous le nom de *rhumatismales.*

A côté de ces inflammations, il en est une dont je n'ai pas trouvé d'exemple dans les auteurs ; je veux parler de l'inflammation de la tunique vaginale avec épanchement. M. Bonnet, de Lyon (*Traité des maladies des articulations*, t. I, p. 333), est le seul auteur, que je sache, qui en fasse mention, à propos de la coïncidence des inflammations internes avec les inflammations articulaires dans le rhumatisme aigu ; mais il n'en cite aucune observation.

Les recherches que j'ai faites à ce sujet m'autorisent à croire que l'observation suivante est peut être unique dans les annales de la science. Cependant, rapprochée des faits analogues, elle offre de l'intérêt ; car elle fait bien ressortir cette tendance du rhumatisme à envahir les membranes séreuses non articulaires.

Obs — X..., marchand des quatre saisons, est entré le 6 novembre 1847 à l'Hôtel-Dieu (annexe).

X..., âgé d'une trentaine d'années, est de taille moyenne ; ses muscles sont médiocrement développés, sa constitution est bonne ; il n'a jamais eu de maladies qui l'aient obligé à garder le lit. Il y a dix-huit mois, il a contracté une blennorrhagie à la suite de laquelle il avait conservé un peu de suintement urétral. Ce suintement a complètement disparu depuis quatre mois. Il n'a jamais eu d'orchite, ne porte pas de bandage herniaire, n'a pas reçu de coups sur les bourses et n'a point fait d'excès de coït. Il y a quinze jours, sans cause appréciable, il fut pris, dans le courant de la journée, de douleurs dans le genou droit et dans l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Le soir, l'appétit avait diminué, il eut du frisson et le genou se tuméfia. La nuit fut agitée. Insomnie presque complète, sueurs abondantes. Quoique la douleur des jointures augmentât par les mouvements, il put néanmoins continuer à exercer sa profession les jours suivants. Le troisième jour, dans l'après-midi, sans cause appréciable, il ressentit dans le testicule droit une douleur qu'il compare à de petits coups d'épingle. Cette douleur devint plus intense dans la soirée, et il remarqua que son testicule était un peu augmenté de volume et douloureux à la pression. Il put néanmoins continuer son travail le lendemain. Le surlendemain la tumeur avait beaucoup augmenté de volume, quoique la douleur eût diminué, et le jour suivant celle-ci disparut presque complétement. D'un autre côté, l'affection rhumatismale faisait des progrès. Au moment où la douleur du testicule cessait, les deux épaules et les deux coudes devenaient douloureux ; il fut alors obligé de cesser de travailler ; et au bout de quelques jours, ne se trouvant pas mieux, il entra à l'hôpital.

7 novembre. *Etat actuel.* — Les mouvements causent de la douleur dans les deux épaules. Il peut porter la main gauche sur sa tête, mais il ne peut faire exécuter ce mouvement au bras droit. Les mouvements des coudes sont assez libres, mais les avant-bras ne peuvent être complétement fléchis sur les bras. Le genou gauche est encore douloureux. Toutes les articulations ne sont ni tuméfiées, ni rouges, mais la pression et les mouvements y déterminent de la douleur.

Le testicule gauche a le volume d'un œuf d'oie. Cette augmentation de volume est due à un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale. On ne sent pas de fluctuation, la tunique vaginale étant très distendue. Mais à l'aide d'une bougie on constate la transparence de la tumeur. Le testicule, refoulé en haut et en arrière, paraît avoir son volume normal. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression. La tumeur n'a pas diminué depuis qu'elle a acquis le développement que nous lui trouvons aujourd'hui. Sueurs abondantes pendant la nuit. Soif modérée ; langue naturelle. L'appétit a diminué ; les bruits du cœur sont normaux ; 76 pulsations ; peau un peu chaude. Les douleurs l'empêchent de dormir. — Chiendent nitré ; julep diacode ; 1 pilule extrait d'opium ; 12 sangsues sur chaque coude et 15 sangsues sur l'épaule gauche, qui est la plus douloureuse.

Le 8 novembre, même prescription, moins les sangsues.

Le 9, il n'y a plus de douleurs dans les deux épaules ni dans le genou. Le coude droit ne peut pas encore être complétement étendu ; les mouvements du coude gauche sont parfaitement libres. — Apyrexie.

Le 10, l'épanchement dans la tunique vaginale paraît avoir un peu diminué. Le malade accuse des douleurs dans les articulations métacarpo-phalangiennes gauches et dans le genou droit. — 2 pil. op. 0,05.

Le 11, les douleurs ont reparu dans les deux genoux et les deux pieds ; elles sont aussi intenses qu'au début. — 2 gram. sulf. quinin. en six doses.

Le 13, le genou droit est tuméfié. Il y a un peu de liquide dans l'articulation ; l'hydrocèle a diminué d'un tiers environ de son volume primitif. — On continue le sulfate de quinine ; 20 sangsues sur le genou.

Le 14, le genou droit est au moins aussi tuméfié qu'hier. Le gauche est un peu douloureux ; l'hydrocèle a diminué de plus de moitié ; 76 pulsations. — 15 sangsues sur chaque genou.

Le 15, six ventouses scarifiées sur le genou gauche, qui est encore douloureux.

Le 16, le malade se trouve très bien. Il n'a plus de douleurs dans les genoux ; l'hydrocèle diminue. On supprime le sulfate de quinine.

Le 24, les douleurs n'ont pas reparu ; les deux testicules ont le même volume et la même souplesse. Il n'y a plus d'épanchement dans la tunique vaginale. Le malade reste à l'hôpital jusqu'au 30, et sa guérison a persisté.

Les détails de cette observation sont assez précis pour qu'il soit inutile d'y revenir afin de prouver la nature rhumatismale de l'inflammation de la tunique vaginale. Cette séreuse peut être considérée comme une articulation de plus sur laquelle s'est déclarée l'inflammation. Celle-ci se manifeste brusquement au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. Tout d'abord apparaît la douleur, et une fois l'épanchement formé elle disparaît ; mais l'épanchement persiste. Le peu d'acuité de cette vaginalite rhumatismale est tout à fait en rapport avec les symptômes qui existent du côté des articulations, et qui sont d'une intensité médiocre quoique très bien caractérisés. Aucun traitement n'a été dirigé contre cet épanchement, qui s'est complétement résorbé lorsque les douleurs articulaires se sont dissipées. Cette hydrocèle aiguë, ayant causé peu de douleur au malade, ne le préoccupait aucunement, et aurait passé inaperçue sans un examen attentif ; aussi me suis-je demandé si certaines hydrocèles chroniques ne pourraient pas reconnaître une origine rhumatismale. Dans ce but, j'ai interrogé vingt sujets affectés d'hydrocèle chronique, et dans aucun des cas le début de cette affection n'a coïncidé avec des douleurs articulaires. On peut conclure de là que la vaginalite rhumatismale n'a aucune tendance à passer à l'état chronique.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 août 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend un grand nombre d'états de vaccinations.

— M. Joseph Beyran, médecin de l'hôpital impérial de Fershané, à Constantinople, demande à être inscrit sur la liste des aspirants au titre de correspondant étranger, et il envoie la liste de ses titres à l'appui. (Renvoyé à la future commission des élections.)

— M. Pouillien adresse un paquet cacheté contenant un instrument de son invention. (Accepté.)

RAPPORTS.

Sangsues mécaniques.

M. Poiseuille lit un rapport sur ce sujet. (La discussion est renvoyée à la séance prochaine.)

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 août 1851. — Présidence de M. Rayer.

Nature et origine du principe acide du suc gastrique.

M. Blondlot communique de nouvelles recherches chimiques sur la nature et l'origine du principe acide qui domine dans le suc gastrique.

L'auteur se propose dans ce travail : d'abord d'établir que le principe en question ne saurait être ni l'acide acétique, ni l'acide phosphorique, ni l'acide chlorhydrique, ni l'acide lactique, comme on l'a prétendu tour à tour, tant parce que le suc gastrique ne coagule pas l'albumine, ce qui écarte les acides lactique et chlorhydrique, que parce qu'il ne fournit à la distillation ni acide acétique, ni aucun autre acide organique ; quant à l'acide phosphorique, comme il existe du phosphate calcique dans le suc gastrique, il s'ensuit que, s'il s'y trouve aussi de l'acide phosphorique, ce doit être à l'état de phosphate acide.

L'auteur rapporte à l'appui de cette assertion une expérience de laquelle il résulte que l'acide qui tient le phosphate de chaux en dissolution est bien l'acide phosphorique à l'état de biphosphate.

Pour arriver à déterminer l'origine du biphosphate de chaux contenu dans le suc gastrique, M. Blondlot a procédé à la recherche des autres éléments inorganiques de ce fluide ainsi qu'il suit :

Après avoir évaporé à siccité du suc gastrique, il charbonne le résidu. Pendant cette opération, il se sublime du chlorhydrate d'am-

moniaque. Le charbon étant lavé à l'eau distillée, les eaux de lavage, parfaitement neutres, ne sont pas troublées par l'eau de chaux, ce qui démontre l'absence des phosphates solubles. Evaporées, elles ont laissé déposer des cristaux cubiques de chlorure de sodium; tandis que l'eau mère retient un sel déliquescent, soluble dans l'alcool, qui n'est autre que du chlorure de calcium. Enfin, le charbon incinéré fournit une certaine quantité de phosphate de chaux, qui se trouvait dans le suc normal à l'état de biphosphate calcique...

Quant à la cause qui détermine la décomposition du chlorure de sodium, M. Blondlot croit pouvoir l'attribuer à une action électrique mise en jeu dans les parois de l'estomac.

Théorie de la vision.

M. Loyer, chirurgien-major au 49e de ligne, à Paris, adresse une note sur la théorie de la vision. Parmi les hypothèses que l'on expose depuis longtemps, dit l'auteur, pour expliquer comment la vision nous donne une notion exacte de la position des corps, malgré le renversement de leur image au fond de l'œil, on énonce clairement la véritable explication, sans cependant la prendre assez au sérieux pour renoncer à en chercher une autre.

L'âme place les objets dans le prolongement, en ligne droite du rayon qui les lui fait voir.

Cette proposition est en même temps l'énoncé d'un fait et son explication.

L'auteur développe ces deux propositions, qu'il n'y a pas d'image sans surface réfléchissante; que l'organe de perception a conscience de la direction du cône de lumière qui impressionne la rétine; et il conclut :

1° Que la rétine, qui peut être regardée comme un prolongement de l'organe de perception, est mise en communication avec l'objet extérieur lui-même par une chaîne de lumière qui l'impressionne pendant toute la durée de la vision;

2° Que l'image surprise au fond de l'œil par nos investigations est une conséquence de la concentration de la lumière dans l'œil, et qu'elle n'est qu'un phénomène secondaire inutile à la vision. Aussi l'enduit noir de la choroïde semble-t-il destiné à l'éteindre.

PARALLÈLE
ENTRE L'INOCULATION ET LA VACCINE.

Par M. le Dr Bayard, de Cirey-sur-Blaise.

Le travail suivant devait être lu mardi dernier à l'Académie; l'ordre du jour n'ayant pas permis à notre honorable confrère de prendre la parole, il a dû déposer son mémoire, que nous publions textuellement.

A la naissance de la vaccine, il y avait environ quatre-vingts ans que l'inoculation était pratiquée en Europe et méritait de plus en plus la confiance générale.

Il est superflu en parlant devant vous de m'étendre sur ce sujet. Nul ne conteste, insister serait puéril.

La vaccine détrôna l'inoculation; elle excita un enthousiasme qui, certes, n'était pas exagéré en présence de ses premiers succès. Néanmoins quelques hommes instruits et craignant Dieu, se remémorant la lutte insensée de Jacob, osèrent combattre l'opinion générale ou du moins demandèrent que l'adoption définitive de la vaccine fut précédée par *quarante* ans d'expériences. Ils blâmèrent par une admirable intuition de l'avenir le jugement précipité du comité central. Celui-ci leur répondit alors par cette sentence d'un nouveau genre :

« *La multiplicité des observations supplée en médecine au temps qui doit nous instruire.* »

La réponse était tranchante, oui; logique, non; il faut le reconnaître, messieurs, malgré tout le respect que nous conservons à la mémoire des douze célébrités médicales dont se composait le comité.

A cette première réponse faite aux sceptiques, bientôt vint s'en joindre une autre, celle-ci plus tranchante encore :

« Sa Majesté l'empereur, dit le *Traité de vaccination de* 1811, a fait vacciner son unique fils, le roi de Rome, et S. A. I. le prince Eugène Napoléon, vice-roi d'Italie, a chargé le docteur Sacco de vacciner les siens. Ces deux faits à jamais mémorables doivent *seuls* suffire pour illustrer à perpétuité cette pratique, prouver sa pleine et entière certitude et condamner ses ennemis à un silence *éternel*. »

Voilà, messieurs, quelles furent les seules garanties logiques que la vaccine offrit à l'avenir de la France et de l'Italie, et cela par la bouche même des plus célèbres médecins de l'époque. Elle triompha néanmoins; les Français s'empressèrent d'agir comme leur empereur invaincu : il était le plus fort, il devait avoir raison. Je dois le dire ici, cependant, à la plus grande louange du comité central, médiocrement rassuré *sans doute* par sa propre voix, répétant son aphorisme nouveau, il s'écrie :

« Quels que soient les avantages de la vaccine, elle ne saurait obtenir la préférence sur l'inoculation, à moins qu'elle ne préserve d'une manière *aussi sûre* et aussi durable. »

Cette phrase, adressée à un avenir que ne devaient pas voir les douze médecins du comité, nous devons la regarder aujourd'hui comme parvenue à son adresse.

La question se réduit donc à celle-ci : « La vaccine préserve-t-elle d'une manière aussi durable que l'inoculation ? »

Ainsi posée, messieurs, pas une voix médicale ne s'élèvera assurément pour la résoudre par une affirmation.

Donc l'inoculation doit aujourd'hui reprendre le trône usurpé sur elle par la vaccine au commencement de ce siècle.

En effet, messieurs, quand même la revaccination aurait un effet temporaire comparable à celui de la vaccination *primitive*, chose assurément plus que douteuse, n'est-il pas évident que cet usage entretiendrait dans les familles une perpétuelle inquiétude?

Il faudrait revacciner l'enfant vers l'âge de sept ans; ainsi le veulent les Anglais. Or si la revaccination ne réussit pas, ce qui arrive très fréquemment, il faudra donc recommencer la semaine suivante, puis encore la semaine d'après, puis sans cesse, puis toujours, sans repos ni trêve pour les pères et les enfants.

L'inoculation primitive, au contraire, rassurante pour le présent et l'avenir, n'a aucune espèce d'inconvénient aujourd'hui. Je dis aucune espèce, je n'eusse pas ainsi parlé il y a cinquante ans; mais aujourd'hui que la vaccine est généralement répandue en France, l'inoculation pratiquée en *grand* rendrait à peu près illusoire la crainte des épidémies imprévues. La variole ne serait dangereuse que pour ceux qui, au milieu de cette masse d'inoculés, persisteraient à courir les chances de la maladie sans avoir recours à aucun des deux procédés de préservation.

La découverte de la vaccine aurait eu ainsi du moins le mérite incontestable de faciliter une transition heureuse et de rendre l'inoculation traditionnelle en France, comme elle l'est depuis un temps immémorial en Afrique et dans l'Inde.

L'expérience, messieurs, a sanctionné ces prévisions.

J'ai en 1851 inoculé la variole dans plusieurs communes de la Haute-Marne où la population est agglomérée, et la contagion n'a pas dépassé le cercle de mes 82 inoculés.

Je viens de répondre en peu de mots au rapport sur les vaccinations de 1849; la tâche était facile. Il me suffisait d'opposer à la commission de 1851 le comité central de 1802.

J'aborde maintenant un terrain plus glissant, mais sur lequel je suis certain de ne pas faire un faux pas.

Tout à l'heure je répondais à la prose de M. Bousquet par la prose de M. Thouret; la lutte pouvait rester indécise.

Maintenant, il n'en est plus de même; j'ai pour me servir d'appui quelque chose de plus solide que des phrases : ce sont des chiffres d'une éloquence formidable, des faits d'une écrasante simplicité.

On m'a reproché, messieurs, non d'avoir été convaincu par les chiffres de M. Carnot, mais d'avoir hautement avoué cette conviction.

Je dois à cet égard à l'Académie de médecine quelques mots d'explications.

Les chiffres de M. Carnot, comme on se plaît à les appeler, ne lui appartiennent point; ils sont du domaine public, sans exception aucune; ils sont tous officiels !....

M. Carnot ne s'enveloppe jamais dans les replis ténébreux d'une analyse mathématique indéchiffrable pour le vulgaire; il tient à être compris de tout le monde, et il l'est. Jamais il ne fait appel aux artifices de la rhétorique; concis et clair à la fois, il se borne à mettre constamment la démonstration précise du fait en regard de son énoncé.

Voilà, messieurs, pourquoi M. Carnot n'a jamais rencontré, ne rencontrera jamais un contradicteur *sérieux*. On lui a répondu, on lui répondra encore peut-être, celui-ci par un anachronisme de vingt-cinq ans, tel autre par des chiffres officieux, celui-là par une phraséologie sonore emportée par le vent; tout sera dit, et la lumière, après son éclipse momentanée, n'apparaîtra que plus éclatante.

« C'est dans les trois premières années de la vie, dit M. Carnot en se résumant, que la vertu fallacieuse du vaccin est signalée par une préservation extraordinaire, *qui* diminue ensuite d'année en année et cesse vers l'âge de dix ans! L'accroissement proportionnel des survivants atteint alors son maximum. Il est des 2/5mes en cas de vaccination générale; à l'âge de vingt ans il est réduit à 1/3; à l'âge de trente ans, à 1/10e; vers l'âge de quarante, à zéro !.....

L'épargne faite sur l'enfance est gaspillée par l'adolescence et par la jeunesse.

» La vaccine a déplacé la variole, voilà tout !..... Exerçant une préservation *temporaire*, elle a retardé le développement du germe inconnu de ce contage et rejeté sur la période *féconde* de la vie les charges de la période *impubère*. Aux convulsions disparues dans le premier âge, ont succédé les spasmes effrayants du typhus quand est venue la fleur de la vie!..... »

Ces conclusions, messieurs, auxquelles M. Carnot a été conduit par une analyse sévère, inconnue avant lui, éclairent la pratique médicale de l'observateur sans partialité.

C'est à ce titre que je les adopte hautement.

En définitive, messieurs, *la mortalité de la jeunesse a doublé depuis l'introduction de la vaccine en France.*

Rien n'est brutal comme un fait, disait Royer-Collard, et aucun fait n'est mieux démontré que celui-ci; il défie ouvertement les subtilités de la rhétorique.

Si ce discours écourté, messieurs, a laissé subsister encore quelques doutes dans vos esprits sur la cause primitive de ce fait anormal, dans le doute, abstenez-vous du moins, je vous en supplie. Rendez aux familles inquiètes leur liberté naturelle confisquée par l'omnipotence impériale; employez la persuasion et non la force. Permettez-nous désormais d'envoyer nos enfants à l'école sans les faire timbrer au bureau vaccinal; ne risquez pas, enfin, l'avenir de la France pour défendre une infaillibilité succombant à son tour après tant d'autres infaillibilités prétendues.

C'est là le modeste vœu que je vous adresse.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA SIXIÈME LEÇON (1).

Pendant deux saisons d'été, Parry ne vit pas un seul orage entre le 70e et le 75e de latitude nord. Pendant trois saisons passées vers le 65e, il n'observa qu'une seule fois quelques éclairs et quelques coups de tonnerre. Au fort Francklin, par 67° 1/2, le tonnerre ne fut entendu que deux fois dans l'espace de deux années. En Irlande, par 65°, il a tonné une seule fois dans le même espace de temps.

Pline et Plutarque placent l'Egypte et l'Ethiopie parmi les contrées où il ne tonne jamais. Cette assertion ne saurait être maintenue; car on sait d'une manière certaine aujourd'hui qu'il tonne dans toute l'étendue de l'ancienne Ethiopie, trois ou quatre fois par an au Caire, et très souvent à Alexandrie; mais il paraît certain, au contraire, que les orages sont entièrement inconnus dans le Bas-Pérou, par le 12e de latitude sud.

Si maintenant on se demande quels sont les lieux où il tonne le plus, on trouve que le Bas-Pérou est une exception unique dans les régions équinoxiales, et que c'est manifestement dans les hautes latitudes que les orages se montrent avec leur plus grande fréquence.

M. Arago a cherché à résoudre une question qui n'est pas sans importance pour la détermination de la fixité des climats : tonne-t-il aujourd'hui aussi souvent que jadis? Sans arriver à une certitude complète, l'illustre savant a trouvé dans les historiens et les poètes grecs et latins, des documents qui le portent à penser qu'en Grèce et en Italie les orages sont aujourd'hui moins fréquents et moins intenses qu'ils ne l'étaient autrefois.

Il tonne beaucoup moins souvent en pleine mer que sur les continents. Cette assertion est confirmée par des observations recueillies dans toutes les régions du globe, et on peut admettre comme démontré que l'atmosphère océanique est beaucoup moins apte à engendrer les orages que celle des continents et des îles. « J'ai même quelque raison de croire, dit M. Arago, qu'au delà d'une certaine distance de toute terre *il ne tonne jamais*. »

Quelques circonstances locales exercent une influence remarquable sur la fréquence des orages.

Hutchinson nous apprend qu'à la Jamaïque, depuis le 1er novembre jusqu'au 15 avril, les sommets des montagnes du Port-Royal commencent à se couvrir de nuages *tous les jours* entre onze heures et midi; à une heure éclate un violent orage; vers deux heures et demie le ciel a repris sa sérénité; voilà donc la présence de montagnes qui pendant cinq mois et demi de l'année donne lieu à des orages quotidiens et périodiques. En général les orages sont plus fréquents et beaucoup plus violents dans les pays de montagnes que dans la plaine, d'abord, parce que les vents produisent une condensation plus rapide des vapeurs, et ensuite parce que les montagnes s'opposant au mouvement des nuages, l'électricité produite s'accumule pour ainsi dire dans un seul point. Souvent aussi un orage formé dans la plaine ou dans une vallée est poussé par le vent vers une chaîne de montagnes, et alors il s'y arrête. Suivant M. Boussingault, il tonne presque tous les jours à Popayan pendant une certaine saison.

A Paris il tonne, terme moyen, 14 fois par an; à Deninvilliers, entre Pithiviers et Orléans, la moyenne s'élève à 21. On compte par année, terme moyen, 42 orages à Rome et seulement 13 à Palerme.

Selon Dillwyn, il faut tenir compte de la nature du terrain; les orages sont plus fortes et plus fréquentes dans les pays calcaires; ils le sont d'autant moins, qu'une contrée renferme une plus grande quantité de mines métalliques. Dans le département de la Mayenne on trouve des masses de diorite grenue et compacte qui renferment une proportion notable de fer, et qui agissent sur l'aiguille aimantée. Or on assure que les orages les plus menaçants se dissipent ou prennent une certaine direction sous l'action conductrice de ces masses. De nouvelles observations sont nécessaires pour élucider ces intéressantes questions, et il est à désirer qu'elles aient lieu; car, ainsi que le dit M. Arago, ce serait une grande découverte dans la physique du globe que la preuve d'une liaison intime et prononcée entre la nature géologique des terrains et le nombre ou la force des orages.

Je termine, messieurs, ce que je voulais dire de l'électricité atmosphérique par quelques chiffres que j'emprunte à l'intéressant mémoire de M. Arago, que nous avons déjà si souvent mis à contribution; ils vous feront connaître les fréquences moyennes et extrêmes des orages dans un grand nombre de localités.

A *Paris*, par 48° 50' de latitude, 52 années d'observations, de 1785 à 1837, ont fourni les résultats suivants :

Moyenne annuelle des orages. . . 13,8

Les moyennes mensuelles sont :

Janvier 0,1, février 0,1, mars 0,3, avril 0,8, mai 2,7, juin 2,9, juillet 2,6, août 2,1, septembre 1,3, octobre 0,5, novembre 0,1, décembre 0,1.

A *Toulouse*, par 43° 1/2 de latitude nord, 7 années d'observations :

Moyenne annuelle. 15,4
Extrêmes. . . . . 4 — 24

A *Deninvilliers* près Pithiviers, par 48° lat. n., 24 années d'observations :

Moyenne annuelle. 20,6
Extrêmes. . . . . 15 — 32

A *Smyrne*, par 38° 1/2 de latitude, une seule année d'observations :

Nombre des orages dans un an. . . 19

Répartition dans les divers mois :

Janvier 2, février 4, mars 4, avril 1, mai 1, juin, juillet, août 0, septembre 3, octobre 0, novembre 1, décembre 3.

A *Buénos-Ayres*, par 34° 1/2 de latitude s., 7 années d'observations :

Moyenne annuelle. 22,6

Moyennes mensuelles :

Janvier 1,9, février 2,6, mars 2,1, avril 1,8, mai 1,7, juin, 1,1, juillet 1,3, août 1,0, septembre 2,9, octobre 2,3, novembre 1,8, décembre 2,0.

A la *Guadeloupe*, par 16° 1/2 de latitude n. :

moyenne annuelle. 37

Il ne tonne jamais pendant les mois de janvier, février, mars et décembre, et c'est dans le mois de septembre que les orages sont le plus fréquents. Il en est de même à la Martinique.

A *Rio Janeiro*, par 23° de latitude sud, 6 années d'observations :

Moyenne annuelle. 50,7
Extrêmes. . . . . 38 — 77

Répartition par mois :

Janvier 10,2, février 9,3, mars 4,0, avril 1,7, mai 0,8, juin 0,7, juillet 1,3, août 1,1, septembre 2,8, octobre 3,7, novembre 6,9, décembre 9,0.

A *Patna* dans l'Inde, par 25° 37' de latitude n., une seule année d'observations :

Nombre des orages. 53

A *Calcutta*, par 22° 1/2 de latitude n., une seule année d'observations :

Nombre des orages. 60

Répartition par mois :

Janvier 0, février 4, mars 6, avril 5, mai 7, juin 8, juillet 6, août 10, septembre 9, octobre 5, novembre et décembre 0.

A *Berlin*, par 52° 1/2 de lat. n., 15 années d'observations :

Moyenne annuelle. 18,4
Extrêmes. . . . . 11 — 30

A *Strasbourg*, par 48° 1/2 de lat. n., 20 années d'observations :

Moyenne annuelle. 17
Extrêmes. . . . . 6 — 21

A *Utrecht*, par 52° de lat. n. :

Moyenne annuelle. 15
Extrêmes. . . . . 5 — 23

A *Athènes*, par 38° lat. n., 3 années d'observations :

Moyenne annuelle. 11
Extrêmes. . . . . 7 — 18

A *Saint-Pétersbourg*, par 60° lat. n., 11 années d'observations.

Moyenne annuelle. 9,2

Répartition par mois :

Janvier, février, mars 0, avril 0,7, mai 2,7, juin 2,1, juillet 2,5, août 0,9, septembre 0,1, octobre 0, novembre 0,1, décembre 0.

A *Londres*, par 51° 1/2 de lat. n., 13 années d'observations :

Moyenne annuelle. 8,5
Extrêmes. . . . . 5 — 13

Répartition par mois :

Janvier 0, février 0,2, mars 0,4, avril 0,4, mai 1,8, juin 1,4, juillet 2,0, août 1,3, septembre 0,4, octobre 0,4, novembre 0,2, décembre 0,1.

A *Pékin*, par 40° lat. n., 6 années d'observations :

Moyenne annuelle. 5,8
Extrêmes. . . . . 3 — 14

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet et 7 août.

Répartition par mois :
Janvier, février, mars 0, avril 0,2, mai 0,5, juin 2,0, juillet 1,7, août 1,0, septembre 0,3, octobre 0,1, novembre et décembre 0.

Au *Caire*, par 30° lat. n., 2 années d'observations :

Moyenne annuelle.	3,5
Extrêmes.	3 — 4

Répartition par mois :
Janvier 1,0, février 0, mars 0,5, avril 1,0, mai, juin, juillet, août, septembre et octobre 0, novembre 0,5, décembre 0,5.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

SUETTE MILIAIRE.

Valognes, le 7 août 1851.

Monsieur le rédacteur,

Il n'est que trop vrai qu'une épidémie de suette miliaire a jeté la consternation dans les arrondissements de Valognes et de Cherbourg.

En même temps que vous annonciez dans votre journal l'existence et les ravages de cette terrible maladie sur les bords de la Méditerranée, à près de deux cent-cinquante lieues de distance, sur les bords de la Manche, le même fléau sévissait avec autant de fureur et faisait peut-être plus de victimes.

Les premiers cas se sont déclarés dans une commune du canton des Pieux, arrondissement de Cherbourg, nommée Grosville. De là l'épidémie s'est avancée en rayonnant, et n'a pas tardé à envahir les communes de Briquebosc, les Pieux, Flamanville, Benoîtville, Saint-Germain-le-Gaillard, Quettetot, Ranville-la-Bigot, Breuville, Viraudeville, Sottevast, Brix et plusieurs autres moins importantes. Pendant près d'un mois, le pays a été plongé dans la désolation et l'épouvante. Les premiers jours, un grand nombre de malades succombaient dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, quelques-uns même en trois ou quatre. Peu à peu l'épidémie s'est pour ainsi dire épuisée, et dans la seconde moitié de son règne elle ne faisait presque plus de victimes. Cependant plus des trois quarts des habitants ont subi ses atteintes, et j'ai su qu'aux Pieux seulement il y avait eu à la fois plus de deux cents malades.

Il est facile de comprendre que, malgré leur dévouement, les médecins de la localité ne pouvaient suffire; aussi l'administration départementale s'est-elle empressée d'envoyer sur les lieux ravagés par le fléau deux médecins distingués de Cherbourg, MM. Blache, médecin en chef de la marine, et Loysel, médecin civil, des sœurs de charité et des prêtres de Valognes et de Cherbourg.

Des soins éclairés ont bientôt diminué la mortalité, qui, en vérité, existait d'abord dans des proportions effrayantes. Et quoiqu'il soit bien vrai de dire: malheur à ceux qui sont les premiers atteints dans une épidémie quelconque, je pense qu'un grand nombre de malheureux ont été victimes d'un traitement absurde. Nos paysans sont, comme ailleurs sans doute, fort enclins à enfreindre les lois de la médecine pour suivre avec entêtement les voies funestes du charlatanisme et de l'ignorance; c'est ce qui est arrivé dans les communes les plus cruellement frappées, surtout Grosville, Briquebosc, Benoîtville, etc. Un vieux préjugé persuade aux gens du peuple qu'il faut du *réchauffement*, comme ils disent, pour toutes les maladies éruptives; et malheureusement, ce préjugé, prôné et entretenu par quelques hommes influents étrangers à l'art de guérir, et dont le devoir eût été de se mêler exclusivement d'un tout autre ministère, a prévalu trop longtemps, et le nombre toujours croissant des décès a pu seul dessiller les yeux de ces pauvres ignorants et permettre à la médecine d'intervenir plus sagement et surtout d'une manière plus efficace.

Voici, en effet, monsieur le rédacteur, le traitement incendiaire qu'on leur faisait suivre : Non contents d'envelopper les pauvres malades, tout ruisselants de sueur et noirs de fièvre, dans des couvertures de laine, on les entortillait encore dans une couche épaisse de laine en suint; souvent on les couvrait par-dessus la tête, de sorte qu'ils étaient comme dans une étuve infecte; on fermait hermétiquement les rideaux du lit, et malgré la chaleur de l'atmosphère, on calfeutrait portes et fenêtres, et, pour étancher leur soif ardente, on leur donnait à boire du cidre bouillant avec du sucre et de l'eau-de-vie!!... Est-il étonnant, après cela, qu'il y ait eu tant de morts à déplorer, et un pareil traitement ne serait-il pas plus meurtrier lui-même que la plus terrible épidémie?

La suette s'est étendue dans un rayon de quelques lieues seulement; Valognes et Cherbourg n'ont présenté que quelques cas isolés, sans gravité. Cependant, cette maladie est ordinairement plus circonscrite qu'elle ne l'a été cette année. Il y a dix ou douze ans, elle ravagea la ville de Coutances sans se répandre aux alentours. Il y a soixante-dix ans environ, le même fléau s'abattit, c'est le mot, sur la commune de Sottevast, et y fit de tels ravages qu'on arbora le drapeau noir sur le clocher, et qu'on ne trouvait personne pour enterrer les morts. Eh bien! c'est à peine si l'on constata quelques cas isolés à une demi-lieue à la ronde. Les vieillards du lieu en ont conservé le triste souvenir, et cette maladie n'a pas d'autre nom dans le pays que celui de *maladie de Sottevast.* Depuis lors, on n'en avait pas entendu parler.

Il y a une quinzaine de jours, la suette miliaire se déclara subitement à Carentan et dans les environs, y fit quelques victimes, mais en petit nombre, et aujourd'hui elle a presque complétement cessé. C'est cette réapparition subite et inattendue de l'épidémie qui a inspiré le malencontreux article inséré dans le journal de l'arrondissement de Valognes.

Agréez, etc. A. Leneveu, d.-m.-p.,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PEMPHIGUS DES NOUVEAU-NÉS.

Monsieur le Rédacteur,

Comme je crois qu'il est du devoir de tout praticien d'apporter le concours de ses observations dans la question pendante de médecine et de chirurgie, je m'empresse de vous envoyer une observation de pemphygus syphilitique des nouveau-nés; observation qui peut-être pourra se joindre à celles déjà exposées devant l'Académie de médecine par M. le professeur Dubois, et qui me corrobore de plus en plus dans les idées émises sur cette affection par le savant professeur.

Marguerite H... est âgée de trente-quatre ans, d'une stature moyenne, d'un tempérament lymphatique, mariée depuis neuf ans. Quatorze mois après son mariage, elle accoucha à six mois d'un enfant mort; on ne remarqua rien à l'extérieur. Quinze mois après elle accoucha d'un second enfant à sept mois. Cet enfant, comme le précédent, vint encore sans vie, et sans qu'on remarquât sur son corps la moindre lésion de la peau.

Au bout d'une année arriva un troisième enfant; mais cette fois à terme. Marguerite H... croyait à un enfant vivant; mais grande fut sa stupéfaction en accouchant encore d'un enfant mort, avec un ventre volumineux et un épanchement assez considérable, au dire de la sage-femme et d'un officier de santé qui se trouvait là à ce moment. L'année suivante elle accoucha d'un enfant de huit mois, mort hydropique comme le précédent, et dans les deux années qui suivirent, de deux enfants à terme, morts également tous deux, et comme les quatre autres sans lésions apparentes. Enfin, il y a cinq semaines, elle accoucha d'un septième enfant à terme et vivant.

Pendant les quatre premières semaines, les parents ne virent rien d'extraordinaire; mais lorsque je fus appelé, il y a quelques jours, pour visiter cet enfant, je le trouvai couvert de bulles de pemphigus à toutes les périodes. La plante des pieds était l'endroit où elles s'étaient montrées primitivement et plus abondantes; elles étaient ulcérées et s'étendaient sur les talons et sur les côtés des pieds. Les jambes et le dos en étaient parsemés d'un assez grand nombre, et les fesses en étaient couvertes totalement. Dans cet endroit, on pouvait enlever facilement la peau, et on mettait à découvert du pus assez consistant. Les parties génitales, très enflammées (c'était une petite fille), présentaient de petites ulcérations, ainsi que l'orifice du rectum; la face était couverte de plaques et de taches cuivrées tout à fait caractéristiques. Le ventre était très volumineux; le foie dépassait les fausses côtes, mais il n'y avait pas d'épanchement. Le nez était rempli de sécrétions desséchées, et il fallait le déboucher souvent pour y laisser passer l'air librement. La respiration était normale et l'appétit satisfaisant.

Etabli depuis peu dans le pays, je n'avais pu voir les autres enfants, sur lesquels peut-être on aurait pu reconnaître des traces de la maladie; mais, en présence de ce dernier, je reconnus de suite l'affection qui, dans ces derniers temps, avait occupé l'Académie, restait à connaître les antécédents des parents, et ce que j'avais prévu arriva. Le père, ancien militaire, m'avoua qu'il avait eu un bubon, bubon qui avait exigé un séjour assez long à l'hôpital. Quant à la mère, elle se plaignait de temps en temps d'inflammation et d'écoulement du côté des parties génitales; comme elle n'en souffrait pas lors de ma visite, elle se refusa à l'examen.

Je vous envoie donc, monsieur le Rédacteur, cette observation pour en faire l'usage qui vous paraîtra le plus convenable. Pour moi, elle me paraît d'autant plus intéressante qu'on y trouve réunis tous les faits avancés dans ces derniers temps : vérole ne laissant aucune trace sur l'individu et paraissant guérie depuis treize ans; deux enfants venus avant terme, deux autres hydropiques, et enfin deux autres morts, quoiqu'à terme. en tout six enfants morts avant la naissance, et un septième vivant avec tous les caractères les plus évidents de la vérole constitutionnelle.

Il est à regretter que les six enfants morts n'aient pas été examinés avec soin; peut-être aurait-on pu trouver quelques traces extérieures; peut-être aussi l'autopsie aurait-elle révélé quelques lésions intérieures. En tout cas, je soumets ce dernier enfant à un traitement antisyphilitique, et j'engagerai les parents à s'y soumettre également. Morin, d.-m., à Stainville (Meuse).

Chronique et nouvelles.

Notre honorable confrère M. le docteur Bédor, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Troyes, nous écrit à propos de l'article d'un journal anglais sur l'hydrocéphale reproduit dans notre numéro du 7 de ce mois, et nous prie de reproduire le fait publié observé par lui-même et inséré dans notre numéro du 22 janvier 1831. — La communication dont parle M. Bédor ayant été textuellement reproduite dans notre journal en 1850, p. 458, nous croyons qu'il suffira de la rappeler à nos lecteurs.

— M. Edouard-Robin ouvrira, le 18 août, par la physique expérimentale, la chimie raisonnée, théorique et pratique, l'histoire naturelle médicale et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, et celui de mathématiques à huit heures.

— La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles vient de renouveler son bureau. M. le professeur Graux a été nommé président, et M. le professeur Thiry, secrétaire, à l'unanimité des voix.

— Par décision récente du conseil d'administration de l'Université de Bruxelles, M. le docteur J. Hannon, professeur de botanique à la Faculté des sciences, vient d'être nommé professeur d'anatomie et de physiologie comparée à la Faculté de médecine.

(*Presse méd. de Bruxelles.*)

DE LA FABRICATION DU CHOCOLAT.

Une visite à la fabrique de la Compagnie coloniale. Passy (Seine).

A cette époque où des plaintes s'élèvent chaque jour, soit sur la fabrication défectueuse de certaines substances alimentaires, soit, ce qui est plus grave encore, sur les coupables falsifications dont elles sont l'objet, on est heureux de constater les efforts tentés par de consciencieux fabricants pour mettre leur industrie à l'abri de semblables accusations.

C'est à ce point de vue que nous nous occupons aujourd'hui des améliorations que la Compagnie coloniale vient d'apporter dans la fabrication du chocolat, qui, par ses bienfaisantes qualités, tient, comme on le sait, une place importante dans l'alimentation.

La Compagnie coloniale a établi sa fabrique entre le bois de Boulogne et la barrière de l'Etoile, dans l'exposition la plus favorable aux conditions hygiéniques que réclame un établissement de cette nature. Nous avons visité cette fabrique dans tous ses détails, et cette visite nous a démontré, jusqu'à l'évidence, que les fondateurs de la Compagnie coloniale, sortant des sentiers trop longtemps battus, et appelant à leur aide les conseils de la science, ont adopté les procédés de fabrication les plus rationnels et les plus perfectionnés.

Ce qui frappe tout d'abord, en entrant dans cette usine, c'est l'extrême propreté, le premier et le véritable luxe d'une semblable fabrique, qui règne de toutes parts. On comprend que, dans ces ateliers inondés de jour et largement aérés, la pâte de chocolat, si prompte à se détériorer sous l'influence des mauvaises odeurs ou d'un air vicié, n'ait à redouter aucune altération.

Une puissante machine à vapeur distribue partout la vie et le mouvement, en même temps qu'elle fournit aux appareils qui doivent être chauffés une température toujours égale. Les cacaos qui couvrent les planchers du premier étage proviennent des pays de production les plus estimés; récoltés à l'époque de l'année la plus opportune par des colons intéressés eux-mêmes dans la Compagnie, embarqués avec tous les soins nécessaires, ces cacaos arrivent et sont emmagasinés dans un état parfait de conservation. Emploi de matières premières de choix, telle est pour la Compagnie coloniale, si nous osons nous exprimer ainsi, la clef de voûte de sa fabrication.

Ces précieuses amandes, toutes parfaitement saines, sont ensuite soumises à la torréfaction, et elles subissent dans cette première et délicate opération un degré de chaleur que de nouveaux et ingénieux procédés permettent de régler avec une certitude rigoureuse, sans que rien soit donné au hasard.

Si, en visitant la fabrique de la Compagnie coloniale, on suit avec un intérêt soutenu les opérations successives dans lesquelles les cacaos sont triés, torréfiés, concassés, minutieusement épluchés, nous osons le dire, cet intérêt augmente lorsqu'on parcourt, au rez-de-chaussée, l'immense pièce où fonctionnent les appareils destinés à écraser les sucres de la plus belle qualité et de la meilleure origine; les mélangeurs, où le sucre et le cacao subissent sur un lit de marbre, et sous le poids du granit, une première trituration; les broyeurs, où le genie de la mécanique se révèle dans ses combinaisons les plus heureuses.

Nous avons remarqué que, dans aucune de ces machines, le chocolat n'est jamais en contact avec le fer, qui tend à lui communiquer une saveur métallique offensante pour le goût et souvent blessante pour l'estomac. Ici, le marbre ou le granit ont remplacé les instruments en fer. C'est encore le marbre qui recouvre les plafonds et les murs des salles construites dans les étages inférieurs de la fabrique, et où les chocolats sont transformés en tablettes, pastilles, bonbons, etc., avant de recevoir sur leurs enveloppes le timbre et le cachet de la Compagnie qui les accréditent parmi les consommateurs et leur servent de signalement.

Nous ne saurions trop le répéter : si un grand nombre de fabricants, dont les industries s'appliquent à des substances alimentaires et qui dès lors intéressent l'hygiène au plus haut point, adoptaient sous le double rapport de la fabrication et du commerce de leurs produits les principes qui ont guidé la Compagnie coloniale dans la voie nouvelle où elle est entrée, un grand progrès serait accompli. Ces industries, désormais réhabilitées, imposeraient silence aux plaintes et aux accusations qu'elles ne justifient que trop souvent et que font justement entendre la morale blessée et la santé publique compromise.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 95. — SAMEDI — MARDI 19 AOUT 1851. (24e ANNEE.)
N° 95. — SAMEDI — MARDI 19 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 23,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 18 AOUT 1851.

L'ÉLECTION ACADÉMIQUE.

Il ne nous faut rien moins que l'extrême intérêt que nous portons à l'Académie pour entretenir une fois encore le public de l'élection qui doit avoir lieu demain. Si la majorité des suffrages académiques tombe (*mirabile visu!*) sur une candidature que tout semblait devoir rendre impossible, c'est en définitive l'Académie, et non pas nous, qui en supportera les conséquences ; s'il plaît à l'Académie de compromettre son autorité et de transformer ses séances en des conciliabules de sages-femmes, l'Académie en est parfaitement la maîtresse. Les hommes intelligents et laborieux sauront seulement qu'ils doivent s'adresser ailleurs qu'à l'Académie de médecine pour obtenir une juste récompense de leurs travaux.

C'est uniquement pour éviter des malentendus et pour que chacun ait bien la conscience et porte bien la responsabilité de ses actes, que nous publions ce supplément d'instruction sur les candidatures académiques. Il existe encore, en effet, des académiciens intelligents et de bonne foi qui ne sont pas persuadés que les rédactions incroyables qu'on a mises sur le compte de M. Chailly lui appartiennent réellement. C'est pour ceux-là que nous prenons au hasard dans les œuvres de l'honorable candidat un fragment qui mettra en évidence ses qualités académiques et scientifiques.

Il est certain périnées qui sont tellement *friables*, qu'ils se déchirent sous la main la plus habile, et chacun connaît les déplorables conséquences d'un semblable accident. Quand le sphincter de l'anus se trouve atteint, *toute l'existence morale de la pauvre femme est compromise.* Elle devient un objet de dégoût pour elle-même et pour les autres, et toute la vie de l'accoucheur malheureux, je me garde bien de dire maladroit, *ne suffira pas à* EXPIER *la somme de* RÉPROBATION *que cet accident viendra* ACCUMULER SUR LUI. Si, au contraire, quand cette déchirure est à craindre, et surtout quand elle est inévitable, vous acceptez cet accident pour en tirer le meilleur parti possible; si, dis-je, vous faites une petite encoche d'un centimètre avec les ciseaux sur le côté du périnée au moment de sa plus grande distension, vous évitez souvent la déchirure, cette incision pouvant suffire à donner à la vulve assez d'ampleur ; ou, si la déchirure a lieu, au moins vous aurez marqué la place où elle devra se faire ; ce ne sera plus sur la ligne médiane, dans la direction du sphincter, mais bien obliquement et dans une direction qui permettra aux organes d'être ménagés, quelle que soit l'étendue de la déchirure.

Que d'accidents cette excellente pratique de M. le professeur Paul Dubois n'a-t-elle pas évités! Elle m'a rendu de si utiles services depuis quinze ans, que je ne saurais trop la recommander.

Que de fois, dès le début de ma pratique, et avant de connaître ce procédé, *ne me suis-je pas senti inondé de sueur froide* EN PRÉSENCE D'UN PÉRINÉE qui me semblait disposé à se rompre, accident auquel je *sentais l'avenir de la femme et le mien attachés!*

Les anatomistes nous ont habitués à regarder le périnée comme formé de *plans musculaires et fibreux superposés.* ETRANGE ERREUR! pour l'accoucheur, *le périnée est* UNE TOILE D'ARAIGNÉE *à laquelle sont attachés d'un côté l'*AVENIR MORAL DE LA FEMME, *de l'autre l'*EXISTENCE MORALE ET PHYSIQUE DE L'ACCOUCHEUR.

J'ai mis bien souvent ce moyen en usage, et jamais je n'ai vu en résulter le plus léger inconvénient. Cette petite incision n'est pas sentie par la femme ; elle se cicatrise avec une grande rapidité; tandis qu'une déchirure, n'eût-elle pas compromis le sphincter, sans cesse baignée par les lochies, est longue à guérir, et nécessite le plus souvent la périnéoraphie.

J'ai insisté sur toutes ces considérations dans les deux éditions successives de mon *Traité pratique d'accouchement;* mais ce procédé de M. P. Dubois est appelé à rendre de si grands services, qu'il m'a paru mériter une mention expresse. Bien rarement il manque son effet; et, en supposant que cela ait lieu, au moins vous n'aurez pas à vous reprocher d'avoir négligé les moyens d'assurer l'intégrité de cet organe si essentiel.

Il est un autre moyen qui peut venir en aide à cette incision, qui peut même dispenser de la pratiquer quand la résistance du périnée est peu prononcée, c'est l'emploi du chloroforme en inhalation.

Déjà, en 1847, j'ai signalé l'assouplissement du périnée et de l'anneau vulvaire par les agents anesthésiques, inspirés dans le but d'atténuer les douleurs si vives que détermine la dernière expulsion de l'enfant.

Ces inspirations, employées dans cette intention, je les ai généralisées dans ma pratique depuis cette époque, à petite dose, et sans faire perdre connaissance à la patiente; seulement, pour atténuer la douleur pendant une grande partie du travail, et surtout au moment de la terminaison de l'accouchement, et jamais je n'ai observé le plus petit accident, ni pour la mère, ni pour l'enfant, et toujours j'ai observé que le périnée était plus ou moins relâché.

Mais cependant il ne faudrait pas dans les résistances extrêmes du périnée compter seulement sur ces agents; ils ne peuvent dispenser de petites incisions.

Voici un nouvel exemple de l'efficacité de cette petite incision, dans un cas où le chloroforme n'a pas été employé ; il eût été sans effet chez un sujet habitué aux inspirations d'éther. Ce fait montre, en outre, que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, le nœud du cordon peut amener la mort de l'enfant.

Quelles que soient l'étrangeté et les prétentions du style de M. Chailly, si elles ne faisaient que masquer des idées scientifiques, réelles et utiles, elles ne suffiraient peut-être pas pour rendre impossible sa candidature devant un corps savant jaloux de sa réputation. Malheureusement il n'en est point ainsi. M. Chailly, ainsi que l'a très bien fait ressortir M. Cazeaux dans son remarquable rapport, n'a jamais fait que reproduire, avec des modifications peu heureuses dans la forme, des opinions ou des méthodes déjà proposées par d'autres praticiens. Le fragment que nous venons de rapporter n'est qu'une des nombreuses preuves de cette assertion.

Enfin, ce qu'il y a de fâcheux encore chez M. Chailly (considéré, bien entendu, au point de vue académique), c'est qu'il est loin de se faire un idée exacte sur le mérite de ses confrères comparé au sien. Si, par exemple, il opère une petite modification au forceps, voici dans quels termes cette modification se trouve annoncée au public :

FORCEPS CHAILLY.

Le docteur Chailly (Honoré), guidé par *ses vastes expériences*, vient d'améliorer l'instrument dit *forceps*, auquel les docteurs Baudelocque, Dubois, Moreau avaient déjà donné *leurs soins* sans arriver à des résultats satisfaisants.

Cet instrument est actuellement construit de manière à le rendre aussi inoffensif pour la mère que protecteur pour l'enfant. (Journal l'*Entr'acte*, 10 décembre 1840.)

Après un tel jugement, dans lequel M. Chailly est placé au-dessus de MM. Baudelocque et Paul Dubois, il ne nous reste plus rien à dire, notre devoir est rempli ; tant pis pour l'Académie si elle oublie le sien.

H. de Castelnau.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Du bubon. — Étiologie, siége. Bubon d'emblée.

Le bubon est l'engorgement des lymphatiques, et principalement des lymphatiques agglomérés sous forme de glandes, et qu'on appelle ganglions, engorgement survenant après un acte vénérien et l'inoculation du virus syphilitique.

C'est surtout de l'engorgement des ganglions de l'aine qu'il sera question ici. Cependant, presque tous les ganglions qui ont leurs vaisseaux afférents non loin de la peau et de l'origine des muqueuses peuvent être engorgés à la suite de l'inoculation d'un point de ces téguments. Après les bubons du pli de l'aine, ce sont ceux du creux de l'aisselle et du pli du bras que l'on observe le plus fréquemment. A l'aine, il peut y avoir encore des différences de siége; ainsi, ils peuvent être situés au-dessous ou au-dessus du pli; les premiers sont les bubons *cruraux*, les autres sont les bubons *abdominaux.* Lorsque ceux-ci se rapprochent beaucoup de la ligne médiane, de la racine de la verge, on les nomme encore *pubiens.* La position des chancres a une influence très positive sur le siége des bubons.

Le virus syphilitique, voilà la cause des véritables bubons; mais il n'arrive pas toujours de la même manière au ganglion. Il peut y arriver après avoir ulcéré ou seulement enflammé la surface tégumentaire avec laquelle il a été mis en contact; il peut y arriver à la faveur d'une solution de continuité traumatique des téguments, ou même sans altération aucune de ces téguments, c'est-à-dire par absorption physiologique. En d'autres termes, le bubon peut survenir après un chancre, après une blennorrhagie, après une plaie inoculée et sans aucune de ces lésions; c'est ce dernier auquel les syphiliographes ont donné le nom de *bubon d'emblée.*

Le chancre est certainement le point de départ le plus fréquent du bubon. Hunter l'avait parfaitement constaté. M. Philippe Boyer veut même qu'il n'y ait pas de chancre sans bubon, ce qui est une exagération aussi grande que l'opinion qui veut qu'il n'y ait pas de bubou syphilitique sans chancre.

FEUILLETON.

Congrès scientifique de Nancy.

QUELQUES NOTABILITÉS MÉDICALES. LA MALADIE ASIATIQUE. ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS, ETC. ;

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros du 24 juillet et 5 août.)

J'ai avancé que la colline surplombait pour ainsi dire l'établissement de Maréville et que les aliénés avaient fait disparaître la saillie et dégagé toute la partie postérieure des bâtiments. J'ai vu ces infortunés à l'œuvre et je suis encore à me demander si c'étaient bien là des êtres privés de raison.

Après cette visite, je fus conduit à une tribune d'où j'entendis des chants mélodieux sortir d'un groupe d'hommes et de femmes. Rien d'aussi attendrissant ne m'avait ému depuis Auxerre.

Il m'a semblé qu'à Paris nos aigles n'acceptaient plus avec le même enthousiasme les bienfaits de cette musique douce qui calme tant d'excitation et qui distrait pour un instant les malheureux aliénés de leurs idées fixes. Le grand art consiste à dérober à leur imagination le plus de minutes possible. Cela vaut mieux que le traitement matériel.

C'était la pensée de Leuret, qui n'admettait que le traitement moral et qui en 1840 avait introduit la musique à Bicêtre. Plus tard deux hommes remarquables, MM. Trélat et Baillarger, suivirent les mêmes errements pour la Salpêtrière.

Ecoutez la grande voix de l'expérience et voyez ce qui se passe dans la ville d'Aversa près de Naples. Aucun aliéné n'entre dans l'asile sans faire choix d'un instrument, et l'on ne va jamais à un exercice, à la table, au dortoir sans qu'on en fasse entendre les sons. Qu'importe qu'ils soient un peu discordants! le mérite, c'est d'occuper l'attention.

L'établissement d'Aversa est constitué comme les jardins d'Armide : tout est arbre, arbrisseau, fleurs. La peinture les reproduit sur les murs, les fenêtres à l'imitation de ces jolies images que l'on voit encore si fraîches dans les maisons de Pompéia, où elles furent cachées sous la cendre du Vésuve l'an 79 de notre ère.

Le nombre assez considérable d'aliénés fournis par quatre départements a permis au docteur Morel d'établir d'importantes comparaisons sur les causes principales des troubles de l'intelligence. L'exagération religieuse lui a semblé rare comme élément primitif. Elle est plus commune dans les pays où des cultes dissidents sont en présence et se livrent des guerres de principes. L'Angleterre et les Etats-Unis offrent plus de délires religieux que la France et l'Italie, et dans les régions de l'est l'Alsace en fournit plus que la Lorraine.

Quant à ce qui regarde l'amour proprement dit, on a des délires compliqués d'érotisme; mais les véritables délires amoureux produits par la poésie du sentiment, la recherche et l'adoration de l'idéal, on en possède peu dans l'asile de Maréville. Notre siècle n'est plus guère à ce genre de folie, et le positivisme des intérêts matériels a donné une autre tournure à notre manière de voir, de sentir, de juger.

Thérapeutique. — Leuret, de Nancy, dont je parlerai bientôt, avait, à mon sens, parfaitement raison lorsqu'il voulait borner le traitement aux moyens hygiéniques et moraux. Ainsi : Pinel, la chute des chaînes; Ferrus, le travail dans les champs; Trélat et Baillarger, la musique; Leuret, le système bien ordonné des moyens moraux; les médecins d'Aversa avec leurs jardins enchantés ont rendu plus de services aux aliénés que n'en rendra jamais tout le fatras de la matière médicale.

Toutefois, malgré mon scepticisme, je dois tracer ici les diverses méthodes employées à Maréville :

1° Les bains chauds et prolongés dans les cas de manie et de grande agitation;

2° Les irrigations sur la tête avec une pomme d'arrosoir;

3° Les irrigations d'eau froide le long de la colonne vertébrale et sur la région abdominale dans les cas d'atonie;

4° L'hydrosudothérapie chez les maniaques avec stupidité;

5° La saignée générale dans les complications de la folie avec les maladies aiguës ;

6° L'émétique en lavage quand l'aliénation se joint à un état saburral;

7° L'irritabilité des intestins commande beaucoup de circonspection dans l'emploi des drastiques;

8° Le séton à la nuque dans le cas de manie chronique, ainsi que le recommande M. Falret;

9° L'opium ne compte pas de succès;

10° Dans une séance, je me permis d'adresser cette question à M. le docteur Renaudin, directeur de l'établissement : Avez-vous employé l'inhalation des gaz? — Oui! et leur action fait changer de nature le délire.

C'est ordinairement pendant la première période du chancre que l'on voit croître le bubon, pendant le premier ou le second septenaire. Mais il peut apparaître après la disparition naturelle du chancre ou après sa cicatrisation provoquée. Nous ne pensous pas que la cicatrisation hâtive du chancre ait une véritable influence sur la production du bubon. Il s'écoule quelquefois un temps assez long entre la cicatrisation du chancre et l'apparition du bubon, ce qui prouve qu'il se fait encore ici une incubation. Ce sont, chez l'homme, les chancres du prépuce, et chez la femme, ceux qui sont voisins du méat urinaire, qui donnent le plus souvent lieu aux bubons.

La position du chancre de la verge peut avoir une influence réelle sur le siége du bubon. Cependant le rapport n'est pas assez rigoureux pour pouvoir permettre de faire toujours une réponse catégorique à la question suivante : étant donné le siége du chancre, déterminer quel sera le siége du bubon. On sait seulement que le bubon naît, en général, du même côté que le chancre. Ainsi, ceux du côté gauche du prépuce sont suivis de bubons du côté gauche de l'aine, et *vice versâ*. Cependant le contraire peut arriver aussi sans qu'il y ait croisement des lymphatiques ou anastomose.

Quand il y a chancre de chaque côté du prépuce, il y a ordinairement bubon dans chaque aine. Le chancre du frein donne indifféremment lieu au bubon droit ou gauche; quelquefois à un double bubon. Il faut aussi savoir que, bien qu'on en ait dit, il peut y avoir des chancres sans bubons. Il est bien entendu que l'on ne prendra pas pour bubons des ganglions seulement un peu engorgés, plus apparents qu'à l'état normal, état d'ailleurs qui peut être habituel, et qui, par conséquent, peut avoir existé bien longtemps avant toute espèce de manifestation chancreuse.

Nous avons dit que le bubon peut survenir par extension de l'inflammation. Ceci est beaucoup moins fréquent qu'après l'apparition du chancre. Tous les jours on pratique des plaies de la verge, du prépuce, soit que l'on enlève des végétations, soit que l'on pratique la circoncision; et après ces opérations il est très rare de voir se reproduire des bubons.

Nous avons dit aussi que le virus syphilitique peut produire le bubon après avoir seulement enflammé la surface tégumentaire ou muqueuse avec laquelle il a été mis en contact. La blennorrhagie est moins fréquemment que le chancre le point de départ du bubon. Quand il reconnaît la blennorrhagie pour cause déterminante, M. Ricord professe que le bubon est ou sympathique, ou produit par extension de l'irritation. Le bubon, véritablement syphilitique par absorption du virus, ne pourrait avoir lieu que dans le chancre urétral. Ceci est une hypothèse à laquelle nous ne devons pas nous arrêter ici; car nous avons déjà prouvé qu'il peut y avoir des blennorrhagies réellement syphilitiques. Nous ne parlerons pas non plus des bubons survenant à la suite des solutions de continuité traumatiques; car ils se rapportent aux bubons suite de chancres.

Bubon d'emblée. — Le bubon peut survenir à la suite de l'absorption physiologique du virus, c'est-à-dire sans avoir été précédé par les trois ordres de lésions que nous venons d'indiquer, sans inflammation, sans ulcération, sans solution de continuité. Ceci est prouvé par l'analogie, par les autorités, par les faits.

Un vaste réseau vasculaire revêt, on le sait, toute la surface du corps. Dans ce réseau est apporté le virus avec son véhicule. Le virus est assez subtil pour traverser la couche la plus extérieure des téguments sans solution de continuité, et, comme on le dit, par imbibition. De ce réseau partent les radicules des lymphatiques, qui s'emparent du virus pour le porter dans les vaisseaux, puis dans les ganglions. Tout ce chemin peut être parcouru sans lésion des conducteurs, parce qu'ils n'ont pas réagi. Mais si le premier réseau réagit, vous avez, en général, un chancre; si c'est le vaisseau, vous avez une lymphite chancreuse; si c'est le ganglion, vous avez l'adénite chancreuse, le véritable bubon syphilitique.

On n'a admis qu'une partie de cette vérité. On a été forcé de convenir que le vaisseau lymphatique peut être traversé par le virus sans être le moins du monde offensé. Quand on a besoin d'un chancre urétral profond, n'admet-on pas aussi que le virus peut parcourir presque tout l'urètre sans que ce canal en soit le moins du monde offensé? Pourquoi ne pas admettre la même tolérance de la part des autres vecteurs?

L'analogie cependant en prouve la possibilité, et les faits, sous ce rapport, sont concluants. Ainsi, quand la variole n'est pas inoculée, et elle ne l'est plus maintenant, par où passe le virus pour infecter l'économie? Il passe par les mêmes voies que le virus syphilitique vient de parcourir. Ce virus n'a nul besoin de solution de continuité préalable. Est-ce que le virus de la morve n'infecte pas quelquefois l'animal, le sujet sans solution de continuité préalable? Est-ce qu'il n'y a pas une morve d'emblée?

Nous avons invoqué les autorités. L'autorité la plus considérable ici, c'est sans contredit l'illustre Hunter. Eh bien! Hunter admet le bubon d'emblée dans le sens où nous prenons ce mot. C'est surtout en parlant du bubon qu'il indique les quatre surfaces par lesquelles le pus peut être absorbé :

1° Par un abcès;
2° Par une surface enflammée;
3° Par une surface traumatique;
4° Par une surface saine.

Ces quatre espèces d'absorption, ce n'est pas seulement la théorie qui les lui indique. Il y réfléchit longuement; il les apprécie et les étudie au point de vue des principes et des faits. Il indique bien que c'est par la surface ulcérée que se fait le plus souvent l'absorption, et que c'est par des surfaces saines qu'elle est le moins souvent observée. C'est surtout ici qu'il est d'une méfiance extrême. Il commence par éliminer les femmes, parce que l'on ne sait jamais d'une manière bien positive si elles sont ou non atteintes de blennorrhagie; parce que souvent un chancre peut se cacher dans les replis du vagin et échapper à l'observateur le plus minutieux. Or, il suffit d'un chancre du plus petit diamètre pour déterminer l'infection. Il recommande d'examiner les malades avec la plus scrupuleuse attention, et d'éliminer tous les cas dans lesquels il pourrait rester le moindre doute sur l'existence d'une ulcération de nature suspecte. « On doit, dit-il, apporter une attention toute particulière à toutes les circonstances qui se rattachent aux cas de cette espèce. » Il ajoute ailleurs que tout engorgement des aines n'est pas nécessairement un bubon vénérien.

De sorte que voilà un grand esprit, un grand et méfiant observateur qui admet les bubons d'emblée. On peut dire même qu'aujourd'hui il se fait un retour vers les idées anciennes, puisque le bubon d'emblée est admis non-seulement par ceux qui n'ont jamais abandonné ces idées, mais encore par des syphiliographes qui partagent du reste les opinions professées par M. Ricord. Nous citerons parmi ces derniers M. Reynaud (de Toulon) et M. Gibert.

M. Reynaud dit très positivement avoir soigné des personnes qui, ayant eu des rapports avec des femmes suspectes, avaient fréquemment examiné leur verge sans rien découvrir; que ces personnes avaient été affectées de bubons, et qu'elles ont présenté plus tard des accidents consécutifs bien caractérisés.

M. Gibert a observé un bubon d'emblée qu'il a inoculé avec succès. L'honorable collègue dont nous combattons ici la doctrine objecte à cela que M. Gibert s'est trompé ou a été trompé. Mais est-il une observation à laquelle cette réponse ne puisse pas être faite?

Citerons-nous encore M. Baumès, qui a écrit un livre si riche en faits précieux? On peut voir dans ce dernier auteur principalement les Observations VI et IX, qui sont irréfragables et ne laissent rien à désirer, puisqu'il y a eu dans les deux cas une inoculation avec succès.

Pour notre part, nous avons observé plusieurs fois le bubon d'emblée. Comme nous n'inoculons pas les accidents primitifs, nous attendons du temps la confirmation, par les accidents généraux, des présomptions que nous concevons, et quand il nous arrive de rencontrer des faits de ce genre, nous gardons les malades le plus longtemps que nous le pouvons. Nous avons eu, entre autres, à la salle 11, un cas de double bubon de ce genre chez un homme qui avait le gland découvert, et chez lequel il fut facile de constater qu'il n'y avait aucun accident primitif chancreux. Cet homme portait la double tumeur depuis cinq jours. Il les avait vu apparaître à la suite d'un coït suspect. Il s'observait avec le plus grand soin. Jamais, avant cette époque, il n'avait été malade d'aucune espèce de manière; il n'avait eu ni chancre, ni blennorrhagie, ni écorchure d'aucun genre. Nous pûmes le garder assez longtemps dans nos salles, et nous vîmes survenir chez lui une syphilide papuleuse.

Un autre sujet vint nous trouver avec un bubon qui était moins récent que dans le cas précédent. Rien dans les antécédents n'indiquait un symptôme primitif; seulement il décrivait parfaitement une roséole qui avait disparu au moment de son entrée à l'hôpital. Nous n'observâmes donc pas la syphilis; mais, plus tard, survint un gouflement d'une partie du maxillaire supérieur, qui se nécrosa, et l'on fut obligé de faire l'extraction d'un fragment osseux sur lequel étaient implantées deux dents.

Outre les bubons par absorption du virus syphilitique, nous avons dit que l'on en admet d'autres encore par extension de l'irritation ou de l'inflammation, ou par sympathie, que cette irritation soit syphilitique ou non. Ceux-ci sont de tous les plus rares.

Nous donnerons dans une prochaine conférence l'histoire du bubon, et nous établirons le diagnostic différentiel du bubon syphilitique et du bubon strumeux.

PLAIE CONTUSE DU DOIGT MÉDIUS DE LA MAIN GAUCHE,

compliquée d'écrasement de la dernière phalange. — Direction vicieuse de l'ongle après la cicatrisation. — Petit appareil spécial pour remédier à cet inconvénient.

Par M. le docteur A. Thierry.

Le 24 mars 1851, E. B..., âgée d'un an, eut le doigt médius pris dans la feuillure d'une porte. L'ongle, la peau, l'os furent divisés. Le bout du doigt ne tenait plus que par quelques filaments et une très petite portion de la peau de la face palmaire. Avec des bandelettes agglutinatives, je fis une tentative de réunion par première intention; la peau reprit sur toute la face palmaire. Le 3 avril, l'ongle tomba en totalité, et permit de voir une portion de la dernière phalange dénudée et fracturée. Cette portion d'os fut retirée le 15 avril. Quelques jours après, il restait une excavation profonde; les parties tendaient à se cicatriser séparément. J'eus recours à une forte cautérisation avec le nitrate d'argent, et une cicatrice régulière se fit assez rapidement. Mais l'ongle, qui avait recommencé à pousser, se dirigeait complétement en arrière, à angle presque droit avec le doigt. Il fallait donc changer la direction de l'ongle.

Pour arriver à ce résultat, je fis faire par M. Charrière un appareil composé d'un anneau incomplet, aplati, destiné à entourer la base du doigt : cet anneau portait à la face palmaire et à la face dorsale un montant très mince d'acier faisant ressort; le montant de la face palmaire était terminé par une lame d'argent ressemblant à peu près à la moitié d'un dé à coudre; celui de la face dorsale se terminait par une lame d'argent ayant dans son intérieur une lamelle en peau fine de chevreau présentant, ainsi que la lame d'argent, la forme de l'ongle correspondant du doigt de l'autre main qui avait servi de modèle. Ces deux pièces tenaient le bout du doigt déformé comprimé modérément, mais d'une manière continue.

Au bout de quinze jours, l'ongle avait repris sa direction naturelle; mais, pour mieux le guider, la petite malade garde encore son appareil.

ÉPINGLE-VIS. SUTURE SANS FIL.

Par le même.

En opérant le bec-de-lièvre chez les jeunes enfants, il arrive souvent que sous la pression des aiguilles et des fils de la suture entortillée la peau s'enflamme, se gangrène, et l'opération ne réussit pas.

Pour obvier à cet inconvénient, je propose de faire cette suture au moyen d'une épingle ayant une grosse tête (boule fixe), dont la tige en argent est terminée par une pointe tranchante en acier, traversant facilement les tissus et présentant un pas de vis très fin sur lequel s'adapte une petite boule mobile.

Pour se servir de cet instrument, on commence par enlever la boule mobile. On enfonce l'épingle comme une épingle ordinaire, jusqu'à ce que la boule fixe soit en contact avec la peau. On adapte alors la boule mobile, et on la visse jusqu'à ce que la suture soit suffisamment serrée.

L'opération terminée, on résèque l'épingle avec une pince incisive; mais on laisse en dehors de la boule mobile une

---

Gâteux. — Il a été fait à Maréville de grandes améliorations dans cette classe fâcheuse d'aliénés-imbéciles; mais nulle part je n'ai constaté un succès aussi complet que dans l'hôpital Général d'Auxerre. MM. Trélat et Baillarger en ont également été témoins. Les *gâteux* n'ont plus un costume particulier; et, lorsque vous entrez dans leur dortoir, vous n'y saisissez pas la moindre odeur. Aux précautions continuelles, à celle surtout de les assujettir à rendre leurs déjections à des heures déterminées, ce que prescrit également le docteur Archambaud, de Charenton, le docteur Girard ajoute l'emploi d'un tonique astringent très puissant, la strychnine, dans du sirop.

L'Angleterre ne fut pas la dernière à entrer dans la voie du progrès. On en jugera par le récit d'un spirituel écrivain, M. Blanqui aîné. Dans un charmant livre sur ce merveilleux pays, 1824, il disait : Tout près d'York, sur une hauteur, la philanthropie des quakers a ouvert un asile aux aliénés des deux sexes. Là se réunissent tous ceux qui ont trop aimé, trop haï, trop souffert ou trop pensé, et qui, en horreur à leur famille, se survivent à eux-mêmes. On les voit errer de toutes parts sans souvenirs et sans physionomie, comme des ombres sur le bord du Léthé. Ils ont des yeux et ne regardent point; des oreilles, et ils n'écoutent plus; une langue, et leurs paroles sont nulles.

Ferrus, à cette époque, ne leur avait point appris à travailler *sub dio*. Et les Leuret, les Girard, les Renaudin ne leur avaient pas encore fait enseigner la musique de mon sincère et loyal ami Wilhem, musique qui par une douce harmonie charme les souffrances, tempère les haines, distrait de ces contemplations lugubres et d'un monde imaginaire, pour rappeler ces infortunés au monde des réalités. Mais reprenons le récit du professeur Blanqui.

La première condition d'un établissement de cette nature était un air salubre. Le *Retreat* est sur une hauteur, au milieu du comté le plus sain de toute l'Angleterre. Il fallait de l'espace, des sites variés, des points de vue agréables; tous ces avantages se sont rencontrés; la ville d'York avec sa cathédrale, les cours de l'Ouse et les campagnes fertiles des environs ont de quoi satisfaire les plus difficiles. Une charmante ferme, ouverte aux aliénés, fournit abondamment aux besoins de la maison..... Les bains ne laissent rien à désirer; chauds ou froids, on les administre toujours avec la plus grande précaution. A 80° centigrades, ils ont produit des effets marqués dans des cas de mélancolie. Le célèbre Willis, consulté à ce sujet par un comité de la chambre des communes, répondit que les grands résultats obtenus au Retreat d'York étaient à ses yeux une garantie de l'efficacité des bains chauds. Les saignées et les purgatifs périodiques ont été abandonnés depuis que notre vénérable Pinel a sagement tourné en ridicule la manie de saigner si commune de nos jours, sans égard pour les forces, le tempérament, l'âge, etc. La diète absolue et les bains froids sont rarement employés, principalement dans les accès de fureur ou d'excitation violente. Les médecins du Retreat ont observé que ces moyens aggravaient les symptômes.

Une expérience qu'ils ont souvent employée consiste à distribuer une nourriture copieuse aux aliénés atteints d'insomnie opiniâtre, et à les enfermer ensuite au milieu de l'obscurité dans leur chambre..... Cet expédient, également employé dans un établissement du comté de Lancaster, a produit de bons effets et même des cures radicales, etc.

Société de patronage. Il existe à Nancy une société de patronage pour les aliénés, les aveugles, les orphelins, etc., qui a publié un manuel, petit chef-d'œuvre bon à signaler à tous les hommes doués de philanthropie et qui veulent s'occuper de ces classes déshéritées. Et moi je vous dis que, si dans chaque chef-lieu d'arrondissement et même de canton, il s'établissait une aussi admirable association, la turbulence de quelques-uns s'abaisserait devant cette manifestation de votre bienveillance à l'égard du pauvre et de l'infirme.

Volcans éteints. — L'existence de volcans dans les centres des continents ne fut jamais un problème pour les géologues qui ont visité l'Auvergne. La lave et la pouzzolane y semblent formées d'hier. Lorsqu'on remue le sol à Royat (3 kilom. de Clermont), là aussi sont d'abondantes sources d'eau thermale, analogue à celle du Mont-Dore, qui joueront un jour un rôle dans la thérapeutique, lorsque le mineur en aura élargi l'espace. Déjà de nombreux partisans, pour s'y rendre, partent à chaque instant sur des voitures toujours prêtes sur la place Desaix, et à 25 c. par place.

Dans l'établissement nouveau, trop étouffé, trop restreint, il y a quelques restes de construction romaine constituant une piscine appelée Bain de César. Eh! où n'y a-t-il pas, dans la Gaule, des bains de César?

Il est permis néanmoins d'admettre ici la réalité de ce patronage; car ce fut sur cet emplacement que l'illustre Romain posa ses tentes lorsqu'il vint faire le siége de Gergovia, où, pour la première fois, il éprouva un échec. Les habitants montrent avec un juste orgueil la mâle figure de ce Vercingétorix, son vainqueur, ressuscité en 1800 dans la personne du général Desaix. L'immense place de Jaude possède à l'une de ses extrémités la statue colossale de ce général, mort vainqueur à Marengo. Ce serait d'un bon patriotisme d'élever à l'autre extrémité celle de Vercingétorix, et au cen-

portion de la tige, suffisante pour que l'on puisse, en raison du gonflement inflammatoire des bords de la plaie, serrer ou desserrer à volonté la suture.

Dans ce procédé, la suture est faite à ciel ouvert. On peut avec facilité appliquer tous les pansements que l'on juge convenables, et les varier suivant les indications qui se présentent.

En résumé, cette suture, pour ainsi dire vissée, offre, *à priori*, l'avantage de ne pas comprimer d'avant en arrière, et de donner la facilité de serrer ou de desserrer sans traction des lèvres de la plaie. Mais, comme il ne suffit pas d'un succès pour établir la bonté d'un procédé, ce n'est qu'après un certain nombre d'expériences que l'on pourra juger avec certitude de ses avantages ou de ses défauts.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 août 1851. — Présidence de M. GUERSANT.

Présentation de malades.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société un malade qu'il a opéré pour la troisième fois, il y a quinze jours, pour une tumeur fibro-plastique située à la partie antérieure et supérieure gauche de la poitrine, à la surface du grand pectoral. Malgré les deux récidives qui ont eu lieu, l'une au bout d'une année, la seconde au bout de six mois, la santé générale n'a été nullement troublée, et cet homme présente les apparences d'une bonne et vigoureuse constitution. Aucune tumeur ne s'est produite sur aucune autre partie du corps. C'est le propre du tissu fibro-plastique, quand il récidive, de se reproduire sur place et de ne pas se généraliser dans l'organisme, comme le fait l'affection cancéreuse. Les trois tumeurs enlevées successivement à la même place, la première il y a dix-huit mois, la seconde il y a six mois, la troisième il y a quinze jours, ont été de la part de M. Lebert l'objet d'une analyse microscopique attentive. Il n'y a constaté rien autre chose que l'élément fibro-plastique, mais sous une forme que l'on pourrait qualifier d'état naissant; car les tumeurs, dont la première, du volume du poing, offrait l'enkystement le plus parfait, étaient constituées par une masse comme gélatiniforme évidemment parcourue de vaisseaux, mais ressemblant à une substance amorphe et qui, avant les études microscopiques, eût été certainement prise pour de la matière colloïde.

— M. MONOD présente un malade sur lequel il a pratiqué une injection iodée dans le genou gauche pour obtenir la guérison d'une hydarthrose chronique; cette injection a parfaitement réussi; le malade est guéri.

Correspondance.

1° La Société a reçu un mémoire de M. Chassaignac sur les hémorrhagies dans les cavités muqueuses;

2° Un mémoire manuscrit de M. Denonvilliers sur le traitement des anus contre nature.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce procès-verbal, M. FORGET s'exprime de la manière suivante :

En examinant la pièce d'anatomie pathologique présentée par M. Maisonneuve dans la dernière séance comme un exemple de cancer de la mâchoire, j'ai été frappé de sa ressemblance avec plusieurs pièces anatomiques qui m'ont servi à décrire en 1842 diverses espèces de kystes osseux développés aux dépens de l'os maxillaire.

Ces kystes, quelle que soit d'ailleurs la nature du produit qu'ils renferment, ont un caractère commun : celui d'être constitués par la dilatation de l'os, dont le tissu compacte se trouve de la sorte aminci. Il résulte de cette disposition une cavité osseuse, c'est le kyste, terme générique qui ne préjuge en rien de la nature de la maladie, qu'un examen plus approfondi mettra en lumière, permettant alors de classer la tumeur dans l'ordre de produits pathologiques auquel elle appartient réellement.

L'anatomie m'a démontré que des substances fort variées sont contenues dans ces kystes.

1° On y trouve de la matière purulente dans laquelle baignent des détritus de parties molles ramullies, fongoïdes; cette forme de kyste me semble correspondre à la maladie décrite par Astley Cooper sous le nom d'exostose médullaire fongueuse. C'est une variété d'ostéite centrale avec ramollissement, ulcération et fongosité du tissu des gencives. Rien ne ressemble plus au cancer que cette forme de tumeur que j'ai décrite sous le nom de kystes à produits mixtes, qui peut cependant exister sans rien offrir de carcinomateux. Je crois que la pièce de M. Maisonneuve, si je l'ai bien vue, peut trouver sa place dans cette catégorie.

2° Du pus seul peut exister dans la cavité kystique; on en voit un exemple dans le mémoire de Bordenave inséré aux *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

3° Les kystes contiennent encore des produits solides. Ce sont des tumeurs fibro-cartilagineuses qui acquièrent souvent un volume considérable, impriment alors à la diaphyse de l'os une dilatation énorme; le tissu osseux compacte se prête merveilleusement au développement de ces tumeurs; il s'use, se perfore, le plus souvent se parchemine; mais il ne participe pas à la lésion primitive; il la circonscrit, il l'enkyste, *voilà tout.*

Ces tumeurs fibreuses, lorsque les dents ont été arrachées ou qu'elles ont été renversées sous la pression qu'elles déterminent, ne tardent pas à faire éruption dans la bouche, où elles sont plus ou moins flottantes, portées sur un véritable pédicule largement adhérent au fond de la cavité osseuse.

Ces tumeurs affectent avec le nerf maxillaire des rapports variés, suivant que la paroi supérieure du canal qui le renferme est ou non détruite : de là vient que ces tumeurs, souvent indolores, sont quelquefois le siége d'élancements fort douloureux.

La variété de kyste que j'ai en vue répond à l'état morbide décrit par Ast. Cooper sous le nom d'exostose médullaire cartilagineuse, dénomination impropre, suivant moi, car le mot exostose donne de suite l'idée d'une hypertrophie du tissu compacte de l'os, de la prédominance de l'élément terreux de celui-ci; tandis que dans l'espèce ce tissu compacte est aminci, raréfié et le plus souvent parcheminé si la maladie est ancienne.

4° Une quatrième variété de kystes, dont j'ai donné un exemple curieux dans le travail que j'ai rappelé en commençant, est le kyste multiloculaire. Il est composé par une infinité de loges qui semblent être les aréoles du tissu spongieux de l'os singulièrement dilatées et dans lesquelles la membrane médullaire hypertrophiée a sécrété une humeur visqueuse ou séreuse, rougeâtre, et aussi analogue à du suc de raisin.

En rappelant ces formes si distinctes de kystes que j'ai observés dans l'os maxillaire inférieur, j'ai voulu, je le répète, démontrer combien la dénomination de kystes était préférable à toute autre qui exposait à donner une idée fausse de la maladie et à faire sacrifier une portion considérable de la mâchoire, même à désarticuler un côté de celle-ci dans des cas où on eût pu conserver l'os en partie si on ne s'était pas placé tout d'abord sous l'influence totale de ce mot : *Cancer de l'os.*

Ce dernier état morbide, au surplus, ajoute M. Forget, a un caractère qui le différencie clairement des lésions organiques que je viens d'énumérer : c'est que, presque au début de la maladie, le tissu compacte de l'os lui-même est altéré, transformé; c'est même cette transformation qui a servi à caractériser l'altération dont il s'agit en lui méritant le nom d'ostéosarcome; or, comme on a pu le voir, c'est une disposition inverse qui s'observe dans les kystes proprement dits.

Quant à l'étiologie de ces kystes, on l'a souvent placée dans l'inflammation entretenue par les dents altérées. Mais il y a un mécanisme fort curieux par lequel une dent peut être le point de départ des désordres les plus profonds au centre de l'os. La Société en aura la preuve dans la pièce que je mets sous ses yeux. Cette pièce est la moitié de la mâchoire inférieure amputée, il y a dix ans, par Lisfranc; on avait diagnostiqué l'existence d'un cancer. L'examen de la tumeur me démontra l'existence d'un kyste purulent tapissé d'une fausse membrane fongueuse au centre de l'os. On voit encore sur cette pièce une dent, qui est la dent de sagesse, à demi enchatonnée dans la base de l'apophyse coronoïde, et qui, au lieu de pousser verticalement, s'est développée d'arrière en avant dans l'axe même de la diaphyse de l'os, de façon à comprimer, à refouler les dents voisines et à entretenir une irritation permanente, comme l'ont prouvé les douleurs dentaires pendant longtemps perçues par la malade.

J'appelle spécialement l'attention, dit M. Forget en terminant, sur la disposition de cette dent et sur l'influence qu'elle a dû exercer sur le développement de la maladie. C'est là une disposition qui n'avait point encore été signalée.

M. MAISONNEUVE. Je ferai observer à M. Forget que la pièce que j'ai présentée dans la dernière séance n'a aucune ressemblance avec les kystes de l'os maxillaire inférieur qu'il a décrit dans sa thèse, et dont il vient de nous donner le résumé. L'os maxillaire que j'ai enlevé était volumineux, c'est vrai; mais ce volume ne tenait point à l'écartement de ses fibres par le développement du produit quelconque qui aurait apparu au centre de l'os, et qui les eût refoulées. On ne sentait pas cette crépitation parcheminée que l'on rencontre habituellement dans ces sortes de kystes; il y avait au contraire un tissu limitrophe qui avait envahi une partie de l'os qui s'était développée dans la trame osseuse elle-même, et qui constituait un ostéo-sarcome très reconnaissable à l'œil nu, et dans lequel au microscope on découvrait la cellule cancéreuse.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 juin 1851. — Présidence de M. le professeur DUBOIS.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

— La correspondance comprend :

1° Un numéro de la *Gazette médicale de Montpellier* (M. L. Boyer, rapporteur);

2° Les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (avril et mai) (M. Serrurier, rapporteur);

3° Le *Programme du congrès scientifique de France* (18e session). — M. Belhomme, ayant l'espoir de pouvoir assister à ce congrès, est chargé d'y représenter la Société.

— M. GUERSANT. Je crois devoir ajouter quelques mots à ce que j'ai déjà dit des corps étrangers introduits dans l'oreille. En général, on doit instrumenter le moins possible. Dernièrement, je fus appelé près d'un enfant atteint de surdité depuis un an; il existait de la suppuration; on avait employé plusieurs moyens de traitement. Je fis deux injections; à peine la seconde venait-elle d'être poussée, qu'elle expulsa un caillou. J'ai vu trois ou quatre enfants qui avaient été instrumentés par de très honorables confrères, et chez lesquels l'injection a guéri de la même manière.

— M. MASSON présente à la Société une malade qui porte à droite une voussure prononcée de la poitrine. M. Masson désire avoir l'avis de la Société.

M. TERRIER. Je trouve le côté gauche déprimé; les battements du cœur sont plus faibles à gauche qu'à droite. En somme, au lieu de percevoir les battements presque au niveau de l'appendice xiphoïde, comme le fait a lieu dans les cas où le cœur est très volumineux, ici on les sent obliquement et vers la partie droite du sternum. Peut-être est-on en droit de supposer un déplacement du cœur.

M. MASSON. La voussure n'a pas toujours existé; elle est d'origine récente.

M. BOSSU pense qu'il pourrait y avoir hypertrophie du cœur droit.

M. TERRIER dit qu'il n'a reconnu aucune coloration des membranes muqueuses, qu'il existe un bruit de souffle correspondant au même bruit de l'aorte, et qu'en somme tout semble se passer dans le cœur gauche.

M. le professeur DUBOIS. Il est évident que le seul point en question est celui du diagnostic; car, malheureusement, la malade me paraît destinée à succomber, le traitement devant se réduire à peu de chose et l'art étant impuissant en pareil cas. Des bruits semblables se font entendre à gauche et à droite vers la région précordiale. Le côté gauche semble déprimé au premier abord, mais je crois que cela tient à la saillie anormale du côté droit. Les battements du côté droit sont, sans aucun doute, plus forts que ceux du côté gauche; on serait donc tenté d'admettre qu'il existe deux cœurs, ou tout au moins doit-on penser que la partie droite est très développée,

Je pense que le cœur est à gauche, les battements s'y font sentir; mais il est probable que la tumeur tient à une dilatation de l'aorte. J'ai déjà été témoin de faits analogues. J'en citerai un, entre autres, que j'ai eu occasion d'observer, et qui m'a d'autant plus frappé que j'étais très jeune alors. Ce fait se passait dans le service de M. Fouquier, auquel j'appartenais. Le malade présentait à droite une saillie considérable; cette voussure finit par devenir très superficielle après avoir usé les cartilages, et se termina par la mort; je voudrais, je le répète, offrir en pareil cas une médication utile, mais l'art est impuissant. Je prie M. Masson de nous tenir au courant de cette observation.

M. MASSON. Je n'ai pas examiné la malade nue, j'ai voulu consulter la Société avant de me livrer à une exploration complète; tout ce que je puis dire, c'est que la voussure et les souffrances de la malade datent du mois d'octobre dernier. Je communiquerai à la Société le résultat de mes observations ultérieures.

— M. COURSSERANT. Dans un but d'intérêt scientifique, je désirerais voir un des malades de M. Magne, opéré par l'oblitération du sac. — On n'a pas une très grande foi à ce procédé, en général, ainsi que cela a eu lieu pour le strabisme, et pourtant, moi qui doutais, j'ai été convaincu par M. L. Boyer qu'on peut guérir le strabisme sans qu'on puisse distinguer l'œil opéré. Je voudrais que M. Magne nous présentât un malade opéré par lui et nous dît pendant combien de temps doit durer le larmoiement; je verrais alors si le procédé qu'il emploie, et que d'autres ont pratiqué avant lui, a réellement des avantages supérieurs aux méthodes usitées.

M. GUERSANT. Je suis très étonné de ce que vient de dire notre confrère. Comment! il demande à M. Magne un fait, un seul fait pour l'édifier, et il se montrera satisfait! Mais on peut lui en faire voir un grand nombre guéris par le procédé de M. Magne, un grand nombre guéris par le séton, un grand nombre guéris par la canule, et la seule question pratique devrait se réduire à ceci : Quel est, de tous les procédés, celui qui a réussi le plus souvent? Ce que demande notre honorable confrère ne pourrait se concevoir que comme une affaire de curiosité; ou bien alors qu'il dise qu'il ne croit pas aux succès de l'oblitération du sac.

M. COURSSERANT ne nie pas ces succès; mais, ce qu'il demande, c'est de voir un malade à sac oblitéré, afin de savoir si ce procédé donne de meilleurs résultats que les autres.

M. GUERSANT répète qu'il ne comprend pas qu'on veuille asseoir une opinion sur un seul cas.

M. MAGNE. On me dit : Montrez-moi un malade opéré par votre procédé. — Tout en partageant l'opinion de M. Guersant, je m'empresserai de présenter à la Société plusieurs malades opérés par la méthode que je crois être la seule à employer d'une manière générale. — On parle aussi de la durée du larmoiement. A ceci, je répondrai par une citation de M. le professeur Stœber, de Strasbourg, qui est arrivé aux mêmes résultats que moi sans avoir eu connaissance de mes travaux. Voici comment s'exprime cet honorable professeur, connu depuis longues années par ses recherches en oculistique. Parlant d'une oblitération du sac pratiquée par lui et suivie de guérison sans larmoiement, il dit : J'ai tiré la conclusion que, *dans l'état habituel, les larmes s'évaporent sur la surface de l'œil ou y sont absorbées, et ne passent par le sac lacrymal qu'en très petite quantité.* Sans avoir à partager entièrement l'opinion de M. Stœber, j'accepte cette opinion, qui, toute théorique qu'elle paraisse, est complétement d'accord avec les faits que j'ai observés et publiés. Je suis donc plus que jamais disposé à conseiller l'*oblitération du sac comme méthode générale.*

M. L. BOYER. Ce qu'a dit tout à l'heure notre honorable confrère me met pour ainsi dire en demeure de parler du strabisme. Je prie la Société de renvoyer cette question à la prochaine séance. Cette proposition est adoptée.

— M. COURSSERANT. Ayant eu connaissance des faits cités par M. Broussonet, j'eus l'idée d'employer la médication qu'il conseille dans le cas que voici :

Un acteur du théâtre du Luxembourg était atteint d'une affection de peau à couleur cuivrée recouvrant un côté de la face et du cou. Traitement antisyphilitique sans résultat. J'employai empiriquement le traitement de M. Broussonet. J'appliquai successivement plusieurs vésicatoires sur les parties malades, et, l'épiderme enlevé, je cautérisai avec le nitrate d'argent. Le malade guérit.

…tre celle de Turenne, les trois grandes gloires militaires de cette Auvergne, si fertile en grands hommes. Il y a déjà à Clermont la place Delille.

Dans le *Dictionnaire des eaux minérales de l'Auvergne*, par l'un des hommes les plus remarquables de cette contrée, le Dr Nivet, on trouve de précieux renseignements. Le Dr Nivet est beau-frère de M. Lecocq, physicien, chimiste, géologue, botaniste, etc., qui, comme Linnée, sait tout, connaît tout.

Volcan d'Essey. — Cette petite digression sur le Puy-de-Dôme était nécessaire pour démontrer qu'au milieu des continents les éruptions volcaniques se sont fait jour. Celle du voisinage de Nancy en est un exemple moins connu, et mérite d'être signalée. A environ 40 kil. de cette ville s'élève un mont de forme conique comme le Vésuve. Il serait à peine connu si mon ancien collaborateur à Saint-Domingue (1802), le docteur Gaillardot, n'en avait donné une description exacte. C'est lui qui le premier, en 1819, fit comprendre qu'au cône d'Essey on distingue aussi parfaitement qu'en Auvergne le basalte et les autres espèces de roches volcaniques.

Si l'on se reporte à 1802, époque où, tout en remplissant avec conscience ses devoirs de médecin d'hôpital, Gaillardot s'occupait activement de la minéralogie et de la géologie des Antilles, on verra que, s'il n'est pas l'un des fondateurs de la géologie moderne, il a au moins coopéré activement à cette espèce de résurrection à laquelle Faujas de Saint-Fond et quelques autres devaient déjà une certaine célébrité, et qui a illustré de nos jours tant de grandes capacités. C'est ainsi qu'on lui doit d'avoir exhumé des carrières de Réhainvillier, rive gauche de la Meurthe, les ossements de ces grands Sauriens qui sont encore d'une si parfaite conservation.

Une infirmité cruelle, rare dans les annales de la science, l'atrophie du bras gauche, semblait déjà, malgré la température des régions tropicales, faire des progrès et le préoccuper. Pendant quinze ans encore, le marasme s'étendit avec lenteur et s'empara successivement d'autres membres. Ainsi, cet homme instruit, qui ne pouvait se faire illusion sur son sort, vit la mort distiller peu à peu le dessèchement de ses membres.

C'est sur un genre de désordre organique analogue, l'atrophie musculaire progressive, que le Dr Aran vient de publier un remarquable travail.

Le fils de Gaillardot, géologue profond, que, sur ma recommandation, mon ami Jomard fit placer dans l'armée d'Ibrahim-Pacha, suivit ce général dans ses aventureuses expéditions. Aujourd'hui il a dressé sa tente à Seïda (Asie-Mineure), où il exerce l'art médical. Il enrichira notre patrie du produit de ses savantes recherches dans un pays mal connu encore, tant sous le rapport de l'art de guérir que sous le rapport géologique.

M. Magne. Je ne vois rien là d'empirique. Seulement, la cautérisation a été superflue. Tous les jours on voit les vésicatoires guérir des affections de ce genre par les modifications qu'ils apportent à la peau.

M. Masson rapporte, à propos de cautérisations, qu'il y a une vingtaine d'années il guérit un acteur du Gymnase porteur d'un nez érysipélateux énorme. Il s'agissait d'ulcérations dans le narine qui furent touchées par le nitrate d'argent. M. Masson a eu depuis occasion d'observer des faits analogues.

Le secrétaire, Al. Magne.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE ET FIN DE LA SIXIÈME LEÇON (1).

Voici beaucoup de chiffres et des détails bien arides, messieurs; mais bien souvent vous serez interrogés sur la fréquence des orages dans les différents points du globe, et peut-être alors serez-vous bien aise de pouvoir répondre avec précision.

Je ne me dissimule point, d'ailleurs, que mon enseignement est en quelque sorte double, et que vous êtes en droit de m'en faire un reproche; mais si maintenant je fais précéder le cours d'hygiène d'un exposé des notions élémentaires de la météorologie, comme je compte bientôt le faire précéder d'un exposé des notions élémentaires de la géologie, c'est parce que je crains que ces connaissances ne vous soient pas très familières. Si je me trompe, veuillez me le dire; mais souvenez-vous que la météorologie et la géologie tendent à occuper une place de plus en plus importante en médecine; qu'elles se lient aux plus hautes, aux plus intéressantes questions de l'étiologie et de la pathogénie; qu'elles sont à l'ordre du jour, et qu'il n'est plus permis à un médecin d'y demeurer étranger, sous peine de perdre le rang intellectuel qu'il doit occuper dans la société et le prestige qu'il doit exercer sur ses malades; souvenez-vous que ces sciences sont la seule base véritablement scientifique sur laquelle puisse s'appuyer la partie la plus féconde de l'hygiène, celle qui embrasse l'étude des modifications cosmiques, et laissez-moi vous dire encore une fois, car c'est une conviction que n'accompagne aucun espoir personnel, laissez-moi vous dire que le cours d'hygiène, ainsi assis et développé, serait certainement un des plus utiles de cette Faculté et qu'il devrait en être un des plus suivis, par cette seconde raison que l'exercice de la médecine, l'expérience, l'observation ne vous donneront jamais les connaissances que vous aurez négligé d'acquérir ici, et que les exigences de la pratique ne vous permettront pas de vous livrer aux longues et difficiles recherches auxquelles j'ai consacré tout mon temps dans le désir de vous rendre mon enseignement profitable.

Chronique et nouvelles.

Les inspections médicales de l'armée, prescrites par les ordonnances royales de 1836 et de 1840, interrompues depuis 1847, vont recommencer en vertu d'une décision ministérielle du 14 juillet dernier. Cette décision établit cinq arrondissements d'inspection, qui sont répartis comme il suit pour cette année :

1er arrond. : Paris et la 1re division militaire, M. Pasquier.
2e — les divisions militaires du sud-ouest, M. Bégin.
3e — les divisions militaires du nord-est, M. Baudens.
4e — les divisions d'Alger et d'Oran, M. Vaillant.
5e — Etats romains, Corse, une partie du littoral d'Alger et la province de Constantine, M. Michel Lévy.

Des officiers de santé du grade d'aide-major sont attachés aux inspecteurs.

— M. le docteur Higgins, médecin du collége des Irlandais, et M. Gobley, pharmacien, agrégé de l'Ecole de pharmacie, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur.

— Par décret du président de la République du 8 août 1851, ont été nommés à trois emplois de médecin ordinaire de 2e classe :

Choix, M. Depaeuw, médecin adjoint dans le service des ambulances de la division d'Oran.

Ancienneté, M. M. Minvielle, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Bastia, en rempl. de M. Chatelain, nommé à la 1re classe.

Choix, M. Rodes, médecin adjoint dans le service des ambulances de la division d'Oran, en rempl. de M. Godelier, nommé à la 1re classe.

— M. Hanès, chirurgien aide-major commissionné aux tirailleurs indigènes, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe.

— Par décision ministérielle du 26 juillet 1851, ont été nommés, dans le *service des armes spéciales*, les chirurgiens aides-majors de 1re classe dont les noms suivent, savoir :

Ancienneté, M. Bertrand, chirurgien aide-major de 1re classe au 32e de ligne, est nommé au bataillon d'ouvriers d'administration.

Choix, M. André, chirurgien aide-major au 10e chasseurs à cheval, est nommé au 15e d'artillerie.

Ancienneté, M. Saugerres, chirurgien aide-major au 6e léger, est nommé au 2e d'artillerie.

Choix, M. Pauli, chirurgien aide-major au 8e d'infanterie légère, est nommé au 4e bataillon de chasseurs à pied.

Ancienneté, M. Masurel, chirurgien aide-major au 22e d'infanterie légère, est nommé au 2e du génie.

Choix, M. Louvel, chirurgien aide-major au 10e de dragons, est nommé au 3e d'artillerie.

Ancienneté, M. Lamonta, chirurgien aide-major aux ambulances de la division d'Alger, est nommé au 6e d'artillerie.

Choix, M. Froye, chirurgien aide-major au 2e de cuirassiers, est nommé au 6e bataillon de chasseurs à pied.

Ancienneté, M. Lehrun, chirurgien aide-major aux ambulances de la division d'Alger, est nommé au 2e bat. de chasseurs à pied.

Choix, M. Tabouret, chirurgien aide-major aux ambulances de la division d'Alger, est nommé au 2e d'artillerie.

Ancienneté, M. Nicod, chirurgien aide-major au 34e de ligne, est nommé au 10e d'artillerie.

Choix, M. Wicquart, chirurgien-major de 1re classe, est nommé au 1er d'artillerie.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Theullier, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille, est désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

M. Rolinger, chirurgien aide-major de 2e classe au 25e léger, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Jourdeuil, chirurgien aide-major de 2e classe au 51e de ligne, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Compagnon, chirurgien aide-major de 2e classe au 15e léger, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Savaëte, chirurgien aide-major de 2e classe au 3e léger, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Laur, chirurgien aide-major de 2e classe au 29e de ligne, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Dunal, chirurgien aide-major de 2e classe au 2e hussards, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Gallot, chirurgien aide-major de 2e classe au 20e léger, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Parise, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Lille, détaché à Bourbonne, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Lille.

M. Marbotin, chirurgien-major de 2e classe au 10e cuirassiers, est détaché à Bourbonne pendant la saison des eaux.

M. Casses, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour l'hôpital de Longwy.

M. Friant, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Longwy, est désigné pour l'hôpital de Strasbonrg.

M. Dieuzaide, chirurgien aide-major de 2e classe au 9e chasseurs, est désigné pour le 2e hussards.

— La Société de vaccine du Calvados vient de décerner deux médailles d'argent à MM. les docteurs Jouet, à Isigny, et Ch. Villeroy, à Balleroy, en récompense du zèle qu'ils ont déployé pour la propagation de la vaccine.

— A la suite de brillants concours, M. Vidal (Etienne) vient d'être nommé chef de clinique médicale, et M. Delpech (Armand), fils du célèbre professeur de ce nom, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

— S. M. le roi de Sardaigne, Victor Emmanuel II, vient de décerner une médaille d'honneur (de 250 fr.), la grande médaille d'or des savants des États-Sardes au docteur Kühnboltz, professeur agrégé et bibliothécaire à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie royale des sciences de Turin, etc.

Cette honorable distinction est une juste récompense des travaux d'érudition et des communications importantes faites depuis longtemps par M. Kühnholtz à l'Académie royale des sciences de Turin.

(*Gaz. méd. de Montpellier.*)

Distribution des récompenses à l'exposition universelle. — Un habile rédacteur de l'*Ordre*, M. A. Dubois, donne, relativement à la distribution des médailles, une version qui diffère de la nôtre en ce sens que les membres spéciaux du jury seraient innocents de la résolution qui a été prise. Nous sommes heureux de pouvoir constater que c'est surtout au *patriotisme* anglais que la France est redevable de n'avoir pas obtenu, pour la coutellerie comme pour beaucoup d'autres branches de l'industrie, la récompense due à son évidente supériorité. Voici comment s'exprime l'*Ordre* :

Parmi les industries qui ont été définitivement exclues des grandes médailles, il en est une pour laquelle cette haute récompense à donner à la France faisait trop de mal au cœur aux Anglais. Je veux parler des instruments de chirurgie et de la coutellerie fine. Je vous avais annoncé, monsieur, qu'une grande médaille était décernée à M. Charrière, de Paris. Lorsque je vous avais fait part de cette victoire si glorieuse pour notre habile compatriote, c'est qu'elle venait d'être brillamment proclamée. Le jury spécial avait, à l'unanimité, voté une grande médaille pour M. Charrière, en le plaçant au-dessus de tous les fabricants anglais. Ses beaux travaux avaient été l'objet d'un examen détaillé et contradictoire entre tous les membres si compétents du jury.

Un rapport détaillé de deux de nos plus célèbres praticiens, MM. Roux et Lallemand, avait expliqué, précisé les avantages notables des perfectionnements apportés par M. Charrière à plusieurs instruments, avait fait apprécier l'étonnante perfection de l'exécution, et avait ainsi justifié surabondamment la grande médaille qui n'avait été accordée qu'à lui.

Mais la question est revenue d'abord dans le groupe, puis dans le comité supérieur. On n'osait pas proposer un autre nom à la place de celui de M. Charrière pour la grande médaille; mais on a obtenu, en l'absence des juges compétents, sans les avoir prévenus, sans avoir voulu entendre leurs réclamations, une décision portant qu'il ne sera pas donné de grande médaille dans cette industrie.

M. Charrière n'aura, dès lors, que la médaille de seconde classe, comme les fabricants anglais qu'il avait laissés, quelles que fussent les qualités de leurs instruments, loin derrière lui. Il n'est plus le premier entre tous ses rivaux. Sa supériorité disparaît dans la résolution de la commission, pour faire place à une égalité que repoussent à la fois la justice et la vérité.

— Dans sa dernière séance, le conseil provincial du Brabant, sur la proposition de M. le docteur Mussche de Hal, a voté à l'unanimité des remercîments à M. le docteur Florent Cunier pour le zèle et le désintéressement qu'il a mis à donner ses soins aux ophthalmiques de la province. Grâce à M. Cunier, l'institut ophthalmique du Brabant est devenu pour ainsi dire un établissement modèle; aussi signalons-nous avec plaisir le vote du conseil provincial du Brabant; de semblables manifestations à l'égard du corps médical sont trop rares pour que nous ne nous empressions pas de les enregistrer chaque fois qu'elles se produisent.

(*Presse méd. belge.*)

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Le Soued.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7 et 14 août.

N° 96. — JEUDI 12 AOUT 1851. (24e ANNEE.) N° 96. — JEUDI 21 AOUT 1851

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 20 AOUT 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine compte dans son sein une lumière de plus ! M. Chailly a été nommé à la majorité absolue de 40 voix sur 79 votants, au nombre desquels se trouvait M. Honoré, beau-père de M. Chailly.

Malgré le temps consacré à cette facétieuse nomination, la séance n'a pas été entièrement perdue pour la science. M. Vidal a lu une intéressante note sur les engorgements du testicule considérés comme tuberculeux ; et M. Guibourt a lu un rapport consciencieux sur l'huile iodée imaginée par MM. Marchal (de Calvi), Deschamps et Personne.

Le fait capital que M. Vidal a voulu mettre en lumière, c'est que l'engorgement de forme tuberculeuse qui affecte un seul testicule coïncide presque toujours avec une tuberculisation générale ; tandis que l'engorgement, également de forme tuberculeuse, qui envahit les deux glandes spermatiques est indépendant de la phthisie, qui, lorsqu'elle se développe dans ces cas, n'est que consécutive.

Dans cette opinion, il y a une question de fait prédominante et une question secondaire de doctrine. Est-il bien vrai que toutes les fois ou presque toutes les fois qu'un engorgement tuberculeux ou tuberculoïde, qu'on nous passe le mot, n'affecte qu'un seul testicule, cet engorgement coïncide avec une phthisie pulmonaire ? C'est ce qu'une longue série d'observations peut seule décider. Cette série d'observations, nous devons le dire, ne se trouve point dans le mémoire de M. Vidal. Le travail de ce savant chirurgien peut établir une présomption ; il traduit les impressions qu'il a reçues des faits soumis à son observation ; mais ces faits ne peuvent en aucune façon résoudre la question, d'ailleurs très importante, qu'il a soulevée. Mais comme les affections testiculaires dont il s'agit sont assez fréquentes, il est probable que le zèle bien connu de nos chirurgiens ne tardera pas à fournir les matériaux nécessaires à la solution du problème que M. Vidal a posé. Nous avouons qu'*à priori* nous serions peu disposé à partager l'opinion de M. Vidal ; mais en fait de pratique l'expérience est souveraine, et l'on sait tout notre respect pour cette souveraineté.

Quant à la question de doctrine ou plutôt d'étiologie posée aussi par M. Vidal et tranchée plutôt que résolue par cet habile praticien, qui n'a fait en cela que suivre les communs errements, cette question est beaucoup plus difficile à éclairer que la première. Quand les chirurgiens ont affirmé, sur la foi de beaucoup de médecins, que les tubercules du testicule comme toute suppuration chronique pouvaient causer la tuberculisation générale, ils ont avancé une assertion dénuée de toute preuve. M. Vidal n'a pas, sous ce rapport, été plus heureux que ses prédécesseurs.

Enfin, une troisième question que M. Vidal n'a point soulevée, mais qui était la conséquence naturelle de son travail, c'est celle de savoir s'il y a dans les testicules, et cela au point de vue anatomo-pathologique, abstraction faite de l'envahissement de l'une ou des deux glandes, s'il y a deux espèces, deux variétés de tubercules, l'une dépendante, l'autre indépendante de la phthisie générale. On se rappelle que cette question a été déjà soulevée par M. Velpeau ; elle n'est guère moins difficile à résoudre que la précédente, et nous manquons des éléments nécessaires pour la traiter convenablement. Toutefois, nous trouverons prochainement l'occasion de dire quelques mots sur ce sujet, et de propager quelques faits d'observation dont la dernière discussion ne s'est point préoccupée, et qui ne sont pas sans utilité pour la pratique.

Nous passons aujourd'hui sous silence le rapport de M. Guibourt. Nous y reviendrons en temps et lieu.

H. de Castelnau.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Du col et du bas-fond de la vessie datant de douze ans.

Autoplastie par glissement, pratiquée par M. JOBERT (de Lamballe). Guérison.

Malgré les nombreux succès obtenus par M. Jobert (de Lamballe) au moyen de sa nouvelle méthode autoplastique par glissement, appliquée à la cure radicale des fistules vésico-vaginales, il est encore utile de mettre sous les yeux des praticiens les nouveaux faits qui viennent corroborer et confirmer tout ce qu'a d'ingénieux et de vrai l'idée émise par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il en est des maladies comme de tout ce qui existe dans la nature, que chacune a son individualité propre qui la distingue des autres maladies semblables, et qui, par cela même, offre presque toujours matière à quelque aperçu nouveau et utile au praticien.

La justesse de ces réflexions sera facilement comprise lorsqu'on aura lu l'observation très curieuse que nous allons rapporter.

Mme L... vint dans l'année 1850 consulter M. Jobert pour une fistule vésico-vaginale dont elle est affectée depuis douze ans. Voici, d'après le récit de la malade, les circonstances qui ont contribué à la formation de cette fistule.

Mme L... a environ trente-trois ans ; elle est brune et annonce une forte constitution, quoique d'un tempérament nerveux et d'un caractère impressionnable. Elle est née en Arabie, et a toujours joui d'une santé parfaite. Elle avait quinze ans lorsque la menstruation s'établit. Cette nouvelle fonction n'occasionna aucune incommodité, et Mme L..., à partir de cette époque, fut toujours bien réglée. Mariée à vingt ans, elle ne tarda pas à devenir enceinte. Cette première grossesse ne présenta rien de particulier ; seulement le terme aurait, suivant la malade, été dépassé d'une quinzaine de jours environ. Quoi qu'il en soit, l'accouchement qui suivit fut extrêmement laborieux ; trois sages-femmes et un médecin furent appelés, et la délivrance n'eut lieu qu'après trois jours, sans que la malade épuisée en eût conscience. Elle habitait alors Bagdad.

L'accouchement terminé, la sortie du placenta ne présenta aucune difficulté. L'enfant était mort depuis deux jours ; il avait, au dire de la malade et de sa mère, un volume considérable.

Pendant les trois jours qui suivirent ce pénible accouchement, la malade éprouva le besoin d'uriner, et le satisfit avec autant de facilité qu'auparavant ; mais au bout de ce temps, les urines s'écoulèrent involontairement, vinrent inonder la couche de la malade. Le médecin examina, et découvrit qu'il existait une ouverture de communication entre la vessie et le vagin.

A partir de ce moment, l'urine continua de s'écouler en totalité par le vagin, quelle que fût la position prise par la malade. Quinze jours après l'accouchement, le médecin de Bagdad cautérisa les lèvres de l'ouverture anormale avec le nitrate d'argent, et mit une sonde à demeure dans la vessie.

Ce traitement, continué pendant plusieurs mois, resta sans résultat avantageux et fut abandonné. Du reste, il n'empêcha pas Mme L... de se rétablir complétement ; car six semaines s'étaient à peine écoulées que la menstruation reparaissait avec sa régularité habituelle ; elle était toutefois moins abondante.

Au bout de deux mois Mme L... devint de nouveau enceinte, et mit au monde, à sept mois, un enfant vivant, sans que ni la grossesse, ni l'accouchement, aient rien présenté de remarquable. Mme L..., bientôt rétablie, ne tarda pas à devenir enceinte pour la troisième fois. Elle vint alors en Angleterre, où elle consulta les premiers accoucheurs, pour savoir s'il n'y aurait pas un moyen de guérir la maladie dont elle était affectée depuis deux ans. Tous, prenant en considération l'état de grossesse dans lequel elle se trouvait, jugèrent à propos de ne point tenter d'opération. M. le docteur Arnott seul, consulté en dernier lieu, se décida à opérer. La malade pouvait être alors enceinte de cinq semaines.

L'opération consista dans le ravivement des lèvres de la fistule et leur rapprochement au moyen de plusieurs points de suture ; elle ne produisit aucune amélioration. Mme L... partit pour l'Inde, et au bout de quelques mois elle fit une fausse couche. Elle se rétablit promptement, et eut encore quatre enfants. Tous ces accouchements se firent sans aucune difficulté. Le dernier eut lieu en 1849.

En 1850, elle vint à Paris, et, sur le conseil de M. Trousseau, elle consulta M. Jobert. Ce chirurgien jugea qu'une opération était praticable ; mais, comme Mme L.... nourrissait son dernier enfant, cette opération fut ajournée, et fut pratiquée seulement le 12 juin 1851 en présence de MM. Vernois, Roger et plusieurs autres médecins.

Voici l'état de la malade avant l'opération :

Les grandes et les petites lèvres, en un mot les parties génitales externes, ne sont que légèrement érythémateuses, grâce aux grands soins de propreté pris par la malade.

L'urine coule involontairement et d'une manière incessante par le vagin, quelle que soit la position prise par la malade. Cependant quelquefois, lorsqu'elle est couchée ou assise, la vessie conserve une certaine quantité d'urine ; mais au moindre mouvement celle-ci s'échappe à flot et inonde les parties génitales et les cuisses. Cette urine répand dans l'appartement une odeur infecte qui suffoque les personnes qui s'y trouvent et qui gêne la malade ; son moral en est lui-même affecté ; elle est triste et paraît découragée.

En examinant les parties à l'aide d'un spéculum univalve qui déprime la paroi postérieure du vagin, M. Jobert constate ce qui suit :

A la paroi antérieure, il existe une large ouverture qui permet de pénétrer dans la vessie. Cette ouverture, située à 3 centimètres environ du méat urinaire, à 2 centimètres du

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les nos des 10, 15, 22 mai ; 5 juin, 3 juillet et 7 août.)

Du nombre des lits dans les hôpitaux et hospices.

Après avoir fait connaître les localités dans lesquelles sont situées nos administrations hospitalières, leurs ressources, les dépenses qu'elles ont effectuées pour remplir leur mission, je vais également indiquer le nombre de lits dont elles peuvent disposer pour recevoir les diverses catégories d'individus admis aux secours dans les établissements qu'elles dirigent. En cas d'épidémie, de guerre civile sur une portion du territoire, ou, pis encore, en cas d'invasion, il n'est pas sans intérêt pour l'autorité publique de savoir les lieux où elle peut faire transporter des malades, des blessés, et dans quelle proportion elle peut les placer dans telle ou telle localité.

Aux termes des lois existantes, nos établissements hospitaliers sont appelés à donner des soins :

1° Aux indigents malades, hommes et femmes, et enfants des deux sexes;

2° Aux militaires malades, moyennant un prix de journée (1) ;

3° Aux vieillards et infirmes des deux sexes qui ne peuvent subvenir à leur besoin;

4° Aux orphelins des deux sexes par fondation;

5° Aux enfants trouvés;

6° Aux aliénés, en attendant leur transfert dans un asile, et quelquefois même en traitement (2), mais avec un prix de journée fixé par les préfets.

Voici maintenant le nombre de lits destinés à chacune de ces catégories dans les 1,270 hôpitaux ou hospices de la République.

	HÔPITAL.	HOSPICES.	ALIÉNÉS.	TOTAL.
Hommes.	19,745	17,584	3,019	40,348
Femmes.	19,371	22,796	3,830	45,997
Enfants.	5,099	11,969	121	17,189
Lits payants. . .	2,323	2,703	883	5,909
Militaires.	16,699	»	»	16,699
	63,237	55,052	7,853	126,142

Le nombre des lits d'hôpital, c'est-à-dire destinés aux malades, n'est que de 46,538, puisqu'il faut défalquer du chiffre total 16,699 lits pour les militaires; tandis que le nombre des lits d'hospice pour les vieillards et les enfants est de 55,052.

Ce fait est l'indice d'un grave abus dans l'administration des secours publics. Le nombre des lits réservés aux indigents malades devrait être au contraire beaucoup plus considérable que celui réservé aux vieillards, aux enfants, qui, sauf de rares exceptions, seraient beaucoup mieux secourus à domicile. En effet, un lit d'hôpital permet de venir en aide dans le cours d'*une année* à plus de huit individus divers ; tandis qu'un lit d'hospice sert à trois personnes seulement dans le cours de *deux ans*, c'est-à-dire que l'un est six fois plus utile que l'autre. Eh ! quel plus grand service à rendre à la société que celui qui permet à un père de famille de recouvrer la santé, de reprendre son travail et de subvenir aux besoins de sa famille! C'est secourir vingt personnes pour une seule famille.

Les départements qui possèdent le plus grand nombre de lits sont:

	HÔPITAUX.	HOSPICES.
Seine.	6,504	8,849
Nord.	2,378	4,423
Seine-Inférieure.	2,431	1,783
Bouches-du-Rhône. . . .	1,923	1,368
Rhône.	2,049	695
	14,285	17,118
	31,403	

Les départements qui en comptent le moins, sont :

(1) Arrêté du 24 thermidor an VIII.
(2) Loi du 30 juin 1838.

col de l'utérus, est plus grande trausversalement que d'avant en arrière; sa forme est à peu près triangulaire; le sommet du triangle est placé en avant, tandis que la base est dirigée du côté du col de l'utérus; son étendue transversale est de 5 centimètres environ, tandis que d'avant en arrière elle ne présente guère que 2 centimètres. Quelle que soit sa grandeur en chiffre, ce qui est certain c'est qu'elle permet l'introduction facile de deux doigts dans la vessie. D'après ce que nous venons de dire, il est facile de comprendre que la fistule occupe tout le bas-fond de la vessie et une partie du col de la vessie et de l'urètre : si l'on introduit par ce dernier canal une sonde d'argent, il est facile de la faire ressortir par l'ouverture anormale, ce qui permet de mieux en apprécier et la forme et les dimensions, et de constater le peu de capacité du réservoir urinaire.

En arrière de cette fistule, à 2 centimètres environ, on aperçoit au fond du vagin le museau de tanche, dont la lèvre antérieure est hypertrophiée et l'ouverture externe assez notablement élargie.

Du reste, la santé générale est on ne peut plus satisfaisaute, et, après quelques jours seulement de repos et de préparation, M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante :

1° La malade est couchée sur le dos les cuisses écartées et fortement fléchies sur le bassin.

2° Le museau de tanche est saisi avec des pinces de Museux et attiré à l'entrée de la vulve au moyen de tractions modérées et soutenues. Il est maintenu invariablement dans cette position.

3° Les lèvres de la fistule sont ravivées dans une étendue circonscrite de 1 centimètre et demi environ. Pour pratiquer ce temps de l'opération, M. Jobert se sert d'une pince à dents de souris, et tantôt du bistouri, tantôt des ciseaux.

4° Le vagin est largement détaché de son insertion au col de l'utérus au moyen d'une incision profonde demi-circulaire. A peine cette incision est-elle pratiquée qu'immédiatement on voit ses lèvres s'écarter, la portion du vagin qui était attenante au col se porter en avant et glisser d'autant plus que l'incision est plus profonde; cela est si vrai que, tandis qu'avant le détachement du vagin au col la distance de la fistule au museau de tanche était de 2 centimètres environ, après l'incision demi-circulaire dont nous venons de parler cette même distance était au moins de 6 centimètres. La paroi antérieure du vagin a donc été réparée dans une étendue de 4 centimètres d'avant en arrière.

5° Trois points de suture entrecoupée furent appliqués distants l'un de l'autre à peu près de 1 centimètre et placés de manière à fermer bien exactement l'ouverture anormale. Pratiquée avec des fils plats en soie, M. Jobert eut soin de comprendre dans l'anse de chaque suture une assez grande quantité de tissus, afin d'éviter que les lèvres de la fistule accolées l'une contre l'autre ne soient coupées trop promptement. Lorsque les fils furent noués et coupés au ras du nœud, M. Jobert s'assura encore qu'il n'existait pas d'intervalle entre chaque point de suture.

6° Deux incisions droites sont pratiquées des deux côtés de la suture dans la direction même du vagin. Elles s'étendent des parties latérales du col de l'utérus jusque sur les côtés de l'urètre. Elles sont peu profondes, et cependant suffisent avec l'incision demi-circulaire pour mettre dans le relâchement le plus complet les parties qui viennent d'être mises en contact par la suture.

7° Plusieurs injections d'eau froide sont poussées dans le vagin sur les parties saignantes, sur lesquelles M. Jobert applique ensuite des lamelles d'agaric.

8° Enfin, une sonde est mise à demeure dans la vessie et la malade reportée dans son lit, où elle est couchée sur le dos, les cuisses écartées, soulevées et maintenues au moyen de petits coussins placés sous les jarrets. Entre les cuisses de la malade et sous la sonde, on place un petit vase destiné à recevoir l'urine.

La première journée s'est assez bien passée; il ne s'est écoulé qu'une très petite quantité de sang; l'urine, qui contient quelques petits caillots sanguins, a été très bien rendue par la sonde. Le soir, Mme L... est agitée; M. Jobert prescrit une petite cuillerée à café de sirop de codéine et la diète absolue.

Le 13 juin, l'urine coule en totalité par la sonde; elle est claire et limpide. L'état général est satisfaisant; la malade se plaint seulement d'une fatigue qui est occasionnée par la position couchée sur le dos qu'elle n'a pas l'habitude de tenir.

Le 14, l'urine contient des mucosités qui bouchent les yeux de la sonde, ce qui force deux fois dans la journée de la changer.

Les 15 et 16, l'urine est plus limpide et coule avec facilité par la soude. L'état général continue d'être excellent.

Le 17, M. Jobert examine l'état des parties opérées; il coupe les deux fils latéraux et laisse celui du milieu. Les lèvres de la fistule sont dans un contact parfait, et par conséquent dans un état très satisfaisant. Immédiatement après, la sonde est remise à demeure et la malade reportée dans son lit.

Les jours suivants, il ne survient rien de particulier à noter; tout marche aussi bien que possible.

Le 26, M. Jobert examine de nouveau la malade, et coupe le dernier fil : tout lui paraît en parfait état de réunion et de cicatrisation.

Le 27 au matin, la sonde a été bouchée quelque temps, et lorsqu'on en remet une autre, on retire aussitôt un verre d'urine qui s'était accumulée dans l'intérieur de la vessie.

Le 28, M. Jobert retire définitivement la sonde et permet à Mme L... d'uriner seule. Dès le premier jour, elle conserve ses urines pendant deux heures sans éprouver le besoin d'uriner. Après ce temps, le besoin se fait sentir; la malade le satisfait sans difficulté, sans douleur, et sans perdre une seule goutte d'urine par le vagin.

Les jours suivants, la vessie ne tarde pas à acquérir une amplitude plus considérable.

Enfin, le 3 juillet, Mme L... est examinée pour la dernière fois. Voici ce que M. Jobert constate :

1° Il n'existe pas de traces d'urine dans le vagin.

2° L'urètre occupe sa situation normale.

3° De chaque côté existe une cicatrice linéaire encore rosée, s'étendant des parties latérales du col de l'utérus jusque sur les côtés de l'urètre, en se terminant entre le méat urinaire et les petites lèvres.

4° Au-devant du col de l'utérus, on aperçoit une cicatrice transversale en demi-lune, qui fait que le vagin, à son insertion au col de l'utérus, est porté un peu plus haut et en avant.

5° Le vagin n'est nullement rétréci dans ses dimensions.

6° Du méat urinaire à la fistule il existe un intervalle de 2 centimètres 1/2. C'est dans ce point que l'on aperçoit une belle cicatrice transversale au niveau du col de la vessie. Cette cicatrice est parfaitement solide, et est encore un peu rosée. Elle a la forme d'une courbe à convexité antérieure et à concavité postérieure; elle a au moins 4 centimètres.

La vessie a de l'extension, mais n'est pas encore très dilatée.

Depuis qu'elle est guérie, Mme L... a eu ses règles; elles ont été aussi abondantes qu'elles étaient avant l'existence de la fistule. Mme L... a repris la gaieté qui lui était habituelle avant la maladie.

Cette observation, importante sous plus d'un rapport, offre un nouvel exemple à ajouter à ceux qui se trouvent consignés dans le remarquable traité de M. Jobert (de Lamballe), et qui moutrent l'influence fâcheuse qu'exerce la présence d'une fistule vésico-vaginale sur l'état physique et moral des malades. Comment pourrait-il en être autrement? Cette odeur urineuse infecte qui se répand dans leur appartement et qui les suit partout finit par altérer leur santé, rendre les fonctions digestives plus lentes, plus pénibles; elles maigrissent, s'étiolent et peuvent même quelquefois finir par succomber. A la vérité, ces terribles conséquences s'observent plutôt chez les femmes pauvres et misérables, qui n'ont ni les moyens, ni l'habitude de prendre les soins indispensables de propreté; quelquefois cependant, et l'observation qu'on vient de lire en est une preuve, malgré toutes les précautions que permet de prendre l'aisance, malgré les soins de propreté les mieux entendus et les plus ponctuellement suivis, on ne détruit pas toujours les effets immédiats de l'incontinence d'urine.

Il n'en est pas de l'état moral comme de l'état physique : si celui-ci est d'autant plus souffrant que les malades se trouvent placées au plus bas degré de l'échelle sociale, le moral, au contraire, est d'autant plus abattu que les personnes affectées de fistule vésico-vaginale occupent une position plus élevée dans la société; cela se comprend facilement, forcées qu'elles sont de se priver de tout ce qui peut rendre la vie intellectuelle agréable, et d'interrompre brusquement ces rapports de société auxquels elles ont été de bonne heure habituées. Voilà pourquoi elles sont tristes, presque dégoûtées d'elles-mêmes; leur caractère s'aigrit; elle deviennent moroses, acariâtres; mais comme tout cela disparaît lorsque la guérison vient récompenser leur courage et les efforts intelligents et habiles du chirurgien!

Il existe, dans l'observation que nous venons de rapporter, un autre point sur lequel nous demandons la permission d'appeler l'attention de nos lecteurs.

Ainsi qu'on l'a vu, Mme L... a été opérée une première fois à Londres au moyen du ravivement des lèvres de la fistule et de la suture; l'opération n'a pas réussi, et certes la juste célébrité dont jouit le chirurgien anglais est pour nous une garantie suffisante que toutes les règles de l'art chirurgical ont été parfaitement observées. Il faut donc chercher la raison de l'insuccès dans le procédé opératoire lui-même. Nous arrivons ainsi à cette conséquence logique : que si l'oblitération de la fistule n'a pas eu lieu, c'est que l'opérateur n'a pas, chose indispensable, réparé la perte de substance, en d'autres termes, que l'autoplastie par glissement n'a pas été appliquée; et qu'enfin, si Mme L... est aujourd'hui guérie, elle le doit bien réellement au nouveau procédé imaginé par M. Jobert (de Lamballe).

A. Rozé.

INJECTIONS UTÉRINES.

On se rappelle la discussion qui a eu lieu il y a environ huit ans au sujet des injections utérines. Le fait suivant, sans détruire les conclusions de cette discussion, conclusions presque entièrement favorables à l'opinion de M. Vidal, mérite cependant d'être signalé aux praticiens. Il est rapporté en ces termes par la *Gazette médicale de Lyon*.

Accidents graves de métro-péritonite déterminés par une injection vaginale. — Guérison.

Par M. le docteur Mathieu.

M. le docteur Gubian, pour prouver le danger de quelques injections vaginales faites dans certaines circonstances, a publié, dans la *Gazette médicale de Lyon* du 15 mars 1850, un cas de péritonite mortelle survenue sous l'influence d'une cause semblable.

Bien que les annales de la science renferment quelques faits analogues, ils sont néanmoins trop rares et trop peu connus pour que j'aie cru devoir passer sous silence le fait suivant que j'ai observé, et qui a été suivi de guérison.

Le 22 mai dernier je fus appelé en toute hâte auprès de Mme J..., âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament nerveux-lymphatique, et d'une constitution un peu affaiblie par des souffrances qui ne l'empêchaient pas toutefois de vaquer aux soins de son ménage et de sa profession (elle est marchande de merceries).

A mon arrivée je la trouvai jetant les hauts cris et accusant une vive douleur dans toute l'étendue de l'abdomen. Cependant l'épigastre et la région ovarique gauche étaient le siége de souffrances encore plus intenses. Ballonnement considérable, sensibilité extrême à la pression, vomissements d'aliments à demi digérés et de matières porracées, avec constipation opiniâtre, face pâle et grippée, œil brillant, agitation continuelle, peau sèche et brûlante, pouls serré, petit et fréquent, langue rouge et état d'angoisse inexprimable : tel est le tableau que me présenta la malade. Interrogée sur la nature et la cause de ces phénomènes, la malade et les assistants m'apprirent que les douleurs revenaient par crises très violentes et souvent répétées, dans l'intervalle desquelles elles étaient plus supportables.

Elles s'étaient tout à coup montrées, il y avait seulement quelques heures, presque aussitôt après une injection froide de pivoine, dont depuis quatre ans (époque d'un accouchement laborieux) Mme J... faisait journellement usage pour se soulager d'un dérangement qui lui était resté. Ce dérangement consiste en un engorgement du col avec abaissement assez considérable de l'utérus, donnant lieu à une perte blanche très abondante et à des douleurs sourdes dans l'abdomen. Je crus avoir affaire à une affection inflammatoire de la matrice, de ses annexes et du péritoine, et voici le traitement que je lui opposai.

Prescription. — 15 sangsues sur la région ovarique gauche; bain de siége dans une décoction de tête de pavot et de

---

	HÔPITAUX.	HOSPICES.
Corse.	116	12
Creuse.	155	19
Lozère.	199	135
Haute-Saône.	201	45
Haute-Marne.	305	68
	976	279
	1,255 (1).	

DES MALADES, DES VIEILLARDS ET DES ENFANTS ADMIS DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES.

En 1847, 486,083 malades ont été traités dans nos hôpitaux; savoir :

Hommes. . . .	206,201
Femmes. . . .	139,616
Enfants. . . .	35,023
	380,840 indigents à titre gratuit.
	34,187 *id.* en payant.
	398,683
Militaires.	87,400
Total égal. . . .	486,083

Dans nos hospices, 77,053 individus ont reçu asile; savoir :

Hommes. . . .	21,239	
Femmes. . . .	28,444	
Enfants	24,176	(orphelins ou enfants trouvés).
Payants	32,053	
	77,053	

Enfin, soit dans les quartiers qui leur sont réservés, soit à titre temporaire, 12,087 aliénés ont été admis dans les établissements hospitaliers :

Hommes. . .	4,974
Femmes. . ,	5,510
Enfants . . ,	167
Payants . . .	14,36
	12,087

Sur ce chiffre 9,140 ont été traités dans des quartiers spéciaux pour aliénation,
2,847 ont séjourné en attendant leur transfert dans un asile.
12,087

Ainsi donc, 575,223 individus ont été, dans le cours de l'année 1847, secourus dans nos établissements hospitaliers, qui peuvent, ensemble, en recevoir 126,142.

M. Necker prétend qu'en 1780 110,000 indigents, savoir;

25,000	malades,
50,000	vieillards,
40,000	enfants.
Total. . . 115,000	

pouvaient être reçus dans les 870 hôpitaux ou hospices qui, selon cet économiste, existaient alors. Je cite ce fait sans y ajouter aucune croyance, M. Necker ne justifiant ses assertions par aucun renseignement.

Le nombre des femmes traitées dans nos hôpitaux est bien moindre que celui des hommes, et cependant, par leur nature, elles sont soumises à un plus grand nombre de maladies; mais il y a chez les femmes un plus grand amour de l'intérieur, de la vie de famille, et ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'elles abandonnent leur domicile et leurs affections.

35,023 enfants seulement ont pu être traités dans les hôpitaux, alors qu'à cet âge on a le plus grand besoin de soins et de secours de toute nature. Jusqu'à présent les administrations hospitalières de France, sans exception, ne se sont pas assez occupées de venir en aide aux pauvres petits enfants. On les repousse dans la plupart de nos hôpitaux. Ceux qui les admettent, et le nombre en est très restreint, imposent des conditions trop sévères. Ainsi, presque toujours il faut qu'un enfant soit au moins âgé de sept ans pour être reçu dans un hôpital; et lorsque ces malheureuses créatures ont enfin obtenu leur entrée, on les place dans les mêmes salles que les adultes, les exposant ainsi à tous les dangers de la contagion morale et physique. Il est urgent d'augmenter dans nos hôpitaux le nombre des lits destinés aux enfants. Si l'on prenait plus de soin

(1) 38 administrations hospitalières ont moins de 5 lits.
95 — — — 10 —.
93 — — — 15 —.
69 — — — 17 —.
68 — — — 20 —.

Dans tous les établissements hospitaliers les malades sont placés dans des lits isolés. Il y a encore cependant quelques hospices où les vieillards et les enfants couchent deux ensemble. Ce cas est exceptionnel, il est à désirer qu'il cesse promptement

racine de guimauve pour faire saigner les piqûres et calmer les douleurs; larges cataplasmes laudanisés et enduits d'onguent napolitain sur l'abdomen; potion opiacée et tisane adoucissante.

Le lendemain 23, les exacerbations de la douleur, les crises avaient disparu; mais le ballonnement, la sensibilité, les vomissements, la dyspuée, existaient encore. — Continuation des mêmes moyens, et, de plus, prises de calomel et de sucre, et petits lavements laudanisés, qu'il eût été presque impossible d'administrer la veille.

Le 24, les vomissements, l'oppression, avaient disparu; le ballonnement avait considérablement diminué, mais la douleur persistait. — Même prescription.

Le 25, la sensibilité du ventre diminue; la face est presque naturelle; le pouls revient à son type normal; l'appétit commence à se faire sentir; la soif est moins ardente. La malade a un peu dormi.

Enfin, le 26, les règles paraissent. C'était une crise naturelle qui venait fort heureusement à notre aide. En effet, je cessai dès ce jour tout traitement actif, et la guérison suivit la cessation de l'écoulement menstruel, qui eut ceci de remarquable, qu'au lieu de durer seulement cinq jours, comme à l'ordinaire, il en dura dix. Il opéra par ce moyen un dégagement considérable des parties malades, et les débarrassa des matériaux de la congestion et de l'inflammation. J'ai eu déjà plusieurs fois occasion d'observer dans le cours de ma pratique des cas analogues de règles abondantes vidant en quelque sorte les organes abdominaux du liquide morbide qui les engorgeait, et amenant ainsi la guérison par une sorte de crise menstruelle.

Enfin, pour en revenir à ma malade, je continuai encore quelques jours à la voir, et bientôt je n'eus plus à constater avec la persistance des lésions anciennes, bien entendu, que l'existence d'un eczéma mercuriel sur les téguments de l'abdomen et d'un gonflement des gencives, que je touchai plusieurs fois avec une solution miellée d'acide chlorhydrique.

Si nous remontons aux causes déterminantes de ces graves accidents, nous apprendrons que la malade s'était administré son injection une heure seulement après avoir mangé; que le liquide était peut-être un peu plus froid que de coutume, et qu'enfin elle avait introduit très profondément la canule et pressé violemment le piston.

Si l'on ajoute à ces causes l'existence d'un engorgement du col, d'un abaissement de l'utérus et d'un état subinflammatoire chronique de tout l'organe, on n'aura pas de peine, il me semble, à comprendre que la maladie a dû ou pu se produire. Quant au mécanisme lui-même de sa production et à la question de savoir si c'est par le passage du liquide dans le péritoine, ou par sympathie, ou simple contiguïté de tissu que les phénomènes ont eu lieu, peu m'importe, et je n'en parlerai pas. Quelle que soit, en effet, mon opinion à cet égard, elle pourrait toujours être combattue, attendu que je ne puis, heureusement, l'appuyer de preuves microscopiques. Ce qu'on ne niera pas, c'est que l'affection a existé, qu'elle a été grave, et qu'elle s'est développée sous l'influence d'une injection vaginale faite dans certaines circonstances défavorables, et au milieu de prédispositions particulières fâcheuses. Ce qui me donne le droit de tirer logiquement de ce fait la conclusion suivante, à laquelle seule je voulais arriver; à savoir: que les injections vaginales sont quelquefois dangereuses, et qu'une grande prudence doit être apportée dans leur prescription et dans leur emploi.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 août 1851. — Présidence de M. Rayer.

Cause de l'anhélation dans les ascensions.

M. Payerne, de Cherbourg, adresse des observations tendant à démontrer que dans les ascensions sur les hautes montagnes la lassitude et l'anhélation éprouvées par la plupart des explorateurs n'ont pas pour cause une insuffisance d'oxygène dans l'air respiré, comme l'ont pensé quelques physiologistes. M. Payerne a observé des effets semblables produits par des causes diamétralement opposées.

A 30 mètres de profondeur d'eau, pourvu que la température de l'air qu'on y respire ne dépasse pas 10° c., et à moins de 30 mètres lorsque la température dépasse cette limite, les hommes livrés au travail sont obligés de se reposer plus souvent que lorsqu'ils travaillent à l'air libre. Les pulsations artérielles sont notablement accélérées.

La descente et le séjour sous l'eau ne donnent lieu à aucun saignement. Mais le trajet, pour revenir à la surface avec les cloches, et l'échappement de l'air comprimé du bateau sous-marin au moment d'en ouvrir la porte pour rentrer dans l'atmosphère terrestre, font éprouver à quelques personnes un saignement de nez particulier. Ce ne sont pas des gouttes de sang d'un rouge plus ou moins vif qui tombent successivemeent, comme dans les hémorrhagies ordinaires, c'est un suintement non interrompu, de couleur safranée et d'une consistance moindre que celle du sang. M. Payerne considère ce suintement comme une simple exsudation, sans rupture aucune des vaisseaux capillaires, dont la dilatation s'opère moins vite que celle des fluides qu'ils renferment.

On ne saurait supposer que ces efforts résultent d'une insuffisance d'oxygène, puisqu'un volume d'air en possède un poids proportionnel au degré de pression à laquelle il est soumis; qu'à 41 mètres d'eau, par exemple, 1 mètre cube d'air contient 1,480 grammes d'oxygène, au lieu de 296 grammes que le même volume possède à la pression ordinaire.

La lassitude et l'anhélation, dans les lieux élevés, ne paraissent donc pas, à M. Payerne, provenir d'une insuffisance d'oxygène, mais bien de la rupture de l'équilibre entre la tension des fluides contenus dans nos organes et celle de l'air ambiant, n'importe dans quel sens la rupture s'effectue.

Brise-pierres.

M. le docteur Vinci, de Catane, présente à l'Académie l'instrument et la note qui suivent:

Ayant souvent pratiqué l'opération de la lithotritie à Naples, j'ai été à même de juger combien il était utile de trouver un moyen de réduire les fragments de pierre en poudre; c'est, du reste, ce que tous les praticiens distingués de ce pays n'ont pas manqué de rechercher en créant cette belle opération. On a fait à ce sujet de nombreux instruments souvent très compliqués; celui que j'ai fait fabriquer, et dont je donne ici la figure et la discription, a l'avantage de saisir les fragments de pierre, comme tous les brise-pierre à mors plats connus jusqu'à ce jour.

Jusque-là l'action de pression d'avant en arrière m'a paru insuffisante pour dégager les mors du détritus, qui s'engorge et souvent empêche l'instrument de se fermer facilement. C'est pourquoi on a ajouté des languettes, qui compliquent l'instrument sans obtenir le résultat; car ce moyen ne fait que l'affaiblir sans réaliser le but proposé. Je le répète, la pression ou la percussion m'a paru insuffisante; j'ai donc fait fabriquer un instrument dont le mors du simple, après avoir fait l'écrasement par pression ou percussion, fait encore les mouvements de va-et-vient de droite à gauche; de cette manière je pulvérise d'une part, et je dégage sûrement tout détritus qui pourrait engorger les mors de l'instrument.

Fig. 1. Brise-pierre monté, prêt à saisir les fragments de pierre.

Fig. 2. Déviation à droite du mors A oscillant, qui indique le va-et-vient qui s'opère également à gauche pour pulvériser et dégager l'instrument.

Fig. 3. Clef à pignon, du modèle de M. Charrière, destinée à écraser d'avant en arrière par son système ordinaire.

B. Rondelle munie de petites boules, par lesquelles on fait osciller de droite à gauche le mors du simple, pour pulvériser ainsi qu'on le voit *fig.* 2.

C, deuxième rondelle, qui, en la vissant, rend au simple et à son mors l'action non oscillante. En la dévissant, au contraire, elle redevient oscillante. Cette pièce seule modifie ces deux actions inverses.

Cela n'empêche en rien la manœuvre des brise-pierre ordinaire, soit par percussion ou par pression, à la main et avec le pignon.

Contractions utérines.

M. le docteur Pirtz, de Marseille, annonce à l'Académie qu'il a soumis le tissu de l'utérus de la femme en état de gestation, aussitôt après sa mort, à un courant galvanique qui n'y a point provoqué de contractions, bien que le même appareil ait provoqué des contractions dans le cœur et le grand pectoral, après être resté sans effet sur la matrice du même cadavre. M. Pirtz a expérimenté ensuite sur des chats et des lapins avec le même résultat. Ces expériences prouvent jusqu'à l'évidence, suivant M. Pirtz, que les prétendus muscles qu'on s'est efforcé de trouver, par le microscope, dans la matrice en état de gestation, pour comprendre le mécanisme des contractions utérines, dont la force est d'ailleurs trop considérable pour être expliquée par des muscles microscopiques, que ces muscles sont de pure création microscopique. Il trouve dans ce fait la confirmation de ce qu'il avait déjà annoncé; à savoir: que l'ergot de seigle n'agit qu'en décongestionnant l'uterus.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 août 1851. — Présidence de M. Orfila.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose uniquement de rapports sur les services des eaux minérales, de demandes d'avis sur quelques eaux minérales nouvelles, et d'un échantillon de remède secret.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Résection d'une partie des os de la face.

M. Bertherand, chirurgien à l'hôpital militaire de Strasbourg, envoie une observation de résection du maxillaire supérieur, des os palatin, unguis, etc. (Envoyé à une commission dont M. Gimelle est rapporteur.)

Suture du vagin.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie un nouveau porte-aiguille destiné à faciliter l'opération de la suture dans les cavités, telles que l'arrière-bouche, le vagin, le rectum. C'est principalement dans les opérations si délicates nécessitées par les fistules vésico-vaginales que cet instrument rendra des services.

L'un des temps les plus laborieux de ces opérations est le placement des fils sur la lèvre postérieure de la division, presque toujours transversale. Cette difficulté disparaît, selon M. Le Roy-d'Etiolles, avec le nouveau porte-aiguille. Grâces à un mouvement de cercle qu'exécute l'aiguille en pivotant sur elle-même d'arrière en avant, obéissant à l'impulsion d'une tige dentée en crémaillère qui engrène un pignon, une petite fourchette saisit l'aiguille au bout de sa course et l'amène au dehors avec son fil.

Tubercules du testicule.

M. Delasiauve adresse une observation de tumeur du testicule qu'il a observée il y a seize ans, et qui pourrait bien être un cas de tubercule du testicule.

LECTURES.

Des deux espèces d'engorgements du testicule considérés comme tuberculeux.

M. Vidal, sous ce titre, lit le travail suivant:

Le travail que M. Malgaigne a lu à l'Académie soulevait surtout une question de médecine opératoire. Par la discussion, par le talent des chirurgiens qui l'ont abordée, par la réponse de l'auteur, cette question s'est agrandie d'une autre question, d'une question d'anatomie pathologique. Ici une de mes opinions a été combattue par M. le docteur Ricord. Je ne viens pas défendre cette opinion. Je désire seulement la rétablir, la soumettre à vos lumières, telle que je la professe. Vous la jugerez alors, si elle en est digne; vous la condamnerez peut-être, mais après l'avoir connue. Ne possédant pas l'art de capter l'attention, je la demande tout simplement à votre bienveillance.

Pour moi, les engorgements du testicule qu'on attribue à la tuberculisation sont de deux espèces, qui se distinguent surtout par un caractère bien tranché, bien palpable. Une de ces espèces attaque les deux testicules, l'autre se borne à un de ces organes.

Au point de vue de leurs rapports avec la tuberculisation des viscères et principalement avec celle des poumons, ces deux espèces offrent une différence extrêmement importante. Ainsi, c'est la tuberculisation d'un seul côté qui est surtout liée à la diathèse, tandis que celle des deux côtés est bornée aux bourses. Celle-ci est primitivement locale; elle peut exister, d'abord, avec l'intégrité complète de tous les viscères et avec l'état général le plus parfait. De là un pronostic inattendu, pronostic grave quand un seul testicule est malade; pronostic généralement favorable ou seulement réservé quand les deux organes sont envahis. Ce qui nous paraît peut-être ici un paradoxe difficile à soutenir n'est qu'un fait qui obéit à une règle générale. Vous remarquerez, sans doute, que je dis *règle générale* et non *règle universelle*. Il n'y a pas de règle universelle en pathologie; du moins je n'en connais pas.

Les deux premiers malades qui succombèrent dans mon service à l'hôpital du Midi avaient des tubercules dans un seul testicule. Le premier mourut presque subitement à la suite d'accidents céré-

---

de leur santé dans leur jeune âge, la mortalité, qui est si considérable dans les premières années de la vie de l'homme, diminuerait beaucoup.

Quant au nombre des militaires malades traités dans nos hôpitaux civils, il dépasse toutes les prévisions et dénote de graves abus dans les admissions. Il est impossible que 87,500 hommes dans la force de l'âge aient eu réellement le besoin d'entrer à l'hôpital. En 1847, l'armée ne comptait pas, en France, plus de 300,000 hommes. Les hôpitaux militaires ont soigné, dans le cours de cette année, 63,000 malades, ce qui donne un total de 150,000 militaires malades; soit 1 sur 2, ce qui semble presque impossible. Dans la vie civile, et parmi les classes pauvres, on ne compte qu'un malade sur six indigents.

Les départements qui ont traité le plus d'indigents malades sont:

La Seine.	88,493,	dont	Paris.	88,080
Rhône.	25,588,	—	Lyon.	22,453
Seine-inférieure.	17,520,	—	Rouen.	10,754
Bouches-du-Rhône.	17,120,	—	Marseille.	8,066
Gironde.	14,767,	—	Bordeaux.	13,528
	163,488			142,881

Les départements qui en ont le moins traités sont:

Corse.	116
Creuse.	155
Lozère.	199
Haute-Saône.	201
Haute-Marne.	305
	966

y compris les militaires malades.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt, monsieur le ministre, de citer ici quelques faits rapportés par Tenon et Chamousset, et qui serviront à comparer les époques antérieures à l'époque actuelle.

En 1651, on pouvait traiter à l'Hôtel-Dieu de 1,700 à 1,800 malades.

En 1663, 2,500.
En 1765, 3,000.
En 1780, 4,000.

On sait que cet établissement recevait les 15/16es des malades indigents de la ville de Paris.

En 1788, il y avait à Paris 48 hôpitaux ou hospices:
22 destinés aux indigents malades exclusivement;
6 — aux malades et aux vieillards;
20 — aux vieillards, aux orphelins et aux enfants trouvés.

Alors on soignait: 6,236 malades (1);
14,105 vieillards;
15,000 orphelins ou enfants trouvés.

Aujourd'hui on compte:
16 hôpitaux,
10 hospices de vieillards,
1 — pour les enfants.

Recevant: 6,500 malades,
8,500 vieillards,
2,500 aliénés,
675 enfants dans l'hospice,
10,500 — à la campagne.

De 1737 à 1748, en douze ans, il est entré:

251,178 malades à l'Hôtel-Dieu, soit 20,178 par an.
27,210 — à la Charité, — 3,686 —
278,388 23,864

L'hôpital de Lyon à reçu en
1751, 10,873 malades.
1752, 12,194 —
1753, 12,752 —
1754, 11,981 —
47,800, soit en moyenne 11,950.

Voici quel était en 1788 le nombre de malades qui, toujours d'après Tenon, pouvaient être traités dans les hôpitaux dont les noms suivent:

Joinville	60 malades,	aujourd'hui	52, dont 22 milit.
Mâcon.	50 —	—	117, — 30 —
St-Germain-en-L.	70 —	—	108, — 39 —
Beaune.	90 —	—	145, — 15 —
Versailles.	162 —	—	143.
Châlon-S.-Mar.	224 —	—	200, — 65 —
Rouen.	400 —	—	1,384, — 168 —
Montpellier.	400 —	—	550, — 360 —
La Rochelle.	400 —	—	151.
Orléans.	400 —	—	341, — 96 —
Toulouse.	450 —	—	434.
Bordeaux.	400 —	—	693.
Lyon.	1,200 —	—	1,840.
Marseille.	450 —	—	630, — 36 —

(La suite à un prochain numéro.)

(1) A cette époque on plaçait deux, quatre, six, et jusqu'à huit malades dans un même lit.

braux. L'autopsie nous montra une masse tuberculeuse dans la substance cérébrale et les poumons farcis de tubercules à divers degrés. Un seul testicule était tuberculeux. L'autre malade s'éteignit comme un phthisique. Le testicule gauche était manifestement tuberculeux ; mais dans presque tous les viscères, surtout dans les poumons, étaient des tubercules à une période très avancée. Le testicule droit était tout à fait sain, ainsi que l'épididyme.

La mort frappant ainsi deux sujets qui n'avaient qu'un testicule malade, tandis qu'auprès d'eux vivaient tranquillement des individus dont les deux testicules étaient envahis, ce fait frappa mon esprit. Je dirigeai alors mon observation vers ce point du pronostic de la tuberculisation testiculaire.

Tout ce que j'observai depuis me prouva que la tuberculisation unilatérale n'était qu'une expression de la diathèse tuberculeuse, et qu'avant l'envahissement de cette glande le poumon était pris. Je suis maintenant tellement persuadé de ce rapport, que dès que je constate un *engorgement tuberculeux ancien d'un seul testicule*, j'annonce la phthisie. Ainsi, la règle établie par M. Louis est ici inattaquable. Dans une note que j'ai dû singulièrement abréger pour obtenir la faveur d'une lecture, je ne puis introduire des observations détaillées ; mais qu'il me suffise de dire que je possède plusieurs faits comme celui-ci :

Un jeune homme se présente à l'hôpital du Midi avec des masses de tubercules envahissant le parenchyme testiculaire et l'épididyme du côté gauche ; le côté droit est tout à fait sain. Je prie mon interne, M. Pellagot, de s'informer des antécédents de ce malade, et de l'ausculter. Voici la note qu'il me remet : « Aucun antécédent vénérien. » Depuis six ans le malade a des rhumes fréquents, opiniâtres ; à deux ou trois reprises il a craché du sang. Sueurs nocturnes. A l'auscultation on trouve, à gauche et au sommet de la poitrine, une respiration rude avec expiration beaucoup plus prolongée que l'inspiration. Obscurité du son au même point de la poitrine. Comme antécédent de famille, son père est mort jeune d'une maladie de poitrine. La mère se porte bien.

Dernièrement, le docteur Bernadet me parla d'un ouvrier qui avait un testicule tuberculeux. Je fis bien expliquer mon honorable confrère pour savoir si un seul côté était pris ; il m'assura qu'il n'y avait que le testicule gauche. Le malade me fut présenté. Je pus constater la tuberculisation testiculaire d'un seul côté ; de plus, de la matité sous les deux clavicules ; faiblesse, irrégularité de la respiration ; crachats opaques, grisâtres ; enfin, des caractères de la tuberculisation pulmonaire.

Maintenant, si vous fixez un instant votre attention sur le tableau si varié des tumeurs *solides* et *chroniques* du testicule, vous verrez deux groupes bien distincts de tumeurs relativement au pronostic, aux suites. Dans un premier groupe, la tumeur apparaît d'un seul côté des bourses ; ce groupe est composé par les encéphaloïdes, les squirrhes, enfin par les cancers et la tuberculisation dont je m'occupe ici. Ce groupe, éminemment *malin*, ne peut être dompté par aucun moyen thérapeutique. Vient après un second groupe de tumeurs envahissant peu à peu les deux côtés des bourses : ce sont les engorgements vénériens, syphilitiques et l'affection dite tuberculeuse dont je vais m'occuper ; groupe bénin qui cède, en général, à une thérapeutique et à une hygiène bien dirigées.

J'ai besoin de répéter que les tumeurs de la deuxième catégorie ne se doublent que peu à peu. En effet, elles ne naissent presque jamais en même temps des deux côtés ; mais quand à gauche la tumeur est un peu ancienne, déjà à droite elle commence à pointer : une exploration attentive fait alors reconnaître un ou deux endroits plus ou moins durs, plus ou moins saillants. Ainsi, quand vous entendez dire « un testicule tuberculeux a été enlevé, mais la récidive a eu lieu de l'autre côté », vous pourrez assurer qu'avant l'amputation déjà cet autre côté commençait à être malade. Je suppose, bien entendu, que la castration a été entreprise dans un cas d'altération profonde de l'organe.

Pour ne parler ici que des tumeurs considérées comme étant formées par des tubercules, je dirai que primitivement elles n'ont aucun rapport avec la diathèse tuberculeuse, qu'elles peuvent exister avec une intégrité complète de tous les viscères, avec la respiration la plus pure, avec le meilleur état des poumons. Je traite, dans ce moment-ci, deux malades qui ont les deux bourses envahies. L'un d'eux a d'abord été observé par mon collègue M. Lenoir. Chez ces malades, des foyers ont été vidés ; les tumeurs existent depuis plusieurs années, et la poitrine n'offre à l'exploration la plus attentive aucun phénomène anormal. Si donc cette catégorie de tumeurs était formée par de véritables tubercules, la loi de M. Louis serait fortement compromise, tellement les faits de ce genre se répètent. En effet, les tumeurs doubles sont bien plus fréquentes que les tumeurs uniques.

Mais je suis porté à croire que ces engorgements doubles varient de nature ; il en est beaucoup qui ont pour antécédents des inflammations de l'urètre persistantes, répétées. Ici on peut admettre une forme d'orchite ou, pour mieux dire, d'épididymite tendant à la chronicité. Quelquefois c'est un sujet strumeux qui porte cette double tumeur, sujet dont la poitrine est cependant intacte. Il y a peut-être là des abcès concrets qui simulent l'affection tuberculeuse, qui se vident très tard après une inflammation intercurrente, et qui laissent des cavernes, des fistules, comme les tubercules. Les petites tumeurs qu'ils forment peuvent exister dans le tissu cellulaire qui entoure l'épididyme ; elles jouissent alors d'une certaine mobilité ; elles peuvent envahir l'épididyme même et la substance du testicule.

Cette opinion sur la nature de ces dernières tumeurs avait déjà été entrevue ; elle a été signalée par M. Velpeau ; mais il fallait lui assigner un caractère palpable, saillant, celui que je viens d'indiquer, c'est-à-dire la tendance de la maladie à envahir les deux testicules et l'absence de tubercules préalables dans les poumons.

On peut m'objecter que, plus d'une fois, on a constaté la double tumeur ayant des rapports avec la tuberculisation pulmonaire, ce qui est très vrai, ce qui est prouvé par les autopsies. Mais ces rapports ne sont pas ceux de la tumeur unilatérale. Celle-ci est une des expressions de la diathèse tuberculeuse déjà établie ; le phthisique est fait quand elle arrive, tandis que la tumeur double fait elle-même le phthisique, ce qui est bien différent. Oui, messieurs, cette double tumeur, celle que j'ai classée parmi les tumeurs *bénignes*, si elle est mal traitée, si elle suppure abondamment, longtemps, peut jeter le malade dans un état de débilité très favorable au développement des tubercules pulmonaires. On observe surtout de pareils résultats quand ces tumeurs des bourses sont traitées d'abord par un moyen qui déprime singulièrement les forces, par le mercure à l'intérieur et en frictions. Mais ici la phthisie est secondaire, tandis que tantôt elle était primitive.

Comme je vous l'ai dit, mon but est simplement de rétablir mon opinion sur deux lésions du testicule que je cherche à distinguer. Je n'ai pas la prétention d'entrer dans l'autre partie de la discussion, celle qui touche à la médecine opératoire. Mais, si j'ai été assez heureux pour être compris de vous, il ne vous aura pas été difficile d'entrevoir ma pensée sur l'intervention du bistouri. Des deux variétés de tumeurs que j'ai établies, une est trop grave et l'autre ne l'est pas assez pour légitimer une opération. En effet, en opérant pour la tumeur unique, on opère un phthisique, et dans l'autre cas, quand il y a double tumeur, je crois qu'une médication générale bien dirigée et *employée à temps* doit conduire à une guérison radicale.

Mais si ce traitement n'a pas été convenablement suivi, si on a trop tardé de le commencer, si surtout les débilitants ont été employés, si le malade a été mal logé, si on l'a laissé séjourner trop longtemps dans un hôpital, il peut se faire qu'un testicule une suppuration très abondante, très affaiblissante et de nature à compromettre la constitution. Alors, si on peut détruire le principal foyer, s'il y a possibilité de tarir la principale source de la suppuration, on rend un véritable service au malade. A ce point de vue, l'extirpation partielle de M. Malgaigne pourrait être soutenue.

Je termine par un mot, mais un seul mot, sur le débridement du testicule. Voici ce que je puis affirmer sans crainte d'être démenti. Depuis que j'ai institué le traitement chirurgical de l'orchite, j'ai fait, tant en ville qu'à l'hôpital du Midi, un nombre considérable de débridements du testicule pour des orchites parenchymateuses, pour des épididymites, pour des engorgements du cordon avec symptômes d'étranglement ; j'ai même opéré pour des douleurs nerveuses. Je fais une petite incision d'un centimètre et demi. Cette opération est sédative et résolutive. Jamais on n'a vu sortir par ces incisions une parcelle du parenchyme du testicule.

Election.

Il est procédé à l'élection d'un membre dans la section d'accouchements.

Au premier tour de scrutin, les voix se répartissent ainsi :

MM. Lenoir.	17
Depaul.	18
Jacquemier . . .	4
Devilliers. . . .	7
Chailly	33
	79 votants.

Deuxième tour :

MM. Lenoir.	10
Depaul.	27
Chailly.	40
Jacquemier . . .	1
Devilliers. . . .	1
	79 votants.

M. Chailly, ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé membre de l'Académie.

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Huile iodée.

M. Guibourt lit un rapport qui se termine par les conclusions suivantes :

1° L'Académie reconnaît que M. Marchal (de Calvi) a le premier eu l'idée de l'emploi médical d'une huile iodée artificielle. Elle pense que la forme et le mode de préparation proposés par M. Personne sont préférables aux autres et qu'ils doivent être adoptés quant à présent.

2° L'Académie remercie MM. Personne, Deschamps et Marchal (de Calvi) d'avoir par leurs utiles communications appelé son attention sur des médicaments qu'elle reconnaît être d'une grande importance pour l'art de guérir.

Après quelques réflexions de MM. Bouchardat, Orfila et Moreau sur le mode d'action très différent qu'ont souvent des substances identiques chimiquement, ces conclusions sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

M. le docteur Vaillant, inspecteur du service de santé des armées, vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— *Errata.* Dans la leçon de M. Vidal, de notre dernier numéro, page 382, 3e colonne, ligne 13, *au lieu de* : 1° Par abcès, *lisez* : 1° Par ulcération. — Même page, 4e colonne, ligne 4, *au lieu de* : Nous n'observâmes pas la syphilis, *lisez* : Nous n'observâmes pas la syphilide.

Madame Colombat (de l'Isère), veuve du regrettable docteur Colombat (de l'Isère), vient d'ouvrir à son domicile, rue de Fleurus, n° 1, de nouveaux cours pour la guérison du bégaiement. On connaît les succès obtenus dans ce genre par la *méthode orthophonique* du docteur Colombat, dont la découverte avait été récompensée par le grand prix Montyon. Dans les huit dernières années de sa vie, Colombat, à qui sa santé ne permettait plus d'exercer lui-même sa méthode, en avait confié la pratique à sa femme, qui l'y remplaçait avec avantage. Les personnes affectées de bégaiement trouveront donc chez Mme Colombat (de l'Isère) les mêmes soins et les mêmes chances de guérison qu'elles auraient pu attendre de son mari, dont les ouvrages sont également en vente à l'adresse indiquée ci-dessus.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 97. — SAMEDI 23 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 97. — SAMEDI 23 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38 ; HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur le traitement des kystes du poignet par l'alcool en topique.

Tout le monde sait les nombreux moyens qui ont été mis en usage pour guérir les kystes du poignet, et personne n'ignore non plus combien ces moyens échouent souvent, surtout dans ceux de ces kystes qui ne sont pas purement synoviaux. Dans une de ses dernières et remarquables leçons cliniques, M. Nélaton appelait l'attention de ses auditeurs sur une médication proposée par M. Houzelot, et dont le plus grand inconvénient ne pouvait-être qu'un insuccès, inconvénient qui appartient à bien d'autres méthodes plus dangereuses. Ce moyen, que M. Nélaton se proposait d'expérimenter, consiste dans de simples applications de compresses imbibées d'alcool, et constamment renouvelées, sur la partie affectée. Un malade était entré à la clinique, qui se prêtait parfaitement à l'expérience.

C'était un jeune homme de vingt-un ans, exerçant la profession de charron, et atteint depuis quatorze mois d'un kyste crépitant de la partie antérieure du poignet. Ce kyste était assez douloureux, et empêchait depuis plusieurs mois le malade de continuer sa profession. Il ne pouvait même pas fermer la main. Divers moyens conseillés en pareil cas avaient déjà été dirigés contre cette tumeur ; aucune amélioration n'en était résultée.

Le 30 juillet, M. Nélaton prescrivit l'application de compresses imbibées d'alcool pur et constamment renouvelées sur la tumeur.

Après quelques jours d'application, celle-ci avait notablement diminué ; les mouvements du poignet étaient possibles et peu douloureux. L'amélioration a augmenté, et aujourd'hui le volume du poignet est presque revenu à son état normal. Le malade non-seulement ferme à peu près entièrement la main, mais encore il serre avec une certaine force sans souffrir. Il serait presque en état de reprendre ses travaux. On sent cependant encore une certaine crépitation dans les tendons, dans les mouvements d'extension et de flexion de la main.

L'action extérieure de l'alcool s'est bornée à une légère vésication sèche qui a détaché l'épiderme.

Doit-on attribuer, dans ce cas, à la médication le résultat observé chez ce malade ? L'affirmative ne nous paraît point douteuse. Ce malade était obligé depuis longtemps de garder le repos avant de faire usage de l'alcool ; ce n'est donc point à ce repos seul qu'on doit rapporter la guérison, comme cela a lieu pour quelques cas analogues. En outre, plusieurs autres moyens avaient déjà été employés sans succès, et les kystes du poignet ne sont pas de ces affections qui guérissent souvent spontanément, surtout dans un espace de temps aussi court. C'est donc bien au topique alcoolique qu'il nous semble juste de rapporter le mérite de cette guérison.

Sera-t-on aussi heureux à l'avenir en employant le même moyen ? Nous avouons ne pas oser répondre à cette question, en nous appuyant sur le seul fait que nous ayons observé. *A priori*, l'alcool en topique semble ne devoir agir que comme un vésicant faible, une sorte de stimulant dérivatif analogue à tous les agents de même nature, et l'on sait combien ces agents échouent souvent. Cependant il est bien possible que cette analogie ne soit pas complète ; qu'il y ait dans l'action de l'alcool quelque action endosmotique, chimique, etc., qui lui donne un mode d'action tout particulier, et il serait téméraire de devancer à ce sujet le jugement de l'expérience. Nous attendrons donc, tout en consignant dans la science comme un fait pratique précieux l'observation qu'on vient de lire.

Sur un cas curieux d'épididymite.

La discussion qui vient d'avoir lieu donne un intérêt d'actualité au fait suivant, déjà très intéressant par lui-même.

Au n° 23 de la salle des hommes de l'hôpital des Cliniques est couché un cordonnier, âgé de trente et un ans, entré à l'hôpital le 15 juillet, et qui donne sur sa maladie les renseignements suivants :

Dans les premiers jours d'avril, après quelques symptômes généraux (fièvre, inappétence, etc.), il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dans le testicule droit. Ce testicule était douloureux, un peu plus volumineux que celui du côté opposé ; la marche était difficile. Le malade entre à l'hôpital de la Pitié le 12 avril ; on lui applique des cataplasmes sur les bourses, et quand il sort, le 4 mai, la douleur a disparu, et il affirme qu'il n'y avait plus de différence entre l'un et l'autre testicule.

Dans le courant du mois de mai, le testicule gauche devient malade à son tour ; le malade éprouve la même série de phénomènes qu'il a éprouvée à droite. Le repos, les cataplasmes calment la douleur, mais le gonflement persiste, et de temps en temps la douleur reparaît, pour se dissiper au bout de quelques jours. C'est de ce côté seulement (gauche) que le malade souffre lors de son entrée à la Clinique le 15 juillet.

Cet homme est grand, maigre et ne paraît pas doué d'une bonne constitution. Il a eu la rougeole et la variole, dont il porte les traces. Il s'enrhume facilement, surtout l'hiver et pendant la saison des pluies. On lui a conseillé l'usage d'un gilet de flanelle, qu'il a quitté vers le mois d'avril.

Il est habile dans sa profession de cordonnier, ce qui lui a permis de se bien nourrir et de se bien loger. Depuis douze ans, il habite Paris, et dans les premiers temps il s'est livré à de nombreux excès de vin et de femmes ; cependant il affirme n'avoir jamais été atteint d'aucun symptôme vénérien, et ces affirmations sur ce point portent tous les caractères de la sincérité. Souvent il passait des nuits pour réparer le temps perdu.

Rien que de normal à la percussion et à l'auscultation de la poitrine.

Au 15 juillet, on constate :

A gauche, à la tête de l'épididyme, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, un peu bosselée, dure, très douloureuse à la pression ;

A droite, à la queue de l'épididyme, une autre petite tumeur, à peu près du même volume, indolente.

Les deux testicules (substance propre) sont sains, du reste, ainsi que le corps et la queue de l'épididyme à gauche, le corps et la tête à droite. — Repos ; cataplasmes.

Le 20 juillet, iodure de potassium, 1 gramme. La douleur se calme, mais le gonflement persiste.

Le 4 août, le malade se plaint de douleurs assez vives à droite. On examine, et on trouve dans la tête de l'épididyme un petit noyau gros comme un grain de blé, douloureux. Ce noyau augmente sensiblement, envahit toute la tête, puis le corps de l'épididyme, et aujourd'hui, 21 août, tout l'épididyme est dur, et coiffe, pour ainsi dire, le testicule sain dans sa moitié supérieure. A gauche, la tumeur a presque entièrement disparu. Le malade continue toujours l'usage de l'iodure de potassium.

Ainsi que nous l'avons dit à propos du travail lu par M. Vidal, on a agité dans la dernière discussion de l'Académie la question de savoir si les affections testiculaires désignées sous le nom de tubercules n'étaient pas de deux espèces différentes, non-seulement au point de vue de l'étiologie et du pronostic, mais aussi au point de vue de l'anatomie pathologique. Il ne nous paraît certes pas démontré que dans le cas actuel il s'agisse d'une de ces affections ; mais s'il en était ainsi, si les nodosités indurées que l'on sent dans l'épididyme étaient produites par un dépôt de matière étrangère solide, blanchâtre ou jaunâtre, analogue, en un mot, au tubercule par son apparence, il faudrait bien reconnaître que cette apparence est trompeuse, car jamais dans les poumons ou dans un autre organe on n'a vu le véritable tubercule, une fois arrivé à l'état cru, disparaître ou même se former avec la rapidité que l'on a constatée chez le précédent malade, et que l'on constate souvent d'ailleurs chez d'autres malades, chez lesquels la nature tuberculeuse de l'affection a été admise.

Il serait donc important qu'à l'avenir on fît intervenir dans l'étude de cette question l'examen microscopique, non que nous accordions à cet examen une valeur absolue pour juger la question, mais parce qu'il peut fournir des renseignements qui, ajoutés à ceux qui résultent des autres modes d'investigation, pourront peut-être compléter les données d'un problème non résolu jusqu'à ce jour. Si le malade dont nous venons de résumer l'histoire n'était pas assez heureux pour guérir sans suppuration, nous aurions soin de nous livrer à l'examen que nous venons de signaler et d'informer nos lecteurs du résultat de nos observations.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Maladies de la rate.

Il est un grand principe en médecine qui est et sera toujours vrai, et que tous les médecins, de quelque école qu'ils soient, sont forcés d'admettre : c'est que chaque organe a sa souffrance spéciale ; chaque organe a une expression de souffrance qui lui est propre.

Si c'est l'utérus qui est malade, nous trouvons comme symptômes constants, de la douleur dans le bas-ventre, douleurs s'irradiant dans les reins, douleur revenant par intervalles, rappelant jusqu'à un certain degré les douleurs de l'accouchement. Nous constatons de la pesanteur sur le rectum, de fréquents besoins d'uriner, des écoulements de natures diverses, etc., etc. De quelque manière que cet organe vienne à souffrir, soit par une action régulière, comme dans l'embryotérisme ; qu'il y ait, soit un changement de position, soit des inflammations, des ulcérations, des tumeurs, des dégénérescences, vous trouverez ces symptômes d'une manière constante. Et cependant, faut-il dire que toutes les femmes éprouvent les mêmes souffrances ? S'il y a de l'inflammation, vous constaterez de la fièvre, une chaleur vive, une douleur extrême, avec ou sans écoulement. Dans le cancer, vous verrez des douleurs d'une autre nature produites par la stase du sang et non par le cancer lui-même. Dans la grossesse ce seraient d'autres souffrances, d'autres symptômes. Il résulte de ceci que la proposition que j'ai émise en

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Thérapeutique et de Matière médicale ;

par MM. TROUSSEAU et PIDOUX. (4e édit.)

(Deuxième article.)

MM. Trousseau et Pidoux ont conservé dans leur 4e édition la *classification* qu'ils avaient adoptée pour les deux précédentes, sauf l'adjonction de la *médication anesthésique* ; ce qui porte à quatorze le nombre de leurs médications, dont nous donnerons la clef en rappelant ces lignes de l'avertissement de la 2e édition : « Nous avons donc traité en premier lieu des médicaments qui portent *primitivement* leur action sur la plasticité pour la modifier, soit en la restaurant et la fortifiant, comme les préparations ferrugineuses et astringentes ; soit en l'affaiblissant et en l'altérant, comme le mercure et la saignée... Après cela, viennent les médicaments qui portent *primitivement* leur influence sur l'innervation pour la fixer et l'actionner, comme le quinquina et les stimulants ; ou pour la modérer, comme l'opium et le froid, etc...

On sent très bien que tous les agents thérapeutiques ne peuvent être renfermés dans ces deux grandes classes, quelle que soit l'élasticité qu'on leur accorde. Les auteurs en conviennent eux-mêmes, et cet aveu désarme la critique. Si nous nous occupions moins de chercher les faits qui intéressent les cliniciens, nous pourrions discuter plusieurs de leurs propositions qui, malgré tout ce qu'elles ont d'ingénieux, n'en sont pas moins fort contestables et plus ou moins paradoxales. Mais nous aimons mieux aborder le fond des choses, et dire que l'on rencontre dans les considérations générales sur les diverses médications des principes de thérapeutique de la plus haute importance. Par exemple, vous ne trouverez nulle part, que je sache, les données pratiques semées à pleines mains dans les cent soixante-quatre pages consacrées à la médication *antiphlogistique*. Les questions les plus délicates y sont profondément fouillées. C'est l'expérience des grands médecins des derniers siècles formulée en préceptes clairs et nets. C'est surtout dans ce qui concerne la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives et la fièvre catarrhale, que se révèle la haute sagesse de ce travail, qui me paraîtrait ne rien laisser à désirer si, comme le veulent aujourd'hui les esprits sévères, ces généralités, si bien coordonnées, s'appuyaient sur des faits recueillis avec nos méthodes actuelles d'investigation, et exposés avec tous les détails propres à en faire saisir la portée. Ces conditions sont de rigueur dans les ouvrages de médecine, et ceux qui ne les présentent pas prêteront toujours à des attaques bien fondées.

L'histoire de l'*arsenic*, rangé parmi les *altérants*, a reçu de nouveaux développements, qui ont été en grande partie empruntés aux travaux de M. Boudin. La question qui se rattache à la propriété fébrifuge de l'acide arsénieux a fait un grand pas depuis l'époque où a paru la troisième édition, et c'est un fait que constate la quatrième en rappelant les essais qui ont été tentés sur cette matière dans plusieurs localités et sous des latitudes différentes. Pour mon compte, je crois, en m'en rapportant à ce que j'ai expérimenté, que l'arsenic est destiné à rendre avant peu de temps de grands services dans le traitement des fièvres intermittentes des pays tempérés. Je m'abstiens de prononcer sur son degré d'utilité dans les pays chauds, parce que l'expérience personnelle me fait défaut.

Le chapitre de la médication *névrosthénique* est à retoucher en ce qui concerne les prescriptions relatives à l'administration du sulfate de quinine. Ce serait un guide insuffisant pour les praticiens des contrées marécageuses. Cette lacune se fait sentir surtout dans l'indication du traitement des fièvres pernicieuses. Elle sera comblée, je n'en doute pas, dans l'édition qui ne tardera pas à suivre celle-ci. Les considérations savantes que les auteurs ont exposées sur les affections paludéennes témoignent qu'ils ont trop bien compris l'importance de ces questions pour ne pas donner à leur thérapeutique tout le développement qu'elle réclame. On éprouve aussi le regret de ne rencontrer dans cet article rien qui rappelle les recherches si pratiques de M. Mélier sur les affections intermittentes à courte période. Consacrer quelques lignes à ce sujet intéressant, c'eût été rendre service aux médecins de nos campagnes, qui, sans journaux et loin des centres scientifiques, n'apprennent les conquêtes médicales que par les livres qui les résument et les popularisent.

Nous avons déjà dit que l'extension et l'importance accordées à l'étude de l'*électricité* sont un des points principaux par lesquels cette édition diffère des autres.

L'étude des agents anesthésiques ne constitue pas une moindre différence.

L'uniformité et la spécialité des effets produits par les anesthésiques, la rapidité avec laquelle leur action s'efface une fois l'effet thérapeutique obtenu, telles sont les propriétés qui font une classe à part de ces agents, qui pourtant se rapprochent des antispasmodiques et des narcotiques par des propriétés communes. Après avoir

commençant est parfaitement vraie, et que chaque organe a une expression de souffrance qui lui est propre.

Si nous appliquons à la rate ce que nous venons de dire pour l'utérus ou pour tout autre organe que nous aurions choisi, nous retrouverions la même proposition dans ses applications les plus vraies. Les lésions de la rate se manifestent par des accidents périodiques revenant à des heures à peu près fixes et constitués par des stades de frissons, chaleur et sueurs, sans qu'il y ait toujours et d'une manière invariable, ces trois stades bien caractérisés. Dans quelques cas le frisson peut manquer, dans d'autres c'est la chaleur; celui qui fait le moins souvent défaut, c'est la sueur; mais on peut dire qu'en général telle est l'expression phénoménale des souffrances de la rate; c'est au moins un fait admis par tous les pathologistes.

Mais sont-ce là les fièvres intermittentes telles que les comprennent les auteurs en général? Oui et non. Les uns n'admettent de fièvre intermittente que celle qui est parfaitement caractérisée avec le type quotidien ou tierce. Messieurs, c'est une grave erreur, contre laquelle je ne saurais trop m'élever; car elle vient de ce qu'on a étudié la fièvre intermittente comme maladie et en négligeant la lésion de la rate. La fièvre intermittente n'est à proprement parler qu'un symptôme; ce n'est point une maladie; vous ne pourrez jamais bien l'étudier si vous ne partez pas d'un point fixe, certain, qui ne vous trompera jamais, ainsi que je vais vous le prouver, tandis que la fièvre intermittente vous induira en erreur en ne vous faisant voir qu'un point de la question.

Il est du reste maintenant bien reconnu par les hommes qui ont bien observé que l'accès de fièvre intermittente peut exister même lorsque les stades présentent quelque variation dans leur manifestation; dans les plus franches, on peut en voir manquer un, quelquefois deux. Celui qui manque le moins est la sueur; elle existe dans les cas les plus obscurs, et, si vous constatez chez un malade des sueurs revenant d'une manière périodique, à des heures fixes, soyez certains qu'il y a une maladie de la rate. Il y a néanmoins des exceptions, et j'en établirai une de suite pour la fièvre hectique, pour la pyémie chronique, la fièvre dite de suppuration, qui existe avec des sueurs revenant toutes les nuits sans qu'il y ait maladie de la rate. Dans ce cas, l'état fébrile persiste toute la journée; il est plus ou moins considérable; mais cet état, cette persistance de la fièvre ne s'observent pas dans les affections de la rate.

Hors ces cas, et avec les différences que j'ai indiquées et dans les termes que j'ai fixés, il y a constamment maladie de la rate; mais ces lésions n'ont pas toutes le même caractère, et dès lors vous trouverez des différences essentielles dans leur manifestation symptomatique.

Dans la *splénémie* simple, celle qui est produite par le miasme paludéen, vous aurez un état en quelque sorte aigu, des accès bien franchement caractérisés, les trois stades bien complets avec le type tierce.

Dans la *splénite* produite par des coups, des chutes sur la région de la rate, l'état aigu sera caractérisé d'une autre manière : la fièvre sera quotidienne, viendra plus volontiers le soir; mais l'accès sera beaucoup moins tranché; il pourra y en avoir plusieurs même dans la journée. Dans quelques cas, vous trouverez des symptômes graves avec une vive douleur dans la région splénique. Ce n'est plus, vous le voyez, le même tableau.

A l'état chronique, dans les *splénopathies* diverses, vous trouverez de la tuméfaction du tissu de la rate; l'accès sera quarte ou quotidien; il y aura constamment, et quelquefois seulement, des sueurs la nuit; quelquefois elles seront précédées de frissons. Cet état se rencontre dans les hémosplénémies, dans l'état cachectique qui suit ou accompagne les lésions chroniques de la rate.

Il existe encore d'autres lésions avec névralgies intercostales à gauche, avec douleur violente, augmentée par la pression, caractérisée par de petits accès fébriles de très courte durée.

Enfin, dans des lésions très chroniques de la rate, c'est à peine si le mouvement fébrile est sensible. De même que dans les lésions chroniques des autres organes, on ne rencontre plus que des symptômes douteux, d'un vague extrême et tellement douteux, que l'on pourrait supposer que l'organe même a complétement cessé ses fonctions et a été entièrement détruit.

Voilà la vérité, messieurs, et si vous cherchez, vous trouverez dans chaque organe l'application de ce que je viens de dire, que ce soit le poumon, le foie, la matrice, etc., et ces faits ne sont pas douteux. La rate est un organe comme un autre; et pour preuve de ce que j'ai avancé, je vais vous parler de cet homme que nous venons d'examiner au n° 22 de la salle Saint-Charles, et qui vient former le trente-septième fait de cette nature que j'ai observé.

Cet homme a reçu, il y a trois ans, un coup de timon dans le flanc gauche; il y a quinze jours, il a reçu un coup sur la région de la rate. Depuis ce moment il est malade; il a une douleur peu vive sur ce point; il a des sueurs très fortes toutes les nuits; des frissons mal déterminés, irréguliers; il n'accuse pas de sentiment de chaleur, quoiqu'il soit difficile de penser qu'il n'en ait pas eu avant d'avoir les sueurs si fortes dont il se plaint. La rate a 9 centimètres dans son diamètre vertical; elle est très douloureuse à la percussion, et même à la pression. Il n'éprouve rien dans le jour; il ne se sent pas malade en ce moment. C'est un état mal déterminé, peu marqué. Ce n'est pas là, il est vrai, une fièvre intermittente franche, légitime, comme celle que l'on remarque sous l'influence du miasme paludéen; pour beaucoup de pathologistes, ce ne serait même pas une fièvre intermittente; et cependant c'est bien là la fièvre intermittente de la splénite, et c'est parce que j'ai plus que d'autres examiné ces faits avec le plus grand soin que je suis certain de ne pas me tromper sur ces phénomènes, qui sont en effet peu connus. Et cependant, messieurs, ces lésions, si vous ne les appréciez pas dans leur vérité, vont vous mener à une thérapeutique irrationnelle; si vous faites surtout de l'ontologie, si vous allez combattre la fièvre intermittente, vous allez chercher ce qui guérit la fièvre intermittente : vous emploierez le quinquina, le sulfate de quinine, le sel marin, la salicine; vous empoisonnerez doucement votre malade avec l'arsenic. Vous verrez dans les livres que chaque auteur a un remède pour la fièvre intermittente, et vous échouerez de toutes les manières. Vous verrez les remèdes les plus extravagants préconisés, depuis les douches froides, les petits coups répétés sur la rate, le café, jusqu'à certains globules que je ne veux pas nommer ici.

Vous ne guérirez pas avec les remèdes rationnels, le sulfate de quinine et le sel marin, et cela parce que c'est une lésion anatomique persistante qui entretient et produit la fièvre intermittente. Vous avez affaire ici à une splénite, à une spléno-phlegmasie; la rate est enflammée, congestionnée par une cause traumatique. Appliquez donc des sangsues sur la région de la rate : vous la verrez rentrer dans ses limites, et vous guérirez votre malade. Dans les autres cas que je vous ai signalés, vous savez fort bien que ce n'est pas avec des sangsues que vous guérirez la fièvre intermittente, mais bien avec du sulfate de quinine.

Je regrette, messieurs, de n'avoir pas assez insisté dans mes livres sur ce point si remarquable et si vrai des maladies de la rate : c'est ce qui a fait que l'on m'a prêté bien des exagérations que je n'ai jamais eues; car, en étudiant comme vous me le voyez faire tous les jours, en partant d'un point toujours vrai, toujours certain, en constatant les lésions et non la maladie, il est impossible que l'on soit conduit à des idées fausses : l'étude de la lésion de l'organe malade ne peut jamais tromper.

LUXATION DU PREMIER OS CUNÉIFORME;

Par M. Meynier.

Si l'on parcourt les traités les plus récents de pathologie externe, on est tout d'abord surpris de n'y trouver aucune mention d'une foule de déplacements osseux que la pratique journalière offre pourtant au chirurgien. C'est là une lacune, et une lacune fort regrettable. Comme la médecine interne, la médecine manuelle a ses *minutiæ magni momenti*.

Ainsi que je l'avais avancé, il y a longtemps déjà, dans mes conférences particulières, et comme l'a sagement écrit M. Vidal (de Cassis) : « Tout est possible en fait de déplace- » ments (1). » Il est donc du devoir d'un auteur de tout dire à ce sujet s'il veut être complet, et surtout s'il veut être utile. Ce ne sont pas les modes de luxation les plus communs, ou les maladies qu'on voit tous les jours, qu'il importe le plus d'exposer; cela fait partie de nos études premières; cela se trouve dans tous les livres. Ce sont, au contraire, les cas rares, singuliers qu'il faut préférablement décrire. La raison de cela est bien simple; c'est que c'est là principalement ce qui peut embarrasser le praticien.

Parmi les déboîtements les moins ordinaires, on doit placer ceux du premier os cunéiforme. Le judicieux Delpech connaissait cette lésion, et la regardait comme ayant peu de gravité (2).

Ceci donne lieu de s'étonner que Samuel Cooper (3) paraisse ignorer ou néglige de rapporter cette opinon du savant professeur de Montpellier. Le compilateur anglais ne parle que des deux cas cités par son homonyme Astley (4), et dans ceux-là, la réduction fut jugée impossible. Pour qu'on le remarque en passant, cette impossibilité prouve que la maladie dont il s'agit n'est pas chose si indifférente qu'on ait eu raison de la passer sous silence. Et enfin, cette dissidence entre des hommes d'un mérite si éminent aurait dû, ce me semble, attirer l'attention sur ce point oublié.

Pour terminer ces considérations préliminaires destinées à mettre un certain nombre de vos lecteurs au courant de la question, j'ajoute ici que les deux observations du grand chirurgien d'outre-Manche sont les seules que j'aie trouvées, au moins dans les ouvrages, assez multipliés cependant, dont j'ai pu disposer.

Maintenant, voici ce que j'ai vu et fait le 31 mai dernier.

Obs. — Joseph Gay, ferblantier, âgé de trente et quelques années, pose le pied droit sur un trou pratiqué dans le plancher d'un moulin, et recouvert malheureusement d'un sac vide en toile forte. Le membre inférieure s'engagea dans cette ouverture, jusqu'à ce que la saillie de l'ischion et la fesse arrêtèrent le reste du corps. Pendant la chute, le pied gauche glisse en avant et en dehors sur le sol, assez poli, et s'écarte sans y trouver de point d'appui. C'est en cherchant vainement que le pied a éprouvé la dislocation dont je vais parler.

Une heure environ s'est écoulée entre l'accident et le moment où je vois le malade. Il existe déjà chez lui un gonflement assez prononcé pour masquer d'abord le genre d'altération. Le pied a l'air plus trapu, un peu raccourci. Et pourtant, mesuré avec son congénère, il n'offre pas de différence de longueur bien sensible.

Guidé par la douleur qu'accuse Gay, je palpe le bord interne de cette portion du membre, et j'y sens une saillie dorsale qui donne à ce même bord une hauteur, ou, si l'on veut, une épaisseur insolite. Et puis, en appuyant davantage, il m'est aisé de distinguer qu'un des os s'est porté en haut. Le cran qui forme l'abrupt, pour employer un terme de géologie, est surtout sensible vers le coude-pied. Il existe un autre abrupt vers l'articulation supérieure du premier métartasien, que Gallien regardait comme la première phalange du pouce ou gros orteil.

Dès lors la luxation était reconnue : c'était tout simplement celle du premier cunéiforme, et le déplacement avait lieu directement en haut. En ce cas, il différait de ceux d'Astley Cooper, qui les avait observés en dedans, quoiqu'un peu en haut aussi. Il se pourrait que l'on trouvât dans cette dissemblance la raison de la diversité des résultats.

Il est facile de se rendre compte de cette circonstance que la saillie était plus aisée à sentir en haut qu'en descendant vers l'orteil; c'est que le tendon du jambier antérieur, qui du premier cunéiforme, auquel il s'attache d'abord, passe au métatarsien correspondant, masquait de ce côté le ressaut inférieur de l'os déplacé.

Une pression médiocre exercée sur le cunéiforme de la face dorsale à la face plantaire de cette partie au membre abdominal suffit pour rétablir la forme, les mouvements et pour chasser la douleur. Le bruit caractéristique dans toute luxation qui se réduit se fit distinctement entendre; ensuite un bandage amidonné maintint la réduction et amena au bout de trois semaines une guérison très solide. (*Gaz. méd.*)

(1) *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 349, 1re édition.

(2) *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, t. III, p. 140.

(3) *Diction. de chirurgie*, t. I, p. 128.

(4) *Œuvres chirurgicales complètes*, traduit par Chassaignac et Richelot, p. 69.

---

pesé les avantages et les inconvénients que l'on attribue à l'éther et au chloroforme, MM. Trousseau et Pidoux, d'accord avec presque tous les hommes compétents, se décident en faveur du dernier de la manière la plus explicite. Ils fixent de 15 à 30 grammes la dose d'éther et de 2 à 8 grammes celle de chloroforme que l'on pourra généralement employer sans crainte d'accidents. Puis ils font connaître et apprécient les avantages que la médecine opératoire, l'art obstétrical et la thérapeutique médico-chirurgicale ont retirés de cette nouvelle médication. D'après des chiffres empruntés à M. Simpson, la mortalité à la suite des grandes opérations est tombée de 36 à 25 sur 100. Avec l'anesthésie, on sauve donc au moins 11 opérés sur 100 de plus qu'autrefois. Ces résultats sont pleinement corroborés par les chiffres de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, qui sur 92 opérés n'en a perdu que 4.

L'expérience est venue confirmer sur une grande échelle les faits importants annoncés par MM. Simpson et Paul Dubois, savoir : que, pendant le travail de l'accouchement, les femmes, quoique plongées dans le sommeil anesthésique, continuent à présenter des contractions utérines et abdominales; que l'éthérisme de la mère n'a qu'une influence imperceptible sur le fœtus, et qu'enfin on n'a rien à redouter pour tous deux de l'emploi soit du chloroforme, soit de l'éther. En réunissant les chiffres donnés par MM. Simpson et Murphy, on voit que, sur 690 accouchements terminés avec les anesthésiques, il n'y a eu qu'un enfant mort-né, et encore était-il putréfié. Sur 1,519 femmes accouchées dans les mêmes conditions, M. Simpson n'a remarqué aucun accident imputable aux anesthésiques. Aussi on conçoit très bien que, en présence de ces faits, les accoucheurs anglais aient une grande tendance à employer les inhalations dans tous les cas; et, pour notre compte, nous comprendrions difficilement qu'il en fût autrement chez nous le jour où ces assertions que nous venons de rapporter y seront confirmées par des faits semblables. Nous ne voudrions pas avec nos auteurs que l'on en restreignît l'usage aux accouchements laborieux ou tout au moins très douloureux; car nous ne voyons pas pourquoi l'on n'éviterait pas la douleur toujours et partout dès qu'il sera démontré qu'on peut le faire avec sécurité pour la mère et pour l'enfant.

Quelques succès dans les névralgies, dans l'éclampsie et dans le tétanos spontané, voilà tout ce que les inhalations auesthésiques ont fourni à la thérapeutique médico-chirurgicale. L'application topique de ces mêmes agents semble promettre de donner davantage. C'est à M. Aran surtout que revient le mérite d'avoir fixé l'attention des praticiens sur ce mode de faire; il est arrivé à conclure, d'après un grand nombre de faits, que cette médication agit toujours plus ou moins efficacement dans les affections douloureuses, quelle que soit, du reste, la nature de la maladie. Ainsi, dans les névralgies, où l'élément douleur est presque tout, l'emploi local des anesthésiques guérit instantanément; ainsi, dans le rhumatisme, l'éther chlorhydrique chloré à la dose de 15 à 20 gouttes, et le chloroforme à une dose double, appliqués sur les parties malades, non-seulement font taire la souffrance, mais abrègent aussi la durée de la maladie.

On voit, d'après l'examen auquel nous venons de nous livrer, que MM. Trousseau et Pidoux ont enrichi leur quatrième édition des acquisitions les plus récentes de la science; ils l'ont fait avec bonheur, et un nouveau succès leur est assuré. Si j'avais à rendre en quelques mots ma pensée sur cet ouvrage, je dirais qu'il renferme beaucoup de pages que les vieux médecins liront avec infiniment d'intérêt; je dirais aussi qu'on ne saurait trop en recommander la méditation aux jeunes praticiens, à qui cette lecture épargnera bien des incertitudes et bien des tâtonnements au lit des malades. (1)

Maillot,
Professeur au Val-de-Grâce.

La commission municipale de la ville de Paris a constaté dans une de ses dernières délibérations que le nombre des lits payants dans les hôpitaux n'est plus en rapport avec les demandes qui lui sont adressées; et, pensant que c'est encore faire de l'assistance publique que d'offrir aux personnes qui n'ont que des moyens trop restreints la facilité de se procurer les soins et les secours des médecins les plus éclairés, elle a invité le directeur de l'administration de l'assistance publique à étudier la question de savoir s'il ne serait pas possible d'établir, sans préjudice pour les indigents, des lits payants dans les hôpitaux où il n'en existe pas encore.

(1) Tout en nous associant en grande partie aux éloges donnés par notre savant collaborateur à l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, nous devons faire nos réserves touchant les principes médicaux professés dans la préface de la 4e édition, principes fondés à peu près exclusivement sur des données théoriques qui n'ont même pas toujours le mérite d'être intelligibles. Nous pourrions aussi faire nos réserves relativement à bien des passages consacrés à l'étude de la méthode antiphlogistique; mais cette partie de l'ouvrage est aujourd'hui appréciée à sa juste valeur. (*Note du Réd.*)

RECHERCHES SUR LE TRICHIASIS DES VOIES URINAIRES et sur la pili-miction,

Par M. RAYER.

Ces faits singuliers constitués par l'expulsion de poils par les voies urinaires ont depuis longtemps frappé les praticiens, qui les ont publiés çà et là ; mais ils n'avaient point encore été rassemblés et catégorisés, au moins depuis que l'observation a acquis ce caractère de précision que tous les médecins sérieux lui donnent aujourd'hui. Ce travail vient d'être fait par M. Rayer dans la *Gazette médicale;* son étendue nous empêche de le reproduire en entier ; mais nos lecteurs liront avec intérêt le résumé suivant qui le termine.

Les poils qu'on observe quelquefois dans les voies urinaires, dans l'urine, la gravelle ou les calculs peuvent avoir une triple origine ; ils peuvent : 1° s'être formés dans les voies urinaires (trichiasis) ; 2° provenir de kystes pileux ouverts dans la vessie ; 3° avoir été introduits du dehors.

1° Le trichiasis des voies urinaires est une maladie très rare qui doit être inscrite dans nos cadres nosologiques ; elle l'est certainement beaucoup plus qu'elle ne paraît l'être, d'après le nombre d'observations de trichiasis déjà publiées. Le chiffre de ces observations se réduit beaucoup lorsqu'on écarte celles dans lesquelles l'urine n'a pas été examinée au moment de son émission, et celles dans lesquelles l'existence de véritables poils d'homme dans l'urine ou dans des graviers n'a pas été suffisamment établie. Le trichiasis est caractérisé par l'émission de poils avec l'urine non sensiblement altérée dans son apparence et sa composition, ou avec l'urine plus ou moins chargée de mucus, de sang ou de pus. Ces poils peuvent être aussi enchevêtrés dans du sable urique, soit dans des graviers phosphatiques, ce qui constitue alors l'union du trichiasis à la gravelle. Les poils peuvent aussi être déposés à la surface, ou disséminés dans l'intérieur de calculs d'une composition plus ou moins complexe.

Dans le trichiasis, l'émission des poils avec l'urine peut quelquefois s'opérer sans douleur et même à l'insu des malades : c'est le cas du trichiasis simple. Plus souvent le trichiasis est accompagné d'autres accidents propres à diverses maladies des voies urinaires. L'émission des poils peut n'avoir lieu que pendant un temps assez court, et ne se produire qu'à des intervalles plus ou moins éloignés.

Les causes de cette singulière affection sont complétement ignorées ; il résulte seulement de l'analyse des faits observés qu'on l'a vue le plus souvent coexister avec une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires avec des graviers ou des calculs.

Le trichiasis a été observé chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard, chez l'homme et chez la femme.

On ne sait encore rien sur la disposition des poils et sur l'état anatomique de la membrane muqueuse du bassinet et de la vessie dans le trichiasis des voies urinaires, Maurice Hoffman et Bichat ayant malheureusement négligé l'examen des poils dans les voies urinaires après la mort.

Lorsque le trichiasis coïncide avec la gravelle urique, l'usage des alcoolés est indiqué, comme dans le cas de simple gravelle. L'emploi des acides serait préférable s'il s'agissait de la gravelle phosphatique enchevêtrée de poils.

Quant aux remèdes qui ont été employés avec plus ou moins de succès dans les inflammations des voies urinaires compliquées de trichiasis, ils appartiennent presque tous à la catégorie de ceux qu'on recommande généralement contre ces inflammations elles-mêmes.

2° La pili-miction provenant de kystes pileux constitue un état pathologique bien distinct du précédent, et comme lui fort rare. Ces cas de pili-miction n'ont été observés que chez la femme ; mais ces faits sont, en général, des plus authentiques. Cette émission de poils avec l'urine se distingue du trichiasis par l'existence d'une tumeur le plus ordinairement située au voisinage d'un des ovaires, et qu'on pourra reconnaître à l'aide d'une exploration attentive de la vessie et des autres organes de l'hypogastre par le rectum et par le vagin.

La connaissance des accidents antérieurs à la pili-miction contribue aussi à éclairer le diagnostic, que d'autres circonstances, telles que l'émission ou l'extraction par l'urètre de petites portions de peau couvertes de poils, de fragments d'os, des dents, etc., pourront rendre tout à fait certains. Plusieurs observations que j'ai rapportées montrent que le chirurgien peut quelquefois venir très efficacement en aide aux efforts de la nature, en favorisant l'expulsion des poils, des dents, des calculs, ou en pratiquant leur extraction.

3° L'introduction dans la vessie de poils venant du dehors est également un fait rare, mais plusieurs fois constaté. On a vu une mèche de cheveux, introduite volontairement dans la cavité de cet organe, devenir le noyau d'un calcul. J'ai cité une observation qui tend à prouver qu'un poil du pubis a pu pénétrer dans la vessie par une fistule ombilicale. Suivant quelques chirurgiens, des poils pourraient encore être portés dans la vessie dans l'opération du cathétérisme. Enfin, j'ai trouvé moi-même assez fréquemment des poils, des fils de laine, de lin et de coton dans des débris de calculs, pour être conduit à penser que les mors du lithotriteur avaient pu retenir ces matières et les porter dans la vessie.

SUR LA CONSERVATION DES PLANTES MÉDICINALES.

MM. Vée, Bernard-Desrones et Corriol viennent de faire part à la Société de pharmacie qu'ils avaient reçu d'Amérique à plusieurs reprises des plantes conservées par un procédé analogue à celui de M. Masson, c'est-à-dire par dessiccation progressive et forte compression, et ils se sont convaincus que ces plantes avaient encore après cette épreuve toutes les propriétés thérapeutiques. MM. Soubeiran et Guibourt ont fait remarquer à cette occasion que cette méthode, appliquée à la conservation des plantes médicinales, n'est pas sans danger, en ce qu'elles ont complétement perdu leurs facies et qu'il serait très facile aux marchands de mauvaise foi d'y introduire des substances étrangères.

Nous ne croyons pas que les craintes manifestées par ces deux savants pharmacologistes soient fondées, car il n'est nullement nécessaire de diviser les plantes pour les soumettre à ce mode de conservation. Depuis longtemps l'industrie, afin de ménager la place prise par les plantes indigènes dans les magasins, autant que pour leur bonne conservation, se sert de la compression après la dessiccation. Ainsi toutes les personnes qui ont visité notre dernière exposition ont pu voir comme nous un cube de houblon dans lequel les écailles florales, qui d'habitude font un très grand volume sous un petit poids, avaient été tassées par la compression tellement que le cube qu'elles formaient devaient approcher de la pesanteur spécifique de l'eau.

Nous venons de voir encore à la grande exposition de Londres des échantillons très remarquables de plantes ainsi préparées. Avec un peu de soin, on pouvait encore parvenir à séparer une de ces plantes, et, comme ces caractères physiques n'étaient nullement altérés, que la corolle avait conservé sa couleur aussi bien que les feuilles, il était facile de les reconnaître.

Resterait maintenant à discuter les modifications que les plantes médicinales éprouvent dans leur constitution sous l'influence de ces procédés de conservation. Nos connaissances sur ce point n'ont rien encore de bien précis. On sait seulement que beaucoup de renonculacées, les arums, les sumacs, perdent leurs propriétés toxiques et thérapeutiques par la dessiccation, que les crucifères perdent ainsi en grande partie la faculté d'engendrer sous l'influence de l'eau l'huile essentielle qui leur est propre. Ces considérations nous font regretter que MM. Vée, Bernard-Desrones et Corriol n'aient pas indiqué le nom de ces plantes qui avaient conservé leurs propriétés thérapeutiques ; nous sommes étonné que les journaux de pharmacie qui ont signalé cette communication n'aient fait aucune réserve à cet égard. (*Bul. de Th.*)

NOUVELLE FORMULE D'UN ÉLIXIR ODONTALGIQUE.

M. Violand dit avoir trouvé de l'avantage à associer de la manière suivante trois substances, dont chacune a d'ailleurs une action depuis longtemps appréciée dans les douleurs dentaires :

Teinture de pyrèthre.	2 parties.
Ether de camphre.	2 —
Laudanum de Sydenham. . . .	1 —

Mêlez.

Quelques gouttes versées sur du coton et appliquées sur la dent malade enlèvent immédiatement la douleur.

DE L'EMPLOI DE L'EAU DE VICHY dans le traitement des affections diphthéritiques.

Par M. BARON, médecin des hôpitaux.

J'ai employé plusieurs fois l'eau de Vichy dans le traitement des affections diphthéritiques, et ce moyen m'a paru ne pas être sans efficacité.

Je ne préconise pas plus explicitement ce remède, parce que les faits qui m'ont amené à l'opinion que je viens d'exprimer ne sont pas assez nombreux pour que je me croie encore autorisé à regarder comme incontestable l'utilité de ce moyen de traitement. Peut-être trouvera-t-on que j'aurais dû attendre pour publier mes résultats qu'ils fussent basés sur un plus grand nombre d'observations. Mais pour excuser cet empressement j'invoque la gravité des maladies qu'il s'agit de combattre, et si je prends dès à présent la liberté d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet, ce n'est pas une vaine prétention à une priorité que la grande fréquence des affections diphthéritiques et la simplicité du mode de traitement me porteraient à croire douteuse, priorité qui d'ailleurs aurait peu d'importance ; car, en supposant que l'eau de Vichy elle-même n'ait pas encore été employée dans ce cas, au moins a-t-on expérimenté déjà des moyens de traitement assez analogues ; mais je suis déterminé à faire cette communication par l'espoir que quelques-uns de mes honorables confrères voudront bien essayer ce remède que j'indique et que l'on arrivera ainsi plus promptement à l'appréciation exacte de sa véritable valeur. Ce traitement d'ailleurs n'a même pas l'inconvénient d'empêcher l'emploi simultané des autres moyens curatifs.

De mon côté, je continuerai à faire usage de l'eau de Vichy, aussi fréquemment que j'en trouverai l'occasion, soit pour guérir, soit pour prévenir les maladies couenneuses, et si je suis assez heureux pour réussir, je vous demanderai de nouveau d'en entretenir vos lecteurs, aussitôt que mes conclusions seront appuyées sur des faits assez nombreux et assez probants pour que je puisse les présenter comme irrécusables. (*Gaz. méd.*)

NOTE sur le bistouri du docteur Grzymala pour opérer le débridement des hernies;

Par M. ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

Le soin que vous prenez, mon cher confrère, à mettre en relief tout ce qui peut intéresser la pratique m'engage à vous signaler l'emploi d'un instrument peu connu, quoique très utile ; je veux parler du bistouri qu'un chirurgien russe, M. Grzymala, a proposé, il y a déjà quelques années, pour pratiquer le débridement des hernies.

De tous les écueils que présente ce temps de l'opération, la lésion de l'intestin est, on le sait, le plus fréquent. Aussi, combien d'instruments ont été proposés pour éviter cette lésion, depuis le bistouri caché de Bienaix et la sonde aisée de Méry, jusqu'à la spatule cannelée de M. Vidal, et l'espèce de gorgeret imaginé par M. Huguier ! A part le bistouri de Ast. Cooper, la pratique n'a généralisé l'emploi d'aucun de ces instruments, soit parce qu'ils n'atteignaient pas sûrement leur but, soit parce que leur introduction dans l'espace, souvent très étroit, que présente le collet de la hernie est trop difficile.

Le bistouri d'Ast. Cooper lui-même, qui ne diffère de celui de Pott que par le peu d'étendue de son tranchant, ne satisfait point à toutes les exigences de la pratique. Il convient dans le débridement de la hernie crurale, où l'on a seulement un bord tranchant à couper, tandis que lorsqu'il faut agir sur une plus grande étendue, comme dans certains cas de hernie inguinale, cet instrument ne peut suffire. Et d'ailleurs, n'est-il pas évident que la partie tranchante du bistouri d'Ast. Cooper, n'étant pas abritée, peut léser l'intestin au moment même où l'on fait glisser la lame sous l'anneau constricteur ?

Ce sont ces deux inconvénients, la brièveté de la partie tranchante et le défaut de protection de la lame, qui ont sans doute frappé M. Grzymala lorsqu'il a imaginé l'instrument que nous allons décrire.

Ce bistouri, construit par notre habile fabricant M. Charrière, offre, lorsqu'il est ouvert, une lame courbe enchâssée dans une gaîne C A.



Lorsqu'on vient à presser contre un obstacle, cette gaîne C A, en quelque sorte étrangère à l'impulsion qui fait agir l'instrument, fuit en arrière, tandis que la lame D, dégagée ainsi de son fourreau, devient libre, comme on le voit sur la figure ci-dessus. Aussitôt que la pression cesse, le ressort B, qui termine le fourreau, réagit par son élasticité et vient de nouveau enfermer la lame. Ainsi, cette lame sort de sa gaîne seulement lorsqu'on veut couper ; encore se trouve-t-elle, par une disposition fort simple de l'instrument, dégagée seulement dans une très petite étendue, C D A.

Cette description, toute succincte qu'elle est, suffit pour faire apprécier les avantages du bistouri de M. Grzymala. Son petit volume et l'absence de tout tranchant découvert permettent de l'engager facilement et sans crainte entre l'intestin et la circonférence de l'anneau.

Le petit bouton A, qui termine l'instrument et qui a pour but de loger l'extrémité de la lame D, afin de limiter son degré de saillie, sert encore à indiquer au chirurgien le point qu'il faut couper. En effet, lorsque l'instrument a pénétré sous l'anneau constricteur, et qu'on l'a poussé plus ou moins loin dans la cavité du péritoine, le bouton, lorsqu'on retire le bistouri, vient heurter contre la partie postérieure de l'obstacle et en indique le siége précis.

Pour opérer le débridement, il ne reste plus qu'à agir comme on le ferait avec un instrument ordinaire. Seulement, comme la portion de lame dégagée n'a que très peu d'étendue, la pression doit être un peu plus énergique et secondée par de petits mouvements de va-et-vient.

C'est surtout dans les hernies crurales qu'il m'a été donné d'apprécier la valeur de cet instrument. En effet, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps, l'étranglement est constitué le plus ordinairement par le ligament de Gimbernat, profondément placé, on le sait. Or lorsque le sac est ouvert, l'intestin, dégagé de toute entrave, se dilate, et vient pour ainsi dire s'étaler au-devant de l'arcade crurale. Il est difficile, même en abaissant fortement l'anse intestinale, de découvrir l'anneau et d'y faire pénétrer avec sécurité un instrument ordinaire. Le mode de construction du bistouri de M. Grzymala lui permet d'être introduit, guidé seulement par le toucher.

Il y a près de dix ans que cet instrument me fut donné par son modeste auteur pour être expérimenté, et, depuis, je l'ai exclusivement employé dans le débridement des hernies. Les services qu'il m'a rendus m'engagent à le recommander d'une manière toute spéciale aux praticiens ; car, grâce à lui, l'opération si délicate du débridement me paraît réduite à une extrême simplicité. (*Bull. de Thérap.*)

QUELQUES MOTS ENCORE SUR LE MÉCANISME DE LA VISION.

Par M. SERRES (d'Alais).

La nouvelle théorie de la vision émise par M. le docteur Dezautière nous a naturellement suggéré l'idée de détacher à l'avance, de la partie encore inédite de notre travail sur les *phosphènes*, quelques pages relatives au rôle joué par la rétine dans le mécanisme de la fonction visuelle, et que nous osons vous prier de vouloir bien insérer dans votre prochain numéro. A défaut d'autre mérite, cette communication aura, nous l'espérons, aux yeux de vos nombreux lecteurs celui de l'opportunité, dans un moment où de récents et de nombreux travaux semblent avoir mis à l'ordre du jour l'étude du mystérieux phénomène de la vue renversée et de la vue droite.

Avant de livrer à l'appréciation de nos confrères le résultat de nos propres investigations à ce sujet, commençons par jeter un coup d'œil rapide sur les diverses explications fournies par ceux qui nous ont précédé, en insistant plus particulièrement sur celles que nous offre aujourd'hui M. le docteur Dezautière.

Les physiciens, les physiologistes et les philosophes ont toujours rencontré des difficultés sérieuses et éprouvé un véritable embarras quand ils ont voulu se rendre compte du mécanisme de la vision. On démontre en physique, dans la partie qui traite de l'optique, que les images des objets se peignent sur la rétine en sens inverse de leur situation. Cette démonstration se fait de deux manières,

par la voie expérimentale et à l'aide d'une formule : avec la première, on montre à l'observateur l'image renversée sur un œil convenablement préparé à cet effet ; elle est vue sur la concavité de la rétine parfaitement nette, comme à travers un verre dépoli ; et puis, si l'on ouvre l'œil à sa partie supérieure, on la retrouve dans la même situation et dans le même endroit ; elle est là et ne pourrait se trouver ailleurs. Un calcul mathématique établi sur les données fournies par les courbures des milieux, leur épaisseur et leur pouvoir réfringent, prouve que l'image des objets extérieurs va se peindre *justement* (Herchell, *Traité sur la lumière*) sur la rétine lorsque l'œil est normalement constitué, qu'il n'est ni presbyte, ni myope. Telle est la précision de la logique mathématique avec ses procédés de rigueur, qu'aucun esprit droit et familiarisé avec les sciences exactes n'avait eu jusqu'à présent l'idée de contester les résultats de ses formules.

Cela étant, c'est-à-dire les objets se peignant sur la rétine en sens inverse de leur situation, comment se fait-il que nous percevions ces mêmes objets droits et dans la position qu'ils ont réellement dans la nature ?

1° Les philosophes prétendent que nous devons voir les objets comme ils nous apparaissant et non semblables aux images qui se forment sur la rétine de notre œil, puisque ce sont eux que nous voyons et non pas ces images. Ainsi, d'après eux, et même d'après certains médecins, se confirmerait la loi générale du toucher, en vertu de laquelle nous sommes invinciblement enclins à rapporter aux objets extérieurs comme à leurs causes les impressions d'où résultent nos sensations, rapport qui accompagne toujours la sensation elle-même et constitue le fait de perception de ces objets tels qu'ils sont. Conformément à cette idée, notre savant confrère et ami M. le docteur Gensoul, de Lyon, établit de la façon la plus ingénieuse que, l'œil étant un organe du toucher, ses impressions doivent être soumises aux mêmes lois que le toucher qui s'exerce par la peau ; que, de même que la main nous fait aisément connaître dans quel sens sont dirigés les corps qui arrivent au contact de la peau qui la recouvre, de même la rétine ou l'expansion nerveuse sur laquelle tombent les rayons lumineux transmet au cerveau l'impression qui la touche. Sans doute, dans une foule de circonstances les choses se passent comme le dit M. Gensoul ; mais la plupart du temps nous ne pourrions connaître la véritable situation des objets si cette connaissance résultait de l'assimilation absolue du sens de la rétine à celui du toucher, et en voici la preuve : lorsque la main est horizontalement placée en pronation, nous savons que le corps frappant sa face palmaire vient d'en bas, que celui qui en frappe la face dorsale vient d'en haut ; cela est incontestable, et voilà tout ce que nous pouvons savoir. Mais essayer maintenant d'entrer dans des détails plus précis, savoir, par exemple, si la direction du corps dans son choc a été perpendiculaire, oblique et, dans ce dernier cas, connaître le degré de cette obliquité de direction, nous défions l'aveugle le plus habitué à discerner ses sensations tactiles de donner à ce sujet le moindre renseignement un peu explicite. Si l'action est lente, on pourra bien peut-être, par la manière dont la peau sera refoulée, dont le tiraillement s'opérera, éprouver une impression qui, élaborée par l'intellect, nous fera connaître le sens de l'effort supporté par la surface tactile ; mais si c'est une piqûre simple, rapide, comme celle d'un insecte, la distinction est alors impossible ; et si c'est un projectile lancé par l'explosion de la poudre, elle sera plus impossible, et c'est un agent poussé avec la vitesse connue de la lumière, bien plus impossible encore. Eh bien ! si le toucher des rayons lumineux par la rétine est identique à celui des corps aigus et autres par la main, la difficulté d'apprécier le sens du trajet du corps impressionnant est la même pour la main et pour la rétine. Cette raison est donc radicalement insuffisante pour expliquer le phénomène de la vision droite, l'image des objets étant renversée sur la rétine ; elle tombe d'elle-même à la première analyse qui en est faite. En résumé, on est touché sans savoir comment. Est-il présumable que la nature ait voulu abandonner à ce point d'imperfection le mécanisme de la vue ? Nous donnerons bientôt la preuve expérimentale que son œuvre est complète, bien plus, qu'elle est parfaite, et qu'au sentorium arrivent des images dans la véritable situation des corps qui les ont produites sur la rétine. Passons à une autre explication.

2° Rien ne peut être renversé, dit-on, quand rien n'est droit ; car les deux idées n'existent que par opposition. Nous voyons tout à l'envers, même les parties de notre corps, et chaque chose conserve sa position relative. Nous appelons les objets droits, parce que nous les voyons tels.

La première partie de cette explication satisfait jusqu'à un certain point notre curiosité ; elle puise toute sa force dans une simple expérience ; celle qui consiste à donner à la tête des inclinaisons variées, inclinaisons qui, tout en changeant le rapport de l'image avec la rétine, ne changent en rien la sensation éprouvée par cette dernière. A défaut d'autre, cette explication serait bien celle qui nous conviendrait le plus. Nous dirons seulement qu'elle peut être appliquée à nous rendre compte de certains rapports généraux sans résoudre scientifiquement le point essentiel du litige ; car la majeure du syllogisme *rien n'est droit*, n'est pas exacte, en ce sens qu'elle est incomplète ; dans le tableau vu isolément, oui ; mais dans l'opération complète, non. Donc il y a antinomie, et conséquemment les deux idées, *renversé* et *droit*, existent par opposition, et l'argument tombe de lui-même.

Pour la deuxième partie, *nous appelons les objets droits parce qu'ils nous paraissent tels*, nous serions tenté d'en comparer l'importance et la valeur à l'explication que Molière donnait des propriétés de l'*opium*.

3° Bartels prétend que les objets sont vus droits parce que nous les voyons dans la projection des rayons lumineux, et que nous rapportons nos impressions, non pas à la rétine, mais aux points d'où viennent les cônes de lumière. Dans cette doctrine on regarde la rétine comme formant un grand nombre de petits yeux qui agissent isolément. Cette théorie est victorieusement réfutée par Müller, qui observe que nous ne sentons jamais que l'état des particules de notre rétine, et qu'il ne nous est pas possible de reporter à l'extérieur une impression qui se fait en nous par autant de directions qu'on pourrait tirer des rayons du petit œil un monde extérieur.

4° Le redressement de la vue par le *tact* ne saurait être nié ; l'intervention de ce dernier rectifie bien des erreurs commises par l'intelligence réagissant sur les éléments de nos sensations visuelles ; mais il est sans action aucune sur le fait primitif, primordial du redressement physiologique des images qui s'opère à notre insu, malgré nous, en vertu d'une propriété spéciale inhérente au système oculaire.

Il est bien évident qu'aucune de ces explications ne peut être scientifiquement admise comme la solution de la question controversée ; elles ont à peu près toutes pour base un élément plus ou moins mental.

Dans l'impossibilité où l'on s'est trouvé jusqu'aujourd'hui d'expliquer le deuxième temps de la vision, celui qui est postérieur à la production physique et matérielle de l'image renversée des objets, l'on a cherché à simplifier l'œuvre de la nature, on a supprimé la moitié du mécanisme et réduit l'acte de la vision à l'un de ses éléments. En mutilant de la sorte la fonction, en dénaturant les lois de l'optique, on a cru, et cela très sérieusement, être parvenu à démontrer par des expériences et même des calculs (qu'on attend encore) que, contrairement à l'opinion généralement reçue, l'image des objets se peignait droite sur la rétine et non renversée ; que, dès lors, les efforts tentés pour expliquer la vision droite devenaient tout à fait inutiles.

1° En 1827, M. le docteur Fournier de Lempdes ne craint pas de soutenir devant l'Académie des sciences que Newton et Descartes se sont trompés sur le mécanisme de la vision, ainsi que les physiciens et les physiologistes qui les ont copiés, en prétendant que les objets se peignent renversés sur la rétine en raison d'un simple entrecroisement des rayons lumineux. Suivant lui, les rayons lumineux peignent au fond de l'œil les corps dans leur vraie situation et tels que nous les voyons, en subissant deux entre-croisements, au lieu d'un seul avant d'arriver à la rétine, et que, le premier ayant lieu à travers la pupille, les rayons lumineux arrivent, par conséquent, en divergeant sur la face antérieure du cristallin, que celui-ci les converge fortement et produit un second entre-croisement derrière lui au milieu de l'humeur vitrée ; de sorte que ces rayons vont représenter sur la rétine les objets tels qu'il sont situés.

2° Un oculiste de Madrid, attribuant aux physiciens ses propres erreurs, voit dans le pouvoir réfringent diminué du corps vitré par rapport à celui du cristallin un fait important qu'il exploite au profit de son utopie scientifique ; les rayons s'éloignent de la perpendiculaire en passant d'un milieu plus dense dans un milieu plus rare. Donc, au lieu de converger, ils se dispersent ; donc l'image, dit-il, est droite et non renversée. Si les rayons suivaient cette inflexion excentrique, la rétine distinguerait tout juste les dégradations des teintes lumineuses. Mais, on le voit, et les plus simples notions de dioptrique nous le prouvent, l'auteur s'est mépris sur la valeur de l'expression *éloigner de la perpendiculaire*, qu'il a confondue avec l'éloignement de l'axe. Il n'a eu aucun égard à la courbure exagérée de la surface postérieure du cristallin ; enfin, la langue, et peut-être aussi la science des physiciens, lui est peu familière.

3° Mais voici venir encore une explication qui doit lever toutes les difficultés, dissiper tous les doutes, confondre tous les grands physiciens et fournir la preuve matérielle, palpable, topique, péremptoire d'un redressement inattendu.

Nous avons lu avec toute l'attention dont nous sommes capable la théorie exposée par M. Dezautière ; nous avons cherché à nous en rendre compte, et voici en somme l'effet produit sur nous par l'examen consciencieux que nous en avons fait.

Pour mieux saisir ses idées principales, nous les avons divisées en deux parties bien distinctes, comme il l'a fait lui-même, contrairement au but qu'il voulait atteindre.

A. M. Dezautière admet d'abord que les rayons arrivent renversés jusqu'à la rétine, mais qu'à ce point ils sont réfléchis par cette membrane qui, agissant comme miroir concave, les redresse et les ramène ainsi à leur situation naturelle. Voilà une proposition bien nettement formulée. Nous lui accordons, pour un moment seulement, que la rétine remplisse l'office d'un miroir concave, et nous allons démontrer que l'image dans ce cas hypothétique sera maintenue renversée par ce même miroir.

Les miroirs concaves renversent, il est vrai, les objets, mais voici quand et comment : si l'on suppose ces derniers situés à l'infini, ils sont renversés au foyer même ; s'ils se rapprochent du miroir, ils le sont entre le centre et le foyer ; au foyer, ils sont réfléchis parallèlement à l'infini et ne font pas d'image ; entre le foyer principal et la surface du miroir, ils sont réfléchis droits et vus amplifiés derrière le miroir concave à son foyer virtuel, qu'on trouve par un moyen graphique d'une grande simplicité. Appliquons ces lois d'un ordre mathématique et d'une évidence solaire au système de l'œil simplifié de la manière suivante, puis nous le compliquerons dans l'organe lui-même pour que la vérité ressorte toute seule.

Supposons que l'œil physique soit réduit à ces deux pièces élémentaires, un *verre biconvexe* d'une part et un *miroir concave* de l'autre. Si nous prenons ce verre et que nous exposions derrière une surface dépolie, il y aura un point où l'image des objets se peindra renversée. Prenons le miroir, exposons-le au jour devant une fenêtre : cette fenêtre sera vue renversée à sa surface. Faisons tomber ensuite l'image renversée par la lentille sur la surface du miroir concave, et l'on apercevra la même image toujours renversée, mais un peu amplifiée. Ici la réciproque supposée par M. Dezautière n'a pas lieu et ne peut avoir lieu, et cependant, d'après la propriété générale qu'il a attribuée aux miroirs concaves, cette image devrait avoir repris la situation de l'objet qui l'a produite : il n'en est rien, il n'y a donc pas lieu ici à la réciproque ; d'où cela provient-il ? Les premiers éléments de la science nous le disent et le crient tout haut : c'est que l'objet renversé ou plutôt son image arrive près de la surface du miroir concave entre cette surface et le foyer principal, et qu'en cet endroit il faut que la réflexion ne change rien à la position renversée et qu'elle apparaisse ainsi amplifiée au foyer virtuel.

Supposons maintenant que l'image arrive renversée jusqu'à la rétine, M. Dezautière en convient et en donne même une espèce de preuve, rien ne sera changé dans la situation de cette image ; elle tombe sur le miroir concave formé par la rétine ou très près de sa surface, et alors elle ne peut être redressée, par le motif qu'en cet endroit un objet subit involontairement la réflexion droite et amplifiée. Donc ce qu'il a supposé dans la première partie de son explication n'est pas exact, et, de plus, est contraire aux lois de la physique la plus élémentaire.

(La suite à un prochain numéro.)

Chronique et nouvelles.

Des esprits sérieux prétendent qu'en mettant avec insistance sous les yeux du public et de l'Académie les titres remarquables qui désignaient M. Chailly au choix des académiciens, nous avons assuré la nomination de cet honorable praticien. Nous étions loin de nous douter de la part d'honneur qui nous revient pour cette étrange nomination ; mais, puisque des esprits sérieux l'affirment, nous devons les en croire, et nous chercherons à utiliser l'influence que l'on veut bien nous prêter. Il y a encore une place vacante dans la section d'accouchements ; nous engageons fortement Mme Coquillard de se mettre sur les rangs ; nous promettons de lui rendre le même service qu'à M. Chailly, et nous avons tout lieu de croire, si le dire des esprits sérieux est vrai, que ses titres ne seront pas moins goûtés de l'intelligente majorité de l'Académie que ceux de l'éminent candidat qu'elle vient d'élire. H. de Castelnau.

— On dit que la mort du vénérable M. Fouquier nous vaudra l'éloge tant promis de Bichat, ou tout au moins celui de Boyer, par M. Roux. Les professeurs qui n'ont pas encore payé leur dette à l'endroit des discours de rentrée ont, à ce qu'il paraît, éludé, cette année, l'accomplissement de leur devoir avec un art qui aurait seul suffi pour faire un bon discours. Enfin, personne n'ayant voulu se charger de faire l'éloge de cet excellent M. Fouquier, on a dû songer à ce fameux discours que M. Roux montre depuis vingt ans au public, comme on montrait des pommes à Tantale. Cette fois, M. Roux s'est, dit-on, engagé ; seulement il ne paraît pas avoir promis d'une manière positive que Bichat serait le sujet de son discours. On pense que le fécond orateur fera plutôt l'éloge de Boyer, à moins cependant qu'il ne trace de front, dans un savant parallèle, ces deux grandes figures scientifiques.

Nouvelles du choléra. — Un journal résume ainsi les détails publiés par le *Moniteur algérien* sur la marche du choléra :

Voici le résumé de la dernière dépêche écrite d'Oran, sous la date du 10 courant, au sujet du choléra :

Subdivision d'Oran. — L'épidémie diminue dans la ville. Le 8 août deux cas se sont déclarés à Saint-Cloud : les deux malades ont été sauvés. Deux décès ont encore eu lieu à Arzew du 7 au 8.

Subdivision de Tlemcen. — Le choléra n'existe presque plus dans la ville. L'hôpital renferme encore 25 cholériques. La suette a atteint quelques enfants.

Subdivision de Sidi-Bel-Abbès. — Une recrudescence s'était manifestée dans la ville du 3 au 8 ; mais il y a eu décroissance depuis. Aïn-Temouchen n'a eu aucun cas depuis le 25 juillet.

L'état sanitaire des autres postes et camps est des plus satisfaisants.

Subdivision de Mascara. — La ville a été assez fortement atteinte. Le 6, douze décès avaient eu lieu à l'hôpital ; M. le curé de Mascara a succombé le 7. Le moral de la garnison est excellent. Rien dans les autres places de la division.

La subdivision de Mostaganem est toujours complétement intacte. L'épidémie n'a fait aucun progrès vers l'est.

Une dépêche télégraphique du 12 annonce que le fléau a pris d'assez grands développements à Saint-Cloud et dans une autre colonie agricole de la subdivision d'Oran.

— Par décrets individuels du 15 août 1851, rendus sur la proposition du ministre de la guerre, le président de la République a fait dans la Légion-d'Honneur les promotions suivantes :

Chevaliers. — M. Cazalas, médecin ordinaire de 2e classe à Oran.

M. Goret, médecin ordinaire de 2e classe à Alger.

M. Audiguier, chirurgien-major de 2e classe au 44e de ligne.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 98. — MARDI 26 AOUT 1851. (24e ANNEE.) N° 98. — MARDI 26 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. SICHEL.

Mélanose de l'œil. Opération. Quelques considérations sur cette affection.

Mme Droguère, âgée de cinquante ans, habitant près Montargis (Loiret), se présente à M. Sichel il y a quelques semaines pour se faire traiter d'une tumeur de l'œil. Cette femme, d'une assez bonne constitution, non réglée depuis l'âge de quarante-cinq ans, a perdu complétement la vue il y a environ trois ans, sans éprouver de grandes douleurs. Depuis cette époque, et surtout depuis deux ans et demi, elle a éprouvé de violents maux de tête et des étourdissements fréquents, symptômes d'un travail subinflammatoire dans le globe oculaire, et peut-être même dans le cerveau, lesquels ont été combattus sans succès pas différentes médications.

Il y a six mois, apparition d'un petit bouton qui causait de la démangeaison sur le côté externe et supérieur du globe oculaire, bouton qui s'est continuellement accru depuis lors, et a servi de point de départ à la maladie actuelle.

Le 20 juin, M. Sichel présente la malade aux médecins et aux élèves qui suivent sa clinique, et leur fait remarquer les circonstances particulières du fait. La pupille droite est obstruée par une cataracte dont la véritable nature est difficile à reconnaître exactement, par suite de la gêne qu'apporte dans l'examen des parties profondes de l'œil le développement de la tumeur dont nous allons parler plus bas, laquelle s'avance sur la cornée transparente. Cependant, M. Sichel est porté à penser qu'elle est capsulo-lenticulaire.

Tout le tiers supérieur externe et antérieur du globe oculaire est transformé en une tumeur bleuâtre, semblable à un immense staphylome de la choroïde. La partie de la sclérotique située entre la cornée et l'instrument est perforée par une seconde tumeur beaucoup plus circonscrite, de la forme et du volume d'une très grosse aveline, composée de matière mélanique.

Depuis le 17 juin, une hémorrhagie en nappe fort abondante s'est déclarée, par suite de laquelle le volume de la tumeur a augmenté, et la teinte brune qu'elle présentait s'est changée en une teinte d'un brun rougeâtre.

Au moment où il fait examiner à ses auditeurs la maladie de cette femme, M. Sichel leur expose son opinion sur la nature de la tumeur :

« Nous trouverons, leur dit-il, la matière mélanique remplissant toute la partie supérieure externe de la cavité choroïdienne, et poussant en avant, en bas et en dedans la rétine décollée; le corps vitré totalement ou pour la plus grande partie résorbé, et les débris de l'hyaloïde, de manière à les appliquer contre la cristalloïde postérieure, probablement opaque par suite d'une exsudation inflammatoire, et contre le cristallin peut-être aussi en partie résorbé. Dans le plus grand nombre des cas, ces parties sont recouvertes de fausses membranes adhérentes à l'iris. »

Nous reproduirons, après la description de l'opération et de la dissection de l'œil, les considérations cliniques dont M. Sichel a fait suivre cette indication préalable des lésions organiques qu'il annonce devoir être rencontrées.

L'extirpation du globe oculaire étant le seul moyen à employer pour sauver la malade, elle est pratiquée le même jour, 20 juin, de la manière suivante :

La commissure externe est largement incisée, et l'incision prolongée suffisamment au moyen de la sonde cannelée. Les muscles sont ensuite coupés successivement dans l'ordre suivant, les droits externe et inférieur avec la plus grande facilité, l'oblique inférieur un peu plus difficilement. La section du muscle droit interne, du droit supérieur et de l'oblique supérieur, est excessivement difficile, longue et laborieuse, en raison du grand volume de la tumeur mélanique, de ses adhérences et du gonflement inflammatoire considérable de la partie supérieure de la conjonctive, gonflement qui est compliqué d'épaississement et d'infiltration chémotique. Néanmoins, l'opérateur vient à bout de pratiquer l'extirpation complète avec ablation du nerf optique dans toute sa longueur, et d'une grande partie du tissu cellulo-adipeux orbitaire, sans la moindre lésion de la coque oculaire. La pression des élévateurs et abaisseurs, ainsi que du crochet servant à la myotomie, ont fait allonger le globe mélanique, saillant au-devant de la partie antérieure perforée de la sclérotique, et il s'est un peu fendu sur le côté.

L'examen de la portion divisée du tissu cellulaire et l'introduction de l'index dans l'orbite prouvent qu'il n'existe dans cette cavité aucune trace de matière mélanique ou cancéreuse; mais la portion de la conjonctive qui recouvre le centre de la partie supérieure interne de la tumeur, et qui est notablement épaissie, est un peu grisâtre, comme légèrement infiltrée de matière mélanique. A l'endroit correspondant de la paroi orbitaire supérieure externe, il reste si peu de tissus adhérents, à cause de la pression exercée par la tumeur et de la résorption qui en a été la suite, qu'il n'y a moyen de rien enlever avec l'instrument tranchant.

La dissection du globe oculaire, placé dans la position qu'il occupait sur le vivant, a complétement confirmé la prédiction de M. Sichel sur les dispositions anatomiques des parties. Le globe, notablement augmenté, d'environ un tiers de son volume dans sa partie supérieure interne, fut divisé à l'aide du bistouri et des ciseaux en deux moitiés inégales : l'une inférieure interne, plus petite; l'autre supérieure externe, plus grande, par une section formant la ligne de démarcation entre la partie évidemment mélanique et la partie qui paraissait saine. Voici ce que l'on y remarquait.

Le tiers inférieur interne est rempli par la rétine tout à fait décollée, arrachée en arrière du nerf optique, de couleur jaunâtre, appliquée contre les débris hyaloïdiens, et formant une espèce de poche d'une consistance molle, contenant un liquide citrin mêlé de matières brunâtres, qui semble y avoir pénétré par une petite rupture. Les débris hyaloïdiens eux-mêmes sont appliqués contre la face postérieure de la cristalloïde postérieure, opacifiée et épaissie, et contenant le cristallin opaque et assez dur, à peu près du même volume qu'à l'état normal.

La choroïde est presque partout normale, amincie seulement et un peu décolorée dans plusieurs endroits. Les deux tiers supérieurs internes de sa cavité sont remplis de matière mélanique d'un brun noirâtre et assez consistante partout, un peu diffluente seulement à sa face de contact avec la rétine. La partie supérieure externe de la sclérotique, de structure normale, comme partout ailleurs, s'amincit insensiblement d'avant en arrière, et partage la tumeur mélanique en deux parties, dont l'une, la plus volumineuse, située en dehors de la coque oculaire, sur la face externe de la sclérotique, est recouverte seulement par la sclérotique, généralement très amincie, sauf dans quelques points disséminés où elle est un peu épaissie. Au premier coup d'œil, on croirait cette masse mélanique disposée primitivement sur la face externe de la membrane fibreuse; mais en examinant celle-ci attentivement, on voit qu'en arrière et en bas la partie amincie se termine brusquement par une large perforation, par laquelle la matière mélanique a pénétré comme par la solution de continuité antérieure.

La mélanose s'est donc épanchée dans la cavité choroïdienne, a poussé en avant et en dedans la rétine finalement décollée; elle a arraché, comprimé et résorbé le corps vitré, et enfin comprimé une partie antérieure supérieure et une autre postérieure inférieure de la sclérotique; enfin, elle a produit la résorption et la perforation de ces deux portions de la membrane fibreuse, par les ouvertures de laquelle la matière mélanique a pénétré en dehors sous la conjonctive et en partie à travers quelques perforations de celle-ci.

A part une constitution assez sanguine et une constipation peu opiniâtre, M. Sichel n'a trouvé chez la malade aucune affection constitutionnelle capable d'expliquer ou de motiver le développement de la mélanose, et de servir de base à une indication thérapeutique pour éviter les récidives de cette maladie.

D'après l'ensemble des caractères présentés par la tumeur, M. Sichel a conclu qu'il avait eu affaire ici à une tumeur mélanique pure, et nous savons, ce qui sera, du reste, expliqué plus bas tout au long, que, pour lui, la mélanose n'est pas une affection cancéreuse. Une portion de la tumeur a été envoyée à M. le docteur Lebert, l'habile micrographe, pour être soumise par lui à un examen minutieux. M. Lebert ne s'est pas trouvé d'accord avec M. Sichel. Nous ne saurions mieux faire que de transcrire en entier la note qu'il a rédigée à cette occasion.

« Voici, dit M. Lebert, les raisons qui démontrent, à mon avis, que la tumeur de l'œil dont il est question est de nature cancéreuse :

» 1° A l'œil, on enlève partout, au grattage, une pulpe molle, comme boueuse, brunâtre, qui, délayée avec de l'eau, s'émulsionne avec elle, et forme un liquide trouble qui ne diffère du pus cancéreux que par la coloration.

» 2° L'examen microscopique ne laisse pas le moindre doute sur la nature cancéreuse de ce tissu. On y voit, en effet, une multitude de ces cellules si bien caractérisées que l'on peut les regarder comme types de l'élément carcinomateux; ce sont des cellules à parois pâles, généralement rondes, de 0,018mm à 0,02mm de millimètre de dimension, et, un peu au delà, renfermant un noyau à contours fortement accusés, rond ou ovoïde, de 0,01mm à 0,012mm de millim., atteignant dans les noyaux isolés, en dehors des cellules, jusqu'à 0,015. Tous ces noyaux renferment un à deux nucléoles très distincts, de 0,0025mm à 0,003mm. L'infiltration mélanique de ces cellules a généralement lieu entre la paroi cellulaire et le noyau, soit par petits granules, soit par petits globulins. Il existe cependant, par-ci par-là, quelques globules mélaniques, sous forme cancéreuse, étant un amas pur et simple de matière sépiacée (mélanique).

» Dans quelques portions de la tumeur, vers le fond de l'œil, du côté de la choroïde, les cellules cancéreuses sont généralement infiltrées de granules graisseux, et qui feraient supposer que le tissu cancéreux y est plus ancien que dans la partie antérieure de l'œil. Le tissu de la cornée, ainsi que la sclérotique ne m'ont pas paru malades dans les endroits examinés. Le cristallin était jaune, opaque, assez dure, montrant ses fibres ratatinées, granuleuses, comme striées transversalement; en un mot, racornies. Nulle part je n'y trouve les amas graisseux et surtout cholestériques que j'ai rencontrés plusieurs fois dans les cataractes molles, lactescentes.

« En thèse générale, je crois que la mélanose essentielle du globe de l'œil est bien plus rare que le cancer mélanique de cet organe. Tel est, au moins, le résultat de mes nombreuses recherches sur cette matière, qui aujourd'hui se trouvent consignées dans l'ouvrage sur le cancer que j'ai publié il y a trois mois environ. »

Malgré toute l'autorité que peut avoir en pareille matière l'observateur distingué dont nous venons de citer la lettre, M. Sichel ne partage point son opinion sur la nature de la tumeur. Déjà dans un autre cas, où deux micrographes habiles avaient vu des cellules cancéreuses, il avait persisté à croire à l'existence d'une mélanose pure, et il a été confirmé dans sa manière de voir par cette circonstance, que la tumeur a pu être reséquée partiellement à plusieurs reprises pendant trois ou quatre ans sans aucun autre mauvais résultat, ce qui n'aurait pas lieu dans des cas de tumeurs cancéreuses, lesquelles, une fois qu'elles ont traversé la sclérotique, suivent une marche rapide et produisent une terminaison funeste.

Pour terminer ce qui est relatif à la malade sujet de l'observation actuelle, nous dirons que les suites de l'opération ont été très simples. Dès le second jour cette femme a pu prendre deux potages. Le troisième jour elle s'est levée, et elle est sortie le 9 juillet parfaitement guérie.

— A l'occasion de ce fait intéressant, M. Sichel a présenté aux nombreux auditeurs qui assistent à ses leçons quelques considérations sur la mélanose, considérations dont nous reproduirons un résumé rapide.

C'est Laënnec qui, le premier, a décrit d'une manière complète la mélanose, sous le nom de *cancer mélanique*. La plupart des chirurgiens français qui, depuis ces premiers travaux, ont étudié la mélanose, ont envisagé la maladie sous le même point de vue, et ont admis comme vraie l'opinion de Laënnec sur la nature cancéreuse de la mélanose.

Suivant nous, c'est une erreur grave, et tous ceux-là le reconnaîtront qui auront eu l'occasion de disséquer un œil affecté de mélanose. La matière mélanotique n'est autre chose qu'une substance qui existe à l'état normal dans l'économie, mais qui, par une sécrétion trop abondante dans des parties qui n'en doivent renfermer qu'une certaine quantité, ou par une sécrétion anormale dans des organes qui n'en doivent pas contenir, déterminent des accidents plus ou moins fâcheux, suivant que l'hypersécrétion est plus ou moins abondante, ou que la sécrétion se fait dans un organe qui ne doit pas contenir de pigmentum à l'état sain.

Prenons un exemple. La choroïde sécrète une matière pigmenteuse, noire; elle en sécrète dans un temps donné une quantité donnée. Que sous l'influence d'une cause quelconque elle se mette à en produire dans le même espace de temps une quantité double, triple, etc., des accidents se manifesteront, dont la gravité sera proportionnée à l'abondance de la matière; que cette substance pigmenteuse soit sécrétée dans un organe qui, comme le cerveau, n'en contient pas à l'état physiologique, les accidents seront beaucoup plus marqués encore, et l'on verra se produire des phénomènes analogues à ceux que déterminerait, par exemple, une tumeur cancéreuse, tuberculeuse, etc.

A nos yeux, la mélanose n'est autre chose qu'une accumulation anormale de la matière pigmenteuse, ou d'une matière analogue, dont le carbonne forme la base. Elle ne peut donc être nuisible que comme altération de couleur, ou comme altération destructeur, et produisant, par suite de la compression, des troubles fonctionnels.

La substance mélanique peut s'accumuler dans tous les organes, quels qu'ils soient, à l'état liquide ou à l'état solide. Elle peut s'infiltrer dans tous les tissus normaux ou pathologiques et principalement dans le cancer et dans le tubercule. Rien n'est plus fréquent que de rencontrer la substance mélanique mêlée dans l'œil à du squirrhe, à de l'encéphaloïde, à du tubercule. C'est cette circonstance qui a fait penser que la mélanose était une des formes du cancer. La mélanose n'est pas plus une des formes du cancer qu'elle n'est une des formes du tubercule. Sa présence constitue un des accidents du cancer ou du tubercule, et un observateur un peu exercé pourra presque toujours dans une tumeur mixte déterminer la proportion de l'une ou de l'autre de ces productions pathologiques comparativement à la mélanose. Dans les cas de cette espèce, il y a purement coïncidence, et cette coïncidence n'est soumise qu'au hasard. L'œil, comme tous les autres organes, peut devenir le siége de cette accumulation de pigmentum, et cela plus facilement encore que d'autres organes, en raison de la présence à l'état normal d'une membrane, la choroïde, qui sécrète le pigmentum en quantité très notable.

Ces collections de matière mélanique présentent deux caractères essentiels auxquels il sera toujours facile de les reconnaître. Leur coupe présente, non-seulement à la loupe, mais encore à l'œil nu, des globules tout à fait semblables aux globules du pigmentum de la choroïde saine. De plus, placées dans l'eau, elles lui communiquent bientôt une coloration brune, et l'alcool versé dans cette solution précipite une matière noire plus ou moins abondante et colorée.

La choroïde présente deux couches pigmenteuses d'inégale épaisseur, une interne, l'autre externe. Au premier degré de la maladie, on voit la mélanose se former par l'accumulation du pigmentum de la couche interne, qui est la plus épaisse. Alors la matière mélanique ne se trouve qu'entre la choroïde et la rétine, preuve que c'est là le point de départ de l'affection.

Les parties qui sont situées au-devant de la choroïde sont poussées en avant par cette accumulation de pigmentum. A ce moment, si l'on regarde à travers la pupille, qui peut rester normale, mais qui le plus souvent est irrégulière et se dilate, on observe une teinte brunâtre, une surface bosselée; d'autres fois, la teinte brune est assez intense pour que l'on ne puisse apercevoir la choroïde. Il est rare que l'on puisse diagnostiquer le premier degré de la mélanose.

Après un temps plus ou moins long, toute la surface de la choroïde pouvant également sécréter le pigmentum, on voit une tumeur brune se former peu à peu et se porter en avant avec une surface irrégulière. Puis la substance mélanique, prenant la place du corps vitré et du cristallin, qu'elle pousse en avant et qui se résorbent insensiblement, vient s'appliquer contre l'iris et passe même par la pupille pour venir toucher la cornée. La sclérotique s'amincit dans quelques-uns des points de sa surface; dans d'autres, ses fibres s'écartent et laissent traverser la substance mélanique, qui se loge sous la conjonctive et présente quelquefois l'aspect d'un staphylome de la choroïde, mais plus dur et plus foncé en couleur. Quelquefois la tumeur, en pressant sur la sclérotique ou sur la cornée, la perfore, déchire complètement le globe oculaire et se fait jour au dehors.

La tumeur mélanique est ordinairement recouverte de débris des membranes internes de l'œil ou de la conjonctive; quand il en est ainsi, la conjonctive s'enflamme, s'ulcère et pousse des bourgeons charnus qui dégénèrent; tous les tissus se confondent bientôt, et le contact de l'air extérieur accélère la marche de la dégénérescence et de l'ulcération. C'est tantôt ce mélange de bourgeons charnus et de matière mélanique, tantôt la coexistence fortuite du cancer qui ont fait donner à la mélanose en général, par certains auteurs, le nom de cancer mélanique, dénomination que nous avons déjà dit être une erreur. Il est important de ne pas attribuer à la mélanose la qualification de cancer; car elle n'a pas, quand elle est simple, les caractères du cancer, la tendance aux récidives et à l'envahissement des parties voisines.

Nous ne reviendrons pas sur le procédé à suivre pour pratiquer l'extirpation de l'œil; nous ferons seulement observer que M. Sichel n'enlève jamais la glande lacrymale quand elle n'est pas désorganisée. L'enlèvement de la glande allonge inutilement l'opération, et l'on peut en la pratiquant ou blesser le cerveau, qui n'est protégé en ce point que par une lame osseuse excessivement mince, ou déterminer la carie ou la nécrose des os de l'orbite.

Encore un mot avant de terminer sur le pansement. M. Sichel ne fait jamais de compression. L'hémorrhagie s'arrête toujours par une injection d'eau froide prolongée quelque temps, méthode qui a l'avantage d'enlever les caillots de sang et de permettre d'examiner les parois de l'orbite à la fin de l'opération. La perte de sang, ordinairement assez abondante, est plus utile que nuisible et prévient les accidents inflammatoires. Le plus souvent, dès le second ou au plus tard le troisième jour, M. Sichel accorde des aliments et n'a pas à s'en repentir.

OBSERVATION DE FRACTURE DE L'HUMÉRUS

produite par l'action musculaire;

Par M. le docteur Laforgue, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Tous les chirurgiens savent que l'action musculaire peut produire des fractures des os longs, et la science possède un assez grand nombre d'exemples de ce genre de fracture, dont le mécanisme est aujourd'hui parfaitement connu. Mais il est des cas qui se présentent assez rarement à l'observation, et qui, pour ce motif, méritent d'être signalés à l'attention des praticiens; le fait suivant me paraît être de ce nombre.

Le 23 mai 1851, M. M..., âgé de quarante-deux ans, fortement constitué, ayant de l'embonpoint et jouissant d'une bonne santé, parlait de sa force musculaire au milieu d'une réunion d'amis, dont plusieurs dames faisaient partie. Un des assistants, plus jeune, mais surtout moins fortement constitué, prétendit, en plaisantant, que ses muscles étaient tout aussi forts, quoique moins développés. De là résulta un défi qui, soutenu de part et d'autre, fit proposer une lutte au jeu du poignet. La partie fut acceptée; et là, en présence d'un cercle de spectateurs qui, divisés en deux camps, se constituaient juges du combat, les deux amis se mirent en devoir de faire assaut avec la force de leurs poignets; ils s'assirent en face l'un de l'autre, de chaque côté d'une table; ils croisèrent solidement leurs mains, les coudes étant appuyés sur la table et les avant-bras rapprochés, ainsi que cela se fait dans cette lutte beaucoup moins inoffensive qu'on ne le croit communément.

Placés dans cette position, ils cherchèrent mutuellement à renverser le poignet de l'adversaire, et, après quelques efforts assez énergiques, M. M... fut vainqueur.

Cette première épreuve ne fut pas jugée suffisante, et M. M..., reconnaissant que la partie n'était pas égale, voulut recommencer la lutte; mais cette fois il s'engagea à renverser la main de son adversaire, son poignet étant maintenu couché sur la table. Pour obtenir ce résultat, il fallait déployer une grande force musculaire; il parvint à relever les poignets, malgré les efforts de son ami, et il luttait vigoureusement pour le renverser complétement lorsqu'un bruit sec, semblable à un coup de fouet, se fit entendre. Les assistants étonnés entendirent tous ce bruit, dont ils cherchaient à s'expliquer la cause, lorsqu'on s'aperçut que M. M..., qui lui-même semblait partager l'étonnement général, pâlissait; en même temps, il se laissa aller sur la chaise, et il s'écria qu'il avait le bras cassé.

On ne voulait pas croire à un pareil accident, et personne n'ajoutait foi aux dires de M. M...; lorsque j'arrivai, une demi-heure après l'événement, auprès du blessé, qui, soutenant sa main, n'avait pas voulu permettre qu'on examinât la partie avant mon arrivée. D'après les renseignements qui m'avaient été donnés, je me mis en mesure de faire des recherches du côté de l'avant-bras, pensant avoir affaire à une fracture d'un de ces os; mais le malade me dit que c'était le bras qui était cassé, car c'était là qu'il sentait un craquement très douloureux. C'était en effet l'humérus qui était fracturé.

La crépitation était très marquée et elle s'entendait à distance lorsqu'on imprimait des mouvements au bras. La mobilité était tellement grande que je crus à l'existence d'une double fracture, l'une vers la partie moyenne au-dessous de l'attache du deltoïde, l'autre au-dessus de ce muscle; mais, après que j'eus effectué la réduction, je reconnus que cette sensation était produite par le fragment inférieur déplacé.

La réduction fut des plus faciles; les muscles étaient complétement relâchés; le malade était dans un état de demi-syncope depuis le moment de l'accident.

Cet état était la conséquence de l'émotion plutôt que des douleurs. Du reste, cette fracture s'était produite sans douleur, puisque le malade n'en eut conscience que par le déplacement des fragments. J'appliquai l'appareil ordinaire pour les fractures du bras; un bandage roulé sur tout le membre, quatre petites attelles étroites sur le bras, dont le volume naturel était considérable (il n'y avait ni gonflement ni contusion); l'avant-bras fut maintenu fléchi au moyen d'une écharpe.

Après l'application de l'appareil, le malade n'éprouva plus de douleurs; il ressentit seulement pendant plusieurs jours des contractions musculaires dans les muscles du bras.

Le traitement n'offrit rien de particulier. Vers le huitième jour je remplaçai le bandage ordinaire par un bandage amidonné, et le malade put vaquer à ses affaires pendant toute la durée de la cure; bien entendu qu'il dut tenir son bras à peu près immobile.

Avant le quarantième jour, la consolidation était faite; le cal volumineux occupe toute la partie moyenne de l'humérus, à partir de l'attache deltoïdienne.

Dans ce moment, M. M... se sert de son bras; mais il n'y a plus à craindre qu'il abuse de la force de ses muscles; car cet accident l'a tellement effrayé qu'il ose à peine faire contracter les muscles du bras, et surtout le deltoïde, qui présente chez lui un grand développement.

Cette observation est un nouvel exemple de fracture de l'humérus produite par l'action musculaire, et elle doit prendre place parmi celles du même genre qui existent dans la science, et dont M. Malgaigne a donné l'historique dans son *Traité des Fractures*, ouvrage remarquable où l'on trouve consigné tout ce qui a trait aux solutions de continuité des os.

En 1791, Debeaumarchef lut à l'Académie de chirurgie le premier exemple connu de fracture de l'humérus par l'action musculaire dans la lutte du poignet. Cassort en a adressé un à l'Académie en 1827; Lonsdale en rapporte deux autres exemples; et moi-même, ajoute M. Malgaigne, j'en ai récemment observé un cas.

Le fait que je viens de rapporter est donc le sixième cas connu de fracture de l'humérus produite par une cause de ce genre. Je ne doute pas que d'autres chirurgiens en aient observé de semblables; mais cependant je suis porté à croire que les faits inconnus ne sont pas nombreux; car aucun des chirurgiens que j'ai interrogés sur ce sujet n'en a observé dans sa pratique.

Il n'en est pas de même des fractures du radius et des os de la main, qui sont le plus ordinairement la conséquence de cette lutte que l'on appelle bien improprement le jeu des poignets.

Après les détails très circonstanciés dans lesquels est entré M. Malgaigne sur le mécanisme d'après lequel se produit, dans ces cas, la fracture de l'humérus, il est parfaitement inutile d'analyser les diverses circonstances au milieu desquelles s'est produite la fracture que j'ai décrite; je crois préférable de rapporter, en finissant, le passage suivant de l'ouvrage déjà cité:

« Dans cette lutte (du poignet), dit M. Malgaigne, il y a d'abord une contraction énergique des muscles fléchisseurs des doigts pour résister à l'extension, et des muscles pronateurs pour résister à la supination, et il est remarquable que la plupart de ces muscles s'insèrent à l'épitrochlée. S'ils fixent solidement l'avant-bras, le renversement ne peut avoir lieu que par la rotation de l'humérus en dehors; les muscles des bras, notamment le grand dorsal, le grand pectoral et le deltoïde, se contractent pour s'y opposer, et, s'ils opposent une résistance invincible, tous les efforts de l'adversaire tendront alors à imprimer un mouvement de torsion à l'humérus dans la partie de cet os située entre le deltoïde et l'épitrochlée; la fracture, qui est déterminée par ce mouvement de torsion, siége habituellement à 6 ou 8 centimètres au-dessus des condyles. »

C'est dans cette partie de l'os, un peu au-dessous de l'attache du deltoïde, que l'humérus était fracturé chez M. M..., qui, je dois ajouter ce renseignement essentiel, n'est sujet à aucune diathèse capable d'altérer la texture organique des os.

DU JUS DE CITRON ET DE L'ACIDE CITRIQUE

comme traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Nous avons été des premiers à signaler l'application qu'un médecin anglais, M. Owen Rees, a faite du jus de citron au traitement du rhumatisme articulaire aigu, et nous avons dit à cette époque que, sans partager les croyances de M. Rees, qui nous paraissaient peu fondées, nous n'étions pas éloigné d'accepter cet agent comme un antiphlogistique puissant et au même titre que les acides végétaux, dont la médecine se trouve si bien dans le cours des maladies aiguës et inflammatoires. Mais en même temps, nous avons dit que nous ne croyions pas à la possibilité de substituer ce traitement à tous ceux qui ont conquis une place si légitime dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. Les faits nombreux, publiés depuis dans les journaux anglais par M. Rees lui-même, par M. Barlow, par M. Budd, n'ont pas changé notre opinion; il en est de même des faits plus récents consignés dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, par M. Giraud (de Grenoble). Ou bien ces faits sont des exemples de ces rhumatismes peu aigus et peu généralisés avec lesquels on pourrait faire la fortune de toutes les médications possibles; ou bien, au contraire, si les cas sont plus aigus et plus généralisés, on voit les accidents se prolonger, quoique en perdant de leur intensité, pendant un temps assez long, vingt, vingt-cinq, trente jours même, c'est-à-dire le temps ordinaire de la révolution d'un rhumatisme combattu par la méthode ancienne, et, en particulier, par la méthode des indications; mais ce que nous reconnaissons, c'est que le jus de citron calme notablement la circulation et exerce une influence réelle sur la révolution des accidents phlegmasiques.

M. Rees ne tient pas beaucoup probablement à la théorie qu'il a présentée pour expliquer les effets du jus de citron, et il a raison; car il est parti de ce point de vue fort contestable que, dans la goutte et le rhumatisme, il y a excès d'acide urique, et qu'en donnant le jus de citron on donne à l'économie une quantité d'eau et d'oxygène suffisante pour convertir l'acide urique en urée et en acide carbonique, et peut-être aussi que les citrates alcalins en se décomposant pendant la digestion fournissent au sang une certaine proportion de carbonates alcalins qui peuvent aider à la guérison. Mais, avant de s'occuper de dissoudre l'acide urique, il faudrait prouver que dans la goutte et le rhumatisme l'augmentation de l'acide urique est cause et non effet, ce qui est loin d'être discuté. M. Rees a soumis depuis sa médication a une épreuve qui ne lui a pas été très favorable; il s'est demandé à quoi pouvait être due l'action tempérante du jus de citron si ce n'est à l'acide citrique qui y est contenu, et il a administré en conséquence cet acide à la dose de 1 gramme 25 centigr., trois ou quatre fois par jour dans une infusion légère de menthe.

Nous avons sous les yeux les faits qui ont été publiés au nom de ce médecin dans la *Lancette anglaise*, et nous voyons dans un premier cas un jeune homme de vingt-trois ans, ayant déjà eu un rhumatisme articulaire aigu, en présentant une seconde atteinte depuis quinze jours, lorsqu'il fut mis à l'usage de l'acide citrique avoir la fièvre et conserver ses douleurs jusqu'au vingt-quatrième jour avec des alternatives de bien et de mal.

Dans un second cas, une jeune fille de dix-huit ans, seconde atteinte de rhumatisme datant de trois jours; il lui fallut douze jours pour voir cesser les douleurs articulaires; la fièvre avait diminué notablement dès l'administration de l'acide citrique.

Troisième cas, femme de trente-huit ans, seconde attaque de rhumatisme, au huitième jour; peu de fièvre, mais douleurs assez vives; il fallut seize jours de traitement.

Quatrième cas, boulanger, âgé de quarante ans, seconde atteinte de rhumatisme datant de cinq semaines; quelques douleurs, pouls à 92; la maladie passa, malgré l'acide citrique, à l'état chronique.

Suivant M. Rees, la convalescence des malades traités par l'acide citrique aurait été plus lente que celle de ceux soumis à l'emploi du jus de citron, ce qu'il attribue soit à l'efficacité plus grande de ce dernier remède, soit à l'instabilité de la saison pendant laquelle il a fait ses expérimentations. En terminant, nous dirons que tous les malades traités de cette manière ont éprouvé une augmentation dans la quantité des urines, circonstance évidemment favorable à la résolution des maladies; mais nous n'en maintenons pas moins ce que nous avons dit de l'infériorité relative du jus de citron et de l'acide citrique à côté des autres traitements du rhumatisme articulaire aigu. (*Bull. de Thérap.*)

EMPLOI DE LA TEINTURE DE PERCHLORURE DE FER

dans le traitement de l'érysipèle, et en particulier de l'érysipèle des nouveau-nés.

Il est une chose incontestable, c'est que, dans le traitement de l'érysipèle, on s'est toujours beaucoup plus occupé de la lésion cutanée, contre laquelle on a dirigé les moyens les plus variés, que des conditions générales de l'économie sous l'influence desquelles se développe le plus ordinairement cette affection. Au point de vue de la gravité de la maladie, au point de vue des indications, il nous semble cependant qu'il y a une grande différence entre les érysipèles développés sous l'influence d'une cause externe seulement et ceux qui reconnaissent pour cause une altération lente et plus ou moins profonde des fonctions. Ce qui fait la gravité de l'érysipèle des nouveau-nés, est ce donc la lésion cutanée qui, souvent, est épuisée lorsque les petits sujets succombent à une complication inattendue? Ne sont-ce pas plutôt les conditions générales fâcheuses et défavorables au milieu desquelles l'érysipèle fait explosion, chez des enfants malingres, valétudinaires, sous le coup de phlegmasies graves des organes intérieurs? C'est parce que le traitement que nous

avons à faire connaître dans cet article nous paraît conforme aux principes que nous venons d'établir que nous nous décidons à en parler, bien qu'il paraisse en opposition avec ce que l'on a l'habitude de faire dans le cours de cette maladie. Enfin la thérapeutique a été jusqu'ici si peu heureuse dans le traitement de l'érysipèle des nouveau-nés, que l'on ne nous blâmera pas de faire connaître un traitement qui compte des succès plus nombreux que tous ceux qui l'ont précédé.

M. Hamilton Bell et M. Charles Bell (d'Edimbourg), à qui appartient l'idée de ce traitement, prescrivent chez l'adulte, dans les cas où l'érysipèle est léger, 15 gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les deux heures, jusqu'à cessation complète de la maladie; et dans les cas graves, ils vont jusqu'à 25 gouttes toutes les deux heures, et en continuant jour et nuit, quelle que puisse être l'intensité de la fièvre et du délire.

En même temps ils agissent sur l'intestin à l'aide de purgatifs doux; topiquement, ils se bornent à quelques applications de poudre d'amidon, maintenues sur du coton en rame. Chez l'enfant nouveau-né, la dose est de deux gouttes de teinture toutes les deux heures dans un peu d'eau sucrée.

Comme c'est principalement dans cette dernière forme d'érysipèle que les médecins auront à essayer ce traitement, nous croyons utile de leur donner un sommaire des deux premières observations consignées par M. Ch. Bell.

Appelé le 27 mars 1849, pour voir un enfant âgé de quelques semaines seulement, et chez lequel un érysipèle occupait le membre supérieur depuis le poignet jusqu'au coude; l'enfant fut purgé avec l'huile de ricin, et prit, de deux en deux heures, deux gouttes de teinture de perchlorure de fer dans une cuillerée d'eau sucrée. En trois jours l'érysipèle avait entièrement disparu, et l'enfant était mieux portant que jamais.

Dans le second cas, le 24 janvier dernier, l'auteur fut appelé pour donner des soins à un enfant extrêmement amaigri et âgé seulement de quelques jours, atteint d'un érysipèle qui occupait la vulve et les fesses, et qui s'accompagnait de catarrhe et de toux. La partie inférieure de l'abdomen était tendue et résistante; l'urine était retenue, et la vessie formait une saillie du volume d'une petite orange au-dessus du pubis; la faiblesse était telle qu'à chaque instant on croyait le voir passer. M. Ch. Bell prescrivit d'abord de petites doses de calomel et de poudre de James, à courts intervalles, avec une mixture composée de vin d'ipécacuanha et de carbonate de soude. Le petit malade n'en allait pas mieux. Alors on lui prescrivit deux gouttes de teinture de perchlorure de fer toutes les deux heures, et une goutte d'eau-de-vie toutes les demi-heures. Ce traitement fit merveille. La dysurie cessa et l'érysipèle fut arrêté.

La teinture de perchlorure de fer n'étant pas une préparation officinale chez les pharmaciens français, nous dirons qu'on peut la préparer, soit en faisant dissoudre le perchlorure de fer cristallisé à la dose de 30 grammes dans 220 grammes d'alcool à 56°, soit, mieux encore, en faisant digérer pendant trois jours 180 grammes de sous-carbonate de fer dans 30 grammes d'acide chlorhydrique et en ajoutant ensuite lentement 90 grammes d'alcool, et en filtrant la solution. (*Monthly Journal* et *Bull. de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 août 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades.

M. Denonvilliers présente deux malades. Le premier est affecté de ganglions sous-cutanés douloureux; ces petites tumeurs sont au nombre de quatre, parmi lesquelles s'en trouve une grosse comme un pois. Ces ganglions sont mobiles, excepté un qui paraît adhérent à l'aponévrose et aux muscles. Il y en a un à la cuisse qui est fort douloureux. Les autres sont placés sur l'avant-bras gauche. Le deuxième malade est un jeune homme de dix-neuf à vingt ans, dont la partie interne du bras droit a été prise dans un engrenage, qui a déchiré la peau de cette région en lanière. Les os paraissaient intacts ou du moins, s'ils étaient fracturés, il n'existait point de déplacement. La couche superficielle des muscles était déchirée; M. Denonvilliers, espérant que la couche profonde avait été ménagée, essaya de conserver le membre malade, et pour cela il le soumit pendant quarante-huit jours à une irrigation continue, qu'il cessa au moment où l'atonie commençait à s'observer. Le jeune homme a parfaitement guéri et commence à exécuter quelques mouvements, qui sont dus sans doute à l'intégrité des muscles fléchisseurs profonds, ainsi que l'avait espéré M. Denonvilliers.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

MM. Lebert et Lenoir demandent un congé pour motif de santé.

— M. Debrou, membre correspondant de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital d'Orléans, communique le fait suivant :

Prolongation du sommeil anesthésique jusqu'à menace de mort chez un opéré soumis au chloroforme.

J'adresse à la Société de chirurgie, en la priant de l'accueillir avec sa bienveillance ordinaire, la relation d'un fait que l'on peut ranger parmi ceux où l'action du chloroforme a été suivie d'accidents. Bien que la mort ne soit pas survenue, je regarde cette histoire comme étant utile à connaître, et même je pense que l'application du chloroforme gagnerait beaucoup à la connaissance de faits pareils. On a courageusement publié des cas où l'emploi des anesthésiques a été suivi de mort; mais on néglige trop de mentionner ceux (et ils doivent être assez nombreux) où l'emploi de ce moyen, sans être fatal, est sorti de la règle ordinaire d'innocuité, ou même a exposé le malade au danger imminent de la mort.

Dans les premiers jours de juillet dernier, je pratiquai l'opération de la hernie étranglée chez un homme de soixante ans, d'une constitution faible et d'une santé assez délicate. La hernie, qui était inguinale, datant de douze à quinze ans, avait été toujours assez mal contenue par un bandage, et, quoiqu'elle se fût à plusieurs reprises engouée ou étranglée, on était parvenu à la réduire sans opération. Cette fois, M. le docteur Payen, médecin ordinaire du malade, essaya inutilement le taxis. Lorsque je fus appelé en consultation, bien que l'étranglement ne datât que de trente-six heures, les symptômes les plus fâcheux existaient déjà. Les vomissements étaient stercoraux, le ventre était douloureux et ballonné, le pouls était extrêmement faible et filiforme; le visage profondément altéré, la peau de tout le corps froide et presque bleuâtre. Mes honorables confrères MM. Payen, d'Olier et moi fûmes d'avis qu'il fallait pratiquer l'opération sans le moindre retard.

Je me demandai et je demandai à l'un de mes confrères s'il était convenable de soumettre le malade au chloroforme. J'avoue que je n'en avais pas envie, à cause de l'état général très grave que j'ai signalé plus haut. Nous nous y décidâmes cependant. Je me servis d'une petite éponge chargée de 8 à 10 grammes de chloroforme et que je plaçai moi-même sous le nez. J'eus le soin en commençant d'engager le malade à respirer à son aise, et j'approchai et j'éloignai l'éponge à plusieurs reprises avant de la maintenir fixe. Enfin, je n'embrassai pas l'ouverture des narines d'une manière tout à fait complète, et je laissai les lèvres libres, en les écartant même. C'est toujours de cette manière que j'emploie le chloroforme, ainsi que M. le docteur Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et dans le nombre très grand de cas où nous y avons eu recours nous n'avons eu qu'à nous louer de notre manière de procéder.

Le malade fut plongé rapidement dans le sommeil, et, au bout d'un temps qui n'a pas été rigoureusement compté, mais qui ne dépassa pas quatre minutes, il fut complétement insensible sans avoir passé par la période d'agitation, ni donné aucun signe de torpeur ou d'asphyxie. Alors je confiai le soin de maintenir l'éponge à une personne qui nous assistait, et je fis l'incision de la peau au-devant de la tumeur. Cette incision faite, *je fis retirer l'éponge*, qui en tout était restée à peu près cinq minutes. Le malade était d'une insensibilité complète.

L'opération entière dura environ dix ou douze minutes (le temps ne fut pas compté et je le donne ici d'une manière approximative). La recherche et l'ouverture du sac me prirent plusieurs minutes; *il était extrêmement mince*, malgré l'ancienneté de la hernie, ce qui prouve que la pelotte du bandage ne le comprimait presque jamais; de plus, il ne contenait pas une goutte de liquide. Une anse d'intestin grêle y était renfermée, ainsi qu'une portion d'épiploon, un peu adhérente en arrière. Je débridai en haut sur la sonde cannelée. Après avoir attiré l'anse herniée, qui était brune et d'une teinte très foncée, pour reconnaître l'état de l'intestin au niveau du point étranglé, trouvant les parties saines, je me mis en mesure de le faire rentrer.

Pendant que j'y procédais, le malade *poussa un grognement, s'agita* et fit ressortir une plus grande partie d'intestin. Je fis signe de placer de nouveau sous les narines l'éponge, qui ne reçut pas de nouvelle dose de chloroforme. La réduction se fit alors en une demi-minute environ. L'éponge fut maintenue pendant ce temps et après retirée. L'opération était finie. Il ne s'était pas écoulé une cuillerée de sang. De la sérosité rougeâtre s'échappa du ventre par la plaie. Je nettoyai et j'essuyai celle-ci, et attendis un peu avant de procéder au pansement.

Le malade ne revint pas immédiatement à lui. Son visage était altéré sans doute, comme avant l'opération, mais pas davantage, et il était plus calme. La respiration se faisait lentement et doucement. Cet état ne m'effraya pas, car qui de nous n'est pas familier avec une légère prolongation du sommeil anesthésique? Cependant, après quelques instants qui peuvent être évalués à trois ou quatre minutes, voyant qu'il restait toujours endormi, je tâtai son pouls, que je ne pus trouver, tant il était insaisissable. La respiration était lente et douce. Je secouai le tronc, je pinçai les membres, je parlai hautement, je fis ouvrir les fenêtres et jetai de l'eau au visage. Tout cela fut inutile. Le corps était froid. Après quatre ou cinq minutes d'une nouvelle attente, la peur nous prit un peu. La respiration s'apercevait. Les pupilles étaient contractées; les paupières, si on les élevait, retombaient complétement en paraissant se fermer. Nous frottâmes les membres et renouvelâmes les aspersions d'eau froide. Le pouls était toujours insaisissable. Les mouvements respiratoires devinrent plus lents, plus séparés et plus longs, avec quelques légers mouvements des lèvres et des mâchoires, comme dans un faible bâillement. Les pupilles étaient devenues larges et immobiles, malgré la vive clarté de la fenêtre; les paupières élevées ne retombaient plus.

La frayeur nous saisit, et alors trois médecins que nous étions, émus et profondément affligés, nous employâmes tous nos efforts, l'un à frotter les membres avec une brosse rude, un autre à secouer les bras, les épaules et les flancs, suivant une sorte de rhythme, et le troisième à insuffler de l'air dans la bouche. Je fais grâce de tous les détails, et de notre angoisse, du désespoir de la famille, qui passa subitement de la joie résultant d'une opération achevée à la plus grande douleur, douleur mêlée de plaintes contre nous. Cet état dura environ une demi-heure ou au moins vingt-cinq minutes. Il nous parut pendant ces vingt-cinq mortelles minutes que les battements du cœur avaient cessé et que tout souffle respiratoire avait cessé aussi. Aucun de nous n'eut assez de liberté d'esprit pour ausculter le cœur attentivement et compter ses battements; nous étions trop émus pour cela, et d'ailleurs tous nos efforts et tout notre temps étaient employés à frotter les membres, à secouer les bras, à presser la poitrine et le ventre alternativement, à souffler dans la bouche. — On nous demanda s'il fallait aller chercher un prêtre. Je répondis : Oui; et j'avoue que je crus que mon opéré était mort.

La vie revint cependant, et le premier signe de son retour fut une légère contraction des muscles surciliers, puis un mouvement des paupières, puis quelques mouvements très hauts et très longs du thorax. Le malade ouvrit les yeux, nous reconnut faiblement. On put retrouver son pouls, et enfin la vie reprit possession de ce corps qu'elle semblait avoir quitté. Le malade resta très faible et toujours assez froid pendant le reste du jour; mais tout motif d'inquiétude avait disparu.

Quant aux suites de l'opération, elles furent heureuses. Le lendemain matin, le visage et le pouls du malade étaient beaucoup meilleurs qu'avant l'opération. Une petite portion d'épiploon adhérente au sac, que j'avais été obligée de laisser dans la plaie, retarda l'occlusion de celle-ci. Mais la guérison marcha assez rapidement, et était complète le vingt-cinquième jour.

Une partie du chloroforme que j'avais employé chez ce malade fut examinée avec soin, et je m'assurai qu'il était pur, sans mélange de substance étrangère.

Il pesait une fois et demie plus que l'eau distillée.

Traité par le chromate acide de potasse, il ne donna point de coloration verte.

En l'ajoutant à un mélange fait à parties égales d'eau et d'acide sulfurique, il tomba au fond de l'éprouvette.

Mêlé à une solution de nitrate d'argent, il ne donna point de précipité.

Mêlé à de l'eau albumineuse, il ne précipita point davantage.

Il ne prit point feu avec une allumette enflammée.

Il n'avait point déterminé d'excoriations sur le nez et les narines.

Discussion.

M. Huguier. Il faut, autant que possible, se dispenser de revenir deux ou trois fois de suite à l'administration du chloroforme, de manière à faire persister l'anéantissement de la sensibilité. C'est principalement quand on a procédé de la sorte que les accidents sont arrivés, ce que confirme l'observation que vient de nous lire M. Gosselin. Dans deux cas où j'ai vu la perte de la sensibilité se prolonger d'une manière inquiétante, les malades avaient été soumis à deux reprises à l'action de l'agent anesthésique.

Dans l'opération de la hernie étranglée, je pense qu'il faut se dispenser de chloroformiser les malades :

1° Parce que cette opération n'est pas très douloureuse, le plus souvent;

2° Parce que les malades recouvrent leur sensibilité avant la terminaison de l'opération, et qu'alors ils s'agitent et se livrent à des mouvements irréguliers automatiques, et peuvent être la source d'accidents graves;

3° Parce que les malades, privés de la raison, ne facilitent pas l'action des instruments ni la manœuvre de la réduction. En général, je ne chloroformise, dans ces cas, que lorsque les malades l'exigent.

M. Lebert. Quand il s'est occupé de déterminer l'action de l'éther et du chloroforme sur les animaux, il a constaté que les animaux sur lesquels l'action du chloroforme avait été poussée très loin, étaient promptement réveillés en portant dans la gorge une petite éponge imbibée d'ammoniaque.

M. Demarquay. Le fait observé par M. Debrou est intéressant à plus d'un titre; mais il est un point sur lequel je veux appeler l'attention de la Société, c'est la réfrigération qui est survenue chez l'opéré soumis à l'action du chloroforme. J'ai démontré dans ma thèse que l'éther et le chloroforme abaissaient d'une manière notable la température animale; depuis j'ai fait, avec Dumont fils, des expériences confirmatives des premières; mais de plus, nous avons constaté que le refroidissement amené par les agents anesthésiques était plus rapide chez les animaux débilités par la saignée ou la privation de nourriture. M. Buisson, dans son livre très remarquable sur l'anesthésie, a confirmé nos expériences, et il a constaté que chez l'homme la température s'abaissait sous l'influence des agents anesthésiques; c'est là un fait dont il faut tenir compte quand on donne du chloroforme ou de l'éther à des individus dont les fonctions vitales sont affaiblies ou profondément troublées.

M. Gosselin combat l'application du chloroforme chez les individus sur lesquels on a constaté une faiblesse du pouls; en cela il est en tout point d'accord avec M. Buisson, qui, lui aussi, rejette l'emploi du chloroforme dans ces circonstances. Il pense que l'anesthésie doit être appliquée avec réserve à l'opération de la hernie; le malade se trouve alors dans des conditions particulières qui peuvent conduire à des accidents. C'est ainsi que M. Robert a eu à déplorer la perte d'un malade dans une circonstance de ce genre. M. Fano a aussi publié une observation de mort par le chloroforme administré pour remédier aux accidents causés par une hernie étranglée.

M. Gosselin se demande si, dans ces circonstances où la débilité des individus est grande, l'action du chloroforme sur le cœur n'est pas trop rapide et trop intense, et si ce n'est pas là la cause des accidents mortels qui sont survenus. Cette opinion est celle qu'il a fait connaître dans un travail spécial qu'il a publié sur ce sujet.

M. Robert. Le malade auquel j'ai administré le chloroforme pour pratiquer l'opération de la hernie étranglée, et qui a succombé quelques heures après l'opération, n'était point dans des conditions analogues à celles du malade de M. Debrou; bien loin de là, c'était un Hercule; seulement il résistait à l'action du chloroforme; sa période d'excitation a été longue; il a fallu prolonger l'action des anesthésiques avant d'arriver à la période de résolution. Enfin, l'opération a été faite, la hernie réduite, le malade a recouvré ses sens, il a parlé, et lorsque je quittai l'hôpital Beaujon le malade était bien; il causait même avec ses voisins. Ce ne fut que trois heures après qu'il succomba.

En général, dit M. Robert, je ne crois pas qu'il faille continuer l'action du chloroforme chez les individus sur lesquels il provoque une vive excitation.

M. Chassaignac ne voit pas que dans l'observation de M. Debrou on ait fidèlement observé l'état du pouls. Pour lui, c'est là qu'il puise les indications de continuer ou de cesser l'action du chloroforme. Pour ce qui est des modifications imprimées à la température par l'action des anesthésiques, fait sur lequel notre collègue M. Demarquay a appelé l'attention, j'ai eu occasion de vérifier le fait; j'ai même vu dans une circonstance un frisson assez intense survenir à la suite de l'action de ces agents, frisson que je ne pouvais rapporter qu'à l'action du chloroforme.

M. Monod croit que le chirurgien, contrairement à l'opinion de M. Huguier, peut revenir plusieurs fois au chloroforme et prolonger l'anesthésie lentement; il faut que, dans cette circonstance, il tienne grand compte du pouls. Quant à l'application du chloroforme aux malades qui doivent subir l'opération de la hernie, M. Monod s'en montre tout à fait partisan; c'est, suivant lui, le moyen de soustraire les malades à la douleur, de pratiquer, dans quelques cas, cette opération en temps opportun, sans qu'ils aient connaissance de l'opération que l'on doit leur pratiquer. Il conseille en outre la titillation de la luette comme moyen de faire sortir les malades du sommeil anesthésique.

M. Michon veut, comme M. Monod, la conservation de l'anesthésie dans le cas de hernie étranglée, d'autant plus que dans certaines circonstances l'anesthésie a permis au chirurgien de réduire des hernies qu'il se proposait d'opérer. Cela est arrivé trois fois à M. Michon. Seulement, il est des cas dans lesquels il faut s'abstenir d'administrer le chloroforme, c'est lorsque les malades soumis à l'étranglement sont en proie à de grands troubles du système nerveux; que la circulation elle-même est profondément troublée, que les malades présentent une teinte cyanosée, qu'en un mot la vie se trouve profondément atteinte dès le début de l'étranglement, avant même que la gangrène de l'intestin se soit produite. Dans deux circonstances de ce genre il n'a pas voulu avoir recours à l'action du chloroforme.

M. Morel conseille, dans le cas où le chloroforme n'est point applicable, d'avoir recours à l'anesthésie par la réfrigération, faite avec un mélange de glace et de sel marin. De cette façon on fait disparaître la sensibilité en conservant l'intégrité des tissus.

Tumeur fibro-plastique du jarret. — Opération. — Guérison temporaire. — Récidive sur place ainsi que dans l'aine, le bassin, les plèvres et le poumon.

M. Larrey communique, sous ce titre, une observation que son aide de clinique, M. Lecomte, a résumée dans l'extrait suivant :

Dumes, gendarme mobile, âgé de trente-neuf ans, d'une bonne constitution, a servi fort longtemps en Afrique, où il n'a eu pour

toute maladie qu'une légère affection vénérienne, traitée et bien guérie. Il n'y a point de maladie cancéreuse dans sa famille.

Vers la fin de l'année 1846, ce militaire remarqua pour la première fois une petite tumeur de la grosseur d'un pois, dure, mobile, indolente, siégeant, d'après les indications qu'ils nous fournit, vers la tête du péroné, derrière le tendon du biceps. Aucune cause déterminante, telle que coup, chute ou violence extérieure, n'est signalée par le malade. Stationnaire pendant plus de dix-huit mois, cette tumeur prend subitement un accroissement rapide en 1850; et Dumes consulte un médecin qui prescrit des frictions iodurées et une compression méthodique à l'aide de bandelettes agglutinatives. L'inefficacité de ces moyens et le développement progressif du mal engagent ce militaire à entrer au Val-de-Grâce, où il est placé dans le service du chirurgien en chef, M. Larrey, salle 28, n° 26.

Le 5 novembre 1850, une exploration attentive fait constater ce qui suit:

Il existe au membre inférieur gauche une tumeur excédant de beaucoup le volume du poing d'un adulte, elle remplit toute l'excavation poplitée. Sa forme, irrégulièrement arrondie, présente quelques bosselures où on perçoit une sorte de dépressibilité, une fausse fluctuation. Dans le reste de son étendue la tumeur est dure, élastique, rénitente, comme un kyste à parois fibreuses. On n'y sent ni frémissement, ni pulsations.

L'extension du membre fait saillir la tumeur. Dans la flexion de la jambe, qui ne peut être que douloureusement et difficilement portée au delà de l'angle droit, on reconnaît que la tumeur est mobile. On peut la circonscrire avec la main, l'isoler, la soulever des parties profondes, la mouvoir en différents sens, de manière à constater son indépendance complète, l'absence de toute connexion avec l'articulation du genou, les vaisseaux et les nerfs du creux poplité, si ce n'est peut-être avec le sciatique poplité externe plus superficiel, et situé dans le sens du plus grand développement de la tumeur.

Point d'œdème de la jambe gauche; elle présente quelques nodosités variqueuses, mais qui existent aussi sur le membre droit.

Point d'engorgement des ganglions cruraux. Douleur nulle; mais seulement sensation de tiraillement vers le tendon d'Achille.

M. Larrey porte dès l'arrivée du malade le diagnostic suivant: tumeur fibro-plastique renfermant peut-être quelques noyaux squirrheux et encéphaloïdes. M. Bégin, MM. Lustreman, Monnier, M. Josse (d'Amiens) virent le malade. Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce convoqua successivement MM. les professeurs Roux, Velpeau, Laugier, Cloquet. Ces messieurs, à l'exception de M. Cloquet, furent unanimes à considérer la tumeur comme maligne ou cancéreuse, et à conseiller l'amputation de la cuisse.

M. Cloquet, seul dissident, ne croyant pas la tumeur franchement cancéreuse, inclinait vers l'extirpation.

M. Larrey, espérant pouvoir énucléer la tumeur, et se résignant difficilement à la triste nécessité de sacrifier la cuisse, se décide à tenter l'extirpation de la tumeur, l'amputation du membre étant réservée comme ressource ultime, si quelque grave complication surgissait pendant l'opération.

Cette opération est pratiquée le 20 février, en présence de MM. Lustreman, Monnier, Tholozan, Edme (du Val-de-Grâce), et de M. Josse (d'Amiens).

Une incision cruciale donne quatre lambeaux, qui sont disséqués; la tumeur attaquée par sa partie supérieure est promptement énuclée. Adhérente au péroné, elle est tordue sur son pédicule et arrachée. Un bouton de feu est appliqué en ce point. Effusion de sang modérée; ligature de quatre artérioles. Réunion de la plaie par sept à huit points de suture entrecoupée.

Le nerf sciatique poplité externe, embrassé par la tumeur et confondu dans sa masse, a dû être réséqué. L'opération a duré à peine quatre minutes. Le malade a été chloroformisé. L'anesthésie a été complète.

La tumeur, après son ablation, se présente sous la forme d'un ovoïde offrant quelques mamelons à sa surface. Elle mesure 34 centimètres dans sa grande circonférence, et 26 à 27 dans sa petite. Son poids est de 425 grammes.

Une enveloppe mince, résistante de tissu cellulo-vasculaire condensé la revêt extérieurement.

Sur une section longitudinale de cette tumeur, on voit que la couche superficielle est constituée par un tissu mou, jaunâtre, rosé, avec des stries sanguinolentes et quelques petits foyers d'extravasion sanguine. Le centre, le noyau en quelque sorte de la tumeur est constitué par une trame cellulo-fibreuse traversée par quelques cloisons fibro-cartilagineuses, denses, criant sous le scalpel. Par la pression ou en raclant avec la lame d'un bistouri, on obtient un suc limpide, séreux, légèrement jaunâtre, qui ne ressemble pas au suc lactescent du cancer.

M. Lebert a l'obligeance d'examiner ce suc au microscope et n'y découvre que les éléments du tissu fibro-plastique, et notamment des corps fusiformes en grande abondance, sans trace de cellule cancéreuse.

Dans les premiers jours qui suivent l'opération, nous notons seulement une hémorrhagie légère et une réaction assez vive avec tendance marquée à l'assoupissement.

Le 22 février, l'appareil est levé.

Le 24, la suppuration commence à s'établir. Cette suppuration est d'abord grisâtre, fétide; les lambeaux sont flasques, pendants sans vitalité. L'un d'eux tombe en gangrène.

De plus, le pus séreux et de mauvaise nature tend à fuser vers la racine de la cuisse, entre les muscles de la couche postérieure. On cherche à prévenir cette fâcheuse complication par la position déclive du membre et la compression méthodique de la cuisse.

Le 27, l'état local est toujours très peu satisfaisant; la suppuration est de mauvaise nature; le fond de la plaie laisse voir à nu les muscles grisâtres.

L'état général laisse beaucoup à désirer. Le malade est démoralisé. Quelques symptômes se manifestent du côté de la poitrine, douleur pongitive du côté gauche, dans l'épaule correspondante, avec toux, oppression.

Cet état dure jusqu'au 4 mars. A cette époque, amélioration très notable par les soins excessifs dont le malade est l'objet. La suppuration est mieux liée, blanchâtre; elle se concentre vers le jarret; et la plaie commence à bourgeonner.

Du 4 mars au 1er avril, l'état local est fort bon; la cicatrisation est presque complète.

La toux, l'expectoration de quelques crachats rouillés et visqueux, l'oppression, gênent encore un peu le malale.

Dans les premiers jours d'avril, les ganglions de l'aine se tuméfient. En même temps un noyau de nouvelle formation apparaît sur la cicatrice.

Trois autres nouveaux mamelons se montrent successivement et prennent bientôt un accroissement rapide.

Malgré cette récidive, le malade a repris un embonpoint très notable.

Pendant plus de deux mois, l'état local s'aggravant, l'état général est néanmoins peu modifié; mais, vers la fin de juillet, des symptômes se déclarent du côté de la poitrine: toux, expectoration visqueuse, dyspnée, oppression, hémoptysie.

En même temps amaigrissement rapide, teint jaunâtre.

Mort le 9 août.

Autopsie. — Masse énorme de tissu fibro-plastique envahissant toute l'excavation poplitée; autour d'elle existent plusieurs petites tumeurs, dont quelques-unes sont ramollies.

Dégénérescence des ganglions inguino-cruraux, comprimant les vaisseaux et les nerfs.

Dégénérescence des ganglions lombaires.

Mais la lésion la plus remarquable existe du côté de la poitrine.

On constate un épanchement double et très considérable de sérosité sanguinolente, et, de plus, un grand nombre de petites tumeurs du volume d'une noix ou même d'un œuf, les unes arrondies exactement, les autres légèrement aplaties.

De ces tumeurs, quelques-unes sont situées sur la plèvre pulmonaire, d'où il est facile de les détacher, et recouvertes d'une couche fibrineuse assez épaisse.

Mais le plus grand nombre se trouve dans le tissu du poumon, sous la forme de petites masses arrondies, faciles à énucléer, quoique pour la plupart non enkystées.

Le tissu pulmonaire est sain partout et crépitant.

Les productions morbides sont constituées par un tissu blanc-jaunâtre ou légèrement rosé, assez consistant, présentant quelques points d'injection ou même d'extravasion sanguine.

Quelques-unes sont ramollies et converties en une pulpe rougeâtre homogène, ou mélangée de caillots sanguins.

M. Lebert a eu, cette fois encore, l'obligeance de faire l'examen microscopique du tissu morbide, pris au jarret, dans les ganglions ou dans les poumons. Il n'a pu constater que du tissu fibro-plastique, mais pas d'élément cancéreux proprement dit.

M. Lebert. Il est incontestable que la tumeur enlevée par M. Larrey était de nature fibro-plastique, et que les autres produits morbides trouvés à l'autopsie étaient de même nature, quoique les caractères fussent moins tranchés. Ce fait est, en effet, le troisième où le tissu fibro-plastique s'est généralisé et a infecté l'économie. Toutefois, ce fait m'a beaucoup impressionné; et cependant, si on songe que depuis cinq ans que j'étudie avec grand soin toutes les tumeurs de ce genre qu'il m'a été donné d'observer et dont le nombre s'élève au moins à 100, ces trois faits d'infection générale sont les seuls que je connaisse. De ce que les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent et que, dans certaines circonstances, elles sont de nature maligne, il ne serait pas sage cependant de considérer la malignité comme étant la base de classification la plus logique des tumeurs. Il faut, en effet, distinguer avec soin les tumeurs fibro-plastiques du cancer; elles n'ont avec ce dernier aucun rapport de structure; tout au plus pourrait-on les rapprocher du cancroïde, qui se reproduit sur place et peut infecter les ganglions voisins, mais jamais l'économie d'une manière générale. Les tumeurs fibro-plastiques ne sont pas les seules tumeurs qui, sans être cancéreuses, se reproduisent; le tubercule, la mélanose simple peuvent se reproduire, et cependant ce ne sont point des tumeurs cancéreuses. Il faut donc, pour établir une classification nosologique des tumeurs, autre chose que la malignité. Quant aux tumeurs fibro-plastiques elles-mêmes, il faudra de toute nécessité établir des espèces; en effet, beaucoup de produits morbides rentrent dans cette classe d'altérations. Ainsi, la kéloïde, un certain nombre de tumeurs sous-cutanées, quelques tumeurs appartenant à la classe des tumeurs dites ostéosarcomes, sont formées de tissu fibro-plastique. Il est des tumeurs osseuses, comme celle que nous a montrée M. Maisonneuve, où la nature est douteuse; le micrographe hésite: c'est que le microscope, ainsi que je l'ai déjà dit, a ses limites.

M. Demarquay. Le fait que vient de nous communiquer M. Larrey est des plus intéressant, car il est complet; ici nous voyons non-seulement le tissu fibro-plastique se reproduire sur place, mais encore envahir les ganglions voisins et infecter toute l'économie. Il y a huit jours, M. Chassaignac nous a montré un malade où deux récidives sur place se sont produites en dix-huit mois. Ces faits, rapprochés d'autres analogues observés à la Charité, dans le service de M. Velpeau, et à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, sur lesquels M. Lebert, avec une loyauté qui l'honore, a appelé l'attention de la Société; ces faits, dis-je, ne font-ils pas évanouir les espérances que les beaux travaux microscopiques de M. Lebert avaient fait naître? Ainsi le chirurgien, après l'examen d'une tumeur, lorsque le tissu fibro-plastique est reconnu, ne peut rassurer complétement une famille; il se trouve en présence d'un produit qui non-seulement peut repulluler sur place, mais encore envahir l'économie tout entière. En présence de ce fait, ne peut-on pas se demander si le tissu fibro-plastique n'est point une variété du cancer? Toutefois, les travaux de M. Lebert n'en sont pas moins intéressants; ses recherches sur l'anatomie pathologique du cancer restent avec tout leur intérêt histologique; seulement le côté pratique en ce qui touche les tumeurs fibro-plastiques est moins positif que les premiers travaux de M. Lebert ne nous l'avaient fait espérer.

M. Lebert. Pour terminer, je dois dire deux mots sur une objection faite à mon argumentation par mon honorable confrère, mon ami depuis longtemps, par M. Demarquay. Il a dit que les illusions que les chirurgiens s'étaient faites sur l'utilité du microscope tombaient par cela même que des tumeurs épidermiques ou fibro-plastiques, que l'on avait crues un moment bénignes, pouvaient récidiver sur place et, dans quelques cas, se généraliser. Je dirai, avant tout, que la marche que j'ai suivie dans ces études, pour lesquelles je manquais complétement d'antécédents solides dans la littérature médicale, était simplement d'étudier d'abord comparativement la structure des produits morbides, et de déterminer ensuite leur valeur clinique d'après l'observation de leur marche et des symptômes. Il fallait tout naturellement modifier mes opinions à mesure que des faits nouveaux venaient m'éclairer davantage; je ne comprendrais même pas autrement le développement d'une question scientifique qui n'est soulevée que depuis bien peu d'années. Mais il faut éviter, en cas pareil, de renverser et de renier ses opinions antérieures lorsque de nouveaux faits ne font que les épurer et les perfectionner. Une abnégation trop timorée aurait alors de plus graves inconvénients encore qu'une obstination trop exclusive envers et contre l'observation. Le rôle du microscope n'est, du reste, ni d'exciter, ni de dissiper des illusions. Instrument de précision, il doit indiquer ce que nos sens perfectionnés par lui nous font constater rigoureusement; mais pour le microscope, comme pour toute étude purement physique, il y a quelque chose qui est bien au-dessus du témoignage des sens: c'est l'appréciation impartiale de tous les caractères, tant anatomiques que chimiques, cliniques, étiologiques, thérapeutiques, d'une affection morbide, pour arriver ainsi par la méthode naturelle à des doctrines à la fois solides par l'observation et philosophiques par l'induction logique. Ainsi, ceux qui ont lu attentivement mes travaux ne refuseront-ils pas de reconnaître que je ne me suis jamais donné comme le représentant incarné du microscope en pathologie; bien au contraire, je n'ai cessé d'insister sur le fait que le microscope n'était qu'un bon et loyal serviteur pour celui qui savait s'en servir, mais un maître exclusif et inintelligent s'il voulait s'arroger ce droit bien au-dessus de sa compétence. Mon véritable but a toujours été de ne pas confondre le produit morbide avec la pathogénie, l'élément anatomique avec la physiologie pathologique.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Le Soudd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 99. — JEUDI 28 AOUT 1851. (24e ANNÉE.) N° 99. — JEUDI 28 AOUT 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre. — Pleurésie avec épanchement.

Par le docteur A. FOUCART, chef de clinique de la Faculté.

Les kystes hydatiques du foie peuvent, après avoir perforé le diaphragme, s'ouvrir dans la plèvre et déterminer des accidents graves, le plus souvent, sinon toujours, suivis de mort. Tous les auteurs de traités de pathologie, de dictionnaires sont d'accord sur ce point. Mais, à la manière dont ils affirment la chose comme toute simple et sans s'y arrêter, on serait tenté de croire que les cas de ce genre sont très fréquents; or, il n'en est rien. Ayant eu l'occasion de recueillir dernièrement dans le service de M. le professeur Rostan un fait de kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre fort intéressant sous plusieurs rapports et en particulier sous celui-ci, à savoir : que, pendant tout le séjour de la malade à l'Hôtel-Dieu, on crut à l'existence d'une pleurésie simple avec épanchement et que l'on ne reconnut la véritable altération pathologique qu'après la mort; j'eus la curiosité de faire quelques recherches et de parcourir les observations, que je croyais nombreuses, sur lesquelles s'appuyaient les auteurs.

Je fus alors tout étonné de ne trouver dans aucun traité de pathologie, dans aucun dictionnaire l'indication d'un seul de ces faits. Il me parut que beaucoup d'entre eux s'étaient répétés les uns les autres sans avoir pris la peine de remonter à la source, aux faits particuliers. Seul, M. Piorry dit en avoir vu un (*Traité de pathologie*, t. V, p. 525), qu'il a mentionné dans un autre paragraphe du même volume (p. 381, note), mais sans détails. Je poursuivis donc mes recherches, et c'est à peine si, enfin, je pus réunir un petit nombre d'exemples de cette terminaison des kystes hydatiques du foie dont je consigne ici l'indication.

L'un, rapporté par M. Barrin dans sa dissertation inaugurale, p. 46 (thèse de Paris, 1840), est tiré de l'*Anatomie pathologique* du professeur Cruveilhier, p. 239.

Le second existe dans le recueil intitulé : la *Clinique des hôpitaux*, t. II, 1828, n° 82.

Un troisième est consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 19e année, 1844, p. 147.

Il en est quelques autres encore probablement, mais, en somme, ils doivent être fort rares et ne nous paraissent nullement justifier cette phrase de M. Pigné dans son rapport sur l'observation consignée dans les *Bulletins de la Société anatomique* : « Les kystes hydatiques du foie ont une si grande tendance à perforer le diaphragme que l'on pourrait presque dire que la plèvre est le rendez-vous des hydatiques du foie.... »

L'observation que nous publions ci-après a présenté des particularités remarquables. Les renseignements fournis par la malade et la marche de l'affection pendant toute la durée du séjour à l'hôpital n'ont pu faire croire à autre chose qu'à l'existence d'une pleurésie aiguë simple avec épanchement; erreur que n'a pu dissiper même la thoracentèse, laquelle n'a donné issue qu'à un liquide transparent tout à fait semblable à celui d'un épanchement pleurétique simple. Ce n'est qu'à l'autopsie que l'on a reconnu la véritable cause de la suffusion séreuse. La malade ne s'était jamais aperçue de la présence d'une tumeur dans l'abdomen, et jusqu'au dernier jour on a pu attribuer l'étendue de la matité et la rénitence constatées dans la région du foie à une distension extrême du diaphragme refoulé dans l'abdomen par le liquide pleural.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces considérations. Le fait que nous rapportons, et qui a les plus grands rapports avec celui qui a été présenté à la Société anatomique, sera lu, nous l'espérons, avec quelque intérêt.

OBS. — Le 21 avril 1851, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, n° 6, la nommée Julie Henriot, coloriste, âgée de trente ans.

D'une constitution assez délicate, plutôt lymphatique, d'un tempérament nerveux, à peau fine et blanche, à cheveux noirs, cette malade dit jouir habituellement d'une assez bonne santé. Cependant elle tousse assez ordinairement pendant l'hiver; de légères bronchites se succèdent presque sans intervalle durant la mauvaise saison; bien réglée d'ordinaire, quoique peu abondamment, elle n'a jamais craché le sang, et n'a pas fait de maladie grave.

Le 11 du mois d'avril, neuf jours avant son entrée, elle a été prise, sans cause connue et sans qu'elle se soit, dit-elle, exposée au froid, d'un point de côté, à peu près au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, se prolongeant un peu en avant et en bas; en même temps, toux sèche, frissons suivis de chaleur et de sueur, et état fébrile très prononcé, qui a continué sans interruption jusqu'au moment de l'entrée. Le point de côté était assez fort pour obliger la malade à respirer peu profondément et à retenir, autant que possible, les quintes de toux qui augmentaient la douleur. A l'en croire, ce ne serait pas la première fois qu'elle ressentirait ce point de côté; il remonterait, pour sa première apparition, à près de deux ans, mais n'aurait jamais été assez intense pour la forcer à suspendre ses occupations et à se faire traiter. Elle est depuis assez longtemps sujette à des palpitations.

Voici l'état qu'elle présente au moment de son entrée : Visage coloré, surtout dans la région des pommettes; peau chaude, sèche; pouls à 104-108; gêne très grande de la respiration, qui force souvent la malade à se tenir assise dans son lit; pas de crachats; persistance de la douleur de côté, à droite, au niveau du rebord des fausses côtes. La percussion fait reconnaître une matité complète du côté droit de la poitrine dans toute son étendue, en avant et en arrière. A l'auscultation on n'entend aucun bruit respiratoire, même éloigné; pas de souffle bronchique; pas d'égophonie lorsque la malade parle; aucune trace de crépitation ou de râles sibilants ou muqueux.

En avant, la matité se prolonge dans l'abdomen jusqu'au-dessous de l'ombilic, se confondant avec celle du foie, qui, en raison de l'abondance de l'épanchement, est probablement fortement refoulé en bas. La palpation du ventre fait constater la présence d'une tumeur dure, volumineuse, rénitente dans certains points, évidemment due au foie.

A gauche, résonnance et respiration bonnes dans toute la hauteur, en avant et en arrière; matité précordiale normale; bruits du cœur normaux, sans souffle d'aucune espèce. De temps en temps les battements sont un peu plus précipités, irréguliers; pas de voussure de la région précordiale. Le côté gauche se dilate seul pendant l'inspiration.

Les organes digestifs ne présentent rien de particulier; la langue est un peu blanche, humide; soif assez vive; pas de diarrhée, ni nausées, ni vomissements. — Saignée de 300 grammes; gomme sucrée; diète.

Le 22 avril, persistance des mêmes phénomènes; le sang est recouvert d'une couenne verdâtre, mince; sérosité abondante.

Deux applications de ventouses scarifiées sont faites à la partie postérieure du côté droit de la poitrine, le 22 et le 24 avril, chacune de 400 grammes de sang.

Le 26, pas de changement notable dans l'état local du côté droit du thorax; même étendue de la matité; même absence de murmure vésiculaire. L'épanchement n'a pas diminué; pas de souffle. L'examen de la poitrine en arrière fait reconnaître une voussure bien marquée du côté droit en arrière, avec écartement des espaces intercostaux. La douleur de côté seule est un peu moins forte. Pouls à 100. — Vésicatoire en arrière, à droite, de 0,18 sur 0,14; deux bouillons.

Le 28, même état; cependant la gêne de la respiration est un peu moins forte. — Eau de Sedlitz, répétée le lendemain.

Le 29 avril, on s'aperçoit que le membre supérieur droit commence à s'infiltrer, surtout la main et le tiers inférieur de l'avant-bras; un peu d'engourdissement du membre; même dyspnée; insomnie. Il semble, à l'auscultation, que l'on entend un peu de souffle à la partie inférieure du poumon droit en arrière; mais pas d'égophonie ni de bronchophonie. — Deux pilules d'extrait gommeux d'opium.

Le 3 mai, nouveau vésicatoire dans la région sous-axillaire droite.

Le 5, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6, M. Rostan se décide à faire pratiquer la thoracentèse. La ponction faite par M. Jobert donne issue à deux litres environ d'un liquide parfaitement limpide, se coagulant par la chaleur. Soulagement immédiat de la malade, qui respire plus facilement.

Le lendemain, la percussion donne une matité peut-être un peu moindre à la partie supérieure; on entend aussi un peu de souffle, mais excessivement faible au niveau de la fosse sus-épineuse. Persistance de la matité dans toute la partie inférieure de la poitrine, en avant et en arrière. La tumeur abdominale semble avoir un peu diminué de volume; mais l'infiltration du bras et de l'avant-bras est toujours la même. La dyspnée est moins forte. La malade a dormi.

Les jours suivants, l'amélioration ne se soutient pas; les phénomènes de suffocation deviennent de plus en plus intenses, et la malade succombe le 12 mai, à quatre heures du matin, après une longue et douloureuse agonie.

Autopsie cadavérique vingt heures après la mort.

Pas de maigreur excessive du sujet; le ventre est un peu ballonné; le membre supérieur droit médiocrement infiltré, un peu moins qu'avant l'opération. A la percussion, matité complète du côté droit de la poitrine, se prolongeant dans

---

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite. — *Voir* les nos des 10, 15, 22 mai; 5 juin; 3 juillet; 7 et 12 août.)

En terminant ce qui concerne l'admission des indigents malades dans les hôpitaux, j'appellerai l'attention sur un fait grave. C'est le refus des administrations hospitalières de faire traiter *toutes les maladies* dans les établissements confiés à leurs soins. Dans tel hôpital on ne veut pas soigner les syphilitiques; dans un autre, les teigneux et les psoriques; dans un troisième, on n'admet pas les femmes en couches; ici on reçoit les femmes mariées, là on refuse les filles-mères. Plus loin on traite les syphilitiques militaires, mais on renvoie les civils qui se présentent avec la même maladie. La loi doit intervenir dans le service des établissements hospitaliers pour faire cesser ces anomalies.

Si le nombre des femmes admises dans nos hôpitaux est moins considérable que celui des hommes, il est plus fort au contraire dans les hospices. Cela tient à ce que dans la vieillesse les femmes sont en général plus malheureuses, plus délaissées, plus infirmes que les hommes. De là nécessité pour elles de recourir à ce genre de secours.

24,176 enfants, orphelins en grande partie, sont entretenus dans les hospices; car les enfants trouvés sont presque tous placés à la campagne en nourrice ou en pension chez les cultivateurs. C'est un abus d'élever de jeunes enfants pauvres dans l'intérieur des établissements hospitaliers. Ils n'y apprennent point à connaître la vie, ses exigences, la nécessité de pourvoir un jour par leur travail à tous leurs besoins. Mieux vaudrait pour eux, pour la société, qu'ils fussent élevés à la campagne chez d'*honorables* cultivateurs. Ce serait un bienfait pour ces enfants et une économie considérable pour les administrations hospitalières. Chaque enfant élevé dans l'intérieur d'un hospice dépense 200 francs environ. Avec *cent francs de plus* on subviendrait facilement à leurs besoins si on les plaçait à la campagne.

Il serait nécessaire aussi, par mesure d'économie et dans l'intérêt des indigents, afin de pouvoir améliorer le sort des infortunés qui leur sont confiés, que les commissions administratives des hospices éloignassent ces établissements des villes. Placés dans la campagne, les administrés jouiraient d'une plus grande liberté, d'un plus grand bien-être, et leurs dépenses seraient alors beaucoup moins considérables.

Voici les départements dans lesquels le plus grand nombre de vieillards ou d'infirmes ont été admis dans les hospices :

Seine	16,667
Seine-Inférieure	2,743
Bouches-du-Rhône	2,336
Gironde	1,172
Rhône	1,011
	23,929

Les départements, au contraire, dans lesquels on a reçu le plus petit nombre de vieillards dans ces établissements sont :

Corse	19
Creuse	20
Alpes (Hautes-)	81
Ariége	104
	224

Sur 1,133 administrations hospitalières dirigeant 1,270 établissements :

3 n'ont pas traité un seul *malade* ou un seul *vieillard;*
4 ont, dans le cours de l'année, traité un malade ou un vieillard;
5 en ont traité deux, et les autres de trois à cinquante.

Il y a certainement une modification quelconque à apporter dans l'organisation de tels établissements, dont les frais généraux absorbent, au détriment des pauvres, la plus grande partie des revenus.

DE LA DURÉE MOYENNE DU SÉJOUR DES MALADES DANS LES HOPITAUX, DU PRIX DE LA JOURNÉE ET DE LA MORTALITÉ DANS LES HOPITAUX ET DANS LES HOSPICES.

Les renseignements compris sous le titre ci-dessus indiqué sont de la plus haute importance, et c'est pour la première fois qu'ils sont publiés; ils pourront servir de base, dans leurs travaux ultérieurs, aux administrateurs, aux économistes, aux médecins. La comparaison de la durée des maladies, du prix de revient des journées d'indigents dans les hôpitaux, dans les hospices; de la mortalité des hommes, des femmes, des enfants, des aliénés, etc., non-seulement par département, mais encore par établissement, dans les 1,130 localités diverses où ils sont placés, doit nécessairement faire apporter de notables améliorations dans le régime financier, administratif et médical.

Voici le résumé de ces renseignements pour toute la France :

l'abdomen jusqu'à 2 centimètres à gauche de l'ombilic, et, en bas, jusqu'à 5 centimètres du pubis. L'ouverture faite en arrière par la thoracentèse est cicatrisée.

Une incision elliptique, s'étendant du rebord des fausses côtes d'un côté à l'autre, et passant à quelques centimètres du pubis, est faite aux parois de l'abdomen, avec le plus grand soin de respecter le diaphragme et ses attaches. Ce tablier relevé, on aperçoit le foie occupant les trois quarts de la surface abdominale, recouvrant les intestins et descendant jusqu'à deux travers de doigt du pubis. Au premier aspect, ce foie parait singulièrement conformé, et semble présenter deux tumeurs volumineuses, constituant environ ses deux tiers supérieurs. Ces tumeurs, dont la plus élevée est de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, sont lisses, séparées l'une de l'autre par un léger sillon. La tumeur supérieure se termine en pointe dans les environs de l'attache du ligament suspenseur du foie. Elles sont rénitentes, évidemment remplies de liquide. Un examen plus attentif fait reconnaitre que la paroi de la tumeur supérieure est d'une autre nature que celle de la tumeur inférieure; en effet, elle donne au doigt la sensation que produirait une membrane fibreuse, résistante, analogue à celle d'une vessie remplie d'eau. Les parois de la seconde sont plus épaisses et formées par le tissu même du foie. En haut, la plus grosse tumeur est adhérente au diaphragme avec lequel elle se confond, mais dont elle est cependant séparée par un sillon au fond duquel existent quelques adhérences isolées, anciennes; sa coloration est d'un rose foncé, tirant de plus en plus sur la teinte de vin, et finissant par se confondre avec celle du foie, qui est normale.

Plus grand diamètre de la tumeur et du foie réunis, oblique de haut en bas et de droite à gauche, 35 centimètres. Sauf à son bord supérieur, où il est creusé par le kyste, le tissu du foie est normal; seulement, dans le lobe gauche, le tissu jaune prédomine; vésicule biliaire normale. Pas d'adhérences du foie avec le péritoine pariétal, non plus qu'avec les anses intestinales.

Considéré par sa face abdominale, et la poitrine n'étant pas ouverte, le diaphragme est fortement bombé du côté droit, repoussé à 2 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes.

Une ponction faite avec le scalpel dans le sixième espace intercostal du côté droit, donne issue, sans que l'on comprime le thorax, à deux litres environ d'un liquide citrin, transparent, semblable à celui qui a été extrait par la thoracentèse. En même temps que s'écoule le liquide, les tumeurs du foie diminuent de volume et leur rénitence est moins grande.

De légères pressions exercées sur la poitrine font sortir une égale quantité d'un liquide jaune, de moins en moins transparent, et contenant çà et là des flocons purulents. Enfin, les dernières portions du liquide, dont nous évaluons la quantité à cinq litres et demi au moins en tout, sont complétement purulentes, opaques, et mêlées de grumeaux amorphes.

La paroi thoracique étant enlevée avec précaution et les attaches antérieures du diaphragme coupées le plus près possible de leurs points d'insertion, le côté droit est trouvé rempli du liquide jaune purulent que nous venons d'indiquer. La plèvre pariétale droite, dans toute son étendue, est recouverte d'une fausse membrane jaune, rugueuse, épaisse de 3 à 4 millimètres et même davantage dans certains points; cette fausse membrane est assez résistante pour que l'on puisse en enlever des lambeaux considérables.

Le poumon gauche, refoulé avec le médiastin, est sain, sauf deux anciennes adhérences bien organisées que l'on ne peut diviser qu'avec le scalpel. Le tissu de l'organe est souple, crépitant, sain, sans traces de tubercules.

Le cœur sain, ainsi que le péricarde.

L'examen attentif du creux de l'aisselle ne fait découvrir aucune tumeur; aucun ganglion qui puisse rendre compte de l'œdème du bras droit.

Les reins un peu volumineux, ainsi que la rate.

L'utérus et les ovaires normaux.

N.-B. — La pièce a été déposée au Musée Dupuytren.

(Revue méd. chirurg.)

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Luxation coxo-fémorale en haut et en dehors. Diagnostic et réduction facile au moyen du chloroforme.

Chevalet (Jacques), âgé de seize ans et demi, porteur d'eau, fut heurté par un fiacre alors qu'il tenait une voie d'eau sur son épaule. Le choc le renversa sur le côté gauche, et les roues de la voiture passèrent obliquement sur la face externe de sa cuisse droite; il en résulta une vive douleur dans la hanche et une impossibilité absolue de mouvoir le membre. Des médecins appelés auprès du malade constatèrent un raccourcissement considérable du membre, une déviation très forte du pied en dedans, une vive douleur dans la région trochantérienne et une crépitation manifeste au même niveau; ils en conclurent l'existence d'une fracture du col du fémur. Mais leurs tentatives pour rendre au membre sa longueur et sa direction naturelles n'amenant aucun résultat, ils voulurent avoir l'avis de M. Maisonneuve, et firent transporter le malade à l'hôpital Cochin, le 24 juillet 1851. Comme il était fort indocile et qu'il souffrait beaucoup, M. Maisonneuve le soumit à l'inhalation du chloroforme, et put ainsi constater avec la plus grande facilité les divers symptômes.

Le membre était raccourci d'environ trois centimètres, était dans l'adduction, dans une rotation forcée en dedans; dans un état de légère flexion, bien que les muscles fussent dans une flaccidité complète. Ces déformations résistaient aux efforts modérés qu'on employait pour les faire disparaître, et semblaient maintenues par une puissance roide et sans élasticité. La fesse droite était notablement plus grosse que celle du côté opposé; son pli supérieur était plus élevé. Les mouvements qu'on imprimait à la cuisse donnaient lieu à une crépitation sensible à l'oreille et à la main. En appliquant la main sur la région iliaque externe pendant qu'on imprimait au fémur un mouvement de rotation ou de flexion, on sentait la tête de l'os se mouvoir sous les muscles fessiers. En enfonçant fortement les doigts dans la région inguinale, on sentait les tissus céder bien plus profondément que dans l'état normal, et l'on ne retrouvait pas la résistance qu'oppose le col du fémur.

Après avoir constaté tous ces symptômes, M. Maisonneuve conclut: 1° qu'il n'existait pas de fracture du col du fémur; 2° que la lésion consistait dans une luxation coxo-fémorale; 3° que cette luxation avait lieu dans la fosse iliaque externe.

1. Ce n'est pas une fracture du col du fémur, dit M. Maisonneuve; car, dans cette fracture, la mobilité est exagérée ou tout au moins conservée entière, et ici elle est considérablement bornée.

2. Dans la fracture, le membre est dévié en dehors, et ici le membre est dévié en dedans. Dans la fracture, on peut rendre au membre sa forme, la direction, la longueur par des efforts médiocres; ici, cela n'est pas possible. Dans la fracture, le pli de l'aine est effacé; ici, nous le trouvons exagéré.

3. La lésion consiste dans une luxation coxo-fémorale.

Si l'exagération des mouvements, dit M. Maisonneuve, est un des signes les plus constants et les plus positifs des fractures, leur limitation est un des signes les plus précieux des luxations, surtout dans les articulations orbiculaires. Avant l'application du chloroforme au diagnostic, ce symptôme pouvait être d'une appréciation difficile, parce que les muscles, en se contractant d'une manière convulsive sous l'influence de la douleur, pouvaient borner artificiellement les mouvements imprimés aux membres. Aujourd'hui cette difficulté n'existe plus. Or ici, le fémur n'exécute pas la moitié de ses mouvements normaux. Ce signe, survenu brusquement, suffit à lui seul pour faire croire à une luxation.

4. Cette luxation a lieu dans la fosse iliaque. Il y a, dit M. Maisonneuve, quatre variétés principales de luxations coxo-fémorales: l'une, pubienne, est caractérisée par une rotation complète du membre en dehors et une saillie de la tête osseuse dans la région de l'aine; une deuxième, ovalaire, avec flexion, abduction forcée et allongement du membre; une troisième, ischiatique, avec flexion prononcée, rotation forcée en dedans et raccourcissement peu considérable, aplatissement de la fesse. Le cas actuel, dit M. Maisonneuve, n'appartient pas aux deux premières variétés, dont le caractère saillant est la rotation du pied en dehors et l'abduction. Jusqu'ici nous avons le pied dévié en dedans et la caisse dans l'abduction. Ce n'est point non plus une luxation ischiatique, car, au lieu d'un aplatissement de la fesse, nous constatons une tuméfaction considérable; reste donc la luxation iliaque externe. Or, si nous récapitulons tous les signes que nous avons constatés, nous trouvons que tous appartiennent à la luxation iliaque externe, même la crépitation qui en avait imposé à d'habiles praticiens et leur avait fait croire à une fracture. En effet, la crépitation est un phénomène qui peut aussi bien résulter du frottement de deux surfaces articulaires déplacées comme dans les luxations que du frottement des surfaces irrégulières d'une fracture. Seulement, dans le premier cas, la crépitation a quelque chose de plus sourd, de moins aigu que dans les fractures; mais ces nuances sont d'une appréciation très délicate.

Après avoir ainsi discuté et établi l'existence de la luxation iliaque externe, M. Maisonneuve saisit le membre luxé en plaçant sa main gauche sous le jarret, tandis que de sa main droite il embrasse le bas de la jambe; puis seul, sans aide, il lui imprime un mouvement de flexion, d'abduction, de rotation en dehors et d'extension, en disant à son auditoire: Voici comme on réduit ces luxations. En effet, il n'avait pas prononcé ces paroles que la luxation était réduite. Ce fut une véritable prestidigitation. Quand on songe aux difficultés sans nombre que présentait jadis la réduction des luxations coxo-fémorales, on ne peut retenir son enthousiasme pour cet agent admirable qui permet à des mains habiles de produire de semblables prodiges.

Dès le surlendemain dimanche, le jeune malade a pu retourner à pied chez son père.

CLINIQUE CIVILE.

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE.

Névralgie intercostale traitée sans succès par les saignées locales, le fer et les vésicatoires. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences et inséré dans la *Gazette médicale de Paris* d'avril et mai 1850 sous ce titre: *Des douches froides et de la sudation appliquées au traitement des névralgies et des rhumatismes musculaires,* M. Fleury a établi et prouvé par des observations fort intéressantes que dans le traitement des névralgies aiguës récentes la médication hydrothérapique, employée à titre d'agent révulsif, a une efficacité plus sûre et plus prompte que celle des divers moyens habituellement mis en usage en pareille circonstance. Voici à l'appui de cette assertion un nouveau fait sur lequel nous appelons l'attention des praticiens.

Mme S..., artiste dramatique, âgée de dix-huit ans, d'une constitution frêle, chlorotique, anémique, très débile, ressentit, il y a trois mois, au côté droit de la poitrine un point douloureux auquel elle ne prêta que peu d'attention, parce que la douleur était peu intense et qu'elle ne se faisait sentir que par intervalles sous l'influence de certains mouvements du torse et d'une pression énergique. Peu à peu, cependant, elle devint continue, plus vive, lancinante par moments et, en résumé, fort incommode. Les cataplasmes, diverses frictions huileuses et narcotiques étant restés sans effet, un médecin fut appelé; il reconnut une névralgie intercostale et proposa une émission de sang.

L'état général de la malade ne permettait pas de provoquer un écoulement sanguin considérable; huit sangsues seulement furent appliquées *loco dolenti.* Cette saignée locale ne modifia en rien la douleur, et n'eut d'autre résultat que d'augmenter la faiblesse, la décoloration, les palpitations, la gastralgie et tous les autres accidents liés à la chloro-anémie.

Les ferrugineux étaient indiqués; il furent administrés

Durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital.

Hommes.	48 jours.
Femmes.	64 —
Enfants.	70 —
Aliénés.	71 en passage, 260 en traitement.

Prix moyen de la journée.

	HOPITAL.	HOSPICE.	ALIÉNÉS.
Hommes.	1,09	0,97	1,06
Femmes.	1,04	0,86	1,03
Enfants.	1,87	0,73	1,99

Mortalité moyenne.

	HOPITAL.	HOSPICE.	ALIÉNÉS.
Hommes. . . .	1 sur 15	1 sur 12	1 sur 12
Femmes. . . .	1 sur 12	1 sur 9	1 sur 9
Enfants. . . .	1 sur 16	1 sur 18	1 sur 27

La durée moyenne du séjour dans les hôpitaux est fort longue. Cela tient à ce que dans les établissements de médiocre importance placés dans les communes rurales les malades restent cinq et six mois à l'hôpital, parce qu'il n'y a pas nécessité de les renvoyer pour faire place à d'autres malades. Ce fait semble indiquer qu'il n'est pas aussi urgent que le pensent quelques personnes de créer des hôpitaux dans nos campagnes.

Dans les hôpitaux urbains, le séjour est beaucoup plus court. Je vais vous faire connaître, monsieur le ministre, quelle en est la durée dans les principales villes.

	HOMMES.	FEMMES.	ENFANTS.
Amiens,	11 jours.	17 jours.	6 jours.
Bordeaux,	13	17	52
Reims,	14	19	16
Marseille,	20	32	24
Saint-Etienne,	21	21	21
Besançon,	22	31	12
Paris,	24	25	21
Rennes,	24	32	»
Rouen,	25	28	31
Lyon,	26	28	25
Nîmes,	26	26	»
Toulouse,	28	35	20
Nantes,	26	38	14
Strasbourg,	40	48	34
Lille,	92	72	12

Les prix de journée doivent nécessairement varier suivant les localités; ils sont, en général, plus élevés dans les petits établissements, situés presque toujours dans des villes de quatrième ordre et même dans les campagnes, que dans les grands hôpitaux ou hospices placés au centre des grandes villes.

Les départements dans lesquels les prix de journée sont les plus élevés sont:

POUR L'HÔPITAL.

Gers.	2 fr. 13 c.
Eure-et-Loir.	2 04
Seine (1).	2 01
Alpes (Basses-).	1 fr. 82 c.
Aisne.	1 80

POUR L'HOSPICE.

Côte-d'Or.	1 fr. 52 c.
Yonne.	1 51
Pyrénées-Orientales. . . .	1 49
Alpes (Hautes-)	1 45
Rhône.	1 45

Les départements, au contraire, dans lesquels ces prix sont les plus bas sont:

POUR L'HÔPITAL.

Corrèze.	» fr. 44 c.
Tarn.	» 50
Aude.	» 55
Finistère.	» 64
Pyrénées (Basses-).	» 65

POUR L'HOSPICE.

Corrèze.	» fr. 44 c.
Finistère.	» 46
Tarn.	» 49
Aude.	» 51
Pyrénées (Basses-).	» 58

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Autrefois, en 1788, d'après Chamoussel, les frais de séjour d'un malade était:

A l'Hôtel-Dieu, de 50 livres; aujourd'hui ils sont de 47 francs 50 cent. (25 jours à 1 fr. 91 c.)

A la Charité, de 29 livres; aujourd'hui ils sont de 42 francs 90 cent. (22 jours à 1 fr. 95 c.)

sans plus de succès, et l'on se décida alors à appliquer sur la poitrine deux larges vésicatoires volants qui produisirent un douleur fort vive, une grande irritation nerveuse, sans exercer aucune action favorable sur la névralgie.

Au bout de quinze jours, la maladie ayant fait d'incessants progrès, Mme S... se décide à avoir recours à l'hydrothérapie, et elle vient à Bellevue, où l'on constate l'état suivant : La névralgie embrasse les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e espaces intercostaux du côté droit, qui sont occupés par une douleur continue, contusive et par des élancements très vifs et très fréquents. Les douleurs sont violemment exaspérées par le moindre mouvement du tronc, du bras correspondant et même du membre inférieur, de telle sorte que la marche est difficile, roide, lente, presque claudicante; le contact des vêtements, la pression du corset sont insupportables ; la malade se tient inclinée en avant et sur le côté droit sans oser se redresser; pendant la nuit les souffrances deviennent plus aiguës et plus incommodes encore ; le décubitus horizontal ne peut être gardé ; Mme S... accumule les traversins, les oreillers, les coussins afin de conserver dans le lit la position assise, et parfois elle est obligée de placer derrière elle une chaise renversée ; le sommeil est à peu près nul.

A l'examen de la poitrine, on trouve que la plus légère pression des doigts au niveau des espaces intercostaux envahis provoque une douleur intolérable qui devient plus vive encore lorsque la pression a lieu sur les points sternaux et latéraux, tandis que les points vertébraux sont à peu près indolents.

Nous ne parlons point des phénomènes qui se rattachent à la chloro-anémie, et qui sont extrêmement prononcés (décoloration de la peau et des muqueuses, palpitations, éclat métallique des bruits du cœur, bruit de souffle dans les vaisseaux du cou, gastralgie, etc.).

Le traitement hydrothérapique est commencé le 20 août à quatre heures du soir. La malade reçoit une douche en pluie générale et une douche mobile en jet plus ou moins intense, suivant qu'elle est dirigée sur la partie douloureuse ou sur les autres points du corps.

Le 21 août, bien que la douche, comme dans toute première séance, ait été incomplète, irrégulière, elle n'en a pas moins produit une amélioration remarquable; les douleurs ont été moins vives dans la soirée et pendant la nuit; la malade a goûté quelques heures d'un sommeil tranquille. —Deux douches, à neuf heures du matin et à quatre heures du soir.

Le 22, le corps est redressé, la marche naturelle, les mouvements du tronc et des membres, le contact des vêtements ne provoquent plus de douleurs ; la nuit a été bonne. A neuf heures du matin, sudation en étuve sèche suivie de douche ; à quatre heures du soir douche.

Le 23, toutes les douleurs spontanées ont disparu ; la liberté des mouvements est complète, le corset est parfaitement supporté, le décubitus horizontal a été gardé pendant toute la nuit sans que le sommeil ait été interrompu par le moindre élancement ; la pression des doigts ne provoque une légère douleur que si elle est énergiquement exercée au niveau des points sternaux. — Même traitement.

Le 24, il ne reste plus de traces d'une névralgie intercostale qui avait trois mois d'existence, qui présentait une intensité très grande et qui avait résisté aux émissions du sang, aux ferrugineux et aux vésicatoires volants. Trois jours de traitement hydrothérapique ont suffi pour amener la guérison; mais les bienfaits de la médication par l'eau froide ne s'arrêteront pas là. Mme S... éprouve déjà une amélioration dans son état général ; l'appétit est plus vif, la digestion plus facile, le teint plus coloré ; les lassitudes spontanées, la faiblesse musculaire ont diminué, et la malade veut continuer le traitement pour combattre la chloro-anémie, qui ne tardera pas à disparaître en suivant la marche qui a été indiquée par M. Fleury dans l'un de ses derniers mémoires hydrologiques (1).

(1) De l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie. In Arch. génér. de Méd., janvier et février 1851.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 août 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de trois lettres ministérielles transmettant :

1° Un rapport de M. Avizard, de Coulommiers, sur une épidémie de fièvre typhoïde (commission des épidémies) ;

2° Une note de M. Barnit sur le tannate de zinc (commission des remèdes secrets et nouveaux);

3° Un échantillon d'une eau minérale située à Coularou, accompagné d'une note de M. Pons, médecin au Vigan.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Choléra.

M. Plouviez, de Lille, annonce que quelques cas non équivoques de choléra, précédés d'un grand nombre de cas de cholérine, se sont manifestés dans cette ville.

Asphyxie des nouveau-nés.

M. Martin, de Sourdeval-sur-Barre (Manche), adresse à l'Académie une observation sur un nouveau procédé pour prévenir l'asphyxie chez le fœtus quand celui-ci est sorti par les extrémités et que la tête reste encore dans le vagin. Ce procédé consiste à introduire, dans cette position, une sonde d'homme dans la bouche de l'enfant.

RAPPORTS.

Sangsues artificielles.

La discussion est ouverte sur le rapport de M. Poiseuille, relatif aux sangsues.

Après deux allocutions de MM. Larrey et Bégin et quelques remarques de MM. Bouvier, Robert, Gibert et Roux, l'Académie adopte la conclusion suivante :

Les sangsues artificielles de MM. Knusmann, perfectionnement d'instruments déjà connus, peuvent, dans certains cas, remplacer les sangsues naturelles.

Tubercule du testicule.

La discussion sur le tubercule du testicule est reprise. M. Laugier lit une réfutation remarquable du travail de M. Malgaigne; celui-ci, à son tour, monte à la tribune, qu'il occupe encore pendant une heure. Nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro l'analyse de ces allocutions, leur étendue ne nous permettant pas de les reproduire entièrement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 août 1851. — Présidence de M. Rayer.

M. Renault, d'Alfort, communique le résultat de quelques expériences sur la valeur de la racine du *cucumis abyssinica*, de la famille des cucurbitacées, comme moyen curatif de la rage.

M. Renault a fait cinq expériences sur des chiens enragés, dont quatre présentaient les symptômes de la rage furieuse confirmée, et le cinquième était affecté de la rage mue, c'est-à-dire de la variété de cette affection caractérisée par tous les symptômes de la rage furieuse, moins la violence et la fréquence des envies de mordre, qui n'existe que faiblement au début de la maladie. La racine sèche du *cucumis abyssinica*, administrée à la dose et suivant la méthode prescrite, par M. Rochet d'Héricourt à ces cinq animaux, n'a ni arrêté, ni modifié sensiblement la marche de la maladie, et les cinq animaux sont morts.

Cependant M. Renault se propose de répéter encore ces essais lorsque les occasions s'en présenteront.

Mécanisme et traitement de l'asphyxie par submersion.

M. Plouviez, de Lille, communique quelques réflexions sur l'asphyxie par submersion.

Suivant l'auteur, si l'asphyxie par submersion est infiniment plus grave que toutes les autres asphyxies, s'il est plus difficile d'y remédier, cela tient, indépendamment des causes plus nombreuses de refroidissement, à l'introduction constante de l'eau dans les dernières bronches.

Voici en peu de mots, suivant M. Plouviez, ce qu'il convient de faire en présence d'un noyé :

Toujours mettre le noyé à l'abri du froid; et après l'avoir placé dans les conditions convenables pour faire sortir l'eau contenue dans la bouche, les fosses nasales et l'arrière-gorge, recourir à l'emploi des insufflations en même temps que des pressions alternatives de la poitrine et du bas-ventre; les suspendre tous deux pendant les inspirations, pour les reprendre aussitôt après. M. Plouviez proscrit pour cet usage la canule trachéale, et s'en tient à introduire le tuyau du soufflet dans une narine, laissant l'autre libre, ou entre les arcades dentaires.

En second lieu, favoriser l'absorption de l'eau des vésicules bronchiques. L'auteur pense que les saignées, désemplissant le système veineux, toujours engorgé dans les asphyxies, peuvent remplir cette indication. Enfin, recourir au calorique sous toutes ses formes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 juillet 1851. — Présidence de M. Lucien Boyer, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La correspondance comprend :

Un numéro des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis* (juin) ; M. Serrurier, rapporteur;

Plusieurs numéros du journal de la *Reunio periodico de la Academia Espanic*. M. Masson, rapporteur.

— M. Duhamel entretient la Société de deux cas d'abcès gangréno-phlegmoneux qu'il a observés et dont voici l'histoire succincte.

Premier cas. — Un homme d'une cinquantaine d'années, constitution détériorée, ayant subi il y a quelques années la ligature de l'artère iliaque externe, opération qui lui occasionna des accidents de gangrène, me fit appeler pour une sorte de fluxion qui s'était manifestée. Je le visitai un vendredi matin (je précise le jour) et lui trouvai en effet un gonflement inflammatoire dans la région de la mâchoire inférieure. Cet homme avait éprouvé déjà quelques accès de fièvre intermittente pendant la nuit. Bien que je ne pusse rattacher cette fièvre qu'à la fluxion, qui elle-même pouvait s'expliquer par la présence de mauvaises dents, je prescrivis du sulfate de quinine et l'application de cataplasmes. Le lendemain, je trouvai la fièvre diminuée, mais le gonflement avait fait des progrès, il s'était étendu vers la partie supérieure de la joue; il n'y avait aucun trouble du côté des fonctions cérébrales, et l'état du malade n'offrait rien d'inquiétant. En conséquence, je crus pouvoir remettre ma prochaine visite au surlendemain. Mais le lundi matin, loin de trouver de l'amélioration, je constatai une extension encore plus marquée de la tumeur, que j'avais prise d'abord pour une simple fluxion; je constatai, de plus, de la fluctuation dans la région temporale, et, à mon grand étonnement, un bruit de crépitation. Je fis appeler en consultation M. Malgaigne (c'est le chirurgien qui lui avait fait la ligature d'artère dont j'ai parlé en commençant). Nous vîmes le malade ensemble le lendemain, mardi, à onze heures du matin, et nous trouvâmes une fluctuation des plus prononcées. Une incision fut faite, des contre-ouvertures furent pratiquées au-dessous de l'arcade zygomatique, et il s'écoula une petite quantité de pus fétide mêlé de gaz. Je fus rappelé en toute hâte une heure après; il y avait eu peu d'hémorrhagie; le malade était affaissé, et il succomba à trois heures sans offrir de délire.

Deuxième fait. — J'ai été témoin, il y a huit ans, d'un cas à peu près semblable, quoiqu'il fût moins rapide dans sa marche. Il s'agissait encore d'un homme d'une constitution assez mauvaise qui eut une espèce d'érysipèle à la joue, suivi d'un abcès. Un de nos médecins les plus répandus fut appelé en consultation; il ne constata pas autre chose qu'un abcès formé dans l'épaisseur de la paroi buccale, abcès qu'il fallait ouvrir tout simplement dans l'intérieur de la bouche. Or le lendemain de cette petite opération, le malade mourut après trois à quatre heures de subdelirium.

Ces deux cas m'ont frappé, ajoute M. Duhamel, et je me suis demandé s'il fallait attribuer la mort à la malignité de la cause, au caractère septique de celle-ci, ou plutôt à une résorption purulente.

M. L. Boyer. Notre confrère ne nous a pas dit qu'il existât un état général primitif ni une altération à la peau. Or il s'agissait de phlegmons gangréneux développés spontanément dans l'épaisseur des tissus, et ces cas sont aussi intéressants que rares. Mais dans le premier fait surtout, les mauvaises dents ont pu à la rigueur devenir le point de départ de ces désordres.

M. Masson. J'ai des exemples de ces gangrènes spontanées. Un homme d'une bonne constitution, sans altération aucune du côté du cœur, présente une tache noirâtre à la cuisse. M. Thévenot (de Saint-Blaise) est appelé en consultation ; nous portons un pronostic grave, et en effet la mort arrive le lendemain. Une femme adonnée à l'ivrognerie, à l'usage abusif de l'eau-de-vie, est prise de subdelirium et de gangrène à la jambe, et elle meurt. Un enfant est pris, à la suite de piqûres de sangsues, d'une inflammation gangréneuse qui s'étend à toute la face et le fait périr.

M. Boyer. Dans les cas que rappelle M. Masson, la gangrène a débuté par la peau ; mais le point intéressant, la difficulté réside dans le commencement, le début de la maladie, dans la profondeur des tissus, et M. Duhamel insiste sur ce fait, que chez son premier malade il n'y avait rien à la peau.

M. Duperthuis. Généralement les abcès du côté des parotides ont une marche insidieuse. L'inflammation, au lieu d'être franche, est œdémateuse; il y a de l'empâtement plutôt que du phlegmon; puis la fluctuation est diffuse, l'abcès mal circonscrit, et toujours le pus est fétide. J'ai vu chez un homme, cordonnier de son état, un abcès gangréneux à la région parotidienne et maxillaire, dont les désordres successifs firent attendre six semaines la cicatrisation.

M. Boyer. Les abcès érysipélateux sont communs. Je pourrais en citer plusieurs exemples, entre autres celui d'une demoiselle de vingt ans qui fut prise d'un érysipèle accompagné de plaques gangréneuses, lesquelles nécessitèrent des incisions et débridements et causèrent la mort.

M. Perthus. Les maladies dont la cause est inconnue et qu'on ne sait à quoi attribuer sont pour moi dues à l'influence longtemps prolongée des affections morales tristes. J'ai vu dernièrement un anthrax que je n'ai pu rattacher qu'à ce genre de causes.

M. Duhamel répond à M. Perthus que les malades dont il a parlé avaient bien une prédisposition à la gangrène, puisqu'ils ont eu un phlegmon gangréneux, mais que ni l'un ni l'autre n'étaient sous l'empire de passions tristes.

M. Caron cite, de son côté, trois exemples d'abcès spontanés à la face survenus chez des personnes placées dans les conditions morales les plus favorables.

M. Duperthuis raconte le fait d'un abcès gangréneux du testicule. Un général de l'empire, dit-il, me fit appeler pour un gonflement considérable mais presque insensible du testicule gauche. Je lui conseillai de porter un suspensoir. Cette espèce de sarcocèle se compliqua d'hydrocèle. Plus tard se manifesta un écoulement par l'urètre, qui devint l'occasion de douleurs très vives dans le testicule gonflé. Trente sangsues furent appliquées sur l'anneau inguinal, et 30 le lendemain. Il semblait que cela allait bien ; mais le surlendemain il se manifesta de la fluctuation dans le testicule. Une incision fut faite, qui donna issue à une grande quantité de pus blanc, floconneux et séreux, d'une odeur très gangréneuse. La suppuration devenait intarissable; et comme des lambeaux de tissu mortifié se détachaient chaque jour et diminuaient de plus en plus le volume du testicule, je finis par enlever cet organe. Le malade a bien guéri de cette opération, mais l'écoulement urétral persiste encore.

— M. Bossu. L'ordre du jour étant épuisé, je dirai que j'ai été témoin de phénomènes nerveux périodiques avec intermittence de huit jours bien marquée. Une petite fille de cinq ans est prise de mouvements convulsifs avec perte de connaissance, un dimanche, vers trois heures du soir. L'accès est de courte durée : il avait disparu lorsque j'arrivai. La semaine se passa bien; mais le dimanche suivant mêmes accidents à la même heure. Etant absent, je n'en fus pas encore témoin. Je prescrivis des bains et un peu de belladone en poudre. Le dimanche suivant, encore même attaque. Cette fois, l'intermittence de cette affection me frappa, et le sulfate de quinine en fit justice.

La sœur de cette petite fille, âgée de trois ans, fut prise de phénomènes analogues que je laissai se reproduire deux fois, pour savoir s'ils se montreraient aussi intermittents. Je n'attendis pas le troisième accès pour administrer l'antipériodique. Depuis (il y a six mois), ces deux petites filles n'ont rien éprouvé de semblable.

Le vice-secrétaire, A. Bossu.

QUELQUES MOTS ENCORE

SUR LE MÉCANISME DE LA VISION.

Par M. Serres, d'Uzès, médecin à Alais (Gard).

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 21 août.)

B. Quant à la deuxième partie de l'explication, elle était rigoureusement inutile, si la proposition générale avait été vraie pour toutes les situations d'un objet par rapport au miroir concave. M. Dezautière l'a jugée indispensable comme complément de la première; suivons-le donc jusqu'au bout.

Ici c'est un autre système lié au premier par la supposition du miroir réflecteur rétinien. Les rayons n'arrivent plus à la partie la plus profonde de l'œil. L'action réfringente de la cornée, de l'humeur aqueuse et du cristallin suffit pour les faire converger de façon à produire une image à peu près vers le centre de l'organe, à peu de distance du cristallin. Cette image renversée envoie ses rayons sur toute la surface de la rétine (miroir concave), qui, en changeant leur direction, les réfléchit entre elle et le foyer principal. Voilà bien une deuxième image à côté de la première, dont elle diffère par sa position redressée et une diminution très notable dans son intensité lumineuse, comme toute lumière réfléchie. Mais que devient-elle au milieu du corps vitré, inerte de sa nature, ainsi que le demande avec juste raison le savant professeur M. Gavarret? Quel est le corps sensible, la fibre nerveuse touchée par cette image qui se chargera de transmettre l'impression au cerveau? Sera-ce l'hyaloïde? La rétine lira-t-elle à distance? Et puis, pourquoi choisir de préférence la flamme droite à la flamme renversée qui lui fait concurrence? Est-ce parce qu'elle est moins éclatante? Où sont les motifs de ce choix?

L'esprit éprouve un sentiment pénible en présence d'une pareille confusion. Inutile de suivre plus longtemps l'auteur dans son argu-

mentation, uniquement pour défendre les lois immuables qui régissent la marche du rayon lumineux, nous nous bornerons à dire que, si l'œil du cadavre a perdu de sa vivacité et une partie de son eau, on peut bien lui rendre cette dernière en l'endosmosant, et cette endosmose peut être portée au point de distendre outre mesure ses enveloppes et lui donner une dureté plus grande que pendant la vie; qu'en conséquence la raison basée sur son affaissement est nulle. Il peut donc servir, en cet état, à reproduire l'expérience de M. Magendie, lorsqu'on veut voir l'image renversée arrêtée par la rétine, qui remplit alors non l'office d'un miroir, mais celui d'une surface dépolie dont la courbe a été merveilleusement calculée sur celle du foyer général de l'objet. Eh bien! cette image, vue derrière l'œil, n'existe pas dans le corps vitré; si telle était sa situation, l'écran formé par la rétine serait simplement éclairé par des anneaux diffus. Il suffit qu'on l'aperçoive pour décider son existence sur la rétine elle-même, ainsi que cela arrive pour l'écran placé au foyer d'une lentille : entre ce point et la lentille elle-même, il ne saurait se former d'image. *Placez une surface dépolie derrière le cristallin, dans le corps vitré, et vous n'apercevrez qu'un confus éclairage.* Du reste, la rétine n'est pas, comme on l'a supposé, un miroir réflecteur ordinaire; s'il en était ainsi, l'excès de lumière qu'il produirait dans la chambre postérieure amènerait l'éblouissement de l'albinos exposé à la lumière du soleil. D'ailleurs, la propriété réflective exclurait la propriété en vertu de laquelle elle peut sentir. L'œil rudimentaire est un point noir, et non un point poli et réfléchissant.

En résumé, si M. Dezautière veut bien se donner la peine de faire ou refaire les diverses expériences dont il parle, et que nous avons reproduites nous-mêmes pas un excès de scrupule scientifique, nous lui promettons pour résultat final la vérité qu'il avait retournée. Nous en disons autant pour toutes les élucubrations de son travail, en en exceptant cependant celles qui tendent à regarder la vision comme une opération physiologique; là nous le croyons fondé, et sur ce point nous sommes d'accord avec lui.

Les trois dernières théories que nous venons d'examiner doivent être regardées comme de véritables utopies jugées et condamnées par l'expérience, la physique élémentaire et le calcul mathématique. La science ne s'émeut pas le moins du monde de ces rêves honnêtes enfantés par l'ardent besoin de connaître. Avant de leur faire accueil, elle demande à leurs auteurs un compte exact, avec tout l'appareil qui doit accompagner une vérité avérée; et lorsque cette prétendue vérité renverse toutes les lois connues dans l'espèce, elle peut, de prime abord, l'assimiler à la solution de la quadrature du cercle, à la découverte du mouvement perpétuel.

En dépit des arguments et des démonstrations des médecins qui torturent ainsi l'optique, nous sommes donc toujours de ceux qui s'obstinent à penser, avec tous les physiciens, que les images des objets extérieurs vont se peindre renversés sur la rétine. C'est là un fait que les expériences et les travaux de Képler et de Magendie, répétés par tant d'autres habiles observateurs, mettent hors de doute.

Pourquoi maintenant voyons-nous droits des objets qui se peignent renversés sur la rétine? Telle est la question que nous allons reprendre un moment. Nous avons brièvement examiné plus haut les idées de Buffon, de Bartels, de Müller, de Wolkmann et de M. Gensoul à ce sujet. Sans vouloir continuer à discuter ici le mérite de chacune de ces diverses explications, qu'on nous permette d'exposer à notre tour celles que nos recherches sur les anneaux lumineux de la rétine nous porteraient à adopter.

Elle a pour base un fait d'observation mille fois constaté, longtemps médité, et sur lequel nous appellerons d'abord l'attention de nos lecteurs. Si, à travers les paupières fermées et la sclérotique, l'on comprime méthodiquement la rétine à l'aide d'un corps de petite dimension, à surface plane, de forme déterminée, triangulaire, par exemple, et tenu de façon que la pointe en soit tournée en haut et la base en bas, le cerveau percevra une image lumineuse, à contours peu arrêtés, il est vrai, mais manifestement triangulaire, et dont la pointe sera tournée en bas et la base en haut; si l'on comprime à l'aide du doigt, le même phénomène se produit, mais sous une apparence un peu différente et inhérente à la forme et aux dimensions du corps compresseur, ainsi qu'à la disposition anatomique de la rétine et de l'orbite.

En effet, le doigt ne pénétrant nulle part assez avant dans la rainure orbitaire pour porter entièrement sur la rétine ou du moins sur sa partie sensible, la circonférence de la pression circulaire qu'il exerce vient toujours s'achever soit en deçà du bord terminal de la membrane nerveuse, soit sur des points de sa surface à peu près dépourvus de sensibilité à raison de leur extrême excentricité. Le cercle de compression est donc inachevé et inachevé ou incomplet en avant, c'est-à-dire du côté de la cornée, là où le doigt porte pour ainsi dire à faux. Cependant l'anneau lumineux perçu par l'intellect offre sa portion manquante ou sa coche en arrière vers le fond de l'orbite. L'image de la compression digitale est donc véritablement renversée, comme celle du corps compresseur triangulaire que nous avions employé tout à l'heure.

Ce double fait, qu'on peut varier à l'infini avec le même résultat, nous paraît suffisant pour établir que la rétine a la propriété de transmettre *retournées* au cerveau les images tactiles qu'elle reçoit. Or, comme l'empreinte du corps compresseur est exactement assimilable à l'image déjà renversée des objets extérieurs, il s'ensuit rigoureusement que la rétine, qui transmet *renversées* au sensorium les impressions tactiles *droites*, doit lui transmettre *redressées* les images qu'elle reçoit *renversées* des rayons lumineux extérieurs.

Il n'y a donc rien de mental dans l'acte mystérieux qui redresse l'image renversée des objets peints sur la rétine, et nous sommes heureux que cette conclusion vienne si bien à l'appui de l'opinion d'un célèbre psycho-physiologiste dont la vie a été plus particulièrement consacrée à l'étude différentielle de l'esprit et de la matière, des phénomènes intellectuels et des phénomènes physiologiques. M. le professeur Lordat, que nous avons eu l'honneur d'entretenir naguère, enseignait que cette partie élémentaire de la vision ne saurait être convenablement expliquée par un travail de l'intelligence quel qu'il soit, bien avant qu'il eût reçu de nous communication d'un fait qui en est, selon lui, la preuve matérielle.

Avant d'aller plus loin dans l'explication du mécanisme de la vision, nous avons dû bien établir la nature du phénomène observé, et, s'il n'y a rien de mental en lui-même, séparer nettement ce qui pourrait cependant en porter une empreinte certaine; la propriété dont la rétine est douée de retourner ses impressions tactiles reste toujours la même; si elles ont une forme particulière qui puisse permettre la reconnaissance d'un changement opéré dans leur transformation en sensations, on remarque constamment un changement complet dans la position de l'image perçue : ce changement est fatal, nécessaire, invariable, par conséquent mécanique et physiologique. Mais le travail de l'esprit a laissé des traces évidentes de son intervention dans l'appréciation du lieu et de la distance à la rétine où l'image se trouve; il en a été de même pour l'appréciation de sa grandeur. Que de résultats divers et contradictoires dans ces jugements portés! Les uns aperçoivent cette image à peu de distance du doigt; les autres, et c'est le plus grand nombre, la rapportent au côté diamétralement opposé; enfin quelques observateurs, trompés par ces sensations variables, ont poussé leurs illusions à ce point qu'ils ont attribué à l'œil gauche l'image temporale de l'œil droit. Quant à la grandeur de l'anneau, comparée à nos monnaies décimales, le même corps compresseur a donné lieu à des variations telles que successivement on l'a vu de la dimension d'une pièce de 25 centimes, de 50 centimes, d'un franc et d'une pièce de cent sous.

A quoi tient maintenant cette propriété de la rétine? En répondant à cette question, nous n'avons pas la prétention de la résoudre, mais de poser un jalon bien digne de fixer l'attention des hommes éminents qui s'occupent plus spécialement d'anatomie microscopique, car elle seule pourra soulever le coin du rideau qui couvre cette troisième partie de la mécanique de la vue, les deux premières consistant, l'une, dans l'image renversée par les milieux, l'autre, dans la propriété nouvellement reconnue à la rétine de retourner toutes ses impressions, quelle qu'en soit la nature tactile ou lumineuse.

Nous pensons que cette propriété est inhérente à la constitution intime de la rétine, et voici comment on pourrait s'en rendre compte :

La rétine est, comme on l'a dit, une pulpe nerveuse, une véritable expansion du nerf optique, un prolongement du cerveau lui-même. Supposons-la composée d'une infinité de papilles nerveuses formées chacune par l'extrémité de deux filets nerveux élémentaires remontant jusqu'à l'encéphale. Rien n'empêche de concevoir ces deux filets réunis en un seul cordon disposés et croisés de telle sorte que celui qui occupe la partie inférieure de la papille croise son congénère et vienne correspondre à la partie supérieure du nerf à son arrivée aux lobes optiques.

Ainsi A B, par exemple, est une de ces papilles; cette papille est l'extrémité, la section de deux filets nerveux A D et B C disposés de façon que B C, dont l'extrémité rétinienne B est située en bas, correspond en haut par son extrémité cérébrale C; tandis que A D, dont l'extrémité rétinienne A est en haut, a son extrémité cérébrale située en bas du cordon. De cette manière le point B senti en bas par la rétine sera perçu en haut par le cerveau; le point A senti en haut par la rétine sera vu en haut par le cerveau. La rétine redresserait ainsi elle-même l'image de l'objet en transmettant aux lobes une impression directement inverse de celle qu'elle reçoit; or, si cette impression est reçue renversée par la membrane, celle-ci la retourne en la transmettant au cerveau.

Qu'on suppose quatre filets nerveux au lieu de deux pour former le faisceau dont nous avons parlé; l'un d'eux sera supérieur, l'autre inférieur, le troisième interne et le quatrième externe à leur terminaison oculaire; arrivés au cerveau, le supérieur deviendra inférieur, l'interne externe, etc., et il en résultera nécessairement que ce qui sera senti en haut par la rétine sera vu en bas par le cerveau, pendant que ce qui sera senti en dedans par la rétine sera vu en dehors par le cerveau et réciproquement encore. Que si, enfin, l'on vient à supposer par la pensée les faisceaux ou cordons composés d'autant de filets entre-croisés qu'il y a de points intermédiaires aux quatre points cardinaux dont nous avons parlé, de l'entre-croisement de ces myriades de filets, de cette infinité de petits *chiasmas* résulterait un réseau d'une admirable régularité là où nos moyens actuels d'investigation ne nous permettent d'apercevoir que confusion.

Cette hypothèse suppose naturellement à la rétine une organisation analogue à celle du cerveau, dont cette membrane est la continuation, organisation basée sur le principe d'entre-croisement des fibres de la substance nerveuse et où se trouverait ainsi répétée jusqu'à l'infini cette merveilleuse disposition dont la nature a voulu nous offrir le type dans le *chiasma* des nerfs optiques.

Elle a l'avantage de rendre compte du redressement sans faire intervenir une opération mentale dans cette partie élémentaire de la vision, et tout en respectant la réalité du renversement sur la rétine non-seulement comme un fait matériel, mais même conséquence logique des lois de la dioptrique.

Ajoutons en terminant que la constatation du *retournement* des images tactiles par la rétine mérite, à notre avis, d'être prise en sérieuse considération par les physiologistes, les physiciens et les philosophes, car elle a pour conséquence rigoureuse d'annuler d'avance toutes les théories qui ne tiendraient pas compte de cette propriété et démontre l'inutilité de celles qui assigneraient un rôle quelconque à l'intellect dans l'accomplissement de cette partie de la fonction visuelle. Si nous attachons une grande importance à cette découverte, si nous sommes convaincu aujourd'hui qu'elle a fait faire un pas réel, incontestable, à la mécanique de la vision, nous ne donnons la théorie complémentaire de l'entre-croisement qu'avec une extrême réserve, voulant ainsi séparer bien nettement ce qui est expérimental et parfaitement évident de ce qui est essentiellement synthétique et a besoin d'être vérifié par d'ultérieures recherches microscopiques. Ces recherches devront être poussées jusque dans la trame des lobes si la rétine est reconnue ne pas avoir dans ses papilles l'organisation chiasmique dont nous avons parlé.

Conclusions. — 1° La rétine a la propriété de retourner ses impressions lumineuses renversées par les milieux réfringents, comme elle retourne ses impressions tactiles;

2° Il n'y a rien de mental dans le fait primitif et primordial du redressement des images, et en conséquence cette partie de la fonction s'exécute avec la même précision chez la brute, le crétin et l'homme le mieux doté en sagacité observatrice;

3° Ce fait doit s'accomplir en vertu d'un mécanisme très probable de filets nerveux entre-croisés soit dans les papilles de la rétine, soit à l'arrivée de ces mêmes filets dans les couches optiques.

Chronique et nouvelles.

Sur l'avis favorable de la commisssion des anciens militaires, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Bonnin, ancien chirurgien-major au 9e de ligne.

Gruel, ancien pharmacien des hôpitaux militaires.

— M. Morel-Lavallée est nommé chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés et Orphelins, à la place de M. Thévenot de Saint-Blaise, ancien chirurgien de S. M. Louis XVIII, qui vient d'être appelé au même titre près de M. le comte de Chambord.

— Sur la présentation de l'administration des hospices de Bourges, M. le docteur Guérin vient d'être nommé par M. le préfet chirurgien en chef desdits hospices en remplacement de M. le docteur Lebas, démissionnaire, qui emporte en se retirant le titre de chirurgien en chef honoraire. Cette distinction est une juste récompense du dévouement que l'habile chirurgien a toujours mis dans l'accomplissement de ses fonctions.

— Par une disposition testamentaire en date du 2 juin 1840, un artiste célèbre, M. Kalkbrenner, après avoir fait à son héritier naturel une part distincte dans sa succession, et prévoyant le cas où celui-ci mourrait sans enfant, a voulu que la portion de revenus dont il ne jouirait pas fût annuellement annulée et servît plus tard à la création d'un hospice pour les pauvres musiciens, lequel porterait le nom d'*Hospice Kalkbrenner*. Le conseil municipal de Paris vient d'autoriser l'administration de l'assistance publique à accepter ce legs, pour en faire emploi suivant la volonté du testateur.

(*La Patrie.*)

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Grenouillette. Opération par autoplastie.

Le 25 juin dernier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Côme, n° 14, le nommé Ferdinand T..., écuyer, âgé de seize ans.

Ce jeune homme entre dans le service pour une légère contusion des deux jambes qu'il s'est faite en tombant de cheval. Cette contusion se dissipe facilement en quelques jours par le repos au lit et des applications de compresses résolutives. Une fois guéri, il demande à M. Jobert à être débarrassé d'une tumeur qu'il porte dans la bouche, au-dessous de la langue. Voici ce que fait constater l'examen de la partie malade.

Au-dessous de la partie antérieure de la langue, et sur la ligne médiane, existe une tumeur globuleuse du volume d'une grosse noix, qui refoule en arrière la pointe de la langue, l'empêche de se rapprocher du plancher de la bouche et gêne les actes de la déglutition, de la prononciation. Cette tumeur est fluctuante, non transparente ; la muqueuse qui recouvre sa paroi antérieure est rouge, non adhérente au tissu sous-jacent. Sur la ligne médiane, on aperçoit le frein de la langue, et de chaque côté on voit l'orifice du canal de Warton. Celui du côté droit laisse échapper en nappe un liquide incolore, transparent. Par celui du côté gauche, le malade fait, à volonté, sortir un jet de salive.

Pour les antécédents, ce sujet raconte qu'à l'âge de treize ans il portait déjà cette tumeur ; qu'il entra à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Guersant, et que là il subit une opération dont il ne peut nous donner la moindre idée. Cette opération fit bien disparaître la tumeur, mais ne l'empêcha pas de se reproduire peu de temps après.

M. Jobert diagnostique une grenouillette médiane muqueuse, un kyste développé dans la bourse muqueuse de Fleichmann.

Le 4 juillet, il pratiqua l'opération par son procédé autoplastique.

Il commence par disséquer avec les ciseaux et le bistouri la membrane buccale sur la face antérieure de la tumeur, qu'il n'ouvre pas ; il en rèsèque une portion proportionnée au volume de la tumeur. Cela fait, il ouvre la tumeur d'un seul coup de ciseaux ; il en sort une grande quantité d'un liquide blanchâtre, de consistauce sirupeuse, assez analogue au sirop de sucre ordinaire.

Une fois la poche complétement vidée, M. Jobert met en contact les parties ravivées en renversant en debors les parois de la poche, qu'il fixe par huit points de suture entrecoupés, pratiqués au moyen d'aiguilles courbes montées sur des porte-aiguilles.

Le malade tiendra continuellement dans sa bouche de petits morceaux de glace.

Le lendemain 5 juillet, salivation assez abondante ; un peu de glossite, gêne dans la déglutition. — On prescrit une application de 30 sangsues sous la mâchoire.

Le 6, nouvelle application de 15 sangsues. Amélioration notable, qui se continue le lendemain.

Le 9, M. Jobert enlève les fils, à l'exception d'un seul qu'il n'aperçoit pas, et qui n'est retiré que le 13.

Depuis ce moment aucun accident ne se manifeste. La poche qui existait sous la langue s'efface chaque jour de plus en plus. Au moment où nous écrivons, il reste à peine quelqnes bourgeons charnus ; la guérison est parfaite.

— A l'occasion de ce malade, M. Jobert a présenté à son auditoire quelques considérations pratiques sur la grenouillette et son traitement, dont nous allons donner un rapide résumé.

On comprend généralement, dit-il, sous le nom de grenouillette toutes les tumeurs cystiformes qui se développent sur les côtés du frein de la langue et le long du conduit de Warton. On a tort ; cette confusion enlève au chirurgien tout moyen d'appliquer un traitement rationnel et toute chance d'obtenir une guérison rapide et complète.

Deux mots d'abord sur les opinions des anciens. Celse la considérait comme un abcès sous la langue. Aétius y voyait une dilatation variqueuse des veines sublinguales. Paracelse, un apostème des vaisseaux de la langue ; Fabrice d'Aquapendente et après lui Heister en faisaient une tumeur enkystée. Munniks pensait que la grenouillette était formée par une salive trop âcre, laquelle, ne pouvant sortir par les canaux salivaires inférieurs, s'arrête sous la langue près de son ligament, et y forme une tumeur. Louis, Desault et les chirurgiens de son école ont cru que c'était une tumeur salivaire due soit à la glande elle-même transformée en kyste, soit au canal de Warthon énormément dilaté. Boyer n'a décrit sous le nom de grenouillette que la tumeur formée par l'accumulation de la salive dans le canal de Warthon plus ou moins oblitéré, et a réuni sous ce titre tous les faits recueillis par les auteurs qui l'avaient précédé. Sous ce rapport, il est évident qu'il a été très incomplet, et qu'il a passé sous silence l'histoire d'un certain nombre de tumeurs sublinguales de nature différente.

L'observation journalière démontre que les tumeurs décrites habituellement sous le nom de grenouillettes peuvent tellement différer de nature, que dans certains cas les collections de salive avec dilatation et oblitération du canal de Warthon n'y jouent aucun rôle, tandis que dans d'autres cas ces deux éléments constituent toute la maladie. Pour éviter la confusion, nous pensons que l'on doit réserver le nom de grenouillette proprement dite ou grenouillette salivaire à la tumeur produite par l'arrêt de la salive, dont l'écoulement n'est plus libre, tandis que l'on désignera sous le nom de grenouillettes muqueuses les tumeurs qui, par leur siége et leurs principaux caractères extérieurs, simulent au premier abord une véritable grenouillette.

Nous avons à ce sujet établi une classification nouvelle des tumeurs connues sous le nom générique de grenouillette.

Je distingue en premier lieu la grenouillette salivaire, ou résultant de la dilatation du conduit de Warthon. Cette tumeur, déterminée par la dilatation du conduit de Warthon, a son siége sur les côtés de la langue, et s'avance vers le frein. Elle affecte dans les premiers temps la forme cylindroïde, forme qu'elle ne conserve que pendant un temps fort court, car elle prend ordinairement un développement rapide, en raison de la grande extensibilité des parois du conduit. Le développement de cette grenouillette n'est pas aussi rapide dans tous les cas. Lorsque la cause en est un rétrécissement du conduit, elle se produit avec une certaine lenteur, la salive pouvant pendant un certain temps continuer à s'écouler au dehors par le canal rétréci. Mais si l'occlusion du canal se fait d'une manière soudaine, la tumeur se forme avec beaucoup de rapidité, et alors on lui donne le nom de grenouillette salivaire aiguë. Elle soulève la langue, les côtés du frein, la muqueuse buccale, et s'avance vers la glande sous-maxillaire en la faisant saillir sur les côtés du cou et vers la courbure du muscle digastrique. Dans ce cas, les malades éprouvent des douleurs qui paraissent avoir pour point de départ la glande sous-maxillaire elle-même.

Le liquide que contient le canal de Warthon est formé par de la salive, du mucus, et quelquefois même des calculs sont le résultat de la maladie. Sans qu'il y ait sécheresse de la bouche, on remarque cependant que la quantité de salive n'est pas aussi considérable que lorsque les deux conduits sont sains. Il suffit, pour acquérir la certitude que le diagnostic est exact, de pratiquer le cathétérisme du conduit de Warthon, opération presque toujours des plus faciles.

Une deuxième espèce de grenouillette, à laquelle j'ai donné le nom de grenouillette muqueuse, est celle qui est formée par un kyste développé à la racine de la langue, sur les côtés et derrière le frein, dans la bourse muqueuse dite de Fleichmann. Cette espèce est la plus fréquente et aussi la plus profondément placée. Quelquefois elle se développe sur les côtés du frein, et, le plus ordinairement, la pression exercée par un pli muqueux lui donne une forme bilobée. Dans le plus grand nombre des cas, elle présente plus de saillie d'un côté que de l'autre. En raison de sa profondeur, la tumeur n'offre pas de transparence, à moins qu'elle ne soit très récente et fortement distendue. Lorsqu'elle est ancienne, ou lorsque plusieurs opérations ont été pratiquées sur elle, les parois en sont épaisses et la fluctuation tend à y devenir obscure à cause de l'épaississement des tissus, de l'union intime de la muqueuse à la tumeur, des dépôts de la lymphe et des indurations que l'on y rencontre. Il n'est pas excessivement rare de voir les parois de la poche devenir fibro-cartilagineuses si un grand nombre d'opérations ont été faites, ou si la tumeur a été le siége de plusieurs inflammations successives.

A son début, cette espèce de grenouillette tend à se développer vers la bouche ; ce n'est qu'à une période plus avancée de son évolution qu'elle tend à faire saillie sur les côtés et qu'elle envoie des prolongements sinueux. Alors la fluctuation peut être appréciée dans une grande étendue, et en pressant sur le cou la tumeur devient plus saillante en dedans. A une époque plus avancée encore, pressée d'une part par la langue, arrêtée par l'os maxillaire, la tumeur vient faire saillie à la partie antérieure et sur les côtés du cou ; le liquide qu'elle renferme déprime la paroi antérieure et postérieure du sac qui file entre les plans musculaires avant de venir faire saillie sous l'aponévrose cervicale et la peau. Jamais la tumeur ne fait une saillie directe sur la ligne médiane, à cause du plan musculaire épais qui s'y trouve et de l'obstacle qu'y opposent les muscles génio-hyoïdien, génioglosse et digastrique. Elle se déplace sur les côtés de ce plan musculaire, et tend à s'insinuer entre ces muscles et le milo-hyoïdien sous la glande sous-maxillaire. En se développant ainsi de chaque côté de la langue, et faisant saillie de chaque côté du cou, elle finit par donner naissance à une tumeur qui semble occuper toute la circonférence du cou, tandis qu'en général elle s'arrête sur la ligne médiane.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine pratique. Atlas de plessimétrie, contenant plus de 200 figures gravées sur bois ; par le professeur PIORRY.

Guide médical du baigneur à la mer.

Il y a un an à peine que le savant et infatigable professeur achevait le huitième et dernier volume de son grand ouvrage de pathologie, et voici qu'aujourd'hui il livre à la publicité un nouveau travail, complémentaire de tous ceux entrepris par lui jusqu'à ce jour, un atlas de plessimétrie résumant toutes les recherches de l'auteur sur ce procédé opératoire et sur le parti que l'on peut en tirer pour le diagnostic. Ce n'est donc pas un manuel de percussion que ce livre ; et bien trompé serait celui qui, sans connaître les doctrines et les travaux antérieurs de M. Piorry, croirait pouvoir apprendre dans l'atlas seul et dans le texte qui l'accompagne les règles de cette méthode que l'auteur a élevée au rang d'une véritable science.

Entre les mains de M. Piorry, tous ceux qui l'ont vu au lit des malades le savent, le plessimètre devient l'un des instruments les plus précieux dont puisse implorer le secours l'observateur le plus minutieux et le plus exigeant. On se ferait difficilement une idée, sans avoir assisté à ses exercices cliniques, des merveilleuses ressources qu'en tire le praticien dans les cas les plus difficiles comme dans les plus simples, et l'on aurait peine à s'imaginer que l'on fût capable, à l'aide de ce simple disque d'ivoire, d'apprécier les changements de forme, de volume, de consistance des organes situés dans les régions les plus profondes de l'économie.

Nous savons qu'il est des gens qui prétendent que M. Piorry fait abus du plessimètre et attache une beaucoup trop grande importance aux résultats que l'on peut en espérer. A ceci, nous répondrons que M. Piorry attend d'autant plus de son instrument qu'il le manie avec plus de talent et de sûreté, et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que peut-être il demande un peu trop pour qu'on lui accorde assez, conduite qui est un peu celle de tous les inventeurs. Nous disons des inventeurs ; ce mot a besoin d'une explication.

A Dieu ne plaise que nous enlevions à Avenbrugger la gloire de la découverte de la percussion. Avenbrugger et Corvisart ont ouvert la voie ; mais depuis plus de vingt ans leur méthode était restée stationnaire. M. Piorry, en modifiant la méthode et le procédé opératoire, en traçant des règles fixes pour son application, en démontrant tout le parti que l'on pourrait en tirer, a fait du plessimétrisme sa *chose*, et ce ne sera pas un de ses moindres titres scientifiques.

L'atlas que nous avons sous les yeux est le complément indispensable du grand Traité de médecine pratique. Il contient en 42 planches plus de 200 figures gravées sur bois avec le plus grand soin, et dont la disposition, originale autant que nouvelle, est des mieux imaginées pour frapper à la fois les yeux et l'intelligence presque sans le secours du texte. Outre le tracé géométrique des lignes suivant lesquelles on doit pratiquer la percussion dans les différentes régions, ces figures offrent la représentation de la silhouette des organes, et des teintes sombres plus ou moins foncées correspondant à l'intensité plus ou moins grande de la matité, depuis le son le plus clair jusqu'à l'obscurité la plus complète. Chacun des paragraphes du texte contient des chiffres de renvoi, à l'aide desquels on retrouve facilement dans le grand ouvrage les descriptions des lésions organopathiques qui sert à démontrer le plessimétrisme.

Nous ne terminerons pas ce compte-rendu sans signaler quelques pages sur des recherches relatives à la curabilité de la phthisie pulmonaire par les vapeurs d'iode ; de courtes réflexions sur la nécessité d'adopter la nomenclature organopathologique, et enfin un petit dictionnaire des termes employés dans l'atlas avec une table méthodique.

Nous savons que M. Piorry s'occupe de rédiger une table générale de son *Traité de Pathologie*, travail immense, aride, mais qui sera des plus utiles, disons mieux, absolument nécessaire à ceux qui possèdent les ouvrages du laborieux professeur. M. Piorry est un homme qui tient trop de compte des moindres conseils, pour que nous hésitions à l'engager à achever le plus promptement possible cette dernière tâche, si difficile. Quelques erreurs d'impression, impossibles à éviter dans les renvois d'un livre de cette étendue, font au professeur une obligation de cette table, qui rendra plus aisées les recherches que sont journellement forcés de faire ceux qui s'occupent sérieusement des progrès de la science.

Guide médical du baigneur à la mer, par le Dr Edouard AUBER.

On sait que nous n'aimons guère les livres de médecine écrits pour le public. Les livres de médecine destinés aux gens du monde font des demi-savants cent fois plus terribles pour le médecin et plus insupportables que ceux qui ont la conscience de leur ignorance. Quel est le médecin qui n'a bien souvent maudit les malencontreux auteurs d'ouvrages pour les gens du monde en se voyant assailli des questions les plus absurdes, en voyant chacune des prescriptions d'une ordonnance importante devenir l'objet des plus ridicules objections ou des plus monstrueux commentaires ? Pour toutes ces raisons, nous proscrivons ce genre de livres, et nous croyons que ceux-là sont tout au moins imprudents, pour ne pas dire davantage, qui les commettent. Il est cependant une espèce d'ouvrages ayant trait à la médecine que nous ne voulons pas complétement condamner, en tant qu'il s'agit de les mettre entre les mains du vulgaire. Nous voulons parler des livres d'hygiène, avec

Le plus souvent, la tumeur paraît des deux côtés du cou ; dans d'autres, elle est surtout prononcée d'un côté. Dans ce dernier cas, la tumeur descend très bas ; la fluctuation est aussi évidente au cou que dans la bouche, et l'on peut faire refluer le liquide d'un point à un autre. Le liquide que contient la tumeur est blanc, lié, quelquefois épaissi, souvent légèrement jaunâtre, plus ou moins filant et mêlé à une certaine quantité de sérosité. Quand le travail inflammatoire est produit, la tumeur contient du pus plus ou moins lié, floconneux, mêlé à du sang, ou du mucus mélangé à du pus, ou encore à des flocons albumineux.

La troisième espèce de grenouillette, qui est encore une grenouillette muqueuse, est celle à laquelle je donne le nom de grenouillette folliculaire. Elle est superficielle, presque toujours multiple, formée de plusieurs petites tumeurs placées les unes auprès des autres, comme une grappe, ou unique et bosselée. Cette tumeur est transparente. C'est toujours à la suite de l'oblitération d'un ou de plusieurs conduits de follicules muqueux qu'on la voit apparaître. Dans le principe, elle est arrondie, mais bientôt elle devient pédiculée. Sa transparence constante vient de ce qu'elle ne renferme que du mucus dans son intérieur. Elle se développe à la manière des tannes, des follicules de la peau, des athéromes et des mélicéris. Cette dernière espèce est toujours facile à distinguer de la grenouillette salivaire par sa position superficielle, sa forme, sa transparence.

A laquelle de ces trois espèces de grenouillette appartient la tumeur que présente le sujet dont nous venons de vous présenter l'observation ? Il s'agit ici, comme nous l'avons déjà dit au lit du malade, d'une tumeur développée comme l'hygroma, comme les hydropisies des bourses muqueuses dans d'autres parties du corps. Elle occupe la ligne médiane, est située derrière le frein de la langue et a son siége dans la bourse muqueuse de Fleichman. La cause de sa production paraît tout simplement résider dans l'action qui se passe dans l'intérieur de la poche lors de la sécrétion du liquide. Son mécanisme est le même que celui des hydropisies des autres bourses muqueuses ou des cavités séreuses, et il est évident que le travail d'irritation contribue pour la plus grande part à leur production. Il n'est guère possible en fait d'étiologie d'arriver à une connaissance plus complète de leur mode d'apparition. Dans la grenouillette de notre malade, les caractères tirés de la forme, de l'étendue, du siége se réunissent pour ne pas laisser le moindre doute sur sa nature.

Nous avons insisté dans la recherche des antécédents sur la marche qu'avait suivie la tumeur dans son développement. Nous avons fait voir qu'en se développant elle s'était avancée d'abord dans la partie qui offre le moins de résistance, dans la cavité buccale, qu'elle avait soulevé la langue et que bientôt elle a trouvé des limites dans son mode de progression, puisque d'un côté la langue a fini par opposer une résistance invincible et que d'autre part l'os maxillaire inférieur n'en a pas opposé une moindre. Si nous n'avions pas pris le parti de pratiquer l'opération, il est certain qu'elle aurait fini par prendre un développement beaucoup plus considérable ; mais, en raison des deux obstacles que nous venons d'indiquer, c'est vers le cou qu'elle se serait dirigée et que nous l'aurions vue plus tard apparaître, comme nous en avons été témoin dans plusieurs cas que nous avons rapportés.

Les méthodes opératoires employées jusqu'ici, l'incision, l'excision, la ponction, la cautérisation, etc., sont trop connues pour qu'il soit besoin d'y insister. Contentons-nous de faire remarquer la supériorité de notre méthode autoplastique en ce sens qu'elle crée une ouverture accidentelle qui devient permanente et ne peut se fermer, parce qu'un tégument la borde et l'entoure de toutes parts, disposition qui s'oppose à toute récidive.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

Parallèle de l'épanchement péritonéal et de l'hydrothorax aigu.

Il est entré ces jours derniers dans le service deux enfants qui présentent une forme d'hydropisie curieuse. L'un est affecté de péritonite, l'autre d'anasarque générale.

Le premier de ces malades jouissait, il y a quatre jours, de la santé la plus parfaite, lorsqu'il a été pris subitement d'une très légère douleur de ventre qui s'est accompagnée d'une augmentation de volume extrêmement rapide ; et lorsque ce petit malade nous a été apporté, il était facile de constater la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité péritonéale ; avec cela de la dyspnée, mais du reste peu de fièvre, et presque intégrité complète des fonctions digestives. Un peu d'œdème autour des malléoles, surtout du côté gauche. Il avait une péritonite.

Cette forme de péritonite n'est pas rare, et l'année dernière nous avons eu occasion d'en observer trois cas dans le service. Le caractère spécial de cette maladie est une douleur modérée du ventre, avec augmentation rapide de volume, augmentation due à une sécrétion exagérée de la séreuse péritonéale.

Si nous en venons à ces conclusions, ce n'est que par l'analogie que nous établissons entre la plèvre et le péritoine. Il existe une forme de pleurésie que nous avons appelée hydrothorax aiguë, voulant indiquer par là que, si la maladie avait les caractères de l'hydrothorax, elle avait aussi la marche et quelques symptômes de la pleurésie aiguë inflammatoire. Il arrive, en effet, que, par exemple, au milieu de la santé la plus parfaite, un enfant, ou même un adulte, est pris subitement d'une douleur de côté modérée, peu ou point de toux et sans fièvre ; bientôt il survient de l'oppression ; la toux est sèche et plus fréquente ; le sujet a de la difficulté à marcher ; puis, l'oppression augmentant toujours, il finit, lorsqu'il ne peut plus vaquer à ses affaires, par appeler le médecin ; mais ce n'est qu'au bout de quatre, six, huit jours, et alors on constate le plus souvent un épanchement énorme dans la plèvre, ordinairement à gauche, et dilatant fortement la poitrine. Cette forme de pleurésie est mortelle si on n'a pas recours à la paracentèse ; elle est mortelle par l'extension exagérée que subissent mécaniquement les parois thoraciques. Citons, en passant, un fait que nous avons eu occasion d'observer.

Une jeune nourrice de vingt-trois ans, d'une très belle apparence de santé, et n'ayant réellement jamais eu de maladie grave, était arrivée à son troisième mois d'allaitement, lorsqu'après une course très longue, dans laquelle elle avait porté son enfant et marché très vite, elle se déshabilla, et, quoique en sueur, se jetta presque nue sur son lit, où elle ne tarda pas à s'endormir. A son réveil elle sentit quelques frissons, un peu d'horripilation, du malaise, presque pas de toux. Le lendemain, les symptômes n'avaient pas sensiblement augmenté ; seulement, il y avait un peu plus de malaise que la veille. Au bout de cinq jours la malade présentait un étouffement considérable, et elle entrait enfin à l'hôpital Necker le huitième jour, avec un épanchement énorme dans la plèvre gauche. Quand la malade était restée quelque temps tranquillement au lit, la dyspnée était modérée, mais le moindre mouvement l'exagérait et amenait la toux en rendant le pouls tumultueux. Nous pratiquâmes la thoracentèse. Au bout de cinq jours la malade se levait ; elle sortait guérie au bout dix jours.

C'est là un cas d'hydrothorax aigu. La sérosité dans ces cas-là prend, après être restée quelque temps dans le bassin qui la contient, l'aspect d'une masse de gelée tremblotante formée par une assez grande quantité de fibrine coagulée. Traitée par l'acide nitrique, cette sérosité se coagule presque en masse, tant est considérable la quantité d'albumine qu'elle contient. Elle se coagule aussi par la chaleur. La sérosité d'un épanchement développé sous l'influence d'une maladie du cœur ne précipite pas l'acide nitrique et ne se coagule pas par la chaleur.

Si un individu prend une hernie, et que, soit par le taxis ou toute autre cause, il survienne une péritonite, on observe des vomissements, de la douleur et du ballonnement du ventre, et en même temps il se fait un épanchement séreux dans la cavité péritonéale, épanchement d'abord en entier contenu dans le bassin et les parties déclives, et qui ne prend un certain volume qu'après quinze ou vingt jours quelquefois. Dans la péritonite puerpérale, l'épanchement se fait bien dans quelques cas dans l'espace de quelques heures ; mais ce n'est cependant le plus souvent qu'au bout d'un temps un peu plus long.

Dans les cas de péritonite aiguë fébrile presque toujours mortelle, l'appareil symptomatique ou inflammatoire est énorme, l'épanchement est modéré. Dans la forme dont nous venons de dire quelques mots, pas de fièvre, mais épanchement considérable. Les mêmes différences se remarquent pour la pleurésie fébrile aiguë et ce que nous appelons l'hydrothorax aigu.

Dans le cas qui nous occupe, un enfant se trouvait très bien portant il y a quatre jours, et il nous entre aujourd'hui avec un épanchement énorme dans la cavité péritonéale et un peu d'œdème des cuisses. Cet enfant se trouve dans des conditions analogues à celles de la nourrice dont nous parlions tout à l'heure ; seulement, nous avons enlevé l'obstacle mécanique par la ponction de la poitrine, et la malade a guéri. Ici, quoiqu'il n'y ait pas en somme à porter un pronostic plus grave, nous ne procéderons pas de la même manière, nous nous abstiendrons de faire la ponction de l'abdomen, et voici pourquoi :

Depuis deux ans, nous avons fait chez les enfants quatre ponctions du ventre, toutes suivies de péritonite rapidement mortelle ; les autres médecins du même hôpital n'ont pas été à cet égard plus heureux que nous ; aussi regardons-nous la ponction du ventre chez l'enfant comme presque toujours mortelle. Chez l'adulte, les ponctions du ventre sont faites, le plus souvent, pour des kystes de l'ovaire, et alors la distension de cet organe fait qu'on n'attaque pas le péritoine ; aussi les annales de la science possèdent-elles des cas de cinquante et même cent ponctions supportées par le même sujet. Avant que l'anatomie pathologique fût avancée comme elle l'est aujourd'hui, on ne savait pas pourquoi certaines ponctions étaient graves et d'autres non. Toujours est-il qu'il est rare qu'un homme supporte un grand nombre de ponctions. Chez lui en effet, comme chez l'enfant, c'est toujours la cavité péritonéale qui est le siége de l'épanchement, et c'est là la cause qui rend cette ponction si grave au point de vue du pronostic. La ponction de la poitrine est toujours sans danger.

Nous ne ferons donc pas la ponction du péritoine, et nous emploierons une médication qui nous a jusqu'ici constamment réussi.

Et d'abord, l'enfant n'est pas tuberculeux ; il ne présentait, il y a cinq jours, aucune tumeur de l'abdomen ; nous n'avons donc ici aucune espèce de complication fâcheuse. Les mercuriaux et la ciguë feront la base du traitement. Nous allons donner le calomel à la dose de 5 milligrammes toutes les deux heures jusqu'à ce que nous obtenions un gonflement modéré des gencives, et nous appliquerons ensuite sur le ventre nuit et jour des cataplasmes de ciguë. Si la résolution ne marche pas assez vite, nous ferons sur l'abdomen des peintures avec la teinture d'iode, et au bout de peu de jours nous aurons sans doute obtenu la résolution complète.

Quelle a pu être la cause de cette forme de péritonite ? Peut-être la trouverions-nous dans une subite suppression de la transpiration, qui eût pu amener les mêmes phénomènes dans toute autre cavité cellulaire. Nous avons dans nos salles un enfant vigoureux, d'une belle santé ; qui, il y a quinze jours, à la suite d'un refroidissement, fut pris de fièvre et devint enflé comme une outre ; il nous est apporté avec la face bouffie, les bras et les jambes tuméfiés, une oppression effrayante et une gêne dans la circulation évidente. Les urines étaient albumineuses ; nous avons diagnostiqué : Néphrite aiguë, albuminurie. Il y a peut-être entre cet enfant et celui dont il était question tout à l'heure quelque chose d'analogue ; seulement chez le premier le péritoine était seul malade, tandis que chez le dernier toutes les cavités séreuses sont dans le même état. Il n'y a dans aucun cas déploiement de symptômes inflammatoires, mais il faut admettre qu'il est survenu un état particulier du sang en vertu duquel il y a hypersécrétion de toutes les séreuses.

Toujours est-il que les médications analogues réussissent

---

cette réserve cependant qu'ils ne contiendront que des préceptes hygiéniques sans aucun raisonnement médical qui puisse autoriser le malade qui l'aura lu à se croire, comme il arrive fréquemment, beaucoup plus savant que celui dont il réclame l'assistance.

Sous ce rapport, nous devons louer le livre de M. Auber. Notre confrère n'a pas voulu mettre le malade à même de se passer du secours du médecin ; il n'a pas eu le dessein de lui donner cette demi-science dont il n'est que trop porté à abuser ; il ne s'est proposé, en écrivant cette instruction pour les familles, que de faire connaître en termes rapides les propriétés essentielles de l'eau de mer, la plus puissante peut-être de toutes les eaux salines, dont il serait imprudent de faire usage sans règles certaines et sans modération, en un mot sans les conseils des hommes de l'art. Il a essayé de prouver que les bains de mer ne peuvent convenir à tous les tempéraments, à toutes les natures, à tous les individus, et qu'alors même qu'ils sont prescrits par un médecin, ils exigent encore de la part de ceux qui en font usage une certaine initiation et de grandes précautions. Il s'est attaché surtout à tracer les règles propres à faire éviter une foule d'accidents souvent très graves que l'ignorance, la présomption et un faux courage engendrent pour ainsi dire à chaque instant pendant la saison des bains. Enfin, et pour nous servir de ses propres expressions, il a voulu mettre entre les mains de tous un manuel commode indiquant à chacun la manière d'agir et de se conduire hygiéniquement aux bains de mer.

M. Auber a divisé son livre en dix chapitres, dans lesquels il a tâché de renfermer un résumé complet de tout ce qu'il faut absolument savoir pour aborder avec succès l'usage des bains de mer.

Et d'abord se présentent les généralités, des considérations sur les propriétés physiques de la mer, sur son action médicatrice et sur les adjuvants de la médication par les bains de mer. Nous glissons rapidement sur le second chapitre, duquel, en raison de la destination du livre, nous aurions voulu que l'auteur eût supprimé certaines réflexions médicales sur les maladies dans le traitement desquelles les divers auteurs ont conseillé ou proscrit les bains de mer. Nous n'en dirons pas de même de l'appréciation des conditions individuelles, passagères ou durables qui s'opposent à l'emploi des bains de mer. Il est certain que les femmes, les enfants, les vieillards ne devront pas se gouverner aux bains de mer de la même manière que des hommes adultes et qu'il sera d'une utilité réelle de leur donner des conseils sérieux à cet endroit.

Chacun a sa mesure de sensibilité et de réaction, son impressionnabilité, dont il faut tenir compte. Les effets des bains varient de nature et d'intensité suivant une foule de circonstances ; ils affectent un ordre de succession que l'on peut en quelque sorte déterminer à l'avance, et qu'il faut parfaitement connaître pour ne pas être surpris au moment de l'application. Les bains produisent des effets différents suivant que l'on en prend un plus ou moins grand nombre, suivant l'intervalle que l'on met entre chacun d'eux, suivant la manière dont on les prend, les heures, les saisons, les climats. Tel est le sujet des chapitres III et IV, dont les détails révèlent un observateur consciencieux et intelligent, qui, avant d'écrire pour les autres, a voulu faire sur lui-même les expériences nécessaires pour pouvoir parler en parfaite connaissance de cause.

Combien de temps après avoir mangé peut-on prendre les bains de mer ? Doivent-ils être ou non précédés d'un exercice musculaire violent ? Quel est, selon les sujets, la meilleure manière de prendre le bain ? Quels sont les effets particuliers des bains à la lame, par immersion graduelle, par surprise, de la natation, des affusions ? les accidents que sont susceptibles de déterminer ces différents modes ? L'auteur n'a rien oublié, rien passé sous silence. Son livre répond à toutes les questions du malade en l'absence du médecin, prévoit toutes ses objections, lui donne un bon conseil toutes les fois qu'il en a ou qu'il croit en avoir besoin.

Le Guide de M. Auber se termine par des considérations spéciales applicables à l'hygiène des enfants aux bains de mer, et par un chapitre tout entier consacré à l'exposition des premiers secours à donner aux noyés, secours si simples et cependant si inconnus de la plupart des gens du monde.

Nous n'en dirons pas davantage du livre de M. Auber, qui est, à notre avis, un bon petit manuel et remplissant parfaitement le but auquel l'a destiné son auteur. Il n'est ni trop écourté, ce qui supposerait à ses lecteurs des connaissances qu'ils ne peuvent ni ne doivent avoir, ni trop long, défaut qui aurait l'inconvénient de fatiguer ou d'ennuyer des personnes peu familiarisées avec le langage et les habitudes scientifiques.

Nous ne ferons que mentionner une notice sur Trouville-les-Bains, formant une brochure séparée du Guide aux bains de mer. Cette notice, purement littéraire, exclusivement destinée aux personnes du monde, a été diversement jugée, à cause de la pompe du langage et du luxe des métaphores qu'y a déployés l'auteur. C'est là une discussion dans laquelle nous ne voulons pas entrer. Chaque auteur a son style propre, son cachet qu'on peut trouver ou non de son goût, mais qu'il est impossible de juger d'une manière absolue. Serait-il donc défendu au médecin de faire de la littérature, et de quel droit blâmerait-on le style imagé et fleuri de M. Auber, lorsque l'on a souffert pendant si longtemps dans la littérature moderne cette luxuriante phraséologie dont faisaient et font encore tant d'abus quelques auteurs aimés du public ?

Dr A. FOUCART.

ERRATUM. — Il s'est glissé dans notre numéro de mardi, 26 août, clinique de M. Sichel, quelques erreurs typographiques graves que nous rectifions ici.

1re colonne, ligne 29, l'instrument, *lisez :* la tumeur.

Ligne 44, après, l'hyaloïde, *lisez :* repoussés en avant, de manière, etc.

Ligne 60, externe, *lisez :* interne ; ligne 62, interne, *lisez :* externe ; ligne 80, interne, *lisez :* externe.

2e colonne, ligne 36, sclérotique, *lisez :* conjonctive.

en pareil cas. Une saignée a été pratiquée, et le sang tiré de la veine n'était pas couenneux ; notre petit malade a, de plus, pris du calomel et de la digitale à dose fractionnée. Les gencives se sont prises hier, et nous pouvons déjà constater une amélioration énorme dans l'état général. Les urines n'étaient plus albumineuses. Peut-être aussi avons-nous été à côté de la vérité en déclarant qu'il y avait néphrite ; voici pourquoi :

Il y a quatre mois, nous avions, dans notre pratique civile, un négociant du Havre, atteint d'hydropisie et d'une légère affection du cœur ; ce malade, qui avait longtemps, et trop longtemps, fait usage des eaux de Vichy, avait des urines albumineuses, et fortement albumineuses. La maladie faisant des progrès rapides, nous fûmes près de passer une nuit auprès du malade, dont la dyspnée était effrayante et la peau froide et violacée. Nous nous attendions à le voir expirer à chaque instant, lorsque l'idée nous vint, pour éloigner l'asphyxie imminente, de pratiquer une légère saignée ; il en résulta une amélioration telle, que nous n'hésitâmes pas, bientôt après, à appliquer des ventouses scarifiées sur la région du cœur, et le malade reprit peu à peu des forces, la respiration devint plus libre, la peau reprit sa teinte naturelle, et les urines ne furent plus albumineuses. A quelques jours de là, il rentrait guéri dans son pays. Il avait donc, dans ce cas-ci, suffi de modérer l'embarras de la circulation pour diminuer en même temps la quantité d'albumine rendue par les urines ; de sorte que, si quelquefois l'albuminurie est la conséquence d'une affection des reins, il est possible aussi qu'elle ne soit, dans quelques cas, que le résultat d'un embarras circulatoire. Et de même que dans certaines maladies du cœur le sang est modifié de façon à produire des hydropisies, de même on voit le sérum du sang passer à travers les reins et y déposer l'albumine que l'on retrouve dans les urines. Chez l'enfant dont il était question tout à l'heure, la digitale, cet antiphlogistique par excellence, a détruit l'albuminurie en quarante-huit heures ; or, si nous avions eu affaire à une néphrite, il est probable qu'elle aurait duré davantage.

En résumé donc, ces deux cas d'hydropisie ont une marche et des symptômes communs ; et, quoiqu'ayant des siéges étendus très différents, on doit les regarder comme ayant de grandes analogies, car le même traitement réussit pour ces deux affections, ou plutôt pour ces deux degrés d'une même affection, qui sont d'ailleurs le résultat de l'action de la même cause.

UN MOT SUR LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

et de la paralysie produite par les lésions de la moelle,

Par M. DONDERS.

Voici ce que nous trouvons de plus important à signaler dans les remarques de M. Donders.

On sait que, suivant Marshall-Hall, l'irritabilité musculaire, celle qu'on met en jeu, à l'aide de l'action réflexe, par une excitation portée sur la fibre, augmente dans les paralysies qui dépendent d'une lésion du cerveau, tandis qu'elle diminue dans les paralysies liées à une altération de la moelle. Cette observation a été contredite par M. Duchenne, qui a vu, en appliquant la galvanisation localisée, l'irritabilité augmentée dans des muscles frappés de paralysie, bien que la cause de celle-ci eût son siége dans la moelle épinière. M. Donders fait remarquer que l'irritabilité pouvait n'être abolie que dans les muscles tirant leur influence nerveuse de la partie de la moelle altérée, et rester entière ou même être augmentée dans les muscles animés par une portion plus inférieure de la moelle. Cela est possible ; mais sans avoir en ce moment sous les yeux les détails de l'expérience de M. Duchenne, nous serions étonné qu'il n'eût pas fait cette distinction. Quoi qu'il en soit, l'auteur n'hésite pas à reconnaître que les expériences relatives à l'irritabilité musculaire ne sont pas très concordantes. Or, et c'est là surtout ce que nous voulions relever dans ce mémoire, il est un fait d'anatomie pathologique qui peut rendre compte, ou au moins pour une part, de ce désaccord.

En 1850, M. Turck a constaté dans trois cas d'apoplexie cérébrale ancienne, à partir du siége de l'épanchement jusqu'à une portion très avancée de la moelle et même jusqu'au bas du côté opposé au foyer, une quantité plus ou moins grande de cellules granuleuses, bien que la moelle, considérée à l'œil nu, me parût entièrement saine. Le même auteur a vu de ces cellules dans la moelle d'une femme paralytique dont le cerveau n'était pas malade et dont la paralysie devait conséquemment dépendre de cette altération du tissu médullaire. Des observations analogues ont été faites par M. Wedl. Enfin, M. Donders lui-même a rencontré plusieurs fois des cellules granuleuses à des distances plus ou moins grandes du foyer apoplectique. (*Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 août 1851. — Présidence de M. TROUSSEAU.

Contagion du choléra.

M. GILLETTE lit un rappport très consciencieux sur une brochure envoyée par M. Brochard, qui traite de la contagion du choléra-morbus qu'il a observé à Nogent-le-Rotrou. Cette importation se serait faite en mars 1849 par un convoi de nourrices qui arrivait de Paris ; le lendemain et le surlendemain, le choléra se propagea par les personnes qui approchèrent les malades. M. Gillette reproche à ce travail de n'avoir pas assez tenu compte de l'influence épidémique et de n'avoir pas surtout signalé l'absence des faits négatifs, ce qui laisse à désirer, puisque la question n'a été étudiée que sous un certain point de vue.

M. TRÉLAT. M. Gillette, à mon avis, a sagement conclu ; car la question de la contagion du choléra est encore des plus douteuses : tout semblerait, au contraire, faire croire qu'il n'est pas contagieux, car les médecins n'ont jamais porté cette contagion d'un endroit à un autre ; nous avons également vu, à la Salpêtrière, des endroits qui ont été frappés, tandis que d'autres ne l'ont point été.

M. BOUVIER. La grande affaire des faits signalés par M. Brochard est l'arrivée des nourrices à Nogent-le-Rotrou. Il faudrait avoir, pour conclure, beaucoup d'autres documents semblables, et cependant j'ai vu dans les environs de Paris des faits contradictoires. — Une dame prend le choléra à Paris et vient mourir dans ce petit pays. Dans la même maison habitaient deux sœurs avec leur mère ; ces deux sœurs soignèrent la malade et n'éprouvèrent rien, tandis que la mère, qui ne vit pas la malade, prit le choléra et mourut. Je me demande s'il n'y a pas plutôt, dans ces cas, une cause infectieuse, car au moment où je constatais ces faits il n'y avait pas d'épidémie, et aucun autre cas ne se déclara dans le pays.

M. NONAT. A l'hôpital Cochin, pendant cinq mois, au moment de l'épidémie, deux malades furent affectés du choléra. Aucun des autres malades ne fut pris dans les salles. Un malade atteint d'hydropisie générale fut pris à la fin du mois d'août ; un autre, dans la salle de M. Maisonneuve, eut des vomissements. La contagion, si elle a existé, n'a eu lieu qu'à un faible degré. Du reste, il y a une question de coïncidence qui rend ces faits très difficiles à résoudre.

Névralgie intermittente à intervalles éloignés.

M. BRICHETEAU rapporte un fait intéressant de névralgie intermittente guérie par le sulfate de quinine.

En 1848, et vers la fin du mois de juin, un individu fut pris d'une névralgie faciale dont les accès revenaient avec une grande intensité le matin et le soir très régulièrement. Cette névralgie dura un mois, puis se régla tous les deux jours et fut guérie par le sulfate de quinine et les vésicatoires pansés avec l'hydrochlorate de morphine.

Au mois de juin 1849 et vers la fin de ce mois, la même névralgie reparut avec les mêmes accidents.

En 1850, et toujours au mois de juin et à la fin du mois, retour et guérison des mêmes accidents.

Enfin cette année, mais le 29 juillet seulement et toujours à huit heures du soir, cet homme a vu revenir sa névralgie, dont les douleurs reviennent par accès, qui durent trois minutes. A onze heures du soir, l'accès cède comme dans les autres fois, et le malade a guéri par l'administration du sulfate de quinine.

Empoisonnement par le camphre.

M. ARAN cite un cas d'empoisonnement produit par l'administration d'un lavement camphré à la dose indiquée dans tous les formulaires, 4 grammes.

Une domestique de vingt-sept ans, d'une constitution assez frêle, éprouvait des douleurs hystériformes dans la région lombaire ; beaucoup de moyens avaient été employés et hier je prescrivis un lavement camphré tel qu'il est indiqué dans les formulaires, 4 grammes de camphre dissous dans un jaune d'œuf.

Il y avait à peine deux minutes que ce lavement avait été pris que la malade éprouva une dyspnée extrême et eut un véritable accès épileptiforme avec écume à la bouche, face violette, etc. Cet accès dura quinze minutes sans que la connaissance revînt à la malade, dont la face restait toujours cyanosée. Il n'y avait pas de roideur dans les muscles ; la peau était froide, le pouls petit, à 76 pulsations. Je lui jetai avec force de l'eau à la face ; la malade revint un peu à elle, mais en éprouvant toujours de la suffocation. La connaissance ne revint que lorsque je lui fis faire une affusion d'eau froide sur la tête. Je lui fis prendre en même temps du café, qu'elle vomit d'abord, puis qu'elle garda ensuite. J'ajoutai à ces moyens l'emploi de sinapismes, de lotions ammoniacales ; je l'enveloppai de draps chauds, et lui fis prendre aussi une potion tonique composée avec le vin, la cannelle, etc. La malade se plaignait toujours d'étouffements : néanmoins la réaction s'était développée, le pouls était à 96, sans force, et, quoique réchauffés, les pieds, les bras et la face restaient froid.

Ces accidents, qui avaient commencé à sept heures et demie, ne vinrent qu'à onze heures ; elle prit également dans cet intervalle un lavement purgatif. La malade, en définitive, a guéri.

Dans cette série de faits, j'ai pu constater que le café avait une influence à peu près nulle ; mais le mode d'action le plus puissant a été celui produit par les affusions froides. Je me suis enfin demandé si la dose de camphre n'avait pas été trop élevée. J'ai relevé quelques faits, et j'ai vu que 2 grammes de camphre avaient produit les mêmes accidents. Dans un cas signalé par Petitot, 50 centigrammes donnèrent lieu aux mêmes phénomènes.

Le mode d'action du camphre est à la fois stimulant et excitant ; c'est en outre un hyposthénisant des plus actifs. M. Trousseau dit que ce médicament a une double action, une action locale et un effet général qui est sidératif. J'ajouterai que l'haleine de la malade présenta une odeur considérable de camphre.

M. TROUSSEAU fait observer qu'il a vu les accidents les plus graves se manifester à la suite de l'ingestion de 10 gouttes d'alcool camphré, tandis que M. Pidoux en a pris 2 et 4 grammes sans éprouver aucun effet.

M. BRICHETEAU a renoncé à la dose ordinaire, parce qu'il a vu Laënnec produire des accidents très graves avec ce médicament sur un élève du collége Stanislas. Il en est de même pour d'autres médicaments ; car on donne journellement 4 grammes de sulfate de quinine sans produire d'accidents fâcheux, et dernièrement il a vu, chez un étudiant en droit affecté de rhumatisme articulaire aigu, 50 centigrammes de sulfate de quinine produire à plusieurs reprises les accidents les plus effrayants, qui ont duré vingt-quatre heures, et ont, du reste, enlevé le rhumatisme.

M. GENDRIN fait remarquer que l'on peut faire prendre sans inconvénient 15 grammes d'essence de térébenthine par la bouche, tandis que 2 ou 3 gouttes en lavement donnent lieu aux accidents les plus graves.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SEPTIÈME LEÇON (1).

DE L'ÉLECTRICITÉ. (Suite.) — *De l'électricité animale.*

« Quand on réfléchit un instant, dit M. Gavarret, à la constitution des êtres organisés et aux phénomènes qui se manifestent pendant l'état de vie, il est difficile de se soustraire à cette idée, que dans les êtres vivants le contact de tant de matières hétérogènes pressées, frottées les unes contres les autres, inégalement chauffées, et surtout les réactions chimiques si nombreuses qui accompagnent sous toutes les formes le grand phénomène de la nutrition, doivent être des causes incessantes de production d'électricité dynamique. »

Depuis Galvani jusqu'à nos jours, cette importante question a, en effet, préoccupé les hommes les plus éminents ; mais si de belles et nombreuses découvertes ont été faites, nous allons voir que la science est encore bien loin d'avoir dit son dernier mot sur ce grave sujet.

Quel est le rôle que joue l'électricité dans l'organisation ?

Vous savez, messieurs, qu'il existe un grand nombre d'animaux inférieurs qui, dans certaines circonstances, deviennent le siége de phénomènes lumineux, et qui, pour ce fait, ont été appelés *animaux phosphorescents.* Il en est ainsi pour une myriade d'infusoires, de mollusques, de crustacés, de méduses, dont la présence dans les mers tropicales donne naissance à un singulier phénomène déjà signalé par Spallanzani, et étudié depuis avec soin par MM. Quoy et Gaymard, Matteucci, Meyer, Ehrenberg, de Quatrefages, Becquerel et Breschet, etc. Dans certains parages la plus faible agitation des flots de la mer en fait jaillir des lueurs bleuâtres, et souvent même des scintillations. A peu de distance de Venise il suffit de jeter le corps le plus léger dans les eaux de la Brenta pour produire de la lumière, non-seulement dans le point frappé, mais encore dans toutes les ondes d'ébranlement du liquide ; lorsque l'on écrase des biphores ou des béroés dans de l'eau, celle-ci devient immédiatement phosphorescente.

Un grand nombre d'insectes, d'annélides, de radiaires, de polypiers, présentent également des phénomènes de phosphorescence, et vous connaissez tous ceux qui se manifestent dans les lampyris, vulgairement appelés *vers luisants.*

Si l'on recherche la cause de ces phénomènes de phosphorescence, on voit que chez certains animaux, les insectes, par exemple, la production de lumière est intimement liée à l'acte de la respiration, et qu'elle est due à la combustion lente d'un produit spécial de sécrétion au moyen de l'oxygène de l'air ; dans d'autres cas, l'état lumineux est produit par une sorte de mucus qui recouvre l'animal ; chez quelques mollusques et crustacés il existe un appareil particulier qui paraît être l'instrument de la phosphorescence ; enfin M. de Quatrefages a montré que dans les annélides la phosphorescence se développe dans la fibre musculaire.

Dans tous les cas on peut admettre que la phosphorescence est le résultat d'une combustion lente ; mais comment cette combustion, qui ne s'opère qu'avec une faible élévation de température, peut-elle devenir une source de lumière ?

M. Becquerel père explique ce phénomène de la manière suivante : La combustion opère la décomposition du fluide électrique neutre ; mais les fluides de noms contraires tendent à se réunir, et cette recomposition, chez les animaux qui sont mauvais conducteurs, s'accomplit en produisant des phénomènes lumineux.

Des phénomènes électriques beaucoup plus remarquables et plus tranchés se produisent chez certains poissons et en particulier chez les gymnotes et les torpilles.

Les poissons électriques étaient connus des anciens, qui avaient même essayé d'en tirer parti pour le traitement de certaines maladies auxquelles nous appliquons encore aujourd'hui l'électricité. Mais ce n'est que depuis Galvani qu'ils ont été bien étudiés par Redi, Volta, Walsh, de Humboldt, Gay-Lussac, Davy, Becquerel père et surtout Matteucci.

Si l'on prend entre les mains une torpille vivante, on perçoit dans les poignets et les bras une secousse violente et douloureuse, qui pendant quelque temps se reproduit énergiquement à de courts intervalles. Le contact immédiat n'est pas nécessaire, et les pêcheurs de l'Adriatique reçoivent une secousse assez vive au moment où ils tirent de l'eau les filets contenant des poissons électriques ; lorsqu'on touche l'animal par l'intermédiaire d'un corps isolant aucune secousse n'est perçue.

La production de la décharge est sous l'empire de la volonté du poisson, mais la direction en est indépendante.

Tels sont, en résumé, les phénomènes que l'on observe chez les torpilles et les gymnotes ; à quelle cause doit-on les rattacher ? Davy, ayant placé les extrémités des fils de platine d'un galvanomètre l'une en contact avec le dos, l'autre avec le ventre de l'animal, constata que l'aiguille était déviée avec une grande énergie ; de nouvelles expériences faites par MM. Becquerel et Matteucci ont démontré d'une manière irréfragable l'existence d'un courant électrique produit par l'animal, dont le dos représente le pôle positif, tandis que son ventre constitue le pôle négatif. Davy a prouvé que le courant du poisson a toutes les propriétés des courants électriques dont disposent les physiciens, car il a pu par son action rendre magnétique une aiguille d'acier et même obtenir de faibles effets chimiques ; en disposant à la surface du corps du poisson des grenouilles préparées à la manière de Galvani, on les voit se contracter au moment de la décharge ; enfin, MM. Matteucci et Linari sont parvenus à obtenir l'étincelle déjà vue par Walsh, Ingenhouse et Talkberg. Aujourd'hui, dit M. Gavarret, rien n'est plus facile que d'obtenir des étincelles et presque tous les effets chimiques et physiques des courants voltaïques ordinaires, M. Matteucci ayant d'ailleurs démontré que le courant de la torpille doit être rapproché des courants produits par les piles hydro-électriques.

La nature électrique du phénomène ne saurait donc être mise en doute, et, si l'on en recherche les conditions de production, on trouve que tous les poissons électriques possèdent un organe particulier recevant des filets nerveux très nombreux venant, d'après les recherches de M. Jobert, de la cinquième paire chez les torpilles et des nerfs spinaux chez la gymnote, composé de lames fibreuses entre-croisées de manière à circonscrire des espaces plus ou moins réguliers remplis d'une matière albumino-muqueuse, dont la présence est une des conditions du phénomène ; car, si on la coagule par un acide ou de l'eau bouillante, la fonction de l'organe électrique est abolie ; il en est de même lorsque l'on interrompt toute communication entre l'organe et le cerveau.

Les agents extérieurs ont une action très puissante sur les phénomènes électriques. Si la température de l'eau dans laquelle est plongée une torpille est abaissée jusqu'à 0, la décharge ne peut plus se produire ; elle se manifeste entre 15 et 20°, et elle atteint son maximum de fréquence et d'intensité à + 30°, bien que l'animal ne tarde pas alors à succomber.

La noix vomique, la strychnine à faibles doses augmentent considérablement la faculté de produire des commotions, et tous les irritants ont le même effet ; mais, d'après les recherches de M. Matteucci, l'électricité elle-même est l'agent qui exerce l'action la plus puissante ; chose bien curieuse qui nous montre, dit M. Gavarret, un nerf excité par un agent électrique extérieur aller mettre en jeu la fonction d'un appareil qui produit à son tour un courant voltaïque.

De tous ces faits, il résulte que certains poissons possèdent un appareil qui a pour fonction de produire, par une action inconnue, de l'électricité sous l'influence immédiate du système nerveux.

Si des poissons nous passons aux grenouilles, nous rencontrons des phénomènes électriques non moins remarquables.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai ; 3, 10, 17, 28 juin ; 5, 17, 31 juillet ; 7, 14 et 19 août.

Galvani, comme vous le savez, avait montré qu'en repliant les muscles dénudés de la jambe d'une grenouille de façon à les mettre en contact avec les nerfs lombaires, on provoquait une contraction musculaire que Volta prétendit rattacher à la théorie de la force électro-motrice et expliquer par le contact de deux substances hétérogènes, la substance nerveuse et la substance tendineuse, entre lesquelles se trouvait interposé un liquide animal; cette explication fut renversée par les expériences d'Aldini, qui démontra que la contraction avait également lieu lorsque la communication entre les muscles et les nerfs était établie par l'intermédiaire d'un autre animal ou même du corps de l'observateur; Aldini prouva, en outre, que, dans ce cas, toute commotion cessait aussitôt que l'axe conducteur était interrompu par un corps isolant. M. de Humboldt compléta cette série de faits par une expérience fort curieuse; il constata que, pour produire une contraction avec un membre isolé, il suffisait de toucher avec les doigts humides deux points différents du nerf.

Les effets que nous venons d'indiquer sont absolument ceux que l'on obtient en faisant passer un courant électrique direct à travers les nerfs et les muscles de la grenouille, et il y avait lieu de supposer, par conséquent, qu'ils étaient dus à un courant électrique développé dans l'organisme. La preuve manquait toutefois : elle fut fournie par Nobili au moyen de l'ingénieuse expérience suivante : On plonge les jambes préparées d'une grenouille dans une capsule de verre pleine d'eau et les nerfs lombaires dans une seconde capsule; on ferme le circuit en plaçant les extrémités du fil d'un galvanomètre dans chacune des capsules, et immédiatement une déviation a lieu; on reconnaît, d'ailleurs, que le courant marche des jambes aux nerfs, c'est-à-dire à la partie supérieure de l'animal. L'intensité du courant augmente si l'on immerge les parties dans une solution alcaline ou acide.

Si l'on fait l'expérience avec une grenouille dénudée tout entière, en plongeant dans l'une des capsules les deux jambes, et dans l'autre la tête et le dos de l'animal, le courant se produit également, et la déviation de l'aiguille indique qu'il est dirigé des pieds à la tête.

Le courant peut être obtenu avec une grenouille vivante, et l'on produit une vive contraction en mettant une cuisse dénudée de l'animal en contact avec un nerf spinal attiré au dehors.

Dans le but d'obtenir des effets plus marqués, M. Matteucci a construit une véritable pile animale en procédant de la manière suivante : sur un morceau de taffetas verni destiné à jouer le rôle de corps isolant, on place à la suite les unes des autres plusieurs grenouilles disposées de telle façon que les nerfs lombaires de l'une soient toujours en contact avec les jambes de la suivante. Cette série se termine d'un côté par des nerfs, de l'autre par des muscles, et ces deux extrémités représentent les deux pôles de la pile. En les faisant plonger dans deux capsules pleines d'eau et en immergeant en même temps les deux extrémités du fil galvano-électrique, on obtient une déviation très prononcée.

Dans toutes ces expériences, on peut constater que le courant est continu.

La température et la respiration exercent un influence puissante sur la production du phénomène; le froid l'abolit, la chaleur le rétablit; et lorsqu'il a disparu par l'action du froid, il suffit de faire arriver l'oxygène dans la bouche de l'animal pour faire reparaître le courant électrique.

Le courant est aboli par la convulsion tétanique des muscles; il persiste après la section de la moelle épinière, et il résulte des expériences concluantes de MM. Matteucci et Person que le système nerveux n'entre pour rien dans la production des courants. Retenez bien, messieurs, cette dernière proposition, nous en ferons bientôt ressortir toute l'importance.

En résumé, il existe dans la grenouille un courant musculaire continu, analogue aux courants hydro-électriques, dirigé des membres inférieurs vers l'extrémité supérieure, dont la production est puissamment influencée par la température et la respiration, *le système nerveux ne jouant que le rôle secondaire de conducteur, et conduisant même moins bien que d'autres parties de l'organisme.*

Mais la science n'en est point restée là; des expériences plus récentes ont démontré que l'électricité animale n'appartient pas seulement à telle ou telle espèce, qu'elle n'exige point la présence d'un appareil spécial, mais qu'elle constitue un fait général commun à toute la série des êtres, et en rapport avec la fonction la plus caractéristique de l'animalité : la locomotion.

En effet, M. Matteucci a constaté que *sur un animal quelconque, vivant ou récemment mort*, il existe un courant électrique dans tout muscle, l'intérieur et la surface de celui-ci jouant le rôle de pôles de nom contraire.

L'habile physicien de Pise, dit M. Gavarret, a coupé sur divers animaux, depuis les mammifères les plus élevés jusqu'aux poissons, des tranches musculaires, de façon à avoir sur chacune une portion de surface intacte; puis il a placé sur un appareil isolant ces masses musculaires les unes à la suite des autres, de manière à former une pile. Les deux extrémités de cette pile, intérieur et surface, sont plongées dans des capsules pleines d'eau, où se trouvent les extrémités du fil d'un galvanomètre, et aussitôt l'aiguille est déviée de façon à accuser un courant dirigé de l'intérieur à la surface du muscle, celle-ci représentant le pôle positif, celui-là le pôle négatif. Il suffit de renverser la pile musculaire sans toucher aux électrodes pour renverser le sens du courant, lequel, toutes choses égales d'ailleurs, est d'autant plus intense, que le nombre des éléments employés est plus considérable.

Il résulte des expériences de M. Matteucci :

Que le courant musculaire est d'autant plus intense pendant la vie, que sa durée après la mort est d'autant plus courte que l'animal est plus haut placé dans la série des êtres;

Que l'intensité du courant varie avec le degré de nutrition du muscle, et qu'il est toujours plus fort dans les muscles gorgés de sang ou enflammés;

Que le courant est tout à fait indépendant de l'intégrité et de l'activité du système nerveux moteur et sensorial;

Que l'intensité du courant est moins forte quand les éléments communiquent au moyen de filets nerveux que lorsqu'ils sont en contact direct, d'où il résulte que la fonction des nerfs dans un courant musculaire se réduit à celle d'un corps très peu conducteur.

Que le courant est probablement dû à la nutrition, c'est-à-dire aux réactions qui se manifestent dans les réseaux capillaires entre les éléments du sang et l'oxygène absorbé dans le poumon au moment où est produite la chaleur animale.

Enfin, ajoutons que M. Matteucci a obtenu des courants plus faibles, mais analogues à ceux dont nous venons de parler, en employant comme éléments de la pile, non plus du tissu musculaire, mais divers tissus, tels que ceux du foie, du cerveau, du poumon et du cœur.

Quelle est la cause des courants organiques? Sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, nous dirons qu'il y a lieu de penser qu'ils se produisent, comme la phosphorescence, par suite de la décomposition du fluide neutre par une action chimique, et de la recomposition des deux fluides de nom contraire.

Y a-t-il production d'électricité pendant la contraction musculaire? MM. Becquerel et Matteucci ont été conduits, par diverses expériences qu'il serait trop long de vous exposer, à répondre par l'affirmative; dans une note récente adressée à l'Académie des sciences, M. Matteucci établit qu'il y a production d'électricité dans un muscle au moment de la contraction, que le phénomène électrique est instantané et consiste dans une décharge qui parcourt la masse musculaire dans le sens même de la ramification de ses gros troncs nerveux, enfin que le phénomène électrique de la contraction musculaire est indépendant des courants électriques de l'organisme vivant.

On a dû rechercher, comme vous le pensez bien, si de l'électricité ne se développait point dans l'organisme en dehors des conditions que je viens de vous faire connaître, et le système nerveux a tout d'abord fixé l'attention des expérimentateurs.

Galvani, se fondant sur la contraction des muscles de la grenouille mis en contact avec les nerfs, proclama que sous l'empire de la volonté les centres nerveux dégageaient de l'électricité qui, conduite par les nerfs, allait exciter tous les muscles; Reil et Rolando adoptèrent ces idées et firent du cervelet une véritable pile dont les pôles étaient représentés par les substances grise et blanche; MM. Prevost (de Genève) et Beraudi annoncèrent que des aiguilles implantées dans le nerf sciatique d'une grenouille et dans le nerf crural d'un lapin étaient devenues magnétiques; MM. Lembert et Jobert prétendirent avoir vu, sur des animaux vivants, la moelle épinière et le cerveau mis à nu exercer une attraction sur des fils métalliques voisins; M. David assure avoir constaté dans le nerf sciatique d'un lapin, pendant la contraction musculaire, un courant capable de dévier d'une manière sensible l'aiguille du galvanomètre; enfin, MM. Puccinotti et Paccinotti crurent également reconnaître l'existence d'un courant électrique dirigé du cerveau aux muscles à travers les filets nerveux. Toutes ces assertions ont été contrôlées, toutes ces expériences ont été reprises par MM. Prevost et Dumas, Person, Matteucci, Longet, et de ces vérifications faites par les hommes les plus expérimentés dans la matière, on peut conclure avec M. Gavarret qu'en mettant de côté le courant propre de la grenouille, il n'existe pas dans la science un seul fait avéré qui démontre l'existence de courants électriques dans le système nerveux des animaux, soit à l'état de repos, soit pendant les contractions musculaires.

Wollaston et M. Donné ont cherché à rattacher les sécrétions à des phénomènes électriques; mais ils ne sont arrivés à aucun résultat de quelque valeur.

Bellingeri a longuement discuté sur l'état électrique du sang, de l'urine, de la bile, ainsi que Hales, Vassali, Pfaff et plusieurs autres; on a prétendu que le sang artériel et le sang veineux étaient dans des états électriques différents. M. Dutrochet croit que chaque globule sanguin constitue un couple dans lequel le noyau joue le rôle d'élément négatif, et la matière colorante albuminoïde celui d'élément positif. Mais il est facile, comme le dit M. Regnauld, de juger de la valeur de cette théorie en se rappelant que chez un grand nombre d'animaux, et chez l'homme en particulier, les globules hématiques sont dépourvus de noyau. MM. Pouillet, Matteucci, Müller n'ont jamais pu découvrir dans aucun liquide de l'organisme la plus légère trace d'électricité libre.

Pfaff et Abrens pensent que dans l'état de santé le corps humain est chargé d'électricité positive, que celle-ci est plus considérable chez les individus sanguins que chez les sujets lymphatiques, que son dégagement est augmenté par les boissons spiritueuses. On cite des individus chez lesquels des étincelles électriques se sont échappées des doigts et des cheveux; mais jusqu'à présent il est impossible de se prononcer sur l'existence de l'électricité que l'action vitale développerait dans le corps des animaux et de l'homme en particulie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Ajaccio, 26 août 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Il est des médecins qui ont la main heureuse, et qui font, comme on dit vulgairement, d'une pierre deux coups. Qu'on en juge.

Dans le courant d'octobre 1850, M. le docteur Boinet, auteur d'un Mémoire sur le traitement des injections iodées dans les abcès par congestion, mémoire présenté à la Société de chirurgie, prétendait s'arroger l'initiative de ce nouveau traitement, et pour me le prouver, il me renvoyait à un abcès par congestion de la fosse iliaque opéré par lui dès 1839, et dont l'observation avait été insérée dans la *Gazette Médicale* en 1840.

Je pris la peine de lire attentivement son observation. D'après son aveu écrit, M. Boinet n'avait injecté qu'un abcès provenant de la fonte purulente du chapelet ganglionaire profond; ce qui diffère essentiellement d'un abcès par congestion.

Par une lettre insérée le 7 novembre dans votre journal, je lui fis part de cette découverte et priai cet honorable confrère de m'indiquer quelque autre abcès par congestion qu'il eût injecté avant ma tentative faite en 1849. M. Boinet ne répondit pas; il me restituait donc la priorité dans cette innovation du traitement des abcès par congestion.

Quelle n'a pas été ma surprise, quand, lisant il y a deux jours, dans la *Gazette Médicale* (n° 33, 16 août), la suite d'un mémoire publié par ce même confrère sur le traitement de l'ascite par les injections iodées, je lui ai vu citer comme premier fait établissant l'innocuité de ces mêmes injections dans la cavité du péritoine cette même observation imprimée dans la *Gazette Médicale* en 1840, et qu'il avait voulu présenter comme un cas d'abcès par congestion!

En effet, on lit dans cette suite du mémoire (*Gazette Médicale*, page 521, cinquième alinéa) : « Le premier fait qui a appelé notre attention et celle des praticiens sur l'innocuité des injections iodées dans le péritoine et qui constate cette innocuité date de 1839. Il nous appartient. Il a été publié en 1840 dans la *Gazette*. Il a trop d'importance pour le sujet que nous traitons, pour que nous n'en rapportions pas les principales circonstances, etc. »

Ainsi, voilà ce même abcès provenant de la fonte purulente du chapelet ganglionaire profond qui est cité une fois comme exemple d'abcès par congestion traité par les injections d'iode, et une seconde fois comme exemple d'abcès intra-péritonéal traité par le même procédé.

Si ce n'est pas là faire un coup double, je ne m'y connais pas. Décidément notre confrère n'a pas la main heureuse en fait de priorité.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Abeille,
médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio.

Chronique et nouvelles.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, un concours pour la chaire d'hygiène, vacante à la Faculté de Médecine par suite du décès de M. Hippolyte Royer-Collard, s'ouvrira le 5 janvier 1852 à ladite Faculté.

— A la suite d'un concours où tous les concurrents ont fait preuve d'une instruction solide et étendue, M. Fano a été nommé prosecteur de la Faculté de Paris.

Le Gérant.
Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'elle s'est attaché une personne spécialement chargée de faire des achats de livres, instruments ou médicaments. Non-seulement ces achats sont faits sans rétribution, mais les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 101. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 101. — MARDI 2 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'emploi des préparations iodées dans les tubercules pulmonaires.

On a dit pendant longtemps et beaucoup de praticiens croient encore qu'il n'existe pas de remède contre la phthisie pulmonaire, et cependant on est certain maintenant qu'il existe des faits bien confirmés de guérison de cette affection : les faits anatomiques l'ont prouvé; les recherches que nous avons faites à cet égard nous ont fait voir, à la Salpêtrière, de véritables cicatrices d'excavations tuberculeuses. Nous avons été plus loin, et nous pouvons affirmer maintenant qu'il existe des moyens de guérir ces collections symptomatiques si diverses réunies sous le nom de phthisie pulmonaire, mot vicieux qui spécifie un état anatomique qui souvent n'existe pas dans les affections tuberculeuses des poumons les moins douteuses.

Nous avons donné le nom de *phymie* à ces productions tuberculeuses développées dans le corps de l'homme, et, quand ces tubercules existent dans le poumon, nous disons que cette lésion constitue une *pneumophymie*.

Nous avons aujourd'hui examiné trois malades atteints de la phthisie des auteurs, et qui cependant sont loin d'offrir l'amaigrissement que ce mot semble comporter.

Chez ces trois malades, il y a un peu de diminution dans le bruit respiratoire, qui est un peu prolongé dans l'expiration et offre un peu moins d'expansion. Chez deux de ces malades, les crachats offrent des caractères non douteux de la maladie dont ils sont affectés ; l'ancienneté et la persistance du mal, le dépérissement marqué chez des sujets assez jeunes, bien qu'offrant des signes fugaces, permettent de ne pas mettre le diagnostic en doute.

Nous avons percuté avec soin le thorax avec le plessimètre; je dis avec le plessimètre, parce que Corvisart et Laënnec, qui savaient fort bien percuter, mais qui n'employaient pas ce mode de percussion, ne pouvaient pas reconnaître les tubercules du poumon par la percussion, et ils se trouvaient par conséquent dans l'impossibilité d'apprécier l'étendue de la lésion, ce qui a bien son importance. Le plessimètre nous avait fait constater chez ces trois malades une matité au sommet du poumon dans l'étendue de 6, 7 et 9 centimètres. C'est bien quelque chose, messieurs, de pouvoir constater l'étendue du mal et le mesurer en quelque sorte. Maintenant, grâce à l'auscultation et au plessimètre, on peut porter partout le compas et la mesure; cela permet de reconnaître presque au début une maladie qu'autrefois on diagnostiquait lorsque le malade ne pouvait plus être sauvé.

Chez deux de ces malades, nous avons constaté un état pathologique mal défini, et qu'on appellerait encore une fièvre hectique. Ces malades ont des sueurs la nuit; des frissons précèdent ces sueurs. Nous avons examiné la rate, et nous l'avons trouvée augmentée de volume. Ces malades ont, en outre, une affection splénique, affection coïncidente, dont nous les débarrasserons à l'aide du sulfate de quinine.

On a employé beaucoup de remèdes contre la phthisie. Je ne vous parlerai pas des eaux bonnes, dont le mode d'action réside surtout dans le changement d'air que l'on fait prendre aux malades ; ni de l'huile de foie de morue, qui n'agit que par le principe dont nous avons reconnu la grande efficacité.

C'est M. Coindet, de Génève, qui le premier a eu l'idée d'employer l'iode comme médicament ; il l'administra avec succès dans le goître, et fit quelques essais de cet agent contre les maladies scrofuleuses et dans quelques cas d'affection tuberculeuse du poumon.

Plus tard, M. Chevallier père, ayant vu M. Cottereau faire aspirer du chlore à des phthisiques, fit faire à quelques malades des inspirations iodées. M. Pérard obtint par ces inhalations des succès remarquables.

Depuis longtemps nous-même nous avons employé ce moyen, guidé que nous étions par nos travaux antérieurs sur la respiration et sur la circulation. Je commençai à administrer l'iodure de potassium à l'intérieur, et j'obtins par ce moyen sept cas de guérison que j'ai consignés dans mon *Traité de médecine pratique*. J'ai suivi ces malades avec soin depuis six ans, et chez un seul il y a eu récidive et mort. J'administre ce médicament à la dose de 25 centigrammes jusqu'à un gramme, trois fois dans la journée, comme dans les affections syphilitiques. Dans quelques cas de tubercules du rachis, ainsi que je l'ai consigné dans mon atlas, j'obtins des guérisons. Tous ces faits sont antérieurs à l'inspiration des vapeurs d'iode.

Puis, guidé par des travaux antérieurs de M. le professeur Velpeau, qui employa avec succès la teinture d'iode pour la cure de certains hydrocèles, de quelques abcès par congestion, je m'imaginai d'employer la teinture d'iode pour tenter la guérison d'une fistule cutanée qu'une femme portait au cou ; je guéris cette fistule. Cette femme avait, en outre, une énorme caverne au sommet du poumon droit; il me vint à l'idée, en voyant le succès que j'avais obtenu, de lui faire faire des inspirations avec la teinture d'iode, de porter directement cet agent sur la surface pulmonaire par la respiration, de modifier directement le sang en agissant sur cette surface qui absorbe ces virus, ces venins qui produisent cette terrible maladie, et de mettre ainsi l'organe malade en rapport direct avec l'agent thérapeutique.

M. Chartroule, M. Chevalier eurent l'idée de faire arriver la vapeur d'iode pure dans le poumon, et, dans ce but, M. Chartroule a imaginé un petit appareil destiné à mesurer la quantité d'iode que le malade peut absorber. Cet ingénieux appareil, guidé en ville par des mains intelligentes, peut rendre plus de services que nous ne pourrions peut-être en tirer dans nos salles. Cet appareil a également pour effet d'empêcher la paillette la plus subtile d'iode d'être aspirée et d'avoir une action trop forte sur la muqueuse du poumon. Je vous dirai cependant que les inspirations d'iode métallique ne peuvent remplacer la teinture alcoolique, qui peut avoir, dans certains cas, un autre mode d'action. Je vous ai fait voir comment, par une expérience bien simple, il est évident que la vapeur d'iode inspirée est absorbée dans le poumon, et que l'air expiré ne vient plus donner la moindre teinte bleuâtre à l'amidon. L'iode est évidemment absorbé par les voies de l'air, sur lesquelles il agit en outre directement.

Depuis longtemps nos grands maîtres, en tête desquels nous devons placer l'immortel Laënnec, avaient songé à ce moyen d'action pour la cure des tubercules pulmonaires. Laënnec avait remarqué que les paysans bretons qui habitaient les bords de la mer ne devenaient jamais tuberculeux. Il fit venir à grands frais des varechs qui croissent sur le bord de la mer, et qui renferment de grandes quantités d'iode, et en fit entourer le lit de tous les phthisiques. Ce moyen ne fut pas suivi de succès, et Laënnec l'abandonna ; mais l'idée n'en était pas moins bonne.

On a reproché aux inhalations d'iode de provoquer la toux, d'exciter la dyspnée et de déterminer des hémoptysies. Cela dépend de ce que ces inspirations étaient mal faites, et que la vapeur d'iode n'était pas mélangée d'une assez grande quantité d'air. Le malade doit en outre en respirer peu et souvent.

En outre des inhalations iodées, je fais prendre aux malades de l'iodure de potassium à l'intérieur, et comme je l'ai indiqué. Il est bon de cacher la saveur de l'iodure de potassium dans un sirop aromatisé avec la teinture de vanille. Ce moyen n'est pas inutile à indiquer; car la forme agréable sous laquelle les homœopathes présentent leurs médicaments est pour beaucoup dans le succès qu'ils obtiennent dans le monde.

Si l'iodure de potassium augmentait l'enterrorrhée, on pourrait suspendre pendant quelques jours l'emploi de ce médicament.

Enfin, ce traitement doit être complété par l'emploi de frictions faites avec la teinture d'iode. C'est à un homme d'un talent reconnu, c'est à un homme de progrès, à M. Natalis Guillot, que nous devons d'avoir pu appliquer avec succès les frictions avec la teinture d'iode.

Dans un travail de premier ordre, M. Guillot a fait voir que, chez certains phthisiques, il se produisait des oblitérations particulières de certains vaisseaux, veines ou artères ; qu'il s'établissait alors une circulation accidentelle, supplémentaire, et au moyen d'adhérences entre la surface pulmonaire et pariétale, et c'est par ces adhérences et ces moyens de communication qu'il est possible de faire encore pénétrer dans le poumon de certaines quantités d'iode. La teinture d'iode doit être étendue de quinze ou vingt fois son poids d'eau, et il faut mettre trois ou quatre jours d'intervalle entre chaque friction.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

De la contagion de la syphilis congéniale.

La contagion de la syphilis constitutionnelle des enfants aux nourrices et *vice versâ*, cent fois prouvée par les observations les plus positives et toujours remise en question ou niée par les partisans d'une doctrine aussi fausse que fâcheuse dans ses conséquences pratiques, exige qu'on mette de temps en temps sous les yeux des hommes impartiaux les faits propres à démontrer la réalité de cette contagion ; en voici un qu'on ne lira pas sans intérêt, et que M. Cazenave vient de consigner dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*.

Au n° 47 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée Augustine Barrier, femme Ozouf, âgée de vingt-quatre ans, exerçant la profession de journalière, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 9 juillet 1851 pour y être traitée d'une affection décrite ci-après.

Cette femme, d'une constitution robuste, réglée depuis l'âge de seize ans, régulièrement et abondamment, jouissait habituellement d'une bonne santé. Elle n'a eu d'autre maladie sérieuse qu'une fluxion de poitrine, il y a deux ans. Mariée depuis sept ans, elle est mère de deux petites filles âgées, l'une de trois ans, l'autre de vingt-deux mois.

Il y a cinq semaines environ qu'elle a remarqué, pour la première fois, un bouton rouge, un peu humide, dans l'aîne du côté gauche; ce bouton avait le volume d'une tête d'épingle, et occasionnait une vive démangeaison. Cinq ou six jours plus tard, il s'en forma un autre tout à fait semblable au voisinage du premier, et bientôt il en parut un certain nombre dans la région inguinale du côté opposé. Pendant quinze jours il ne survint aucun autre accident ; mais, au bout de ce temps, des démangeaisons vives furent ressenties par la malade dans les parties génitales extérieures, qui devinrent gonflées, douloureuses, suintantes. En même temps, il existait une certaine difficulté dans l'émission des urines. Ces accidents, ayant toujours été en augmentant, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée (9 juillet), elle présente l'état suivant : Les grandes lèvres sur leurs deux faces, les petites sur leur face externe, le périnée, la marge de l'anus, les deux aines dans le voisinage des parties génitales, toutes ces parties sont littéralement couvertes de plaques muqueuses saillantes, quelques-unes même un peu pédiculées, à surface rouge ou blanchâtre, les unes humides, d'autres sèches et comme squameuses, dont la largeur varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'une pièce de cinq sous. Le linge de la malade est souillé par une sanie roussâtre.

D'autres plaques muqueuses plus petites existent sur la face externe des paupières, sur le bord du pavillon de l'oreille et sur la surface mastoïdienne correspondante. Nulle part on ne trouve d'ulcération.

Une roséole syphilitique des mieux caractérisées, à taches larges et sans saillies, couvre le tronc et les membres.

Sur le cuir chevelu, principalement en arrière, on trouve des croûtes d'un gris jaunâtre, stalactiformes, adhérentes, qui recouvrent des surfaces exulcérées, arrondies, entourées d'une auréole rouge-cuivré.

Derrière les branches maxillaires existent de chaque côté de nombreux ganglions de différentes dimensions, douloureux, s'étendant en arrière jusqu'aux muscles trapèzes. Les plus volumineux avoisinent la naissance des cheveux. Au dire de la malade, le développement de ces glandes serait antérieur à l'apparition des premiers accidents du côté des parties génitales et remonteraient à deux mois environ, époque à laquelle elle a été prise d'un violent mal de gorge; seulement ces ganglions auraient beaucoup grossi depuis cette époque.

L'isthme du gosier et la paroi postérieure du pharynx sont le siége d'une assez vive rougeur; mais on n'y aperçoit ni plaques, ni ulcérations. Gêne notable de la déglutition, et quelquefois douleurs dans les oreilles ; les amygdales sont naturelles.

Sous la voûte palatine, vers la région du trou incisif, le doigt rencontre une saillie arrondie, dure, douloureuse, ayant le volume d'un haricot. La malade affirme n'avoir jamais rencontré, avec sa langue, dans sa bouche, une saillie de ce genre avant sa maladie; sur le bord antérieur de la clavicule gauche, vers le milieu de ce bord, on constate également la présence d'une nodosité assez dure et fort douloureuse à la pression. Les douleurs que la malade ressent dans la bouche et dans la région claviculaire augmentent notablement pendant la nuit.

Il en est de même de la céphalalgie, dont cette malade se plaint depuis plusieurs semaines, et qui, sauf les exacerbations nocturnes, est continuelle et des plus vives.

Il est à noter que depuis bientôt trois mois, c'est-à-dire depuis une époque antérieure à la manifestation des accidents actuels, la santé de cette malade a commencé à s'altérer ; c'est ainsi que depuis ce temps elle éprouve des maux d'estomac avec sensation de gonflement après le repas. L'appétit a diminué; il y a de la constipation et fréquemment des coliques; amaigrissement et pâleur ; on perçoit un bruit de souffle chlorotique. Plusieurs mois avant que les boutons fussent survenus, la malade s'est aperçue d'une leuchorrée assez abondante.

Cependant en ce moment il n'existe pas d'écoulement notable par le vagin (9 juillet). La malade ayant été examinée au spéculum, on trouve la muqueuse du vagin d'un rose pâle et le col utérin normal. Quelques mucosités filantes s'échappent de la cavité du col. Il n'y a pas de trace d'ulcération.

Interrogée avec le plus grand soin sur les circonstances possibles d'une contagion par le coït, la malade donne des renseignements tout négatifs. Elle n'aurait jamais fait d'infidélité à son mari, et lui-même est en parfaite santé ; cet homme ayant été examiné, on ne trouve en effet chez lui aucune trace d'accident syphilitique actuel ou passé. En conséquence, elle croit avoir pris la maladie de la plus jeune de ses filles, dont voici l'histoire :

Aussitôt après sa naissance, cette enfant fut confiée à une nourrice (qui n'était pas du bureau), femme vigoureusement

constituée, et chez laquelle l'examen des seins ne fit découvrir alors aucune maladie, pas même la plus légère gerçure. Trois mois après la nourrice commença à allaiter une autre enfant (sa nièce). Ozouf prétend que celle-ci était venue au monde toute noire, ayant des boutons dans les aines et rendant du pus par la bouche et le nez; tandis qu'au dire de la nourrice, chez cette enfant, il ne se serait manifesté que des plaques muqueuses aux parties génitales et à la bouche, et cela quinze jours après la naissance. Elle ajoute que ces plaques muqueuses étaient complétement guéries lors de la mort de l'enfant, qui eut lieu à l'âge de trois mois, et aurait été due à une inflammation des intestins.

Trois mois après la mort de sa petite nièce, la nourrice s'est aperçue à son tour de la présence aux parties génitales d'un grand nombre de plaques muqueuses. Elle nie également toute autre source de contagion que celle de l'allaitement. La guérison de ces plaques muqueuses eut lieu après deux mois d'un traitement par la pommade au calomel et l'usage de tisanes. Six mois après elle accoucha d'une petite fille bien portante, qu'elle allaite elle-même, et chez laquelle il existe aujourd'hui une trentaine de plaques muqueuses à la vulve, au périnée et à la face interne des cuisses. La maladie de cette petite fille, âgée de trois mois, ne remontait pas au-delà de quinze jours. M. Cazenave lui a prescrit, le 21 juillet, un traitement par le proto-iodure de mercure.

Quoi qu'il en soit, Ozouf, alarmé par la maladie de ce second nourrisson, et craignant qu'elle ne se communiquât à son enfant, retira la petite fille de chez la nourrice, d'autant plus que cette femme, infidèle sans doute à la promesse qu'elle avait faite de réserver un sein à chacun de ses enfants, finit par avoir aux deux mamelons des plaies extrêmement douloureux.

En examinant les seins de la nourrice, nous avons, en effet, trouvé des cicatrices blanchâtres, linéaires aux deux mamelons; mais la nourrice affirme que les plaies dont on voit aujourd'hui les traces étaient le résultat pur et simple des morsures que lui avait faites sa petite nièce.

L'enfant d'Ozouf resta auprès de sa mère, qui la sevra, et ne présenta aucun accident syphilitique ou autre pendant un mois entier; mais au bout de ce temps, sans cause connue, sans avoir été approchée par aucune personne suspecte, cette enfant eut aux deux aines d'abord, puis aux parties génitales, à l'anus et aux fesses, une abondante éruption de plaques muqueuses; rien n'existait alors à la bouche. C'est seulement à l'époque où M. Cazenave soignait cette enfant qu'il lui est survenu une plaque à l'une des commissures labiales. Après être restée cinq mois environ sans aucun traitement, elle fut apportée à la consultation de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, et soumise à un traitement par les pilules de proto-iodure de mercure. Ce traitement, régulièrement suivi depuis le mois de décembre 1850, amena la guérison complète de la petite fille au mois de mai 1851.

A la consultation de l'hôpital, nous avons vu Ozouf écarter sans précaution aucune les grandes lèvres et les fesses de la petite malade pour en faciliter l'examen à M. Cazenave, et elle avouait ingénument n'avoir jamais pensé à se laver les mains après avoir touché les plaques muqueuses qui couvraient ces parties. En outre, elle se servait souvent de la cuiller destinée à l'enfant, et quelquefois même lui administrait la bouillie de la bouche à la bouche.

Cependant l'apparition du premier bouton n'eut lieu chez Ozouf que quinze jours après la guérison complète de toutes les plaques muqueuses chez son enfant.

Depuis un mois environ, Ozouf a remarqué des plaques muqueuses chez l'aînée de ses filles (Louise Ozouf, âgée de trois ans); cette enfant a été examinée avec soin le 21 juillet: elle présente un nombre considérable de tubercules plats à la vulve et à l'anus, tubercules disposés de telle façon qu'ils recouvrent une surface correspondant d'une part au plus exact rapprochement des grandes lèvres, de l'autre à l'affrontement des deux fesses. Les petites lèvres et le reste de la vulve en sont exempts. Deux tubercules syphilitiques bien caractérisés se rencontrent sur le ventre et l'une des cuisses. Il existe sur la joue gauche une ulcération à pourtour cuivré, recouverte d'une croûte gris-verdâtre, adhérente. Cette ulcération paraît dater de quelques jours seulement.

Les ganglions cervicaux sont très développés, aussi bien ceux qui avoisinent la naissance des cheveux que ceux qui sont placés derrière les branches maxillaires. Il existe un eczéma impétigineux du cuir chevelu. Louise est actuellement traitée à l'hôpital des Enfants malades.

Ozouf dit ne pouvoir rattacher la maladie de Louise à aucune autre cause qu'à la circonstance suivante: souvent elle faisait coucher cette enfant sur des draps dont elle s'était servie pendant sa maladie; deux fois, elle lui a même fait partager son lit.

Le 29 juillet, l'état d'Augustine Ozouf a été considérablement modifié par le traitement qu'elle subit depuis son entrée à l'hôpital (décoction de salsepareille, deux pilules de proto-iodure de mercure tous les jours, bains de vapeur). La roséole a disparu; des plaques muqueuses, les unes sont complétement effacées, les autres ont perdu leur relief et présentent une surface presque entièrement sèche.

La malade se plaint surtout de céphalalgie et de gêne dans la déglutition. Cependant la gorge n'offre toujours que de la rougeur. Quant aux gonflements ganglionaires et aux nodosités trouvées dans la bouche et sur le trajet de la clavicule gauche, il n'y a sous ce rapport aucun changement appréciable.

N. B. — Depuis cette époque, la femme Ozouf a été obligée de quitter le service, appelée par l'état alarmant de l'aînée de ses filles malade à l'hospice des Enfants et qui est morte de la variole.

— Si l'on résume cette observation, dit M. Cazenave, dans laquelle il nous a été permis de voir, d'examiner, de suivre tous les individus qui y jouent un rôle, excepté le second nourrisson, on voit une nourrice saine, allaitant depuis trois mois un enfant sain aussi, puis recevant un nouveau nourrisson malade; et à partir de cette époque, l'infection du premier nourrisson retiré chez sa mère, l'infection de celle-ci, d'une petite sœur, et enfin la nourrice enceinte devenue malade aussi, et mettant au monde un enfant également infecté.

Maintenant, à cet enchaînement curieux de faits, à cette succession de phénomènes d'infection si rapidement enlés les uns sur les autres, y a-t-il deux explications?

Dans l'une, en vertu du principe de la non-contagion absolue des symptômes secondaires, pour trouver la clef de cette série d'accidents, il faudra accumuler hypothèse sur hypothèse, à commencer par celle qui supposera que la nourrice a pu être infectée par un ulcère primitif existant chez son second nourrisson, qui est resté pour nous inconnu.

Si l'on doit tenir compte du soin minutieux avec lequel ont été relevés tous les détails de cette curieuse histoire, des investigations multipliées et persévérantes dont les individus infectés ont été l'objet, il n'y a pour le fait dont nous nous occupons ici qu'une explication, une explication naturelle qui résulte tout simplement de l'observation des faits. Le second nourrisson a été le point de départ, le premier chaînon resté seul inconnu de la série des phénomènes observés, qui ont débuté par l'infection de la nourrice et de la fille O... Celle-ci a communiqué la syphilis à sa mère; celle-ci à sa fille aînée. Enfin, la nourrice a mis au monde un enfant malade aussi, même après un traitement, il est vrai, fort incomplet.

Il faut remarquer surtout un point des plus importants de cette curieuse observation, c'est l'identité de l'expression phénoménique chez les divers individus infectés; ainsi nulle part il n'y a trace de chancre, toujours et partout c'est la plaque muqueuse.

Avant de revenir en détail sur cette circonstance, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que c'est par là que cette observation diffère de celle de Hunter, qui l'une et l'autre conduisent, il est vrai, à la possibilité du même fait, savoir: la contagion, mais à des conditions bien différentes, en vertu desquelles dans l'une la contagion est nécessairement plus constante que dans l'autre. Et nous verrons plus loin que l'explication des phénomènes relatés dans notre observation ne s'éloignerait pas tant de l'opinion de nos contradicteurs, si ceux-ci n'étaient pas comme fatalement liés par leur syphilis primitive. Enfin nous avons été frappé aussi d'une sorte de régularité dans la période d'incubation. Ainsi, chez la nourrice, les symptômes syphilitiques se développent à peu près en même temps que chez la première fille d'O... Ainsi cette dernière signale l'apparition des premiers phénomènes de l'infection dont elle est atteinte, à peu près après un laps de temps égal à celui que mettent à se développer les accidents dont est saisie la fille aînée.

L'appréciation de ce fait nous conduit naturellement à quelques considérations, sur lesquelles je crois devoir insister.

DISCUSSION

SUR LES TUBERCULES DU TESTICULE.

Addition à la séance de l'Académie de médecine du 26 août.

Nous donnons aujourd'hui le résumé des discours de MM. Laugier et Malgaigne.

M. LAUGIER. Deux points de la question ont naturellement attiré l'attention des membres qui ont pris part à la discussion.

Le premier est l'anatomie pathologique des fistules qui succèdent aux tubercules du testicule.

Le deuxième est l'opération qui peut leur être applicable.

Sur le premier point, l'anatomie pathologique, il y avait des croyances établies; on faisait dépendre la lenteur avec laquelle ces abcès se cicatrisent, la tendance qu'ils ont à rester fistuleux de certaines circonstances anatomiques. La principale, disait-on, est la disposition des parois des foyers tuberculeux, dont la dureté s'oppose à leur affaissement, que prévient encore l'augmentation d'épaisseur de la tunique albuginée du testicule.

Ces conditions n'empêchaient pas toujours la cicatrisation des fistules au bout d'un temps plus ou moins long. Quelques-unes restaient incurables.

Aujourd'hui, M. Malgaigne fait dépendre l'incurabilité d'une autre condition anatomique: l'existence d'un fongus jusqu'ici inconnu et qu'il appelle tuberculeux.

Ce fongus n'existe-t-il que dans les fistules tuberculeuses incurables? Le trouve-t-on, au contraire, dans toutes les fistules dont la guérison se fait attendre quelques mois, quelques annécs? Sa fréquence nous est aussi inconnue jusqu'ici que sa réalité. Faute par M. Malgaigne d'avoir apporté des pièces probantes au lieu de descriptions, il est arrivé d'abord qu'on ne s'est point entendu sur la lésion décrite par M. Malgaigne.

La lésion anatomique n'étant point suffisamment établie, comment discuter sur l'opération qui lui convient? La discussion n'échappe-t-elle pas à une conclusion rigoureuse?

Aussi, voyez quelle diversité d'opinions! les fongus tuberculeux de M. Malgaigne seront successivement, pour M. Roux, le fongus bénin de Lawrence; pour M. Robert, de simples végétations charnues, telles que celles qu'on rencontre sur les vieilles plaies, les anciens ulcères; pour d'autres, enfin, au lieu de fongosités, qui ne seront qu'une complication accidentelle et non pas la lésion essentielle, il n'y aura que des indurations, qu'un kyste à parois indurées tendant à la cicatrisation spontanée, quoique souvent tardive.

M. Malgaigne a bien, il est vrai, admis cette forme pour les fistules curables; mais celles qui tardent à guérir ou qui sont incurables doivent, suivant lui, leur ténacité à la présence d'un fongus tuberculeux.

C'est moi qui l'ai découvert, dit-il, moi qui viens epprendre aux chirurgiens, qui ne s'en doutaient pas, la cause de l'incurabilité de certaines fistules testiculaires.

Forcé par cette déclaretion péremptoire de me ranger, provisoirement du moins, parmi les chirurgiens qui n'ont pas vu le fongus tuberculeux, je n'avais pas perdu l'espoir de le trouver du moins dans les observations de ceux de nos confrères qui se sont déclarés partisans de l'amputation partielle du testicule dans les mêmes circonstances où s'est placé M. Malgaigne.

C'est donc avec un véritable désappointement que j'ai cherché vainement le fongus tuberculeux du testicule dans leurs observations. Ainsi donc, jusqu'à ce qu'il juge à propos de nous convertir à son opinion par la vue même de la lésion pathologique, il nous est permis de douter, et nous sommes bien forcés en attendant de chercher dans ses descriptions, dans ses observations surtout, la preuve de cette maladie nouvelle qui exige un traitement nouveau.

M. Malgaigne a dit et répété qu'il regardait comme impossible la méprise entre le fongus tuberculeux et les fongus bénins déjà connus.

Quels sont les caractères distinctifs qu'il établit?

Les fongus bénins de Lawrence sont, dit-il, des hernies du testicule à travers la tunique albuginée.

Cela est vrai pour les fongus dits parenchymateux, mais on connaît deux classes de fongus bénins du testicule. Il en est de superficiels qui ne sont pas des hernies de la pulpe de l'organe et qui ne différeraient plus des fongus tuberculeux de M. Malgaigne que par certaines qualités du pus, fort variables du reste à en juger par la lecture de ses observations, ou par l'existence de certaines fistules, que l'on rencontre aussi bien dans les fongus bénins superficiels de Lawrence.

Je vais plus loin: quelle preuve a-t-on que jamais le fongus profond ou superficiel de M. Malgaigne n'est pas une hernie du testicule à travers la tunique albuginée ou même à travers le fond du kyste tuberculeux?

L'opinion déjà citée de M. Gama, l'observation de M. Gerdy citée par M. Larrey, les remarques de M. Jobert sont favorables à la similitude des fongus tuberculeux et des fongus bénius parenchymateux.

Je sais bien que M. Malgaigne nous a parlé des dissections qu'il a faites des fongus superficiels et profonds; mais il n'en a donné qu'en gros les détails à l'Académie, et ici encore l'absence de pièces ajoute à nos regrets. Il n'a cité aucune recherche sur les fongus extirpés, sur les différences anatomiques ou même microscopiques qu'ils pouvaient avoir avec les fongus déjà connus.

On voit dans ses deux opérations que le tissu du tubercule au voisinage du fongus paraît sain, mais brunâtre. Etait-il ou non engagé dans la base du fongus? Une opération aussi délicate ne lui a pas permis peut-être une dissection aussi soignée qu'il le faudrait pour résoudre cette question; mais le doute reste.

Voilà pour le siége; les observations de M. Malgaigne sont-elles plus certaines pour la nature tuberculeuse du fongus?

M. Jarjavay a recueilli dans mon service de la Pitié une observation de fongus du testicule qui me paraît avoir les plus grandes analogies avec celui du deuxième malade de M. Malgaigne et être né dans des circonstances à peu près identiques.

Le malade de la Pitié avait eu des chancres, des bubons; il portait de nombreuses cicatrices d'ulcérations syphilitiques; il avait même de ces ulcérations à l'époque où existait sur le testicule un fongus granuleux, saillant au-dessus des téguments, étranglé par eux à sa base, fournissant peu de pus et peu douloureux au toucher. Il guérit *sans opération et pendant qu'il faisait usage de l'iodure de potassium.*

Le malade de M. Malgaigne est une véritable victime de la syphilis.

Ici le savant académicien analyse la deuxième observation de M. Malgaigne et arrive aux mêmes conclusions que nous. Puis il continue:

J'arrive maintenant à l'opération:

Dans les cas de testicule tuberculeux assez altéré pour qu'on songe à la castration, on cherche vainement quel pourrait être l'avantage de la dissection laborieuse qu'il faudrait faire pour laisser quelques traces de tissu testiculaire. Aussi n'est-ce point la proposition primitive de M. Malgaigne, et c'est la discussion qui l'a conduit à cette application extrême de sa méthode. Sa véritable proposition a trait à l'affection tuberculeuse limitée du testicule, et consiste dans l'amputation de tous les tissus malades et par conséquent aussi dans l'amputation partielle de l'organe.

Je lui concède bien volontiers pour ma part qu'il n'y a aucune comparaison à faire entre les dangers d'une amputation partielle et ceux de la castration.

Ce qu'on peut objecter à M. Malgaigne, ce n'est donc pas, à mes yeux, de préférer l'amputation partielle à l'amputation totale. Bien plus, on aurait pu reprocher à notre collègue de ne faire que renouveler une opération déjà acquise à la science. L'amputation partielle du testicule est préconisée par A. Cooper, adoptée par Lawrence, rejetée, il est vrai, mais injustement, par Curling. De telle sorte que la nouveauté de la proposition de M. Malgaigne ne repose que sur une question de diagnostic; car si le fongus tuberculeux n'est qu'un cas particulier de fongus parenchymateux, il n'y a plus rien de nouveau dans l'opération de notre confrère, et si le fongus tuberculeux est distinct, au contraire, l'analogie combat fortement en faveur de sa proposition, et ce n'est plus que la convenance de l'amputation partielle appliquée aux tubercules qu'il s'agit de discuter et de combattre si on ne l'adopte pas.

Plusieurs de nos confrères l'ont adoptée; la plupart, au contraire, l'ont combattue. J'ai été peu touché des raisons tirées de la coïncidence des tubercules dans la poitrine et dans les testicules:

1° Parce que, lorsque cette coïncidence est évidente, personne, pas plus M. Malgaigne qu'un autre, ne songerait à une opération *in extremis;*

2° Parce que dans les cas douteux de tubercules pulmonaires, nous savons tous que la plupart des chirurgiens ne reculent pas devant l'amputation des membres pour des tumeurs blanches, opération bien autrement importante et grave que la résection du testicule.

Si donc il y avait à choisir entre la castration et l'amputation partielle du testicule pour des tubercules, je me rangerais sans hésiter du côté de M. Malgaigne, surtout si l'affection tuberculeuse du testicule était bien limitée et peu étendue. Mais la principale question n'est pas là.

Il s'agit de savoir s'il ne vaut pas mieux, dans l'intérêt du testicule lui-même, ne rien faire, ou du moins ne pas faire d'opération. C'est, en effet, la conduite à peu près générale des chirurgiens. On ouvre les abcès tuberculeux, mais on n'excise ni les indurations ni les fongus s'il y a en a, et par cette conduite on arrive à deux résultats. Ou les fistules se cicatrisent, ou au contraire elles restent ouvertes, longtemps ou toujours, et cependant beaucoup de malades agissent, vont et viennent avec leurs fistules, sans trop s'en occuper. D'autres sont de temps à autre condamnés au repos quelques semaines, plusieurs mois. C'est pour ceux-là qu'il pourrait être question d'opération; mais parmi ceux de cette dernière catégorie, les uns, sans avoir le testicule assez altéré pour qu'on songe à la castration, ont cependant plusieurs tubercules dans le testicule, l'un dans l'épididyme, c'est un siége fréquent, l'autre dans le testicule, et il faudrait alors, pour ménager même le plus possible les tissus sains, faire plusieurs opérations, et laisser un testicule sans usage et dans un grand état de délabrement. Les autres n'ont qu'un

tubercule accompagné de tissus indurés et même fongueux ; si la maladie est bornée au corps du testicule, c'est le cas le plus favorable à l'opération de M. Malgaigne.

Supposons le plus avantageux, celui où le tubercule serait situé près de la surface de l'organe, il ne me paraît point impossible de faire alors une opération utile; c'est dans des cas analogues, probablement, que MM. Malgaigne, Jobert et Larrey ont opéré.

Mais si le tubercule est situé plus au centre du testicule, les conditions du manuel opératoire changent et ne s'améliorent pas. M. Roux lui-même a déclaré l'opération difficile; et malgré l'hommage rendu par M. Malgaigne à notre illustre maître, il n'est pas parvenu, sans doute, à effacer l'impression faite sur la compagnie par l'arrêt que M. Roux a porté. Il faut remarquer, en effet, que l'excision à faire alors est plus difficile que celle qui a été pratiquée dans les cas de fongus bénin parenchymateux. Dans celui-ci, la surface de la tunique albuginée est la limite de l'opération ; on excise ce qui excède, ce qui déborde la surface de cette membrane. Dans le kyste tuberculeux profond, qu'il soit ou non accompagné de fongus, il faudrait, d'après M. Malgaigne, du moins, aller au delà du kyste qui, lui-même, est situé plus loin que la tunique albuginée. De là une difficulté plus grande dans le manuel opératoire, de là aussi un plus grand désordre dans l'organe.. Que deviendra un testicule ainsi excavé, réduit à une coque de vaisseaux séminifères, que nous supposerons sains ? C'est ce que l'expérience seule peut nous apprendre; et je crois qu'à la rigueur elle peut être tentée.

Cependant M. Malgaigne nous a dit et répété que c'était pour les cas de fongus qu'il réservait son opération. Ce n'est point en effet pour le kyste induré, puisqu'il ne considère pas la présence du kyste sans l'existence du fongus comme opposée à la cicatrisation. S'il en est ainsi, lors même que le fongus serait une complication constante dans les fistules rebelles, il suffirait de détruire le fongus pour remettre les choses en meilleur état, et retrouver des chances de guérison spontanée. Ne peut-on pas dans l'opération ne détruire que le fongus? Son excision suivie de cautérisation des parois du kyste où, suivant M. Malgaigne, il prend naissance, ne serait-elle pas aussi sûre contre le fongus, et beaucoup moins périlleuse pour le testicule ?

M. Malgaigne cherche d'abord à démontrer que l'opération pratiquée par Ast. Cooper, Gerdy, Larrey, etc., n'est pas la même; que, dans tous les cas, elle n'aurait été appliquée qu'au fongus superficiel, le fongus profond étant inconnu avant lui. Puis il continue :

Il y a deux sortes d'excroissances qui sortent d'un testicule précédées de suppuration ; l'une est le fongus bénin, l'autre est le fongus tuberculeux. Jusqu'ici vous confondiez l'un avec l'autre, tellement que vous les confondez encore ; c'est donc par hasard que vous avez enlevé des fongus tuberculeux, et si bien par hasard, que vous estimez encore n'avoir pas fait autre chose qu'A. Cooper, qui enlevait le fongus bénin. C'est là le premier point que je me suis chargé de vous apprendre ; et de ce fait, ignoré jusqu'ici, j'ai fait découler cette conclusion capitale, qu'il y a de ces excroissances qu'il faut enlever, et qu'il y en a qu'il faut respecter.

Autre révélation : c'est que ce fongus mauvais, qu'il faut détruire, n'existe pas seulement à l'extérieur, mais qu'il se produit à l'intérieur, sous une couche épaisse de tissus, révélé seulement par une ou plusieurs fistules ; d'où cette conséquence importante qu'il faut l'aller chercher dans sa profondeur, pour l'enlever comme s'il était externe. Enlever l'un ; enlever l'autre, c'est véritablement la même opération, au point de vue scientifique ; eh bien ! c'est cette opération ainsi conçue que je réclame, qui est mienne, que des mains habiles ont bien pu exécuter par hasard dans sa partie la plus facile, que nulle intelligence n'a proposée et justifiée avant moi.

Mais j'oublie que cela même, l'existence de ces fongus et la nécessité de les extirper, M. Ricord m'en dénie la découverte ; non pas à son profit, non; ni au profit de personne en particulier ; mais cela était su de tout le monde.

« *Nous avons donc tous forcément vu*, dit-il, *ce que M. Malgaigne a vu, et nous savons tous que tant que des altérations semblables existent, soit au cou, soit aux aines, soit au scrotum ou autre part, il n'y a pas de cicatrisation possible. La seule chose qui appartienne à notre savant collègue, c'est le nom de fongus tuberculeux donné à ces fongosités ;* » et encore, il ne veut pas même me laisser ce nom.

Nous avons tous vu forcément! Tout le monde, messieurs, moi seul excepté ! Que M. Ricord me permette cependant de le lui dire ; s'il en était ainsi, si tout le monde savait ce que j'ai cru voir le premier, il se serait passé là quelque chose d'inouï dans les sciences; et je serais la victime d'un complot universel tramé à mon insu par toute la chirurgie contemporaine. En effet, tous les chirurgiens auraient connu mes fongus, et tous se seraient entendus pour n'en rien dire. A. Cooper, le premier machinateur de cette déception, les aurait malicieusement confondus avec le fongus bénin, pour m'induire en erreur ; M. Curlin, entrant tout à fait dans ces vues, aurait gardé le même silence ; M. Velpeau aurait contracté dans le même but une alliance perfide avec la chirurgie anglaise ; et M. Ricord, mon ami depuis vingt ans, à qui *sa position spéciale*, comme il nous l'a dit, *permet de voir si souvent* les tubercules testiculaires, M. Ricord se serait abstenu depuis vingt ans d'en dire un seul mot, ni à moi, ni à d'autres ! Est-ce que cela est sérieux, messieurs ? Et ce mot surtout, *nous avons tous forcément vu!* dans la bouche de M. Ricord, particulièrement, ce mot a droit de m'étonner. Ne sait-il donc pas, et par une longue expérience, que la plupart des hommes ne voient pas ce qui s'offre tous les jours à leurs yeux; qu'il faut qu'on le leur révèle, qu'il faut qu'on leur apprenne à voir, qu'il faut qu'on les force à voir ?

Suivant M. Ricord, il n'y a pas plus de tubercules dans le testicule qu'il n'y en a dans l'épididyme. A des affirmations aussi absolues, je n'ai qu'un mot à répondre : qu'en savez-vous donc ? Quoi ! Curling a fait des dissections nombreuses, il cite notamment deux cas où il n'y avait qu'un tubercule dans le testicule; un autre où il y en avait cinq ou six, mais l'épididyme sain ; et M. Ricord le nie ! M. Velpeau a vu de ces tubercules isolés ; M. Jarjavay en a constaté un, chose bien remarquable, sur un sujet atteint de phthisie ; et M. Ricord le nie ! Où sont donc ses autopsies à lui ? Et quand il n'aurait pas vu ce que d'autres ont vu, où donc prendrait-il le droit de nier des faits constatés par d'autres ?

Ce droit, voici où il le prend, messieurs ; c'est que, tous, nous nous serions trompés. Pour moi d'abord, je suis fort en arrière, quant aux moyens de diagnostic : M. Ricord a bien voulu me l'apprendre. On se souvient que, dans un cas, sur le vivant, j'avais diagnostiqué un abcès tuberculeux, d'abord à la nature du pus, puis à des bosselures existant sur le testicule et l'épididyme.

M. Malgaigne soutient encore l'exactitude de ce diagnostic, et continue :

Quand il y a des tubercules dans le testicule, sans qu'il y en ait en même temps dans l'épididyme, — « je crois, dit notre savant collègue, M. Ricord, qu'on a dû prendre alors pour des tubercules d'autres altérations qui leur ressemblent beaucoup; le *tubercule jaune*, par exemple, formé de lymphe plastique, ou bien les tumeurs gommeuses, ou encore l'albuginite syphilitique, parfaitement tuberculiforme à une certaine période : *le microscope n'avait pas encore passé par là.* »

Ce serait donc au microscope que M. Ricord serait redevable de ses notions particulières sur le diagnostic différentiel des tumeurs testiculaires suppurées et non suppurées.

Messieurs, quelque pénible que cela puisse être, il faudra bien nous incliner devant les révélations du microscope, si en effet il pénètre plus avant que nos yeux dans la structure intime des tissus morbides ; et dès lors passer l'éponge sur tout ce que nous avions cru voir auparavant, et recommencer *ab ovo* la science. Mais avant de prendre une résolution aussi désespérée, il sera prudent sans doute de nous assurer si le microscope est vraiment un sûr guide ; car s'il devait également nous égarer, ce ne serait pas la peine d'échanger des erreurs pour d'autres erreurs, des doutes pour d'autres doutes. Or, si je consulte les micrographes qui se sont le plus récemment occupés de tubercules, j'y trouve une confusion qui n'a pas à craindre de rivale.

Je ne serai pas contredit, sans doute, si je mets M. Lebert au rang des plus laborieux et des plus habiles. M. Lebert a écrit un remarquable ouvrage sur les tubercules ; il y a trouvé trois éléments constants : 1° une matière jaune, demi-transparente ; 2° des granules moléculaires de 1/800e à 1/400e de millimètre ; 3° enfin des globules caractéristiques, du volume de 1/140e à 1/120e de millimètre, qu'il est inutile de décrire. Mais ces globules caractéristiques, les aperçoit-on toujours ? M. Lebert lui-même remarque que les granules « se trouvent disséminées dans toute la masse du tubercule, et quelquefois s'y rencontrent en si forte proportion qu'ils paraissent la composer en majeure partie : *avec quelque soin cependant*, on voit *le plus souvent* les globules propres au tubercule. »

Qu'est-ce à dire? Est-ce qu'on ne le verrait pas toujours ? Est-ce qu'il y aurait des tubercules sans globules caractéristiques ? M. Lebert confesse plus loin qu'*on les découvre plus difficilement dans la granulation demi-transparente des poumons*; et il est de fait que notre collègue M. Rochoux n'a pas pu les y découvrir.

Passe pour M. Rochoux ; et aussi M. Lebert lui reproche de n'avoir pas pris certaines petites précautions. Mais voici M. Vogel qui a repris cette étude en sous-œuvre, qui a bien reconnu les trois éléments de M. Lebert ; mais, dit-il :

« La substance fondamentale amorphe prédomine rarement : ce sont le plus souvent les granulations dont, parfois, la masse entière du tubercule semble être formée... Quelquefois on ne trouve presque point de formations celluleuses, *ou même il n'en existe pas la moindre trace...* Suivant que ces dernières prédominent, on peut attribuer au tubercule un degré plus ou moins élevé d'organisation.. »

Certes une pareille allégation valait la peine d'être relevée, M. Lebert la passe sous silence, comme si elle l'embarrassait. Mais enfin est-il toujours si sûr lui-même de ce qu'il voit ? Ecoutez ce qu'il dit du cancer du foie :

« Le cancer du foie subit quelquefois une infiltration graisseuse et granuleuse telle que non-seulement il ressemble à l'œil nu à la matière tuberculeuse, mais que, même au microscope, les noyaux des cellules cancéreuses ont pris l'aspect des corpuscules du tubercule. »

L'infaillibilité du microscope me paraît là un peu compromise, C'est bien pis pour les tubercules des os :

« J'ai rencontré, dit M. Lebert, un certain nombre de cas dans lesquels je suis resté dans le doute après l'examen anatomique ordinaire fait avec soin *et après l'étude microscopique aussi complète que l'état actuel de cet instrument le permet.* »

Encore jusque-là ne s'agit-il que du tubercule cru. Mais quand la fonte arrive, quand il s'agit de reconnaître si le pus ou la matière pyoïde est tuberculeuse ou non, la difficulté est insurmontable :

« Dans la fonte, le globule tuberculeux perd complétement ses caractères individuels et finit par se dissoudre en une matière *qui n'offre plus de molécules caractéristiques.* »

Que nous disait donc M. Ricord avec ses moyens extraordinaires de reconnaître le pus? Je sais bien qu'on pourra toujours répondre que ces cas difficiles sont exceptionnels, que le plus souvent le microscope y voit clair; mais le plus souvent aussi, grâce au ciel, les yeux ordinaires y voient clair, et je pense qu'il sera bon jusqu'à nouvel ordre de conserver précieusement les travaux déjà accomplis sur le tubercule avant et sans le microscope.

Mais enfin jusque là il ne s'est agi que des tubercules en général ; peut-être le microscope a-t-il révélé quelque chose de plus sur ceux du testicule. Hélas! non, messieurs ; M. Lebert se contente de dire en passant qu'il y a trouvé les mêmes éléments que dans les tubercules des autres organes, et pour le reste il s'en rapporte à peu près à M. Velpeau. Il n'a donc pas examiné comparativement la matière jaune dite plastique. Dans un cas de fongus granuleux opéré par M. Jarjavay, M. Robin a étudié cette matière jaune ; il y a trouvé la substance demi-transparente et les granules. Selon Vogel, ce serait assez pour constituer le tubercule ; et puis finalement, si M. Robin n'a pas trouvé les globules caractéristiques, ne pourrait-on emprunter la réponse de M. Lebert à M. Rochoux, et dire qu'il ne les a pas assez bien cherchés ?

Ainsi donc, même avec le microscope, la confusion et l'obscurité sont aussi grandes qu'auparavant. Qu'en conclure? Qu'il faut, comme le disait si bien M. Ricord, chercher encore, voir encore ; mais aussi, jusqu'à ce qu'on ait cherché et vu, qu'il faut s'abstenir de toute assertion aventureuse et confesser qu'on ignore et qu'on doute.

Mais il a encore d'autres objections qui s'attaquent aux conséquences de l'opération; ainsi, quand l'épididyme est pris, l'excrétion de la semence est impossible, et alors il ne croit pas à l'utilité du testicule.

Je dirai d'abord en passant que, si le tubercule attaquait la tête de l'épididyme, ce qui est, selon Curling, le cas le plus commun chez les scrofuleux, on pourrait bien encore l'enlever sans abolir absolument l'excrétion. La tête de l'épididyme est formée, en général, de douze à quinze lobes correspondant à autant de vaisseaux efférents et communiquant tous les uns avec les autres, en sorte que plusieurs de ces cônes pourraient être détruits sans que la fonction fût empêchée. Mais revenons aux cas où le canal excréteur est oblitéré, divisé, incapable de remplir sa fonction.

J'avais comparé un individu privé du canal excréteur à un homme qui n'en ferait pas usage. M. Ricord n'admet pas cette comparaison ; il pense que, chez l'homme complet, *le sperme sécrété est porté dans les vésicules séminales, où il exerce son action spéciale et d'où il est repris quand il n'est pas employé.* Mais, quand le sperme n'arrive pas jusque-là, nous ne savons pas ce qui arrive, *et peut-être en doit-il résulter des accidents.*

Cette théorie de la résorption du sperme dans les vésicules séminales fait honneur à l'imagination de notre ingénieux collègue; mais puisqu'enfin c'est de l'imagination pure, n'aurait-il pas pu, par amitié pour moi, imaginer tout aussi bien que le sperme peut être résorbé dans ses vaisseaux et sur place ? Rien ne s'y opposait; il dit lui-même qu'il n'en sait rien ; M. Gosselin était déjà d'un avis favorable, et j'aurais eu une objection de moins à combattre.

Mais, puisqu'il ne l'a pas voulu, je suis bien obligé de lui répondre qu'il se trompe, et que nous savons très bien ce qui se passe quand le sperme est sécrété sans arriver aux vésicules, tandis que nous ne savons pas du tout si les vésicules se prêtent à sa résorption. Nous le savons par des expériences sur les animaux, nous le savons par des observations sur l'homme.

Sur l'homme, puisqu'il a eu tant d'occasions de voir des tubercules, qui, selon lui, siégent toujours dans l'épididyme qu'ils doivent oblitérer, il a dû voir qu'il ne s'ensuit aucun accident; et M. Gosselin, qu'il a cité incomplétement, a rapporté un fait du même genre. Mes deux opérés, bien guéris depuis un an, et qui doivent avoir l'épididyme oblitéré, toujours selon M. Ricord, prêteraient aussi leur témoignage au moins à l'innocuité de cette oblitération. Mais les expériences ont toujours quelque chose de plus frappant, et M. Ricord aurait pu m'épargner la peine de citer celles qui suivent.

En 1823, cela remonte déjà loin, A. Cooper coupa d'un côté, sur un chien, les vaisseaux du cordon; de l'autre côté, le canal déférent. Le premier testicule tomba en gangrène, le second persista. Or, quatre ans après, le chien saillit deux fois une chienne, à la vérité sans la féconder; et quand on le sacrifia, six ans après l'expérience, on trouva les deux bouts du canal écartés et oblitérés, le testicule augmenté de volume, et le canal considérablement dilaté et plein de sperme au-dessous de la section.

Ainsi déjà, point d'accidents ; accroissement du testicule; abondance du sperme, et faculté de saillir conservée quatre ans.

En 1842, Curling fit quelque chose de semblable sur un chien ; il le tua malheureusement deux mois après; mais enfin il n'y avait pas eu d'accidents. Deux autres expériences du même genre donnèrent un pareil résultat. Mais voici quelque chose de plus.

Le 29 juin 1842, sur un petit chat de huit semaines, Curling divisa le canal déférent des deux côtés. L'animal devint un chat remarquablement beau; et en février suivant il devint rétif et turbulent, montrant une disposition à s'échapper de la maison. Le 24 février, Curling lui ôta les testicules; ils étaient gros (*plump*) et remplis d'un liquide qui contenait en abondance des spermatozoaires vivants.

Curling conclut de ce dernier fait que les testicules acquièrent leur développement ordinaire, bien qu'il y ait un obstacle mécanique à l'excrétion depuis un très jeune âge.

Je sais bien que M. Ricord ne sera pas entièrement satisfait ; la faculté de saillir laissée au chien d'A. Cooper lui paraîtra même peu de chose ; ne nous a-t-il pas raconté à cette tribune les observations de deux hommes qui avaient perdu les deux testicules, et qui cependant usaient du coït ? Et la deuxième observation n'était-elle pas terminée par cette réflexion triomphante :

« *Pas de testicules, pas de cervelet, et des fonctions génitales même exagérées!* » L'exagération était bien un peu aussi dans l'imagination du peintre ; car enfin il n'était pas exact de dire que le cervelet n'existait plus ; il existait, mais malade ; et cette maladie était peut-être pour quelque chose dans le satyriasis du malade.

Mais M. Ricord n'a pas pris garde à une chose. Son malade est mort trois mois après la castration ; quant à l'autre sujet, nous ne savons pas après combien de temps il a été observé. (M. Ricord : Plusieurs années.) A. Cooper a suivi un sujet de ce genre pendant fort longtemps.

Ce sujet avait perdu un testicule en 1799, et l'autre en 1801. Pendant la première année qui suivit, il eut des érections, se livra au coït et eut des émissions liquides. Dans la deuxième année, érection et coït sans émission ni sensation. Après ces deux ans, érections très rares, très imparfaites, cessant d'ordinaire dès qu'il voulait tenter le coït. Dans la dixième année, un seul essai. Enfin revu après vingt-huit ans, il n'avait depuis longtemps que des érections excessivement rares et même incomplètes ; le pénis était flétri et atrophié.

En regard il y a une autre observation d'A. Cooper, qui malheureusement pêche aussi par l'absence de dates certaines. Il semble en résulter que cinq ans après l'oblitération des deux épididymes, au moyen d'un séton, le sujet voyait facilement sa femme, sans excrétion, bien entendu. La présence des testicules aurait donc eu ici sur les fonctions de la verge une influence favorable.

C'est d'ailleurs là une question toute neuve, qu'il serait imprudent de prétendre résoudre à l'heure même ; et le fait de M. Ricord aura certainement un très grand prix quand il l'aura complété. Toutefois, déjà dès à présent, et les observations d'A. Cooper, et son expérience sur un chien et surtout l'expérience de Curling sur son petit chat, tendent à faire présumer que la conservation du testicule même sans son canal n'est nullement indifférente.

M. Laugier a regretté que depuis le début de la discussion je n'eusse pas présenté quelques malades à l'examen de l'Académie, et surtout que je n'eusse pas mis sous ses yeux une pièce anatomique.

Un malade que j'avais dans mon service s'étant décidé à l'opération, je suis encore heureux de pouvoir satisfaire à cet égard les désirs de M. Laugier ; voilà la pièce. (L'orateur fait passer une pièce anatomique conservée dans l'esprit-de-vin.)

Si la pièce ne suffit pas pour établir le diagnostic différentiel des deux fongus, le fongus bénin ou hernie testiculaire, et le fongus que j'appelle tuberculeux, je rappellerai que le premier est entièrement enveloppé d'une membrane granuleuse formée de bourgeons charnus, sans clapiers, ni fistules, et qu'au-dessus on trouve immédiatement le tissu de la glande ; tandis que le second est criblé de fistules qui permettent l'introduction de la sonde à 1 et 2 centimètres, et repose sur un fond solide, quasi fibro-cartilagineux, dont l'épaisseur sur la pièce présentée va de 3 à 4 millimètres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 août 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation des malades.

M. Chassaignac présente deux malades : l'un, sur lequel il a pratiqué, il y a cinq semaines, la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren ; le second, chez lequel a été appliqué, pour une plaie de la cuisse, un mode de suture qui consiste à n'intéresser que les couches profondes du derme, sans comprendre toute l'épaisseur de ce dernier dans les moyens de suture.

Voici ce dernier fait :

Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit à la cuisse droite un coup de couteau qui fait une plaie transversale d'à peu près 9 centimètres de longueur, et qui comprend toute l'épaisseur de la peau, l'aponévrose et le tissu cellulaire lui-même. Voici le mode de suture

employé dans ce cas : avec une aiguille droite portant un fil assez long, on a successivement parcouru toute la longueur de la plaie au moyen d'une faufilure alterne comprenant, à la partie profonde de la peau, les couches intérieures du derme. Le fil une fois passé dans toute la longueur de la plaie, il a suffi de tirer en sens contraire ses deux extrémités pour adosser parfaitement les lèvres de la plaie. Afin de maintenir cet état de tension du fil, il a été noué autour du membre protégé sous le trajet du fil par une bandelette circulaire. Puis cette première réunion a été protégée par une cuirasse de sparadrap.

Vingt-quatre heures après l'application de la suture, le fil coupé aux deux extrémités de la plaie a été retiré avec précaution au moyen d'une traction très douce exercée parallèlement à la direction de la blessure. Au huitième jour, le pansement au sparadrap, qui était resté en place, a été levé, et on a trouvé la plaie parfaitement cicatrisée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Vidal (de Cassis) fait hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de son *Traité de Pathologie chirurgicale*, et adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

» Je viens vous prier de faire hommage à la Société de chirurgie de la troisième édition de mon livre de chirurgie. Ceux des membres qui pourront le parcourir verront tout ce que cet ouvrage doit à la Société que vous présidez. Ils approuveront peut-être l'addition, qui consiste en une anatomie des tissus et une anatomie des régions, précédant partout la chirurgie. »

M. Giraldès, de retour d'un voyage à Londres, fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

De la part du Conseil du Collége royal des chirurgiens de l'Angleterre, cinq volumes du *Descriptive catalogue of the pathological*;

De la part de l'Association provinciale, le XVII[e] volume (1851) des *Transactions of the provincial medical and surgical Association;*

De la part de la Société royale de médecine et chirurgie, du XXXIII[e] volume des *Transactions*, imprimé en 1851, et contenant l'analyse ou l'index de 33 volumes publiés.

RAPPORTS.

Appareils ouatés.

M. Larrey lit le rapport suivant :

La Société de chirurgie m'a chargé de lui faire un rapport verbal sur une brochure qui lui a été offerte par M. Burggraeve, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Gand. C'est un *Mémoire sur l'emploi des appareils ouatés*.

Voici d'abord l'analyse succincte de ce mémoire (1) :

M. Burggraeve rappelle, en commençant, que la ouate a été depuis longtemps usitée en chirurgie, dans les névralgies, les fluxions, les brûlures et dans d'autres maladies. Il a fondé les avantages des appareils ouatés sur le principe de la contention modérée, agissant à peu près comme les appareils inamovibles dans les fractures. « La compression, dit-il, ne saurait nuire, puisqu'elle est amortie par la ouate. »

L'honorable chirurgien belge en a fait aussi l'application, comme quelques-uns de ses compatriotes, à la plupart des affections traumatiques des membres, à quelques lésions articulaires, entorses, luxations, arthrites et tumeurs blanches, à des ulcères, à des contusions et à des engorgements phlegmoneux.

La construction d'un appareil ouaté est fort simple ; elle se compose de coton cardé appliqué autour du membre, d'attelles de carton mouillé recouvrant la ouate, et de bandes amidonnées enveloppant le tout. La dessiccation de ce bandage lui donne la consistance d'un appareil inamovible, et surtout de celui que M. Seutin appelle amovo-inamovible.

M. Burggraeve emploie, pour la fracture des membres, la ouate en feuille non gommée, du carton gris assez épais et perméable, des bandes de toile, de la colle d'amidon, et il assujettit les différentes pièces de l'appareil à l'aide de courroies en cuir ; il enlève enfin le bandage à l'époque voulue en le fendant avec de fortes cisailles dans toute sa longueur, et il peut le conserver pour le faire servir à d'autres cas de fracture.

Les faits cités par l'auteur du mémoire sont assez favorables à l'emploi des appareils ouatés et amidonnés pour qu'il leur accorde beaucoup d'avantages, tels que de se prêter à des applications multipliées, de prévenir l'inflammation traumatique et ses conséquences souvent graves, la constriction trop forte ou l'étranglement, la gangrène, ou tout au moins la gêne et la douleur, mais à condition nécessaire de faire un usage très prompt ou immédiat de ces appareils. C'est pourquoi il rejette les irrigations froides, en les considérant à tort, selon nous, comme un moyen incertain, dangereux ou superflu. Notre confrère pense, enfin, que les appareils ouatés favorisent une consolidation plus rapide des fractures en diminuant la saillie du cal ; en un mot, ou si je puis dire en trois mots, il leur attribue le triple mérite d'agir *tutò, citò et jucundè.*

M. Burggraeve indique toutefois les précautions à prendre pour obtenir de ces appareils d'heureux effets, à savoir : d'employer une couche de ouate assez épaisse pour empêcher la pression trop directe des attelles ; de disposer d'avance les pièces du bandage, et de donner au carton une mesure proportionnée en longueur et en largeur, sans le laisser toucher par ses bords, afin d'assurer une pression exacte sur tous les points du membre.

Il propose l'emploi des appareils ouatés principalement pour les hôpitaux militaires et les ambulances. Il suppose, avec raison, que l'on pourrait façonner d'avance des coques ouatées de diverses grandeurs pour les cas urgents ; on y trouverait, en définitive, économie de fourniture et d'emploi. C'est, du reste, ce que nous avons déjà fait au Val-de-Grâce, où M. Burggraeve nous a démontré l'application, d'ailleurs fort simple, de son appareil ouaté.

Après cet exposé sommaire du mémoire, il me serait permis d'en faire l'appréciation critique, en reprochant d'abord à son auteur d'avoir donné une importance exagérée à un moyen de contention déjà connu et usité depuis longtemps ; en lui reprochant ensuite d'avoir attribué à une modification secondaire des appareils inamovibles des avantages qui appartiennent (avec ou sans contestation) au principe lui-même de l'inamovibilité, en lui reprochant enfin d'avoir passé sous silence le nom de celui qui a institué ce principe en France ; mais ce n'est pas à moi, messieurs, de le rappeler à vos souvenirs.

Il me semble plus convenable de recommander à votre attention le nouveau procédé de la méthode inamovible, aussi simple qu'avantageux, en vous priant, messieurs, pour conclusions de ce rapport :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. le professeur Burggraeve (de Gand) pour son intéressant mémoire sur les appareils ouatés ;

2° De déposer cet ouvrage dans la bibliothèque de la Société de chirurgie.

Le rapport et ses conclusions sont mis aux voix et adoptés sans discussion.

— M. Demarquay fait le rapport suivant :

M. Bitot, chef des travaux anatomiques et professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Bordeaux, vous a adressé un travail où il cherche à déterminer les conditions de l'étranglement interne qui nécessite la gastrotomie. Avant d'aborder son sujet, il cherche à établir des catégories dans cette grande classe de maladie, connue sous le nom d'iléus. Il admet avec les auteurs un iléus par obstruction, un iléus par rétrécissement et un iléus par étranglement ; et, dans cette classe d'étranglement, il énumère toutes les causes qui peuvent y donner lieu, telles que bride, appendice anormal, orifice anormal ou normal ; enfin, l'étranglement peut tenir au déplacement de l'intestin, à une tumeur ou à un viscère qui se déplace et vient comprimer les parties.

Toutefois, notre jeune et distingué confrère n'admet la gastrotomie que dans le cas d'étranglement déterminé par une bride ou par un orifice anormal, rejetant la gastrotomie dans tous les autres cas d'obstacle au cours des matières. Je comprends cette réserve pour l'iléus tenant à l'accumulation des matières ou même à un état spasmodique de l'intestin, si toutefois il existe ; mais pourquoi cette réserve pour l'iléus tenant à un rétrécissement circonscrit de l'intestin, ou à un étranglement qui aurait son siége dans un enroulement de l'intestin, ou dans le passage de celui-ci à travers un orifice anormal, comme l'hiatus de Winslow, etc. ?

La réserve de M. Bitot tient sans doute à ce que notre confrère de Bordeaux ne se propose dans la gastrotomie que de lever la cause physique qui s'oppose au libre passage des matières. Mais est-il sûr d'abord, pour ne conseiller la gastrotomaie que dans ce cas, d'asseoir son diagnostic d'une manière positive et, cela même étant fait de pouvoir lever l'étranglement même dans les deux cas spécifiés par lui, à savoir : l'étranglement par la bride ou par un anneau anormal. M. Bitot a cherché à donner les signes différentiels de l'étranglement interne par bride ou orifice anormal, d'autres maladies avec lesquelles cette affection pourrait être confondue ; il a même cherché à le distinguer du valvulus ou invagination intestinale. Ces efforts sont louables, mais ils n'ont pas vaincu les difficultés.

Si la gastrotomie est une bonne opération, si elle peut être faite à l'homme avec succès, comme il résulte des faits rapportés par Pfeiffer, et comme il résulte d'une de nos dernières discussions, elle doit être, suivant moi, pratiquée dans la majorité des cas où il y a obstacle physique bien déterminé et insurmontable au cours des matières, sauf ensuite à agir sur l'intestin suivant les circonstances. Tantôt en effet ce sera pour lever la cause de l'étranglement ou pour établir un anus contre nature, comme l'entendent MM. Nélaton et Denonvilliers, ou pour pratiquer l'anastomose de M. Maisonneuve, ou l'invagination. La gastrotomie n'est en quelque sorte que le premier temps de l'opération, le second consistant à rétablir par une autre opération le cours des matières. Dans l'état actuel de la science, je ne vois pas que l'on puisse dire : La gastrotomie n'est praticable que dans telle forme d'étranglement, cette forme ne pouvant être déterminée à l'avance.

Toutefois, malgré ces observations, la brochure de M. Bitot est intéressante et mérite de fixer votre attention. Elle est l'avant-coureur de travaux plus étendus que ce jeune chirurgien se propose de vous communiquer. Je vous demande donc de vouloir bien lui adresser des remercîments pour l'envoi de son intéressant travail.

M. Lenoir. Je ferai observer à M. Demarquay que l'idée de remédier à l'étranglement interne par l'établissement d'un anus anormal n'appartient pas à MM. Nélaton et Denonvilliers, mais bien à M. Laugier, qui a publié un travail sur ce sujet dans son *Bulletin chirurgical.*

M. Michon n'admet pas, avec le rapporteur, que la gastrotomie doive être faite dans le cas d'obstacle au cours des matières, pour chercher à faire cesser cet obstacle par une des opérations proposées. Suivant lui, il faut savoir à l'avance la cause qui fait obstacle, et être fixé sur le choix de l'opération.

— M. Le Roy-d'Etiolles présente un travail et une série d'instruments ayant pour but de faire connaître ses divers procédés d'extraction des corps étrangers arrêtés dans la vessie. Une commission composée de MM. Monod, Demarquay et Guersant est chargée de faire un rapport.

M. Le Roy communique les détails d'une opération qu'il a faite tout récemment pour extraire trois calculs arrêtés dans la portion membraneuse de l'urètre.

(1) M. Larrey en a déjà rendu compte à la Société médicale d'émulation.

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Nous avons reçu de M. le docteur Boinet une lettre que son étendue nous oblige de renvoyer au prochain numéro.

Vision.

Monsieur le Rédacteur,

J'avais résolu de ne plus répondre aux attaques dirigées contre mon mémoire sur la vision ; j'avais hâte de sortir de la publicité pour rentrer dans ma vie ordinaire ; mais une critique de M. Serres (d'Alais), insérée dans les numéros 97 et 99 de la *Gazette des Hôpitaux*, critique peu obligeante et dont j'ai le droit de me plaindre, ainsi que plusieurs honorables confrères, me force à répondre ces quelques mots :

Il n'est point vrai que j'aie prétendu dans mon travail que l'image d'un objet arrivait renversée entre la surface du miroir et son foyer principal.

Il n'est point vrai non plus que j'aie supposé que l'image réfléchie arrivait au milieu du corps vitré.

On peut discuter une théorie ; mais il n'est pas permis de dénaturer les opinions de l'auteur, ni les faits qu'il présente à l'appui de ses opinions.

Agréez, etc. Dezautière.

Decize (Nièvre), 30 août.

Valognes, 27 août 1851.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une lettre que j'ai eu l'honneur de vous écrire au sujet de la suette miliaire, et que vous avez bien voulu insérer dans le n° 94 de votre estimable journal, j'ai commis une erreur involontaire que je vous serai bien reconnaissant de rectifier dans un des prochains numéros.

J'ai dit que l'administration avait envoyé sur les lieux ravagés par le fléau MM. Blache, médecin en chef de la marine, et Loysel, médecin civil.

Ce n'est pas M. Blache, parti depuis quelque temps de Cherbourg, mais bien M. Payen, chirurgien en chef de la marine, qui a partagé avec M. Loysel le périlleux honneur de secourir les malheureuses victimes de l'épidémie.

Agréez, etc. A. Leneveu, D.-M.-P.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 102. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 102. — JEUDI 4 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1851.

Séances des Académies.

La discussion sur les tubercules des testicules a encore occupé hier la plus grande partie de la séance; mais elle a enfin été clause officiellement. Nous espérons pouvoir la résumer dans notre prochain numéro. Nous devons nous borner aujourd'hui à dire quelques mots de la note lue par M. Chevallier et relative à la culture du pavot indigène. L'honorable membre poursuit avec un zèle qu'on ne saurait trop louer et dont on ne semble pas lui tenir un compte suffisant l'amélioration de nos produits agricoles indigènes : la culture du pavot et la récolte de l'opium est une de celles que M. Chevallier s'efforce d'encourager le plus, et heureusement avec quelque succès. Tout fait espérer qu'avec de la persévérance cette culture finira par nous affranchir du tribut que nous sommes obligés de payer à l'Orient, et l'on ne peut méconnaître que si nous en arrivons là ceux qui nous y auront conduits auront rendu un service signalé au pays.

L'Académie a encore voté avec sa facilité accoutumée deux demandes d'autorisation d'eaux minérales. Elle a eu raison probablement, mais il n'aurait pas été superflu de le démontrer.

— L'Académie des sciences a reçu trois communications fort intéressantes par le titre, mais dont le fond ne répondait pas parfaitement aux espérances que ce titre devait faire naître. — H. de Castelnau.

HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Méningite convulsive épileptiforme, suite d'intoxication alcoolique.

P..., clairon, âgé de vingt-six ans, fut apporté au Val-de-Grâce dans la matinée du 13 juin. Appelé à voir cet homme quelques heures après son entrée à l'hôpital, M. Champouillon le trouva en proie à un délire furieux. Des imprécations bruyantes alternaient avec une sorte de grognement plaintif. La face, très animée, offrait un aspect livide; la pupille était dilatée, le globe oculaire injecté et saillant. Tantôt le regard était étincelant, farouche; tantôt il perdait toute expression.

Les lèvres, épaisses, cyanosées, se couvraient par moments d'une bave écumeuse que P... lançait à la figure des assistants.

Point de vomissements; absence complète de sensibilité percevante.

Il fut impossible s'assurer s'il existait alors de la céphalalgie, le malade étant hors d'état de répondre.

Pouls dur et fébrile.

La respiration, extrêmement variable et irrégulière dans son rhythme, se transformait souvent en soupirs saccadés.

De temps en temps les membres, particulièrement les bras, se roidissaient au point de faire éclater les coutures d'une solide camisole dans laquelle on avait enfermé le malade afin de réprimer et de contenir le désordre de ses mouvements. Cette rigidité tétanique faisait trêve durant quelques minutes, pour recommencer ensuite avec une nouvelle violence.

Pendant une heure environ, le retour de chacune de ces convulsions fut accompagné d'un jet brusque d'urine. Toutes les fois qu'on cherchait à faire prendre au malade une gorgée de tisane, il détournait brusquement la tête, et toute tentative de cette nature amenait infailliblement un trismus invincible.

En somme, ce qui dominait dans l'ensemble des symptômes présentés par P..., c'était la violence de l'agitation et un certain caractère d'intermittence dans les mouvements convulsifs de la face et des membres.

M. Champouillon se mit aussitôt en devoir de combattre énergiquement cette affection, se réservant d'en rechercher ultérieurement les causes. En conséquence, une saignée de 600 grammes fut pratiquée vers onze heures du matin. A midi on appliqua au sommet du crâne un large vésicatoire; aux tempes et derrière les oreilles, 80 sangsues par groupes successifs de dix. A quatre heures du soir, 10 ventouses scarifiées sur la nuque. On eut recours ensuite aux moyens révulsifs, tels qu'un lavement purgatif, de nombreux sinapismes promenés le long de la colonne dorsale et des extrémités inférieures.

Le lendemain, le malade fut trouvé beaucoup plus calme; l'agitation avait notablement diminué par l'effet d'une potion antispasmodique additionnée d'un gramme de sulfate de quinine, potion qui avait pu être avalée dans le cours de la nuit. — 20 sangsues sur la région mastoïdienne; lavement purgatif; nouvelle potion antispasmodique; 2 grammes de calomel en poudre administrés par doses fractionnées.

Vers la fin de cette seconde journée, P... commence à fixer paisiblement les personnes qui l'interpellent; mais il ne répond pas encore aux questions qu'on lui adresse; il tombe dans un sommeil profond, dont il est difficile de le tirer pour le faire boire.

Le 16, au matin, cet état comateux, qui avait duré pendant toute la journée du 15, commence à se dissiper; le malade a recouvré sa connaissance; son regard semble confus; il ne lui reste plus que de la céphalalgie et une lassitude générale.

Le 18, P... entra en pleine convalescence; celle-ci marcha rapidement, et le 2 juillet il quitta l'hôpital pour retourner à son régiment et y reprendre son service.

Frappé de la promptitude insolite de la guérison d'une maladie qui se présentait avec un tel caractère de gravité, M. Champouillon se demandait s'il avait eu affaire à une méningite ordinaire, à un accès de fièvre pernicieuse, ou bien à une attaque d'épilepsie compliquée d'une forte hypérémie cérébrale, lorsqu'il reçut les renseignements suivants sur les causes de cette affection dont la nature lui avait paru assez difficile à déterminer tout d'abord.

P..., d'une constitution robuste, contracta de bonne heure des habitudes d'intempérance peu communes. L'eau-de-vie et l'absinthe forment sa boisson favorite; il en consomme journellement des quantités telles, que, sous ce rapport, il est sans rival dans son régiment. On apprit que le 4 juin dernier, se trouvant en compagnie de cinq autres militaires, il but avec eux et sans désemparer la plus forte part de sept litres d'eau-de-vie.

Le 10 juin, avant de se rendre à l'exercice, P... avala coup sur coup un litre et demi de cette liqueur. On le fit coucher à cause de son état d'ivresse. Commandé de garde le lendemain, il fit une nouvelle station à la cantine avant de rejoindre son détachement; il passa toute la journée sur le lit de camp, tourmenté par une forte céphalalgie qui siégeait particulièrement au front et à l'occiput. Ce malaise diminua un peu dans la journée du 12, mais il se compliqua de spasmes dans les membres, de bruissements dans les oreilles, et de frissons passagers.

Dans la matinée du 13, le délire éclata subitement; les spasmes se convertirent en convulsions tétaniques, et au bout de quelques heures le malade était tombé dans l'état où nous l'avons vu au moment de son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Sous quel nom classer maintenant cette maladie?

On trouve bien dans cette observation les symptômes caractérisques de la méningite, mais cependant on y démêle aussi quelques-unes des allures de l'épilepsie. Ce mélange des formes de la méningite et de l'épilepsie dans une même affection n'est pas absolument rare dans la pathologie militaire. Percy en rapporte plusieurs exemples dont il attribue la cause à l'abus de l'eau-de-vie et des vins frelatés.

Suivant M. Lévy, la plupart des épilepsies non héréditaires et réelles que l'on observe dans les hôpitaux militaires appartiennent à l'épilepsie qu'il nomme *alcoolique* : on les trouve surtout chez les remplaçants adonnés à la plus monstrueuse ivrognerie. Que l'attaque survienne le jour ou le lendemain d'une débauche, elle pourra laisser à sa suite une phlegmasie des méninges : c'est le cas de P....

Cependant, M. Valleix met en doute l'influence de l'abus des boissons spiritueuses sur la production de la méningite. Mais cette opinion est contredite par un certain nombre de faits; et, pour ne parler que de celui-ci, il nous semble difficile de méconnaître le rapport direct qui a existé entre l'intempérance et ses effets sur le système nerveux cérébro-spinal. Ne sait-on pas d'ailleurs que l'ivresse occasionnée par le *gin* s'accompage d'une véritable frénésie chez les buveurs irlandais? Les médecins russes assurent de leur côté que le *schnaps* rend les Cosaques fous, méchants et malades. Pareille observation a été faite chez les sauvages d'Amérique et chez nos ivrognes des barrières.

Il faut donc dans l'appréciation des effets de l'ivresse tenir compte non-seulement de la quantité, mais encore et surtout des qualités propres de chaque breuvage alcoolique. Cette particularité doit être prise en sérieuse considération, surtout quand il s'agit, en médecine légale, d'évaluer le degré de responsabilité morale qui pèse sur l'homme qui a commis certains crimes ou délits étant en état d'ivresse.

Toutes les eaux-de-vie retirées par distillation des farines fermentées de seigle, d'orge ou de pomme de terre contiennent une certaine proportion d'huile empyreumatique qui les rend plus enivrantes et plus dangereuses que celles qui proviennent de la distillation du vin. Cette huile augmente-t-elle

FEUILLETON.

Recherches statistiques et historiques

SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE CHEZ LES DIVERSES NATIONS, ET EN FRANCE SPÉCIALEMENT;

Par M. Ad. de WATTEVILLE,

Inspecteur général des établissements de bienfaisance au ministère de l'intérieur.

(Suite et fin. — *Voir* les nos des 10, 15, 22 mai; 5 juin; 3 juillet; 7, 12 et 28 août.)

La mortalité est le fait le plus grave dans nos établissements hospitaliers, et d'immenses améliorations ont été introduites depuis soixante ans dans ces établissements. Ont elles contribué à diminuer la mortalité; c'est un problème qui n'est pas encore résolu.

Un très petit nombre d'observations ont été faites à cet égard avant 1790. En voici quelques-unes qui nous ont été laissées par Tenon, et c'est d'après ces observations que le doute est resté dans mon esprit.

En 1788, la mortalité était :

Dans l'hôpital d'Etampes, de 1 sur 10; aujourd'hui elle est de 1 sur 11;

Dans l'hôpital de Lyon, de 1 sur 12; aujourd'hui elle est de 1 sur 9,67.

Dans les hôpitaux de Paris;

Hôtel-Dieu, de 1 sur 4; aujourd'hui elle est de 1 sur 7,45;

Charité, de 1 sur 7 1/2; aujourd'hui elle est de 1 sur 8,89;

Dans l'hôpital de Rouen, de 1 sur 10; aujourd'hui elle est de 1 sur 7,50.

Dans l'hôpital de Saint-Denis, de 1 sur 15; aujourd'hui elle est de 1 sur 14,42;

Dans l'hôpital de Versailles, de 1 sur 8; aujourd'hui elle est de 1 sur 9,50.

Ainsi, la mortalité a diminué à Etampes, Paris et Versailles; mais elle a augmenté à Lyon, Rouen et Saint-Denis (1).

D'après les renseignements que j'ai recueillis, la mortalité serait bien diverse dans nos hôpitaux.

Les départements où la mortalité a été plus grande sont :

A l'hôpital.

Hommes.	1 sur	Femmes.	1 sur	Enfants.	1 sur
Aveyron	2	Vienne (Haute-)	5	Gard	2
Vaucluse	2	Rhin (Bas-)	5	Rhin (Bas-)	3
Puy-de-Dôme	4	Puy-de-Dôme	7	Vosges	3
Moselle	6	Moselle	7	Loiret	4
Lot-et-Garonn.	7	Lot-et-Garonne	7	Ardennes	5

A l'hospice.

Hommes.	1 sur	Femmes.	1 sur	Enfants.	1 sur
Landes	2	Landes	2	Cantal	3
Vaucluse	2	Tarn-et-Garonn.	3	Landes	3
Tar-et-Garonn.	3	Vaucluse	3	Loire-Infér.	3
Moselle	4	Finistère	4	Alpes (Hautes-)	3
Saône (Haute-)	4	Moseller	4	Indre-et-Loire	5

Les départements où la mortalité a été moins grande sont :

A l'hôpital.

Hommes.	1 sur	Femmes.	1 sur	Enfants.	1 sur
Lozère	48	Loire (Haute-)	38	Loire (Haute-)	156
Sèvres (Deux-)	40	Pyrén. (Basses-)	31	Drôme	38
Calvados	28	Lozère	26	Alpes (Hautes-)	31
Loire-Infér.	28	Calvados	24	Côte-d'Or	30
Manche	28	Loire-Infér.	20	Meuse	30

A l'hospice.

Hommes.	1 sur	Femmes.	1 sur	Enfants.	1 sur
Charente-Inf.	55	Loir-et-Cher.	36	Charente	59
Vendée	51	Vienne (Haute-)	26	Somme	53
Lozère	45	Lozère	26	Ille-et-Vilaine	50
Vienne (Haute-)	37	Tarn	23	Pas-de-Calais	45
Loir-et-Cher.	34	Aude	20	Sarthe	45

De tels résultats sollicitent encore de nouvelles études. Pourquoi Existe-t-il de si grandes différences dans des départements quelquefois peu éloignés l'un de l'autre, comme l'Aveyron et la Lozère? Est-ce à l'influence du climat, au manque de soins, à une misère plus ou moins intense qu'il faut l'attribuer? Le champ est ouvert aux hommes spéciaux; ils rendront un grand service à l'humanité s'ils peuvent éclairer l'opinion publique sur ces intéressantes questions.

DU PERSONNEL DES EMPLOYÉS, DES RELIGIEUSES ET DES SERVANTS.

Pour administrer et pourvoir au service de 1,133 administrations hospitalières, qui en maximum donnent des soins à 126,142 indigents malades ou vieillards, infirmes et enfants, on ne compte

(1) La mortalité est, dans les hospices d'Edimbourg, de 1 sur 25, à Vienne (Autriche), de 1 sur 12,50; à Londres, de 1 sur 8. (TENON.)

tout simplement les propriétés excitantes de l'alcool ou bien constitue-t-elle un poison spécial pour le système nerveux? Il est probable qu'elle est douée de celle double influence, ainsi que sembleraient le prouver les cas nombreux de méningite avec manie aiguë occasionnés par l'abus de l'absinthe chez les militaires de notre armée d'Afrique.

Il en est de même pour la plupart des vins frelatés.

En effet, les vins naturellement faibles ou mouillés que l'on rehausse par leur mélange avec de l'alcool de grains, ce qui est le cas le plus ordinaire, produisent une ivresse extrêmement bruyante et malsaine. Dans ce cas, l'alcool ajouté ne se combine jamais aux autres éléments constitutifs du vin, comme dans l'acte de la fermentation. En sorte que cette mixture, introduite dans l'estomac, s'y désagrège; la partie aqueuse étant promptement absorbée, l'alcool devenu libre et anhydre agit sur l'économie comme le ferait de l'alcool rectifié, c'est-à-dire comme un poison.

— Nous avons dit que P... a contracté depuis longtemps l'habitude de s'enivrer avec de l'eau-de-vie; cette eau-de-vie, il la paye 1 franc le litre. Il est impossible qu'on lui livre, à ce prix, autre chose qu'un breuvage impur et de mauvaise qualité. En effet, les eaux-de-vie étant soumises, pour Paris, à un droit d'entrée de 85 c. par litre, comment pourrait-on les détailler avec bénéfice à 1 franc, si ce n'est en remplaçant une partie de l'alcool par quelque substance qui en imite la saveur et les propriétés enivrantes? Voici comment procèdent les fraudeurs, plus soucieux de leur fortune que de la santé publique.

Une fois introduit en ville, l'alcool à 33° provenant le plus souvent de la fermentation des semences féculentes, est étendu des deux tiers de son poids d'eau de fontaine. Ce simple mélange n'est point encore de l'eau-de-vie; en cet état il n'est point potable, si ce n'est pour les palais avides et inexpérimentés. Pour le relever de son insipidité et lui donner de l'arome, il suffit d'y mettre en macération certaines semences âcres, telles que celle de poivre, et enivrantes comme celles d'ivraie ou de stramoine. La cassonade inférieure, l'infusion concentrée de fleurs de sureau communiquent ensuite à ce breuvage la saveur et le bouquet qui lui manquaient jusque-là. Si le liquide contient un excès d'acide acétique, on neutralise celui-ci au moyen de l'ammoniaque.

Telle est la formule ordinairement suivie dans la fabrication de la majeure partie des eaux-de-vie qui se débitent dans les cabarets fréquentés par une race particulière de buveurs. Or, nous le demandons, l'association de pareils ingrédients, ayant pour véhicule de l'alcool empyreumatique, n'est-elle pas bien propre à ruiner l'estomac, à surexciter au plus haut point les centres nerveux et, finalement, à produire une méningite convulsive, épileptiforme, chez les individus qui font abus d'un si détestable breuvage!

IMPERFORATION DE L'HYMEN;

rétention du sang menstruel; opération. — Guérison.

Par M. le docteur CHAVARIAT jeune,
ancien interne des hôpitaux de Lyon.

A la fin du mois de mai dernier, un honorable confrère du département de la Côte-d'Or m'adressait une jeune fille de dix-sept ans qui portait à l'abdomen, depuis près d'un an, une tumeur dont la nature n'avait pu être déterminée par plusieurs médecins auxquels la malade s'était déjà adressée, et dans son pays et au dehors de chez elle. De tous les diagnostics portés, celui du carreau est le seul dont la connaissance m'ait été révélée par le confrère qui m'écrivait; mais je m'empresse de dire que ce diagnostic n'était pas le sien.

« Quelle que soit la nature de la tumeur, m'écrivait-il, les douleurs sont tellement atroces depuis trois mois, que c'est presque en tout temps que cette malheureuse s'agite convulsivement sur son lit, et pousse des cris déchirants. »

Je fus témoin dans mon cabinet des souffrances qu'éprouvait cette jeune personne, qui ne pouvait rester assise plus de trois ou quatre minutes de suite à raison de l'intensité de ses douleurs, ressemblant en tous points aux premières douleurs de l'enfantement; intermittentes comme celles-ci, elles arrachaient des cris plaintifs à la malade, qui se tordait sur elle-même, et prenait un appui sur les meubles qu'elle rencontrait sous sa main. Bref, je palpai le ventre, et constatai une tumeur arrondie, lisse, du volume d'une grosse tête de fœtus située au niveau de l'ombilic. Cette tumeur, assez dure pour me faire croire d'abord qu'elle était de nature fibreuse, me présenta cependant, tout à fait à son sommet, un point faiblement rénitent. Une pression légère augmentait la sensibilité du ventre au point d'arracher des cris à la patiente et de lui causer des efforts de vomissements. Le pouls était petit, serré, dur; la face était crispée et dénotait de longues souffrances. Après ce premier examen, j'interrogeai la jeune personne et ses parents, qui m'apprirent qu'au début, c'est-à-dire quinze mois auparavant, leur fille se plaignait de coliques vives reparaissant à peu près tous les mois et durant de cinq à huit jours. Cinq ou six mois après, ces symptômes, accompagnés d'autres nouveaux, tels que vomissements, dysurie, constipation opiniâtre, se manifestèrent à des intervalles plus rapprochés pour persister pendant quinze jours consécutifs. Déjà à ce moment une tumeur du volume d'un œuf de poule faisait saillie dans la région hypogastrique, mais au mois de février ou de mars cette tumeur avait acquis le volume que je lui ai reconnu moi-même et occupait déjà la région ombilicale. A la même époque les douleurs étaient-elles que la jeune fille ne goûtait de repos que pendant quelques heures de la matinée. Elles présentaient, en effet, ce caractère assez remarquable qu'elles apparaissaient avec les vomissements tous les jours sur les neuf ou dix heures du matin, pour persister seules toute la journée et la plus grande partie de la nuit. La malade restait cinq, huit, douze jours sans aller à la garde-robe, et, quand elle parvenait à y aller, ce n'était qu'à l'aide des efforts les plus douloureux. — L'émission des urines nécessitait l'emploi du cathétérisme. C'est alors que la jeune fille se décida à entrer à l'hôpital d'une ville voisine, d'où elle sortit six semaines après sans avoir éprouvé de soulagement des pommades employées en frictions sur la tumeur.

La marche de la maladie, le point de rénilence que présentait le sommet de la tumeur, joints à la circonstance, la plus importante pour moi, que cette jeune fille n'avait jamais été réglée, me firent penser de suite que la tumeur était formée par la rétention des menstrues.

Je pratiquai alors le toucher vaginal, et je sentis une tumeur rénitente qui faisait saillie entre les grandes lèvres. Je cherchai à la circonscrire d'abord avec le doigt, puis avec l'extrémité mousse d'un stylet; mais il ne me fut pas possible de pénétrer entre elle et les parois du vagin. Ecartant de nouveau les grandes lèvres, j'acquis la certitude de ne m'être point trompé dans mon diagnostic, et je reconnus la membrane hymen imperforée et parsemée de vaisseaux sanguins. Je proposai aux parents la perforation, et le 3 juin j'allai opérer la malade. Après l'avoir mise dans la position la plus convenable pour l'opération, j'essayai encore, ayant de la pratiquer, d'introduire le doigt dans le rectum; mais mon index ne put pénétrer, refoulé qu'il était par la paroi recto-vaginale fortement distendue par le liquide accumulé. Je sondai la malade, et je retirai, en effet, un peu d'urine, mais avec la conviction que je n'avais pu pousser la sonde jusque dans la vessie. Ces deux faits doivent donner une idée de la quantité de liquide contenue dans le vagin, et de la compression exercée par ce liquide contre les parois recto et urétro-vaginales.

Enfin je fis au milieu de la membrane hymen une simple ponction avec un bistouri droit; il en jaillit avec force un jet de sang sans odeur aucune, de la couleur de la lie de vin. On en retira un plein vase de nuit et la moitié d'un second, qu'on aurait rempli également si je n'avais jugé à propos d'arrêter l'écoulement à raison d'une syncope commençante.

A mesure que le vase se remplissait, la tumeur abdominale s'affaissait, et je pus introduire de plus en plus facilement un doigt dans le rectum et la sonde dans le canal de l'urètre. Cette fois j'arrivai jusque dans la vessie, que je vidai complétement. Lorsque le sang se fut écoulé en grande partie, j'agrandis alors seulement l'ouverture de la membrane suivant les règles ordinaires. Enfin, j'enfonçai une mèche de charpie entre les lèvres de la plaie, et je plaçai la malade dans son lit, les cuisses rapprochées, appuyées sur un coussin et légèrement fléchies sur le bassin. Dans cette position, l'écoulement a continué lentement encore pendant huit jours, mais il est vrai que les derniers jours il n'était constitué que par de la sérosité sanguinolente. Le soir de l'opération, je fis commencer des injections d'orge miellée, que l'on a continuées jusqu'à ce que l'écoulement ait lui-même complétement cessé. L'opération, terminée à neuf heures et demie du matin, fut suivie immédiatement de la crise convulsive qui se manifestait chaque jour régulièrement à la même heure; mais elle céda promptement à une infusion de feuilles d'oranger additionnée de quinze gouttes de laudanum de Sydenham. Elle reparut encore pendant cinq ou six jours, mais chaque fois en diminuant d'intensité et de durée.

Le jour même de l'opération, il y a eu un petit mouvement de fièvre, qui ne s'est pas manifesté le lendemain ni les jours suivants. Du reste, la malade a été tenue à une diète assez sévère pendant les trois ou quatre premiers jours; elle a gardé le lit une semaine, au bout de laquelle elle était bien portante.

J'en ai reçu des nouvelles près d'un mois après : le médecin du lieu m'a appris que la jeune personne allait parfaitement; que l'ouverture de la membrane, maintenue pendant huit jours écartée par des mèches, admettait actuellement et sans douleur aucune l'extrémité olivaire d'une canule de seringue à injection pour femme.

Les règles n'avaient pas encore paru lorsque mon confrère me donnait ces dernières nouvelles.

RÉFLEXIONS. — L'imperforation du vagin est un vice de conformation encore assez fréquent, et qui, par suite du défaut d'examen des parties génitales des nouveau-nés, n'est révélé le plus souvent qu'à l'époque de la puberté, par les accidents plus ou moins graves qui en sont la conséquence. L'observation que je viens de rapporter en est une preuve manifeste.

Ce cas, intéressant au point de vue du diagnostic, fait ressortir les avantages des moyens physiques appliqués au diagnostic des maladies. Il montre, en effet, toute l'importance du toucher auquel plus d'un praticien hésite à se livrer, à raison, le plus souvent, de l'opposition qu'il rencontre de la part de certaines clientes. Cependant, quand on songe à la somme des douleurs que l'on peut épargner à une malade, quand on songe surtout à la gravité des accidents auxquels peut donner lieu le seul manque à cette pratique, il n'est pas pardonnable de négliger un moyen de diagnostic aussi précieux. Dans des cas analogues à celui que j'ai rapporté, la mort a été la conséquence de cette négligence, soit que la rupture spontanée de la tumeur se soit faite dans le petit bassin, soit qu'elle ait eu lieu au dehors, à travers la membrane hymen. C'est là le cas rapporté par de Haen, dans lequel la malade fut prise de symptômes de péritonite que Boyer attribue à l'évacuation trop prompte de la matrice.

Chez la malade qui a fait le sujet de cette observation, deux circonstances méritent d'être notées :

1° Le retour des vomissements et des douleurs chaque jour à la même heure;

2° La reproduction du même phénomène plusieurs jours après l'opération.

Bien que généralement l'intermittence soit un caractère propre à certaines affections et dont la cause échappe à notre intelligence, il semble que dans le cas qui nous occupe elle en reconnaît une toute mécanique, je veux parler de l'étranglement plus ou moins complet de la portion intestinale subjacente à la tumeur. En effet, comme la digestion se produit chez chaque individu à peu près à la même heure, on peut admettre que les vomissements se manifestaient chez notre malade au moment où le bol alimentaire se présentait à la portion d'intestin comprimée. C'est de cette manière que je comprends le retour des vomissements et des douleurs chaque jour à la même heure.

Mais cette explication admise, pourquoi une fois la tumeur vidée, et par conséquent la compression détruite, le même

---

pas moins de 31,488 administrateurs, employés, médecins, aumôniers, religieuses ou servants. C'est donc un employé pour 4 administrés! Il est vrai que 5,927 membres de commissions administratives remplissent gratuitement leurs fonctions.

Le personnel des employés, des religieuses et des servants est beaucoup trop considérable dans tous les établissements hospitaliers.

1.	Administrateurs.	5,927
2.	Directeurs ou secrétaires de commission.	732
3.	Receveurs.	1,133
4.	Economes.	504
5.	Aumôniers.	733
6.	Architectes.	167
7.	Inspecteurs des propriétés.	55
8.	Employés divers.	1,052
9.	Religieuses.	7,622
10.	Instituteurs.	292
11.	Surveillants.	514
12.	Contre-maîtres.	169
13.	Infirmiers.	1,961
14.	Infirmières.	2,183
15.	Servants divers.	4,762
16.	Gardes forestiers.	432
17.	Médecins.	1,552
18.	Chirurgiens.	615
19.	Pharmaciens.	294
20.	Elèves internes.	413
21.	Sages-femmes.	66
22.	Elèves sages-femmes.	310
		31,488

Pour soigner un nombre considérable de malades, de vieillards infirmes et de jeunes enfants, je n'ignore pas qu'il est nécessaire d'avoir dans nos hôpitaux et dans nos hospices un personnel qui puisse répondre aux besoins du service; mais je crois qu'en ce moment ce personnel dépasse les limites nécessaires (1). Il serait d'autant plus facile de réduire le nombre des infirmiers, des infirmières et des servants que, parmi les administrés des hospices, on peut trouver un assez grand nombre de sujets pour remplir ces emplois. On pourrait alors régénérer la classe des servants, qui est en général fort mal composée. Les malades s'en ressentent; ils manquent de soins et pour la moindre complaisance sont continuellement rançonnés. La garde des malades (hommes) ne devrait plus être confiée à des infirmiers, mais bien à des femmes, qui seules ont les qualités nécessaires pour adoucir les souffrances du malheureux que la misère oblige d'entrer à l'hôpital.

Rien sans doute n'égale le zèle, le dévouement des religieuses attachées à nos hospices. Les services qu'elles rendent sont immenses, et j'ai toujours, dans les différentes missions que j'ai remplies, cherché à les substituer aux dames laïques qui dans quelques établissements soignent encore nos indigents. Mais je ne puis m'empêcher de le dire, le nombre des religieuses est trop considérable dans nos hôpitaux et hospices. C'est surtout dans les petits établissements que cet abus prend une trop grande proportion. Je pourrais citer des hospices où, pour 10, 15 ou 20 malades, il y a 5, 8 et 10 religieuses; plus, 2 ou 3 servantes.

Le sercice médical est un des services hospitaliers qui ont fait le plus de progrès. Il est exercé par 1,552 médecins et par 615 chirurgiens. Ici, la situation est tout à fait différente. Je crois que dans nos grands hôpitaux le nombre des médecins n'est pas assez considérable, et dans l'état actuel des choses, chacun de ces praticiens est obligé dans son service de donner ses soins à beaucoup trop de malades. Il faudrait, je crois, subdiviser le service de manière qu'un médecin n'eût jamais à voir plus de quarante malades, et après un exercice de cinq ou dix ans au plus, il serait pourvu au remplacement des titulaires. On pourrait alors faire remplir gratuitement les fonctions de médecin dans les hospices. Ce qui serait un grand allégement dans les dépenses (1).

Quant aux employés d'administration, il en est un grand nombre dont les fonctions paraissent inutiles. L'inspection générale des établissements de bienfaisance signale chaque année ces abus dans les divers rapports qu'elle adresse au ministère.

Je ne terminerai pas ce qui est relatif au personnel des employés des hôpitaux et hospices sans dire un mot des comptables chargés de la gestion financière de ces établissements charitables.

Ces employés, en nombre égal à celui des administrations hospitalières, déploient dans l'exercice de leurs fonctions un zèle, une intelligence et une probité dignes des plus grands éloges. Chargés d'une des perceptions les plus difficiles par les nombreux détails dans les recettes diverses dont elle se compose, ils savent sauvegarder les intérêts des pauvres sans fatiguer les débiteurs, et rarement de tristes faits ont été signalés dans la gestion de ces hommes dévoués, mus bien plutôt par le sentiment du devoir que par l'espoir d'une récompense, puisqu'ils n'ont aucun avancement à attendre.

Je viens, monsieur le ministre, de faire passer sous vos yeux la situation matérielle des hôpitaux et hospices de France. C'est la première fois qu'un travail aussi considérable a été entrepris. Il a été fait sur des documents authentiques et aussi détaillés que possible, non-seulement par département, mais encore par établissement et par nature de service.

Jusqu'à ce jour la statistique de ces établissements a été inconnue. Chamousset, Necker et Tenon ont seuls fourni quelques renseignements à la science; mais ces renseignements sont très incom-

(1) Les dépenses relatives au personnel égalent le cinquième des revenus.

(1) Les frais d'appointement des médecins s'élèvent à la somme de 817,495 fr. 40 c.

phénomène se produit-il encore pendant un certain nombre de jours?

Sublatâ causâ, tollitur affectus?

A cela on peut répondre, d'abord, que chaque jour, à partir du moment où la tumeur s'est vidée, les accidents ont diminué d'intensité, au point qu'au sixième ou huitième jour il n'en existait plus, mais sans cela, et sans admettre non plus une lésion de l'intestin, ce qui pouvait être, cependant, ne trouve-t-on pas une raison suffisante de leur persistance dans l'habitude, cette loi à laquelle sont soumis tous nos organes, et qu'il est impossible de méconnaître.

L'imperforation du vagin avec accumulation des règles dans sa cavité et dans celle de l'utérus réclame le même traitement dans tous les cas, la division de la membrane hymen et l'évacuation du liquide; mais comme cette opération peut entraîner avec elle deux accidents, l'un immédiat, la syncope, l'autre consécutif, la péritonite, il importe de choisir le procédé qui expose le moins à ces accidents. Puisque déjà un écoulement lent n'empêche souvent pas la syncope (l'observation que j'ai rapportée le prouve), à plus forte raison se produira-t-elle si l'on vide la cavité promptement et en entier. Aussi je n'hésite pas à penser que le procédé préférable pour vider une tumeur de cette nature, aussi volumineuse, est celui qui consiste à faire usage d'un trocart à robinet.

Cet instrument offre sur le bistouri un avantage immense, celui de pouvoir arrêter l'écoulement à volonté, et de vider la tumeur en plusieurs fois sans permettre l'introduction de l'air. En opérant ainsi, on permet aux organes, habitués à être comprimés, de reprendre lentement leur place normale, on évite qu'ils se froissent les uns contre les autres, et que le péritoine et le tissu cellulaire qui le double soient tiraillés brusquement, inconvénients que le bandage de corps ne détruit pas complètement.

Si je donne au trocart à robinet la supériorité sur le bistouri pour la perforation de la membrane hymen, dans un cas d'accumulation des règles dans le vagin et la matrice, il va sans dire que la méthode la plus défectueuse pour obtenir le même résultat serait celle qui consisterait à rompre la membrane avec le doigt, comme cela a été pratiqué et écrit. Le défaut d'instrument est la seule raison qui puisse faire pardonner une pratique aussi dangereuse, toutes les fois, bien entendu, qu'il s'agit de donner écoulement à une grande quantité de sang accumulé dans l'utérus et le vagin.

Quant à la péritonite, qui heureusement survient très rarement à la suite de cette opération, on ne doit pas oublier néanmoins qu'elle peut se produire.

Le cas rapporté par Boyer suffirait à lui seul pour nous en convaincre.

Qu'elle soit le résultat d'une évacuation trop prompte et, par suite, du froissement ou du tiraillement des intestins et de leur enveloppe, ou qu'elle soit produite par le contact de l'air avec le sang, dans l'un et l'autre cas la ponction avec le trocart à robinet sera encore bien plus propre à la prévenir que l'incision, et surtout que la rupture de la membrane hymen à l'aide du doigt. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

NÉVROSE DE L'ESTOMAC ET HYPOCONDRIE

guéries par l'arsenic.

Par M. le docteur PUTTAERT.

Il faudra certainement rabattre un jour des succès attribués à l'arsenic. Nous n'en voulons pour preuve que le nombre toujours croissant et la diversité des affections contre lesquelles on l'a préconisé. Néanmoins, il y a deux ordres de maladies sur lesquelles son efficacité, quel qu'en soit le degré, paraît bien établie. Ce sont certaines affections chroniques de la peau et certaines affections nerveuses (en y comprenant les fièvres intermittentes). Les deux observations que rapporte aujourd'hui M. Puttaert rentrent dans ce dernier ordre. Il s'agit d'une gastralgie et d'une hypocondrie.

Dans le premier cas on avait affaire à un sujet de quarante-quatre ans, qui éprouvait à l'estomac des douleurs que calmait la pression de la main, des besoins insolites de manger, des éructations, de la constipation, etc. La maigreur était extrême, le teint plombé, le facies livide. Quelques amers et un peu de rhubarbe, plus tard les martiaux, rétablirent les fonctions. Deux ans plus tard, les accidents se renouvelèrent avec intensité; mêmes douleurs, hoquet, vomissements, spasmes, anxiétés, palpitations, convulsions. Ces accidents revenaient par accès tous les deux ou trois jours. Les antispasmodiques amenèrent quelque soulagement. Le sel ammoniac, l'extrait de pissenlis, d'autres médicaments, n'eurent aucun succès. On commençait à désespérer, quand l'idée vint d'employer l'arsenic. Le malade prit chaque jour une pilule contenant un cinquantième de grain d'oxyde blanc. La digestion s'améliora rapidement; les divers accidents signalés diminuèrent et ne reparurent qu'à des intervalles de plus en plus longs. A la fin du deuxième septenaire on donna une pilule matin et soir. L'amélioration continua, et au bout de quatre septenaires la guérison était complète.

Le second cas est relatif à un homme de vingt-six ans, d'un tempérament très nerveux, qui fut vivement affecté de la perte de sa femme et de graves revers de fortune. Il était triste, chagrin, irascible; éprouvait des spasmes, des constrictions à l'œsophage, des palpitations, et une foule d'autres symptômes propres à l'hypocondrie. Un traitement moral et hygiénique, sur lequel l'auteur ne s'explique pas, fut institué; quelques médicaments administrés: le tout sans succès. On en vint alors à l'arsenic à la dose d'un cinquantième de grain d'abord, puis d'un vingt-cinquième, et successivement jusqu'à deux grains. Depuis cette époque, qui remonte à plus de six mois, l'état moral et sanitaire du sujet est excellent.

Ce qui manque surtout à l'une et à l'autre de ces observations, c'est l'indication exacte de la date de la maladie et de la durée de chaque médication. Dans le second cas, par exemple, combien y avait-il de temps que le malade avait éprouvé de vifs chagrins quand le premier traitement a été institué? Il est bien clair qu'une tristesse et des troubles moraux amenés par des malheurs de famille ou de fortune doivent diminuer par le seul effet du temps; et comme l'arsenic n'a été employé qu'en dernier lieu, rien ne prouve qu'on doive lui faire les honneurs de la cure. (*Gaz. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 septembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu est adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de quatre lettres ministérielles sur des demandes d'autorisation d'eaux minérales; de quatre lettres avec envoi de mémoires, l'un sur une épidémie de variole, deux autres sur l'épidémie de choléra, et le quatrième sur l'analogie entre certaines maladies des hommes et des animaux; enfin, la cinquième accompagne un échantillon de remède secret.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Rhumatisme et scrofule.

M. Alibert, médecin inspecteur des eaux d'Ax, envoie une note sur les relations de causalité qui existent, suivant lui, entre le rhumatisme et les scrofules.

Fébrifuge indigène.

M. Roucher, de la Ville-Jossy, adresse un paquet cacheté contenant l'indication d'une nouveau fébrifuge indigène.

RAPPORTS.

Eaux minérales.

M. Henry lit deux rapports favorables sur les demandes d'autorisation faites par les propriétaires des eaux de Saint-Denis-lez-Blois (Eure-et-Loir) et de Pont-de-Barrel (Drôme). Conclusions adoptées.

Opium indigène.

M. Chevallier lit un rapport étendu sur un mémoire de M. Aubergier, relatif à la culture du pavot indigène. Nous avons déjà fait connaître, il y a quelque temps, les beaux résultats obtenus par cet honorable agriculteur. M. Chevallier les rappelle de nouveau dans un consciencieux rapport, et propose des mesures pour que l'opium, qui est presque tout falsifié aujourd'hui, ne soit livré au commerce qu'après avoir subi une analyse officielle.

Candidature.

M. Devilliers fils écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Discussion sur les tubercules du testicule.

Cette discussion est reprise et close après deux discours, l'un de M. Ricord, l'autre de M. Velpeau. Nous donnerons le résumé de ces discours et de la discussion dans notre prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er septembre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Phénomène de la vision.

M. Clavel lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de démontrer l'intervention des muscles droits et obliques de l'œil dans la plupart des actes de la vision. Les muscles droits, suivant l'auteur, seraient les agents principaux des modifications qui s'opèrent pendant l'acte de la vision dans la cornée, dans la pupille et dans le cristallin lui-même.

De l'évaporation et de la nutrition au point de vue thérapeutique.

M. Wanner lit un mémoire ayant pour titre: *De l'évaporation et de la nutrition dans l'état de santé et dans l'état de maladie, et surtout comme moyen thérapeutique.*

Vitesse de propagation du système nerveux.

M. Helmholtz envoie une note sur la vitesse de propagation du système nerveux. Voici les principaux résultats auxquels l'auteur a été conduit par ses recherches:

1° Quand une décharge électrique instantanée a traversé un muscle de la vie animale ou bien le nerf qui s'y ramifie, il se passe d'abord un temps pendant lequel aucun effet appréciable n'est produit; ce temps écoulé, la tension du muscle s'accroît par degrés, atteint un maximum et décline enfin pour revenir à son point de départ correspondant à l'état de repos du muscle. Dans les grenouilles, M. Helmholtz a trouvé 0,01 de seconde pour la durée du laps de temps qui subsiste entre l'irritation et la première manifestation des effets mécaniques du muscle. De là jusqu'au maximum, il y a 0,08 de seconde; enfin, le déclin de la tension du muscle jusqu'à son relâchement complet dure de 0,3 de seconde à une seconde entière. On voit donc que la différence qu'on a cru jusqu'ici devoir admettre entre le mode d'action des muscles de la vie animale et de ceux de la vie organique est illusoire. Les premiers comme les derniers n'agissent qu'un certain temps après le commencement de l'irritation; et dans les deux espèces de muscles, la durée des effets de l'irritation dépasse de beaucoup celle de l'irritation elle-même. Mais dans les muscles de la vie organique, les trois périodes de la contraction, celle qu'on peut appeler *du temps perdu*, celle de l'accroissement et celle du déclin de la tension, se comptent par secondes entières, si ce n'est par minutes; tandis que dans les muscles de la vie animale les mêmes périodes se comptent par centièmes de seconde.

2° En faisant agir sur différents points d'un nerf moteur un courant électrique suffisamment énergique, on parvient à produire des contractions tout à fait identiques quant à la grandeur de leur maximum, ainsi qu'à la durée de leurs dernières périodes. Mais, chose remarquable, la première période, celle que M. Helmholtz a appelée du temps perdu, se trouve augmentée par rapport à ce qu'elle était lors de l'irritation du muscle lui-même, d'une fraction de temps, minime à la vérité, mais pourtant bien appréciable aux appareils; et cette fraction est d'autant plus grande que le point du nerf qu'on a irrité est plus distant de l'insertion au muscle. L'auteur démontre, dans son mémoire, que cette augmentation du temps perdu entre l'irritation et l'effet mécanique produit ne peut être rapportée uniquement qu'au plus grand trajet que l'agent nerveux est censé alors parcourir dans le nerf. Cette augmentation fournit donc un moyen de mesurer la vitesse de propagation de l'agent nerveux. Cette vitesse, en général, n'est que très modique, et certainement fort inférieure à ce que l'on avait toujours imaginé jusqu'ici. En effet, dans les grenouilles, elle ne serait, d'après les mesures de M. Helmholtz, que d'à peu près vingt-six mètres par seconde.

CORRESPONDANCE.

Injections iodées.

Paris, 31 août 1851.

Oculos habent et non vident.....

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre dernier numéro (30 août 1851), M. le docteur Abeille vient encore de réclamer pour lui la priorité des injections iodées dans les abcès par congestion, et, de plus, de tronquer à plaisir, et je ne sais dans quel but, ce que j'ai dit ou écrit sur l'emploi de ce moyen dans différentes affections. Permettez-moi de faire voir, sinon à M. Abeille, qui ne veut pas voir, il paraît, mais à vos lecteurs, ce que valent les assertions de notre honoré confrère. Je me garderai bien d'imiter son ton badin et plaisant, qui ne convient pas en pareille matière.

Avant de lui prouver une seconde, une troisième fois qu'il n'a aucun droit à la priorité qu'il réclame, deux mots à son dernier factum.

D'abord je n'ai ni dit, ni écrit que j'aie opéré et guéri en 1839 un abcès par congestion de la fosse iliaque, et je ne me suis jamais appuyé sur ce fait pour *m'arroger*, comme le dit M. Abeille, l'initiative de ce nouveau traitement; j'ai dit dans mon mémoire sur le traitement des abcès par congestion (*Mémoires de la Société de chirurgie*, tome II, page 456): « que l'idée de guérir les abcès par » congestion et la carie qui les produit par les injections iodées » remonte à 1839, et qu'elle me fut suggérée par la guérison d'un » vaste abcès de la fosse iliaque interne, contre lequel tous les » moyens avaient échoué, etc... » Je n'ai donc jamais considéré cette observation, comme veut bien le dire M. Abeille, comme un exemple d'abcès par congestion guéri par les injections iodées; *jamais* je ne l'ai signalée à M. Abeille comme un fait d'abcès par congestion, et surtout comme établissant mes droits à la priorité... Je défie M. Abeille de le prouver... Il y a un autre fait que j'ai indiqué à M. Abeille et qu'il fait semblant de ne pas connaître; mais, heureusement pour moi, M. Abeille aura beau faire, il sera forcé de compter avec lui. Mon honoré confrère dit aussi que je n'ai pas

---

plets, et souvent même ils manquent de preuves ou de justification. Cependant, en prenant pour point de départ les données des auteurs distingués que je viens de citer, il en résulte ces faits:

1° Qu'en 1780 il existait 870 hôpitaux ou hospices, et qu'il y en a actuellement 1,270;

2° Que ces établissements possédaient alors un revenu annuel de 20,000,000; qu'aujourd'hui ce revenu est de 54,000,000, ou de 40,000,000, non compris la dépense des enfants trouvés, des aliénés et le remboursement des journées de militaires malades;

3° Que 110,000 indigents (1) pouvaient recevoir à la fois des soins soit à l'hôpital, soit à l'hospice, et qu'en ce moment 126,500 administrés existent dans ces mêmes établissements;

4° Enfin que la mortalité serait, à peu de chose près, la même en 1847 qu'en 1780, malgré les immenses améliorations de tous genres introduites dans le régime intérieur des établissements charitables.

L'administration hospitalière a fait depuis soixante-dix ans de notables progrès, surtout en ce qui concerne le bien-être du pauvre. Sous ce rapport même, je ne crois pas qu'on puisse aller plus loin; car la position des indigents dans nos hôpitaux est telle, qu'un voyageur qui tomberait malade en route ferait beaucoup mieux de se faire transporter dans un de ces établissements, en remboursant largement ses frais, plutôt que de se faire traiter à l'hôtel où il serait descendu. Si donc on peut, maintenant, faire encore de nouveaux progrès, ce n'est plus dans le mode de secours, mais bien dans la manière de distribuer les secours. Il n'y a rien ou du moins presque rien à faire à l'hôpital; mais il y a de grandes modifications à apporter au secours de l'hospice, soit en élargissant le mode de secours à domicile, soit en créant des asiles payants pour les pensionnaires des caisses de secours mutuels et de prévoyance.

Depuis trois ans surtout, la législation relative à l'administration des hôpitaux et hospices a été vivement attaquée, et de nombreux projets de loi ont été élaborés pour la remplacer. Ce n'est pas dans la loi que se trouve le mal, et une nouvelle législation sur la matière ne changera rien à la situation actuelle du paupérisme; mais c'est par de nouveaux moyens à créer pour venir en aide aux classes souffrantes qu'on parviendra, sinon à éteindre, du moins à réduire la misère. La société est déjà entrée dans une heureuse voie à cet égard; la crèche, la salle d'asile, les caisses d'épargne sont d'utiles auxiliaires. Maintenant il faut encourager les fondations des caisses de secours mutuels, des caisses de retraite et de prévoyance, tout en conservant et même en agrandissant les secours à domicile, et nous pourrons espérer un avenir plus calme et moins de douleurs à soulager.

(1) Il est probable que les 40,000 enfants que M. Necker compte parmi les 110,000 indigents dont il s'agit, étaient des enfants trouvés placés à la campagne. Alors nous pourrions dire que nous secourons dans nos hôpitaux et dans nos hospices 225,000 indigents à la fois.

M. le docteur Foltz a été nommé chef des travaux anatomiques, et M. le docteur Faivre, chef de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

— *Deux nouveaux cas de mort par le chloroforme.* — La *Gazette médicale de Lyon* nous apporte aujourd'hui la nouvelle d'un nouveau cas de mort par le chloroforme, qui a eu lieu à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Un autre fait a été observé à *Seamen's Hospital*, à Londres. Nous ferons connaître en détail ces deux faits quand celui de Lyon aura été publié *in extenso*.

répondu à sa lettre du 7 novembre insérée dans la *Gazette des Hôpitaux*; c'est encore une erreur... J'ai répondu dans l'*Union médicale*, où déjà M. Abeille avait fait des réclamations... Je n'ai pas cru devoir le faire dans tous les journaux où il lui plairait de réclamer. Aujourd'hui qu'il revient à la charge et qu'il interprète mon prétendu silence à son avantage, en disant que ne pas lui répondre dans le journal où il avait réclamé c'est lui restituer la priorité de cette innovation du traitement des abcès par congestion, il saura tout à l'heure à quoi s'en tenir.

Encore un mot sur la manière de M. Abeille dans la citation des faits; c'est un système que je laisse à vos lecteurs le soin d'apprécier et de caractériser. Mon bienveillant confrère s'écrie : « Quelle » n'a pas été ma surprise quand, lisant, il y a deux jours, dans la » *Gazette médicale* (n° 33, 16 août 1851), la suite d'un mémoire » sur le traitement de l'ascite par les injections iodées, je lui ai vu » citer, comme premier fait établissant l'innocuité de ces mêmes » injections dans la cavité du péritoine, cette même observation » imprimée dans la *Gazette médicale* en 1840, *et qu'il avait voulu » présenter comme un cas d'abcès par congestion !...* » Je répète encore à M. Abeille, afin qu'il ne l'oublie, *que jamais je n'ai voulu présenter cette observation comme un cas d'abcès par congestion*, et qu'il est mis au défi d'en donner les preuves.

Pour ce qui regarde les injections iodées dans le péritoine, j'aurais su gré à mon honorable confrère de citer textuellement, de citer tout ce qu'il fallait citer pour que ma pensée ne fût pas tronquée et pour rester dans le vrai... mais ce n'était pas l'affaire de mon confrère, et sa plaisanterie y aurait perdu, en même temps que sa citation aurait eu un tout autre sens. — Voici ce que j'ai écrit (*Gazette médicale*, 1840, page 605, et 1851, pages 521 et 522).

Le premier fait qui a appelé notre attention et celle des praticiens sur l'innocuité des injections iodées *sur* le péritoine, et non *dans* le péritoine, comme me le fait dire M. Abeille, et qui constate cette innocuité date de 1839; il nous appartient, il a été publié en 1840 dans la *Gazette médicale de Paris*. En effet, au nombre des réflexions que nous avait suggérées cette observation à cette époque, nous faisions les suivantes, réflexions que M. Abeille aurait dû citer s'il avait voulu mettre les lecteurs de votre journal à même de juger avec connaissance de cause : « La paroi supérieure ou ab- » dominale du foyer purulent était formée par le péritoine.... Mal- » gré cette circonstance, nous fîmes une injection iodée dans ce » vaste abcès *sous-péritonéal*; cette circonstance du voisinage du » péritoine était bien de nature à nous donner des inquiétudes, que » le résultat que nous avons obtenu pouvait seul dissiper.... En » poussant une injection pareille dans un foyer aussi vaste situé » sous le péritoine, nous craignions et nous devions craindre que » cette membrane, venant à s'enflammer, ne fût cause d'accidents » plus graves que ceux que nous avions à combattre. Ce point » étant établi par cette seule observation que de la teinture iodée » en grande quantité avait pu être mise en contact avec une sur- » face aussi étendue du péritoine sans danger aucun et sans y faire » naître une inflammation fâcheuse, il était tout naturel de penser » qu'injectée dans l'intérieur même de la cavité péritonéale cette » teinture n'aurait pas de conséquences plus graves. »

Pouvais-je trouver dans l'observation publiée en 1840 dans la *Gazette médicale* l'idée de traiter et les abcès par congestion et l'ascite par les injections iodées? C'est ce qu'il sera facile de voir en lisant cette observation et les réflexions qui la suivent. En résumé, qu'on lise cette observation, qu'on lise mon mémoire sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées, qu'on lise les réponses que j'ai faites à M. Abeille à propos de la priorité qu'il a réclamée et qu'il réclame encore, qu'on lise ce qui a paru de mon mémoire sur le traitement de l'ascite par les injections iodées, et l'on verra quelle est la valeur des assertions de la lettre de mon honorable confrère M. Abeille.

Maintenant, à propos de la priorité qu'il revendique, je vais redire ce que déjà j'ai dit maintes et maintes fois à la Société de chirurgie de Paris et ce que j'ai écrit à satiété dans la presse médicale.

Dans des lettres insérées dans l'*Union médicale* et dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le docteur Abeille a réclamé pour lui la priorité des injections iodées dans les abcès par congestion. Cette réclamation avait déjà été adressée à la Société de chirurgie par notre honorable confrère, et je croyais l'avoir réduite à sa juste valeur en rappelant les dates des faits publiés et en fournissant toutes les preuves que demandait mon savant confrère. J'ai prouvé, en effet, par les dates de publications que j'ai faites sur ce sujet, et le *compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse à la main* (années 1848 et 1849), que M. Abeille n'avait aucun droit à la priorité qu'il réclamait; bien plus, j'ai démontré qu'il avait puisé dans mes travaux l'idée de guérir par les injections iodées les abcès symptomatiques d'une carie de la colonne vertébrale ou autrement dit les abcès par congestion. Ces preuves, qui ont été convaincantes pour la Société de chirurgie, ne le sont pas, il paraît, pour M. Abeille, qui maintenant semble tenir plus que jamais à une priorité à laquelle il semblait d'abord n'attacher que peu d'importance, à cause de sa valeur si mince; mais cependant il disait qu'il serait heureux que je voulusse bien lui faire connaître un fait authentique publié antérieurement à son observation.

Le ton si modeste de cette réclamation me fit penser que mon confrère ignorait mes travaux sur les injections iodées, ce qui, je dois l'avouer, ne laissait pas que de m'étonner un peu, après les recherches nombreuses qu'il disait avoir faites sur ce sujet, recherches qu'il n'a pu faire en effet que dans les journaux ou sont insérés mes travaux. Croyant donc qu'il en était ainsi, je m'empressai de me rendre au désir de M. Abeille, et de lui fournir les preuves qu'il me demandait; d'ailleurs, comme lauréat de la Société de médecine de Toulouse, il avait entre les mains, *avant la publication de son mémoire sur les injections iodées*, un compte-rendu des travaux de cette Société, dans lequel se trouvait consigné un fait *d'abcès symptomatique de carie de la colonne vertébrale guérie par les injections iodées*.

Dans une seconde et une troisième lettre, M. Abeille déclare connaître tous mes travaux, voire même le compte-rendu de la Société de médecine de Toulouse, et affirme n'avoir rien trouvé qui pût l'empêcher de revendiquer la priorité qu'il réclame.

Qu'il me soit permis de mettre sous les yeux de vos lecteurs les titres de chacun à l'appui de ses prétentions. Je ne connais qu'un moyen de le faire avec impartialité, c'est de ne rapporter que des faits d'une authenticité certaine et par ordre de dates. Ce moyen thérapeutique promet d'être trop important dans l'art pour que ceux qui ont contribué à ses progrès ne veuillent pas en revendiquer leur part.

D'abord, examinons les dates :

En 1848, j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de médecine de Toulouse, qui avait mis au concours la question des injections iodées, un mémoire sur ce sujet. Ce travail, qui avait pour épigraphe cette pensée de Muller, *Boni viri nullam oportet causam esse præter veritatem*, porte le n° 3 dans le compte-rendu des travaux de cette Société savante. A la page 149, M. le rapporteur s'exprime ainsi : « L'auteur du n° 3 fait connaître un fait qui lui est propre, et qui offre un grand intérêt; il s'agit d'un abcès froid situé au niveau du sacrum, *et symptomatique d'une carie de cet os*, etc. Huit injections avec la solution alcoolique d'iode pure ont amené la guérison de cette maladie grave qui s'était préparée lentement, etc. Ce beau cas de guérison suscite quelques réflexions judicieuses, etc. (1). »

Comme lauréat de la Société de médecine de Toulouse, à laquelle M. Abeille avait aussi envoyé un travail sur les injections iodées, il avait donc reçu le compte-rendu des travaux de cette Société, et il ne pouvait ignorer l'analyse du n° 3, et les remarques particulières du rapporteur sur le fait important nouveau que je viens de citer. Il devait d'autant moins les ignorer, qu'elles ont dû fixer son attention, à lui surtout qui était lauréat, et qui s'était occupé des injections iodées d'une manière toute particulière.

Quelques semaines après avoir eu connaissance de ce compte-rendu, un cas d'abcès symptomatique d'une carie de la colonne vertébrale, ou un abcès par congestion, se présente à M. Abeille; il le traite par les injections iodées, le guérit, et le publie dans le numéro de juin de la *Revue médicale*, page 113, année 1849, en disant qu'il a été amené par le raisonnement à en agir ainsi. « Je ne sais pas, dit M. Abeille, si quelque chirurgien a essayé les injections iodées dans les abcès par congestion; j'avoue mon ignorance; mais ce que je sais, c'est que, malgré l'usage fréquent que j'avais fait de ce moyen dans un grand nombre de circonstances, je n'avais jamais eu la hardiesse de chercher à en tirer partie dans les abcès par congestion. Cette hardiesse m'est enfin venue, et je dois m'en féliciter, puisqu'elle m'a procuré un succès qui mérite d'être relaté avec quelques détails. *Je n'avais pas abordé ce point* lorsque j'envoyai mon mémoire à la Société de médecine de Toulouse, parce que je n'avais aucun fait par devers moi. Celui que je vais raconter date du courant de mars dernier (17 mars 1849). »

Je ferai remarquer que cette époque du mois de mars était précisément celle où M. Abeille venait de recevoir le compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Toulouse. Il est donc évident qu'il avait oublié ce qu'il y avait lu, ou qu'il l'avait lu sans y faire attention, malgré les remarques de M. le rapporteur.

Ce point établi, je pense que nous voilà d'accord sur les dates. Une autre objection que M. Abeille ne fait pas d'une manière bien nette, mais qu'il laisse entrevoir, est la suivante : J'ai lu, dit-il, vos travaux, vos observations, et je n'y ai rien trouvé qui pût vous donner droit à la priorité que je réclame pour moi. Vous parlez bien d'un abcès symptomatique d'une carie de la colonne vertébrale...; mais vous ne dites mot des abcès par congestion... Est-ce que par hasard M. Abeille voudrait s'appuyer sur un pareil argument pour réclamer la priorité? Alors je le prierais de me dire ce que c'est qu'un abcès par congestion..., sinon un abcès symptomatique d'une carie de la colonne vertébrale ou d'un autre os... De ce que jai désigné la maladie, en indiquant sa nature, son siége, et, par une expression plus scientique, en ai-je été moins exact et moins clair que si je l'avais désignée par un symptôme ; car, après tout, l'abcès par congestion n'est que le symptôme de la carie d'un os et principalement des os de la colonne vertébrale. Si cette opinion n'est pas celle de M. Abeille, c'est celle de tous les auteurs anciens et modernes... C'est la mienne aussi... Je n'invoquerai pas sur ce point les auteurs anciens. J'aurais trop raison; mais je m'en rapporterai aux auteurs de nos jours, qui ont considérablement restreint la signification du mot abcès par congestion. Que M. Abeille veuille bien consulter à ce sujet les ouvrages de MM. Gerdy, Nélaton, le *Compendium de Chirurgie*, etc., etc.

Il est donc admis par tout le monde qu'un abcès par congestion n'est autre chose qu'un abcès symptomatique d'une carie, et que dans le langage ordinaire un abcès symptomatique d'une carie des vertèbres, n'est autre chose qu'un abcès par congestion, que le pus soit dans un foyer exactement circonscrit, au niveau, dans le voisinage ou loin du point d'origine. L'abcès par congestion n'est donc que la conséquence, que le symptôme de l'altération osseuse. Si M. Abeille avait l'intention d'alléguer ce motif, j'ai démontré quelle était sa valeur.

Maintenant examinons la question plus au fond. Pourquoi et dans quel but M. Abeille a-t-il fait cette injection iodée? C'est là que se trouve toute la question. Etait-ce dans l'intention spéciale, particulière, arrêtée, réfléchie, de guérir localement la carie, d'activer les propriétés vitales de l'os malade, de lui donner un autre mode de vitalité, de le mettre en état de se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à la cicatrisation? Etait-ce dans le but de modifier, de changer les surfaces du foyer, les mauvaises qualités du pus, etc.? Telle est ma pensée, mon but dans les abcès symptomatiques d'une carie ou par congestion. Quelque chose de semblable est-il exprimé, même d'une manière vague, dans le mémoire de M. Abeille et dans ses deux lettres de réclamation? Non, assurément non. Au contraire, ce chirurgien insiste d'une manière toute particulière pour démontrer qu'il s'est servi dans le fait qu'il rapporte des injections iodées comme on s'en sert dans les abcès froids proprement dits. Son opinion est nettement exprimée à cet égard; il pense d'ailleurs qu'il est impossible de pouvoir porter la teinture iodée jusque sur la surface cariée et que les abcès par congestion ne peuvent guérir que grâce aux ponctions sous-cutanées, sans lesquelles les injections iodées ne pourraient rien, absolument rien, et qu'elles ne servent après la ponction sous-cutanée qu'à hâter la guérison; encore faut-il, pour qu'il en soit ainsi, que le *mal primitif, que la carie soit entièrement guérie*. Alors il devient singulier que M. Abeille réclame la priorité pour une idée qu'il rejette de toutes ses forces et qu'il avoue n'avoir jamais eue, puisqu'il déclare qu'il est impossible de guérir des abcès par congestion par les injections iodées seules. Je ferai remarquer d'abord la différence qui existe entre la manière de voir et de raisonner de M. Abeille et de la mienne; ensuite que, si la carie est entièrement guérie, il n'y a plus d'abcès par congestion, qu'il ne reste plus qu'une affection simple, un abcès froid ordinaire, qu'une collection de matière purulente sans caractère particulier et susceptible de guérir, comme toutes les collections du même genre, par les injections iodées. Je ne pense pas que mon honorable confrère réclame la priorité pour ces dernières affections, pour les abcès froids proprement dits.

Il est donc bien évident, bien démontré après toutes ces explications que M. Abeille réclame une idée qu'il n'a jamais eue, celle de guérir les abcès provenant d'une carie et la carie qui les produit par les injections iodées. La réclamation de mon honorable confrère n'est donc pas fondée.

En résumé, de l'examen des dates, de celui des faits, je crois devoir déduire, touchant la question d'antoriorité d'invention et d'application des injections iodées dans les abcès par congestion, qu'il est maintenant hors de doute pour tout le monde que M. Abeille n'y a aucun droit.

Agréez, etc. BOINET.

(1) Cette observation a été communiquée aux Sociétés des 3e et 4e arrondissements de Paris, et en 1847 et 1848. On peut consulter ses procès-verbaux.

Inspirations d'iode.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de venir rectifier une erreur bien involontaire, sans doute, de M. Piorry, lorsque, dans sa leçon clinique que je trouve aujourd'hui dans la première page de votre estimable journal, il dit : *M. Chartroule, M. Chevalier eurent l'idée de faire arriver la vapeur d'iode pure dans le poumon*, etc.

Ce n'est point M. Chevalier, mais moi *seul* qui ai proposé et mis *le premier* en pratique les inspirations d'iode pur. A cette époque, je n'avais pas l'honneur de connaître M. Chevalier; ce ne fut que plus tard que j'eus l'avantage de faire sa connaissance dans les salles de M. Piorry, à la Pitié. Je pourrais, en cela, faire appel au souvenir de M. Chevalier lui-même et de mon honorable confrère et ami M. le docteur Malliot, qui a bien voulu suivre toutes mes expériences. Du reste, M. Piorry l'avait si bien pensé que, dans son *Atlas de plessimétrisme*, page 9, il dit : « J'ai été conduit à employer d'abord la teinture d'iode, puis plus tard celle de l'iode lui-même que M. Chartroule me proposa d'y substituer. »

Agréez, etc. CHARTROULE.

Paris, 2 septembre 1851.

Chronique et nouvelles.

Par arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce en date du 26 août, et sur la présentation du comité consultatif d'hygiène publique, M. le docteur Ambroise Tardieu a été nommé membre titulaire dudit comité, en remplacement de M. le professeur H. Royer-Collard, décédé.

— Dans sa séance du 4 août 1851, la Société nationale de médecine de Lyon a procédé à l'élection de quatre membres correspondants. Ont été élus MM. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe); Thore fils, médecin à Sceaux (Seine); Benoit, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Turck, médecin à Plombières (Vosges).

Le Gérant, Le Sourd.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 103. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 103. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 5 SEPTEMBRE 1851.

DISCUSSION SUR L'AMPUTATION PARTIELLE DU TESTICULE.

L'Académie a enfin clos une discussion qui l'aurait occupée beaucoup moins longtemps si le véritable sujet du débat avait seul occupé les orateurs qui se sont fait entendre. Le mérite de cette discussion, nous l'avions déjà dit, et M. Velpeau l'a répété avec une autorité qui ne nous appartenait pas, sera d'avoir montré clairement que beaucoup de choses qu'on croyait savoir d'une manière très nette sont encore fort obscures dans l'histoire des maladies du testicule. De là, il faut l'espérer du moins avec M. Velpeau, de nouveaux efforts de la part des chirurgiens pour étudier plus attentivement les affections testiculaires chroniques qui se présenteront à eux; de là, il faut l'espérer encore, un nouveau progrès pour la science.

Quant à la véritable question en litige, cette question a conservé la solution que nous lui avions donnée nous-même dès notre première appréciation. Cette solution, c'est que M. Malgaigne a proposé une opération impossible dans certains cas, inutile et même nuisible dans ceux où elle pourrait matériellement être appliquée.

Tous les éloquents efforts tentés par M. Malgaigne pour échapper à cette solution fatale n'ont servi qu'à montrer, d'un côté, ses ressources de dialecticien et son talent d'orateur; mais, d'un autre côté, son inaptitude à l'observation et l'absence de toute disposition chirurgicale clinique. Quand il a combattu M. Ricord sur des arguments plaisants et sur des théories de fantaisie, comme il l'a très bien dit, M. Malgaigne l'a fait avec autant de supériorité que de succès. Quand il a fait, après le rapport de la Société anatomique, le procès au microscope, M. Malgaigne, quoique étant tombé dans une légère exagération, a encore eu la vérité pour lui; mais quand il a voulu combattre les arguments pratiques de M. Velpeau, de M. Robert et même de M. Ricord, M. Malgaigne n'a eu d'autre ressource que de travestir les opinions de ses contradicteurs ou de se glisser entre deux arguments à l'aide d'une facétie. Nous ne parlons pas de l'argumentation de M. Laugier, à laquelle il n'y avait rien à répondre, et que M. Malgaigne s'est trouvé heureux de pouvoir laisser de côté, pressé qu'il était par les aiguilles de l'horloge.

Nous avions espéré un instant de pouvoir discuter quelques-unes des nombreuses questions accessoires qui, dans les deux dernières séances, sont venues s'ajouter à la question principale; mais ces questions se sont tellement multipliées et compliquées, que nous avons dû renoncer à notre projet, en nous réservant toutefois de revenir sur chacune de ces questions à mesure que quelque fait clinique appellera sur l'une d'elles notre attention. — H. de Castelnau.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Trachéotomie dans un cas de croup. — Guérison. — Inconvénients du séjour prolongé de la canule.

Wéber (Emile), âgé de cinq ans et demi, est apporté à l'hôpital Cochin le 26 juin 1851, dans la période extrême du croup. La maladie datait de six jours. On avait employé pour la combattre l'émétique à doses vomitives, des applications de sangsues au cou, des sinapismes aux pieds et aux mains. Au moment où il fut présenté à M. Maisonneuve, le malade paraissait mourant; la respiration ne se faisait plus qu'avec une extrême difficulté, le pouls était petit, faible, irrégulier.

M. Maisonneuve jugea qu'il n'y avait pas un instant à perdre, et sans désemparer pratiqua l'opération de la trachéotomie.

L'opération fut simple et rapide; elle fut un moment même suivie de l'expulsion d'une fausse membrane longue de 3 centimètres, large de 1 centimètre et demi et fort épaisse. Une canule simple fut introduite dans la plaie et fixée au moyen d'un fil passé autour du cou, puis le petit malade fut porté dans son lit, où il ne tarda pas à s'endormir.

M. Maisonneuve recommanda à son interne de surveiller attentivement la canule, de ne point la nettoyer sur place, mais bien de l'enlever pour en opérer le nettoyage, et de la replacer ensuite, cette manœuvre étant beaucoup plus facile, beaucoup moins fatigante pour le malade. Ces instructions furent suivies exactement.

Le lendemain, à la visite, le petit malade était parfaitement calme; il respirait bien. Dans la nuit il avait rendu une seconde fausse membrane de même dimension à peu près que la première. L'auscultation fit reconnaître qu'il n'existait aucune complication grave du côté des poumons; la fièvre était modérée. La canule fut encore enlevée pour le nettoyage et replacée; le surlendemain on la supprima tout à fait. M. Maisonneuve regarde la présence prolongée de la canule dans la trachée comme une des causes principales de ces pneumonies consécutives auxquelles succombent si souvent les petits malades après l'opération de la trachéotomie. Déjà, dit-il, on a supprimé dans le traitement du croup les injections irritantes et même les simples injections aqueuses, parce que l'on s'est aperçu qu'elles favorisaient le développement de ces inflammations profondes du parenchyme pulmonaire. Eh bien, la présence prolongée de la canule a des inconvénients analogues; il n'est jamais utile de la laisser séjourner plus de trente-six heures. Le fait est qu'à dater du moment où la canule a été supprimée la déglutition est devenue plus facile, et le petit malade a rapidement marché vers la guérison.

Le 8 juillet, la cicatrisation de la plaie était complète, et le 18 du même mois l'enfant sortait dans un état parfait de santé. Il avait engraissé d'une manière remarquable, et parlait avec autant de facilité que s'il n'avait jamais subi d'opération.

DE LA RÉTROVERSION DE MATRICE pendant la grossesse.

Observation et réflexions, par M. GARIN.

La rétroversion de matrice pendant la grossesse est un accident assez rare pour surprendre l'expérience d'un accoucheur et assez grave pour compromettre les jours d'une femme. Aussi est-on étonné lorsqu'on parcourt les traités d'obstétrique les plus complets de trouver souvent écourtées ou omises les considérations qui se rapportent à ce sujet.

Ce ne sont point cependant les matériaux qui manquent pour ce travail. La rétroversion est un fait trop frappant pour qu'on n'ait pas recueilli toutes les variétés qui se sont offertes dans la pratique, et des mémoires nombreux sur cette complication de la grossesse ont été publiés en Angleterre, en Allemagne et en France.

La médecine lyonnaise, dans ce concours de recherches, n'est point restée en arrière des autres écoles; mais les observations intéressantes qu'elle a fait connaître, les dissertations remarquables qu'elle a produites, et au premier rang desquelles il faut placer celles de Desgranges et de Martin, ne se trouvent nulle part relevées avec la distinction qu'elles méritent. C'est surtout pour rendre hommage aux travaux de nos compatriotes, et remettre en lumière les résultats de leur expérience, que cette note est faite. L'observation suivante, qui en est la base, et que nous devons à l'obligeance de notre honorable ami le docteur Teissier, puisera dans ce rapprochement une partie de son intérêt, et le type parfait qu'elle présente de la rétroversion de matrice pendant la gestation nous permettra d'y rattacher les principales notions éparses que la science renferme sur ce point.

Rétroversion complète de matrice au troisième mois de la grossesse. — Difficulté du diagnostic causée par les antécédents de la malade. — Réduction après vingt-quatre heures d'étranglement des organes du petit bassin.

Mme Mora, monteuse de parapluies, demeurant rue des Marronniers, n° 6, est âgée de trente-huit ans. Sa constitution est forte, son tempérament sanguin. Cette femme, mariée depuis onze ans, a eu une fausse couche et quatre enfants à terme; tous ont été extraits au moyen du forceps après un travail plus ou moins long et insuffisant. Le second de ses enfants seuls a vécu; les autres sont morts au moment de la naissance ou peu après.

Les deux derniers ont offert ceci de remarquable, qu'ils avaient, l'un à gauche, l'autre à droite du front et en haut, un enfoncement de près de 1 centimètre, avec fracture de l'os. Restée jusqu'ici sans explication, cette circonstance n'a pas peu contribué, comme nous allons voir, à jeter quelque hésitation dans le diagnostic de l'accident qui a signalé une sixième grossesse de notre malade, et dont voici les détails.

Le 27 mai passé, cette femme, qui était arrivée sans événement particulier au troisième mois de sa grossesse, éprouvait depuis deux jours un peu de difficulté à uriner et de la constipation, lorsqu'à la suite d'un lavage à la rivière elle fut prise de coliques vives qui augmentèrent rapidement, et lui firent croire à une prochaine fausse couche. Elle souffrit toute la nuit sans secours, et ne fit appeler son médecin, M. Teissier, que le lendemain. A sa visite, elle était en proie à des douleurs violentes; une pesanteur considérable se faisait sentir dans le bassin; un tiraillement aigu partait des lombes et s'irradiait dans les aines et dans les cuisses; l'hypogastre était tendu et douloureux; des efforts d'expulsion revenaient périodiquement, à quelques minutes d'intervalle, justifier la supposition de la malade, l'imminence d'une fausse couche. M. Teissier se mit immédiatement en devoir d'examiner la malade. Mais quel ne fut pas son étonnement, lorsqu'en pratiquant le toucher chez cette femme, la première chose qu'il rencontra à l'entrée de la vulve fut une tumeur dure, du volume du poing, obstruant le vagin et forçant le doigt indicateur à passer immédiatement sous l'arcade du pubis pour aller à la recherche du col de l'utérus! Aussitôt se présenta à son esprit le souvenir des accouchements antérieurs de la malade, qu'on avait toujours été forcé de délivrer avec le forceps, et dont les deux derniers enfants étaient nés dans ses mains avec un enfoncement et une fracture du crâne qu'il ne s'était point expliqués. Il lui parut que la tumeur présente sous son doigt devait être la cause des difficultés passées, et de celles qu'il entrevoyait dès lors à l'avortement actuel.

Préoccupé de cette pensée et ne songeant qu'à soulager la malade, sans vouloir arrêter une fausse couche qui, vu la violence des douleurs, semblait désormais inévitable, M. Teissier prescrivit à la malade quelques topiques émollients et une potion calmante. Il revint plusieurs fois dans la journée: tous les moyens étaient restés sans effet; un travail inutile et douloureux n'avait pas cessé jusqu'au soir de tourmenter la malade. Ce fut alors que, se voyant toujours en face du même obstacle et pressentant quelque fâcheuse complication, M. Teissier me fit prier de l'assister et de voir avec lui la malade.

Réunis dans la soirée, nous la trouvâmes dans l'état suivant: l'angoisse était extrême; les urines étaient supprimées et ne sortaient que par regorgement; la constipation, datant depuis plusieurs jours, était opiniâtre; des douleurs expulsives presque continuelles annonçaient les efforts que faisait la matrice pour se débarrasser du produit de la conception; le col était très élevé et difficile à atteindre; une tumeur dure, qu'on pouvait prendre pour l'utérus, se faisait sentir dans l'hypogastre et semblait se durcir sous la main à chaque contraction des muscles de l'abdomen. Tout concourait à entretenir l'idée d'un avortement; cependant le col était fermé, nul écoulement de sang n'apparaissait au dehors, et le doigt, introduit profondément, ressortait sans en être coloré. Qui pouvait mettre obstacle à une fausse couche, dont tous les signes rationnels paraissaient réunis, sinon la tumeur qu'avait reconnue M. Teissier, et que nous retrouvions avec les caractères désignés plus haut, à l'entrée de la vulve, coiffée en avant par la paroi postérieure du vagin, en arrière par la paroi antérieure du rectum et comme développée dans la paroi recto-vaginale?

Quelle que fût sa nature, cette tumeur devait être sans aucun doute l'obstacle de l'avortement; c'était elle qui empêchait l'utérus de descendre, le col de s'entr'ouvrir, la fausse couche de s'achever. Nous étions confirmés dans cette erreur par la similitude que nous trouvions entre le cas actuellement sous nos yeux et celui que M. Robert avait récemment communiqué à l'Académie de médecine, et dans lequel il avait fallu, pour terminer un accouchement, extirper d'abord une tumeur volumineuse du vagin. De plus, cette tumeur, en nous donnant une explication naturelle des difficultés des accouchements antérieurs chez cette femme et des lésions observées sur la tête de ses enfants, trouvait sa raison d'être dans ces circonstances mêmes.

Quoi qu'il en fût, le danger était pressant; notre malade était dans un état lamentable: des souffrances horribles, des vomissements répétés, la rapidité et la petitesse du pouls faisaient craindre pour sa vie. D'un autre côté, à chaque effort d'expulsion la tumeur se portait fortement en avant; repoussant la vulve en haut et entr'ouvrant l'anus, comme fait la tête d'un fœtus à la fin d'un accouchement; elle menaçait incessamment de tout rompre et d'amener des accidents impossible à calculer. Il fallait agir, et déjà l'idée d'une opération sur la tumeur, comme dans le cas que nous rappelions il n'y a qu'un instant, se présentait à notre esprit.

Mais quelle était cette tumeur?

Ce ne pouvait être un calcul vésical enchatonné comme le célèbre Levret, par une méprise capable d'excuser toutes les méprises, dit qu'on essaya d'en extraire un dans le premier cas de rétroversion de l'utérus qui se présenta à son observation. La tumeur n'avait ni la consistance, ni le poids, ni le siége d'une pareille production organique.

Etait-ce un polype, comme le crut ce chirurgien malhabile dont parle Baudelocque, lequel, ayant un jour attiré l'utérus rétroversé avec des pinces à griffe, se vit sur le point d'en pratiquer l'excision et en fut quitte pour la peur d'une hémorrhagie, qui le mit heureusement en fuite au moment où

- il allait commettre cette lourde méprise? Nous ne fîmes point cette hypothèse, qui nous eût peut-être conduits aussi à quelque malheureuse tentative. D'ailleurs, l'orifice de l'utérus était libre et il ne pouvait s'agir d'un polype de cet organe.

Était-ce une tumeur fibreuse semblable à celle qu'avait extirpée M. Robert et dont nous avons rappelé plus haut l'observation? Non, car elle n'était point adhérente à la cloison recto-vaginale; dans certains moments de relâchement, on la sentait se mouvoir et glisser entre le vagin et le rectum.

Était-ce une tumeur adhérente de l'utérus et qui par sa chute avait déterminé les contractions abortives de cet organe, ainsi que M. Inglcby en cite un exemple? Rien n'empêchait de le croire, et ce fut d'abord la supposition à laquelle nous pensâmes d'autant plus volontiers que nous y trouvions, comme nous l'avons dit, l'explication des accidents antérieurement observés dans les deux dernières couches de la malade. Cependant l'investigation la plus attentive n'avait jamais fait soupçonner l'existence d'aucune tumeur adhérente ou non dans le bassin de cette femme, et cette tumeur eût-elle existé, sa dureté ne semblait point assez grande en y réfléchissant pour avoir occasionné l'enfoncement et la fracture des os du crâne chez un fœtus à terme (1). L'examen actuel faisait, au contraire, reconnaître de temps en temps dans la tumeur une mollesse semblable à celle que perçoit, après l'accouchement, la main appliquée sur l'utérus relâché.

Cette circonstance de mollesse particulière dans la tumeur devint bientôt si sensible que, jointe à sa mobilité signalée plus haut, à son toucher tomenteux et vasculaire, elle ne tarda pas à nous mettre sur la voie et à nous faire soupçonner, non plus une tumeur adhérente de la matrice, comme nous l'avions d'abord pensé, mais la présence même de la matrice complétement renversée en arrière dans le petit bassin.

La tumeur, en effet, après les éliminations successives que nous avions faites, ne pouvait plus guère être autre chose; sa forme de bourse charnue et aplatie, les sinuosités veineuses de sa surface, sa dureté seulement pendant les douleurs et sa flaccidité après leur passage, nous la firent enfin reconnaître pour la matrice, dont le col tourné en haut cachait son orifice derrière la symphyse du pubis. C'était cette situation anormale qui rendait celui-ci si difficile à atteindre et qui expliquait sa direction en arrière et en bas quand on parvenait à introduire le doigt dans son ouverture.

Ce diagnostic trouvait d'ailleurs sa confirmation dans le témoignage tardif de la malade sur ses antécédents. Depuis sa première grossesse, elle était sujette à un prolapsus de matrice qui gênait souvent, même en dehors de la gestation, l'émission des urines et rendait la constipation habituelle. Rien dès lors de plus aisé à admettre que la rétroversion actuelle de l'utérus chez cette femme; c'était l'exagération d'une disposition organique acquise déjà ancienne. Rien de plus simple aussi que les symptômes dont le tableau était sous nos yeux; la constipation et la rétention d'urine étaient les phénomènes mécaniques de la rétroversion de l'utérus, et les douleurs atroces de la malade, le résultat soit de la distension énorme de la vessie que nous avions prise pour la matrice, soit de l'étranglement des organes du petit bassin par la matrice même violemment déplacée.

Ainsi définivement fixés sur la nature de la maladie et sortis de la perplexité où nous avaient mis un moment et la surprise d'un fait encore inobservé et le souvenir de complications de couches jusque-là restées sans explication, nous nous résolûmes promptement à ce qu'il fallait faire pour guérir la maladie.

La première indication était de vider la vessie gorgée d'urine, afin de réduire ensuite plus facilement l'utérus. Le cathétérisme, pratiqué avec une longue algalie que rendait nécessaire l'allongement du col vésical entraîné par l'utérus, débarrassa la malade de deux litres environ d'urine et lui procura un soulagement rapide et depuis longtemps attendu. Cela fait, il n'y avait plus qu'à exécuter l'opération principale, la réduction de l'utérus. Pour cela, la malade étant placée sur le dos comme pour l'accouchement ordinaire, les genoux relevés et le siége exhaussé par un coussin, je repoussai directement en haut le corps de la matrice avec la main presque tout entière introduite dans le rectum, pendant que mon confrère M. Teissier attirait en avant et en bas le col qu'il était parvenu à accrocher avec le doigt indicateur. La tumeur céda après quelques efforts, et l'organe reprit brusquement sa place, comme par un mouvement de détente à ressort, qui était à la fois la preuve de la violence qu'il avait subie et celle du succès de l'opération.

Les douleurs cessèrent sur-le-champ; le calme se rétablit bientôt, et il ne resta plus à la malade de cette longue crise qu'un extrême abattement. Une heure après, un nouveau cathétérisme acheva de vider la vessie, qui contenait encore plus d'un litre de liquide; on prescrivit des cataplasmes émollients sur le ventre et une potion calmante; par prudence et pour prévenir la récidive du déplacement, on appliqua un pessaire et l'on recommanda à la malade le repos le plus absolu. La nuit fut paisible. Le lendemain et pendant quelques jours la malade garda le lit; puis elle reprit ses travaux sans aucun ressentiment de l'accident grave qu'elle venait d'éprouver, sans que la grossesse eût été interrompue dans son développement.

(1) J'ai cherché à me rendre compte de ces lésions; en l'absence d'une explication meilleure, voici celle qui me paraît probable.

Madame Mora est, comme je l'ai dit au commencement de cette observation, monteuse de parapluies. Cette profession l'oblige à se tenir habituellement assise sur une chaise basse, le corps fortement penché en avant et les jambes écartées pour coudre, dans le parapluie ouvert, l'étoffe qu'elle fixe aux baleines. Dans cette position, le ventre de cette femme, qui est d'ailleurs très abaissé entre les cuisses pendant ses grossesses, appuie pendant de longues heures sur le bord antérieur de la chaise. La pression y a souvent été douloureuse au-dessus du pubis. Il est possible que cette pression longtemps continuée et peut-être quelquefois brusquement exercée sur le ventre ait déterminé les effets dont nous avons parlé, c'est-à dire l'enfoncement et la fracture des os du crâne de l'enfant.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter est l'exemple le plus complet de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse. Nous ne l'avons méconnue un moment que parce qu'elle s'offrait pour la première fois à nos regards et que diverses circonstances relatives aux antécédents de la malade concouraient à nous jeter dans l'erreur. Mais la rareté de cette espèce de déplacement dans la pratique d'un accoucheur est assez grande pour nous servir d'excuse. Aussi croyons-nous utile de rappeler sommairement les principaux traits de son histoire générale; elle tiendra nos jeunes confrères en garde contre une difficulté sérieuse de l'obstétrique; elle rappellera aux médecins déjà éprouvés les souvenirs de leur propre expérience.

Il paraît que la rétroversion de l'utérus était connue des anciens; un accident de la grossesse aussi important ne pouvait guère échapper à leur esprit observateur; mais on en rencontre peu de traces dans leurs écrits. Hippocrate en dit à peine quelques mots obscurs, et le célèbre compilateur Aëtius n'en parle que pour citer le procédé de réduction d'Aspasie, célèbre matrone de la Grèce. Après on ne trouve pas même dans les auteurs la reproduction de ce que nous venons de dire, et il faut arriver jusqu'à la seconde moitié du dix-huitième siècle pour recueillir sur ce fait des notions précises et scientifiques.

Vers cette époque, Grégoire, Deleurye, Chopart, Baudelocque, en France; Smellie, Walter-Wall, Guillaume Hunter, Lyne, en Angleterre; Frédéric Jahn, en Allemagne, publient tous sur ce sujet d'intéressantes observations. Mais, en 1785, l'Académie de chirurgie ayant mis cette question au concours, ce fut un médecin de Lyon, Desgranges, qui eut l'honneur de remporter le prix par un travail *ex professo* le plus savant et le plus complet qui eût encore paru sur la matière. Depuis lors, un autre de nos compatriotes, M. Martin jeune, ajoutant aux recherches de ses devanciers le fruit d'une vaste expérience, a écrit sur la rétroversion de matrice un mémoire qui, pour la richesse et le nombre des observations, pour l'ordre et la clarté de l'exposition théorique, comme pour la sagesse du jugement, n'a laissé à ses successeurs qu'un champ presque entièrement moissonné. Aussi, dans la courte description qui va suivre, aurons-nous souvent à marcher sur ses pas.

C'est ordinairement du troisième au quatrième mois de la grossesse que se montre la rétroversion de la matrice; c'est à cette époque qu'elle s'est produite chez notre malade. On ne l'observe guère avant, parce que l'utérus n'a pas encore acquis un poids capable de l'entraîner en arrière; on ne l'observe guère après, parce qu'alors cet organe a pris dans le ventre un volume qui l'empêche de redescendre dans l'excavation pelvienne.

Plusieurs circonstances prédisposent à la rétroversion de l'utérus; ses déplacements antérieurs tiennent le premier rang: c'était le cas dans notre observation. Viennent ensuite l'engorgement de matrice, le relâchement des ligaments et l'amplitude du bassin, dont il est facile d'apprécier l'influence. Mais, pour s'accomplir, le renversement de l'utérus a besoin le plus souvent d'un autre auxiliaire: un effort violent pour aller à la selle, pour vomir, pour soulever un fardeau; une chute sur le siége, un coup sur le ventre, la vessie gorgée d'urine ou le rectum rempli de fèces, enfin toute tumeur voisine agissant par son poids ou sa pression: voilà les causes les plus fréquentes de l'accident. Cependant on l'a vu se produire sous l'empire d'une simple émotion, ou même sans condition définissable.

Quelle que soit la cause, le renversement est brusque ou progressif, et, dans ces deux cas, il est complet ou incomplet, suivant que le corps de la matrice est plus ou moins descendu dans la courbure du sacrum et sur le périnée, et que le col est plus ou moins relevé du côté opposé vers l'arcade du pubis. M. Martin a aussi décrit une espèce dans laquelle le corps de l'utérus étant aussi renversé que possible, le col, au lieu d'être logé derrière le pubis, était recourbé en bec d'aiguière et venait faire saillie en dehors entre les bords de la vulve.

Je n'insisterai pas sur les symptômes de la rétroversion que pour dire que les plaintes de la femme, la pesanteur qu'elle éprouve dans le bassin, les tiraillements des lombes et des aines, la douleur et la tension de l'hypogastre qui offre une tumeur plus ou moins volumineuse formée par la vessie, qu'enfin la rétention d'urine et la constipation, tout cela met sur la voie, mais n'assure pas le diagnostic, parce que ces symptômes appartiennent aussi à d'autres déplacements et à diverses maladies de l'utérus. Il faut explorer le vagin et le rectum, reconnaître la tumeur, sa forme, sa consistance variable, ses rapports avec les parties voisines: la vulve, le pubis, le périnée; l'anus, la cloison recto-vaginale; il faut distinguer le corps de la matrice et le col, et leurs situations respectives; il faut aussi interroger la malade sur ses antécédents. Ce n'est que lorsque ces divers points de vue de la question sont parfaitement jugés qu'on peut établir le diagnostic de la tumeur et distinguer une rétroversion de matrice de toute autre lésion.

Dans le cours de l'observation qui est l'objet de cette note, nous n'avons pu nous appesantir sur la gravité de la rétroversion de l'utérus qu'autant que le comportait le cas spécial soumis à notre examen. On a vu que cette gravité était assez grande au bout de vingt-quatre heures pour nous inspirer des craintes sérieuses sur la vie de notre malade. En général, la gravité est en rapport avec le volume de l'utérus ou, ce qui revient à peu près au même, avec l'époque de la grossesse; elle est aussi relative au degré de la rétroversion, à son ancienneté et aux circonstances qui peuvent déterminer l'enclavement de l'utérus, son inflammation, sa gangrène, etc.

Une conséquence de la rétroversion utérine, qui semblerait devoir être très fréquente, c'est l'avortement. La nature des douleurs, leur intermittence, leur énergie expulsive le font presque toujours redouter de l'accoucheur; en effet, il a lieu quelquefois. Il peut même avoir lieu après la réduction du déplacement, comme Sibergondi en cite un exemple. Mais, avant comme après la réduction, l'avortement est une aggravation assez rare de la maladie, car on ne la voit pas souvent mentionnée dans les observations des auteurs.

Un accident consécutif de la rétroversion qui est encore plus rare que l'avortement, mais qui est infiniment plus grave, c'est la déchirure qui peut se faire dans les organes voisins; ainsi l'on a vu la vessie se rompre sous l'effort, se vider dans la cavité abdominale et amener une mort presque subite, comme John Lynne en cite un exemple; ainsi M. Mayor, de Lausanne, a observé un cas dans lequel le vagin finit par céder à l'utérus, et lui ouvrit, en se déchirant, un large passage au dehors. Nous avons failli voir la même hernie se produire, non par la vulve, mais par l'anus, à travers le rectum menacé.

D'autres fois, et on a pu remarquer cette circonstance dans notre observation, l'accident simule parfaitement l'étranglement interne. Il y a des douleurs atroces dans le ventre, des vomissements bilieux répétés; l'anxiété est extrême; le pouls est petit et serré: tous ces symptômes ne se dissipent qu'avec la disparition des conditions organiques qui les causent, la rétention d'urine et le déplacement violent de l'utérus.

Quant à la métrite, à la péritonite, à la gangrène de l'utérus, qui peuvent compliquer l'accident de la rétroversion, on en conçoit facilement la possibilité, surtout dans les cas d'enclavement; nous en dirons un mot à propos de l'irréductibilité de la tumeur et des moyens d'y remédier.

Le rétablissement de la matrice dans sa place naturelle est l'unique but du traitement de la rétroversion de cet organe; le reste est accessoire. Mais la réduction est plus ou moins facile suivant le volume de la tumeur, suivant son ancienneté, suivant le degré de la plénitude de la vessie et du rectum.

La première précaution est d'éloigner ce dernier obstacle; il a quelquefois suffi d'un cathétérisme et d'un lavement pour faire disparaître tous les symptômes et amener une réduction spontanée de la matrice. Baer en cite trois exemples; il fallut, dans un de ces cas, y joindre la saignée. Le cathétérisme est parfois très difficile et même impossible, à cause de l'allongement et de la déviation en arrière et en bas du col de la vessie et de la pression que lui fait éprouver le déplacement de l'utérus. On diminue cette difficulté en soulevant la tumeur et en se servant d'une sonde assez longue pour arriver jusque dans le réservoir de l'urine, comme cela s'est fait chez la femme dont nous avons raconté l'histoire. Mais l'impossibilité peut être telle qu'on en soit réduit, comme Cheston, comme Sabatier, à faire la ponction hypogastrique de la vessie. C'est là une opération tout à fait exceptionnelle et le plus souvent inutile, parce que l'obstacle à la réduction de l'utérus vient bien plus du bassin que de la vessie; aussi, avant d'autoriser une pareille extrémité, la science a-t-elle bien des ressources à offrir à l'accoucheur.

Nous avons vu que, pour pratiquer la réduction de l'utérus, la position à donner à la femme est celle de l'accouchement ordinaire; presque tous les accoucheurs l'ont adoptée, et M. Martin la préfère de beaucoup à l'attitude que conseille Sabatier, et qui consiste à faire mettre la malade sur les genoux et sur les coudes, le siége en l'air. L'avantage de voir quelquefois ainsi le déplacement se réduire tout seul ne lui paraît ni assez sûr, ni assez simple dans les cas difficiles pour soumettre une femme souffrante à cette position à la fois pénible et désagréable; à plus forte raison la repousse-t-il dans les cas ordinaires, où la manœuvre de l'accoucheur est plus que suffisante pour vaincre l'obstacle.

Cette manœuvre s'accomplit par des procédés très divers. Un des plus simples est celui qui est mis en pratique dans notre observation; c'est le même qu'Aëtius attribue à Aspasie, que Grégoire rappelle dans ses cours, et que Sabatier enseigne dans sa chirurgie opératoire. Il consiste à mettre deux doigts d'une main dans le rectum, deux doigts de l'autre dans le vagin, et à pousser d'une part sur le corps de la matrice pendant qu'on tire de l'autre sur le col, de manière à faire basculer l'organe en sens inverse de la culbute qu'il a faite et à le remettre en place. M. Martin a toujours réussi à relever l'utérus avec deux doigts introduits dans le vagin, suivant le procédé de Baudelocque, et il pense que ce procédé simplifié doit suffire dans le plus grand nombre des cas. Toutefois, il admet qu'au lieu de deux doigts, la main tout entière portée dans le vagin ne soit pas de trop dans certains cas pour triompher de la résistance. Par la même raison, il se peut que les deux doigts mis dans le rectum restent impuissants; il faudrait alors, comme nous l'avons fait, et comme l'avait pratiqué avant nous Dusaussoy, glisser peu à peu toute la main dans l'intestin pour agir avec la force nécessaire.

On a imaginé de se servir de quelques instruments pour seconder la manœuvre et l'accomplir presque sans le secours de la main. Bellanger voulait qu'on procédât à la réduction du col de l'utérus avec une sonde passée dans la vessie; Rœderer employait une cuiller ou spatule pour relever par le rectum la matrice déplacée; Evrat a proposé, dans le même but, une baguette garnie d'un tampon; Vermandois et Desault, à son exemple, mettaient en usage une vessie introduite dans le rectum et ensuite insufflée d'air; l'élasticité de cette vessie devait suffire à relever peu à peu l'utérus. Tous ces moyens ont pu avoir une utilité d'un moment dans des cas particuliers, mais ils ne sauraient constituer des méthodes d'application générale.

Nous voici arrivé à l'hypothèse la plus grave de la rétroversion de matrice, celle où la réduction ne peut s'accomplir par les procédés ordinaires. Il en est ainsi quand l'utérus, d'un volume déjà considérable par le progrès de la gestation ou grossi par un gonflement inflammatoire, ne peut plus remonter dans l'abdomen et reste enclavé dans le petit bassin. C'est alors que la métrite, la péritonite et même la gangrène, surviennent en peu de temps et mettent le mal au-dessus des ressources de l'art. C'était sans doute dans un cas de ce genre que Mériman se vit forcé d'abandonner une pauvre femme

aux seuls efforts de la nature et de la vouer à une mort certaine. Ce fut aussi dans une semblable circonstance que le vénérable doyen de la médecine lyonnaise, M. Viricel, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, vit périr, sans pouvoir lui porter secours, une malheureuse femme qui lui fut amenée dans un état désespéré, à son cinquième mois de grossesse, avec une rétroversion complète de l'utérus. L'autopsie justifia le diagnostic et la réserve de l'opérateur; il y avait dans la vessie une énorme accumulation d'urine fétide, et partout les traces évidentes d'une péritonite générale. Nous verrons tout à l'heure que dans un cas presque identique, mais qui donnait plus d'espoir, le même chirurgien sut oser une opération hardie et sauver la malade.

Pour dégager l'utérus enclavé dans le petit bassin, il se présente plusieurs méthodes. On peut vouloir à tout prix sauvegarder la grossesse de la mère et respecter la vie de l'enfant. On devra alors, à l'exemple de Cheston, faire la ponction hypogastrique de la vessie, si on n'a pu la vider par ses voies naturelles, ou pratiquer la symphysiotomie, suivant le conseil de Guillaume Hunter, de Purcell et de M. Martin. Mais qu'il nous soit permis de nous élever contre de si hautes autorités. La ponction de la vessie est une opération trop périlleuse pour ne pas compromettre à la fois l'existence des deux êtres qu'on voudrait sauver. Quant à la symphysiotomie, si elle pouvait être innocemment tentée, ce ne serait que par la méthode sous-cutanée, dont l'idée spéciale appartient, nous le croyons du moins, à un médecin distingué de Lyon, M. Imbert. Mais outre que cette méthode n'a pas encore fait ses preuves, elle expose à des conséquences trop fâcheuses pour qu'on n'en rejette pas la conception première.

Laissant donc de côté la vie de l'enfant, toujours et inévitablement compromise en si grave occurrence, il faut songer à conserver l'arbre en sacrifiant le fruit. L'avortement est ici tout aussi nettement et légitimement indiqué que dans l'angustie pelvienne; ne pouvant élargir le bassin pour en retirer l'utérus enclavé, il faut vider la tumeur pour en diminuer le volume. Ainsi a pensé G. Hunter en proposant le premier de ponctionner l'utérus par le vagin; ainsi a fait M. Viricel en perforant cet organe par le rectum dans une observation remarquable, dont voici quelques passages. Je les emprunte au mémoire de M. Martin.

Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, enceinte de quatre mois et demi, et qui vint en 1810 réclamer les secours du chirurgien pour une rétroversion complète de matrice avec enclavement dans l'excavation pelvienne.

« En vain, dit M. Martin, M. Viricel eut-il recours à l'introduction des doigts et même de la main dans la vulve et dans le rectum. Ses efforts, méthodiquement gradués, n'eurent pas le moindre succès; la tumeur, quoique la vessie eût été vidée pour faciliter son dégagement, resta complétement immobile. Dans une circonstance aussi critique pour la malade qui éprouvait des accidents de plus en plus graves, M. Viricel ne vit plus de ressource que dans la ponction de la matrice, autant pour diminuer le volume de l'utérus par l'évacuation des eaux de l'amnios que pour favoriser l'avortement. L'exploration par le vagin ne lui faisant reconnaître aucune fluctuation dans la tumeur, tandis qu'il en distinguait manifestement une du côté du rectum, il se décida à perforer la matrice par cette voie avec le trocart courbe de Fleurant. Il s'écoula par la canule une certaine quantité de sérosité limpide et inodore, ce qui diminua le volume de la tumeur et modéra les souffrances de la malade. Trois jours après, des tranchées utérines se firent sentir, et la matrice expulsa un fœtus d'environ quatre mois et demi. On n'eut à combattre aucun accident; les lochies et la fièvre de lait eurent une marche régulière. La malade n'éprouva d'autre incommodité qu'une incontinence d'urine qu'aucun remède ne put détruire.

« Il est à remarquer que les contractions qui produisirent l'avortement restituèrent aussi la matrice à sa position naturelle, car l'opérateur, après la ponction de l'utérus, ne fit aucune tentative pour remettre en place cet organe. »

Cette observation marque parfaitement la conduite à tenir en pareil cas; il faudrait surtout imiter la réserve du chirurgien qui s'abstint de réduire l'utérus après la ponction, de peur que le liquide amniotique, venant à couler dans le péritoine, ne déterminât une inflammation mortelle. Sans doute il vaudrait mieux, comme le conseille Dugès, ouvrir un passage aux eaux en ponctionnant l'amnios à travers le col de la matrice, mais cela n'est pas ordinairement possible, à cause de la situation élevée qu'occupe le museau de tanche derrière le pubis et de la difficulté de l'atteindre. Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est donc de suivre l'exemple que nous avons cité.

De quelque façon que la réduction de l'utérus ait été opérée, il faut assujettir la malade à garder le décubitus dorsal prolongé. Capuron veut qu'on la couche sur le côté, sans doute afin que l'utérus trouve plus facilement à se loger et ne soit pas repoussé par l'angle du sacrum vers le petit bassin. Le simple décubitus suffit. On conseille aussi d'appliquer un pessaire pour prévenir le retour de la rétroversion; mais outre qu'il fatigue les malades et que souvent il se déplace, ce qui arriva chez le sujet de notre observation, le pessaire n'est pas exempt d'inconvénients plus graves; il peut provoquer l'avortement. Il suffira donc de prescrire à la femme le repos au lit dans une position horizontale, de lui recommander de faire moins d'efforts possibles pour aller à la selle ou pour rendre les urines, d'éviter avec soin tous les grands mouvements des extrémités supérieures, afin d'éloigner tout ce qui peut gêner ou comprimer le ventre.

Il n'est pas rare que l'émission des urines reste quelque temps encore douloureuse et difficile après l'opération. Des boissons mucilagineuses, des fomentations émollientes, un bain de siége, quelques sangsues, feront promptement disparaître cette conséquence assez ordinaire de l'accident. Il se peut même que, par inertie du corps ou du col de la vessie, il y ait rétention ou incontinence d'urine; dans le premier cas, des fomentations froides sur le ventre et le cathétérisme suppléeront à l'inaction momentanée de l'organe; dans le second, il faudra réveiller son énergie par des toniques astringents, par les bains froids ou sulfureux, par les eaux de Barège et de Balaruc, enfin par des topiques excitants, comme les frictions cantharidées, ou même le vésicatoire volant sur l'hypogastre, et la cautérisation du col de la vessie avec le nitrate d'argent.

Telles sont les considérations auxquelles donne lieu la rétroversion de matrice dans le cours de la grossesse. Si nous leur avons donné quelque étendue, c'est qu'elles sont, comme nous l'avons dit en commençant, généralement insuffisantes dans les traités spéciaux les plus modernes; c'est aussi parce que les vieux livres de nos maîtres ont parfois besoin d'une main amie qui secoue leur poussière et les préserve des injures du temps. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

DISCUSSION
SUR L'AMPUTATION PARTIELLE DU TESTICULE.

(Suite et fin.)

Addition à la séance de l'Académie de médecine du 3 septembre.

M. Ricord. Mon honorable collègue et ami m'a d'abord fait deux reproches :

1° D'avoir voulu lui ravir la découverte, la *révélation* d'une maladie nouvelle, d'un nouveau fongus qu'il a dénommé tuberculeux;

2° De lui avoir contesté l'invention et l'utilité d'une opération que nul autre n'avait pratiquée avant lui.

J'ai dit à M. Malgaigne : La maladie que vous venez de décrire n'est pas nouvelle; tous ceux qui ont vu suppurer des testicules et la suppuration persister l'ont forcément constatée. Quand des *fongosités* se montrent à l'extérieur, il n'y a pas moyen de ne pas les voir et de ne pas les appeler de leur nom, à moins que ce nom ne soit aussi de nouvelle création. Quand ce sont des fistules qui persistent et qui ne cèdent pas aux moyens ordinaires, eh bien, encore tous les chirurgiens savent que cela tient à des altérations des tissus, à des épaississements des parois, à des indurations, à des végétations plus ou moins fongueuses; ces altérations, vous les trouvez dans différentes régions avec les mêmes caractères et sans que le plus ordinairement il y ait de différence en raison des causes qui auront pu les produire. Cette manière de voir, je l'ai soutenue dans ma première communication à l'Académie, et je la soutiens aujourd'hui plus que jamais, fort des raisons que M. Malgaigne est venu lui-même me fournir. La seule différence qu'il y ait entre M. Malgaigne et les autres chirurgiens, c'est que ceux-ci n'ont pas vu dans ces altérations de tissu le fongus spécial qu'on nous a *révélé*, mais bien des fongosités tellement ordinaires que personne n'a cru devoir en faire une espèce à part, et qu'ainsi tout le monde a *conspiré* pour les laisser, jusqu'aux révélations lumineuses de notre collègue, dans la classe obscure et vulgaire qu'elles occupaient.

Je dis tout le monde, et j'ai bien tort, car les auteurs anglais, que l'on a si souvent cités dans cette discussion, et Curling en particulier, qui les résume en parlant des fongus bénins, indiquent la fonte, la suppuration des tubercules, comme une cause de la production du fongus granuleux de la hernie des vaisseaux séminifères. Voilà donc déjà les tubercules qui sont une cause de fongus pour Curling; mais M. Malgaigne nous dira qu'il s'agit là seulement de la hernie du parenchyme testiculaire et non de son fongus. Cette raison, je ne puis l'accepter; d'abord parce que M. Malgaigne ne nous a pas prouvé, et il aurait beaucoup de peine à le faire, que des tubercules venant à suppurer dans le testicule et à rompre la tunique albuginée doivent régulièrement et fatalement n'agir que de deux manières : ou bien pour ne produire que la hernie testiculaire, ou bien pour ne donner lieu qu'à un fongus, quoique les digues des vaisseaux séminifères soient rompues dans tous les cas. Mais si déjà par le simple raisonnement on peut concevoir que dans un grand nombre de circonstances le fongus doit être mixte, c'est-à-dire composé de fongosités ordinaires suite de la suppuration et des altérations du foyer, et des vaisseaux séminifères englobés et compromis dans cette suppuration, l'anatomie pathologique est venue démontrer que, dans ce que les Anglais ont appelé le fongus granuleux, il y avait autre chose que des vaisseaux séminifères. Vous verrez, en effet, que ce fongus qui succède à toutes les maladies du testicule, maladies qui peuvent détruire, ulcérer et ouvrir la tunique albuginée, n'est pas uniquement formé par les vaisseaux séminifères.

En rattachant la plupart des fongus granuleux à l'orchite chronique et aux destructions consécutivement produites par des altérations survenues dans des dépôts de lymphe ou de tubercules jaunes, Curling, qui ne veut pas qu'on se serve de ce dernier nom, afin de ne pas confondre ces dépôts avec les véritables tubercules, dit : « Lorsque la résistance de la tunique albuginée est vaincue par le dépôt de la matière jaune qui y détermine des ulcérations, ce dépôt accidentel pousse graduellement au dehors la substance tubulaire, qui forme une tumeur saillante composée de vaisseaux séminifères mélangés à la *matière jaune* et aussi à des *granulations ordinaires* qui naissent ou s'échappent des vaisseaux séminifères. »

Je le demande à M. Malgaigne des tumeurs ainsi composées et semblables à celles dont M. Jarjavay a fait connaître l'histoire peuvent-elles être considérées comme de simples hernies du parenchyme séminal? Non, ce sont des tumeurs, des fongus mixtes dans lesquels on n'a fait attention qu'à l'élément accidentellement entraîné par la maladie réelle et alors faussement dénommée; car la véritable hernie séminale ne peut exister que dans les cas où la tunique détruite laisse échapper simplement la substance du testicule, comme cela pourra arriver après l'opération de notre collègue.

Que M. Malgaigne ne me dise pas que les fongus mixtes, formés de lymphe jaune ou autre, et de vaisseaux séminaux dont il ne peut nier l'existence ni la description, ne sont pas encore ses fongus tuberculeux; il n'est plus en droit de me tenir ce langage, puisqu'il nous a dit, dans cette enceinte, qu'il n'y avait aucun moyen de différencier les nombreuses maladies du testicule, soit par leur étiologie, soit par leur siége, soit par leur mode d'évolution, de propagation, de complications symptomatiques, de marche, de terminaison, et souvent d'influence médicamenteuse, puisque même il abandonne les deux signes auxquels il s'était arrêté (forme tuberculeuse et suppuration) et que dans l'anatomie pathologique faite au bistouri ou au microscope, tout doit être confondu, et cela de par des autorités que je respecte autant que qui que ce soit; de par Astley Cooper et le savant professeur Cruveilhier; inflammation simple de cause traumatique ou d'autres causes, épididymite blennorrhagique suppurée à l'état aigu ou chonique, affection strumeuse, tuberculeuse, affection syphilitique, tout cela est absolument la même chose et impossible à différencier au lit du malade ou sur la table de l'amphithéâtre.

Non, M. Malgaigne, ce n'est pas là le véritable état de la science, vous n'en avez pas fait un tableau exact; ce n'est là qu'un croquis tracé avec un crayon noir et par une main tremblante; ce n'est pas un portrait fidèle; vous n'avez pas su manier le pinceau du clinicien et choisir sur la palette de l'expérience les couleurs qui devaient vous servir à le rendre ressemblant.

Non, vous ne pourrez pas plus établir cette confusion dans les bourses que vous ne pourriez le faire dans la poitrine, et dire qu'il est impossible d'y reconnaître la phthisie pulmonaire, que tous les tubercules du poumon peuvent être aussi produits par la syphilis ou être confondus avec toutes les autres lésions.

Mais prenez-y garde, si vous alliez avoir raison, si tout dans la séméiologie des affections testiculaires n'était que chaos et obscurité, c'est moi qui n'aurais plus tort en vous reprochant le nom de fongus tuberculeux donné à vos fongus; car pour être tuberculeux, il faut que vous ayez pu être sûr qu'il y avait des tubercules et que ce ne pouvaient pas être des fongus syphilitiques ou de toute autre nature; car encore, j'en suis certain, vous ne professez pas, quoi que vous en disiez, qu'il n'y a plus aujourd'hui qu'une seule maladie des organes sécréteurs du sperme. Pour prouver le contraire, vous avez invoqué mon opinion, vous m'avez élevé à la dignité de signe diagnostic afin de pouvoir affirmer que c'était bien à un accident suite de tubercules que vous aviez eu affaire sur les malades que je vous avais étiquetés.

Eh bien! pour mettre cette étiquette, ce n'est pas à la forme tuberculeuse seule, ce n'est pas au pus que je m'arrête et qui manque forcément à une période de la maladie; mais c'est à l'ensemble de la maladie et aux circonstances que j'ai autre part énumérées que je m'adresse et qui me permettent un diagnostic aussi sûr, aussi rationnel que dans n'importe quelle autre maladie.

C'est d'après M. Malgaigne même, en ne donnant pas à un seul symptôme, à deux symptômes, à l'exclusion des autres, une valeur qu'ils n'ont pas toujours, que j'ai pu au moins mettre en doute les cas où les tubercules isolés avaient existé dans les testicules, sans qu'il y en eût dans les épididymes. C'est pour ces cas exceptionnels, de l'aveu de tous, que j'ai voulu qu'on en appelât à tous les témoignages, et à celui du microscope qui, s'il ne parle pas toujours, se prononce cependant quelquefois, et dont nous aurions accepté la déclaration s'il avait révélé dans quelques cas le globule spécial, globule que M. Lebert a trouvé dix-neuf fois sur vingt, globule qui appartient exclusivement aux tubercules, à ceux du testicule comme à ceux de la phthisie pulmonaire, et que M. Lebert a encore rencontré six fois sur six cas de tubercules existant dans l'épididyme en même temps que dans le corps de l'organe.

Mais si M. Malgaigne n'est pas plus solide sur ses bases étiologiques pour établir la nature tuberculeuse de son fongus, voyons, lui qui ne veut pas de l'absolu et de l'imagination, ce que personne n'acceptera à son égard, si vraiment il est arrivé à instituer cette *révélation* à l'aide de caractères distinctifs incontestables. Je le demande à ceux qui l'ont entendu et surtout qui ont lu la description donnée par notre spirituel collègue, où sont les signes, où est le signe qui distinguent le fongus dit tuberculeux des autres fongosités bénignes, des autres fongus? Est-ce parce que le fongus superficiel n'est pas *également solide sur toute sa surface*, et qu'il offre plusieurs pertuis fistuleux qui le traversent dans toute son épaisseur et qui sont quelquefois difficiles à discerner à la simple inspection; mais que, si on comprime la tumeur à sa base, on voit suinter par ces orifices des gouttelettes de pus mal lié, caséiforme, et que l'introduction d'un stylet ne laisse aucun doute ni sur leur existence, ni sur leur profondeur? Est-ce parce que, dans la seconde variété, il peut y avoir des fistules d'apparence simple, en plus ou moins grand nombre, communiquant ou non entre elles, et aboutissant à une simple caverne qui peut même guérir sans opération, ou à un fongus analogue au fongus superficiel, à la profondeur près, et laissant aussi suinter un pus *comme tuberculeux* qu'on n'a plus la prétention de différencier? Non, mon cher collègue, ce ne sont pas là des signes suffisants; ils appartiennent à toutes les fongosités, à tous les fongus bénins possibles et de toutes les régions.

Ici M. Ricord soutient de nouveau, par les motifs qu'il a déjà exposés, que l'opération n'est pas nouvelle, qu'elle est presque toujours inutile et quelquefois dangereuse.

Enfin il cherche à prouver, par l'histoire des deux eunuques déjà cités et par l'expérience de son chat qui continue à courir les chattes quoiqu'il soit castrat, que l'ablation des testicules est loin de détruire toujours ou même d'affaiblir les appétits vénériens.

M. Velpeau. Je ne m'attendais pas à reprendre la parole dans cette discussion; mais, puisqu'il en est autrement, je n'essaierai pas de lutter d'éloquence avec les habiles orateurs que vous avez entendus, et d'ajouter un plaidoyer de plus à ceux qu'ils ont prononcés. Mon ambition se bornera à rentrer dans la question; car à travers tous les points de vue qui ont été soulevés, au milieu de toutes les belles choses qui ont été dites, il est assez difficile de se reconnaître, et l'on ne sait plus guère aujourd'hui de quoi il s'agit.

N'oublions donc pas que M. Malgaigne est venu proposer une opération nouvelle pour sauver des testicules qu'on sacrifiait avant lui, ou qui étaient du moins voués à une destruction très probable; n'oublions pas qu'il a appliqué cette opération à une maladie nouvelle pour lui, le fongus tuberculeux.

M. Malgaigne a-t-il, dans son éloquent plaidoyer, fait quelque chose pour justifier ses prétentions? J'avoue que je ne le pense pas. Il a cherché à me mettre en contradiction en relevant, d'une part, assez vivement le mot *toujours* que j'avais appliqué à la guérison des tubercules du testicule, et, d'autre part, le conseil que je donne néanmoins dans quelques cas de recourir à l'opération. Je crois que rien n'est plus facile à expliquer que cette prétendue contradiction, et il ne me semble pas que l'opération de M. Malgaigne puisse rien gagner à l'explication que je vais donner.

Quand je me suis servi du mot toujours, je n'ai certainement pas voulu donner à ce mot une rigueur mathématique; je l'ai employé en y attachant le sens que lui donnent ceux qui sont habitués au langage clinique. J'ai entendu dire par là que dans une pratique de trente ans n'ai pas encore vu un seul cas de tubercule du testicule se terminer par la mort. Toujours j'ai vu la guérison survenir, le plus souvent dans le cours d'une année, quelquefois après un, deux, trois et même huit ans. Et encore ai-je eu bien soin d'ajouter que je n'entendais parler, dans ces cas, que des tubercules localisés dans les testicules, et même des cas en très grand nombre où les tubercules ne sont pas assez nombreux pour avoir détruit et désorganisé complétement la substance testiculaire. J'ai ajouté enfin que la guérison des ulcérations, des fistules tuberculeuses n'avait pas toujours guéri spontanément; qu'il avait quel-

quefois été nécessaire de pratiquer des injections dans les clapiers, d'ébarber les parties décollées ou végétantes, de cautériser les trajets bourgeonnants; en un mot, d'appliquer, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, les préceptes vulgaires de chirurgie que tout le monde connait, et qu'il est inutile de rappeler ici.

Qu'y a-t-il dans tout cela de contradictoire et de favorable à l'opération de M. Malgaigne? Je ne le vois pas. M. Malgaigne me dit: Mais vous conseillez quelquefois la castration dans le tubercule du testicule. Sans doute, mais dans les cas où je conseille, où je consens qu'on pratique cette opération, dans ces cas la vôtre serait inapplicable, et n'aurait absolument rien à conserver; car tout est détruit, et je vous reconnais trop de bon sens pratique pour supposer un instant que vous-même pussiez y songer dans ces cas.

Quant aux autres, à ceux qui guérissent toujours, ou que du moins j'ai toujours vus guérir, je dis d'abord que l'opération de M. Malgaigne ne conserve rien du tout, puisqu'au contraire elle enlève une portion de glande qui resterait en place si l'on n'employait que les moyens ordinaires; qu'elle expose à la perte des autres portions saines, et qu'enfin, quelque peu dangereuse que soit cette opération nouvelle, elle ajoute cependant un danger réel à ceux auxquels le malade est naturellement exposé! Tels sont les véritables points de vue sous lesquels se présente l'opération de M. Malgaigne.

Quant à la maladie nouvelle qu'a décrite M. Malgaigne, j'ai dit que ce n'était pas le seul fongus qui existât en dehors du fongus formé par la simple hernie de la substance du testicule. J'ai dit qu'il existait au moins deux variétés de tubercules dans le testicule, et je me hâte de dire que je n'ai point voulu comprendre dans mes deux variétés le tubercule jaune dont nous a parlé M. Ricord, et qui forme encore une variété à part. Or, toutes ces variétés de tubercules peuvent, en se ramollissant, donner lieu à des trajets fistuleux ou à des excroissances fongoïdes; c'est à l'un de ces trajets ou de ces excroissances que M. Malgaigne a donné le nom de fongus tuberculeux. Ce fongus, je l'ai vu guérir comme les autres, et par conséquent il ne demande pas à être traité autrement.

En résumé, il résulterait de tout ceci que l'opération de M. Malgaigne n'est possible que lorsqu'elle est inutile, et jusqu'à un certain point dangereuse; et que dans les cas où je pourrais conseiller la castration, l'opération nouvelle serait insuffisante ou impossible.

Je dirai néanmoins, en terminant, que cette discussion n'aura pas été stérile pour la science; qu'à l'avenir les chirurgiens observeront sans doute avec plus d'attention les faits sur lesquels a porté la discussion, et que ces faits mieux observés conduiront à un progrès réel.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA SEPTIÈME LEÇON (1).

De l'électricité. (Suite.) — *De l'électricité animale.*

Cependant, les hypothèses qui consistent à considérer le système nerveux comme une pile et le fluide nerveux comme un fluide analogue ou semblable au fluide électrique n'ont pas été abandonnées, et aujourd'hui encore elles comptent des promoteurs plus ou moins éclairés. Vous savez que plusieurs médecins font jouer à la théorie électrique de l'innervation un rôle important dans la pathogénie et la curation d'un grand nombre de maladies, et vous savez aussi que cette même théorie est invoquée par les continuateurs de Mesmer pour expliquer les prétendus miracles du magnétisme animal. Je n'ai pas l'intention, vous le pensez bien, de vous exposer et de discuter ici toutes les idées qui ont été émises, tous les faits qui ont été produits par les adeptes; mais je veux cependant vous dire quelques mots des points de doctrine qui se rattachent directement à la question de l'électricité animale.

Dans un ouvrage (*Nouvelle théorie de l'action nerveuse et des principaux phénomènes de la vie*; Paris, 1845) où l'hypothèse prend la place du fait démontré, où l'erreur se trouve singulièrement entremêlée à la vérité, M. Durand, de Lunel, cherche à établir:

Que le système nerveux cérébro-spinal et le système ganglionaire ne forment qu'un seul et même appareil;

Que le premier, en communication avec les corps extérieurs, est un parfait conducteur des fluides nerveux et électrique; tandis que le second, en rapport avec la partie intime des organes, est un conducteur imparfait de ces mêmes fluides, qu'il peut par conséquent *conserver en dépôt* soit dans ses rameaux, soit dans ses ganglions;

Que toute impression exercée sur les extrémités ou dans l'intimité de l'appareil nerveux y détermine des courants électriques qui vont influencer le centre général;

Que le sang, le calorique, les modificateurs extérieurs sont des agents impressifs de qualité électrique s'appliquant aux extrémités des systèmes nerveux bon et mauvais conducteurs;

Que le fluide électrique en circulation dans l'organisme, à la suite des diverses impressions, y produit des courants électriques normaux qui, en s'exagérant ou en se modérant, produisent l'excitation ou la cédation;

Qu'il existe dans le centre céphalo-rachidien un réservoir imparfait conducteur dans lequel le fluide électro-positif, en s'y accumulant, excite un principe particulier sensitif, le *principe animal*, l'âme, qui a la faculté de retenir plus ou moins longtemps ce fluide ou du moins de le diriger à sa guise vers les extrémités musculaires pour modifier le jeu des impressions externes, selon qu'elles suscitent en lui un sentiment de convenance ou de non-convenance.

Voici, messieurs, le spécimen de la physiologie et de la psychologie créées par M. Durand, de Lunel; la pathologie n'en est qu'un corollaire: toutes les maladies se rattachent à l'intensité et à la faiblesse des courants, à la manière dont les fluides se distribuent, s'accumulent, s'épuisent, se neutralisent, s'attirent, se repoussent.

L'asthénie est le résultat direct du calme anormal des courants nerveux normaux; l'excitation, l'inflammation se montrent dans les circonstances opposées.

Un médecin de Paris, un ancien interne des hôpitaux, M. Baraduc, a publié récemment, sous le titre de: *Etudes théorique et pratique des affections nerveuses considérées sous le rapport des modifications qu'opèrent sur elles la lumière et la chaleur* (Paris, 1850), un livre dont je veux également vous faire connaître le caractère.

Le rayon solaire, d'après M. Baraduc, est composé de fluide lumineux et de fluide calorifique; celui-ci est le principe de la vie considéré au point de vue du mouvement, celui-là est le principe de la vie au point de vue du sentiment.

Les animaux jouissent de la faculté de décomposer le rayon solaire, et ils absorbent une portion du fluide lumineux, laquelle détermine le degré de tonicité qui constitue la santé et la force.

Le fluide lumineux est le stimulant général du système nerveux et de la substance médullaire blanche en particulier.

Le fluide nerveux n'est qu'une modification de l'électricité vitrée et résineuse, et ces électricités elles-mêmes ne sont qu'une modification des fluides lumineux et calorifique.

Si l'on compare la vitesse de transmission du fluide nerveux qui transmet les impressions au cerveau et la volonté du cerveau aux organes chargés de l'exprimer à la vitesse de transmission des fluides lumineux et calorifique, on trouve que, la lumière parcourant 1 mètre de distance dans trente-deux dix-billionièmes de seconde ou, plus exactement, trois cent vingt-deux cent-billionièmes, une impression reçue au gros orteil parcourt l'espace qui sépare cet organe du cerveau, ou qu'un courant moteur devant exprimer une volonté parcourt l'espace qui sépare le cerveau des muscles du gros orteil *dans soixante-quatre dix-billionièmes ou, plus exactement, six cent quarante-quatre cent-billionièmes de seconde chez un homme d'une taille de deux mètres.*

Trente-deux dix-billionièmes ou, plus exactement, trois cent vingt-deux cent-billionièmes de seconde expriment la distance qui sépare le cerveau des muscles de la main chez un homme de taille élevée!

Les différences de temps corrélatives aux différences de taille expliquent pourquoi il existe plus d'énergie et d'activité chez les hommes et les femmes de taille moyenne que chez les sujets de taille élevée.

La prédominance d'action de la substance blanche sur la grise, ou *vice versâ*, ne détermine-t-elle pas les différences de tempéraments si remarquables chez les femmes du Nord et chez les femmes du Midi, et qui font que la femme blonde est plus sensible et plus aimante, et la femme brune plus active et plus passionnée?

La substance blanche, par son aptitude à absorber le fluide lumineux, et la substance grise, par son aptitude à développer du fluide calorifique, se chargent l'une et l'autre du fluide qui leur est propre, et du conflit des deux fluides naissent la sensibilité et la contractilité. Or, la sensibilité détermine la sympathie ou l'attraction; la contractilité produit l'antipathie ou la répulsion: le fluide lumineux serait donc le fluide attractif, et le fluide calorifique le fluide répulsif.

Il se passerait donc dans le système cérébro-rachidien et ganglionaire un phénomène électro-vital qui aurait quelque analogie avec le phénomène électro-magnétique *qui se passe dans les nuages* chargés de fluide lumineux et de fluide calorifique, avec la différence qui résulterait de la modification exercée sur les fluides par des organes doués de vie. Cette modification donnerait lieu à la formation du fluide nerveux ou fluide vital.

Après être entré dans de longs développements anatomiques et physiologiques, qui ne sont qu'une série d'hypothèses, d'assertions dénuées de preuve, M. Baraduc déclare que la substance grise se charge d'électricité négative, tandis que la substance blanche se charge d'électricité positive; que la substance grise est le siége de la faculté réflective; que le courant impressif résulte de l'action de l'électricité négative de la substance grise sur l'électricité positive de la substance blanche, etc., etc.

La faculté réflectrice générale donne naissance à l'*être moral*, qui est le résultat immatériel à l'aide duquel l'âme se met en rapport avec la matière.

En résumé, le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, le grand sympathique, sont de véritables piles électro-vitales, dont les fils conducteurs sont représentés par les cordons nerveux, et surtout par le névrilème qu'isole la couche plus ou moins épaisse de substance grasse ou de matière oléo-séreuse ou séreuse qui l'entoure. Le fluide nerveux n'est autre chose que le fluide électrique émané du rayon solaire et modifié par l'organisme animal.

Je m'arrête, messieurs, et je vous prie de me pardonner ces trop longues citations; mais je les ai empruntées à un médecin qui, au milieu de ces aberrations singulières, a fait preuve néanmoins d'intelligence, de connaissances médicales, et j'ai voulu vous montrer jusqu'où l'on peut se laisser égarer lorsqu'abandonnant l'observation rigoureuse, l'expérimentation scientifique, le domaine des faits, en un mot, on se lance dans le champ sans limites des théories et des hypothèses. Les emprunts que j'ai faits à M. Baraduc ont d'ailleurs l'avantage de vous donner un spécimen fidèle de la science telle que la comprennent la plupart des champions du fluide électro-vital; et si nous faisions intervenir les auteurs d'outre-Rhin, nous tomberions même dans une logomachie encore plus inintelligible.

Mais les partisans du fluide électro-nerveux ne franchissent pas, du moins, les limites du monde physique; leurs hypothèses ne sont qu'une extension exagérée, qu'une application non justifiée de lois, de faits véritablement acquis à la science; elles n'évoquent pas, en définitive, le surnaturel, le *quid divinum*, et la magnifique découverte des agents anesthésiques doit nous rendre circonspects dans nos déclarations d'*impossibilité* en ce qui touche aux phénomènes de l'innervation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19 et 30 août.

CORRESPONDANCE.

Inspirations d'iode.

4 septembre 1851.

Monsieur le rédacteur,

M. Chartroulé, dans une lettre insérée dans le numéro du jeudi 4 septembre 1851 de votre estimable journal, réclame la priorité pour l'emploi de la vapeur d'iode en inspirations pour combattre la phthisie, et il fait intervenir mon fils dans sa réclamation.

Permettez-moi, quoique je n'aime pas la polémique, de rétablir les faits, et de démontrer à M. Chartroule que la priorité de cet emploi ne lui appartient pas. En effet:

1° En 1828, je disais, dans le *Dictionnaire des drogues*, t. III, p. 251: « l'emploi de l'iode contre la phthisie paraîtra convenable » si l'on obtient de bons effets de l'usage du chlore. » Ne m'occupant pas de médecine, je fis part de mes idées à M. Cottereau, qui fit des essais suivis de résultats avantageux; aussi trouve-t-on dans le *Dictionnaire des drogues*, t. V, p. 374: « Nous ne finirons pas » non plus sans dire que le chlore n'a pas été seul employé pour » combattre la phthisie pulmonaire, mais que M. le docteur Cottereau a aussi employé l'iode et le brome. »

Ces faits sont en outre consignés dans une brochure intitulée: *De l'emploi du chlore contre la phthisie pulmonaire*, 1832, p. 44.

2° En 1829, dans une des séances de l'Académie, M. Berton fit connaître à cette savante Compagnie qu'il avait employé l'iode en vapeur contre la phthisie tuberculeuse. (*Voir* les *Annales générales de médecine*, t. XIX, p. 136.)

La question de priorité établie, il s'agit maintenant de savoir si on pourra utiliser les vapeurs d'iode pour la guérison de la phthisie, ce qui serait un immense service rendu à l'humanité.

Pour ce qui est relatif à mon fils, il a tout simplement proposé de substituer aux cigarettes iodées présentées à M. Piorry par M. Chartroule un petit appareil de la valeur de 20 centimes, destiné à l'inspiration des vapeurs d'iode; et en cela il n'a rien fait de nouveau.

Agréez, etc.

A. Chevallier.

Chronique et nouvelles.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Trudeau, chirurgien aide-major de 2e classe au 73e de ligne, est désigné pour les ambulances d'Alger.

M. Prudhomme, chirurgien aide-major de 1re classe au 2e de ligne, est désigné pour les ambulances d'Oran.

M. Lefebvre, chirurgien aide-major de 2e classe au 4e de ligne, est désigné pour le 73e de ligne.

M. Garnier, chirurgien aide-major de 2e classe en Algérie, est désigné pour le 15e léger.

M. Lamourdedieu, chirurgien aide-major de 2e classe au 4e de chasseurs d'Afrique, est désigné pour le 2e cuirassiers.

M. Leclerc, chirurgien aide-major commissionné au 3e cuirassiers, est désigné pour le 9e chasseurs.

M. Forcade, chirurgien aide-major de 2e classe en Algérie, est désigné pour le 25e léger.

M. Chenu, chirurgien sous-aide à la division d'Alger, est désigné pour la division de Constantine.

— Dans notre n° 96, article *Académie des Sciences*, nous avons attribué à M. le docteur Pirtz un travail sur les contractions utérines; c'est une erreur. Ce travail est de M. le docteur Spitzer, de Marseille.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 104. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 104. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

CLINIQUE DE LA VILLE. — Maison de santé du Dr LEY.

Sur un nouveau cas de fistule recto et vésico-vaginale avec oblitération du vagin. Opération suivie de guérison, avec rétablissement du canal vaginal ;

Par M. JOBERT (de Lamballe).

Les fistules recto-vaginales ont eu, et cela devait arriver, le même sort que les fistules vésico-vaginales, c'est-à-dire que jusque dans ces derniers temps, regardées comme incurables dans la plupart des cas, elles n'ont jamais été, de la part d'aucun chirurgien, l'objet de l'étude sérieuse que cependant commandaient et la gravité de la lésion, et la difficulté qu'on éprouvait pour la combattre.

M. Jobert est le premier qui ait eu l'audace d'attaquer de front cette terrible affection. Il l'a fait avec un succès complet; et cela n'a rien de bien étonnant, après les guérisons qu'il avait déjà obtenues dans le traitement des fistules vésico-vaginales. La logique, en effet, conduisait nécessairement l'habile chirurgien de l'une à l'autre; les incisions de la paroi antérieure du vagin devaient lui donner l'idée des incisions de la paroi postérieure, en un mot, l'autoplastie vésicale par glissement était une espèce de jalon qui indiquait l'autoplastie rectale. L'expérience est bientôt venue confirmer le côté pratique de cette opinion émise *à priori*. Déjà plusieurs observations de guérison ont été publiées. Celle que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs ne sera ni la moins curieuse, ni la moins intéressante.

Dans le mois de juin 1851, Mme H... vint à Paris consulter M. Jobert pour une double fistule intéressant, l'une la cloison vésico-vaginale, l'autre la cloison recto-vaginale.

Cette dame, âgée de trente-cinq ans, annonce une bonne et forte constitution, et a toujours joui d'une excellente santé; aujourd'hui même, son embonpoint, la régularité de toutes ses fonctions organiques, tout prouve qu'elle se porte très bien. Réglée à quinze ans et demi, l'établissement de l'écoulement menstruel fut marqué par de violents maux de tête et d'abondants saignements de nez. Il ne survint pas d'ailleurs d'accidents plus graves, et dès lors elle ne cessa d'être bien réglée.

A trente-trois ans elle se maria, et devint enceinte au bout de six mois environ. La grossesse ne présenta rien de particulier et arriva sans aucun accident au terme normal.

Le 5 septembre 1850, les premières douleurs annonçant le commencement du travail se firent sentir; ces douleurs étaient très fortes et avaient plus particulièrement leur siége dans les reins. Le soir même la poche des eaux se perça et laissa couler une assez grande quantité d'eau. Malgré cela, toute la journée du lendemain se passa sans que le travail eût fait beaucoup de progrès. Dès le soir de ce second jour, la tête de l'enfant était au passage. Le surlendemain, c'est-à-dire le 7, un second médecin fut appelé; la malade prit trois doses successives de seigle ergoté, mais elle les rendit immédiatement. Ce fut alors que les deux médecins qui assistaient dans ce moment la malade se décidèrent à appliquer le forceps. Cette opération ne présenta aucune difficulté. L'enfant, qui était mort environ depuis quarante-huit heures, avait une tête volumineuse. La délivrance n'offrit rien de particulier, si ce n'est toutefois qu'elle fut suivie d'une crise nerveuse très forte, qui heureusement ne dura que quelques instants.

Dès que les premières douleurs se déclarèrent, Mme H... urina et eut une garde-robe abondante; mais elle a oublié si, à partir de ce moment jusqu'à ce que l'accouchement ait été terminé, elle a uriné de nouveau; tout ce qu'elle se rappelle, c'est qu'elle n'a pas été sondée et qu'on ne lui a pas administré de lavement. Après sa délivrance, elle resta vingt-quatre heures sans uriner, et l'on fut obligé, pour vider la vessie, d'y introduire la sonde; de plus, il survint des accidents inflammatoires assez graves pour nécessiter l'application d'une centaine de sangsues. Pendant quarante-cinq jours la malade eut une diarrhée abondante et d'autant plus gênante que, le surlendemain de l'accouchement, il se déclara un double accident consistant dans l'existence d'une ouverture anormale à la vessie et au rectum, de telle sorte que Mme H... non-seulement perdait involontairement ses urines, qui inondaient sans cesse son lit, mais encore elle était constamment baignée par les matières fécales.

Après plusieurs mois de traitement la santé de Mme H... se rétablit; la diarrhée finit par disparaître. Alors, à l'aide de petites pilules d'opium, on obtint une constipation assez forte pour que les matières fécales, devenues très consistantes, pussent suivre leur trajet normal et passer au niveau de l'ouverture anormale du rectum sans y pénétrer. Mais le liquide urinaire s'écoulait entièrement par le vagin sans que la malade pût en retenir une seule goutte; aussi n'éprouvait-elle jamais le besoin d'uriner.

Pendant six mois Mme H... se contenta de prendre des soins de propreté. Ce n'est qu'au mois d'avril 1851 qu'elle alla à Marseille consulter M. le docteur Gamel. Ce médecin proposa à la malade de l'opérer; mais elle s'y refusa, et préféra venir à Paris consulter M. Jobert.

Mme H... entra dans la maison de santé de M. le docteur Ley, et y fut opérée en présence de plusieurs médecins le 26 juin 1851. Elle était alors dans l'état suivant :

Santé générale très satisfaisante, quoique la menstruation ne se soit pas rétablie depuis l'accident.

L'urine coule goutte à goutte, involontairement et d'une manière incessante, par le vagin; cependant, dans la position assise, la vessie conserve dans son intérieur une certaine quantité de liquide qui coule à flot au moindre mouvement que fait la malade.

Les matières fécales passent dans ce moment par l'anus, grâce à la constipation qui existe; car à peine se ramollissent-elles qu'aussitôt elles prennent une issue par le vagin. Les gaz, qui sont en grande abondance, sortent par l'ouverture anormale du rectum.

Les grandes, les petites lèvres, ainsi que les parties internes des cuisses, sont érythémateuses et le siége de cuissons qui augmentent d'autant plus d'intensité que la constipation diminue. La muqueuse vaginale est rouge, enflammée, et dans la région qui sépare le méat urinaire de l'ouverture vésico-vaginale, elle a une apparence fongueuse, boursouflée. En écartant toutes ces parties et en déprimant la paroi postérieure du vagin au moyen d'un spéculum univalve, on arrive promptement à l'extrémité du vagin, qui n'a pas plus de 5 à 6 centimètres de profondeur, c'est-à-dire qu'il est rétréci, presque oblitéré. C'est précisément dans le point où existe l'oblitération que l'on aperçoit deux ouvertures placées presque exactement l'une au-dessus de l'autre. De ces deux ouvertures, l'une pénètre dans la vessie, l'autre dans le rectum. Il est facile de comprendre, d'après cela, que, dans son ensemble et vu au moment de l'écartement des grandes et des petites lèvres, le vagin ressemble assez bien à un entonnoir qui serait percé de deux trous placés l'un au-dessus de l'autre. Ces deux ouvertures viennent tellement se confondre qu'elles ressemblent à un véritable cloaque. L'oblitération du vagin n'est cependant pas complète, car, à l'aide d'une sonde cannelée, M. Jobert pénètre dans la partie située au delà des ouvertures fistuleuses, au delà par conséquent de la fusion qui existe entre la paroi antérieure et la paroi postérieure du vagin.

En introduisant une sonde de femme dans la vessie, il est facile de la faire sortir par la fistule; il en est de même si on l'introduit par le rectum: dans l'un et l'autre cas, l'extrémité de la sonde vient faire saillie dans le vagin. On peut alors mieux apprécier la forme et la véritable position des ouvertures anormales.

Comme nous l'avons dit, elles sont placées l'une au-dessus de l'autre et se correspondent. Cependant, la fistule vésico-vaginale est située un peu plus en avant que la fistule recto-vaginale, dont on n'aperçoit qu'une partie. Elles sont plus étendues transversalement que d'avant en arrière. Il n'est guère possible de bien voir leurs dimensions, par la raison qu'il existe en arrière et sur les côtés une adhérence solide des deux parois vaginales, laquelle cache une partie de leur étendue dans tous les sens. Toutes ces parties sont dures, formées par un tissu inodulaire résistant.

En enfonçant le doigt dans le rectum, on ne tarde pas à rencontrer la solution de continuité, dans laquelle on engage facilement l'extrémité de l'indicateur.

Après avoir laissé la malade se reposer quelques jours, elle est purgée le 24 juin, et le 26 M. Jobert pratique l'opération de la manière suivante :

1° A l'aide d'un bistouri boutonné et par deux incisions faites au niveau des deux commissures, M. Jobert détruit les deux brides inodulaires qui s'étendent jusque sur les parties latérales des deux ouvertures fistuleuses. Cette double incision, en rétablissant le vagin dans toute son étendue, permet d'enfoncer plus profondément le spéculum univalve, de séparer les deux fistules l'une de l'autre et d'apprécier plus exactement la grandeur réelle de chacune. Il est facile de constater alors que la fistule vésico-vaginale a une étendue transversale de plusieurs centimètres, en d'autres termes, qu'elle occupe toute la largeur de la cloison vésico-vaginale. Les bords en sont durs, formés par un tissu de cicatrice.

2° Les lèvres de la fistule vésico-vaginale sont ravivées dans une étendue circonférentielle de 1 centimètre environ. Ce temps de l'opération est pratiqué à l'aide d'une pince à dents de souris et du bistouri ou des ciseaux.

3° Trois points de suture entrecoupée sont appliqués distants l'un de l'autre à peu près de 1 centimètre; M. Jobert s'assure qu'ils suffisent pour mettre dans un contact parfait les bords rendus saignants de la solution de continuité. Pratiqué avec des fils de soie plats, chaque point de suture est placé d'arrière en avant, c'est-à-dire que la lèvre postérieure est traversée la première par l'aiguille, qui, en continuant le mouvement de bascule que lui imprime le chirurgien, traverse la lèvre antérieure ensuite et est enfin retirée du porte-aiguille. Dans la crainte que les tissus ne soient trop promptement coupés, M. Jobert a soin de comprendre dans chaque anse de fil une assez grande quantité de tissu. C'est au point que sur la lèvre antérieure la suture s'avance au-devant du col de la vessie jusqu'au niveau de la paroi inférieure du canal de l'urètre, dont une partie se trouve comprise dans l'anse formée par le fil. Chaque fil est immédiatement coupé au ras du nœud.

Cette première opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est la rapidité avec laquelle elle fut exécutée. Elle n'a pas, en effet, duré plus de quatre ou cinq minutes. Cela fait et sans désemparer, M. Jobert s'occupe immédiatement de la fistule recto-vaginale. Comme celle dont nous venons de parler, cette ouverture est transversale et occupe toute la largeur de la paroi postérieure du vagin. En introduisant le doigt dans le rectum, il est facile de l'engager dans la perte de substance et de le faire saillir dans le vagin. Quant à l'opération, elle est pratiquée ainsi qu'il suit :

1° La malade reste dans la même position couchée sur le dos, les jambes écartées, fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin; seulement le spéculum univalve est retourné de manière à refouler en haut la paroi antérieure du vagin. Il est enfoncé au delà de la suture qui vient d'être pratiquée et qui se trouve en conséquence entièrement cachée au-dessus de l'instrument.

2° Les bords de la fistule sont ravivés dans une étendue de 1 centimètre environ. Ce temps de l'opération, pratiqué comme pour la fistule vésico-vaginale, ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'il s'écoula une bien plus grande quantité de sang : une petite artériole même fut liée.

3° Un point de suture entrecoupée est pratiqué au milieu de la perte de substance et réunit les lèvres de la fistule; pratiqué avec un fil de soie plat, les deux chefs sont aussitôt noués et coupés au ras du nœud.

4° Deux points de suture entortillée sont appliqués de chaque côté de la suture entrecoupée au moyen de quatre épingles longues et fines. Chaque épingle est enfoncée d'avant en arrière, c'est-à-dire qu'elle traverse d'abord la lèvre postérieure. La tête de l'épingle est dirigée du côté de la vulve, la pointe regarde au contraire le fond du vagin. Ces quatre points de suture sont appliqués à 1 centimètre environ l'un de l'autre. Les fils qui en passant autour des épingles rapprochent les lèvres de la fistule sont serrés, noués et coupés au ras du nœud. Cela fait, plusieurs injections d'eau froide sont poussées dans le vagin.

5° En avant de la fistule et en arrière de la fourchette, en d'autres termes, entre la suture qui vient d'être pratiquée et la fourchette, M. Jobert fait sur la paroi recto-vaginale une incision transversale profonde, demi-circulaire, qui fait que la partie du vagin comprise entre la fistule et l'incision se porte en arrière et répare la perte de substance en détruisant le tiraillement qui existait entre les lèvres réunies de la solution de continuité. Cette incision a au moins 4 centimètres d'étendue.

6° Sur les côtés de la fistule recto-vaginale, deux autres incisions longitudinales sont faites et s'étendent presque jusqu'au niveau de la vulve.

7° Après plusieurs injections d'eau froide, et s'être assuré que les lèvres de la fistule recto-vaginale sont très bien réunies et nullement tiraillées, M. Jobert examine de nouveau la suture faite à la paroi antérieure du vagin pour la fistule vésico-vaginale. Il pratique sur les côtés de cette dernière deux incisions longitudinales qui sont prolongées jusque sur les côtés du bulbe de l'urètre. Elles suffisent pour mettre dans le relâchement le plus complet les parties réunies par suture.

8° Plusieurs lamelles d'agaric sont mises sur les parties saignantes.

9° Une sonde est placée à demeure dans la vessie. Cette sonde doit être dirigée bien horizontalement, sans quoi son extrémité vésicale vient heurter contre un des ponts de suture. Convenablement enfoncée, elle pénètre cependant sans aucune difficulté.

10° Enfin la malade est reportée dans son lit, où elle est couchée sur le dos, les jambes et les cuisses écartées, soulevées et soutenues au moyen de coussins placés sous les jarrets. Un petit vase est mis sous la sonde pour recevoir l'urine.

La première journée s'est assez bien passée. Il ne s'est écoulé qu'une petite quantité de sang; mais dans la nuit il survient des nausées, quelques vomissements même.

Le 27 juin, les vomissements continuent, le ventre est ballonné, sans présenter aucune sensibilité à la pression. Le pouls est fébrile, la peau est chaude. La sonde donne issue à une urine fortement colorée, qui contient même quelques caillots sanguins. Deux fois dans la journée on est obligé de la changer.

Le 28, les vomissements ont continué; le ventre, quoique fortement ballonné, n'est pas plus sensible qu'hier. Le pouls est fréquent et plein; la langue est blanche au centre, rouge

sur les bords et à la pointe. Quant à la sonde, elle marche parfaitement et livre passage à de l'urine claire et limpide. —Limonade citrique; glace; cataplasme sur le ventre. Diète absolue.

Le 29, à midi, la sonde est changée; la nouvelle donne issue à une assez grande quantité d'urine claire. Les dernières parties qui s'écoulent sont seules colorées et bourbeuses. La nuit a été meilleure. Cependant la malade a eu encore un vomissement, et le ventre est toujours ballonné. Le soir, la sonde marche bien. — On continue le même traitement.

Le 30, un seul vomissement cette nuit; quelques nausées dans la matinée. Cependant l'état général est meilleur. Le pouls, quoique fréquent, est plus fort; la langue est plus humide. La sonde marche parfaitement bien; l'urine est claire et transparente.

Le 1er juillet, la suppuration par le vagin est abondante; la sonde fonctionne très bien. Cependant la malade croit avoir senti de l'urine passer par le vagin, et des gaz intestinaux par l'ouverture anormale du rectum; ce qu'elle attribue à des efforts de vomissements qu'elle a fait dans la matinée. Le ventre est toujours ballonné.

Le 2, il survient encore des nausées fréquentes. L'urine est plus épaisse; la sonde est changée plusieurs fois.

Le 3, Mme H... est examinée. Après avoir lavé les parties qui sont baignées par la suppuration, M. Jobert coupe deux fils de la suture vésico-vaginale; les lèvres sont parfaitement en contact, et on ne voit pas suinter une seule goutte d'urine. Il n'en est pas de même de l'ouverture du rectum. L'épingle placée dans l'angle gauche de la fistule est tombée, et par cet angle il sort une quantité considérable de gaz accompagnés de quelques matières liquides. Les autres épingles sont retirées, mais le point de suture entrecoupée est laissé en place. Toute la partie droite de la suture est dans un état satisfaisant. Après plusieurs injections, la malade est aussitôt reportée dans son lit, où la sonde est remise à demeure.

Le 4, Mme H... a parfaitement bien dormi; le ventre est beaucoup moins volumineux. La suppuration est toujours abondante. La sonde marche bien. Tous les jours les parties sont lavées et nettoyées deux fois.

Le 5, tout va très bien, si ce n'est que les gaz continuent de passer par le vagin. Il en est de même les jours suivants. M. Jobert accorde un peu de bouillon de poulet.

Le 10, Mme H... est de nouveau examinée. M. Jobert enlève le dernier point de suture de la fistule vésico-vaginale. Les lèvres sont parfaitement réunies. On aperçoit la cicatrice recouverte de bourgeons charnus que M. Joubert touche légèrement avec la pierre infernale.

Le point de suture entrecoupée appliqué à la fistule recto-vaginale est enlevé. Celle-ci a beaucoup diminué d'étendue; bien plus, en introduisant son doigt dans le rectum, M. Jobert ne sent plus aucune solution de continuité; malgré que la malade assure que les gaz intestinaux passent encore par cette ouverture. La suppuration est toujours abondante.

La sonde est immédiatement remise à demeure dans la vessie.

Le 11, tout va bien; l'urine est claire et limpide, et coule en totalité par la sonde. La suppuration commence à diminuer un peu.

Le 13, M. Jobert examine de nouveau l'état des parties; il constate que la fistule vésico-vaginale est complètement guérie et cicatrisée. Au niveau de la cicatrice on aperçoit un petit tubercule mamillaire. Quant à la fistule recto-vaginale, elle est dans un état on ne peut plus satisfaisant. Il n'existe plus de solution de continuité; seulement, il existe au niveau de la fistule et de l'incision pratiquée en avant, des bourgeons charnus que M. Jobert cautérise légèrement avec la pierre infernale.

Le 14, tout va très bien. Dans la journée la malade rend des gaz, et les sent très bien sortir par l'anus.

Le 15, à neuf heures du matin, la sonde est retirée. A onze heures la malade n'a pas encore uriné; elle s'est plusieurs fois retournée dans son lit, et n'a pas perdu une seule goutte d'urine.

Le 16, Mme H... a une garde-robe naturelle. Les gaze intestinaux passent tous par l'anus.

Le 17, elle se lève pour la première fois et conserve ses urines pendant sept à huit heures.

Le 19, Mme H... a une nouvelle selle parfaitement normale.

Le 20, enfin, elle est examinée. Voici ce que M. Jobert constate :

1° L'urètre est normal; la vessie est agrandie.

2° A droite et à gauche il existe deux cicatrices parfaites qui s'étendent jusque sur les côtés du bulbe de l'urètre.

3° Au niveau du col de la vessie, il existe une cicatrice demi-circulaire qui a perdu sa couleur rosée.

4° Le vagin est très bien refait; il offre une largeur de 3 centimètres et une longueur de 8 centimètres.

5° La vulve est libre.

6° La paroi recto-vaginale n'offre plus aucune trace de plaie. La fistule est complètement guérie. La cicatrice est encore un peu rosée, et en avant d'elle on aperçoit une espèce de saillie encore un peu bourgeonnée qui constitue une sorte de relief transversal situé derrière la fourchette. Ce relief n'est autre chose que le retrait du vagin en arrière.

Remarques. — Le fait que nous venons de rapporter n'est pas commun; à ce titre déjà il a donc une importance incontestable; il prouve de plus que, si la perforation simultanée des deux cloisons vaginales doit être considérée comme une complication fâcheuse, elle est loin d'être au-dessus des ressources de l'art chirurgical. Il ne faut cependant pas se le dissimuler, c'est là, au point de vue de la thérapeutique et de la médecine opératoire, le cas le plus difficile de la chirurgie plastique. Aussi serait-il peut-être utile d'appeler l'attention du lecteur sur les principaux points du manuel opératoire mis en usage par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Nous pourrions alors examiner :

1° L'avantage de l'opération simultanée des deux fistules;

2° La préférence accordée à la suture entortillée pour la fistule recto-vaginale;

3° La direction donnée aux différentes incisions destinées à mobiliser le vagin dans tous les sens; mais ce sont là des considérations qui trouveront bien mieux leur place dans l'ouvrage que M. Jobert est sur le point de publier comme complément à son remarquable *Traité de Chirurgie plastique*. Laissant donc la plume à notre savant maître, nous nous en tiendrons au fait en lui-même, au magnifique succès obtenu, et nous demanderons seulement la permission de dire deux mots de la complication qui est venue, pendant les quelques jours qui ont suivi l'opération, faire craindre pour la solidité des sutures et le maintien de la réunion des lèvres des deux solutions de continuité. Nous voulons parler de la pneumatose intestinale.

La pneumatose intestinale est un accident qu'il n'est pas rare d'observer chez les femmes qui ont subi l'opération de la cystoplastie par glissement; cela se conçoit et s'explique facilement, pour peu que la constitution de la malade offre une prédisposition à cette maladie. La position couchée sur le dos en effet et la nécessité indispensable de ne faire aucun effort sont deux causes qui ne peuvent que contribuer à l'accumulation des gaz dans l'intérieur des intestins. Quelle qu'en soit la cause, c'est un phénomène qui doit toujours éveiller la sollicitude; j'allais presque dire l'inquiétude du chirurgien. Les gaz, en effet, en s'accumulant dans les intestins, peuvent déterminer, comme nous l'avons vu, des nausées, des vomissements, et ces efforts, en retentissant sur les parois du bassin, peuvent déterminer quelque déchirure ou quelque rupture. On doit le craindre alors même qu'il ne s'agit que d'une fistule vésico-vaginale, à plus forte raison lorsque, comme chez notre malade, il a été pratiqué une suture dans la continuité du rectum. Dans ce dernier cas, en effet, les gaz finissent par descendre dans les dernières parties des intestins, distendent leurs parois et peuvent; en agissant alors directement sur les lèvres réunies de la plaie, les désunir en déchirant les tissus. C'est précisément là ce qui est arrivé chez la malade dont nous venons de rapporter l'observation. Un des points de suture placé à gauche a été rompu; et, sans aucun doute, il l'a été par suite de la distension occasionnée par les gaz contenus dans les intestins. Sans cette fâcheuse complication, il est incontestable que la plaie du rectum aurait guéri comme celle de la vessie, c'est-à-dire par première intention; la preuve, c'est que la réunion s'est opérée dans les trois quarts de son étendue. Du reste, ce petit accident, qui, comme on l'a vu, n'a eu aucune suite, n'a servi qu'à montrer bien mieux l'avantage de tous ces débridements, de toute cette locomotion du vagin qui force les parties de se tenir en contact, alors même qu'il n'y a pas de point de suture pour les y maintenir.

ÉPINGLE A CHEVEUX AVALÉE,

puis rendue par l'anus.

Par M. Salvatores

Une dame de cinquante-deux ans, en proie à une monomanie religieuse, imagina dans un moment de dégoût de la vie d'avaler une de ces épingles à cheveux dont les femmes se servent et qui sont formées par un fil de fer replié en deux. Elle eût soin pour mieux remplir son but de l'avaler les deux pointes étant tournées en bas. Cette épingle avait près de quatre pouces de longueur.

L'accident eut lieu le 17 avril 1851; elle raconta le lendemain à sa fille ce qu'elle avait fait. M. Salvatores, appelé aussitôt, constata l'absence complète de douleur, de gonflement, de gêne dans la déglutition ou la respiration. Il ne vit rien non plus en examinant l'arrière-bouche, et pensa, vu cette absence complète de symptômes, que le récit de la malade pouvait bien être mensonger et qu'elle ne disait avoir avalé ce corps étranger qu'afin de tenir sa famille dans l'inquiétude.

Cependant sa fille, plus confiante, ne cessa à partir de ce moment de chercher tous les jours dans les matières que sa mère rendait.

Le 26 juillet, celle-ci l'appela en toute hâte. En allant à la selle, elle avait senti l'épingle se présenter et avait pu reconnaître avec le doigt l'une de ses pointes faisant saillie à l'extérieur. La fille reconnut, en effet, la présence de l'épingle; mais, comme l'autre pointe n'était pas dégagée, elle craignit en tentant de tirer sur elle de causer trop de souffrance et envoya prévenir M. Salvatores. Mais lorsqu'il arriva l'épingle était remontée, et le doigt introduit dans l'anus ne put la sentir.

Il ne se déclara pas plus d'accident que par le passé. Enfin, dans la matinée du 31 juillet (trois mois et demi environ après le jour où l'épingle avait été avalée), on la trouva dans les excréments de la malade noircie, oxydée, quoique intacte, et comme enveloppée dans un cylindre de matières fécales dures. Elle était sortie sans faire éprouver de vives douleurs.

— Malgré les analogues de plus d'un genre qu'il compte dans les archives de la science, ce fait est de nature à augmenter encore la confiance que le chirurgien doit toujours en pareil cas placer dans les efforts de la nature. Pour expliquer l'innocuité d'un tel trajet parcouru par un corps essentiellement piquant, M. Salvatores croit devoir supposer que l'épingle, avalée la pointe en bas, se retourna dans l'estomac pour cheminer le long du tube intestinal, son extrémité mousse en avant; mais cependant comme elle parut à l'anus les pointes tournées vers l'extérieur, il admet qu'elle avait subi dans le cœcum un nouveau mouvement qui tourna sa pointe dans ce sens. Sans nier la possibilité de cette rotation multiple, nous ne croyons pas qu'il soit absolument nécessaire de la supposer pour comprendre cette absence d'accidents; absence que l'on a eu si souvent occasion d'observer en semblable circonstance.

(*Il filiatri Sebezio* et *Gaz. méd.*)

HYRACEUM.

(Traduit de l'anglais par E. Cottereau.)

L'hyraceum est une substance sécrétée par un quadrupède, l'*hyrax capensis* ou daman du cap, qui vit en troupe sur le sommet des montagnes au cap de Bonne-Espérance. Cet animal ne boit presque pas et a la coutume d'uriner toujours dans le même endroit. Cette urine se dessèche, prend de la consistance et est alors recherchée par les indigènes, qui en font le commerce.

L'odeur et les effets thérapeutiques de l'hyraceum ont une grande analogie avec ceux du castoreum, si bien que l'on pourrait le substituer à ce dernier, dont la quantité semble diminuer tous les ans.

Il paraît que la solution d'hyraceum réussit bien dans les cas d'hystérie, d'épilepsie, de convulsions des enfants, de chorée et dans toutes les affections spasmodiques.

(*Journ. de chim. méd.*)

CULTURE DE L'OPIUM INDIGÈNE.

Réglementation de la vente de l'opium exotique.

Nous recevons de M. Chevallier la lettre suivante, qu'on lira avec intérêt.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous remercier de l'appréciation que vous avez faite dans votre journal de ma communication de mardi dernier à l'Académie de médecine.

Cette communication avait pour but :

1° De démontrer que, quand on le voudra, nous récolterons avec avantage, en France, la quantité d'opium qui nous est nécessaire;

2° Que cet opium contient autant de morphine que l'opium exotique;

3° Que les tentatives faites dès 1796 pour amener à bien la récolte de l'opium sont arrivées aujourd'hui à un point tel, qu'il est probable qu'avec le concours de la Société d'encouragement, qui a bien voulu s'en occuper, elles ne peuvent plus rétrograder;

4° Qu'il est indispensable que l'opium exotique employé dans les préparations opiacées soit titré avant que le pharmacien en fasse usage.

Les opinions émises par quelques-uns de mes collègues ne m'ont pas convaincu. En effet, on m'a objecté qu'il faudrait faire une analyse comparative de l'opium exotique et de l'opium indigène avant d'employer ce dernier; mais qui procurera au chimiste de l'opium exotique *vrai*, obtenu par l'évaporation du suc retiré par incision des têtes de pavot? N'est-il pas démontré, par les expériences de John, de Braconnot, de Pelletier, de Schudler, de Mulder et de tant d'autres, que l'opium provenant d'une même localité ne contient pas les mêmes principes dans les mêmes proportions? En veut-on un exemple? Qu'on lise les analyses faites par Mulder de cinq espèces d'opium apportées de Smyrne, on verra que le premier de ces opium contenait 10,842 de morphine, tandis que les autres n'en contenaient que 4,106, que 9,852, que 2,842, enfin que 3,800; qu'on consulte l'analyse de Braconnot, on trouvera qu'il a agi sur un opium fournissant 9,33 pour 100 d'une matière grasse, tandis que dans les analyses de Mulder on n'en trouve que 2, et 20 dans l'opium examiné par Seguin. Il sera donc impossible de faire une analyse comparative de l'opium exotique et de l'opium indigène tant qu'on n'aura pas une garantie positive que l'opium qu'on devra examiner est le suc de pavot recueilli sur les fruits et sans qu'on y ait ajouté l'extrait obtenu par décoction.

Ce qui rend l'opération plus difficile même, ce sont les fraudes que l'on fait subir à ce médicament, fraudes qui se font dans le lieu même où se fait la récolte, et ces fraudes ne sont pas nouvelles, car Schéele avait établi d'une manière positive *que les marates, lorsqu'ils préparent l'opium, y ajoutent un tiers et jusqu'à moitié de son poids d'huile de lin ou de semences de sésame*. M. Landerer ne nous a-t-il pas fait connaître qu'on le falsifiait par l'extrait de chélidoine, par le salep? Qu'on fasse donc des analyses sur de semblables mélanges et qu'on compare les résultats qu'on en obtiendra avec ceux tirés de l'analyse de l'opium indigène.

On repousse l'opium indigène et cela sans examiner ce qui a été constaté jusqu'ici. En effet, si on lit les auteurs qui ont écrit sur ce produit, on voit :

1° Que Ball, en Angleterre, obtenait un opium qui n'était pas inférieur pour ses propriétés à l'opium exotique;

2° Que M. Arnott, en Ecosse, obtenait les mêmes résultats;

3° Que M. le docteur Bretonneau recueillait, à Chenonceaux, de l'opium qu'il reconnut être de l'opium de bonne qualité;

4° Que MM. Savaresi et Saxe essayaient dans les hôpitaux napolitains de l'opium récolté à Naples, et qu'ils obtenaient les meilleurs résultats de son administration;

5° Que MM. Mérat et Delens déclaraient que l'opium indigène récolté à Auxerre par M. Merat-Guillot jouissait de toutes les propriétés de l'opium de l'Inde;

6° Que les principaux membres de la Société d'Edimbourg attestaient que l'opium recueilli par M. John Young était de beaucoup supérieur à l'opium exotique qu'on se procure dans le commerce;

7° Que M. Prestandrà, pharmacien à Messine, établissait

que l'opium récolté dans les environs de Naples était identique à l'opium exotique.

Tous ces renseignements et d'autres qui m'ont échappé, et qui sont dus 1° à M. Dronsart, qui établissait que le climat de la France promet, sous le rapport de la culture de l'opium, des résultats aussi satisfaisants que ceux obtenus dans la Grande-Bretagne ; 2° à M. de La Folie, doivent encourager les personnes qui s'occuperont de la culture du pavot, et si on repoussait les produits qu'elles présenteraient dans le commerce, quoique plus purs que ces mélanges qu'on nous apporte journellement de l'étranger, nous leur dirions : *Séparez la morphine de ces opium et livrez-la au commerce; vos peines ne seront pas perdues, et vous aurez fait quelque chose d'utile pour le pays.*

Mais laissons l'opium indigène et arrivons à l'opium exotique : J'établissais, dans la communication que j'ai faite à l'Académie, qu'il était nécessaire de demander à M. le ministre du commerce *que l'opium ne puisse être livré au commerce qu'après que l'essai en aurait été fait, de manière que la quantité de morphine qu'il contient puisse être indiquée à l'acheteur.*

Que pouvait-on objecter à cette proposition ? N'est-elle pas rationnelle ? La repousser, n'est-ce pas empêcher le progrès et se charger d'une grande responsabilité ?

En effet, l'opium de Smyrne est considéré par M. Guibourt comme contenant de 15 à 17 pour 100 de morphine ;

L'opium de Constantinople comme en contenant 7 à 8 pour 100 ;

L'opium d'Egypte n'en contient que 3 à 4 selon les uns, et 7 à 8 selon les autres.

Croit-on que des préparations opiacées préparées avec des opium aussi variables dans les proportions de morphine qu'ils renferment puissent fournir des médicaments capables de satisfaire le praticien et de soulager les malades ?

Et qu'arrivera-t-il, 1° si au, lieu d'opium de Smyrne contenant 15 à 17 pour 100 de morphine, on emploie de cet opium qui, comme cela s'est vu, n'en contiendrait que de 1,50 à 5 pour 100 ?

Des opium aussi faibles en morphine se trouvent souvent dans le commerce, et on peut s'en assurer. Pour cela, on n'a qu'à consulter les analyses de MM. Bussy, Aubergier, Mouchead, Schuhler, Barruel, Guillemette, etc., etc.

2° Si un pharmacien, après avoir employé pour faire ses préparations un opium qui contiendra 2 ou 3 pour 100 de morphine, fait, lorsque ces préparations seront épuisées, usage d'un opium qui en contiendrait de 15 à 17, ne peut-il pas dans quelques circonstances être la cause innocente d'un empoisonnement ?

Si nous retournons en arrière, nous pouvons encore voir à quoi on est exposé en employant de l'opium qui n'est pas titré. On sait 1° qu'on a mis en vente et qu'on a essayé de livrer à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris un opium qui ne contenait pas de morphine ; 2° on sait que, depuis, ce fait s'est reproduit, et que de l'opium offert à des droguistes ne contenait pas de ce principe, et cependant l'un de ces opium, dit M. Barruel, qui en a fait l'essai, jouissait de tous les caractères physiques qui indiquent un opium de bonne qualité, odeur, saveur, couleur, consistance, forme, etc. Si cet opium n'eût point été essayé, il était livré au commerce, et des milliers de malades, au lieu de voir leurs douleurs calmées par les préparations opiacées qu'on leur aurait ordonnées, auraient eu à souffrir, et cela, par suite de la cupidité d'hommes qui veulent de l'argent et qui n'ont nul égard aux maux qui résultent d'un trafic infâme.

Il y a donc avantage, il y a donc nécessité de demander que l'opium exotique qui est livré au commerce pour la préparation des médicaments soit titré.

Je ne terminerai pas cette lettre sans rappeler ici que, lorsque l'opium indigène fut le sujet à l'Académie d'une notice lue dans la séance du 20 février 1844, il fut mieux accueilli à cette époque. M. Caventou, après avoir exposé 1° les travaux faits par le général Lamarque sur la culture du pavot, ceux du général Soult, de MM. Dronsart, Petit, Dubuc, etc. ; 2° les expériences qu'il avait faites sur les opium retirés de ces pavots, terminait sa *Notice pour servir à l'histoire de l'opium indigène*, par les considérations suivantes (voir le *Bulletin de l'Académie*, tome IX, pages 480) :

« Tous ces faits parlent par eux-mêmes, ce me semble, pour concevoir toute confiance dans les services qu'on peut attendre en thérapeutique de l'emploi de l'opium indigène ; ils font vivement désirer que M. le ministre de la guerre ne néglige aucun sacrifice pour donner à cette question d'économie agricole toute la solution possible, et certes nos possessions algériennes offrent toutes les ressources désirables pour mener à bien cette entreprise. Dans l'affirmative, on appréciera les grands avantages pour la métropole de s'approvisionner d'un opium d'une origine certaine, identique et d'activité physiologique constante ; aussi serait-il à désirer que M. le ministre de la guerre voulût bien informer l'Académie des efforts qui vont être tentés dans ce but, de telle sorte que ce corps savant pût lui offrir dans les limites de ses attributions un concours qui ne peut manquer d'être utile pour l'appréciation d'un produit dont l'usage est si essentiellement lié à la pratique de la médecine. »

Ces considérations ne donnèrent lieu à aucune observation critique ; M. Bégin fit seulement connaître que M. Simon avait été envoyé en Afrique par M. le ministre de la guerre dans le but indiqué par M. Caventou.

J'ose espérer, monsieur le Rédacteur, que les opinions émises par quelques membres de l'Académie seront combattues et que la culture du pavot sera continuée par M. Aubergier, qu'elle sera entreprise par d'autres, et que ce produit, comme le sucre, deviendra par la suite un produit national.

Agréez, etc. A. CHEVALLIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 août 1851. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique;

2° Une lettre de M. Bégin, président du conseil de santé des armées; dans cette lettre, M. Bégin remercie la Société de l'envoi qui a été fait par cette dernière des deux premiers volumes de nos Mémoires et du premier de nos Bulletins;

3° M. Gensoul, de Lyon, adresse plusieurs travaux imprimés et manuscrits et demande à devenir membre correspondant.

Tumeur testiculaire.

M. VIDAL, après avoir montré un malade porteur d'une tumeur du testicule gauche, communique son observation.

Le nommé Portier (Jean-Baptiste), âgé de cinquante-deux ans, fondeur, tempérament bilieux sanguin, constitution forte, est entré à l'hôpital du Midi le 24 juillet 1851, salle 12, lit n° 2.

Un peu maladif dans sa première enfance, depuis l'âge de dix ans cet homme n'a jamais été forcé de s'aliter, si ce n'est par suite d'accidents traumatiques; ainsi, il a eu les deux jambes fracturées, l'une à treize ans, l'autre à vingt-trois ans.

Jamais de maladie vénérienne, ni érouiement, ni chancres.

A l'âge de vingt et un ans, pendant d'énergiques efforts de défécation, il ressentit une douleur très vive dans le testicule gauche, qui en peu de temps acquit un volume assez considérable. Il appliqua sur l'organe une sorte d'emplâtre fait avec de la boue de meule et de la lie de vin. La tuméfaction diminua bientôt sans disparaître complétement, car il resta toujours à la partie inférieure des bourses une petite tumeur grosse comme une noisette, dure et indolente.

Pendant trente ans, les choses restèrent dans cet état. Le testicule gauche était un peu plus gros que celui de droite et ne paraissait pas augmenter, ou du moins ses progrès étaient tellement lents qu'ils passaient inaperçus pour le malade. Jamais il ne ressentait ni douleurs ni élancements; seulement la continence, pour peu qu'elle se prolongeât, amenait des érections pénibles et le coït devenait alors un soulagement.

En 1850, la tumeur était grosse comme un œuf de poule seulement; mais à partir de ce moment, sans violence quelconque du scrotum, elle commença à faire des progrès rapides.

Il y a quatre mois (avril 1851), à la suite de fatigues répétées, une nouvelle tumeur, qui parut se former en quelques jours, vint se surajouter à la première. La rapidité de son développement et sa consistance, qui était mollasse, la firent prendre pour une hernie. Ce nouveau surcroît de charge rendit le poids des bourses si incommode que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il se présenta à la consultation et fut admis le 24 juillet 1851.

L'état général est excellent. L'embonpoint est conservé, le système musculaire bien développé, les forces sont intactes. La peau est cuivrée; mais cette coloration, apparente principalement sur les parties exposées à l'air, paraît plutôt tenir au hâle qu'à une affection morbide quelconque.

Le scrotum est occupé par une tumeur volumineuse qui tient la place du testicule gauche. Cette tumeur est lourde, non transparente. Elle n'est le siége d'aucune douleur. Sa forme générale est ovoïde, à grosse extrémité supérieure. Le diamètre horizontal est de 11 centimètres, le vertical de 17.

En haut, elle arrive jusqu'à l'anneau inguinal externe, dans lequel elle ne pénètre pas; on sent en cet endroit le cordon spermatique, dont le volume n'a pas augmenté, qui émerge et vient se perdre dans la tumeur.

La peau a sa coloration normale; elle est un peu distendue, mais souple encore, non luisante, non adhérente aux tissus sous-jacents.

Par le palper, on trouve que la tumeur peut se décomposer en deux parties : une supérieure, globuleuse, non transparente, mais donnant nettement la sensation d'un flot liquide. C'est cette partie de la tumeur qui s'est développée si rapidement il y a quatre mois et que le malade a pris pour une hernie. Deux ponctions ont été pratiquées; il est sorti chaque fois environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui d'une hématocèle. Ce liquide, à peine évacué, s'est aussitôt reproduit.

La tumeur inférieure est conique. Son sommet, arrondi, est dirigé en bas et occupe le fond des bourses. Sa base, taillée en biseau, regarde en haut et en avant; sur elle repose la tumeur fluctuante; après l'évacuation du liquide, on a pu sentir que partout cette base est dure et anfractueuse. La surface périphérique est lisse ou du moins sans aspérités notables. Si, fixant la base avec la main gauche et le sommet avec la main droite, on cherche à leur imprimer des mouvements en sens contraire, on voit qu'ils peuvent se mouvoir l'un sur l'autre d'une manière très limitée, mais néanmoins appréciable, comme s'il y avait là deux parties distinctes enfermées dans une même enveloppe.

Ainsi qu'il a été dit, cette tumeur est dure, nulle part rénitente ni fluctuante. Elle n'est le siége d'aucune espèce de douleurs et reste indolente sous une pression même assez forte.

Le testicule droit est parfaitement sain.

Discussion.

M. GUERSANT croit la tumeur de mauvaise nature et propose son ablation.

M. GIRALDÈS. Pour moi, la tumeur n'est point de nature cancéreuse; elle n'en a aucun des caractères; elle n'est point non plus tuberculeuse; elle appartient, au contraire, à la classe des enchondromes; peut-être trouvera-t-on par la dissection quelques points osseux ou cartilagineux et des kystes gélatineux.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que la tumeur dont le malade de M. Vidal est porteur est une hématocèle avec épaississement des parois. Dans certains cas de ce genre, la tunique vaginale peut acquérir un volume très considérable. Tout récemment, j'ai vu une tumeur du corps thyroïde dont les parois étaient fort épaisses et cartilagineuses; le contenu néanmoins était du sang. Quant au liquide qui a été évacué, il ne venait point de la tunique vaginale, mais d'un kyste séreux développé au-dessus de la tumeur. Je crois que la meilleure opération à faire dans ce cas est de fendre largement la tumeur, d'aller à la recherche du testicule et de le conserver s'il est sain.

M. MAISONNEUVE. Il est possible que la tumeur que nous a fait voir M. Vidal soit une hématocèle; j'ai vu M. Velpeau enlever une tumeur de ce genre dont les parois étaient dures, cartilagineuses, et cependant il s'agissait d'une tumeur de nature bénigne. Dans l'impossibilité où l'on est d'arriver à un diagnostic positif, en raison du volume de la tumeur, je propose son ablation.

M. VIDAL. Si on se rappelle l'évolution de cette tumeur, qui a débuté par l'épididyme, pour de là envahir le testicule, on sera convaincu que la partie que j'ai ponctionnée est bien la tunique vaginale. Quant à la composition de la tumeur, elle est, suivant moi, formée de plusieurs éléments; probablement renferme-t-elle des kystes; mais, conformément à la loi que j'ai établie ici et à l'Académie de médecine, je la crois de nature maligne, attendu qu'un seul testicule est affecté.

M. DENONVILLIERS. Si le chirurgien est indécis sur la nature de cette tumeur, il ne peut l'être relativement au parti à prendre. Il faut l'enlever. J'ai vu plusieurs tumeurs analogues à celles que nous a présentée M. Vidal. Auguste Bérard a cherché à plusieurs reprises, dans ces tumeurs volumineuses des bourses, à conserver le testicule en le dégageant des éléments qui l'entourent. Moi-même j'ai, dans un cas, cherché à sauver le testicule; mais les tentatives de Bérard ne furent point plus heureuses que la mienne : nos malades succombèrent. Aussi je crois que dans le cas de tumeurs volumineuses des bourses il faut enlever le tout. On fait, en agissant de la sorte, courir moins de risques aux malades. Blandin était aussi de cet avis.

Communication.

M. CHASSAIGNAC lit le mémoire suivant :

Nouvelle opération pour remédier à un mode particulier de déformation du nez et à ses conséquences fâcheuses.

La disposition parfaitement médiane et symétrique du nez est, chez presque tous les individus, soumise à des altérations plus ou moins prononcées. C'est, la plupart du temps, par une inclinaison latérale très forte chez quelques sujets, beaucoup moins accusée chez les autres, que le nez s'éloigne de la conformation primitive et *infantile*; car, chez le très jeune enfant, les obliquités latérales n'ont pas lieu.

On a déjà donné de ce phénomène, d'autant moins étudié peut-être qu'il est à chaque instant sous nos yeux, des explications variées. On doit se rappeler, avant tout, que l'inclinaison du lobule du nez à droite est la règle, tandis que l'inclinaison à gauche est l'exception.

Pour quelques physiologistes, c'est au mode habituel de décubitus du sujet pendant le sommeil que doit être rapportée la déviation latérale du nez. Cette hypothèse serait en contradiction formelle avec ce qu'apprend l'observation généralement faite, que le décubitus le plus ordinaire a lieu sur le côté droit du corps. Nous n'avons pas besoin de dire que, dans l'hypothèse dont il vient d'être parlé, l'agent de la déviation serait la pression exercée latéralement sur le lobule par les corps sur lesquels la tête repose.

Pour d'autres, la cause de la déviation réside dans la manière dont le sujet a l'habitude de se servir du mouchoir. Telle est l'opinion de Béclard, qui attribuait la déviation à droite de la pointe du nez à ce que l'action du mouchoir s'accomplit, chez le plus grand nombre des individus, avec la main droite.

Quelques-uns font remonter la cause du phénomène à des pressions exercées sur la face lors de l'accouchement.

Certaines déviations sont le résultat incontestable de violences brusques qui ont produit des lésions traumatiques.

Enfin, nous ne parlerons pas des déformations plus ou moins caractéristiques dues à l'altération syphilitique des os propres du nez.

Ce rapide aperçu a dû suffire pour faire voir que les déformations de l'appareil olfactif externe doivent être distinguées en deux classes : celles qui tiennent à une déviation osseuse; celles qui tiennent à une déviation de la partie cartilagineuse. C'est uniquement de ces dernières que nous nous occuperons.

Les diverses causes dont nous avons parlé, nous ne les discuterons pas, pour plusieurs raisons :

1° Parce que nous ne croyons pouvoir indiquer une cause bien autrement physiologique et rationnelle de la plupart des déviations du nez;

2° Parce que, tant que la déviation n'a pas d'influence fâcheuse sur les fonctions, elle ne justifie guère les efforts que ferait le chirurgien pour remédier à un inconvénient très minime; et telle est la condition dans laquelle se trouve l'immense majorité des individus : c'est même là sans doute la cause pour laquelle cette question de l'étiologie est si mal étudiée et présente le vague dont nous avons parlé;

3° Enfin, parce que, n'ayant en vue que des déviations sérieuses et nuisibles à l'exercice des fonctions, et devant proposer contre elles un moyen chirurgical, nous avons autre chose à faire que de discuter gravement sur la question de savoir si le nez est bien exactement au milieu du visage et comment il cesse de s'y trouver.

Pour nous, la grande et essentielle cause, celle qui donne lieu à des indications thérapeutiques et diagnostiques, c'est la déviation de la cloison. Cette déviation tient elle-même, dans le plus grand nombre des cas, à un défaut d'harmonie, une sorte d'hypergénésie dans le sens vertical; en un mot, à ce que la cloison tend à prendre des dimensions plus considérables que celles de l'espace qui lui est normalement réservé.

Supposez une lame ostéo-chondrale comme le diaphragme nasal, limitée en haut et en bas par des parties inflexibles comme la voûte et le plancher des voûtes olfactives. Supposez que, pincé en quelque sorte entre ces deux points fixes, ce diaphragme tende à acquérir des dimensions plus considérables que l'espace réservé à la cloison, force lui sera de s'infléchir latéralement, soit d'un côté, soit de l'autre; de là une incurvation plus ou moins marquée.

A un degré faible, pas d'accidents. A des degrés de plus en plus prononcés, se présente une série de phénomènes qui élèvent la difformité, d'abord légère, à l'état de maladie caractérisée, et réclame toute l'attention du chirurgien.

Plusieurs fois j'ai été consulté pour des cas de ce genre, et notamment pour un jeune homme de la Touraine, âgé d'à peu près dix-neuf ans, et placé en pension, à Paris, dans une institution préparatoire aux écoles spéciales. Je fis construire, dans ce cas, par M. Béchard, un petit appareil de pression au moyen d'un cercle entourant la tête et supportant une tige recourbée armée d'une petite pelote destinée à comprimer le côté saillant de la cloison.

Dans les degrés modérés, la déviation a pour effet de diminuer la capacité d'une des fosses nasales en agrandissant celle du côté opposé; mais la compensation n'est qu'apparente, en ce sens que ce n'est pas l'ampleur de la cavité nasale qui règle sa mesure d'utilité dans l'accomplissement de l'acte respiratoire, mais bien le degré d'ouverture de la narine et de sa continuation, en sorte que l'obturation d'une narine ou du conduit qui lui succède supprime d'emblée la moitié d'une prise d'air si complétement nécessaire dans son intégrité et si bien calculée pour le besoin de la fonction, qu'il y a gêne dès que le champ normal de l'ouverture est tant soit peu diminué par une cause quelconque.

La capacité amoindrie d'une des fosses nasales doit donner lieu à des enchifrenements assez fréquents; elle doit très probablement modifier le timbre de la voix; enfin elle altère un peu la régulière conformation du nez; mais nous sommes convenus de ne pas nous

arrêter sur les degrés faibles qui seraient sans doute un objet fort intéressant de recherches délicates et curieuses. Nous ne faisons commencer notre étude que là où l'intervention chirurgicale nous paraît positivement réclamée.

Donc, quand la déviation est très forte, voici ce qu'on observe : 1° La fosse nasale vers laquelle se porte la cloison est complétement obstruée; 2° le bombement peut aller au point de donner lieu à une sorte de diaphragme horizontal qui ferme la cavité nasale d'un côté.

Il y a plus : la saillie peut prendre des dimensions telles, que la cloison vienne presque sortir à l'orifice de la narine par une sorte d'ampoule. Ces cas de renflement ampullaire ont pour premier inconvénient de donner quelquefois lieu à des erreurs de diagnostic trop connues des chirurgiens pour que je m'en occupe en ce moment. Mais, de plus, cette configuration anormale s'accompagne d'une déviation tellement prononcée du lobule du nez, qu'il en résulte une difformité très choquante. Chaque fois que le malade veut se moucher, la pression la plus douce cause parfois une douleur très vive. Enfin la muqueuse qui revêt l'ampoule formée à l'entrée de la narine, et qui déborde quelquefois la sous-cloison, s'excorie, saigne, se recouvre de croûtes, suppure même, exposée qu'elle est à mille causes d'attouchements douloureux.

C'est dans des conditions semblables, devenues difficiles à supporter, que me fut amené par sa mère le jeune L..., âgé de quatorze ans.

Six mois auparavant on avait consulté un de nos confrères, qui, reconnaissant une déviation commençante, crut que le développement ultérieur du jeune garçon ferait disparaître cette difformité et ses conséquences; mais il n'en fut pas ainsi, et la mère, de plus en plus alarmée sur une déviation chaque jour plus choquante et sur les inconvénients dont elle s'accompagnait, vint, d'après l'avis du docteur Feldmann, réclamer de moi l'emploi d'un moyen chirurgical propre à faire cesser un pareil état.

La pointe du nez était fortement et très disgracieusement déviée à droite, l'ampoule cartilagineuse remplissait la narine gauche.

Je tiens du docteur Debout, notre excellent collègue, que Blandin, dans un cas analogue, eut recours avec succès à la perforation totale de la cloison au moyen d'un emporte-pièce. Ce n'est pas de ce procédé que j'ai fait usage, et voici l'opération que j'ai pratiquée le 15 août 1851, avec l'assistance de M. Gardel, externe de mon service, et de M. le docteur Feldmann.

L'enfant étant assoupi au chloroforme et placé dans une position convenable en face du jour, je pratiquai tout près de la sous-cloison et dans le sens antéro-postérieur une incision très légèrement relevée à ses deux extrémités. Cette incision avait pour objet de mettre à découvert le cartilage dévié. J'introduisis alors dans l'intérieur de cette plaie l'extrémité d'une spatule, au moyen de laquelle je décollai la muqueuse d'avec le cartilage. Ce temps de l'opération fut assez laborieux. Le cartilage une fois mis à nu, je je refoulai avec la spatule le lambeau muqueux au-dessus de l'ampoule cartilagineuse, puis je coupai plusieurs épaisseurs dans le cartilage, jusqu'à ce que j'eusse obtenu une souplesse et un amincissement qui me permît de rejeter vers la ligne médiane la cloison cartilagineuse devenue facile à déplacer. Cela fait, je ramenai de haut en bas le lambeau muqueux contre la cloison.

Une petite éponge de forme conique fut placée dans la narine pour rendre permanent ce qui venait d'être obtenu au moment même. L'éponge a été laissée plusieurs jours en place, et sauf l'incommodité résultant de l'odeur, aucun accident n'a été la suite de cette opération plutôt délicate que réellement difficile, mais pendant laquelle l'issue du sang après la section de la pituitaire ne laissa pas de causer quelque embarras. Aussi faut-il éponger sans cesse pendant l'exécution du procédé.

Aujourd'hui, 25 août, le jeune malade est parfaitement bien. Sa cloison est droite; ce qui n'empêche pas le lobule du nez d'avoir un peu de tendance à se latéraliser, résultat d'une conformation et d'une habitude de position depuis longtemps contractées. L'air qui ne sortait jamais par la narine gauche, y passe aujourd'hui librement.

On pouvait craindre que le filet ethmoïdal du rameau nasal ne fût intéressé dans cette opération; mais l'examen au point de vue physiologique n'a révélé aucun trouble dans les fonctions de ce nerf.

J'avais pensé d'abord à redresser de vive force la cloison par des agents mécaniques pourvus d'une force suffisant à cet effet; mais la crainte de causer une fracture ou un ébranlement dangereux à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde m'a conduit à préférer le mode opératoire que je viens de décrire.

Discussion.

M. Maisonneuve. Les exemples de déviation du nez sont communs dans la pratique, et le travail de M. Chassaignac touche à un point qui embarrasse souvent le praticien. J'ai souvent employé des appareils divers pour redresser le nez, et cela sans résultat. J'en ai même proposé un aux parents de cet enfant, auquel je donnais des soins pour la difformité qui a occupé notre collègue, mais ma proposition ne fut point acceptée. Toutefois, je crois que dans une circonstance analogue à celle où s'est trouvé M. Chassaignac, je préférerais l'opération de M. Blandin; on pourrait même la pratiquer en lui faisant subir une modification qui consisterait à isoler la muqueuse du cartilage médian, sur lequel M. Blandin faisait porter la résection.

M. Debout. L'opération que fit M. Blandin peu de temps avant sa mort avait pour but de faire cesser le nasonnement dont un jeune avocat était atteint.

M. Forget. L'opération de M. Chassaignac est intéressante en elle-même; mais le résultat est-il aussi satisfaisant que l'espérait notre collègue? Je vois dans le travail qu'il nous a lu que le nez avait encore une certaine tendance au déplacement. Or quelle est cette tendance, jusqu'où va-t-elle? L'opération de M. Chassaignac est nécessairement limitée dans son application; car il y a des déviations latérales du nez qui ne tiennent pas à la cause signalée par notre confrère.

M. Chassaignac. L'opération que je propose a plusieurs buts; il ne s'agit pas seulement de redresser le nez, mais bien de corriger les inconvénients qui tiennent à cette déviation, par suite de laquelle la membrane muqueuse s'enflamme, s'excorie. Cet état maladif de la membrane muqueuse, dans plusieurs circonstances, a fait croire à un polype; de plus, la respiration se fait difficilement. L'enfant sur lequel j'ai pratiqué mon opération était affecté d'un ronflement continuel; de plus, sa voix était nasonnée, et chaque fois qu'il se touchait le nez un peu brusquement, il éprouvait de la douleur. C'est pour toutes ces raisons que j'ai pratiqué l'opération que je fais connaître à la Société. Je le répète en terminant, mon but seul n'était point de redresser le nez; je n'ai point fait l'opération de Blandin, d'abord parce que je ne savais pas que l'on pût sans inconvénient faire communiquer les deux narines, et qu'elle ne pouvait rien sur le redressement du nez.

M. Monod. Je ne crois pas que la déviation du nez tienne toujours à une hypertrophie du cartilage médian; j'ai vu un enfant naissant dont le nez était couché sur la joue, et il s'est redressé de lui-même. Je crois que souvent ces déviations tiennent aux os eux-mêmes.

M. Giraldès. La déviation du cartilage médian est commune; elle entraîne le plus souvent la formation d'une ampoule d'un côté tandis que de l'autre il y a une oblitération presque complète. Ces déviations tiennent à un développement plus considérable d'un côté de la face correspondant à l'ampoule, tandis que, de l'autre côté, il y a une légère atrophie. La cause première de ces déviations tient donc à un développement plus marqué du système osseux d'un côté que de l'autre.

M. Morel a vu un malade dont la déviation était telle, que l'on ne pouvait pas passer entre la face et la paroi externe des narines la plus mince spatule.

M. Huguier. L'année dernière, j'avais à enlever des polypes muqueux chez une personne sur laquelle on voyait cette déviation; ne pouvant introduire du côté de la déviation une pince à polypes, je pris le parti de la redresser de vive force, ce que je fis avec facilité à l'aide d'une pince à pansement. Dès lors, je pus débarrasser le malade de ses polypes.

M. Demarquay. La déviation de la cloison peut être amenée non-seulement par certaines dispositions des os de la face, mais encore par une altération du vomer. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique, une exostose de cet os qui avait entraîné une déviation du cartilage. Relativement à l'opération de Blandin, je ferai observer qu'elle n'avait point pour but de corriger la difformité résultat de la déviation de la cloison, mais bien de faire cesser le nasonnement en établissant le passage facile de l'air dans les deux narines. J'ai assisté à des manœuvres sur le cadavre faites avec l'instrument qui avait été imaginé à ce sujet, et l'opération est facile. Elle se fait avec une espèce d'emporte-pièce dont chaque partie est introduite dans une narine; leur rapprochement détermine la perforation de la cloison par l'enlèvement d'une portion de cette dernière. Peu de temps avant sa mort, ce professeur, ainsi que vous l'a dit M. Debout, avait eu la pensée de publier un petit travail, non-seulement sur ce sujet, mais encore sur d'autres petites opérations qu'il avait pratiquées sur le nez et dans les narines. J'avais fait quelques recherches et quelques préparations anatomiques dans ce but, mais ce travail ne put être terminé.

M. Guersant. Je suis parvenu quelquefois à redresser le cartilage de la cloison par l'application d'une double canule de Dupuytren. Pour obtenir quelque chose de ce moyen, il faut le continuer longtemps.

— M. Guersant présente à la Société une pince en acier qu'il a fait faire à M. Charrière, elle a la forme d'une tenaille; il l'emploie, en la faisant rougir à blanc, pour la section et la cautérisation des bourrelets d'hémorrhoïdes dégénérés. Ce moyen, dont il se sert après avoir chloroformé le malade, lui paraît supérieur aux instruments tranchants et aux ligatures, parce qu'ils sont à l'abri des érysipèles; il lui paraît plus actif et plus certain que l'application du caustique de Vienne, parce qu'il agit plus promptement en enlevant sur-le-champ la principale partie qu'on désire détruire; enfin, la douleur de l'opération est de plus courte durée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Par décision de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, les sessions des jurys médicaux ont été réglées, pour 1851, ainsi qu'il suit :

PARIS.

1re division. — M. Bérard, président.

Maine-et-Loire.	15 septembre.
Ille-et-Vilaine.	19 »
Finistère.	23 »
Calvados.	27 »
Eure	1er octobre.
Seine-Inférieure.	15 »
Oise.	25 »
Seine-et-Oise.	3 novembre.

2e division. — M. Adelon, président.

Nord.	11 septembre.
Pas-de-Calais.	16 »
Somme.	19 »
Aisne.	25 »
Indre-et-Loire.	4 octobre.
Seine-et-Marne.	11 ».

MONTPELLIER.

1re division. — M. Rech, président.

Haute-Garonne.	17 septembre.
Lot-et-Garonne.	26 »
Gironde.	2 octobre.
Charente-Inférieure.	13 »

2e division. — M. Boyer, président.

Puy-de-Dôme.	19 septembre.
Isère.	25 »
Vaucluse.	2 octobre.
Var.	10 »
Bouches-du-Rhône.	16 »

STRASBOURG.

1re division. — M. Tourdes, président.

Doubs.	1er septembre.
Rhône.	9 »

2e division. — M. Stœber, président.

Moselle.	17 septembre.
Marne.	22 »
Aube.	27 »

— Plusieurs journaux quotidiens ont annoncé, d'après le *Messager de l'Assemblée*, que les hôpitaux étaient très encombrés et que la mort y sévissait chaque jour avec une grande énergie. Des renseignements positifs nous permettent d'affirmer que le *Messager* a été induit en erreur: la population des hôpitaux ne dépasse point la moyenne normale à cette époque l'année, et il en est fort heureusement de même de la mortalité. Voici quelques chiffres qui édifieront complétement nos lecteurs à cet égard. Pendant la semaine commençant le 30 août et finissant le 5 septembre, la mortalité dans tous les hôpitaux de Paris a été de 146. Or, voici la moyenne des quatorze semaines précédentes :

Du 24 mai au	30	183 décès.
31 —	6 juin	154
7 juin au	13 —	135
14 —	20 —	131
21 —	27 —	120
28 —	4 juillet	128
5 juillet au	11 —	131
12 —	18 —	111
19 —	25 —	127
26 —	1er août	121
2 août au	8 —	120
9 —	15 —	114
16 —	22 —	109
23 —	29 —	117

— On lit dans les journaux quotidiens d'aujourd'hui la note suivante que nos informations particulières ne nous permettent pas de prendre sous notre responsabilité :

« Une affreuse épidémie qui s'attaque de préférence aux enfants règne dans plusieurs communes du Morbihan, et notamment à Trédion. Dans cette dernière commune, où les secours médicaux manquent totalement, il est mort trente enfants en moins de dix jours. »

Le Sorrd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 105. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 105. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier une lecture fort intéressante de M. Gobley sur les matières grasses du sang veineux de l'homme ; deux rapports de M. Gimelle sur des observations d'ablation du maxillaire supérieur appartenant, l'une à M. Baudens, l'autre à M. Berthérand, et enfin un rapport fort étendu de M. J. Guérin sur quelques travaux relatifs à l'épidémie de suette qui a régné en France en 1849. Dans ce rapport, l'un des plus remarquables qui aient été faits depuis longtemps à l'Académie, M. Guérin a abordé avec une grande élévation de vues la plupart des grandes questions de l'épidémiologie et de la pathologie générale, et il a été triste de voir que, malgré l'intérêt extrême de cette lecture, les rares académiciens qui étaient présents n'aient pas pu faire une fois violence à leurs habitudes, et qu'ils se soient presque tous éclipsés une heure avant la fin de la séance. Il y a longtemps que la médecine tend à descendre au second rang à l'Académie, et ceci en est une nouvelle preuve. Les chirurgiens trouvent moyen de discuter pendant un mois sur l'amputation partielle du testicule ; les médecins ne trouvent rien à dire sur un travail qui traite d'une manière spéciale des causes, des formes, de la nature, du traitement de la suette, qui embrasse les questions les plus élevées de la pathologie générale. Décidément depuis quelque temps l'Académie n'est pas en veine. Nous n'avons certes pas la prétention de suppléer au silence des honorables académiciens qui auraient pu prendre la parole dans ce cas. Toutefois, il y a dans le rapport de M. Guérin quelques principes scientifiques si importants, que nous ne croyons pas pouvoir les laisser passer sans quelques mots de réflexion. Nous présenterons donc à ce sujet quelques remarques critiques dans notre prochain numéro, après avoir mis sous les yeux de nos lecteurs le remarquable travail du savant rapporteur.

H. de Castelnau.

RAPPORT

sur les travaux adressés à l'Académie et relatifs à la suette épidémique de 1849,

Par M. le docteur Jules GUÉRIN.

Après avoir énuméré les divers travaux envoyés à l'Académie, M. J. Guérin a commencé ainsi son remarquable rapport, que nos lecteurs nous sauront gré de mettre textuellement sous leurs yeux.

L'étude des épidémies, trop peu régularisée jusqu'ici et laissée en quelque façon à l'arbitraire de chacun, n'a jamais rendu les services qu'elle est susceptible de rendre à la science et à l'humanité. Considérées dans leur caractère le plus élevé, les épidémies sont de grandes manifestations d'une seule et même cause, qui imprime un caractère uniforme et profondément marqué à tous ses produits, et ne laisse aux actions étiologiques environnantes qu'une somme d'influence secondaire et limitée. Il résulte de cet antagonisme étiologique, au profit de la grande cause épidémique, que toutes les individualités morbides d'une même épidémie se ressemblent en général et au principal, et ne diffèrent qu'au particulier et dans les accessoires, au même titre et d'après la même loi que celle qui règle la ressemblance et la dissemblance des êtres organisés. C'est au plus haut point la loi de l'unité dans la variété.

Partant de cette donnée générale, les épidémies sont d'immenses foyers d'observations où l'étendue, le nombre, la diversité des faits, la variabilité de leurs conditions de manifestations projettent incessamment des lumières sur les problèmes les plus obscurs de la pathogénie. Ce qui ne se voit qu'imparfaitement et par lettres détachées dans les maladies sporadiques se lit en gros caractères et en mots tout formés dans les maladies épidémiques. En un mot, la cause des unes est presque toujours faible, isolée, partageant son influence avec celle des conditions étiologiques ordinaires, de l'âge, du sexe, du tempérament, de la constitution, de la saison, de la température, etc ; de là des produits mixtes mal caractérisés, difficiles à rapprocher. En un mot, dans les maladies sporadiques, les éléments d'uniformité sont presque également balancés par les éléments de diversité, et les produits sont comme les facteurs. Dans les maladies épidémiques, au contraire, la cause essentielle est une et absolue ; son énergie est telle qu'elle nivelle tout et uniformise tout. En présence de ces grandes manifestations étiologiques, l'esprit n'a presque aucun effort à faire pour embrasser à la fois et saisir dans son ensemble ce que l'observation des maladies ordinaires est obligée de demander aux auxiliaires si utiles d'ailleurs de l'analyse, de la comparaison et de la méthode numérique. Les épidémies sont en quelque façon des généralisations toutes faites que, dans les maladies sporadiques, l'induction n'obtient qu'à grand'peine et à l'aide de l'observation successive de tous les temps et de tous les lieux. Mais pour tirer tout le fruit possible de ces grandes révélations morbides, pour ne pas se perdre dans les labyrinthes de cette mine d'une richesse et d'une fécondité inépuisables, il faudrait que la science eût des routes tracées, que les travailleurs eussent des mots d'ordre, qu'ils harmonisassent leurs efforts vers des buts définis, sinon vers les mêmes buts ; que chaque notion acquise fût le point de départ de la notion à acquérir. Au lieu de cela, que voit-on ? La plus grande divergence dans les vues, les efforts et les moyens. Chacun marche à sa guise et le plus souvent au hasard, sans lumière et sans but, et cette incertitude, cette divergence au point de départ, n'a d'autre effet que de perpétuer l'incertitude, sinon la contradiction parfaite des résultats.

Ces réflexions, applicables à la manière dont l'étude des épidémies est envisagée de nos jours, nous ont surtout été inspirées par l'examen des travaux dont nous avons à vous rendre compte. Chaque auteur a son point de vue, sa méthode, sa théorie, son traitement ; ce que l'un affirme, l'autre le nie. La médication que l'on répudie est presque la panacée de l'autre. On peut dire que c'est là, sur beaucoup de points, l'histoire de la médecine en général ; mais si nos remarques sur la signification des épidémies sont fondées, la différence des observations, la diversité des opinions et l'opposition des résultats devraient moins se rencontrer dans l'étude de la suette miliaire épidémique que partout ailleurs.

La première chose à faire, suivant nous, avant d'aborder l'étude d'une épidémie serait de s'enquérir de ce que la science connaît de la maladie. L'épidémie actuelle s'est-elle déjà montrée précédemment et s'est-elle montrée dans les mêmes localités ? Reparaît-elle avec les mêmes caractères ? Se montre-t-elle sous les mêmes formes et réclame-t-elle le même traitement ? L'observation et l'expérience ont-elles confirmé ou redressé les données précédemment acquises ? N'ont-elles pas révélé des particularités nouvelles, soit pour mieux définir ou mieux traiter la maladie ? — C'était là, suivant nous, la meilleure manière de rattacher le présent au passé et de féconder incessamment les acquisitions de l'observation antérieure à l'aide de l'observation présente. Et, qu'on le remarque bien, il ne s'agit pas ici de la science des livres, de la bibliographie, des recherches si souvent stériles de l'érudition, mais des produits réels de l'observation et de l'expérience rattachés les uns aux autres, à travers le temps et l'espace, comme les anneaux d'une même chaîne constituant ce que nous appellerions volontiers la formule historique d'une épidémie.

Sans vouloir improviser ici un tel travail en ce qui concerne la suette miliaire, essayons néanmoins de poser la série des questions à résoudre pour fonder la notion historique de la suette épidémique, et efforçons-nous à l'aide des matériaux épars dans chacun des ouvrages renvoyés à notre examen de jeter les premiers jalons de cette étude scientifique : ce sera le moyen de signaler et d'utiliser tout à la fois des matériaux dont la valeur ne saurait être mieux appréciée que par leur degré d'utilité pour la constitution définitive du point de science auquel ils se rapportent.

PREMIÈRE QUESTION. — *La suette de 1849 ressemble-t-elle à la suette des épidémies précédentes ?*

Sans tenir compte de quelques indications éparses dans les auteurs anciens, tels que Gallien et Cœlius Aurelianus, on est généralement convenu de faire remonter la première manifestation non équivoque de la suette épidémique à l'épidémie de 1465. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, la maladie a reparu à plusieurs reprises sous diverses latitudes avec des formes et surtout une gravité assez différentes pour qu'on en ait fait deux espèces distinctes : la suette anglaise ou suette proprement dite caractérisée surtout par son extrême gravité et l'absence de toute éruption miliaire, et la suette des Picards, dite suette miliaire épidémique, beaucoup moins dangereuse et caractérisée par la présence d'une éruption miliaire très abondante. Les différents auteurs qui se sont occupés de cette maladie n'ont pas approfondi l'étude des rapports qui peuvent exister entre la suette anglaise et la suette des Picards ; la plupart n'y ont même pas songé. — M. Rayer, à qui l'on doit sur cette maladie un ouvrage non moins remarquable par la richesse des faits que par la science de l'érudition, n'est pas éloigné de faire deux maladies distinctes des deux sortes de suette, et de regarder certaines épidémies postérieures comme ayant un caractère mixte qui tient à la fois de la suette anglaise et de la suette miliaire (Rayer, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire*, p. 474). A laquelle de ces formes, simple ou composée, se rapporte la suette miliaire observée en 1849 ? Aucun des travaux dont nous avons à vous rendre compte n'a soulevé cette question. Elle n'était pas inutile à examiner cependant, car de sa solution dépend en grande partie la solution d'une autre question non moins importante, de la valeur des méthodes de curation. S'il est vrai, en effet, que la suette anglaise, semblable au choléra, ait été d'une gravité telle qu'elle se jouât de tous les remèdes et d'une rapidité si grande qu'elle laissât à peine au malade le

FEUILLETON.

Congrès scientifique de Nancy.

QUELQUES NOTABILITÉS MÉDICALES. LA MALADIE ASIATIQUE. ÉTABLISSEMENT DES ALIÉNÉS, ETC.

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

(Deuxième partie. — *Voir* les nos des 24 juillet, 5 et 19 août.)

Lorsqu'on a jeté pieusement quelques centimètres de terre sur les restes refroidis d'un savant médecin, qui n'a pas reçu les saintes huiles sous le soleil d'une grande capitale, et que l'on a prononcés ces mots sacramentels : *que la terre te soit légère*, les hommes pensent avoir satisfait à la reconnaissance publique. Cependant ce corps s'était épuisé en veilles, en méditations pour cette humanité qui souffre ; et naguère encore il était animé par une âme que la piété, le désintéressement et la charité subjuguaient pleinement.

Qu'un monomane ravage le monde et couvre la terre d'ossements humains, il n'y aura ni assez de marbre, ni assez de bronze pour éterniser sa mémoire.

L'oubli couvre de son voile de plomb une succession de savants qui se distinguèrent à Nancy. A peine sait-on si Charles Lepois y est né, et Valentin n'y a point de statue, lorsque le duc Antoine, à l'occasion de quelques paysans connus sous le nom de Rustauds, surpris dans un bois, vient de recevoir les honneurs de l'apothéose. C'est justice, direz-vous. Oui ! mais la justice devrait s'attacher à tous les grands services et n'avoir que l'égalité pour norme.

Toutefois, les héritiers de l'art médical commencent à sentir l'aiguillon de la reconnaissance, et l'image de Bichat rappelle, sur une colonne dans le département de l'Ain, « l'homme de génie qui, avec son scalpel, prépara l'étonnante révolution qui s'est accomplie de nos jours, révolution qui subjugue à leur insu les plus rebelles.

Un matin, traversant la ville de Laval, j'ai pu saluer avec un religieux respect le bronze d'Ambroise Paré. Cette statue, sur un modeste piedestal, est dans l'attitude de la réflexion, telle qu'elle convient au penseur.

Ambroise Paré n'est point, comme on s'est complu à le dire, le restaurateur de la chirurgie, il en est le créateur. Appellerez-vous science ou art, qui suppose la coordination, quelques faits isolés ou épars ? Avant lui, il n'existait aucune liaison entre les diverses branches, aucun précepte général, aucune doctrine. On ne s'avisera pas d'appeler art quelques-unes de ces opérations atroces qui provoquèrent avec tant de justice l'expulsion des médecins de l'antique Rome. Si l'on veut avec quelque équité signaler les vrais restaurateurs de la chirurgie, il faut arriver à J.-L. Petit, à Pouteau et à Desault. Où sont les monuments qui appellent nos hommages ? Si les places publiques ne sont destinées qu'aux guerriers, créez au moins un Westminster, majestueux Olympe, où nous irons brûler notre encens aux dieux de la science.

Pison. Il y a eu plusieurs Pison. L'un était né à Nancy, le second à Leyde ; le troisième, en Italie, mourut à Padoue dans son impénitence finale. En 1726, il fit, à l'exemple de Galien, un *Methodus medendi*, et il fut le dernier des militants aveugles qui s'insurgèrent contre la découverte d'Harvey, ce piédestal de la saine physiologie. Je pense que son vrai nom était *Pisone-Omobone.*

La renommée du Hollandais Gulielmus Piso a mieux que le précédent mérité une place dans l'histoire. Voyageur éclairé, il fit l'un des premiers connaître le climat des Indes orientales, où il fut le compagnon de Bontius, dont il signala quelques travaux dans l'ouvrage *De judice utriusque re naturali medicâ.* Il publia aussi l'œuvre intitulée : *De cognoscendis et curandis præcipue internis humani corporis morbis*, Lepsiæ, 1766.

C'est dans les œuvres de ces auteurs que se trouvent les premières notions sur la maladie asiatique, et Bontius, en l'appelant *choléra*, flux de bile, a éternisé cette vicieuse appellation.

Il fut un temps, au siècle de Linnée, où l'atmosphère scientifique était toute de classification et de nomenclature. Alors les sciences naturelles prirent un essor qui les éleva tout à coup au plus haut degré de perfection. Partout on comprit la nécessité d'épurer la langue et de la rendre expressive. Alors parurent les nosologies de Boissier, de Sauvages, Cullen, Sagar, Vogel, pour s'arrêter aux modifications introduites par Pinel et par Chaussier dans l'anatomie.

De nos jours, les esprits semblent épuisés, essoufflés, atrophiés, frappés de marasme, et l'on ne veut plus que des expressions surannées, ne disant rien, précisément parce qu'elles ne disent rien. Exceptons-en quelques-unes de fausses, qui expriment le contraire de ce qui existe, comme le mot *choléra* ; et l'axiome, *l'usage fait les langues*, n'a jamais reçu une plus forte consécration.

Cependant, il s'est fait récemment une révolution dans la science médicale qui me semble destinée à une certaine durée. On s'est dit : Le point de départ de toute maladie est un organe, et de bons esprits, comme MM. Rostan et Piorry, ne voyant dans les maladies

temps de recourir à la médecine; si, d'un autre côté, la suette des Picards a généralement offert assez de bénignité pour guérir d'elle-même et une marche assez lente pour donner à toutes les méthodes le temps d'intervenir avec une confiance égale, sinon avec un égal succès, on comprend l'importance au point de départ d'une étude historique comparative de l'épidémie de 1849 propre à assurer la base du diagnostic et du traitement de la maladie. M. Foucart est le seul qui se soit préoccupé de rattacher l'épidémie dont il avait été témoin aux épidémies de suette antérieures; mais sa comparaison n'a porté que sur les épidémies de suette miliaire, dont il a affirmé plutôt que démontré l'identité, et il n'a rien dit de la suette anglaise. Or quelques mots peuvent suffire pour combler cette lacune.

L'examen comparatif des diverses épidémies de suette anglaise et de suette picarde porte à croire qu'il s'agit au fond de la même maladie, ne différant que par le degré d'intensité. L'absence et la présence de l'éruption miliaire, d'une importance abusive au point de vue nosologique, disparaît devant cette considération étiologique que, dans le premier cas, l'intoxication est telle, qu'elle foudroie pour ainsi dire les malades et prévient toute réaction de l'organisme, tandis que, dans le second, elle laisse à l'action éliminatoire de la peau le temps et le moyen de se manifester, comme elle le fait dans toutes les affections fébriles éruptives.

Une étude attentive des cas de suette anglaise, dans lesquelles un amoindrissement de l'action toxique a permis au cortége des symptômes de se produire, montre évidemment que la plupart d'entre eux n'étaient qu'une manifestation exagérée de ceux qu'on retrouve dans les cas les plus accentués de la suette picarde. Les taches rouges qui précèdent l'éruption miliaire, les symptômes de constriction gastrique et de strangulation, les phénomènes nerveux les plus intenses, ont été fréquemment observés dans la suette anglaise. Par contre, l'extrême rapidité de la mort, survenue en deux ou trois heures, l'absence de l'éruption miliaire et même de la sueur, ont, dans quelques cas de suette picarde ou périgourdine, nivelé toute différence; en sorte qu'avec les cas les plus bénins de la suette anglaise, on pourrait établir le type des cas les plus graves de la suette picarde, et *vice versâ*, avec les cas les plus graves de la suette picarde on pourrait établir le type de la suette anglaise; et si l'on réunissait dans un tableau méthodiquement dressé toutes les épidémies de suette observées depuis la fin du quinzième siècle jusqu'à nos jours, il ne serait peut-être pas impossible de présenter la série décroissante des deux types, de manière à montrer la transition insensible de l'une à l'autre. Un tel travail ne serait pas sans intérêt ni fruit.

Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, il eût été utile de rechercher en particulier, dans l'étude comparative du mode d'invasion, de la marche et de la terminaison de l'épidémie de 1849, les traits qui peuvent les faire ressembler d'une part à la suette anglaise, et de l'autre à la suette picarde; c'était, comme nous l'avons déjà dit, le moyen de donner une base certaine à l'étude diagnostique et à l'appréciation des méthodes thérapeutiques; sans cela, comment prononcer entre la saignée, le quinquina ou l'émétique, qui se sont attribué et s'attribuent encore, chacun de son côté, le privilége exclusif de guérir la maladie et de la guérir toujours? — Or, de l'examen comparatif auquel nous nous sommes livré, il nous est resté démontré que l'épidémie de 1849, sous quelque point qu'on l'ait observée, est une atténuation de la suette anglaise et la reproduction à peu près identique de toutes les épidémies de suette observées en France depuis l'épidémie de Montbéliard de 1712 jusqu'à nos jours.

En traitant des formes de l'épidémie de 1849, nous aurons occasion de signaler les différences accessoires qui ont pu être remarquées dans les manifestations successives de cette maladie.

DEUXIÈME QUESTION. — *L'épidémie de* 1849 *a-t-elle reparu dans les localités qu'elle avait précédemment visitées? A-t-elle épargné quelques-unes de ces dernières et en a-t-elle envahi de nouvelles?*

L'importance de cette question n'a pas besoin d'être démontrée. La prédilection d'une épidémie pour une localité, c'est sa raison d'être, sa cause; sa disparition d'un théâtre accoutumé, c'est le témoignage de la disparition ou de la neutralisation de sa cause; et son apparition nouvelle dans une localité nouvelle, c'est le développement à nouveau ou l'importation de cette cause. La commission a en vain cherché quelques données précises sur ces trois points dans les travaux soumis à son examen. C'est une lacune regrettable qui témoigne de peu de soucis pour les questions élevées de la pathogénie épidémique.

Si l'observation moderne ne mérite que des éloges pour les habitudes de précision qu'elle a introduites dans l'étude directe et immédiate de la personnalité morbide, peut-être doit-on lui signaler les inconvénients d'une préoccupation trop restreinte qui ne serait peut-être pas étrangère à l'indifférence qu'affecte la génération actuelle pour les questions de rapports généraux plus solubles par l'esprit d'induction que par le scalpel et le microscope. Pour ne pas nous écarter de la question qui nous occupe, de quel intérêt n'eût-il pas été de rechercher depuis combien de temps la suette occupe certains départements, certains points de ces départements? Avec quels changements de saison, avec quels mouvements d'eau et de terrain, avec quelles circonstances météorologiques ou autres, a coïncidé la réapparition de l'épidémie? Quelles ont été ses évolutions dans le temps et dans l'espace? — Ces faits, dont la notion particulière existe à peine à l'état de programme, constitueraient cependant, s'ils étaient généralisés, une branche nouvelle fort importante de l'épidémiologie; la géographie épidémique.

(La suite au prochain numéro.)

EMPLOI DE LA SALSEPAREILLE DANS LE CANCER.

Par M. le docteur FOLTZ, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Je fais ici un appel aux faits en publiant quelques observations de l'emploi de la salsepareille dans le cancer, que j'ai soin avant tout de bien distinguer de ces affections qui n'ont de cancéreux que l'apparence et dont l'origine est syphilitique ou autre.

Il y a environ trois ans, je donnai des soins à une demoiselle de trente-deux ans pour une métrorrhagie abondante causée par une affection organique du col utérin. Celui-ci était gros, dur; quelques points étaient plus mous. Il existait des douleurs lancinantes, vives depuis longtemps, ainsi que des pertes rouges qui se renouvelaient souvent. Cette malade se croyait atteinte d'un cancer; elle avait du moins la plupart des symptômes de cette affection. La perte arrêtée, je ne revis plus la malade qu'au bout de dix-huit mois; elle vint m'annoncer qu'elle s'était guérie de son cancer elle-même par l'usage de la salsepareille. Je constatai en effet que le col utérin était dans un état parfaitement normal. Je ne pouvais donner à ce fait une valeur scientifique, mais il m'engagea à faire quelques recherches et à expérimenter. Voici du reste le traitement que suivit la malade, tel qu'il est rapporté dans un journal étranger à la médecine où elle en avait pris l'idée:

« Pour guérir un cancer, de quelque nature qu'il soit, il faut contraindre le malade d'employer pendant quarante-deux jours, au lieu de boisson, rien que de la décoction de salsepareille, et pour nourriture des figues sèches, du raisin sec, des dates et des biscuits de froment préparés à l'eau et au levain, sans sel ni aucun autre assaisonnement. »

Je trouvai dans le *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, par MM. Boivin et Dugès, t. II, p. 108, une observation de cancer utérin où la salsepareille obtint des avantages momentanés, peut-être dus à une complication de syphilis, mais qui ne la rendent pas moins digne d'attention.

Voici le résumé de cette observation:

Une dame de quarante et un ans, qui a eu quatre grossesses, qui a éprouvé des chagrins domestiques et a été plusieurs fois atteinte de maladies vénériennes, dont elle s'est toujours fait traiter, présente tous les symptômes d'un cancer utérin: métrorrhagie violente, leucorrhée abondante, col de l'utérus dur et gros avec tumeur bosselée sur la lèvre antérieure. Tisane de ratanhia, julep calmant, injections, lavements narcotiques, demi-bains, pilules de ciguë, application réitérée de sangsues au pourtour du bassin, ne lui font éprouver que peu de soulagement pendant six semaines que ces remèdes lui sont administrés. C'est alors qu'on met la malade à l'usage de la poudre de salsepareille sur la foi des succès qu'en avait obtenus le docteur Clarke dans des circonstances analogues.

La salsepareille fut ajoutée au traitement précédent à la dose de 15 grammes de poudre en deux prises, une le matin et une le soir, dans un peu d'eau sucrée.

La malade suivit ce traitement, quoique peu régulièrement, pendant deux mois et demi. Les hémorrhagies diminuèrent, et on remarqua un grand changement dans l'état des parties: *la tumeur du col avait entièrement disparu*, quoique le col restât aussi gros. L'état général était aussi de beaucoup amélioré.

Cette amélioration persista pendant deux mois; quatre mois plus tard, la malade mourait d'épuisement. L'autopsie confirma l'existence d'un cancer ulcéré qui avait dévoré une grande partie de l'utérus, et un état squirreux des organes environnants.

— L'observation suivante de cancer vrai du rectum, au dernier degré de cachexie; que j'ai eu occasion de recueillir dans ma pratique, démontre une action évidente de la salsepareille sur cette affection, et confirme les observations précédentes.

Une demoiselle âgée d'environ cinquante ans, grande, cheveux châtains, yeux gris-bleu, fut bien réglée et d'un embonpoint remarquable jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans, où la ménopause arriva. A cette époque elle commença à ressentir les premières atteintes du mal qu'elle porte aujourd'hui. Elle consulta plusieurs médecins sans se laisser visiter, et demeura plusieurs années dans une fausse sécurité, se croyant atteintes d'hémorrhoïdes.

Cependant, épuisée par les hémorrhagies et les douleurs, et pensant qu'il fallait une opération pour la débarrasser de son mal, elle s'adressa à M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui reconnut un cancer du rectum tout à fait inopérable, et conseilla des bains de siége, des injections émollientes et calmantss, des pilules de ciguë et de thridace, un régime léger.

Le 28 août 1850, je fus rappelé près de la malade, à qui j'avais déjà donné quelques soins, et que je trouvai dans l'état suivant: douleurs lancinantes très vives dans le fondement et jusque dans les reins; tumeur volumineuse, dure, avec points ramollis et ulcérés remplissant la partie inférieure du rectum; une autre tumeur grosse comme le bout du doigt, blanchâtre, dure et comme carcinomateuse sort par l'anus. Ulcération et perforation de la paroi recto-vaginale; la plus grande partie des matières sort par le vagin; une faible partie seulement sort par l'anus; sanie purulente et sanguinolente très fétide, s'écoulant seule ou mêlée aux matières fécales; hémorrhagie légère ou forte, mais presque continuelle. La malade est obligée de se mettre sur le vase vingt ou trente fois par jour. Quand elle marche, elle sent un poids considérable sur le fondement. Ce n'est qu'avec beaucoup de peine et de douleur qu'elle parvient à introduire dans l'anus la canule d'une seringue, et souvent il arrive que le liquide ne peut pénétrer; quand il pénètre, il ressort aussitôt par le vagin. L'état général répond à l'état local: teinte jaune-paille extrêmement prononcée, peau chaude et sèche, pouls fréquent et vif avec redoublement dans la soirée, insomnie, agitation, parfois tremblements et soubresauts des membres inférieurs; inappétence, digestion lente et pénible, coliques, diarrhée fréquente, grande faiblesse, maigreur considérable, anémie, œdème des extrémités inférieures et même des supérieures, douleurs erratiques dans les membres; lichen très ancien à la face dorsale du médius droit. La malade suivit un mois et demi le traitement indiqué par M. Barrier, et que je ne crus pas devoir changer; elle prit en outre, pour faciliter les digestions, des bols d'extrait de chicorée sauvage et d'extrait de genièvre, et pour arrêter les hémorrhagies des pilules d'alun et de quinquina.

Le 20 octobre, la malade est dans le même état, elle est même plus faible. J'administre alors la décoction de salsepareille préparée de la manière suivante: 30 grammes de salsepareille, réduite en poudre, dans un pot de terre vernissée, de la contenance de six verres d'eau; on fait réduire de moitié et on filtre les trois verres restants, que la malade prendra le matin, à midi et le soir; potages, viandes blanches; 1 centigr. d'acétate de morphine la nuit.

21 décembre. Ce traitement est suivi exactement par la malade pendant deux mois; l'amélioration est alors extrêmement remarquable, surtout dans l'état général. La teinte jaune-paille, qui était si prononcée chez cette malade, a entièrement disparu; elle est encore pâle, mais d'une pâleur rosée, très manifeste sur les mains aussi bien que sur le visage. Le pouls est de 70 à 75; la chaleur de la peau est naturelle; en un mot, il n'y a plus de fièvre. Sommeil assez paisible pendant plusieurs heures de la nuit, et pendant lequel elle transpire abondamment; calme général et grande diminution dans les douleurs des parties malades; digestions meilleures; de temps en temps coliques et diarrhée, qui se calment par l'administration de la décoction blanche de Sydenham ou de 4 grammes de thériaque, ou d'électuaire diascordium. Quant à l'état local, il a présenté ceci de bien remarquable: c'est que les hémorrhagies, jusque-là continues et graves, n'ont pas tardé à s'arrêter entièrement. Mais les tumeurs et ulcérations n'ont point changé sensiblement; les matières fécales sortent par le vagin comme auparavant; les lavements ne pénètrent qu'avec difficulté. La perte séro-purulente est toujours abondante. Les douleurs lancinantes ont diminué.

Le 30 décembre, la malade reprend la salsepareille, qu'elle a suspendue pendant dix jours.

Le 18 février 1851, l'amélioration se soutient, mais paraît stationnaire. Les coliques et la diarrhée deviennent plus fréquentes.

Le 7 mars, la malade suspend la salsepareille, dont elle a fait usage, depuis la reprise du 30 décembre, régulièrement pendant plus de deux mois: en tout, quatre mois de l'usage de la salsepareille. Ni fièvre, ni aspect cachectique, ni hé-

que des troubles de fonctions ou des lésions d'organes, ont dû conformer leur langage à cette pensée si juste.

Le professeur Piorry a fait des efforts de géant pour enlacer l'immensité de la science dans des dénominations empruntées à la langue des Hellènes, dénominations qui donnent une idée prompte du siége, souvent même de la nature du mal.

Il importe de s'entendre par organes, c'est-à-dire que les liquides vivants sont aussi bien des organes que les solides: *tout ce qui sert, tout ce qui travaille*.

Ainsi, dans la maladie asiatique, j'ai pris l'*organe sang* comme siége du mal, et j'ai pu dire, comme il se sépare en deux parts, le cruor et la lymphe, *hydrhémocholadrée* ou *choladrée lymphatique*, écoulement de l'eau du sang par les intestins.

Carolus Piso. Charles Lepois ou Pison était né en 1563 à Nancy et il mourut en 1633. Dans ce siècle de fermentation, les écrivains latinisaient encore leurs noms. Charles Lepois était, comme son père, médecin du duc de Lorraine. Il professa avec la plus grande distinction la médecine à Pont-à-Mousson; l'école jouissait alors d'une certaine célébrité. Une maladie épidémique, connue sous le nom de dysenterie, fit au commencement du dix-septième siècle des ravages dans la Lorraine. Charles Lepois reçut la mission de l'étudier et d'indiquer les moyens curatifs les plus convenables. Sa méthode mérite d'être conservée, tant à cause des succès qu'elle obtint qu'en raison de son analogie avec celle de Sydenham. Pison commençait par une saignée, et quelque temps après il purgeait avec de la rhubarbe; enfin, il administrait l'opium lorsque les douleurs atteignaient un certain degré d'intensité.

L'ouvrage qui lui acquit le plus de célébrité et qui devint classique à ces époques fut le *Traité sur les maladies séreuses. Selectiorum observationum et consiliorum de prætervisis hactenus morbis affectibusque præter naturam ab aquâ seu serosâ colluvie et diluvie ortis*. — 1681, in-4°.

Lepois a fait jouer un très grand rôle à l'eau du sang dans la production des maladies séreuses; mais il a payé le tribut à son siècle en prenant la rate pour l'organe sécréteur de la lymphe ou sérosité.

Au milieu de quelques théories erronées qui tenaient au temps, on reconnaît le tact, la perspicacité du praticien dans l'histoire de quelques affections rares, telles que les hydatides des poumons, l'hydropisie du péricarde, etc.

Il y aurait un savant et curieux travail à faire sur les hydatides des poumons, et mieux de toute l'économie. Ces corps singuliers sont encore entourés d'une foule de points obscurs. On soutient qu'ils jouissent de la vie et même qu'ils sont susceptibles de mouvement. De mouvement, cela me semble difficile; de contractilité, passe. Il faudrait alors les soumettre à la pile lorsque la chaleur n'est pas encore éteinte. J'ai fait beaucoup de recherches à ce sujet, et je n'ai pu constater aucune particularité propre à faire ressortir la vitalité.

On ne les trouve pas toujours rondes. La première que, dans mes nécropsies, j'ai rencontrée à l'hôpital de la Pitié était plate, d'un grand volume et en tout semblable à une serviette fine bien pliée et sortant du repassage. Ce corps, en se développant dans le poumon, avait écarté peu à peu le tissu, s'était ainsi creusé une caverne sans déchirure, tapissée par une membrane fort unie. Aplatie sur elle-même, cette énorme hydatide ne contenait à l'intérieur que de petits sacs en forme de doublure et également aplatis.

morrhagie, quoique les désordres locaux ne semblent pas diminuer. Grande faiblesse musculaire; cependant la malade reste levée toute la journée. Appétit faible, coliques, diarrhée presque incoercible. L'œdème des jambes a augmenté, ce que j'attribue à la diarrhée.

20 mars. Depuis qu'elle a cessé la tisane, de légères hémorrhagies reparaissent; les coliques continuent; diarrhée toujours abondante. Elle transpire moins.

Le 15 avril, même état; amélioration stationnaire.

— Je me bornerai sur ce fait à de courtes réflexions :

1° La salsepareille a eu une action physiologique sur l'économie chez cette malade; elle a provoqué des sueurs qui n'existaient pas avant son administration et qui ont cessé avec elle.

2° Elle a eu une action thérapeutique momentanée contre la cachexie cancéreuse;

Elle a éteint la fièvre hectique;

Elle a fait disparaître la teinte jaune-paille;

Elle a arrêté les hémorrhagies;

Elle a diminué les douleurs.

Comment agit la salsepareille? Est-ce par l'iodure de potassium qu'elle contient, d'après la découverte récente de M. Guillermond? Un seul fait ne me permet pas de discuter cette question, ni plusieurs autres non moins intéressantes qui s'y rattachent. Mon but est simplement d'attirer l'attention des observateurs sur ce point. (*Gaz. méd. de Lyon*).

OBSERVATIONS SUR LE COPAHU.

Par M. W. Procter.

L'importance du baume de copahu en thérapeutique a fait rechercher dans tous les pays les différentes espèces qui peuvent le produire; et il est probable que le climat, le mode d'extraction et de conservation aussi bien que l'origine botanique sont autant de causes auxquelles il faut rapporter les variations remarquables qu'on observe dans les propriétés et la constitution chimique de cette substance. C'est dans le but de jeter quelque lumière sur ce sujet que M. W. Procter a fait les observations qui l'ont conduit à publier ce qui suit :

1° Les principes constitutifs du copahu sont une huile volatile et une résine, accompagnées d'une très petite quantité d'un acide organique soluble (probablement de l'acide acétique ou succinique), et quelquefois d'un peu de matière grasse.

L'huile volatile du copahu se rapproche par sa composition de l'huile volatile de térébenthine; son équivalent, représenté par la formule $C^{10}H^8$, la rend isomère de l'essence de citron. Elle forme, avec le gaz acide chlorhydrique, un camphre artificiel qui diffère de ceux obtenus avec les essences de térébenthine et de citron. Sa densité est de 0,878; son point d'ébullition est 473° Fahrenheit, et elle se réduit en vapeur sans aucune altération, pourvu qu'elle ne soit pas en contact avec l'oxygène. Elle est très soluble dans l'alcool anhydre et beaucoup moins dans celui à 0,835. Elle communique au copahu l'odeur particulière qu'on lui connaît, et elle possède une saveur désagréable et persistante. Elle se résinifie lentement par son exposition à l'air.

Quant à la portion résineuse du copahu, elle est formée de deux substances; l'une est un fort acide résineux que l'on a nommé acide copahivique; l'autre est un corps neutre incapable de s'unir aux bases, d'une consistance molle, permanente, soluble dans l'alcool anhydre et dans l'éther, insoluble dans l'alcool faible et dans l'huile de naphte.

L'acide copahivique est inodore, presque insipide, soluble dans l'éther, l'alcool et les huiles volatiles; ses dissolutions rougissent le papier de tournesol bleu. Ses sels sont généralement solubles dans l'éther et dans l'alcool; il a la même composition que la colophane $C^{40}H^{32}O^4$; et, quoiqu'il soit ordinairement amorphe comme la résine commune, il paraît que Schweitzer l'a obtenu en cristaux colorés. Son sel de magnésie est la base des pilules officinales du copahu.

2° La composition des divers échantillons de copahu qui se trouvent dans le commerce se trouve représentée dans le tableau suivant :

	D'après STOLTZE.	D'après GERBER. Copahu frais.	D'après GERBER. Copahu vieux.	D'après DURAND.	D'après GUIBOURT.	D'après WIPPLE.	D'après M. PROCTER. Échantillons pris au hasard. A.	B.	C.	D.	E.	F. (1)
Huile volatile.	38	41	31.7	50	45	48	80	65	50	35	34	66
Acide copahivique.	52.75	51.38	53.68	50	53.9 / 1.1	52	20	35	50	65	66	34
Résine molle.	1.66	2.18	11.15									
Eau et perte.	7.59	5.44	4.10									

En comparant ces résultats, on peut voir :

1° Que la proportion d'huile volatile varie dans le copahu depuis 31 jusqu'à 80;

2° Que dans les trois premières analyses, ainsi que dans la cinquième, la quantité d'acide copahivique est sensiblement égale, tandis que celle de la résine molle varie de 1,66 à 11,15 pour 100;

3° Que cette proportion de résine est plus considérable dans les échantillons anciens que dans les nouveaux;

4° Que cette résine est le seul produit qui prenne naissance pendant l'oxydation spontanée du copahu et de son huile volatile. (*Journ. de Chim. méd*).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° De trois lettres du ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'états de vaccinations et d'une recette secrète de la pommade dite de Ninon de Lenclos;

2° D'une lettre du ministre de l'instruction publique approuvant la nomination de M. Chailly.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Candidatures.

MM. Baudelocque et Félix Hatin se portent candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

Cataracte traumatique.

M. Carron du Villards adresse un mémoire sur l'opération de la cataracte traumatique. L'auteur cherche à démontrer par des observations très détaillées l'innocuité, l'utilité, la *sûreté* de l'opération de la cataracte traumatique aiguë, qu'il a toujours, dit-il, pratiquée avec succès. (Commissaires : MM. Larrey et Jobert.)

Matières grasses du sang.

M. Gobley lit sur les matières grasses du sang veineux de l'homme un mémoire dont nous extrayons ce qui suit :

Parmi les éléments constitutifs du sang, les matières grasses ont semblé à M. Gobley demander un nouvel examen. Porté vers cette étude par ses précédentes recherches, il l'a entreprise malgré la difficulté qu'elle présentait.

La proportion de matière grasse que renferme le sang est très minime, car elle ne s'élève guère que de 3 à 4 pour mille. M. Gobley a dû en conséquence se procurer de grandes masses de ce liquide; MM. Cruveilhier, Rayer et Briquet ont bien voulu mettre à sa disposition tout celui qui était nécessaire à son travail.

Lorsqu'on rapproche les résultats obtenus par les différents chimistes, on voit que les contradictions les plus grandes existent sur la nature des matières grasses du sang. Ainsi la graisse phosphorée neutre, que M. Chevreul a signalée dans la fibrine, ne s'y trouverait pas d'après Berzélius et serait remplacée par des acides gras; la graisse phosphorée, que M. Boudet a rencontrée dans le sérum, n'a pas été retrouvée par M. Lecanu, qui a retiré de ce liquide de l'acide oléique et de l'acide margarique à l'état de liberté.

Les résultats que M. Gobley a obtenus ajoutent des faits nouveaux à ceux déjà connus, et, sans détruire les expériences de chimistes aussi distingués, ils viennent coordonner leurs travaux et expliquer leurs résultats divers.

La première condition pour faire les expériences était d'opérer sur du sang parfaitement frais, car on sait que ce liquide se modifie facilement dès qu'il n'est plus sous l'influence de la vie. Pour arriver à ce résultat, M. Gobley a reçu le sang au sortir de la veine dans un flacon qui contenait de l'éther rectifié, et il a remplacé celui-ci jusqu'à ce qu'il ne séparât plus de matière grasse. La graisse ainsi obtenue avait une couleur jaunâtre, et M. Gobley a pu constater qu'elle renfermait de la cholestérine, de la cérébrine, de la lécithine avec des traces d'oléine et de margarine. M. Boudet n'avait retiré du sang qu'une très petite quantité de cholestérine; M. Gobley a pu, en raison de l'énorme proportion de liquide qu'il a employé pour ses expériences, en obtenir assez pour reconnaître que non-seulement ses propriétés, mais encore sa composition étaient celles de la cholestérine du cerveau, du jaune d'œuf et des calculs biliaires.

M. Gobley s'est demandé ensuite si le sang renfermait des acides oléique et margarique libres ou combinés avec la soude, c'est-à-dire à l'état de savon, comme l'ont pensé plusieurs chimistes. De toutes les expériences qu'il a faites, il résulte pour lui cette conviction qu'il n'existe dans le sang ni acides gras libres, ni acides gras combinés avec la soude. Il n'en conclut pas cependant qu'il ne puisse s'en trouver, car il a reconnu que la putréfaction, en agissant sur la lécithine, pouvait leur donner naissance, et qu'ils se formaient quelquefois avec une extrême rapidité. Il ne doute nullement que ce ne soit à cette cause qu'il faille attribuer ceux qui ont été signalés dans le sang.

Quant à la séroline, corps nouveau découvert dans le sang il y a quelques années par M. F. Boudet, les expériences auxquelles M. Gobley l'a soumise ne lui permettent pas de la considérer comme un principe immédiat.

En résumé, de ses expériences M. Gobley croit pouvoir conclure :

1° Qu'il n'existe dans le sang ni acides gras libres, ni acides gras combinés;

2° Que la séroline est un corps complexe dont l'existence comme principe immédiat ne peut être admise;

3° Que la composition de la matière grasse du sang est plus simple qu'on ne le pensait; qu'elle est formée d'oléine, de margarine, de cholestérine, de lécithine et de cérébrine;

4° Que la cholestérine est la seule substance cristallisable de la graisse du sang; qu'elle présente les propriétés et la composition de la cholestérine, du jaune d'œuf et des calculs biliaires;

5° Que la matière phosphorée ou lécithine n'est pas susceptible de cristalliser; qu'elle donne pour produits de décomposition de l'acide oléique, de l'acide margarique et de l'acide phosphoglycérique;

6° Que la matière cérébrique ou cérébrine possède les propriétés de celle que l'on rencontre dans le jaune d'œuf de poule, les œufs et la laitance de carpe;

7° Enfin que la matière grasse du sang, sous l'influence de la putréfaction, donne avec la plus grande facilité de l'acide oléique et de l'acide margarique.

Ablation du maxillaire supérieur.

M. Gimelle lit deux rapports, l'un sur un travail de M. Baudens, l'autre sur un travail de M. Bertherand, chirurgien-major; ces deux travaux sont relatifs à des amputations du maxillaire supérieur. L'honorable rapporteur propose d'adresser des remercîments à MM. Bertherand et Baudens et de renvoyer le travail de ce dernier au comité de publication. (Adopté.)

Suette miliaire.

M. J. Guérin lit un rapport étendu sur des travaux relatifs à la suette miliaire de 1849 envoyés par MM. Foucart, Bucquoi (de Péronne), Caillot (de Sézanne), Lachèze, Boinet et Neucourt (de Verdun). — *Voir ci-dessus*.

Après quelques réflexions de MM. Bally, Clot-Bey, Desportes, Honoré et Moreau, la séance est levée à cinq heures.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. Houel, conservateur du Musée.

Nous commençons aujourd'hui la publication de l'important travail de M. Houel sur le Musée Dupuytren. Ainsi que nous l'avons dit dans une de nos lettres de Londres, après M. Richard Owen, les catalogues sont l'âme des musées. Cela est vrai d'un catalogue pur et simple; cela est plus vrai encore d'un catalogue raisonné, méthodique et critique, tel que sera celui de M. Houel. Les immenses richesses accumulées dans le Musée Dupuytren sont presque perdues aujourd'hui pour les praticiens comme pour les hommes d'étude, faute d'un catalogue qui indique en quelques mots la signification de chaque pièce. Il n'en sera plus ainsi à l'avenir : grâce à la publication de M. Houel, chacun pourra en quelques visites, faites le catalogue à la main, prendre des notions d'anatomie pathologique plus complètes qu'on ne pourrait le faire par plusieurs années de fréquentation dans les amphithéâtres des hôpitaux; et les médecins éloignés de la capitale qui voudront, dans un cas embarrassant, s'éclairer des faits analogues que possède la science, pourront, en jetant un coup d'œil sur le catalogue, s'assurer immédiatement si le Musée pourra leur fournir des lumières utiles dans la circonstance où ils se trouvent. M. Houel aura donc rendu un grand service à la science et à la pratique en se livrant au pénible et vaste travail qu'il a entrepris, et nous sommes heureux, pour notre part, de pouvoir nous associer à cette œuvre éminemment utile.

Le but que je me propose en publiant ce travail sur le Musée Dupuytren est de faire connaître au public médical la riche collection d'anatomie pathologique que renferme cet établissement, et qui, faute d'indications suffisantes sur les pièces qui la composent, est restée en grande partie ignorée et perdue pour l'étude jusqu'à ce jour. L'empressement que les élèves mettent à venir vérifier par eux-mêmes les faits lorsque par hasard ils les trouvent indiqués quelque part avec leurs n^{os}, comme M. le professeur Nélaton a cherché à le faire dans son ouvrage de pathologie chirurgicale et M. Malgaigne dans son *Traité des fractures*, suffirait pour démontrer l'utilité de la publication que j'entreprends. Quant aux nombreux étrangers qui visitent notre Musée, il est impossible que, sans catalogue, ils se fassent une idée de sa valeur.

Déjà, en 1842, M. le professeur Denonvilliers et M. Lacroix, prosecteur de la Faculté, furent chargés par M. Orfila de faire une description des maladies des os, qui a été publiée avec des planches. Cette description, très bien faite et du plus grand intérêt, n'a pu avoir lieu que pour une partie restreinte du Musée; depuis cette époque, la collection des maladies du système osseux s'est de beaucoup enrichie.

Dans le plan que je me propose de suivre, voulant étendre ma description à tous les appareils, je ne pourrai pas être aussi complet que M. Denonvilliers dans les détails de description de chaque pièce en particulier. Je m'attacherai, néanmoins, à donner tous les développements nécessaires à l'intelligence des faits; je ferai précéder chaque chapitre de considérations générales dans lesquelles les faits les plus intéressants de cette catégorie seront rappelés, et je pourrai alors passer en revue toute cette vaste collection. Il suffira, pour tenir cet ouvrage au courant, de publier chaque année une description des pièces qui auront été nouvellement déposées et d'indiquer les numéros de celles qui auront été détruites.

Les maladies des os ayant été cataloguées dans l'ouvrage publié par M. Denonvilliers, je ne veux pas changer leur rang; c'est ce qui expliquera au lecteur comment déjà plusieurs numéros manquent et comment j'ai été obligé, en ajoutant de nouvelles pièces, de mettre des lettres à côté des numéros d'ordre, disposition que j'adopterai pour tout le Musée : chaque fois que j'aurai une pièce à intercaler, à côté du numéro je placerai une lettre de l'alphabet en rapport avec la place que doit occuper la nouvelle pièce.

Je dois remercier mon ami M. le docteur Pigné, qui a bien voulu me laisser, en quittant la France, une partie des notes qu'il avait recueillies lorsqu'il était attaché au Musée comme conservateur adjoint.

CLASSIFICATION.

Je dirai, avec M. le professeur Cruveilhier, que l'anatomie pathologique est une science qui étudie d'une manière abstraite les lésions des organes; son but essentiel est la détermination des espèces anatomiques morbides qu'elle coordonne, réunit en groupes, en classes. Cette définition nous montre combien il importe d'étudier l'anatomie pathologique avec soin, le service qu'elle peut rendre au médecin et surtout au chirurgien; c'est elle qui souvent doit éclairer et diriger le praticien dans son traitement.

Cette science n'est pas nouvelle, et cependant elle est encore loin d'avoir fait les mêmes progrès que les autres branches de l'art de guérir. Je ne veux pas en faire l'historique; constatons cependant qu'en France elle a reçu un grand élan de la part de Dupuytren, qui, en 1803, lorsqu'il n'était encore que chef des travaux anatomiques, ouvrit un premier cours dont tout le monde connaît les succès. Absorbé bientôt par sa nombreuse clientèle, il fut obligé de renoncer à ce cours; mais à sa mort, voulant doter la Faculté d'un musée auquel il avait travaillé toute sa vie, il créa une chaire d'anatomie pathologique, et désigna pour la remplir M. le professeur Cruveilhier, son compatriote et son élève.

Une grande difficulté dans la description des pièces d'anatomie pathologique se présente tout d'abord, c'est la détermination, c'est l'ordre dans lequel on doit les examiner, d'où résulte la nécessité d'établir une classification qui coordonne d'une manière utile à l'étude des diverses espèces morbides. La physiologie pathologique a généralement servi aux classifications des auteurs modernes. C'est ainsi que l'on voit Vogel l'adopter exclusivement. M. Andral, dans son ouvrage d'anatomie pathologique générale, a puisé sa classification à la fois dans la physiologie et dans la pathogénie, considérant que ces actes fondamentaux s'accomplissent dans les parties vivantes, à savoir :

1° La circulation capillaire;

2° La nutrition;

3° Les sécrétions;

4° L'innervation.

Il a établi cinq sections dans les lésions pathologiques, et chacune d'elles est subdivisée en chapitre secondaire. M. Cruveilhier rejette toute classification basée sur la physiologie; il a cherché, au contraire, à en établir une qui est exclusivement fondée sur les altérations matérielles des organes; c'est elle qui a servi au classement des pièces du Musée. Dans l'ouvrage qu'il vient de publier, M. Cruveilhier ne l'a encore appliquée qu'à l'anatomie pathologique générale; mais il est facile de l'appliquer à l'anatomie pathologique des organes; c'est ce que j'ai cherché à faire aujourd'hui, sous sa direction, pour le classement de toutes les pièces du Musée.

M. Cruveilhier a établi en tout 10 groupes et 17 classes de lésions, savoir :

1er Groupe. *Lésions de continuité.* Deux classes :

1° Solutions de continuité. Trois ordres : 1. Traumatiques, ou

(1) Huile de copahu obtenue par distillation, et conservée pendant cinq ans dans une bouteille mal bouchée.

par vulnération : plaies, contusions, fractures, ruptures, escharifications. 2. Non traumatiques ou consécutives spontanées : par inflammation, par perforation spontanée, par ulcération, par érosion. 3. Congénitales.

2° Adhésions. Trois ordres : 1. Adhésions restauratrices. 2. Adhésions morbides. 3. Adhésions congénitales.

IIe Groupe. *Lésions dans la contiguïté, ou déplacements.* Trois classes :

3° Luxations. 1. Luxations primitives ou traumatiques. 2. Consécutives ou spontanées. 3. Congénitales.

4° Invaginations.

5° Hernies.

6° Déviations.

IIIe Groupe. *Lésions de canalisation.* Trois classes :

7° Corps étrangers.

8° Rétrécissements et oblitérations.

9° Dilatations.

IVe Groupe. *Lésions de nutrition* Deux classes :

10° Hypertrophies et atrophies.

11° Métamorphoses ou productions analogues.

Ve Groupe. *Lésions de sécrétion.*

12° Hydropisies et flux.

VIe Groupe. *Extravasations sanguines traumatiques et non traumatiques.*

13° Hémorrhagies : 1. Traumatiques. 2. Spontanées.

VIIe Groupe.

14° Gangrène : 1. Traumatique. 2. Spontanée : idiopathique, symptomatique.

VIIIe Groupe.

15° Lésions phlegmasiques.

IXe Groupe.

16° Lésions strumeuses.

Xe Groupe.

17° Lésions cancéreuses.

Maintenant que j'ai exposé la classification de M. le professeur Cruveilhier, afin de faciliter la recherche des pièces d'un musée, je dois indiquer l'ordre dans lequel elles se trouvent placées La description par système ou appareil m'a paru la plus convenable et a été celle adoptée. Je décrirai donc successivement :

1° Les lésions du sytème osseux;

2° Les lésions de l'appareil digestif et de ses annexes, foie et rate;

3° Les lésions de l'appareil de la respiration;

4° Les lésions de l'appareil de la circulation;

5° Les lésions de l'appareil génito-urinaire de l'homme et de la femme;

6° Les lésions du système nerveux;

7° Les lésions des sens;

8° Les lésions de la peau;

9° Les monstruosités.

Chacun de ces appareils ou système sera ensuite subdivisé par organe, dont les altérations morbides seront examinées d'après l'ordre que M. Cruveilhier a admis pour la classification de l'anatomie pathologique générale, qui se trouve indiqué dans le tableau suivant, auquel il suffira d'avoir recours pour savoir la place qu'occupe la pièce que l'on désire examiner. En parcourant ce cadre, il sera facile de voir les lacunes nombreuses qui existent, et qui se combleront, je l'espère, par l'addition de nouvelles pièces pathologiques.

Plan de classification des pièces d'anatomie pathologique du Musée Dupuytren.

I. Lésions du système osseux.

1° Fractures;

2° Cicatrices des os après les amputations;

3° Caries;

4° Tumeurs occasionnées par des collections de liquides, des productions organiques développées dans le voisinage des os, dans les cavités qu'ils forment ou dans l'épaisseur même de leur tissu;

5° Nécroses;

6° Exostoses;

7° Atrophie des os;

8° Cancer des os et tumeurs diverses;

9° Rachitisme, avec lequel sont décrits les vices de conformation du bassin;

10° Déformation des os et luxations consécutives à des brides fibreuses ou cicatrices;

11° Pieds-bots;

12° Altérations des os dans leur contiguïté. Tumeurs blanches consécutives à l'artbrite sèche et aux caries articulaires;

13° Ankyloses;

14° Luxations.

II. Appareil digestif et annexes, foie et rate.

1° *Lésions de la bouche.* Bec-de-lièvre, tumeurs de nature diverse dans la cavité des sinus, lésions des dents.

2° *Lésions de l'œsophage.* Solutions de continuité, rétrécissements, oblitérations, cancers.

3° *Lésions de l'estomac.* Anomalies de forme, solutions de continuité (traumatiques, ulcères chroniques simples), polypes, inflammations (empoisonnement), cancers.

4° *Lésions des intestins.* Intestin grêle. Emphysème, solution de continuité par plaie, par ulcération, perforation et cicatrices, par suite de fièvre typhoïde; invagination, rétrécissements et oblitérations. — Lésions du cœcum. Corps étrangers, inflammations. — Gros intestin. Invagination, rétrécissement, dilatation, gangrène. — Rectum. Rétrécissements, polypes, hémorrhoïdes, cancers.

5° *Lésions du péritoine.*

6° *Foie.* Solution de continuité par rupture, hernie à travers le diaphragme; atrophie, cirrhose; kystes hydatiques, inflammation, abcès; tubercules, cancers.

7° *Rate.* Solution de continuité, hypertrophie, kystes hydatiques, tubercules, cancers.

8° *Corps étrangers du tube digestif.* Calculs biliaires, concrétions intestinales, calculs intestinaux des animaux.

9° *Déplacements des organes digestifs.* Hernies tuniquaires, hernies traumatiques diaphragmatiques, hernies diaphragmatiques congéniales, hernies par éventration, postérieure à la naissance (de la ligne blanche, du diaphragme), congéniales, ombilicales; hernies par les anneaux : inguinale, crurale, ombilicale; étranglement interne. Inversions splanchniques.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE.

Inspirations iodées.

Nous recevons de M. Chartroule la lettre suivante; nous espérons qu'après les éclaircissements donnés nos honorables correspondants s'en rapporteront à la sagacité de nos lecteurs pour juger le point en discussion.

Monsieur le Rédacteur,

Je ne puis laisser passer sans réponse la lettre que M. Chevallier père vous a adressée, dans le but de réclamer pour lui-même la première idée du traitement de la phthisie par les inspirations iodées; car elle me semble manquer le but qu'il se proposait d'atteindre.

En effet, les passages qu'il puise dans le *Dictionnaire des Drogues* nous prouvent 1° que c'est là un ouvrage renfermant d'excellentes notions de thérapeutique, qui devrait être plus souvent médité par nos confrères; c'est là un fait qu'il n'était peut-être pas inutile de rappeler à vos lecteurs;

2° Que M. Chevallier, frappé des analogies qui existent entre ces trois corps, chlore, iode et brome, a été conduit à conseiller l'emploi de l'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Cette idée, sur laquelle je n'ai jamais élevé la moindre prétention, je l'abandonne facilement, si M. Chevallier croit devoir en grossir son bagage scientifique; mais cet honorable professeur nous dit-il sous quelle forme l'iode a été employé? est-ce en inspirations, frictions, ou autrement? Pas le moins du monde; car M. Chevallier, aussi bien que M. Cottereau, s'est abstenu de toute publication sur ce point. Leur silence autorise dès lors à supposer *que leurs tentatives* n'ont pas été heureuses. Je ne puis donc avoir puisé mon travail dans des publications qui n'existent pas, à moins qu'on ne dise aussi en thérapeutique : *Silentium verbis facundius.*

Reste maintenant M. Berton, qui, en décembre 1829, annonça à l'Académie de médecine qu'il faisait respirer à ses malades des vapeurs d'iode obtenues en décomposant l'hydriodate de potasse par l'acide sulfurique étendu. Ce procédé, qui fournissait en même temps de l'acide iodhydrique, n'amena pas les résultats que s'en était promis son auteur; car il était totalement mis en oubli à l'époque où je fis mes premières recherches sur l'emploi *des vapeurs d'iode pur* dans le traitement de la phthisie.

En un mot, monsieur le rédacteur, M. Chevallier abandonne complétement le fait articulé par M. Piorry, et qui avait motivé ma réclamation. Je reste donc encore *seul auteur* du traitement de la phthisie par l'*iode pur en vapeur*, à moins que d'autres confrères ne viennent de nouveau vous dire qu'à eux revient la première *idée* de ce traitement.

Agréez, etc. Chartroule.

Paris, 9 septembre 1851.

Nous recevons sur le même sujet, de notre très distingué et modeste confrère M. de Lignerolles, de Planquery (Calvados), la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur,

Dans le n° 102 de la *Gazette des Hôpitaux*, M. Chartroule dit : Ce n'est point M. Chevallier, c'est *moi seul qui ai proposé et mis le prémier en pratique les inspirations d'iode.* M. Chartroule parle en homme très convaincu de ce qu'il dit; mais je crois qu'il se trompe. Je l'engage à lire la thèse n° 97 de l'année 1831, portant pour épigraphe :

« Si jamais on parvient à découvrir un remède efficace contre la » phthisie pulmonaire, ce sera parmi les substances qui peuvent être » appliquées directement au poumon par la voie de l'inspiration. »

Il verra, à la page 21, ce que je disais il y a plus de vingt ans et ce que je reproduis ici :

La grande analogie qui existe entre les indurations, les dégénérescences scrofuleuses et les tubercules, la disposition bien constatée des scrofuleux à contracter cette maladie, les guérisons nombreuses des scrofules obtenues par l'emploi de l'iode, soit à l'état simple, soit à l'état de combinaison, devraient faire tenter l'usage des préparations iodurées dans la phthisie. Je les croirais très utiles avant le développement de l'inflammation. Voici la forme sous laquelle je les administrerais : Je dégagerais dans la chambre du malade des vapeurs d'iode en faisant chauffer ce corps dans une fiole à large ouverture; je répèterais ce dégagement de vapeurs deux ou trois fois par jour, et j'en augmenterais graduellement la quantité. On pourrait encore prescrire l'inspiration d'une solution chaude d'hydriodate de potasse (iodure de potassium, selon la nomenclature actuelle). Les molécules de ce sel, entraînées avec la vapeur d'eau, comme les vapeurs d'iode avec l'air atmosphérique, jusque sur la membrane muqueuse pulmonaire, y produiraient l'effet qu'elles exercent à travers les téguments sur les tumeurs strumeuses et sur la glande thyroïde hypertrophiée.... Le brome jouit des mêmes propriétés; on l'emploierait facilement dans le même but, à cause de son état liquide.

Auteur de cette thèse, je pourrais sans doute dire comme mon confrère : C'est moi seul qui ai proposé le premier, etc.; mais ce n'est pas ma manière de parler. Seulement je continue à croire, jusqu'à preuve du contraire, que la priorité m'appartient pour les inspirations d'iode.

Quant à l'utilité de ce moyen thérapeutique dans la phthisie pulmonaire, je me réserve de faire connaître les faits sur lesquels repose mon appréciation.

Agréez, etc. A. de Lignerolles.

7 septembre 1851.

Enfin, nous avons reçu de M. Berton la note suivante :

Sans entrer dans la polémique engagée au sujet de la priorité concernant l'emploi des inspirations de vapeurs d'iode dans la phthisie, et bien que j'attache une très médiocre importance au mérite contestable de ce mode particulier d'administration d'un remède plus que douteux dans une maladie le plus habituellement incertaine au début et incurable à la fin; mais puisque l'on cite mon nom, je me crois obligé de m'inscrire contre l'inexactitude des dates et des faits invoqués. C'est en 1828 que j'ai adressé à l'Académie un mémoire sur les inspirations d'iode, qui avaient employées dès 1827, et le regrettable docteur Cottereau, dans un semblable travail présenté à ce même corps savant, a loyalement lui-même cité mes essais comme antérieurs aux siens. Ainsi tombent toutes ces fausses et vaines appropriations qui ont paru dans votre journal depuis quelque temps.

Chronique et nouvelles.

Le président de la République vient d'autoriser l'Académie des sciences à accepter le legs de 200,000 fr. qui lui a été fait par le docteur Jecker pour la fondation d'un prix annuel qui devra être décerné à l'auteur d'un ouvrage le plus utile sur la chimie galvanique.

— Le docteur Clot-Bey vient d'être nommé commandeur de la Légion-d'Honneur. M. Clot-Bey, qui s'est consacré pendant vingt-cinq années en Egypte aux progrès de la science et de la civilisation, a organisé dans ce pays le service médical civil, militaire et naval. Il a créé des hôpitaux, une école de médecine, une école d'accouchement, propagé les bienfaits de la vaccine; il a étudié et bravé plusieurs épidémies de peste; il est, de plus, l'auteur de plusieurs réformes utiles introduites dans le régime quarantenaire de France.

— Pour conserver les bonnes traditions mises en bonneur par le *Constitutionnel* et son fameux serpent de mer, plusieurs journaux publiaient hier la nouvelle suivante :

« Un fait des plus étranges vient d'avoir lieu dans une ferme du village de Lamevu (Seine-et-Marne).

» On avait mis pour les faire couver, ainsi que cela se pratique assez ordinairement, des œufs de cane sous une poule. Or, dans la ferme se trouve un jeune chat qui avait pour cette poule une amitié des plus vives; il la suivait sans cesse, et couchait même près d'elle. Cette singularité avait été remarquée des gens de la ferme, dont l'étonnement augmenta lorsqu'ils virent que le chat, voulant sans doute partager la peine de la poule et suivant son exemple, avait tiré à lui trois œufs sur lesquels il s'était couché.

» Au bout du terme ordinaire de l'incubation, les œufs couvés par la poule produisirent des canetons. On cassa ceux du chat, pensant qu'ils étaient gâtés, et on ne fut pas peu surpris de trouver dans chacun d'eux un petit monstre moitié canard et moitié chat. Ces monstres ne vécurent que quelques beures. Le fermier, pour les conserver, les a placés dans un vase rempli d'esprit-de-vin. »

Le fermier champenois s'est trompé, assurément; il est évident qu'il ne s'agit point ici d'un demi-canard, mais bien d'un bon et gros canard tout entier.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 106. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 106. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1851.

RAPPORT SUR LA SUETTE ÉPIDÉMIQUE.

Nous l'avons déjà dit et nous nous plaisons à le répéter, le rapport de M. Guérin est un des plus remarquables qui aient été faits depuis longtemps à l'Académie, un de ces rapports beaucoup trop rares au sein de la docte Compagnie, et, il faut bien l'avouer tout bas, un de ces rapports comme trop peu de membres sont capables d'en rédiger. Est-ce à dire que tout y doive être accepté sans réserve par le médecin philosophe comme par le praticien? Ce n'est point là notre pensée : quand nous trouvons dans un travail les plus hautes questions de pathologie et de thérapeutique abordées et traitées sans que l'auteur fléchisse sous un poids aussi lourd, quand nous y voyons les points les plus délicats de ces questions soulevés avec une sagacité rare, nous disons qu'un tel travail est une œuvre très remarquable ; mais nous ne disons point que ce soit une œuvre sans défauts, ni un recueil d'articles de foi. Nous allons, au contraire, chercher à démontrer que le rapport de M. Guérin a, comme toutes les œuvres humaines, ses défectuosités ; mais notre critique n'enlèvera rien à la valeur de nos éloges, car si nous avions voulu louer le rapport au lieu de le critiquer, nous aurions eu à le citer à chaque page.

Nous avons dit que M. Guérin avait abordé les questions les plus élevées de philosophie médicale ; mais nous avons regretté qu'il ne les ait pas toujours traitées avec cette lucidité de langage d'autant plus nécessaire que le sujet qu'on traite est plus profond. M. Guérin, avec une sagacité rare, a agité les points les plus délicats de l'histoire des épidémies ; mais, par un défaut correspondant à cette qualité, il est quelquefois tombé dans des distinctions subtiles, hasardées ou contraires aux véritables rapports des choses. Enfin, dans quelques-uns de ses principes catégoriquement et intelligiblement formulés, nous pensons que M. Guérin n'a pas su se mettre complétement à l'abri de l'erreur. Nous ne citerons pas, et nous ne discuterons pas tous les exemples que nous pourrions invoquer à l'appui des propositions précédentes; cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous contenterons d'en prendre quelques-unes, nous en rapportant pour l'appréciation des autres à la perspicacité de nos lecteurs.

« Il ne faut pas s'abuser, » dit M. Guérin quelque part, « quoi que cette déclaration puisse rencontrer » d'opposition vulgaire, il y a quelque chose au-dessus » des faits, c'est l'esprit qui les observe ou les juge. »

Notre opposition peut être vulgaire, mais elle est certainement très formelle contre une telle proposition; car à notre avis cette proposition est ou un non-sens, ou une grave erreur.

La distance du soleil à la terre est de 39,000,000 de lieues; les trois angles d'un triangle sont égaux à deux angles droits; voilà deux faits. Quel rapport de prééminence peut-il exister entre ces deux faits et notre esprit? J'avoue que celui qui me demanderait si ces faits sont au-dessus de notre esprit ou si notre esprit est au-dessus, celui-là me paraîtrait ressembler singulièrement à l'enfant terrible qui demande pourquoi son chat a une queue, tandis qu'un crapaud n'en a pas. Ce n'est donc pas là ce qu'a voulu dire M. Guérin. Le savant rapporteur a voulu prétendre sans doute que, lorsqu'un fait se trouve en contradiction avec une série de raisonnements rigoureusement déduits, c'est le fait qui doit courber la tête et la logique qui doit triompher. Là est l'erreur, la grave erreur de notre célèbre confrère et de la doctrine qu'il défend, car sa manière de voir a été depuis longtemps érigée en doctrine par certains médecins.

Pour tout esprit, élevé ou vulgaire, mais positif, une série de raisonnements est toujours basée sur un fait ou sur une collection de faits. Comment donc un esprit sérieux pourrait-il placer ces raisonnements au-dessus des faits qui leur servent de base? Et comment, avec ces raisonnements qui sont basés sur des faits, venir précisément condamner, nier ou anéantir d'autres faits? Nous le déclarons hautement, notre esprit sera toujours trop vulgaire pour embrasser une semblable méthode, et pour ne pas croire que M. Guérin a eu tort de ne pas faire comme nous. En veut-il la preuve? qu'il la prenne dans l'application de son principe. Comment s'y prend-il en effet pour démontrer que l'esprit est au-dessus des faits? Le voici :

M. Caillat a traité 600 malades par la saignée, et n'en a perdu aucun ;

M. Foucart en a traité 1,000 par l'ipéca et n'en a perdu aucun.

Que conclure de là? « Serait-ce, dit le savant rapporteur, que la maladie guérissait par tous les remèdes, ou malgré tous ces remèdes? » L'une de ces deux conclusions paraîtrait assez plausible d'après les faits. Mais l'esprit étant au-dessus des faits, ceux-ci ont nécessairement tort, et le meilleur traitement de la suette est nécessairement l'ipéca, suivant l'esprit qui raisonne ainsi :

M. Neucourt, de Verdun, a constaté que les convalescences, après la saignée, étaient très longues; il n'a vu succomber que trois malades, qui tous avaient été saignés.

M. Caillat, partisan des saignées, a remarqué (après J.-J. Rousseau) que les habitants des campagnes supportaient mal les évacuations sanguines, auxquelles succédait un grand abattement, et même un collapsus rapidement mortel.

M. Rayer fait les mêmes réflexions.

M. Foucart a remarqué que la plupart des malades qui sont morts avaient été saignés.

Enfin, MM. Gaillard et Parot (de Poitiers) ont signalé les funestes effets de la saignée.

Voilà pourquoi, suivant l'esprit, l'ipéca vaut mieux que la saignée. Mais comment l'éminent rapporteur n'a-t-il pas vu que toutes ces assertions n'avaient de valeur qu'autant qu'elles exprimaient des faits positifs et bien observés, et que dès lors c'étaient ces faits, et ces faits seulement, qui entraînaient sa conviction, sans que l'esprit eût ici plus de part que dans l'interprétation des 600 et des 1,000 faits déjà cités? Evidemment tout est semblable d'un côté et d'autre, si ce n'est que les 600 et les 1,000 faits paraissent très positifs, tandis que toutes les assertions qui précèdent ne sont que le résultat d'impressions vagues dont la valeur exacte est absolument impossible à connaître.

Ce n'est pas que nous voulions faire ici le procès à l'ipéca au profit de la saignée; loin de là. Nous pensons que M. Foucart, dans son remarquable travail, a beaucoup fait en faveur de la méthode qu'il préconise, et c'est pour elle que nous nous sentons le plus de penchant; mais ce penchant vient précisément des faits observés par le laborieux auteur du principal travail analysé par M. le rapporteur, et si ce penchant n'est pas arrivé chez nous à l'état de conviction intime, c'est que les faits ne sont point suffisamment détaillés, ni assez exactement analysés, et que notre esprit vulgaire, mais positif, ne se hasarde pas à franchir la barrière posée par les faits, et ne se laisse entraîner par aucune préférence quand elle peut conduire à des illusions.

Nous venons de critiquer dans M. Guérin une assurance mal fondée et une appréciation inexacte de la valeur des faits au profit du raisonnement; nous nous attendions bien à ce que l'imagination active et féconde du savant rapporteur s'exposerait à un pareil reproche. Mais nous étions loin de nous attendre à ce que M. Guérin faiblirait sur le terrain des principes, une fois qu'il s'y serait placé; c'est pourtant ce qu'il a fait un peu avec M. Moreau. M. Guérin, après avoir reconnu et proclamé que l'ipéca était en quelque sorte le spécifique de la suette, devait en conseiller bien naturellement l'emploi dans toute épidémie qui viendrait à se déclarer : c'est ce conseil ou plutôt ce principe thérapeutique que l'honorable accoucheur a déclaré, par trois fois, n'être point philosophique (où diable la philosophie va-t-elle se nicher!). La raison qu'en a donnée M. Moreau, c'est que chaque épidémie, ayant son *génie* spécial, réclamait un traitement spécial aussi. Et M. Guérin, après avoir proclamé avec une haute raison que la cause de toute maladie épidémique était une et dominait toutes les autres causes accessoires, si tant est qu'il en existe, qui agissent en dehors de la constitution des malades, après avoir admis, avec M. Foucart, que la suette était le résultat d'une infection du sang, d'une véritable *toxémie*, M. Guérin a pu concéder que le même remède qui serait aujourd'hui un excellent contre-poison pourrait n'être demain qu'un agent inutile ou nuisible! Voilà ce qui nous a étonné chez l'habile rapporteur; voilà où nous nous attendions à le trouver ferme sur les principes.

Quelle série de faits rigoureusement recueillis ne faudrait-il pas pour faire admettre que l'antidote actuel de l'arsenic ou du miasme paludéen sera demain l'adjuvant de ces deux poisons! Or, ces faits existent-ils pour aucun poison épidémique? En aucune façon. A l'un des principes les plus solides de la pathologie on ne peut opposer que les commérages de Sydenham et de ceux qui les répètent sans les comprendre et sans y réfléchir. Nous devions croire que M. Guérin ferait justice de ces commérages, et qu'il ne laisserait pas à M. Foucart tout le mérite de cette tâche, mérite considérable, et que tous les observateurs attentifs féliciteront M. Foucart de s'être donnée.

Nous pourrions étendre cette critique à quelques autres passages du remarquable rapport de M. Guérin. Ce que nous venons de dire nous semble suffisant pour faire saisir facilement au lecteur ce qui, d'après notre manière de voir, que nous croyons conforme à la saine observation, doit être accepté ou rejeté dans le travail du savant académicien. Nous dirons seulement, en terminant, que, lorsqu'on aura retranché de ce travail tout ce qui est obscur, hasardé ou contraire à la véritable signification des faits, le rapport de M. Guérin n'en restera pas moins une des œuvres les plus remarquables que l'Académie ait entendues depuis longtemps.

H. de Castelnau.

OBSERVATION DE TÉTANOS
guéri par l'emploi des frictions et du massage ;

Par M. le docteur GARIN, de la Côte-Saint-André (Isère).

Le 18 mai 1851, je fus appelé au petit séminaire de la Côte-Saint-André (Isère) pour remédier à une hémorrhagie inquiétante survenue à la suite de l'exérèse de deux molaires et de la fracture d'une portion du maxillaire supérieur. Déjà le malade avait perdu beaucoup de sang; l'écoulement ne fut pas arrêté par la compression directe unie aux astringents; il fallut recourir au fer rouge, par l'emploi duquel je me rendis enfin maître de l'hémorrhagie, au moment où, me décidant à une opération plus grave, je demandais en consultation M. le docteur Robin.

Je prescrivis une potion antispasmodique le 19.

Le 20, j'administrai 30 grammes de citrate de soude, en raison de l'état saburrale des premières voies.

M. Berlioux, qui fait l'objet de cette observation, est âgé de vingt-sept ans environ; il est maître d'études au petit séminaire; son tempérament est nervoso-sanguin; sa constitution athlétique, son caractère irritable. Son irritabilité fut augmentée par l'abondance de l'hémorrhagie, car le système nerveux avait gagné en prépondérance de tout ce qu'avait perdu le système circulatoire. Durant, toute la journée du 20, il eut des inquiétudes, des malaises, des faiblesses; il devint fort difficile envers ceux qui l'approchaient. A neuf heures du soir, il est pris d'accidents nerveux graves. Je suis appelé de concert avec les docteurs Bert et Robin. Nous constatons un resserrement incomplet des arcades dentaires, une contraction continue des muscles fléchisseurs des membres supérieurs et extenseurs des membres abdominaux; la face est tirée en arrière, les pommettes saillantes, les joues creusées, le nez effilé, le constricteur des lèvres arrondi comme pour souffler dans un instrument à vent. La poitrine ne tarde pas à être prise; la respiration est bruyante, anxieuse, stertoreuse, saccadée; l'abdomen s'applique contre la colonne vertébrale. Les battements du cœur ne sont plus sentis; le pouls, qui était petit, fréquent, serré au commencement de l'accès, n'est plus perceptible. L'intelligence reste intacte au milieu de tout ce désordre de la vie organique et de la vie de relation. Il n'y a pas de priapisme. Les contractions musculaires présentent le caractère des crampes, elles commencent en bas du muscle, vers le tendon, pour le parcourir comme un liquide chemine dans un boyau comprimé, comme la vague qui va grossissant sur le liquide élément. Une fois arrivées vers le tiers supérieur du muscle, les fibres contractées étaient de la dureté du bois; elles faisaient saillie, se durcissaient encore et semblaient vouloir se rompre. Ces contractions étaient accompagnées d'une douleur fort vive. Qu'on me permette d'appeler du nom d'*ondulation* la marche de la contraction musculaire. L'accès dura huit minutes environ; le malade se trouvait assez bien une fois qu'il était passé, restant toutefois en proie à une vive appréhension.

L'on notera comme faits rares la contraction simultanée des fléchisseurs des membres thoraciques et des extenseurs des membres pelviens, le début des accès par les extrémités des membres et non par les mâchoires, le resserrement incomplet de celles-ci, qu'une forte pression écartait. Je dis que ce sont là des faits exceptionnels; car c'est à un tétanos que nous avions affaire. Pourrions-nous en douter, avec les

circonstances de plaie et d'hémorrhagie, avec l'absence de mouvements convulsifs, la conservation de l'intelligence, avec la rigidité continue pendant l'accès, l'absence d'écume à la bouche? C'était bien là un tétanos de forme clonique.

J'ai parlé de circonstances de plaie et d'hémorrhagie. Quels sont, en effet, dans un champ de bataille, les blessés chez lesquels on trouvera la constriction des mâchoires? Précisément ceux qui ont perdu beaucoup de sang; donc l'hémorrhagie est une cause prédisposante de tétanos.

Aussitôt que la maladie est reconnue, nous nous empressons de prescrire l'opium à haute dose. J'administrai tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche d'une potion où il y avait 30 centigrammes d'extrait thébaïque pour 100 grammes de véhicule.

Une heure après, il survient un autre accès plus terrible par sa durée et son intensité. L'opium est sans effet, les douleurs sont atroces et ne peuvent être calmées que par des frictions violentes à la nuque, le long de la colonne vertébrale et sur le trajet des gros troncs nerveux avec un liniment fortement ammoniacal.

Les accès se rapprochent et sont de plus longue durée. Mes collègues sont de nouveau mandés, et nous administrons au malade 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine soit en lavement, soit en pilules. Le malade semble calmé; mais deux heures après, les accès revinrent tout aussi intenses, alors qu'on continuait l'administration du sulfate de quinine. Cependant, je m'aperçus bientôt et les personnes étrangères à l'art remarquèrent également que les frictions et le massage que nous employions par intervalles étaient les seuls moyens qui diminuaient la durée des accès et augmentaient le temps qui les séparait les uns des autres; le malade, au reste, les demandait à grands cris. Aussitôt que l'on cessait de le frictionner, un accès nouveau arrivait, et, si on reprenait à l'instant les frictions et le massage, sa malignité était amoindrie. Il était évident pour tous que nous étions dans la voie du salut. Un accès apparaissait-il, manifestait-il son arrivée par des contractions dans les doigts, les bras, les orteils, les jambes, on frictionnait, on exerçait des mouvements rapides de flexion et d'extension de ces parties; survenait-il une ondulation musculaire, on la malaxait, on la broyait littéralement, et l'accès était suspendu dans sa source. Dès lors, les élèves se relevèrent de dix en dix toutes les heures, pratiquèrent des frictions, des malaxations continues, qui durèrent jusqu'à neuf heures du soir, bien que les crampes eussent cessé de se manifester depuis les deux ou trois heures de l'après-midi. Lorsqu'ils eurent cessé, on enveloppa le malade de linges imbibés d'un liniment sédatif. La nuit fut bonne, le sommeil tranquille. Le lendemain, il restait de la cardialgie, qui fut combattue par une potion antispasmodique et le liniment sédatif.

Le 23, le malade se trouve bien. — Bouillon de poulet.

Le 24, du bouillon de semoule, viande de poulet.

Le 25, côtelette de veau, du vin vieux.

Le 27, le malade commence à se lever, et quelques jours après il est rendu à ses travaux et à ses amis.

On a attribué la guérison à l'emploi soit de l'opium, soit du sulfate de quinine; mais, pour moi qui n'ai pas quitté le malade et pour les personnes qui ont été constamment auprès de lui, il est évident qu'il ne doit ce bienfait qu'aux frictions et au massage.

L'intelligence est restée intacte pendant et après la maladie, et aujourd'hui M. Berlioux a reçu la prêtrise.

RAPPORT

sur les travaux adressés à l'Académie et relatifs à la suette épidémique de 1849,

Par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Troisième question. — *La suette de* 1849 *a-t-elle reparu sous les mêmes formes et avec les mêmes caractères que dans les épidémies précédentes?*

Des six auteurs dont le commission avait à examiner les recherches, trois se sont signalés par une étude approfondie des formes et des caractères de la maladie : ce sont M. Foucart, M. Caillat et M. Neucourt. Le premier surtout a apporté, dans cette partie de son travail, un esprit d'ordre, une clarté, une précision dignes des plus grands éloges. Il est à regretter seulement qu'ayant négligé de faire avant toutes choses un inventaire exact et rigoureux des produits de l'observation antérieure, il n'ait pas suffisamment assuré son point de départ. Sans ce préalable, quel moyen de comparaison a-t-on pour juger de l'identité des diverses épidémies, pour corriger, confirmer ou contester les produits de l'observation antérieure? A cet égard, M. Foucart professe très explicitement, dans son travail, un principe que nous ne pouvons nous dispenser de relever, parce que, bien que conforme aux habitudes les plus générales de l'époque, il nous a paru contraire aux bonnes traditions de la science et de l'Académie. « Celui qui veut écrire sur un point particulier de médecine, dit M. Foucart, doit d'abord, faisant *table rase* en quelque sorte de tout ce qu'il a appris, de toute idée préconçue sur le sujet qu'il veut étudier, observer et recueillir des faits; et de leur étude, de leur rapprochement, déduire l'histoire didactique de l'affection dont il s'occupe. S'il a observé avec soin, s'il a vu un nombre de faits suffisants, son histoire, sa description seront exactes, et il aura fait une œuvre originale. » C'est là une grave erreur qui témoigne de la plus fâcheuse tendance scientifique, et qui explique la stérilité des efforts des sysiphes de notre époque. La science est fille du temps et non des individus. On est surpris d'avoir à le rappeler. L'observation d'un fait se compose de deux choses : de la constatation de ce que d'autres y ont découvert avant nous et de ce que nous y découvrons après eux. Dans la véritable acception du mot, observer, c'est découvrir. Voyons donc ce que MM. Foucart, Caillat et Neucourt ont constaté et découvert dans l'étude des formes et des caractères de la suette miliaire de 1849.

L'étude des formes d'une épidémie comprend une multitude de questions d'un haut intérêt, et dont le seul énoncé appliqué à la suette en montre immédiatement l'importance.

Quoique identique au fond à toutes celles qui l'ont précédée, la suette de 1849 a-t-elle revêtu les mêmes formes que ces dernières?

Pendant le cours de cette épidémie, a-t-on remarqué que la maladie, aux époques différentes de sa durée, est affectée de formes différentes; en d'autres termes, qu'elle ait différé d'elle-même?

S'est-elle montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements où elle a paru?

Enfin, dans la même épidémie, dans la même période, dans les mêmes localités, la maladie s'est-elle montrée sous des formes suffisamment variées pour qu'on dût en faire des types distincts?

Aucun des ouvrages envoyés à l'examen de la commission n'a posé explicitement ces questions; on peut y trouver jusqu'à un certain point des matériaux pour les résoudre; quelques-unes même y ont été abordées. Mais, nous devons le dire, sans la généralité de conception, sans cette coordination de vue qui permettent de croire qu'un auteur a dominé son sujet et qu'il en a embrassé toute l'étendue avec le sentiment réel des difficultés qu'il renferme. — M. Foucart est encore le seul qui ait compris jusqu'à un certain point l'importance de ces difficultés. Son travail, remarquable tout à la fois par l'esprit d'observation et de critique, plein d'aperçus originaux, a rencontré bon nombre de points afférents à ces questions; mais soit précipitation, soit insuffisance de maturité dans la conception du sujet, il ne parle jamais nettement de la difficulté à résoudre, ce qui fait qu'il n'arrive jamais explicitement à sa solution.

La question de savoir si la suette de 1849 a revêtu les mêmes formes que les épidémies antérieures a donné lieu à une confusion qu'il n'est pas inutile de faire cesser d'abord. Partant de cette idée, souvent juste, que presque toujours les différences d'observations tiennent à la différence des observateurs, M. Foucart, à l'exemple de beaucoup d'auteurs, n'a pas assez nettement séparé ce qui tient au caractère objectif des faits de ce qui tient à leur caractère subjectif. Quelques personnes, par exemple, considérant la suette comme une affection inflammatoire, avaient cru pouvoir la rapporter à une gastrite; et pour légitimer cette interprétation, elles s'étaient arrêtées avec préférence sur les phénomènes de gastricité si réels dans la suette, mais d'un caractère si opposé au caractère inflammatoire. Exagérant à son tour, dans un autre sens, cette exagération systématique, M. Foucart en conclut que toutes les épidémies de suette ont revêtu les mêmes formes, et il répète son axiome : « La différence d'observation ne tient qu'à la différence des observateurs. » Avec les seules données acquises de la science, ne serait-on pas fondé à retourner la proposition de M. Foucart, et à dire : L'uniformité des faits ne tient qu'à la manière de voir uniforme des observateurs? A l'appui de l'opinion qu'il soutient de l'identité de formes de la suette dans les différentes épidémies, M. Foucart cite l'identité de formes des différentes épidémies de choléra. Cette induction n'est pas très sévère. On pourrait d'abord, en ce qui concerne le choléra, faire quelques réserves et se demander, suivant le conseil de Montaigne : « Le faict est-il? » Et on objecterait ensuite avec raison à M. Foucart, à M. Caillat et aux autres auteurs que la suette de 1849, qui est bien au fond la suette anglaise, n'a pas revêtu certainement les formes de cette redoutable épidémie. — Mais que doit-on entendre par les formes d'une épidémie? C'est précisément ce que M. Foucart ni aucun de nos auteurs ne s'est demandé. La suette comprend un certain nombre de symptômes plus ou moins constants : les prodromes, un état gastrique, des sueurs, une éruption, un sentiment de constriction épigastrique, de suffocation, de strangulation; ces symptômes sont entremêlés de phénomènes plus ou moins importants et variés.

La manière dont ils se produisent, se dessinent, s'espacent, se succèdent, s'enchaînent, se combinent, durent et se terminent, peut donner à leur ensemble une forme très différente. Ce sont autant de lettres ou de chiffres qui, en restant les mêmes numériquement et isolément, affectent, par leur réunion, une forme et une signification très différentes, suivant leur mode d'arrangement et de combinaison. Il en est de même des symptômes de la suette. Nul doute qu'on ne puisse retrouver dans toutes les épidémies de cette maladie à peu près tous les mêmes symptômes au point de vue de leur nombre et de leur caractère particulier. Mais dans quels rapports de succession et d'intensité relative, dans quel temps et dans quel espace se sont-ils montrés? Voilà ce qu'il eût fallu préciser pour conclure à l'identité de formes de toutes les épidémies de suette. L'Académie le remarquera, sans doute, cette discussion n'est pas tellement éloignée d'appréciations pratiques, qu'il faille la regarder dans l'espèce comme une de ces généralités plus propres à exercer les esprits qu'à guérir les malades; c'est précisément le contraire.

La question d'identité ou de diversité des formes de la suette miliaire épidémique se résout directement dans une question de thérapeutique. Nous voyons, par exemple, que la suette anglaise ne guérissait par aucun remède; par contre, nous sommes en présence de trois ou quatre méthodes thérapeutiques qui ont toutes la prétention de guérir tous les malades à l'exclusion l'une de l'autre. Quelque part qu'on fasse à l'exagération habituelle des méthodes exclusives, ne pourrait-il pas se faire ou du moins n'est-ce pas un motif de soupçonner que là où les résultats thérapeutiques ont si fort différé les formes de la maladie ne sont pas restées absolument les mêmes? Il est donc permis de faire des réserves à cet égard, et d'engager les observateurs à venir à se tenir sur leurs gardes. Nous y sommes d'autant plus autorisés que déjà plusieurs auteurs avaient pu remarquer des différences notables sous ce point de vue. M. Parot, dans la Dordogne, avait signalé la forme intermittente ou rémittente, comme beaucoup plus fréquente que dans les autres épidémies; de là les succès du sulfate de quinine. M. Gaillard (de Poitiers) n'avait-il pas rencontré un certain nombre de cas où l'éruption se répétait plusieurs fois dans le cours de la maladie? Et, pour nous en rapporter à M. Foucart lui-même, n'a-t-il pas signalé, dans l'épidémie dont il a été témoin, une plus grande fréquence d'état gastrique? N'a-t-il pas signalé des complications nerveuses dont le caractère exceptionnel aurait pu se généraliser avec la cause qui leur a donné naissance?

La suette de 1849 est-elle restée la même dans tout son cours? A l'exemple de presque toutes les épidémies, à l'exemple du choléra, la suette aurait-elle offert une diminution d'intensité telle que la plupart des premiers cas auraient été mortels, tandis que les derniers auraient à peine offert quelque danger? C'est ce que MM. Bucquoi, Caillat et Neucourt sont très disposés à admettre. M. Foucart, sans nier qu'il en soit ainsi, croit bien plus à l'influence salutaire des bons traitements et à l'influence nuisible des mauvais qu'à une décroissance aussi méthodique dans l'intensité du mal. Les deux opinions sont vraies jusqu'à un certain point; mais il eût été utile de montrer quand et comment elles sont vraies, à quels caractères généraux et particuliers on reconnaît que la maladie diminue d'intensité; car M. Foucart le dit avec raison : « Les cas qui doivent devenir graves débutent à peu près comme ceux qui doivent rester les plus bénins. » Il conviendrait donc de chercher à spécifier les indices de la gravité spontanée du mal. Sans cette précaution, les meilleures méthodes seraient exposées à ne pas mieux démontrer leur efficacité que les plus mauvaises, et il arriverait que l'on mettrait sur le compte de la maladie ce qui revient de droit à ces dernières.

Pour résoudre la question de savoir si la suette s'est montrée la même dans les différents départements et dans les différentes localités des mêmes départements, il eût fallu précisément ce qui nous a manqué, des documents comparatifs, et encore ces documents auraient-ils eu besoin d'être recueillis par les mêmes personnes. On a vu en effet des relations de la même épidémie, rédigées d'après les mêmes faits par deux personnes différentes, conduire à des conclusions scientifiques et pratiques complétement opposées. C'est en cela que l'axiome rappelé par M. Foucart est on ne peut plus fondé. Cependant si les faits nous manquent pour conduire à une conclusion quelconque à l'égard du point qui nous occupe, l'induction conduit au moins à faire des réserves. Si, comme le prétendent la plupart des auteurs, la suette est surtout une maladie épidémique infectieuse, le degré, la force, la qualité d'infection, ne sauraient être absolument les mêmes dans les différentes localités où la maladie prend naissance. Il faut ajouter que jusqu'ici cette prétendue infection n'a encore que le caractère d'une hypothèse directement contredite par bien des faits. N'a-t-on pas observé indistinctement la maladie à toutes les expositions, sur des collines élevées comme dans des vallées profondes, dans des pays secs comme le long des cours d'eau? Raison de plus pour demander scrupuleusement aux faits ce que les révélations étiologiques refusent de données.

Enfin y a-t-il eu lieu de faire, dans les mêmes localités où on l'a observée, des types distincts de la suette? On avait fait une suette bénigne, une suette maligne, une suette gastrique, une suette nerveuse, une suette hémorrhagique, une suette adynamique, une suette ataxique : toutes appellations commémoratives de certaines prédominances symptomatiques; mais, ainsi que M. Foucart l'a très bien établi, toutes ces distinctions, plus artificielles que naturelles, ne doivent pas être étendues au delà des cas particuliers qu'elles sont destinées à rappeler; ce sont autant de transformations des mêmes faits dont l'existence, non contenue dans les conditions étiologiques initiales, révèle bien plus de fâcheuses interventions dans le cours naturel de la maladie que de véritables prédominances morbides. Au nombre de ces interventions, M. Foucart place en première ligne l'influence du mode de traitement. L'abus des couvertures et de saignées doit, suivant cet auteur, avoir la première part dans la production des excentricités symptomatiques de la suette. Nous reviendrons plus loin sur cette opinion, qui n'est pas sans mériter la plus sérieuse attention. Quoi qu'il en soit, M. Foucart nous paraît avoir mieux synthétisé la maladie qu'on ne l'avait fait jusqu'ici. Il a distingué et classé avec un soin extrême, dans l'appareil symptomatique, chaque groupe de phénomènes : les phénomènes gastriques ou prodromiques; la période d'incubation ou d'état; les phénomènes d'excrétion cutanée : sueurs, éruption, desquamation, la base trachéo-bronchique, la suffocation, le hoquet, le délire; les phénomènes cadavériques : l'état du sang, la tendance putride des cadavres. Son travail, sous ce rapport, est un excellent tableau, fait avec autant de méthode que de sagacité, de tout ce qui peut se rencontrer dans l'expression symptomatique de la suette. Il a apporté le même soin dans la recherche des variétés du type général. Il a noté et il a observé des suettes sans sueurs, des suettes sans éruption, des suettes à forme intermittente et quelques autres anomalies individuelles de moindre importance. Mais il ne lui est pas venu à l'idée de se demander si les variétés qu'il observait très exceptionnellement ne pouvaient pas ou n'avaient pas pu déjà se produire avec le caractère d'une forme typique, ou au moins avec une plus grande fréquence, sous l'influence de conditions étiologiques plus actives et moins exceptionnelles.

Mais une lacune commise aussi bien par M. Foucart que par les autres médecins qui ont observé la suette de 1849, est relative aux maladies consécutives dans lesquelles se résout la suette mal jugée, soit à cause des dispositions idiosyncrasiques, soit à cause du mode de traitement employé, soit à cause d'influences extérieures de tous les ordres. Or,

on sait que les maladies épidémiques telles que la rougeole, la scarlatine et les autres fièvres éruptives avec lesquelles la suette a pu être comparée jusqu'à un certain point, laissent souvent à leur suite des maladies chroniques d'un cachet particulier, au nombre desquelles nous plaçons certaines hydropisies, certaines formes de l'affection tuberculeuse. En est-il de même de la suette? Des faits particuliers venus à notre connaissance nous portent à le croire. Il y aurait donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire de la suette épidémique, lequel n'aurait pas seulement pour but et pour résultat d'enregistrer une nouvelle phase de la maladie, mais de rechercher à quelles influences ces métamorphoses morbides sont dues, et par conséquent quels moyens il faut employer pour les prévenir et les combattre.

QUATRIÈME QUESTION. — *Les travaux sur la suette de* 1849 *soumis à l'examen de la commission ont-ils ajouté quelque chose à la caractéristique de la suette?*

La détermination des formes d'une maladie n'implique pas nécessairement la spécification de ses caractères. La reproduction fidèle, complète des symptômes de la suette dans leur ensemble peut donner sa physionomie, sa forme proprement dite; mais chacun d'eux, spécifié dans ce qu'il a de propre à cette maladie, en donne seul les caractères. L'état gastrique, la sueur, l'éruption miliaire, la suffocation, la constriction épigastrique, la constipation composent, dans la suette, un ensemble qui n'appartient qu'à elle: voilà sa forme. La manière d'être de chacun de ses symptômes, leur pathogénie particulière, leur essence, si l'on peut s'exprimer ainsi, voilà ses caractères. L'étude, à ce point de vue, dans la suette, de l'état gastrique, de la sueur, de l'éruption miliaire, de la suffocation, de la constriction épigastrique et même de la constipation, aurait pour résultat d'assurer à chacun de ces symptômes une valeur, une signification particulières. Des symptômes de la maladie qu'ils sont, ils deviendraient ses caractères; ce que leur ensemble bien déterminé fait pour la maladie, leurs éléments bien spécifiés le feraient pour chacun d'eux. L'Académie nous excusera d'insister sur cette distinction, qui appartient autant à la pathologie générale des épidémies qu'à l'histoire particulière de la maladie qui nous occupe; mais cette notion est si peu répandue encore que, des six auteurs dont les ouvrages ont été renvoyés à notre examen, aucun ne s'en est pour ainsi dire préoccupé pour fixer les caractères de la suette. En fait, MM. Foucart et Caillat ont décrit avec plus de soin et de précision qu'on ne l'avait fait avant eux l'éruption miliaire; mais, loin d'avoir généralisé cette recherche pour tous les symptômes, ils ne lui ont même pas donné, dans le cas particulier, la véritable signification qui lui appartenait. En y regardant de près cependant, ils auraient vu que là réside le véritable progrès. Ce que le microscope fait aujourd'hui pour l'élément matériel des faits, l'esprit doit le faire pour leur élément rationnel: l'analyse fine et approfondie des choses, c'est le microscope de l'esprit.

Parmi les caractères de la suette qui auraient eu besoin d'être étudiés et approfondis à ce point de vue, nous signalerons exceptionnellement le caractère épidémique, infectieux ou contagieux de la maladie. Les maladies ne sont pas épidémiques, ni infectieuses, ni contagieuses de la même manière: c'est faute d'avoir fait cette distinction que les meilleurs esprits ont souvent été divisés sur les vérités les plus évidentes. En ce qui concerne la question de la contagion de la suette, par exemple, n'était-ce pas le cas de préciser les faits, ou, on a cru le reconnaître, de les analyser, de les comparer avec ceux qu'on attribuait à une autre origine?

Aucun des ouvrages soumis à l'examen de la commission n'a fait faire un pas à cette question, laquelle n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'au quinzième siècle. De part et d'autre les autorités et les preuves ne manquent pas. Si M. Rayer, par exemple, dont nul ne contestera les habitudes de précision, dit en termes formels: « La suette doit être rangée au nombre des maladies réputées contagieuses, » — d'autres, dont l'opinion n'est pas moins respectable, contestent à cette manière de voir toute espèce de fondement. — Dans sa notice sur la suette du Poitou, M. Gaillard (de Poitiers) n'écrit-il pas « qu'il est sans exemple que la suette se soit transmise par voie de contagion? » (Gaillard, p. 47). — Il en est qui sont d'une opinion mitigée et qui ne savent se résoudre en présence des faits. M. Parot (de Périgueux), après s'être inoculé la maladie et l'avoir fait reconnaître par les yeux les moins exercés, préfère le doute et écrit que « les éléments capables d'éclairer la question de la contagion sont trop insuffisants ou trop contradictoires pour que l'on puisse résoudre le problème dans un sens plutôt que dans un autre» (Parot, p. 196). Nous n'avons rien trouvé dans les travaux soumis à notre examen qui puisse aider à faire cesser cette conclusion. M. Foucart nie la contagion proprement dite, pour admettre, par analogie avec les maladies éruptives, la transmission infectieuse. Il en est à peu près de même de M. Neucourt: ce médecin voudrait qu'on créât un mot pour exprimer quelque chose qui ne fût ni la contagion, ni l'épidémicité absolues. M. Caillat nie plus explicitement la contagion. Les autres ne s'occupent pas de la question. Elle reste, comme on le voit, ce qu'elle était; si bien que la suette éprouve à peu près le même sort que le choléra, c'est-à-dire que les faits n'y peuvent rien; que les mêmes preuves servent aux opinions opposées, jusqu'à ce qu'on ait trouvé ailleurs que dans la logique la véritable cause de ces dissidences. C'est ce que nous aurions été tenté de rechercher par rapport à la suette si l'occasion ne devait se représenter bientôt, et d'une manière plus fructueuse, à propos du choléra. Bornons-nous donc, pour ce qui concerne la suette, à déclarer que la question est toujours pendante. M. Caillat seul a fait une remarque qui mérite d'être rappelée. Suivant ce médecin, un long séjour au milieu des pays où la suette s'est montrée serait nécessaire, peut-être apte à contracter cette maladie. Il a vu, dit-il, un très grand nombre d'étrangers demeurer plusieurs semaines, plusieurs mois au milieu des populations envahies par l'épidémie, et rester tous complétement inaccessibles à ses atteintes.

« J'ai donné mes soins, dit M. Caillat, à plusieurs familles » habitant la campagne dans la belle saison et Paris l'hiver: » elles avaient un personnel nombreux d'employés et de do- » mestiques. Chacune de ses familles a eu bon nombre de » malades parmi les employés à poste fixe dans leur maison » de campagne, tandis qu'*aucun* des autres domestiques n'a » payé ce tribut à la maladie. » Sur 600 malades traités par M. Caillat, aucun n'était étranger au pays. Cette remarque très précise rappelle celle qu'on avait faite autrefois à Calais, où la suette anglaise avait été importée et où elle ne régnait que parmi les Anglais: d'où le nom de maladie anglaise lui était venu. D'après ces faits, le développement de la maladie par infection ou par contagion exigerait certaines conditions d'aptitude dont l'absence constituerait une garantie d'immunité. Quelques auteurs avaient même cité comme conditions d'immunité l'enfance et la vieillesse. M. Caillat, d'accord en cela avec les observations de M. Parot, n'a pas rencontré de malades au-dessous de dix ans; il n'en aurait pas rencontré non plus d'exemple passé soixante ans. M. Foucart n'est pas aussi positif. Il a vu, quoique rarement, la suette chez des enfants à la mamelle et chez des vieillards. Mais il est d'accord avec M. Caillat pour reconnaître un plus grand nombre d'invasions chez la femme. Tous ces faits auraient besoin d'observations plus précises et plus nombreuses; car, dans plusieurs épidémies de suette anglaise, on avait fait cette remarque que la maladie attaquait de préférence les sujets vigoureux, les hommes plutôt que les femmes. Quoi qu'il en soit de ces remarques particulières, on ne saurait s'empêcher d'y lire un avertissement général à l'usage de ceux qui abordent les questions d'épidémicité, d'infection ou de contagion avec des idées absolues qui ne s'adaptent uniformément ni à toutes les maladies, ni à tous les individus.

CINQUIÈME QUESTION. — Quid *de la nature de la suette de* 1849?

Il y a des épidémiographes qui enseignent que la nature d'une épidémie peut changer, c'est même dans certaine école une opinion accréditée. Cette erreur ne saurait être que le résultat d'une méprise. — La nature d'une maladie, c'est sa cause, sa vraie cause, et une maladie ne peut changer de cause sans cesser d'être elle-même. Dans le langage de certaines écoles, la nature des maladies est confondue avec leur forme ou leur siége, ce qui conduit à supposer qu'une épidémie, envisagée sous le rapport de sa forme, peut changer de nature. Pour nous, et sans doute pour tous ceux qui considèrent la suette comme le produit d'une cause déterminée, *sui generis*, il n'y a pas lieu de supposer que la nature de cette maladie puisse changer. Elle peut être modifiée quant à son degré, quant à son intensité, quant à son alliance avec d'autres influences morbides; mais en tant que suette, c'est-à-dire exprimée par le groupe de symptômes auxquels on est convenu de donner le nom de *suette*, elle est une, absolue, toujours identique à elle-même; ce principe est indispensable à poser pour dissiper le vague dans lequel la science a été entretenue depuis plusieurs siècles par rapport à la maladie de la suette miliaire.

Les opinions qu'on a professées jusqu'ici sur la nature de la suette peuvent se rapporter à deux principales. Pour les uns, la suette est une maladie essentiellement inflammatoire; pour les autres, c'est une maladie septique. Dans ces deux genres principaux viennent se résoudre beaucoup d'opinions mixtes qu'il serait superflu de rappeler ici.

La première de ces deux opinions est antérieure à la doctrine physiologique; mais c'est surtout sous le régne de cette doctrine qu'on a professé que la suette était une gastrite, une gastro-entérite à forme spéciale entraînant comme conséquence immédiate un traitement antiphlogistique proportionné à l'intensité de ses symptômes. Nous n'insisterons pas davantage sur cette opinion, qui ne compte plus aujourd'hui de partisans avoués. Il peut encore se rencontrer des personnes, et MM. Bucquoi et Caillat sont de ce nombre, qui admettent une forme inflammatoire ou des complications organiques inflammatoires de la suette. Mais voilà tout. L'opinion qui regarde la suette comme une maladie de nature septique, miasmatique, gastrique, maligne, pernicieuse, réunit sous diverses formes l'unanimité des suffrages. Des six communications soumises à l'examen de la commission, aucune n'est en faveur de la nature inflammatoire de la suette, et toutes apportent des faits et des raisonnements en faveur de l'opinion contraire. M. Bucquoi, sans s'expliquer très catégoriquement, regarde la suette comme un certain mode d'empoisonnement; elle consisterait dans un vice particulier de l'air, qui, transmis par la respiration dans la masse du sang, l'infecte et agit à la façon des poisons miasmatiques sur le système nerveux de la vie organique. M. Neucourt trouve une très grande analogie entre la suette et les fièvres éruptives en général, et la scarlatine en particulier. Mais ces opinions, reproduites sans faits ni développements nouveaux, laissent la question au point où elles l'ont trouvée. Il n'en est pas de même de M. Foucart. Ce médecin, par la manière dont il a réuni les faits connus, par la discussion lumineuse à laquelle il les a soumis, par l'ordre et la clarté qu'il a apportés dans le groupement des preuves, par les nouveaux aperçus qu'il a su ajouter en faveur du caractère septique de la suette, a donné à cette doctrine un très haut degré de probabilité. Pour M. Foucart, la suette est une affection septique ou toxémique, comme les fièvres éruptives, le typhus, le choléra. Il y considère trois groupes de phénomènes distincts, se reliant les uns aux autres par les connexions de la nature même de la maladie: des phénomènes de *septicité* proprement dits, des phénomènes *gastriques* et des phénomènes *nerveux*. Parmi les preuves de la septicité de la suette, M. Foucart cite la rapidité de la putréfaction après la mort; cette rapidité serait telle qu'au bout de sept ou huit heures, il est impossible de rester dans la chambre où gît le cadavre. Il a fallu dans toutes les localités où a sévi la maladie renoncer à présenter les morts à l'église, et les autorités municipales ont dû abréger de plus de moitié les délais légaux pour les inhumations. Ce fait a une grande importance. Nous devons dire cependant que M. Bucquoi, médecin des épidémies du département de la Somme, dit ne pas l'avoir remarqué; mais il n'a eu que deux fois l'occasion de constater le décès de personnes mortes de la suette.

Quoi qu'il en soit, M. Foucart a étudié avec le plus grand soin la nature septique de cette maladie, et, s'il a laissé à désirer plus de précision dans ses remarques sur l'altération du sang, il a posé la question avec une netteté et il l'a résolue avec une vigueur qui ne permettront plus désormais aux doctrines hybrides de prétextes à des réticences stériles pour la science ou à des compromis dangereux pour les malades. La suette est sûrement une maladie septique. C'est un pas de fait dans la connaissance et le traitement de cette épidémie.

SIXIÈME QUESTION. — *Quel traitement a prévalu dans l'épidémie de* 1849 *et quels progrès l'étude de cette épidémie a-t-elle imprimés à la thérapeutique générale de la maladie?*

Nous l'avons déjà dit, la thérapeutique de la suette était loin d'être fixée. La saignée, les antipériodiques et les évacuants se tenaient en échec. Cette dissidence, qui dure depuis trois cents ans, peut-elle s'expliquer par un changement de nature de la maladie? Comment l'admettre? Trois méthodes également exclusives se posent avec une égale prétention d'efficacité absolue, non pas dans des épidémies successives, mais dans la même épidémie. Dès lors comment laisser aux partisans de la mutabilité des causes, de la variabilité des formes d'une même nature épidémique le bénéfice de leur éclectisme conciliateur? Pendant que M. Rayer vantait la saignée dans l'épidémie de 1821 à l'exclusion des évacuants, M. Dubun de Peyrelongue déplorait les funestes effets des pertes de sang pour préconiser l'émétique. Dans l'épidémie où M. Parot (de Périgueux) a cru reconnaître le génie pernicieux rémittent et guérissait avec le sulfate de quinine, M. Gaillard (de Poitiers) ne reconnaissait pas plus de rémittence à la maladie que d'efficacité à la méthode, et dans la même épidémie de Poitiers, presque sur les mêmes malades, MM. Gaillard et Loreau obtenaient avec les émétiques des résultats complétement opposés. Entre les mains du premier, ils tuaient, et guérissaient presque à coup sûr entre les mains du second. La même divergence existe entre les médecins qui ont observé l'épidémie de 1849. Sur plus de six cents cas traités principalement par la saignée, M. Caillat affirme n'avoir perdu aucun malade. M. Neucourt (de Verdun) déclare, au contraire, qu'entre ses mains la saignée a été plus nuisible qu'utile; et M. Foucart, dont tout l'ouvrage est une éloquente manifestation contre la saignée, a guéri tous ses malades, au nombre de plus de mille, en les faisant vomir avec l'ipéca. — Serait-ce que la maladie guérissait par tous ses remèdes ou malgré tous ses remèdes? Mais, de l'aveu de tous les auteurs, la mortalité moyenne n'est pas moins d'un vingtième, quelquefois d'un quinzième. Serait-ce enfin que chaque épidémie, meurtrière à son début et inaccessible à cette époque à toute médication, ferait refluer sur ses périodes plus bénignes un contingent de mortalité, la même pour toutes les méthodes? Tout cela a été dit et soutenu avec plus ou moins de foudement, et tout cela prouve qu'en médecine plus que partout ailleurs la vérité est difficile à reconnaître et plus difficile encore à faire voir. Cherchons cependant si, malgré ces incertitudes perpétuées comme à dessein depuis trois siècles, il n'est pas possible d'arracher à ces oracles à double sens qu'on appelle les faits et l'expérience quelque réponse plus claire et surtout plus profitable à la science et à l'humanité.

Il ne faut pas s'abuser, quoi que cette déclaration puisse rencontrer d'opposition vulgaire, il y a quelque chose au-dessus des faits, c'est l'esprit qui les observe et les juge. Dans l'espèce, cela n'est que trop bien établi, les faits n'ont jamais manqué en faveur de la saignée contre les émétiques, *et vice versâ* en faveur des émétiques contre les saignées, et qui plus est, pour écarter tout prétexte de méprise, on a vu les mêmes faits, les mêmes malades et pour ainsi dire les mêmes morts et les mêmes guérisons témoigner tour à tour pour et contre les mêmes médications. Comment s'y prendre pour sortir de ce dédale dans lequel on semble creuser incessamment de nouvelles routes à la médecine sans jamais lui ouvrir d'issue?

Pour répondre convenablement à cette question particulière, il faudrait presque un traité général sur l'art d'interpréter les résultats thérapeutiques; il faudrait rechercher comment les effets de telle ou telle médication et, dans l'espèce, comment la saignée, l'émétique, les purgatifs, le sulfate de quinine attestent leur efficacité contre la suette, et comment les adversaires de chacune de ces méthodes parviennent à en démontrer le danger ou au moins l'insuffisance. Jusqu'ici la médecine n'a guère procédé que par deux méthodes: le *post hoc ergo propter hoc,* et la méthode numérique qui a été un premier pas dans la voie des démonstrations sérieuses. Or, que faire avec ces deux méthodes en présence de M. Caillat qui vous dit avoir guéri 600 malades principalement par les saignées, et M. Foucart qui en a guéri 1,000 avec l'ipéca, à l'exclusion complète de la saignée, qu'il déclare dangereuse, mortelle? On n'alléguera pas que 1,000 cas prouvent plus que 600; car si M. Foucart n'avait traité et guéri que 600 malades, sa déclaration et sa négation n'en auraient pas moins d'importance à l'endroit des 600 guérisons de M. Caillat; la difficulté reste donc tout entière. Pour en sortir, nous allons, à défaut de méthode générale d'appréciation dont la science manque encore, montrer à l'Académie à l'aide de quel procédé particulier nous sommes parvenu à nous fixer sur la valeur des différents traitements employés contre la suette de 1849 et sur la méthode du traitement à opposer désormais à cette maladie.

Avec le ton d'une extrême bonne foi, l'un des auteurs dont nous avons examiné les travaux, M. Neucourt, avoue qu'il s'est trouvé, en présence de la suette, dépourvu de toute conviction et sans parti pris sur les médications connues. Il commence par saigner les trois premiers malades; bientôt après, des symptômes analogues à ceux de la fièvre intermittente étant survenus, il leur a administré à tous trois du sulfate de quinine. Ces trois malades résistèrent; mais, ajoute M. Neucourt, leur convalescence fut d'une longueur extrême, et quatre mois après leur maladie ils étaient encore languissants, ne pouvant pas travailler et ayant parfois encore des sueurs abondantes plusieurs jours de suite. Le même médecin rapporte ensuite deux observations de jeunes filles mortes, qui avaient été saignées dès le début, et celle de leur mère qui avait succombé quarante-huit heures après une application de sangsues. — En opposition avec les premiers résultats de sa propre pratique, M. Neucourt cite ceux qu'il a obtenus de l'usage des purgatifs et du sulfate de quinine combinés. La guérison a eu lieu dans tous les cas, à l'exception de celui d'une jeune fille qui avait été saignée au début de la maladie. M. Neucourt ajoute que la convalescence chez ceux qui avaient pris le sulfate de quinine a été moins longue que chez ceux qui avaient été saignés.

Passant au travail de M. Caillat, nous y avons vu les deux paragraphes qui suivent :

« Toutes les fois que les étouffements étaient rapprochés, » qu'ils étaient très prononcés, et alors surtout qu'il y avait » congestion inflammatoire pulmonaire, je faisais une appli- » cation de sangsues, qui souvent était répétée le jour même » ou le lendemain. Dans des cas plus graves encore, quand » la congestion et l'inflammation du poumon continuaient à » faire des progrès, malgré l'emploi des évacuations sangui- » nes locales, j'ai recouru à la saignée générale et n'ai eu » qu'à m'en féliciter. »

Au bas de la même page, M. Caillat ajoute : « Je dois » faire ici une réflexion qui me semble de quelque impor- » tance sur l'emploi des émissions sanguines dans le traite- » ment de la suette. Je crois que, dans cette maladie, on » doit attaquer hardiment par ces moyens les accidents in- » flammatoires formidables qui se montrent quelquefois du » côté des organes importants de la vie. Cependant (veuillez » remarquer ceci, messieurs) je n'y ai jamais recouru qu'a- » vec une très grande circonspection. En effet, les habitants » des campagnes, en général, supportent mal, on le sait, » les évacuations sanguines. Les populations rurales au mi- » lieu desquelles je me trouvais m'ont paru, de plus, avoir » relativement moins d'énergie, moins de résistance vitale » que beaucoup d'autres... Une circonstance en même temps » dont il a été bon de tenir compte dans l'emploi des saignées » générales ou locales pendant le cours de cette épidémie, » c'est le grand abattement, la grande faiblesse morale, » compagnes ordinaires de la suette, qui fait que la moindre » déperdition de sang jette souvent la malade dans un état » de colapsus rapidement mortel. »

Le même auteur termine son chapitre par ces lignes remarquables :

« Au début de la maladie, j'ai quelquefois administré avec » succès l'ipécacuanha à dose vomitive, et beaucoup de con- » valescences qui semblaient interminables n'ont marché ra- » pidement vers une fin heureuse qu'à la suite de l'emploi » d'un purgatif salin. »

Que l'Académie veuille bien le remarquer, c'est un partisan des évacuations sanguines qui parle; c'est le révélateur des violentes complications inflammatoires qui appelle l'attention sur le colapsus rapidement mortel succédant parfois aux saignées et sur ces convalescences interminables guéries tout à coup par les évacuants. Que fallait-il pour mettre ces précieuses révélations à profit, pour retirer tout ce qu'elles renferment d'utile au traitement de la suette? S'éclairer de la vraie nature de la maladie, partir de l'idée que la suette est une affection septique, altérant le sang et déprimant le système nerveux, généraliser à la lumière de ce principe la critique énoncée en fait dans les observations particulières de M. Neucourt et dans les réflexions mêmes de M. Caillat, et instituer hardiment une médication générale en rapport avec le caractère général de la maladie, demander, en un mot, à l'expérience généralisée la confirmation de la conception étiologique de la maladie. Voilà ce qu'a tenté et réalisé M. Foucart pour le traitement de la suette de 1849, avec un talent et un succès auxquels l'Académie, comme nous, sera sans doute heureuse d'applaudir.

Et d'abord, commençons par rendre justice à tous les médecins qui, depuis 1821, ont eu occasion d'observer la suette. Tous, sans exception, se sont élevés contre la pratique barbare qui consiste à étouffer littéralement les malades pour favoriser la sueur. Malgré l'unanimité de cette prescription, la tradition populaire n'a rien perdu de sa force, et si les paysans de la Picardie n'ont plus à leur disposition les étuves du moyen âge, ils ont les couvertures et les matelas sur lesquels ils ensevelissent les malades, et les galetas hermétiquement fermés où ils les asphyxient, sous prétexte de les affranchir du contact pernicieux de l'air. Ce préjugé est encore tellement puissant, que les praticiens de campagne n'y échappent pas plus que le peuple. M. Foucart affirme qu'à son arrivée sur ce théâtre de l'épidémie tous les médecins de l'arrondissement de Péronne, sans exception, faisaient suer leurs malades. Il cite même un confrère qu'il trouva au lit, accablé d'un nombre considérable de couvertures. Mais M. Foucart a apporté dans la suppression de cette pratique meurtrière l'énergie de résolution et l'autorité de conviction qu'il a montrées dans les autres phases de la thérapeutique de la suette. Partout il fit ventiler avec soin, il pratiqua ce qu'il appelle le *découvrement* brusque et général des malades. Le succès de cette révolution en grand frappa vivement les habitants, et bientôt il eut la satisfaction de voir une réaction presque générale en sens contraire.

En entrant dans la chambre des malades, il trouvait souvent les assistants occupés à les *démucher;* c'était leur expression; et pour ceux qui connaissent la langue du pays, ils comprennent dans quel état devaient être les pauvres épidémiques muchés sous les couvertures, les matelas ou les édredons, suivant leur degré de fortune.

Nous arrivons aux faits importants, capitaux, de l'intervention de M. Foucart dans ce traitement de la suette de 1849.

Frappé comme vous avez pu l'être vous-mêmes au seul énoncé des réflexions naïves du docteur Neucourt et des confidences non moins naïves de M. Caillat sur les effets de la saignée dans la suette, M. Foucart s'est d'abord attaché à démontrer, par un grand nombre de faits, le danger des évacuations sanguines comme moyen prophylactique d'abord, puis comme agent curatif.

Partant de l'idée que les constitutions robustes étaient atteintes de préférence, quelques médecins avaient conseillé la saignée comme préservatif de la suette; mais l'expérience n'a que trop prouvé l'inanité de cette induction. Dans le pays où M. Foucart a été envoyé, il a trouvé cette croyance établie. Les jeunes gens les mieux portant venaient lui demander des saignées de précaution. Or il affirme n'avoir jamais vu un sujet prophylactiquement saigné être épargné par la maladie, et toujours, chez tous, la maladie a été plus grave, sinon mortelle. M. Foucart cite entre autres les cas de quatre jeunes gens, forts, vigoureux, qui s'étaient fait faire le matin même des saignées de précaution; ils avaient été pris de la maladie quelques heures après et avaient éprouvé des accidents beaucoup plus graves que les malades non saignés. Il cite encore le cas d'un gendarme en bonne santé qui, s'étant fait faire une saignée de précaution, succomba le lendemain, après vingt-quatre heures d'une suette des plus intenses. Des cas de ce genre avaient déjà été observés dans des épidémies antérieures. M. Foucart cite un passage de Duhun de Peyrelongue (épidémie de 1821), qui constate les funestes effets de la saignée comme moyen préservatif de la suette.

Mais ce que M. Foucart ne démontre pas moins victorieusement, ce sont les déplorables effets des évacuations sanguines comme moyens curatifs, et il le démontre de trois manières : 1° par la mortalité; 2° par la gravité plus grande de la maladie; 3° par la convalescence plus longue et plus pénible.

M. Foucart n'a pas dressé de tableau statistique duquel il résulte que la saignée a fait mourir plus de malades que les autres pratiques. En temps d'épidémie, le grand nombre de faits supplée aux chiffres. Or, M. Foucart affirme que la plupart des malades qu'il a vus mourir de la suette avaient été saignés. Il cite, entre autres, l'exemple d'un petit village de Somme, la commune de Cugny, où la mortalité fut très forte. 35 morts sur 382 malades, environ le dixième, pour lesquels la commune avait dépensé la somme fabuleuse de 500 francs de sangsues, sans compter les saignées générales.

En second lieu, les malades qui avaient perdu du sang étaient généralement pris d'accidents plus graves; quelques-uns même passaient d'un état de suette bénigne à un état déplorable, caractérisé souvent par l'étouffement, la constriction épigastrique, des accidents nerveux formidables, et même un délire effrayant. M. Foucart rapporte plusieurs cas de ce genre. Pour lui, et nous devons le dire pour tous ceux qui liront son travail avec impartialité, il sera impossible de méconnaître que la saignée était presque toujours le point de départ des accidents nerveux. Un malade qu'il interrogeait sur la durée et le point de départ de ces accidents lui répondit : « C'est après la saignée que les nerfs ont commencé à jouer. » — D'autres auteurs, MM. Parot et Gaillard (de Poitiers), avaient déjà signalé les funestes effets de la saignée sur la mortalité de la suette, et l'éclatante confirmation de M. Foucart ne fait que mettre cette vérité hors de doute.

Quant à la longueur des convalescences, elle est attestée par ceux-là mêmes qui ont employé ou préconisé la méthode antiphlogistique. M. Rayer, qui, en 1821, était partisan de cette méthode, parle à plusieurs reprises des convalescences longues, qu'il suppose être, comme M. Caillat, un des caractères des guérisons de la suette. Mais les nombreuses occasions qu'a eues M. Foucart, dans l'épidémie de 1849, de renouveler ses remarques ne permettent plus de méprise à cet égard; et ceux dans l'esprit desquels il pourrait encore rester quelque doute ne tarderont pas à le voir se dissiper.

Après s'être ainsi rendu compte du danger des émissions sanguines dans la suette, M. Foucart avait à choisir entre la méthode expectante, le sulfate de quinine préconisé par M. Parot et les évacuants (vomitifs et purgatifs). D'après différentes considérations exposées dans son travail avec autant de science que d'impartialité, M. Foucart a cru devoir donner la préférence à l'ipécacuanha, déjà employé, mais très exceptionnellement. Il aborda cette médication avec résolution et fermeté. Contrairement à ce que beaucoup de médecins avaient fait timidement dans cette épidémie et dans les épidémies antérieures, M. Foucart traita de prime abord par l'ipécacuanha un grand nombre de malades, et le succès de cette large expérimentation fut si complet qu'il fit la base de tous ses traitements ultérieurs. Il l'essaya au début de la maladie, il le donna à ses périodes avancées, dans les cas bénins, et l'efficacité de cette méthode entre ses mains fut telle que, sur plus de 1,000 malades où elle a été employée, aucun n'a succombé.

On pourrait croire au premier abord, ainsi que cela a déjà été dit, que M. Foucart a commencé ses expériences au déclin de l'épidémie; il n'en est rien. Il est arrivé dans des localités où l'épidémie débutait, où les malades étaient puissamment étouffés sous les couvertures et épuisés par la saignée. Dès son apparition, l'épidémie changea de face, et partout où la mortalité existait dans des proportions quelconques, elle cessait complétement dès l'installation de la méthode. Parmi les faits qui établissent d'une manière irrécusable cette heureuse influence, M. Foucart cite la commune de Chuignolles (arrondissement de Péronne), où on enterrait la dixième victime au moment où M. le docteur Langlet s'y présenta. Frappé des succès de M. Foucart, notre confrère, à son exemple, change les médications employées jusque-là pour recourir à l'ipéca, et la mortalité cesse.

Du reste, nous sommes heureux de le reconnaître, M. le docteur Langlet n'est pas le seul qui ait loyalement renoncé aux méthodes précédemment préconisées pour suivre les errements de M. Foucart. M. le docteur Missa (de Nanteuil), ainsi que MM. les docteurs Mollien, Morlet fils, Kirchteu, Ganjan se sont empressés, le premier surtout, de recourir au traitement par l'ipéca, et les résultats qu'ils ont obtenus sont un précieux témoignage en faveur de la méthode.

L'Académie l'a suffisamment compris; il ne s'agit plus ici d'un point de départ statistique; ce n'est pas une mortalité moindre, une proportion de guérison plus grande, mais une révolution complète, radicale dans le traitement de la suette.

Que faut-il pour le démontrer sans réplique? Rappeler les mille guérisons obtenues par M. Foucart en opposition avec les six cents de M. Caillat? — Mais ce n'est pas à l'aide d'une simple opération d'arithmétique qu'on peut apprécier la valeur d'une méthode de traitement. Ainsi que l'a dès longtemps établi notre éminent collègue M. Louis, l'influence d'une médication sur la marche de la maladie permet seule de juger de son efficacité. Or, de l'aveu de M. Caillat lui-même, par les saignées les convalescences sont longues, pénibles et traversées d'accidents; par l'ipéca, elles sont généralement courtes, rapides et la maladie est presque toujours enrayée du premier coup.

Cependant, M. Foucart ne s'est pas absolument interdit de recourir à des médications auxiliaires quand les indications s'en présentaient. Ainsi, lorsqu'à la suite de l'action vomitive la maladie prenait la forme rémittente ou intermittente, il avait recours quelquefois, et avec succès, aux préparations de quinine. De même, lorsque l'état bilieux ou la constipation persistaient, il administrait utilement des purgatifs salins. Telle a été la conduite de M. Foucart.

Si maintenant nous passons du particulier au général; si de l'épidémie de 1849 il est permis de conclure, quoique avec réserve, aux épidémies de suette à venir, n'a-t-on pas lieu d'espérer que le traitement général de cette maladie aura fait un grand pas? Ne devra-t-on pas aborder désormais avec confiance et sans hésitation aucune le traitement qui a si bien réussi entre les mains de notre confrère? Certes, avant de se prononcer d'une manière définitive, avant d'admettre cet aphorisme que nous avons proposé nous-même, que « l'ipéca est le spécifique de la suette, » il conviendra d'en vérifier l'efficacité absolue dans une nouvelle épidémie à son début, à sa période d'état, comme à son déclin, mais à son début surtout; car s'il pouvait rester encore quelque doute sur l'efficacité constante de la médication, ce serait à cette époque où la maladie donne à peine le temps de recourir à la médecine qu'il conviendrait surtout d'expérimenter. Mais nous ajouterons qu'au début des épidémies de suette, comme au début de toutes les autres épidémies, l'important sera de saisir la maladie dès ses premières apparences. S'il est vrai, en effet, que l'influence épidémique neutralise à son profit toutes les autres influences morbides, il ne faut pas hésiter à systématiser le remède comme elle systématise la maladie, faire vomir immédiatement tous les malades par l'ipéca. Il ne peut y avoir à cette précipitation aucun inconvénient; la maladie ne fût-elle encore qu'à l'état de menace, on l'empêche de se développer; il n'est pas moins utile de la prévenir que de la guérir.

En conséquence de ce qui précède, la commission de la suette croit devoir proposer d'adresser des remercîments à MM. Boinet, Bucquoi, Caillat, Lachèze, Neucourt pour leurs communications, et de féliciter en particulier M. Foucart pour son important travail et de renvoyer ce dernier au comité de publication.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 107. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 107. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des préparations iodées dans les tubercules pulmonaires.

(Suite. — *Voir* le numéro du 2 septembre.)

Je vous ai entretenus dans la dernière leçon du mode d'administration des préparations iodées; je vous ai indiqué sous quelles formes et de quelle manière ce médicament devait être pris par les malades : à l'intérieur, sous forme d'iodure de potassium dans une potion appropriée (1), sous forme d'inhalation, soit en faisant respirer directement au malade la vapeur d'iode, soit à l'aide d'appareils convenables ; à l'extérieur, en frictions avec la teinture d'iode étendue de quinze à vingt fois son poids d'eau, et en ayant soin de mettre trois ou quatre jours d'intervalle entre chaque friction.

Aujourd'hui, je me propose de vous parler des résultats que nous a donnés le traitement que je vous ai indiqué et qui m'a fourni depuis longtemps déjà des observatious de guérison et le plus souvent un arrêt dans la marche de cette affection, qui fait le désespoir des médecins.

Depuis le mois de mars, époque à laquelle nous avons commencé notre cours de clinique médicale et où nous avons suivi avec plus de soin encore ces intéressantes recherches, nous avons eu occasion d'observer 33 malades atteints de tubercules pulmonaires. Sur ces 33 malades, 5 n'ont pu être soumis à l'influence des préparations iodées, parce qu'ils sont arrivés dans notre service dans la période la plus avancée de l'affection. Il y avait des accidents généraux tels et une destruction tellement avancée des poumons que nous n'osâmes pas, peut-être à tort, les soumettre à un pareil traitement. Ces 5 malades sont morts sans avoir été soumis comme les autres au traitement iodé.

28 malades seulement ont donc été traités par l'iode et la manière dont nous l'avons indiqué dans notre dernière leçon, c'est-à-dire par les inspirations de vapeur d'iode métallique, par les frictions faites avec la teinture d'iode mitigée étendue de son vingtième de poids d'eau et par l'usage de potions contenant 1 gramme d'iodure de potassium.

Sur ces 28 malades, 11 seulement sont sortis sans avoir éprouvé dans leur état d'amélioration bien franche et bien positive. Les lésions du poumon n'ont subi aucune modification; de même qu'il faut constater qu'il n'y a eu, en général, aucune aggravation dans les accidents qu'ils ont éprouvés. On a prétendu que les vapeurs d'iode avaient l'immense inconvénient de provoquer des hémorrhagies du poumon et dans d'autres cas de déterminer l'inflammation des muqueuses déjà malades. Dans aucun de ces cas, nous n'avons déterminé d'hémoptysie, et, bien mieux, nous avons soumis aux inspirations iodées des malades ayant des hémoptysies : je vous citerai le n° 4 de la salle Saint-Charles, et nous n'avons pas constaté qu'il y ait eu aggravation dans cette complication; l'hémoptysie s'est passée chez ce malade et dans quelques autres cas aussi rapidement que si l'on avait employé d'autres médications plus actives. Chez quelques malades, il y a eu une légère augmentation dans la toux, qui est devenue un peu plus fréquente; nous avons observé dans les premiers temps un peu de dyspnée, mais dans aucun cas nous n'avons constaté de pneumorrhagie. La manière dont nous faisons inspirer les vapeurs d'iode dans des flacons à large ouverture et placés à distance de la bouche de manière qu'une certaine quantité d'air atmosphérique se trouve mélangée de vapeur d'iode est pour beaucoup dans la facilité avec laquelle la plupart des malades supportent ces inspirations. J'ajouterai qu'il est très probable que la manière dont on a fait jusqu'à présent pénétrer les vapeurs médicamenteuses dans les poumons, à l'aide surtout d'appareils à inhalation, a été pour beaucoup dans le peu de succès que l'on a obtenu de l'emploi d'un moyen qui agit d'une manière si directe sur l'organe malade. Les appareils à inhalation ont et auront toujours cet énorme inconvénient de fatiguer un organe qui fonctionne déjà mal et de détruire de cette manière le bénéfice que l'on peut espérer de l'emploi d'un médicament qui a certainement une puissante action.

Si nous avons eu à constater 11 cas dont le résultat a été douteux, nul, si l'on veut, ajoutons que 17 malades ont ressenti une amélioration non douteuse du traitement iodé; et cette amélioration a porté non-seulement sur les accidents généraux; mais il nous a été possible de constater d'une manière certaine, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, que la lésion du poumon était tellement diminuée que, sur ces 17 malades, 4 ont dû être considérés comme guéris.

Sur ces 4 sujets, 2 ont surtout offert des particularités des plus intéressantes. L'un a été cette jeune fille qui, après avoir eu dans nos salles (salle Sainte-Anne, n° 4) une fièvre typhoïde des auteurs, fut prise pendant sa convalescence d'une petite toux sèche, d'amaigrissement profond, de sueurs irrégulières et copieuses, d'entérorrhée. Nous constatâmes, en outre, au sommet du poumon droit, un son mat dans l'étendue de 7 centimètres, et l'auscultation nous fit trouver par des signes non douteux (expiration prolongée, bronchophonie légère, craquements secs et rares) un commencement d'induration pulmonaire de nature évidemment tuberculeuse. Nous n'hésitâmes pas à soumettre immédiatement cette jeune fille au traitement iodé. Trois semaines après, les accidents généraux avaient presque complètement disparu; la matité ne se mesurait plus que dans l'étendue de 5 centimètres; il y avait déjà une amélioration notable qui ne fit que continuer. Cette jeune fille, en moins de sept semaines, avait vu disparaître tous les accidents généraux et locaux qu'elle avait éprouvés, et sortit véritablement guérie de l'hôpital.

L'autre malade que je veux vous rappeler est un jeune Savoyard de seize ans à peine, couché au n° 10 de la salle Saint-Charles. Cet enfant nous arriva dans un état si grave, si alarmant que j'hésitai un instant à le soumettre à l'influence des préparations iodées. Il était dans un état d'amaigrissement profond; sa peau était presque constamment couverte de sueurs profuses. Il avait une entérorrhée qui durait depuis deux mois; il avait éprouvé à plusieurs reprises des pneumohémies; sa maladie remontait à deux ans; il avait souffert de la misère. Il existait des deux côtés du poumon des indurations très étendues, et au sommet du poumon droit une couenne de médiocre étendue se révélait par un gargouillement des plus faciles à percevoir. L'expectoration était, en outre, caractéristique.

Après quelques jours de repos, ce jeune garçon fut soumis au traitement iodé, et tous ces accidents si graves, qui nous avaient donné peu d'espoir d'améliorer sa position, ne tardèrent pas à être modifiés de la manière la plus remarquable. Les accidents généraux disparurent les premiers; l'embonpoint revint surtout avec une rapidité notable. Les sueurs, l'entérorrhée, la fièvre, la toux, l'expectoration se modifièrent de la manière la plus avantageuse, et six semaines après son entrée à l'hôpital, ce jeune garçon, qui se levait, qui mangeait trois portions d'aliments, voulut absolument sortir.

Nous constatâmes, d'un côté, la disparition complète de la matité, de la bronchophonie, de l'induration pulmonaire; de l'autre côté, il y avait une diminution dans l'étendue de la matité; l'excavation tuberculeuse existait toujours; mais il ne faisait plus entendre ce gargouillement que nous avions signalé, et nous avons pu penser qu'elle pouvait être en voie de cicatrisation. Il est très certain que, si ce jeune garçon, en retournant dans son pays, continue à suivre le traitement que nous lui avons indiqué, il pourra achever une guérison que nous avons faite presque complètement.

Deux autres malades sont également sortis guéris de l'hôpital. La lésion, il est vrai, était peu étendue; et c'est au début surtout que le traitement iodé peut avoir la plus heureuse influence.

La durée moyenne du traitement a été de trente-deux jours.

Et qu'on ne vienne pas nous dire, messieurs, que nous avons mal observé, que nous nous sommes laissé aller à une illusion qui serait bien fâcheuse dans de telles circonstances. Si l'on a pu attaquer la percussion, la plessimétrie dans quelques cas, jamais, dans des circonstances pareilles, on n'a pu enlever à cette méthode d'exploration son importance; et, en effet, dans ces cas, il était de la plus haute portée de pouvoir mesurer l'étendue de la lésion. L'auscultation pourrait, à la rigueur, nous indiquer le degré de la maladie; mais sans la percussion, nous serions restés dans l'ignorance de l'étendue de cette lésion, et vous pouvez voir, dans ces cas, quelle importance cette connaissance pouvait avoir. C'est avec le plessimètre que nous sommes arrivé, à un centimètre près, à constater quelles ont été les portions de poumon atteintes par la maladie, et dans quelle étendue le poumon se trouvait envahi par les tubercules. Croyez-vous, messieurs, que ce résultat soit peu de chose et n'ait pas une immense valeur? Nous avons pu suivre, je dirai presque jour par jour, la marche de la maladie et la modification que le traitement pouvait avoir sur l'organe malade.

Je ne vous ai pas parlé de quelques autres faits dont j'ai été témoin dans ma pratique civile, et que je joindrai aux résultats que nous avons obtenus à l'hôpital, dans de mauvaises conditions hygiéniques. J'ai publié déjà huit ou dix de ces observations dans mon *Traité de Médecine pratique*. L'un était un jeune homme de la Guadeloupe que j'ai suivi plus de cinq années après le traitement, et chez lequel la guérison s'est maintenue; une dame de la Martinique, depuis trois ans, n'a pas éprouvé de nouveaux accidents, etc. J'ai publié également dans mon *Atlas* le fait d'un horloger qui crachait un pus d'une grande fétidité, et qui avait une vaste caverne au sommet du poumon droit. Cet homme fut soumis aux inspirations de la teinture d'iode, et après un mois et demi de traitement je pus le considérer comme guéri. Une demoiselle de Melun, que je soignai de la même manière avec M. le docteur Fantin, est guérie également d'induration tuberculeuse existant au sommet des deux poumons, et depuis deux ans cette guérison s'est maintenue.

Les circonstances les plus mauvaises, et dans lesquelles le traitement iodé m'a paru, comme les autres traitements, être sans efficacité, ont été celles qui ont déterminé une tuberculisation rapide, et il est très certain que la tuberculisation qui se manifeste après l'accouchement est celle qui est le plus rebelle à tous les moyens de traitement.

(1) Au point de vue de l'administration à l'intérieur de l'iode en nature, la meilleure forme est l'iodure de fer conservé d'après la méthode de M. Gille. L'iodure de fer, en effet, est le plus instable de tous les composés d'iode, et aussitôt que les dragées d'iodure de fer sont arrivées dans l'estomac le sel se décompose en ses deux éléments; cette préparation permet donc à la fois l'absorption de l'iode en nature et du fer à l'état de division moléculaire; ce qui est aussi, ainsi que le disait avec raison M. Gendrin dans une de ses dernières leçons, le meilleur mode d'administration du fer. (N. du R.)

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOTHÈQUE DU MÉDECIN-PRATICIEN, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; par une Société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, membre de la Légion-d'Honneur, auteur du DICTIONNAIRE DES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE, rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX. 15 gros volumes à deux colonnes compactes. — Chez J.-B. Baillière.

Enfin ce travail immense est accompli! J'ai là sur ma table 15 gros volumes qui en valent bien 100, sur ma parole! tant le texte en est compacte, tant ils contiennent de matière. Cette œuvre de bénédictin me remplit tout à la fois d'épouvante et d'admiration : d'épouvante, parce que j'ai à en rendre compte; d'admiration, parce que j'y puise à pleines mains la science qui me manque ou le souvenir qui me fait défaut.

Il n'est pas un seul de ces quinze volumes que je n'aie déjà feuilleté bien souvent; il n'est pas un seul de ces traités multiples dont je n'aie plusieurs fois déjà consulté les documents; et pourtant, le dirai-je à ma honte? je suis dans un embarras extrême. Il faut en rendre compte. Quinze volumes, et de la valeur de cent encore... mais ce n'est pas une petite affaire... Une semblable pâture est de difficile digestion... Quand le critique a un ou deux volumes à croquer, rien n'est plus aisé; il les tourne, les retourne et ne s'en effraie pas plus que d'un goujon... Mais quinze volumes! Gargantua flanqué de Pantagruel n'en viendrait pas à bout.

Prévoyant les ennuis où je me trouve aujourd'hui, j'avais voulu, dans le temps, me ménager une porte de sortie. Chargé de rendre compte des tomes XI, XII et XIV, parus en 1850, j'écrivais à cette même place, le 13 juillet 1850, les lignes suivantes : « Commencé en 1843, l'ouvrage sera terminé dans le courant de 1851; il aura donc fallu huit longues années pour mener à bonne fin ce travail immense, qui ne laisse dans l'ombre ni un fait, ni une opinion, que ce fait ou cette opinion se trouve dans un livre de longue haleine ou qu'il soit perdu dans un mémoire de quelques pages. Treize volumes ont déjà paru; et, en présence de ce monument de vaste érudition, le critique se sent pris d'un profond découragement, et serait tenté de se demander, lui aussi, huit longues années pour examiner, compulser et rendre compte de cet ouvrage. Mais le journalisme n'admet pas de pareilles lenteurs; et, fort heureusement pour nous, la *Gazette des Hôpitaux*, prudente ménagère de la santé de ses rédacteurs et des plaisirs de ses abonnés, a pris soin de rendre compte des volumes au fur et à mesure qu'ils paraissaient; de telle sorte que l'article final, qui sera nécessairement un coup d'œil jeté sur l'ensemble de l'ouvrage, offrira peu de difficultés, et si ce travail nous incombe, nous tâcherons d'avoir de bons ciseaux de préférence à une bonne plume. »

Je suis fâché, pour mon amour-propre, de ne plus professer, en 1851, l'opinion que j'émettais en 1850; car la tâche qui me paraissait alors si facile est aujourd'hui, qu'il faut la réaliser, d'une difficulté extrême. Les meilleurs ciseaux du monde n'y peuvent pas grand'chose; et rien que pour coudre ensemble quelques lambeaux d'analyse sur chaque volume, il me faudrait quinze fois plus d'espace qu'il ne m'en est accordé.

Il ne faut donc pas songer à descendre dans les détails; je me dois contenter d'un coup d'œil d'ensemble, d'un aperçu général, et rechercher surtout si, à travers les méandres de cette immense encyclopédie, l'esprit qui lui donna naissance ne s'est pas oublié un instant, et s'il n'a pas constamment poursuivi et atteint le but pratique qu'il se proposait au début.

Ainsi que je le disais plus haut, j'ai déjà largement puisé dans ces quinze volumes d'excellents conseils de pratique et de précieuses connaissances purement spéculatives, et j'avoue que l'on peut, sans crainte d'être démenti, répéter pour chacun d'eux ce que M. Velpeau disait du *Traité des maladies des femmes* : « Le premier volume de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* est une monographie complète des maladies des organes sexuels de la femme. On y trouve reproduits, dans ce qu'ils offrent d'utile et de pratique, les travaux les plus importants, anciens et modernes, sur cette partie de la science. Cet ouvrage remplit parfaitement le but que s'est proposé l'auteur. Par l'abondance et l'étendue des citations, c'est une véritable *bibliothèque* qui sera fort utile au médecin praticien. »

Ce jugement de M. Velpeau me rappelle une réflexion que m'inspire toujours la vue d'une encyclopédie : comment, me dis-je, se peut-il rencontrer un éditeur qui consente à élever contre sa librairie une semblable concurrence? Si, de toutes ses monographies et de tous ses ouvrages spéciaux, il exprime le bon, l'utile, la quintessence, en un mot, pour l'offrir au public, qui y trouve le triple avantage de l'économie de temps, de travail et d'argent, comment cet éditeur peut-il encore espérer vendre les livres amoncelés chez lui? Je prends au hasard le *Traité sur la syphilis* ; après l'avoir lu, plus ne m'est besoin des ouvrages et des mémoires des Ricord, des Jourdan, des Cazenave, des Devergie, des Desruelles, des Hunter, etc.; opinions, expériences, doctrines, pratique, modes de traitement,

Il y a encore beaucoup à faire sur le traitement iodé appliqué à la guérison des tubercules en général. La voie est ouverte, on peut travailler avec fruit dans cette direction ; mais, avant tout, songez bien que, pour l'utilité des malades et de la science, il faut étudier avec conscience, il faut que les faits, comme ceux que nous venons de vous faire connaître, parlent haut, et qu'avant tout il faut vous appuyer sur des faits positifs, certains, et vous ne vous égarerez jamais si vous étudiez par tous les moyens que vous avez à votre disposition les signes physiques, la lésion de l'organe malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 septembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades.

M. Chassaignac présente deux malades sur lesquels il avait déjà appelé l'attention de la Société de chirurgie, et qui ont subi chacun une opération dont le résultat est satisfaisant. L'un d'eux était affecté d'un staphylome pellacide.

M. Monon présente deux malades dans le but de démontrer les avantages que le chirurgien peut retirer du traitement des tumeurs érectiles par l'usage des aiguilles et du séton successivement employés.

Le premier malade est une jeune fille maintenant âgée de quatorze ans ; elle lui fut présentée à l'âge de neuf mois. Elle portait sur la face, au niveau du maxillaire inférieur à gauche, une tumeur érectile volumineuse, s'étendant depuis la commissure labiale jusqu'au conduit auditif ; cette tumeur était entièrement sous-cutanée, ne faisant pas saillie dans l'intérieur de la bouche. M. Monod enfonça de nombreuses aiguilles qui traversèrent la tumeur de part en part, et les fixa par un fil lâchement appliqué, comme s'il s'agissait d'une suture entortillée. Dix jours après, le trajet de ces aiguilles était en pleine suppuration. A la place des aiguilles, on mit plusieurs sétons placés à l'aide d'aiguilles plates, et dans toutes les directions. Ces opérations furent souvent répétées, et au bout d'un an la guérison était complète.

On ne trouve, sur le lieu occupé il y a treize ans par la tumeur, aucune induration ; il n'existe sur la peau que quelques cicatrices plates peu étendues, ne constituant aucune difformité.

L'autre malade, âgé de sept ans, est un jeune garçon qui offrait une tumeur érectile, de même nature, dans la paume de la main droite, développée au niveau de l'articulation de la première phalange de l'index avec le métacarpien correspondant ; la tumeur avait un rapport intime avec les tendons fléchisseurs. M. Monod eut encore recours au traitement par les sétons. Le 30 avril 1850, il appliqua d'abord des aiguilles qui furent laissées en place quinze jours ; ensuite eut lieu une première application de sétons qui restèrent également quinze jours, et quatre fois cette opération fut répétée. Les sétons étaient quelquefois laissés en place pendant un et deux mois. Actuellement cet enfant est parfaitement guéri, et les mouvements des doigts ont conservé toute leur intégrité.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

A propos de ce dernier, M. Vidal donne les détails suivants sur l'opération qu'il a pratiquée sur son malade porteur d'une tumeur testiculaire.

Opération d'une tumeur testiculaire.

M. Vidal. J'ai opéré, avec l'assistance éclairée de MM. Larrey et Morel, le malade que je vous ai présenté dans la précédente séance. J'ai donc enlevé cette énorme tumeur des bourses dont le diagnostic avait été le sujet d'une discussion ; je l'ai enlevée avec une portion de peau. Au lieu de lier le cordon en masse, je l'ai étreint avec une très grosse serre-fine que je pourrai enlever demain. De cette manière, je ne contrarierai pas la cicatrisation, comme je l'aurais fait par la ligature en masse, qui ne divise que très tard le cordon ; il reste donc longtemps un corps étranger dans la plaie. Toute la plaie a été réunie avec des serres-fines de moyenne grosseur.

Quant à la composition de la tumeur, elle nous a étonné. C'est, comme vous le voyez, une énorme masse tuberculeuse qui envahissait tout le testicule ; il y avait aussi, comme je l'avais dit, un épanchement séro-sanguinolent dans la tunique vaginale. D'après ce que j'ai avancé, cette tumeur devrait être maligne. Le bon état actuel de la santé de l'opéré semble me donner un démenti. Mais je suivrai longtemps le malade ; quand il sera sorti de l'hôpital, je prendrai son adresse, et je crains bien, plus tard, de vous dire le dernier mot, mot fatal pour lui. Les suites de cette tumeur, qui ne vous paraît pas *maligne*, seront malheureuses.

M. Gosselin. Je suis heureux d'appeler l'attention de la Société sur un fait qui m'intéresse, que j'ai déjà observé six fois et qui est devenu de ma part l'occasion d'un travail ; c'est l'épaississement de la tunique vaginale. Ce fait est vulgaire ; mais ce qui est important à connaître, c'est que cette fausse membrane, surtout développée sur la tunique vaginale non testiculaire, peut se décoller et s'enlever avec grande facilité : elle est formée, comme les fausses membranes, par un tissu à fibres mal déterminées. Or, il résulte de ce fait une application à la médecine opératoire. En effet, dans le cas d'hydrocèle et d'hydro-hématocèle avec épaississement des tissus, dû surtout à la présence de cette fausse membrane, on pourra, une incision étant faite aux téguments, énucléer cette fausse membrane et l'enlever d'autant mieux qu'elle ne se prolonge pas sur le testicule ; de la sorte, on ne sera pas exposé à léser le cordon, ni l'épididyme. Cette énucléation de la fausse membrane préviendra les inflammations qui surviennent à la suite des opérations qui ont pour but de guérir l'hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, gravité sur laquelle M. Denonvilliers a appelé récemment votre attention.

Saviart et M. Malgaigne ont déjà cherché à détacher cette fausse membrane ; mais le fait n'a point encore été généralisé.

M. Maisonneuve. Le fait que vient de nous signaler M. Gosselin est intéressant au point de vue pratique. Nous savions tous combien les fausses membranes qui se forment dans la tunique vaginale pouvaient acquérir de volume ; mais ce que nous ne savions pas, c'est la facilité avec laquelle on les détache des parties centrales. L'application que propose notre collègue de ce fait anatomo-pathologique ne doit point être oubliée.

M. Robert. Je ferai observer que sur la pièce de M. Vidal la fausse membrane se prolonge sur le testicule ; dans ce cas, le procédé proposé par M. Gosselin n'eût peut-être pas été applicable.

M. Giraldès. Il est un fait de physiologie pathologique qu'il ne faut point oublier, à savoir, que les fausses membranes, après un certain de durée, s'unissent tellement intimement avec les séreuses qu'elles recouvrent, que toute délimitation devient impossible. Or, pour donner plus d'importance et en même temps plus de précision aux recherches de M. Gosselin, il faudrait savoir l'âge des fausses membranes qu'il a enlevées, en même temps que l'époque à laquelle les fausses membranes de la tunique séreuse vaginale deviennent adhérentes.

M. Gosselin. En signalant à la Société un point d'anatomie pathologique qui fait l'objet de mes recherches, je n'ai point eu la prétention de revendiquer la priorité d'un fait déjà vu par Boyer et Blandin ; j'ai voulu seulement montrer que la pratique peut tirer parti d'une circonstance pathologique peu étudiée jusqu'à ce jour. Quant à l'adhérence intime, à la fusion de la fausse membrane avec la tunique vaginale, je répondrai à M. Giraldès que je ne sais ni si elle s'opère, ni à quelle époque elle s'opère ; je lui dirai que j'ai pu enlever des fausses membranes qui remontaient à huit, dix et quinze ans. Si, dans cette circonstance, les fausses membranes se transforment, il faut admettre que c'est plus tard que cette transformation a lieu.

M. Larrey a eu occasion de voir, mais, à la vérité, sans en apprécier la nature, les pseudo-membranes signalées par M. Gosselin, et qui avaient l'apparence d'un épaississement de la tunique vaginale. C'était dans des opérations d'hydrocèle par incision, méthode que M. Gama, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, employait presque toujours exclusivement. M. Larrey suppose même que l'intéressante remarque faite par M. Gosselin serait souvent vérifiée, si les chirurgiens adoptaient davantage l'incision dans les cas d'hydrocèle n'offrant que peu ou point de transparence.

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société une brochure de M. Willaume, ancien chirurgien principal des armées, ayant pour titre : *Recherches historiques sur les armes à feu.*

Rapport.

Rapport sur les travaux présentés par M. le docteur Gensoul, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société.

Les travaux présentés à la Société de chirurgie par M. le docteur Gensoul, de Lyon, consistent :

1° En une note imprimée sur le mécanisme de la vision ;

2° En un mémoire imprimé sur un nouveau procédé pour opérer les polypes de la matrice ;

3° En une observation imprimée relative à un anévrisme traumatique de l'artère axillaire ;

4° En une thèse soutenue à Paris en 1828, par M. Pillet, de Lyon, sur l'extirpation de la glande parotide ; thèse basée sur des faits appartenant à M. Gensoul ;

5° Enfin, en deux observations inédites d'extirpation de la glande parotide.

Le règlement de notre Société n'admettant comme titre à la candidature de membre correspondant que des travaux inédits, je me contenterai de faire mention des quatre premiers ouvrages, qui tous vous sont déjà connus, et je n'appellerai votre attention que sur les deux observations manuscrites d'extirpation de la glande parotide.

La première a trait à un homme âgé de soixante-trois ans, qui portait une énorme tumeur carcinomateuse dans la région parotidienne et cervicale du côté gauche. Le malade était sous le coup d'une suffocation imminente et implorait ardemment l'opération. M. Gensoul ne s'y décida toutefois qu'avec une répugnance extrême. Il pratiqua d'abord une longue incision étendue de l'apophyse mastoïde gauche à la clavicule, puis une seconde transversale qui, du milieu de la première, se dirigeait sous le menton jusqu'à l'angle maxillaire droit.

Ces larges incisions permirent de mettre à découvert et d'extirper d'abord dix ou douze ganglions, dont quelques-uns avaient le volume du poing ; continuant ensuite de bas en haut la dissection dans laquelle l'artère carotide et la veine jugulaire interne furent mises à nu dans une étendue de plusieurs pouces, l'opérateur arriva graduellement jusqu'à la glande parotide, qui, partie avec les doigts, partie avec les ciseaux, fut détachée tout entière de l'excavation profonde dans laquelle elle était logée. Pendant tout ce dernier temps de la manœuvre, l'artère carotide fut maintenue comprimée par les doigts d'un aide, et, quand l'opération fut terminée, on n'eut à lier que quelques branches secondaires de la carotide externe. Les lèvres de la plaie furent ensuite rapprochées par des points de suture et recouvertes d'une simple compresse. Les suites immédiates de cette opération ne furent traversées par aucun accident grave, et dès le quarantième jour le malade put retourner dans ses foyers, où la cicatrisation acheva de se compléter. Cette guérison, toutefois, ne fut que temporaire ; la tumeur reparut quelques mois après avec une nouvelle intensité ; le malade ne tarda pas à périr.

La deuxième opération a pour sujet une demoiselle de vingt-neuf ans, qui vers l'âge de quatorze ans avait vu se développer dans la région parotidienne droite une tumeur dont les progrès furent lents, mais continuèrent incessamment malgré plusieurs médications actives. En 1847, époque où la malade consulta M. Gensoul, la tumeur avait le volume d'un énorme cône ayant sa base appliquée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire inférieure, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du col et paraissant soudé aux vertèbres cervicales ; le sommet du cône était mamelonné, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies que présentait sa surface.

L'opération fut pratiquée le 12 juillet 1847, la malade étant préalablement soumise à l'éthérisation. La tumeur adhérait à la branche montante du maxillaire inférieur, au pavillon de l'oreille, au conduit auditif externe, à l'artère carotide interne ; elle enveloppait l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan. La dissection en fut opérée avec hardiesse et habileté, et n'exigea d'autre sacrifice que celui du nerf facial. La guérison de cette plaie énorme se fit avec lenteur ; plusieurs fois M. Gensoul fut obligé de réprimer énergiquement avec des cautérisations profondes par le chlorure de zinc des végétations fongueuses qui menaçaient de reproduire la maladie. Mais, enfin, au bout de cinq mois la guérison fut entière, et depuis quatre ans elle ne s'est pas un instant démentie.

La tumeur était formée d'un tissu lardacé, dur, au milieu duquel existaient des points spongieux ramollis et noirâtres, et quelques kystes remplis de liquides sanieux et sanguinolent.

Si depuis longues années déjà M. Gensoul ne vous était connu comme une de nos illustrations chirurgicales, le simple résumé de ces deux observations inédites suffirait amplement pour vous révéler sa valeur. Il n'appartient qu'au chirurgien de premier ordre d'oser et de mener à bien de semblables opérations. Mais je n'ai point à faire ressortir ici le mérite de M. Gensoul ; je ne pourrais rien dire à cet égard que vous ne sachiez tous ; je me bornerai donc à signaler à votre attention quelques-uns des enseignements pratiques qui ressortent des deux observations remarquables dont je vous ai donné l'exposé succinct.

Nous y voyons :

1° La confirmation de ce fait maintenant bien établi que la glande parotide peut être enlevée en totalité sans lésion des gros troncs artériels ou veineux du cou ;

2° Que cette opération peut, sans compromettre d'une manière trop grave la vie des malades, être exécutée même chez des personnes fort avancées en âge ;

3° Enfin que, par un privilége spécial, les cancers de la glande parotide ont une moindre tendance que beaucoup d'autres à la récidive et à la généralisation.

Toutes ces propositions, du reste, sont confirmées par l'expérience de plusieurs de nos collègues, entre autres de MM. Denonvilliers, Monod et votre rapporteur, qui vous ont fait part d'opérations analogues suivies d'un succès complet.

Il est à regretter seulement que l'examen microscopique de la tumeur n'ait pas été fait ; ce fait eût apporté un élément de plus à la solution de cette question si grave de la curabilité radicale des tumeurs dites cancéreuses.

Quoi qu'il en soit, les faits présentés par M. Gensoul ont un grand intérêt ; ils contribueront sans aucun doute à soutenir le courage et l'énergie des chirurgiens dans leurs déterminations opératoires contre les tumeurs malignes de la région parotidienne.

Votre commission, par l'organe de votre rapporteur, a l'honneur de vous proposer :

---

tout est là, broché en un seul volume, compacte, il est vrai, mais qui me tient parfaitement lieu d'une bibliothèque *syphilitique*.

Et pourtant les éditeurs ne manquent jamais à ces sortes d'ouvrages ; tous les recherchent avec avidité, parce que tous les regardent comme une mine féconde et fructueuse à exploiter. Sans parler des compendiums et des dictionnaires qui ont vu le jour dans ces derniers temps, M. J.-B. Baillière, un homme fort compétent, ma foi ! a édité simultanément deux livres qui ne manquent pas d'un air de parenté, la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* de M. Fabre et le *Guide du Médecin-Praticien* de M. Valleix. Avec un seul de ces ouvrages, le premier surtout, on peut se passer de bibliothèque et s'écrier comme Bias : *Omnia mecum porto.*

Evidemment il faut reconnaître un certain mérite à ces ouvrages et un goût bien prononcé du public à leur endroit pour que les libraires trouvent profit à les éditer ; c'est que les praticiens, il faut bien le dire, aiment, qu'on me passe l'expression, la besogne toute faite ; il leur serait impossible, au milieu de leurs préoccupations, de leurs courses et, après de longues journées de fatigues, de feuilleter et de lire les monographies et les mémoires que publient journellement les travailleurs de la science pour y puiser une idée, y recueillir une nouvelle indication ou s'emparer d'un progrès ; ils aiment bien mieux, pressés par le temps et les exigences de leur clientèle, trouver ce dépouillement tout fait et se tenir de cette façon au courant de la science. Sous ce rapport ; l'ouvrage de M. Fabre laisse peu de chose à désirer, et le rapide écoulement qui s'en est fait a prouvé à l'éditeur de quelle manière heureuse il avait répondu à un besoin réel de la profession médicale.

Mais est-ce à dire que ces sortes d'ouvrages ne sont utiles qu'aux praticiens seuls ? Loin de moi cette pensée ; ils sont peut-être plus encore indispensables aux travailleurs et aux écrivains ; la science forme une chaîne indéfinie à laquelle chaque génération ajoute quelque anneau, en s'appuyant sur les faits déjà connus, sur les connaissances déjà acquises. Or, n'est-ce pas un immense service rendu à ces infatigables artisans de la pensée que de leur résumer en quelques volumes et cependant avec des développements suffisants, comme le fait la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*, tous les travaux et toutes les opinions de leurs devanciers ? N'est-ce pas, en même temps, rendre à la science un important service que de permettre aux travailleurs, par une immense économie de temps, de consacrer à quelque nouveau problème les veilles qu'ils seraient forcés de dépenser à l'étude dite historique.

Par ce double besoin des praticiens, d'une part, et des écrivains, de l'autre, s'expliquent tout à la fois la vogue des encyclopédies et l'empressement des libraires à les éditer.

Cependant on fait généralement à ces sortes d'ouvrages un reproche que je crois peu fondé et qui, dans tous les cas, est inhérent à la nature même du livre ; on leur conteste, eu égard à la diversité des rédacteurs, un ensemble de vues et de doctrines, une pensée générale et unique, une tendance uniforme que l'on aime à trouver dans ce qu'on lit. Quelle foi, disent quelques Aristarques, peut-on accorder à des écrivains qui ne s'entendront guère sur ce qui fait la base de la médecine, dont l'un pourra être vitaliste à la manière de Barthez, et l'autre à la façon de Bichat ; dont celui-ci professera les principes de l'organisme, et dont celui-là ne se complaira que dans les faciles et insipides maximes de l'éclectisme ? « En vain, poursuivent les mêmes critiques, vous les conjurerez, dans l'intérêt de leur gloire, de ne point s'écarter des voies de la sagesse et de la vérité, ils ne vous écouteront pas, et les opinions que les bienséances leur interdiront de produire au grand jour, ils auront l'art de les glisser dans l'ombre. On ne défend, on n'exprime bien que ce que l'on croit sincèrement. »

Sans doute ce reproche a quelque chose de fondé en général, et je ne cherche pas à en atténuer la portée. Mais est-il possible de confier à une seule plume, à une seule intelligence la confection d'un ouvrage de la nature de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien*. Voyez ; l'immense domaine de la science médicale est sondé non dans ses généralités, mais dans ses moindres détails ; toutes les parties, dont une suffit la plupart du temps pour remplir la vie d'un homme, sont abordées, discutées *ex professo*. Ici, vous trouvez un traité complet sur les maladies internes et externes des enfants ; là, c'est un gros volume sur les affections de la peau ; plus loin, c'est la matière médicale et la thérapeutique ; ailleurs, c'est un traité de toxicologie et de matière médicale, etc., etc. Se fait-on une idée du monde d'ouvrages et de mémoires qu'il a fallu remuer pour composer seulement un volume de cette bibliothèque ? J'ai vu quelques-uns de ces travailleurs à l'œuvre, et je suis encore à me demander comment ils sont parvenus à accomplir la tâche qui leur était confiée.

Non, un seul homme mourrait à la peine ; et si quelques imperfections résultent de cette association de plusieurs écrivains, elles sont légères ; surtout quand tous les membres de cette association obéissent, ainsi que cela est arrivé pour la *Bibliothéque du Médecin-Praticien*, à une seule et même direction. Le problème de l'unité dans la diversité, que le journalisme a depuis longtemps résolu, l'a été de même dans l'ouvrage que j'examine par M. Fabre, que la presse médicale compte depuis plus de vingt ans au nombre de ses plus ardents et valeureux soldats.

Félix Roubaud.

1° Le dépôt dans la bibliothèque de la Société des brochures présentées par M. Gensoul;
2° L'impression des deux observations manuscrites;
3° L'admission de M. Gensoul au nombre de vos membres correspondants.

Obs. I. — *Ablation de la parotide.*

Lorsque le docteur Pillet soutint sa thèse en 1828 sur l'extirpation de la glande parotide, quelques chirurgiens contestaient encore la possibilité d'enlever la parotide sans exposer les malades à une mort à peu près certaine. La chirurgie actuelle a démontré jusqu'à l'évidence que l'ablation de la parotide faisait courir moins de danger aux malades que l'amputation de la cuisse. Depuis les deux opérations couronnées de succès et consignées dans la thèse du docteur Pillet, j'ai enlevé quatre fois la parotide, et je n'ai jamais eu à me plaindre de cette prétendue témérité. Dans un des cas, la parotide n'était qu'un annexe d'une agglomération de ganglions énormes qui entouraient le cou et gênaient la respiration et la déglutition.

M. P..., de Saint-Haon-le-Vieux (Loire), âgé de soixante-trois ans, d'un tempérament lymphatique, vint se présenter à moi le 8 septembre 1848 dans un état d'angoisse inexprimable. Je l'examinai avec la plus grande attention, et, lorsque je me fus assuré que les ganglions qui soulevaient l'oreille gauche, au-dessous de laquelle ils avaient pris naissance et qui de là avaient gagné le dessous de la mâchoire, tout le côté gauche et antérieur du cou jusque près de la clavicule, s'étendaient jusqu'au côté droit du cou au-dessous de la mâchoire; lorsque je me fus assuré, dis-je, que ces ganglions lymphatiques énormes ne paraissaient pas adhérer ailleurs que sur la parotide, je laissai comprendre au malade que peut-être on pourrait enlever cette énorme tumeur. Il s'empara de cette idée et me sollicita d'une manière si pressante que je me décidai à promettre de l'opérer. J'avoue que, quoique j'aie eu de bien graves opérations à faire, celle-ci ne me laissa pas dormir la nuit qui la précéda, et, lorsque je fus avec MM. les docteurs Pillet, Tavernier et Floret et quelques élèves pour procéder à l'opération, ils reculèrent tous devant la pensée de toucher à une semblable tumeur et m'engagèrent à dire que, les ganglions ayant encore pris de l'accroissement pendant la nuit, il fallait temporiser; mais le malade, qui suffoquait, rendit à mes assistants du courage en leur disant qu'alors même que l'on enlèverait seulement une partie de la tumeur, il pourrait respirer quelques heures et dicter ses dernières volontés pour régler ses affaires.

Je commençai immédiatement par une large incision, qui s'étendit de derrière l'oreille gauche jusqu'au bas du cou, puis une seconde incision en travers s'étendant du milieu de la première incision jusqu'à l'angle de la mâchoire du côté droit. Je découvris ainsi largement les ganglions, et, en incisant sur chacun d'eux le tissu cellulaire fibreux dans lequel, par le fait de leur accroissement, ils s'étaient enkystés, je parvins assez aisément et sans danger à en détacher dix à douze, dont plusieurs dépassaient en volume la grosseur du poing; mais arrivé à la partie supérieure sur la parotide, qui était écrasée et confondue avec les ganglions supérieurs, j'eus alors une dissection plus difficile et plus délicate, bien moins cependant que l'on ne pourrait le supposer, parce que rien ne gênait la manœuvre opératoire dans une si large plaie; l'angle de la mâchoire était à nu, le muscle sterno-mastoïdien avait été allongé et entièrement déjeté en arrière; l'artère carotide et la veine jugulaire interne apparaissaient dans l'étendue de plusieurs pouces parfaitement à nu; les ganglions, par leur présence, avaient disséqué la partie profonde du col, et l'on pouvait voir la partie antérieure des vertèbres sans que le histouri ait eu rien à faire dans cette dénudation. Le doigt d'un aide appliqué sur la carotide me rendait maître du sang artériel, et une pression légère sur la jugulaire la faisait gonfler et garantissait du danger d'ouvrir une veine aplatie sans l'apercevoir; la tumeur fut détachée de la partie supérieure en grande partie avec les ciseaux et les doigts; je n'eus à lier que quelques gros rameaux de la carotide externe; la veine jugulaire externe avait sans doute été atrophiée par sa compression et par sa distension énorme, car je n'ai pas eu besoin de la lier. Je pus donc sans beaucoup de peine disséquer et arracher la parotide, qui était attachée par un tissu fibreux aux apophyses mastoïde et styloïde. Je me hâtai de rapprocher les lambeaux de peau, et je fis deux seuls points de suture aux angles des lambeaux pour éviter tout pansement, toute pression sur le col. Je couvris la plaie d'un simple linge; je fis envelopper le malade de coton cardé de la plaie jusqu'à l'extrémité des pieds, afin de rappeler la chaleur sans le charger de couvertures. Je prescrivis pour les premières heures une potion narcotique et stimulante avec l'eau de laitue, le sirop de morphine, l'acétate d'ammoniaque et la teinture de cannelle; six heures après, le pouls s'était relevé, le malade était en sueur; je fis suspendre la potion et fis donner quelques infusions légères et chaudes de fleurs de mauve par le moyen simple et en renouvelant le coton lorsqu'il était trop mouillé; en laissant le malade trois jours dans cet état de sueur réactive, il s'établit une suppuration abondante, qui suintait facilement à travers les téguments simplement rapprochés par leur pesanteur. Le pouls était bon, le moral du malade relevé et de jour en jour la suppuration diminua; l'on put soutenir le malade par des bouillons, puis par des aliments plus solides, et, quarante jours après celui de l'opération, il put se rendre dans ses foyers ayant seulement une petite plaie au-dessous de la mâchoire, dont la cicatrisation était complète au troisième mois.

Deux ou trois mois plus tard des ganglions lymphatiques ont reparu sur différents points du cou et à la partie supérieure de la poitrine, et le malade, qui avait si heureusement été rétabli, succomba quelques mois après sans que j'aie été appelé à lui donner des soins, qui eussent été sans espoir.

L'examen anatomique des ganglions ne m'a offert rien de remarquable; ils étaient jaunâtres, d'un tissu fibro-lardacé, et dans quelques-uns il existait des kystes remplis d'une suppuration d'un gris noirâtre; la parotide était fibreuse, son volume peu considérable; elle avait été comprimée et entourée de ganglions; il m'est impossible de dire si l'engorgement de la parotide a été la cause du développement des ganglions ou si les ganglions ont été la maladie primitive. Il reste seulement acquis ce fait que l'ablation des tumeurs de la parotide ou de toute autre nature de la partie supérieure du cou peuvent être enlevées avec succès.

Lorsque j'ai pratiqué d'autres opérations, j'ai été, comme dans les deux cas cités dans la thèse dont j'envoie un exemplaire, assez heureux pour obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie. Deux fois, de 1830 à 1840, j'ai enlevé des parotides réduites à l'état fibro-squirrheux et qui menaçaient seulement de devenir cancéreuses. L'opération et la guérison n'ont rien offert qui mérite d'être cité; mais celle que j'ai pratiquée en 1847, et qui a été rédigée par le docteur Floret, médecin ordinaire de la malade qu'il m'avait adressée et dont il a suivi lui-même presque tous les pansements, me paraît digne de fixer votre attention non par le fait de l'opération, mais parce que, malgré sa nature carcinomato-vasculaire et la fréquente repullulation de sa base, la guérison a pu être obtenue par des applications répétées de chlorure de zinc, et qu'une cicatrice solide adhérant aux apophyses styloïde et mastoïde a pu être formée sans que depuis quatre années il se soit manifesté le plus léger indice du retour de la maladie.

Je remets cette observation telle qu'elle m'a été donnée par le docteur Floret, qui me pressait depuis plus de deux années de la publier; mais j'ai voulu que le temps eût mis un sceau plus solide à la certitude de la guérison.

Obs. II. — *Ablation d'une parotide cancéreuse*, par le Dr Gensoul.

(Observation recueillie par le Dr Floret, médecin ordinaire de la malade.)

Mademoiselle Bernascon, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament nerveux et bilieux, d'une constitution délicate, éprouvant fréquemment des malaises gastralgiques, fut affectée dans son enfance d'une teigne faveuse qu'elle fit disparaître par des lotions d'eau froide sur la tête. A l'âge de quatorze ans, une tumeur apparut dans la région de la parotide droite. D'abord peu volumineuse, aplatie, insensible, elle ne fixa pas l'attention; mais plus tard, comme elle faisait une saillie assez prononcée à l'angle de la mâchoire, la malade eut recours à son médecin, qui conseilla les frictions iodurées, mais sans obtenir aucun résultat.

L'âge de la puberté fut attendu comme une époque de délivrance, mais en vain. Chaque année la tumeur prenait un accroissement sensible; et dans le courant du mois de mai de 1847 cette demoiselle me consulta pour la première fois.

La tumeur avait alors la forme et le volume d'un énorme coing ayant sa base appuyée sur l'apophyse mastoïde et sur la joue, soulevant la conque de l'oreille, s'enfonçant derrière la branche de la mâchoire, chassant en arrière le muscle sterno-mastoïdien, descendant sur le côté du cou et paraissant soudé aux aux vertèbres cervicales. Le sommet du cône était mamelonné, fluctuant, bleuâtre, ainsi que toutes les saillies qui présentait sa surface.

Je pris l'empreinte en cire de la tumeur dans les premiers jours du mois de juin, et le mois touchait à peine à son terme que cette tumeur s'était considérablement accrue, que la fluctuation y devenait plus sensible, et que la peau, plus transparente, prenait l'aspect qu'elle contracte dans les engorgements variqueux et dans le cancer hématode, si bien décrit par Maunoir, de Genève, et par le professeur Delpech.

L'opération ne pouvait être faite sans courir la chance de rencontrer les nerfs cervicaux et la carotide confondus dans le tissu de la tumeur, dont tout le réseau du nerf facial recouvrait la surface; mais c'était la seule chance de salut. Elle fut pratiquée le lundi 12 juillet 1847 par M. le docteur Gensoul, assisté par le docteur Pillet et par moi.

La malade, placée sur une chaise ordinaire, fut soumise à l'action anesthésique de l'éther, qui, provoquant au bout de trois minutes une toux sèche, occasionna une crise avec des contractions spasmodiques; mais bientôt le calme se rétablit, nous pûmes obtenir la résolution des muscles, le sommeil et l'insensibilité qui permit de commencer l'opération.

La tumeur fut cernée par deux incisions semi-elliptiques qui divisèrent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La dissection de sa partie antérieure fut poussée aussi loin que possible, dans l'espérance de détacher avec les ongles et des instruments mousses l'excédant de sa masse, sans avoir recours au histouri pour la séparer des troncs artériels refoulés en arrière. Mais une grande partie étant soudée à la branche du maxillaire inférieur, le muscle masséter, le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe étant adhérents et presque confondus avec le tissu désorganisé, il fallut d'abord disséquer, isoler avec soin toutes ces parties. En arrière, au niveau des branches de la carotide interne, deux ligatures furent nécessaires.

La tumeur enveloppant l'apophyse styloïde et l'insertion du bouquet anatomique de Riolan, il fallut la détacher avec des ciseaux, et la dissection put être achevée sans accident. Un tubercule appuyé sur la carotide interne restait encore; il ne pouvait être détaché sans lésion grave, il fut lié à sa base au moyen de l'aiguille courbe.

La tumeur enlevée, le côté du col présentait une excavation profonde dans le fond de laquelle battait l'artère carotide, et se distinguait le nerf de la huitième paire. Toutes les parties importantes avaient été épargnées, à l'exception toutefois du nerf facial, que l'on dut sacrifier.

Le pansement fut fait avec des éponges poussées dans le fond de l'excavation, et comprimant les petites artérioles qui n'avaient pu être liées, l'on plaça par-dessus des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage roulé.

L'agitation causée par l'éther se prolongea pendant une partie du jour, et l'appareil fut légèrement taché de sang. — Diète sévère; boissons émollientes; potions calmantes; silence absolu.

Ces moyens amenèrent le calme dans la soirée; il continua pendant la nuit.

L'opération, à part la fièvre traumatique, ne fut suivie d'aucun accident gave. La plaie marchait promptement à cicatrisation, et cet immense vide se comblait d'un jour à l'autre avec promptitude. Les traits étaient déviés à gauche par la section du nerf facial, et dès les premiers jours du mois d'août la plaie, fermée en bas, ne persistait que sous le pavillon de l'oreille et derrière l'articulation du maxillaire inférieur, où le tubercule détaché par la ligature laissait encore une base dure et inquiétante.

Cette opération, qui avait nécessité une dextérité si grande, aidée d'une assurance acquise par une longue habitude, pouvait donc être considérée comme un succès brillant. La plaie, presque guérie, ne présentait qu'une petite surface fongueuse pouvant se recouvrir d'une cicatrice à l'aide de pansements bien faits et de quelques cautérisations au nitrate d'argent; mais ce succès, hélas! fut éphémère; il fallut poursuivre ce tissu fongueux, et pour le détruire il ne restait qu'un moyen, c'était des applications de chlorure de zinc bien dirigées et surveillées avec une extrême prudence; car on agissait autour de l'artère carotide.

Le 3 août, l'on fait une première application de sparadrap chloruré sur le cartilage de l'oreille et sur le conduit auditif, qu'on n'avait pu être entièrement dégagé par l'instrument. Le caustique reste en place pendant huit heures, et il fait une eschare grise, sèche qui se détache le sixième jour. Les pansements furent continués avec des plumasseaux de charpie enduits de cérat ou d'onguent digestif. Les bourgeons charnus ont un aspect rassurant; la plaie est de bonne nature.

Reste encore la base du tubercule, qui tient en bas à l'apophyse styloïde. Les bourgeons sont durs, grisâtres, blafards, à bords renversés, saignant au moindre contact.

Ces parties, fort épaisses, furent successivement recouvertes de sparadrap caustique; et jusqu'au mois de novembre je poursuivis, par des applications répétées dix fois de huit en huit jours, leur tendance cancéreuse.

La plaie fut entièrement fermée à la fin de novembre. Du 12 juillet à cette époque, cinq mois furent donc nécessaires pour obtenir une guérison complète, et quatre ans pour proclamer un succès assuré.

Aujourd'hui, 1er août 1851, la cicatrice est solide et la malade jouit d'une parfaite santé.

Le tissu de la tumeur était, comme nous l'avions prévu, celui du cancer vasculaire encéphaloïde, c'est-à-dire un mélange de parties lardacées dures à l'état cru, et de points spongieux ramollis, noirâtres, au centre desquels étaient quelques kystes remplis d'un fluide sanieux mêlé de sang. Ces kystes donnaient à la tumeur l'aspect mamelonné.

M. Robert. Je m'élève contre une proposition trop absolue du rapport de M. Maisonneuve, à savoir que les tumeurs cancéreuses parotidiennes ont moins de tendance que les autres à repulluler; le cancer de la parotide n'a point cette immunité, nous le voyons se reproduire dans la première observation de M. Gensoul. Dans la seconde, la récidive n'est pas mentionnée; mais avait-on affaire à un véritable cancer? Depuis quelque temps j'ai eu occasion d'enlever des tumeurs parotidiennes qui me paraissaient bien évidemment cancéreuses. Eh bien! dans ces deux cas, un examen microscopique nous a démontré de la manière la plus évidente que les tumeurs enlevées étaient formées par l'hypertrophie d'un ou de plusieurs lobes de la glande parotide, dont le microscope démontrait tous les éléments. Ainsi l'hypertrophie glandulaire ne se rencontre pas seulement dans la glande mammaire, mais encore dans les glandes salivaires. Ce fait intéressant sera de ma part l'occasion d'un travail que je soumettrai à la Société.

M. Maisonneuve. En écrivant le rapport que je viens de lire à la Société, j'avais été frappé du vague qui existe encore sur les tumeurs parotidiennes, et je me suis demandé si certains éléments de la glande, en s'hypertrophiant, ne donneraient pas lieu à une tumeur. Je suis heureux de voir que M. Robert a observé ce que j'avais supposé, *à priori*, par l'absence de reproduction que l'on observe assez souvent à la suite d'ablation de ces tumeurs parotidiennes. J'ai eu occasion d'enlever une tumeur développée dans cette région, et qui s'était reproduite après une première ablation faite par Blandin; il n'y a point eu de récidive. Il est un point de chirurgie pratique sur lequel l'opinion n'est point encore arrêtée; je veux parler de la ligature de la carotide primitive, dans le but de prévenir une hémorrhagie pendant l'ablation de la parotide. Dernièrement ayant à enlever une tumeur volumineuse développée dans la région qui nous occupe, il pratiqua la ligature de la carotide primitive correspondante. Mais bientôt une hémiplégie survint, et deux jours après l'opération le malade succombait aux suites d'un ramollissement cérébral des lobes cérébraux correspondants. En raison de cette gravité, je rejette la ligature de la carotide.

M. Chassaignac. J'ai fait aussi la ligature de la carotide comme moyen préventif de toute hémorrhagie dans l'ablation d'une tumeur parotidienne; je dois dire que la ligature que j'avais faite ne me fut d'aucun secours. La circulation, en retour, se fit avec tant de rapidité, que le sang pleuvait en quelque sorte dans la plaie nécessitée par mon opération. En raison de ce fait, je rejette la ligature de la carotide primitive faite d'une manière préventive dans l'ablation de la parotide.

M. Larrey croit utile de rappeler que Bérard (Auguste) a signalé dans une excellente thèse (1) les erreurs de diagnostic relatives non-seulement à la nature de l'altération ou de la dégénérescence de la glande parotide, mais encore au siége de la maladie, en indiquant les cas dans lesquels des tumeurs de la région parotidienne ont été extirpées pour des tumeurs de la glande elle-même.

M. Larrey ajoute que son père a rapporté un fait de ce genre (2).

Présentation de pièces anatomiques.

Cas de group avec extension des productions pseudo-membraneuses jusque dans les petites ramifications bronchiques.

M. Morel met sous les yeux de la Société des poumons recueillis sur un enfant de quatre ans mort de la suite d'un group. Les fausses membranes qui tapissaient la face interne du larynx et la trachée-artère pénétraient jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Ici la bronchotomie eût été complétement insuffisante.

Anatomie pathologique d'une hydrocèle récemment opérée.

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie sur un homme qui avait subi l'opération d'hydrocèle depuis cinq jours, et qui succomba le sixième jour de l'opération du tétanos. M. Huguier fera connaître dans la prochaine séance les détails du fait.

Anévrisme de l'artère poplitée; rupture du sac; par M. Boullay, interne du service.

Au n° 258, hôpital Beaujon, service de M. Robert, est couché le nommé R..., négociant, âgé de trente-six ans. Cet homme, bien constitué, jouit ordinairement d'une bonne santé; il a eu, étant jeune, une carie du tibia droit; il n'a jamais eu d'affections syphilitiques ni rhumatismales. Son père est mort d'une maladie du cœur; un de ses oncles est mort subitement, sans qu'on ait su la cause de sa mort.

Né en France, il habitait l'Espagne depuis quelque temps, quand il y a cinq mois il éprouva en marchant, dans la jambe droite, de la fatigue, qui augmenta les jours suivants; une douleur vive se manifesta; des applications de sangsues furent faites et n'amenèrent aucun soulagement. La douleur augmenta, apparut dans le creux poplité une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, qu'on reconnut être un anévrisme. Le malade revint en France dans les premiers jours du mois d'août. Depuis ce temps, de la glace fut maintenue en permanence sur la tumeur, qui avait presque le volume du poing et ne produisit aucune amélioration.

Le 27 août, le malade éprouva dans le mollet une douleur très violente qui dura une heure environ; toute la jambe devint immédiatement très volumineuse, insensible, et toute la partie située au-dessous du mollet devint froide. Cet état persista jusqu'au 31 août; quelques phlyctènes se manifestèrent. Le malade fut transporté à Beaujon, où on constata l'état suivant:

Toute la jambe droite est énormément gonflée, distendue, violacée; la partie située au-dessous du mollet présente, outre le gonflement, quelques phlyctènes; elle est froide, complétement insensible. Tout le mollet et le creux poplité sont le siége d'une tension considérable; les mains, appliquées sur la tumeur, n'ont pas la sensation de la fluctuation, mais d'un corps mollasse, situé profondément sous les tissus; on ne perçoit pas sensiblement les battements artériels, mais on voit parfaitement les doigts soulevés. L'auscultation montre un bruit de souffle très faible et très éloigné.

Toutes les artères superficielles des membres ne paraissent pas dilatées. Au premier temps on entend un léger bruit de souffle au cœur. Le malade est pâle; depuis près d'un mois il a refusé toute

(1) *Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne.* 1841.
(2) *Mémoire sur l'extirpation des glandes salivaires.* 1841.

espèce d'aliment. Le pouls est petit, la peau un peu chaude et sèche.

On pratique ce matin l'amputation de la cuisse.

Examen du membre. — Une incision longitudinale, pratiquée à la partie postérieure du membre depuis le niveau de l'amputation jusqu'au talon, permet de constater une dilatation considérable de toutes les veines superficielles. L'aponévrose jambière est distendue considérablement, hypertrophiée. En l'incisant, on voit au-dessous les muscles jumeaux distendus et ecchymosés par places. L'artère disséquée peut être suivie jusqu'au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles; il en est de même du nerf. En incisant le tendon d'Achille à trois travers de doigt au-dessus du talon, et en le disséquant de bas en haut, on voit que la tumeur est bridée et limitée par les insertions des muscles jumeaux et soléaire. Une incision longitudinale pratiquée entre les deux muscles jumeaux fait reconnaître un amincissement considérable de ces muscles, et conduit dans une cavité remplie de caillots sanguins, dont ceux qui sont placés supérieurement paraissent être les plus anciens. Cette cavité est limitée par les insertions des jumeaux, par l'aponévrose qui, unissant entre eux ces muscles, se prolonge sur la gaîne de l'artère poplitée, avec laquelle elle se confond par les jumeaux, le soléaire et la face postérieure de l'articulation du genou. En disséquant l'artère, on la suit intacte jusqu'au-dessous de l'interligne articulaire, où on la voit s'ouvrir dans la cavité précédemment décrite par une ouverture arrondie, dont le diamètre est celui de l'artère poplitée. A la partie inférieure du sac on voit une arrière-cavité permettant l'introduction du pouce, et qui n'est autre chose que le bout inférieur de l'artère poplitée dilatée. A 2 centimètres environ au-dessous, l'artère poplitée fournit la tibiale antérieure. Quand on a enlevé les caillots contenus dans la cavité, on la voit tapissée dans la moitié externe de la circonférence par une membrane veloutée qui paraît être la tunique interne de l'artère rompue.

En aucun point l'artère ne présente d'altération; on n'y voit aucune espèce de dégénérescence.

Il résulte de ce fait que la lésion a commencé par la dilatation de la partie inférieure de l'artère poplitée, dont les tuniques se sont ultérieurement rompues par suite de l'accroissement et de la distension du sac.

Cette observation me paraît digne d'intérêt sous plusieurs rapports:

1° Le mode de formation du sac anévrismal diffère essentiellement de celui que l'on observe dans les cas ordinaires. Dans ces derniers, en effet, l'artère, dont les tuniques propres sont altérées, sans offrir cependant de dilatation notable, se perforent; et le sang s'épanchant sous la tunique celluleuse forme une poche ou cavité adossée au vaisseau et communiquant avec lui par une ouverture plus ou moins considérable. Dans le cas actuel on ne voit rien de semblable; l'artère semble être brusquement interrompue par le sac. Le bout supérieur conserve son calibre normal et l'intégrité de ses parois jusqu'au point où il s'abouche dans la cavité du sac. Quant au bout inférieur, il commence par une extrémité infundibuliforme assez large pour admettre l'extrémité du doigt; ouvert dans le sac par sa base, il va en se rétrécissant, jusqu'à ce qu'il soit réduit au diamètre normal de l'artère poplitée.

Ce cas est évidemment un exemple de ces anévrimes vrais dont Scarpa niait l'existence. Si j'insiste beaucoup pour en démontrer toutes les particularités, bien que aujourd'hui la doctrine du chirurgien de Pavie soit généralement regardée comme trop absolue, c'est que de nos jours quelques écrivains ont contesté la nature des faits que l'on avait opposés à cette doctrine, qu'ils ont tenté de réhabiliter.

2° L'accident qui a motivé l'amputation de la cuisse chez notre malade a été la rupture du sac et l'effusion du sang au sein des parties molles de la jambe.

Cet accident semblerait très rare, si j'en jugeais par le très petit nombre de faits analogues consignés dans les annales de la science, et cependant je l'ai observé trois fois dans l'espace de quelques années. Est-ce là l'effet pur et simple de ces hasards familiers aux chirurgiens? D'après ce que j'ai vu, et ce que la théorie permet de pressentir, les conséquences de cet accident diffèrent suivant le siége de l'anévrisme et du point où le sac s'est rompu.

Dans un cas que j'ai fait connaître il y a près de trois ans à la Société de chirurgie, la maladie occupait la portion crurale de l'artère poplitée. Le sang s'était épanché d'abord dans le tissu cellulaire de la région postérieure de la cuisse, sans dépasser en bas le niveau de l'articulation du genou; de là il s'était élevé le long du nerf sciatique jusqu'à la hanche, la fesse, et avait même pénétré dans la cavité du bassin.

Dans le cas actuel, et dans un troisième que j'ai observé il y a deux mois, l'anévrisme occupait la portion jambière de l'artère poplitée. Le sang, au lieu de remonter vers la cuisse, s'est répandu dans l'épaisseur du mollet et jusqu'à la partie inférieure de la jambe; très exactement circonscrit dans ses limites supérieures, il n'a jamais dépassé le niveau de l'insertion des muscles jumeaux.

C'est qu'en effet il existe une aponévrose, non décrite dans nos traités d'anatomie, qui divise la région poplitée en deux portions: l'une crurale et l'autre jambière. Cette aponévrose, qui recouvre la face postérieure des muscles jumeaux, confondue d'abord avec l'aponévrose jambière, se plonge dans l'excavation poplitée au niveau de l'insertion supérieure de ces muscles, et vient se continuer avec la gaîne des vaisseaux poplités. Cette lame fibreuse, très dense et très visible sur la pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, doit naturellement intercepter toute communication entre la partie crurale et la partie jambière de la région; elle s'oppose ainsi à la migration du sang de l'une dans l'autre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Chronique et nouvelles.

Un sieur X..., originaire de la Prusse et aujourd'hui âgé de cinquante ans, était venu s'établir, il y a quelques années à Paris, muni de brevets de docteurs en médecine, en chirurgie et en théologie. Son triple doctorat ne lui ouvrit pas, à ce qu'il paraîtrait, les voies de la fortune, car bientôt on le vit se livrer au charlatanisme, à l'astrologie, au somnambulisme, puis tout à coup renonçant à toutes ces pratiques diverses, fonder une espèce de secte religieuse basée sur une sorte de philosophie naturelle et d'illuminisme.

Les adeptes étaient-ils nombreux? c'est ce que fera connaître l'instruction dont le sieur X... est en ce moment l'objet. Quoi qu'il en soit, vers le commencement de cette année, le docteur novateur s'établit à la Chaussée-d'Antin dans une boutique, où il se livra au débit d'une préparation de café en poudre désignée sous le nom de *café purifié de Blanche*.

Ce café, dont la préparation est un secret, a été inventé, s'il faut s'en rapporter au docteur et aux affiliés de sa secte, par une femme inspirée, nommée Blanche, morte il y a quelques années; il a entre autres propriétés, toutes plus admirables les unes que les autres, celle d'illuminer les cœurs fervents et de leur procurer d'ineffables extases.

Plusieurs plaintes ayant été portées contre le sieur X..., les esprits élémentaires avec lesquels il assurait être en communication l'avertirent probablement du danger que courait sa liberté, car il se hâta d'acheter, à l'aide du crédit dont il jouissait encore, des marchandises qu'il disposa pour les expédier en lieu sûr par le roulage, puis il abandonna son domicile et se réfugia provisoirement à Montmartre, où il a été arrêté en exécution d'un mandat décerné contre lui par le parquet.

L'inculpation qui pèse sur le sieur X... est celle d'avoir frauduleusement enlevé des sommes plus ou moins importantes à ses adeptes (une seule dame lui a versé 40,000 fr.); il est, en outre, inculpé de banqueroute frauduleuse.

— M. le professeur Piorry fera pendant les vacances des leçons sur les maladies des femmes.

Ces leçons auront lieu à l'amphithéâtre les mercredi et vendredi de chaque semaine, à neuf heures.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 108. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 108. — JEUDI 18 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1851.

Séances des Académies.

Une communication de M. le professeur P. Dubois, sur un cas de pemphygus chez un nouveau-né, a principalement occupé la dernière séance de l'Académie de médecine. Ne pouvant publier aujourd'hui cette communication intéressante, nous croyons devoir renvoyer également à notre prochain numéro nos remarques et sur la communication elle-même, et sur la courte discussion dont elle a été l'objet.

—Nos lecteurs remarqueront avec intérêt, au compte-rendu de l'Académie des sciences, les détails dans lesquels est entré M. Magendie en présentant à la savante compagnie un nouveau volume des *Mémoires de médecine, de chirurgie, de pharmacie et de médecine vétérinaire militaires.*

Des hommes d'une science équivoque et quelques hommes véritablement savants ont cherché à faire au sel commun une réputation que les faits précis invoqués par M. Magendie ne contribueront guère à corroborer. D'après ces prôneurs, le sel entretenait la santé, augmentait l'embonpoint, prévenait une foule de maladies et les guérissait quand une fois elles étaient développées. D'après les observations et les expériences précises consignées dans les mémoires de médecine vétérinaire militaire, il faudrait renoncer à toutes ces illusions, qui, du reste, il faut le dire, n'ont jamais fait de bien nombreux partisans.

Une autre observation sur laquelle M. Magendie a insisté, et qu'il serait curieux de vérifier, c'est que la digestion s'accomplit plus rapidement chez le cheval dans l'état de mouvement rapide que dans l'état de repos. L'hygiène enseigne généralement que le contraire a lieu dans l'espèce humaine; mais il faut dire que l'hygiène ne cite à l'appui de son opinion que des preuves douteuses. C'est donc un fait intéressant à vérifier.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Staphylome sphérique et total de l'iris et de la cornée. Opération. — Application de la glace. — Guérison.

Potier (Joseph), âgé de vingt-deux ans, jardinier, demeurant à Pont-Saint-Maxence, fut envoyé à l'hôpital Saint-Antoine par M. le docteur Morillion. Ce jeune homme entra au n° 10 de la salle Saint-François le 21 juillet 1851.

Quelques-uns des médecins qui avaient vu ce malade avaient cru à l'existence d'un cancer de l'œil, tant la difformité était choquante et donnait l'idée d'une nature maligne.

Voici d'abord les renseignements contenus dans une lettre du docteur Morillion : Potier est né d'un père et d'une mère éminemment scrofuleux ; dès son plus bas âge, la scrofule a marqué sa présence par des gourmes, des ganglions engorgés, des maux d'yeux et d'oreilles.

Nous apprenons, d'autre part, que dès l'âge de treize ans la vision était complétement abolie dans l'œil droit. C'est depuis deux années seulement que la tumeur de cet œil a pris un développement considérable en s'accompagnant de douleurs vives.

Aujourd'hui nous trouvons une saillie ayant presque à elle seule le volume d'un globe d'œil ordinaire ; cette saillie est bosselée, vasculeuse, blanchâtre dans quelques points, noirâtre sur d'autres, évidemment formée par une sorte de développement kystique de la cornée.

Lorsqu'en refoulant les paupières successivement sur tout le pourtour de la base de la tumeur on recherche la limite exacte de cette base, on reconnait qu'en haut, en dehors et en dedans la sclérotique est intacte; mais, à la partie inférieure, la couleur ardoisée du staphylome envahit évidemment la sclérotique elle-même.

Le 23 juillet, ce malade est présenté à la Société de chirurgie.

Les jours suivants il y a un peu d'inflammation, comme catarrho-purulente. Cette circonstance, ainsi que les accidents et incommodités insupportables dus au développement toujours croissant d'une pareille tumeur, ne permettent pas de temporiser davantage et l'opération est faite le 29 juillet.

Une érigne crochet étant implantée dans le centre du staphylome, on taille avec un bistouri à lame plate, et par transfixion, un lambeau qui comprend tout l'hémisphère supérieur de la tumeur. Après quoi l'hémisphère inférieur est détaché avec les ciseaux, en comprenant la partie staphylomateuse de la sclérotique.

Le cristallin, qu'on voit très distinctement, et le corps vitré ne s'échappent pas, malgré la grande déperdition de substance qui succède à l'ablation du staphylome. La paupière supérieure est de suite abaissée et ne doit plus être relevée d'ici à plusieurs jours.

L'examen du segment staphylomateux présente à sa surface interne l'iris démesurément agrandi, intimement adhérent avec la face interne de la cornée et divisé en lanières, qui laissent entre elles des espaces ou éraillures considérables.

Au moment où l'opération est terminée, le malade est pris de vomissements, et par suite de ses efforts il survient une hémorrhagie.

Application de glace dans des poches d'intestin de mouton ; application sur l'œil d'une cuirasse de sparadrap.

Le 30, les vomissements ont continué hier. Ce matin, le malade dit qu'il ne souffre pas. Cependant il y a un peu de fréquence du pouls. — Limonade, 3 pots. Continuation de l'alcoolature d'aconit; pilule de 5 centigrammes d'extrait gommeux théhaïque; lavement purgatif.

Le 31, on lève la cuirasse de sparadrap appliquée sur l'œil opéré. On trouve une masse spongieuse formée par des caillots sanguins et peut-être aussi par quelques prolongements de la choroïde. Cette masse forme une espèce de gros bourrelet entre les paupières. Le malade accuse de vives douleurs. Un gonflement considérable, s'étendant jusqu'à la tempe, semble indiquer une forte inflammation de la cavité orbitaire. — Renouvellement de la cuirasse et des applications de glace.

Le 2 août, on renouvelle le pansement. On voit toujours la masse spongieuse, qui donne l'idée de caillots sanguins enveloppés de pseudo-membranes.

Le 3, ce matin le malade est très bien.

Le 4, beaucoup de sensibilité au fond de l'œil. L'état général est du reste satisfaisant. — Renouvellement du pansement, glace.

Le 5, céphalalgie très intense, deux vomissements, fièvre. La tumeur sanguine est gonflée; les paupières, ainsi que la tempe, sont tuméfiées; un phlegmon des parties profondes de l'orbite est à craindre. — Glace, huit ventouses à la nuque.

Le 6, le malade a encore eu des vomissements. — Eau de Sedlitz, sinapismes.

Le 9, l'inflammation paraît complétement tombée. Encore un peu de céphalalgie, point de vomissements.

Le 12, douches oculaires ; amélioration sensible. — Cuirasse.

Le 15, la réduction s'opère. Tout ce qui était au dehors de l'orbite a disparu. — Douche, attouchement avec la solution de nitrate d'argent à 5 grammes, cuirasse.

Le 20, on ne mettait plus la glace que le jour.

Le 21, le retrait de la tumeur externe est accompli, le moignon commence à se former.

Le 25 août, douches; le malade est très bien. Toute trace d'inflammation a disparu. Le malade demande à retourner dans son pays.

Il est présenté à la Société de chirurgie.

Sans être une maladie rare, le staphylome sphérique total s'observe beaucoup moins souvent que le staphylome conique. Il importe donc que les exemples, surtout quand il y a opération et que l'observation est complète, en soient recueillis et conservés.

Cette tumeur volumineuse qui, au premier abord, semble formée par une cornée qui aurait acquis trois ou quatre fois ses dimensions ordinaires, est due, ainsi que nous l'apprennent l'anatomie pathologique et l'étude de la marche de cette maladie, non pas à un développement pur et simple de la cornée, mais, au contraire, à la destruction de cette membrane, destruction suivie de la production d'un tissu cicatriciel nouveau. Quand la destruction de la cornée est peu étendue, la cicatrice qui se forme ne prend jamais un développement semblable à celui que nous avons observé chez notre malade; il faut, pour de pareilles tumeurs, que la destruction ait été, sinon complète, du moins qu'elle ait compris les quatre cinquièmes de la cornée. Comme la destruction totale de cette membrane entraîne celle de la chambre antérieure de l'œil, c'est directement à la surface de l'iris que se forme le tissu cicatriciel pseudo-cornéal, de telle sorte qu'en enlevant ce tissu qui forme la coque du staphylome, on enlève également l'iris, que l'on trouve, ainsi que cela nous est arrivé, collé et intimement adhérent à la face interne de la coque fibreuse.

Dans la variété de staphylome opérée par M. Chassaignac, la chambre antérieure de l'œil est seule détruite; la chambre postérieure est conservée; et c'est là ce qui détermine la configuration arrondie ou sphérique et le volume considérable de la tumeur. En effet, quand les deux chambres sont détruites, il n'y a plus de sécrétion d'humeur aqueuse, dès lors plus de cette espèce d'hydropisie qui dilate en ampoule volumineuse le tissu cicatriciel qui remplace la cornée. Si, au contraire, la portion de membrane de Descemet, qui tapisse les deux chambres, est conservée dans la chambre postérieure, le produit accumulé de sa sécrétion dilate le staphylome et lui fait acquérir les proportions monstrueuses qu'il présentait chez notre malade.

Nous avons été témoin, dans ce cas, de l'influence fâcheuse qu'un œil staphylomateux exerce sur l'autre œil.

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

III. APPAREIL DE LA RESPIRATION.

1° *Lésions du corps thyroïde.* Hypertrophies, goîtres vésiculeux, kystes séro-purulents, dégénérescence osseuse, cancers.

2° *Lésions du larynx et de la trachée-artère.* Corps étrangers introduits dans le larynx et les bronches, rétrécissements, oblitérations et fistules ; nécrose des cartilages (gangrène), lésions, suite d'inflammation (pseudo-membraneuse, ulcérative); phthisie laryngée, tubercules miliaires, cancers.

3° *Lésions du médiastin.*

4° *Lésions des plèvres.*

5° *Lésions du poumon.*

IV. APPAREIL DE LA CIRCULATION.

1° *Lésions du péricarde.* Absence congéniale, inflammation avec sécrétion de liquide et fausses membranes.

2° *Lésions du cœur.* Solutions de continuité congéniales (persistance du trou de Botal, perforation de la cloison ventriculaire), corps étrangers, rétrécissements des orifices, dilatations partielles du cœur (anévrismes partiels), hypertrophie du cœur avec dilatation des cavités, mais sans altération des orifices, atrophie; productions organiques (kystes du cœur, polypes), gangrène, tubercules, cancers.

3° *Lésions des vaisseaux artériels.* Ligatures, artérite ombilicale; rétrécissements et oblitérations, productions osséo-calcaires, etc. ; dilatations; anévrisme par dilatation circonférentielle de la crosse de l'aorte, anévrismes kysteux sacciformes, ou par rupture de la crosse aortique; anévrismes de la portion thoracique de l'aorte, anévrismes kysteux s'ouvrant et faisant saillie: dans l'oreillette droite, dans l'artère pulmonaire, dans la trachée-artère, dans l'œsophage, dans la plèvre et le poumon; anévrismes doubles de l'aorte, anévrismes de l'aorte abdominale; anévrismes des artères viscérales et des membres; anévrismes artérioso-veineux; lésions des veines et des vaisseaux lymphatiques.

V. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

1° *Lésions des reins et des uretères.* Adhésions des reins, rétrécissement et oblitération des uretères, dilatations, corps étrangers (calculs rénaux), hypertrophie, atrophie, kystes des reins, inflammations, tubercules, cancers.

2° *Lésions de la vessie.* Solutions de continuité congéniales de la vessie (ectrophie), hernies tuniquaires de la vessie (vessie supplémentaire, à colonnes, à cellules), calculs vésicaux, hypertrophie de la vessie, productions polypeuses, fongus et cancers de la vessie.

3° *Lésions des organes génitaux de l'homme.* Solutions de continuité congéniales par fissure du pénis, solutions de continuité par fissure de l'urètre (hypospadias, épispadias), hermaphrodisme, hydrocèle, rétrécissement de l'urètre, fistules, hypertrophie de la prostate avec fausse route, testicule (position anormale, hypertrophie, atrophie, cancer).

4° *Lésions des organes génitaux de la femme.* Solutions de continuité traumatiques (rupture de l'utérus, opération césarienne, fistules vésico-vaginales, etc.), congéniales par fissure (utérus bifide), adhésions congéniales (imperforation de l'hymen, du vagin), invagination, productions organiques (polypes de l'utérus, tumeurs fibreuses de l'utérus, kystes de l'ovaire, kystes des trompes), inflammation de l'utérus (métrite), cancer de l'utérus.

VI. LÉSIONS DES MAMELLES.

1° Hypertrophie.

2° Tumeur fibreuse.

3° Cancer.

VII. LÉSION DU SYSTÈME NERVEUX.

1° *Centres nerveux et enveloppes.* Hernies, productions organiques (hydatides, kystes séreux, tumeur solide du cervelet), hydrocéphale, hémorrhagie, inflammation et ses produits, tubercules, cancers.

2° *Lésions des nerfs.* Solution de continuité (rupture), productions organiques (kystes), hypertrophie.

VIII. LÉSIONS DES ORGANES DES SENS.

1° OEil

2° Oreille.

(1) Voir le numéro du 11 septembre.

Avant l'opération, l'œil gauche, qui ne présentait aucune trace de staphylome, était cependant presque inutile au malade, à cause de l'irritation qui y était entretenue par la maladie de l'organe congénère. Depuis la guérison du staphylome, l'œil gauche a été sans cesse s'améliorant. Il est vrai que l'usage quotidien des douches oculaires n'a pas peu contribué à cette amélioration.

CLINIQUE CIVILE.

Imperforation de l'anus.

Observation et remarques par M. Roux, de Brignolles (Var), membre correspondant de l'Académie de médecine.

Je fus appelé le 15 juillet dernier par mon confrère M. le docteur Grandval auprès du fils de M. Bougat, tailleur, rue Longue-des-Capucines, n° 25, à Marseille. Ce jeune enfant, né la veille, sans ouverture anale, avait rendu un peu d'urine, mais son ventre était développé, douloureux; et le périnée, exploré avec le plus grand soin, ne laissait apercevoir aucun indice qui pût faire soupçonner le voisinage du rectum. L'état de calme ou les cris arrachés par la douleur n'amenèrent aucun soulèvement du doigt posé sur la région de l'anus.

Il existait à la peau deux petites crêtes parallèles de 2 centimètres de long, marchant dans le sens du raphé et occupant la place ordinaire de l'anus. C'était une indication sur le lieu où devait être faite l'incision extérieure, mais elle ne donnait aucune preuve du voisinage de l'intestin.

J'examinai avec le plus grand soin la couleur des dernières gouttes d'urine; elle n'avait pas le caractère propre au mélange du méconium, qui, sous l'influence des contractions des muscles du bas-ventre, passe en petite quantité dans l'urètre lorsqu'il existe la plus petite communication avec le rectum. Je soupçonnai donc que cet intestin se terminait en cul-de-sac; mais à quelle hauteur? Là commençait le doute, et par conséquent l'embarras du choix sur l'opération à pratiquer.

Le VI[e] volume des *Mémoires de l'Académie nationale de médecine* contient un mémoire avec planches, dans lequel j'ai expliqué l'influence du système artériel de la région recto-anale sur les difformités si variées qu'on y remarque, et il me suffit, dans la présente observation, de l'existence des deux crêtes que j'ai signalées et décrites plus haut pour me faire croire à la présence du rectum dans la concavité du sacrum. J'écartai donc comme inutile l'opération de Littre, que j'ai appris à mes élèves à modifier de manière à éviter les épanchements et la section de l'anse intestinale, et qui doit, ainsi pratiquée, rendre à l'avenir des services plus réels.

Je considérai également comme moins avantageux l'anus à la région lombaire, quoique les modifications apportées par M. Amussat à l'opération de Callisen l'aient rendue bien plus souvent applicable qu'autrefois, et je donnai la préférence à la région ano-périnéale, malgré l'épaisseur probable des parties à diviser pour atteindre le rectum.

Vers la trentième heure de la naissance, un bistouri légèrement courbe sur le tranchant et à pointe bien aiguë me servit à faire l'incision, que je plaçai bien au centre des deux crêtes signalées plus haut, et longue, comme elles, de 2 centimètres. Les couches, coupées successivement et en suivant avec attention la ligne médiane, pour éviter l'hémorrhagie, j'arrivai à la profondeur de 1 pouce, et alors, jugeant que j'étais peu éloigné de l'intestin, je dirigeai la pointe de l'instrument vers la face concave du sacrum; je relevai le manche après l'avoir fait avancer dans cette position, et quand je le retirai, un large flot de méconium me prouva en sortant que l'ouverture était suffisante et bien placée.

Les urines qui n'avaient point été rendues depuis la veille, coulèrent par un jet très vigoureux et furent lancées à une grande distance pendant que le rectum se désemplissait et pesait moins sur le col de la vessie. Quelques lavements furent administrés, et le ventre s'assouplit. Le doigt indicateur gauche qui avait guidé l'instrument fut introduit dans la plaie et pénétra dans le rectum à travers une ouverture convenable.

En opérant avec un seul instrument, je pus terminer cette opération en fort peu de temps et éviter ainsi les reproches que Breschet, rapporteur de mon travail, envoyé à l'Académie de médecine en 1833, avait adressés à une lenteur que j'avais recommandée dans la seule vue d'éviter l'hémorrhagie en se maintenant dans le centre du périnée. Une mèche fut placée dans l'ouverture artificielle, mais elle fut bientôt expulsée par une nouvelle masse de méconium et retrouvée dans les linges quand on les renouvela. L'ouverture ne pouvant s'oblitérer promptement, je renonçai pour quelque temps à l'introduction des corps étrangers, afin de laisser plus de facilité aux évacuations et de permettre au bas-ventre tendu et douloureux de s'affaisser complétement. Tous les jours, le matin et le soir, j'administrais moi-même des injections émollientes, je dirigeais l'action des purgatifs doux donnés de temps à autre, et par des soins que les parents secondaient avec intelligence, l'enfant, qui avait été fort affaibli, revint à la santé; il prit le sein de la mère avec avidité, il urina abondamment, poussa des selles naturelles, et dormit paisiblement. On commença vers le dixième jour d'introduire des mèches enduites de cérat.

Le quinzième jour, je fus obligé de faire une absence qui se prolongea quatre jours, et à mon retour j'appris avec peine que des signes d'inflammation abdominale avaient paru et fait des progrès qui mettaient une existence aussi frêle dans le plus grand danger. Qu'était-il arrivé? Le voici:

Pour faciliter l'évacuation des matières stercorales chez un enfant disposé à la constipation, comme tous ses parents, il fallait faire des injections et diriger à travers une incision de plus d'un pouce de profondeur la canule vers le sacrum. On avait mal suivi cette direction sans doute, puisque la canule était souvent sortie ensanglantée. Le ventre était devenu douloureux, météorisé; la région périnéale était le siége d'un érysipèle aigu, et les bords de la plaie avaient pris un aspect grisâtre de mauvaise nature. Les forces de l'enfant étaient détruites; sa voix était faible, ses cris continus. Il vomissait l'eau sucrée, et refusait le sein. Il expira le lendemain.

L'autopsie devait être intéressante; je la fis avec le plus grand soin en présence de mon estimable confrère le médecin de la famille.

Le péritoine et les intestins étaient le siége d'une injection prononcée. Il y avait peu de matières dans le gros intestin; mais les gaz le distendaient jusqu'au rectum. Une ligature fut posée autour de la partie supérieure de l'S iliaque, que je trouvai assez remarquable par des points de rétrécissement presque valvulaires, tandis que le rectum se laissait distendre largement par une injection poussée à travers l'incision pratiquée au périnée. Cette injection, outre les dimensions du rectum, montrait sa terminaison en cul-de-sac, arrondie et appliquée derrière et contre le col de la vessie. Il n'existait aucune communication avec cet organe, ni avec l'urètre, ce qui expliquait pendant la vie la limpidité des urines et la sortie de ce liquide toutes les fois que l'on distendait le rectum par un lavement. Sa terminaison renflée comprimait la vessie et la forçait à se vider, ce qui avait fait croire aux parents qu'il pouvait bien exister une communication directe par la cloison recto-vésicale. L'ouverture pratiquée par le bistouri était d'un bon centimètre; il eût été à désirer qu'elle eût été plus étendue, et comme celle du plancher périnal était au moins du double, il eût été facile de l'agrandir au moyen d'un bistouri boutonné; cependant je suis convaincu qu'elle aurait été longtemps suffisante si le sujet eût vécu. La partie du périnée qui avoisinait l'intestin près de l'ouverture était le siége d'une inflammation fort vive, les tissus étaient brunâtres; mais il n'existait aucune trace de suppuration, par conséquent aucune collection purulente, ni aucun décollement.

La vessie, les uretères, l'urètre, la verge étaient dans l'état normal. Aucun autre organe n'a attiré notre attention.

Dans une thèse récemment présentée au concours de la chaire de clinique externe vacante à Paris, M. le professeur Bouisson, de Montpellier, a dit avec raison « que les motifs qui portent à l'exécution de la méthode périnéale sont si naturels, qu'elle n'est la propriété intellectuelle d'aucun chirurgien. J'avoue que la première fois que je me trouvai dans le cas de la pratiquer je fus mis inopinément en présence d'un sujet qui présentait des conditions difficiles, et que ma première pensée fut, comme aujourd'hui, de creuser un anus en avant du coccyx. Le succès que j'obtins et quelques recherches tératologiques me firent penser que rarement on devrait opérer dans les régions iliaque et lombaire. Mais pour assurer le succès de cette opération, il ne suffit point de bien éviter la vessie, de bien diriger les incisions sur la ligne médiane, en procédant avec lenteur, de manière à atteindre le rectum sur le milieu; il faut encore faciliter l'organisation d'un sphincter anal dans la région précoccygienne, et tout le monde reconnaît que c'est là la véritable difficulté. Les mèches et tentes, comme les autres corps dilatants, se montrent insuffisants et, dans le principe, ils sont inutiles, et ils peuvent même faire naître une inflammation locale fâcheuse.

On voit, par cette observation, que la main qui dirige les injections doit être, pour plus de sûreté, celle de l'opérateur ou d'un aide fort intelligent; car la canule, mal dirigée, peut irriter la vessie, ensanglanter la plaie et décoller même les bords de l'ouverture faite au rectum.

M. Amussat s'est proposé avec raison de perfectionner le précepte sur lequel j'ai insisté dans le temps et qui consiste à conserver les fonctions du sphincter et du releveur de l'anus en dirigeant les incisions dans le centre de ces muscles. M. Amussat veut supprimer pour ainsi dire le trajet cellulaire qui sépare la peau de l'extrémité inférieure du rectum, abaisser cet intestin et faire adhérer sa muqueuse aux téguments externes; opérer, en un mot, un déplacement du rectum et faire à son ouverture artificielle un ourlet cutanéo-muqueux qui représente la disposition normale de l'anus.

Cet habile chirurgien a fait avec succès cette opération ainsi modifiée sur une petite fille; mais elle présente des difficultés: on peut piquer la vessie, ainsi que cela est arrivé à M. Miller; il n'est pas toujours facile d'attirer le rectum en bas, et, lorsqu'on y est parvenu, il conserve une tendance fâcheuse à se relever et à abandonner le trajet parcouru par le bistouri. Malgré ces fâcheux inconvénients, il faut, je pense, insister sur cette modification, car des accidents inflammatoires peuvent éclater après l'opération dans le péritoine et les organes pelviens, soit que le tissu cellulaire du petit bassin devienne le siége d'un abcès méconial ou d'un phlegmon diffus.

Nous savons bien que M. Vidal (de Cassis) a proposé d'éviter ces accidents en pratiquant l'opération en deux temps, procédé qu'il a primitivement proposé pour la taille hypogastrique; mais, outre qu'on ne peut ici attendre le temps nécessaire à l'établissement des adhérences et que l'enfant succomberait souvent avant de les avoir obtenues, il est probable qu'on n'aurait pas plus de succès que l'auteur lui-même n'en a obtenu dans l'établissement d'un canal pseudo-membraneux au-dessus du pubis. Les incisions préliminaires paraissent n'avoir d'autre résultat que d'occasionner un ramollissement inflammatoire des tuniques dans les organes voisins, inflammation qui les dispose peu au succès de l'opération consécutive.

Pour éviter les rétrécissements de l'ouverture artificielle et l'inflammation des organes pelviens, il faut donc attirer une portion du rectum entre les lèvres de la plaie, modifier l'opération ainsi que l'a fait M. Amussat et choisir plutôt une autre région si l'on croit ne pouvoir y parvenir. L'expérience et le raisonnement me feront adopter à l'avenir cette ligne de conduite toutes les fois que l'intestin sera situé profondément, et je me plais à reconnaître hautement cette importante amélioration due à l'un de nos chirurgiens les plus laborieux et les plus distingués.

DE L'IODE

CONSIDÉRÉ COMME MOYEN DE PRÉVENIR ET DE COMBATTRE LA SALIVATION MERCURIELLE.

Dès l'introduction du mercure dans la thérapeutique de la vérole, les médecins se sont préoccupés d'empêcher la salivation. Matthiole et plus tard Raulin, Raisin, Corder, Tilloloy avaient vanté le camphre comme moyen préservatif; Missa même et Despatureaux croyaient à ce médicament assez de vertu pour arrêter la salivation commencée. D'autres ont préféré le soufre, d'autres le soufre doré d'antimoine, l'opium, le quinquina, les martiaux, la scammonée; d'autres, et ce sont les plus nombreux, après avoir donné quelques jours les mercuriaux, administraient des purgatifs, pensant par là modifier ou plutôt détourner la fluxion qui se dirige vers les gencives; d'autres ont cherché à dériver la fluxion

---

IX. LÉSIONS DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE.

APPENDICE. *Tératologie, ou monstruosités.*

1° *Monstruosité simple.* Par division congéniale (langue bifide, fissure du pénis, fissure du sternum, de l'urètre (épispadias, hypospadias), utérus bifide, bec-de-lièvre); par adhésion (imperforation de l'anus, du vagin, de l'utérus, cyclopie, ankyloses congénitales, sirenie), par absence de parties (anencéphalie, paracéphalie, acéphalie).

2° *Monstruosité double.* Antositaires par céphalodymie, somodymie, céphalo-somodymie; monstre parasitaire par implantation, par inclusion.

Je terminerai ce que j'ai à dire sur la marche générale admise dans cet ouvrage en indiquant les quelques irrégularités que j'ai dû apporter à la classification de M. le professeur Cruveilhier. La partie relative aux lésions du système osseux a été conservée telle que MM. Denonvilliers et Lacroix l'ont classée dans leur description; dans la préface, j'ai déjà prévenu le lecteur de cette irrégularité que j'ai été obligé d'introduire.

J'ai cru aussi devoir décrire à la suite du tube digestif, sous le titre *Déplacement*, les hernies et les inversions splanchniques; en réunissant ainsi dans un seul article tout ce qui est relatif à ces lésions, il m'a semblé que l'étude devait y gagner; si j'avais au contraire, à l'occasion de chaque organe, décrit ces déplacements comme j'en avais eu d'abord le projet, il me semble que cette question si importante aurait perdu de son intérêt. Il en a été de même des corps étrangers du tube digestif et de ses annexes; j'en ai fait un article séparé.

Le dernier chapitre, *les Monstruosités*, appartient à la troisième classe de la classification de M. Cruveilhier, à savoir: les adhésions; ce chapitre forme ce qu'il a décrit sous le nom d'*adhésions congéniales* et ce que M. Geoffroy Saint-Hilaire a désigné sous le nom de *tératologie*. Par la place que M. Cruveilhier a assigné dans sa classification aux adhésions, j'aurais peut-être dû les décrire en commençant. Mais, en rejetant ces lésions à la fin de cet ouvrage, je ne fais qu'intervertir un ordre qui ne porte aucun préjudice à la marche que j'ai admise, d'autant plus qu'à l'occasion de certains organes, comme les reins, par exemple, j'ai placé en tête les adhésions de ces organes; dans ce dernier chapitre, il ne sera donc question que des adhésions congéniales qui entraînent avec elles des modifications profondes dans l'économie et qui gagnent à être groupées les unes auprès des autres.

LÉSIONS DU SYSTÈME OSSEUX.

Art. 1[er]. — *Fractures.*

Si le Musée est peu riche en solution de continuités traumatiques des parties molles, cela tient d'une part à la difficulté de conserver ces lésions de manière qu'elles soient profitables à la science, et à l'extrême facilité que l'on a de les étudier; c'est sur le vivant que doit en grande partie se faire l'anatomie pathologique de ces solutions de continuité.

Les lésions des os nous offrent au contraire une riche collection; elles ont été décrites pour la partie faite par M. le professeur Denonvilliers, avec un soin tel, que l'observateur, en lisant ce travail, pourrait par le dessin reproduire la lésion. Je lui emprunterai donc une grande partie des détails; mais la nature de ce travail m'oblige à restreindre les descriptions.

Comme lui, je suivrai dans cette exposition l'ordre anatomique. Je décrirai donc successivement: 1° les fractures du rachis, 2° du sternum, des côtes et des cartilages costaux, 3° du bassin, 4° de la tête, 5° des membres supérieurs, 6° des membres inférieurs.

(La suite à un prochain numéro.)

---

vers les voies urinaires par l'usage des diurétiques; d'autres enfin, dans le double but de favoriser les sécrétions cutanées et de détourner la fluxion salivaire, ont prescrit les sudorifiques. A ces divers moyens, il convient de joindre le chlorate de potasse, l'iode et l'iodure de potassium, que l'autorité des hommes les plus compétents dans la matière déclare ne pas empêcher la salivation plus que les autres moyens connus. Cette défaveur qui pèse sur ces divers agents considérés comme moyen de prévenir le ptyalisme mercuriel doit-elle s'étendre jusqu'à leur action sur le ptyalisme confirmé? Par exemple, et pour ne parler que de l'iode et de l'iodure de potassium, faut-il ou non admettre que ces précieux agents soient utiles contre la salivation mercurielle?

Déjà nous pourrions nous appuyer sur les expériences de Melcens, qui en a constaté l'efficacité au point de vue chimique; mais nous avons aussi les expériences de Knor, insérées dans le journal de Hufeland en 1832; nous avons surtout celles plus récentes d'un médecin des îles Canaries, le docteur Jaurin, qui dit avoir vu, à l'aide de l'iode, la douleur et la tuméfaction des glandes salivaires cesser dans un intervalle de quatre à six jours, et les ulcérations de la bouche se cicatriser rapidement. Dans le principe, dit M. Jaurin, je suivais la méthode de Knor, qui consiste à donner au malade, chaque jour, d'abord quatre demi-cuillerées, puis quatre cuillerées entières de la mixture suivante :

Iode.	25 centigrammes.
Faites dissoudre dans :	
Esprit-de-vin.	8 grammes.
Ajoutez :	
Eau distillée de cannelle. . .	75 grammes.
Sirop simple.	15 grammes.

Mais, ayant remarqué que cette mixture se décompose ensuite par l'action de la lumière, je préfère aujourd'hui la teinture d'iode que je donne dans un véhicule mucilagineux à la dose de 5 à 20 gouttes, deux fois par jour. J'ai administré, ajoute-t-il, avec le même succès, l'iode à la dose de 15 centigr. le premier jour, 8 le second et le troisième, 12 le quatrième et le cinquième. — Telle est la simplicité et l'innocuité d'une pareille pratique, que nous ne voyons, pour notre part, aucun inconvénient à la mettre en usage, d'autant plus que rien ne s'opposerait à ce qu'on eût recours en même temps aux frictions d'alun sur les gencives, de M. Velpeau, ou aux cautérisations de M. Ricord avec l'acide hydrochlorique. Reste à savoir cependant s'il n'y aurait pas avantage à substituer l'iodure de potassium, comme moins irritant, à l'iode pur. C'est ce que l'expérience seule nous apprendra.

(*Gaceta med. de Madrid* et *Bull. de Thérap.*)

OBSERVATION

d'un lupus tuberculeux à tubercules persistants guéri par le caustique de M. Cazenave.

Par M. le Dr Garin.

Le 25 février 1851 se présenta à ma consultation le nommé Bouvard, de Bossieux (Isère), âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution grêle. Il était couvert d'un lichen agrius général sans sécrétion; la peau était rude et sèche. La maladie datait de l'enfance. Il présentait, en outre, à la région fessière du côté gauche une éruption datant également de l'enfance. Elle occupait une surface de 15 centimètres de diamètre, se rapprochant de l'anus. Elle était caractérisée par des tubercules élevés, à base dégagée, dont le sommet était couvert de croûtes sèches en quelques points, d'exfoliations épidermiques en d'autres points. Ils étaient groupés, se rangeaient par plaques s'enchevêtrant les unes dans les autres, distinctes seulement à la périphérie. C'était un lupus tuberculeux à tubercules persistants, c'est-à-dire ne disparaissant pas par ulcération. Je pensai que cette forme de lupus était liée seulement à une syphilis des ascendants en raison de la manière dont elle se comporte; cependant, je n'ai rien pu découvrir dans les antécédents. Ses parents sont morts jeunes. Je devais ranger ce lupus dans la catégorie des lupus scrofuleux. Le lichen était la suite des gourmes de la tendre enfance.

Traitement. — Tisane de racine de chicorée sauvage édulcorée avec du sirop de gentiane; trois cuillerées par jour d'une solution d'hydrochlorate de chaux (15 grammes pour 500 d'eau distillée); frictions générales deux fois le jour avec de la pommade au chloroforme (4 grammes pour 45 d'axonge); bains de rivière quotidiens; vin vieux aux repas, travail manuel.

Le 10 mars, le lichen est considérablement amendé. — Continuation du traitement. Je touche les tubercules de lupus avec un pinceau trempé dans le bi-iodure hydrargyrique (15 grammes dans suffisante quantité d'huile d'olives).

Le 25, plus que quelques papules de lichen aux bras et aux jambes. Les tubercules de lupus sont moins proéminents; les plus petits tendent à disparaître. — Continuation de la tisane, de la solution, de la pommade; bains sulfureux; bi-iodure hydrargyrique.

Le 15 avril, le lichen a reparu en quelques points sous l'influence des bains sulfureux; l'amélioration continue du côté du lupus. — Pommade chloroformée, tisane de bardane, bains de rivière, caustique de M. Cazenave.

Le 10 mai, le lichen a disparu; la peau est moins sèche, elle est souple. De nouveaux tubercules semblent vouloir paraître. — Caustique au bi-iodure hydrargique; tisane de bardane; vin vieux.

Le 26, une nouvelle série de tubercules a disparu; il n'en reste plus qu'une douzaine qui sont dispersés, couverts d'exfoliations, affaissés. — Bi-iodure hydrargyrique.

Le 2 juin, les tubercules ne ressemblent plus qu'à une rougeur saillante. — Caustique de M. Cazenave.

Le 10, guérison.

Aujourd'hui il n'y a plus de lichen, et quelques rides sont les seuls indices du siége qu'occupait le lupus.

Le tempérament du malade s'est amélioré; il a pris de la force physique et surtout de la consistance morale. C'est un bienfait dont il est redevable en grande partie au caustique de M. Cazenave, dont je m'honorerai toujours d'être l'humble élève.

FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC ARTHRITE,

hallucinations et enfin chorée.

Par le Dr Ponthenier.

Les sociétés médicales de province ont reçu depuis quelques années une impulsion aussi avantageuse pour le corps médical que favorable aux progrès de la science. Les nombreux comptes-rendus que nous en recevons et l'intérêt qu'ils présentent, en témoignant de ce fait, nous font regretter de ne pouvoir plus souvent porter à la connaissance de nos lecteurs les travaux de nos laborieux confrères. Nous serons heureux toutes les fois que nous le pourrons de leur donner cette marque d'estime.

Voici une observation qu'on ne lira pas sans un vif intérêt.

Le sujet de cette communication est un robuste vigneron, âgé de quarante ans, qu'un premier rhumatisme articulaire avait fait réformer au régiment. Au mois de septembre dernier, après avoir été exposé à un changement brusque de température, il fut pris de frissons, puis de fièvre, de céphalalgie, de douleurs aiguës dans diverses articulations, avec rougeur et gonflement de plusieurs d'entre elles. L'auscultation précordiale faisait entendre un bruit de souffle très prononcé au second temps. — Large saignée le matin, 15 sangsues le soir, fomentations émollientes sur les articles, diète, eau panée.

Deux jours après, accès de fièvre complet pendant lequel survient un délire furieux qui ne diminue que lorsque la fièvre arrive à son déclin. Après quelques nouveaux renseignements puisés auprès de la famille du malade, le docteur Ponthenier reconnaît aisément le nouvel ennemi qu'il a à combattre et que lui avait d'abord masqué l'affection rhumatismale. Il s'agit actuellement d'une fièvre intermittente compliquée d'accidents graves du côté du cerveau. Quant à l'arthrite aiguë, il n'en reste plus de traces. — Sulfate de quinine d'abord et puis solution d'acide arsénieux pendant quelques jours. — Guérison à peu près complète pour trois semaines environ. A cette époque, quelques symptômes se représentent et sont efficacement combattus par le docteur Secretain, au moyen du sulfate de quinine.

Quinze jours plus tard, nouveaux accidents pendant lesquels se déclare encore un délire d'une fureur extrême et qui continue même alors qu'il n'existe pas de fièvre. Cette dernière circonstance et l'idée fixe du malade de se croire entouré de voleurs inquiètent le docteur Ponthenier, qui demande l'assistance du confrère Secretain. Après sérieux examen, ils s'arrêtent à la pensée de l'affection intermittente comme base de tous les phénomènes qui se présentent jusques et y compris l'hallucination.

Les préparations de quinquina sont employées de nouveau et agissent à souhait, même sur l'espèce de folie qui vient d'être signalée.

Au bout de dix à douze jours, le malade se croit convalescent et essaie de se lever; mais, vains efforts! les jambes lui manquent, il tremble de tous ses membres et ne peut se soutenir. Ce tremblement gagne du terrain, se généralise, devient permanent, irrésistible, même au lit, et oblige le malade à rappeler son médecin. Ici le docteur Ponthenier est témoin d'une scène choréique des plus étonnantes et dont il vous a donné dans sa communication une description saisissante. Les yeux se meuvent dans leurs orbites avec une rapidité effrayante; tous les muscles de la face tremblotent et grimacent continuellement; tout cela, réuni à des mouvements désordonnés de tout le corps, donne à ce pauvre malade un aspect vraiment pitoyable et des plus étranges. — Régime tonique, vin de quinquina, frictions sèches deux fois par jour sur tout le corps.

Un mois après, les forces et l'embonpoint étaient revenus; il ne restait plus qu'un léger tremblement, qui d'ailleurs occupait fort peu le vigneron. Cependant, au mois de janvier, il s'en plaignit au docteur Ponthenier, qui jugea la chose plus importante et conseilla l'usage du drap mouillé tous les matin. Ce moyen hydrothérapique, continué pendant quelque temps, produisit les plus heureux résultats.

De la discussion intéressante et étendue qui suit cette lecture ressortent quelques faits et des appréciations qu'il est utile de vous rappeler. Une jeune fille éprouvant des accidents nerveux analogues à ceux du vigneron a été complétement guérie par le docteur Choisy au moyen de l'eau froide. L'usage des bains froids a parfaitement réussi au docteur Secretain chez une fille dont l'affection nerveuse frisait l'épilepsie, et la guérison se maintient depuis deux ans. Chez une autre jeune fille dont les facultés intellectuelles elles-mêmes avaient éprouvé quelques troubles, les bains froids, le drap mouillé et les éponges ont fait justice de ces désordres. Ces heureux résultats n'étonnent, du reste, nullement le docteur Secretain; l'excellence de ce traitement lui paraît surabondamment démontrée par la théorie et la pratique.

Le docteur Boudant entre dans des considérations étendues sur la valeur de l'hydrothérapie; en voici le résumé : le mode d'action de cette médication est tout différent, selon qu'on laisse à la nature seule le soin de la réaction qui suit l'application de l'eau froide, ou que, pour rendre cette réaction plus puissante, on soumet préalablement le malade à une sudation abondante. Au premier moyen incombe une foule d'affections, et spécialement celles qui débilitent tout ou partie de l'économie; au second, toutes les maladies qui réclament l'élimination de tel ou tel principe anormal introduit dans l'organisation.

Il vous est ensuite raconté par M. Laplanche, architecte, que depuis au moins vingt ans il emploie, en toute saison, à propos de toute indisposition et aussi à titre prophylactique, des lotions générales et très abondantes d'eau froide. Cette longue pratique établit, du reste, les bons résultats qu'il en a retiré.

Le docteur Bideau n'est nullement surpris que des accidents nerveux même de cette importance aient immédiatement succédé ou plutôt aient été liés à une fièvre intermittente; pour lui, c'est un phénomène qui doit se présenter fréquemment. Depuis peu, il a observé chez une femme une odontalgie concurrente avec une fièvre intermittente. Cette fièvre, guérie nombre de fois par les moyens ordinaires, reparaissait toujours avec les douleurs odontalgiques. Enfin, la dent a été arrachée, et il n'a plus été question de la fièvre.

Cette discussion épuisée, votre secrétaire de l'an dernier vous lit le compte-rendu annuel de vos travaux. Zélé, juste et élevé dans ses appréciations; net, précis, et par dessus tout énergiquement consciencieux dans son langage, notre confrère Secretain s'est montré ici ce qu'il est toujours.

(*Rapport général de la Société des sciences médic. de Gannat.*)

TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX

par l'écorce de chêne,

Par M. le docteur Rodes.

Un malade porteur de varices aux deux jambes et d'ulcères atoniques est inutilement soumis à un long traitement par le quinquina et le ratanhia sous plusieurs formes, par les lotions chlorurées, etc. L'auteur songe alors à employer la décoction concentrée d'écorce de chêne pour laver les plaies, en humecter la charpie et les compresses. Il a recours à la poudre de la même écorce pour l'appliquer directement sur les ulcères. Peu de temps après, les plaies deviennent vermeilles et arrivent rapidement à une complète cicatrisation. Encouragé par ce résultat, notre confrère s'est toujours adressé, depuis, au même médicament, et en a constamment retiré d'aussi bons effets.

Ce médicament, dont l'abondance n'est pas une de ses qualités les moins précieuses, ne peut manquer d'être soumis à nos expériences. (*Ibid.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 septembre 1851. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Sept lettres du ministre du commerce, qui transmet : 1° trois rapports de M. le docteur Foucauld, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Epernay (Marne), sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1850, et janvier, février, mars et avril 1851. (Commission des épidémies.)

2° Trois rapports de M. le docteur Lautier, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1848, 1849 et 1850. (Commission des eaux minérales.)

3° Un mémoire de M. le docteur Hardy, de Port-au-Prince (Haïti), sur le traitement des affections lépreuses. (Commissaire : M. Gibert.)

4° Diverses recettes et échantillons de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome VII de la 2e série du *Recueil des Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.*

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Pemphigus syphilitique.

M. Dubreuil fils adresse de nouveaux détails sur l'observation de pemphigus qu'il a communiquée à l'Académie il y a environ deux mois.

Choléra.

M. H. Larrey transmet, de la part de M. Cazalas, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Oran, une lettre dont l'objet principal est d'établir, d'après les faits que ce médecin a observés pendant la dernière épidémie de choléra, que l'éruption folliculeuse intestinale est généralement, sinon toujours, antérieure à l'invasion de la maladie. (Commission du choléra.)

RAPPORTS.

Appareil à fumigations.

M. Dubois (d'Amiens) lit pour M. J. Guérin, absent, un rapport officiel sur un appareil à fumigations proposé par un ouvrier mécanicien. La commission pense que cet appareil n'offre aucun avantage sur les nombreux appareils du même genre qui existent depuis longtemps. (Adopté.)

LECTURES.

Médication imperméable.

M. Robert-Latour lit un mémoire *sur les médicaments dont l'action est analogue à celle des agents imperméables.*

L'auteur cherche à démontrer que les moyens qui empêchent l'accès de l'air sur les surfaces enflammées constituent le meilleur traitement contre les inflammations de toute nature. Le collodium est la substance qui lui paraît réunir le mieux les propriétés imperméables.

Pemphigus des nouveau-nés.

M. le professeur P. Dubois communique un cas de pemphigus survenu chez un enfant nouveau-né dont la mère était atteinte de symptômes syphilitiques les plus caractérisés. Nous ferons connaître en détail ce fait intéressant.

Après quelques remarques de MM. Cazeaux, Ricord et Huguier, et quelques mots de réplique de la part de M. Dubois, la séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 septembre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Influence du sel marin sur la nutrition des chevaux.

M. Magendie, en présentant à l'Académie au nom du ministre de la guerre, le troisième volume des *Mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires*, mentionne spécialement dans cet ouvrage les documents suivants relatifs à l'alimentation des chevaux :

« La commission, dit M. Magendie, a terminé ses expériences sur l'emploi du sel marin dans la ration journalière des chevaux de l'armée; suivies pendant deux années et instituées sur plus de trois mille chevaux de toutes armes, ces expériences ont donné les résultats les plus tranchés. Il est désormais démontré que le sel marin, introduit dans le régime alimentaire, n'apporte aucun avantage pour la santé des chevaux; qu'il n'est point un préservatif des maladies, et spécialement de la morve aiguë ou chronique, du farcin, etc. Il en est de même pour l'influence du sel pour le rétablissement de l'embonpoint chez les animaux maigres. Les expériences prouvent d'une manière incontestable que le sel n'a aucune action appréciable à cet égard.

» La commission a également constaté que l'emploi du sel marin à très haute dose n'a pas d'influence nuisible sur les chevaux. Cette substance traverse l'économie, s'échappe avec l'urine, dont elle accroît la proportion d'urée.

» Les études sur la digestion chez le cheval ont été continuées particulièrement au point de vue de l'influence du mouvement ou du repos sur cette importante fonction. Jusqu'ici nous avons acquis la certitude, ce qu'on ne pouvait guère présumer, que le cheval qui trotte ou galope digère beaucoup plus vite que le cheval qui reste au repos. »

Effets de la castration des vaches sur l'engraissement et sur la sécrétion laiteuse.

M. Rayer communique l'extrait d'une lettre de M. le docteur Lesauvage (de Caen), concernant la castration des vaches. Dans l'espace d'une vingtaine d'années, M. Desbans, vétérinaire qui exerce dans le département du Calvados, a pratiqué cette opération sur une centaine de vaches, et n'en a perdu qu'une seule. Suivant M. Desbans, la castration serait spécialement applicable aux vaches *taurélières*, nom sous lequel on désigne les vaches atteintes d'une sorte de fureur utérine qui rend ces animaux inaptes à la conception, à la production du lait et à l'engraissement. Après l'enlèvement des ovaires, les vaches cessent d'être agitées et engraissent rapidement. D'après le même observateur, la castration pratiquée dans le but d'obtenir un rendement plus considérable de lait et la prolongation de la sécrétion laiteuse au delà du terme ordinaire, aurait au contraire pour résultat une diminution de cette sécrétion coïncidant avec un engraissement proportionnel.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SUITE DE LA SEPTIÈME LEÇON (1).

DE L'ÉLECTRICITÉ. (Suite.) — *De l'électricité animale.*

Il n'en est plus de même, messieurs, si nous abordons les doctrines des mesmériens, de ceux qui, se fondant sur quelques faits bizarres de catalepsie, de somnambulisme naturel et sur leurs propres expériences, admettent l'existence d'un agent spécial, du *fluide magnétique animal*, auquel ils font jouer un rôle prépondérant dans l'accomplissement des principales fonctions; ici nous tombons en plein dans le monde surnaturel et nous arrivons à la transposition des sens, à la vision s'opérant à travers un corps opaque, à l'état magnétique qui permet à un homme de deviner ce qui se passe à deux mille lieues de lui, qui lui permet de lire dans la pensée de son semblable!

Et je ne parle pas ici de ces industriels dont les prouesses se dénouent si souvent devant la police correctionnelle; je ne parle pas de ces artistes en magnétisme qui font concurrence à Robert-Houdin; je ne parle pas de ces mystifications dont le mot se trouve dans le bandeau de mademoiselle Pigeaire, dans les confessions de M. Frappart, dans les piquantes révélations de M. Dechambre (voyez Burdin jeune et Dubois (d'Amiens), *Histoire académique ou magnétisme animal*; Paris, 1841); je parle des doctrines qui ont eu le droit, jusqu'à un certain point, de s'abriter sous les noms de Georget, de M. Husson et de quelques autres hommes d'une incontestable autorité; je parle de doctrines qui sont acceptées et défendues par les représentants les plus illustres de cette philosophie métaphysique, théologique que les tendances de quelques hommes menacent de remettre en honneur, sinon par la persuasion et la foi, du moins par la violence et l'intimidation.

Voulez-vous connaître la voie dans laquelle cette philosophie a la prétention de vous engager?

L'ontologie ou la métaphysique pure et transcendante, basée sur la parole divine et la révélation, est la science des principes qui fournit les prémisses nécessaires à toutes les autres sciences.

L'anthropologie part des données que lui fournit l'ontologie sur l'origine et la nature de l'homme.

Quoique le sens ne puisse s'exercer que par un organe, cependant il n'est pas attaché exclusivement à tel organe, ni surtout à la forme organique. Ainsi la vue, qui fonctionne *ordinairement* (sic) par le nerf optique et le globe de l'œil, peut néanmoins agir et être impressionnée par une autre voie. Les somnambules qui arrivent à la clairvoyance magnétique, soit naturellement, soit artificiellement, à la suite de certaines manipulations voient les yeux fermés ce que nous n'apercevons pas avec nos yeux ouverts. Ils distinguent les choses à de grandes distances ou à travers des milieux opaques; ils perçoivent ce qui se passe dans un corps malade, le siége de la maladie, etc.; ils lisent une lettre cachetée et placée sur l'épigastre, *et autres choses de ce genre* (ce qui veut dire pour nous, messieurs, *ejusdem farinæ*).

La vue est le sens de la manifestation, le goût celui du mystère; or mystère et manifestation sans l'être et l'existence, le subjectif et l'objectif dans chaque chose. Le mystère se perçoit par le goût et non par la vue; autrement il ne serait point mystère. La manifestation se perçoit par la vue et non par le goût, autrement elle ne serait pas la lumière. L'homme actuel ne peut donc connaître l'être qu'autant qu'il a le goût de l'être, et ce goût, nourri et cultivé en lui, fait sa sagesse. Il ne peut connaître l'existence qu'autant qu'il en a l'évidence par la lumière, et cette évidence fait la science. Or la science et la sagesse qui proviennent de l'évidence et du goût sont au-dessus de tout argument; car on ne dispute point des goûts.

L'odorat est pour ainsi dire un sens auxiliaire du goût, c'est-à-dire du sens du mystère. Or, de même qu'une fleur épanouie exhale une douceur en répandant autour d'elle l'esprit qui l'anime et qui vient affecter agréablement notre organe, ainsi une âme pleine d'innocence, de vertu et de charité, s'ouvrant avec amour sous l'influence vivifiante du soleil des âmes, rayonne autour d'elle l'esprit céleste qui la remplit; c'est ce qu'on appelle la bonne odeur d'une sainte vie. Ce qui peut servir à expliquer jusqu'à un certain point ce qu'on raconte des corps des saints, à savoir, qu'ils exhalent souvent après la mort, et même longtemps après leur inhumation, une odeur agréable. L'esprit divin dont les âmes qui habitaient ces corps étaient abondamment pénétrées a pu y laisser des émanations vivifiantes capables d'en empêcher la corruption, comme cela arrive d'ailleurs par l'embaumement avec des substances aromatiques!!

Ne riez pas, messieurs! ces paroles ne sont pas empruntées aux élucubrations de quelque obscur illuminé; elles ne sont pas le rêve d'une imagination en délire, et vous reconnaîtrez leur signification et leur gravité lorsque vous saurez qu'elles sont textuellement extraites d'un ouvrage publié à Paris en plein dix-neuvième siècle, en 1839; d'un ouvrage qui a pour titre : *Psychologie expérimentale* et pour auteur M. l'abbé Bautain, vicaire général et promoteur de l'archevêché de Paris, docteur en médecine, ex-professeur de philosophie, ex-directeur du collége de Juilly, aujourd'hui membre du conseil supérieur d'instruction publique et ayant dans ses attributions la Faculté de médecine de Paris!!

Messieurs, toutes convictions sont respectables, et je veux admettre qu'un homme d'une intelligence et d'une instruction évidemment supérieures puisse croire les choses que je viens de vous rapporter; mais, avant de vous engager dans une voie définitive, vous aurez à déterminer la base sur laquelle devront être assises vos convictions, et après vous avoir fait connaître celle que fournit la philosophie métaphysique et théologique, je dois mettre sous vos yeux celle que vous offre la philosophie positive.

Chaque branche de nos connaissances, dit M. Aug. Comte, passe successivement par trois états théoriques différents : l'état théologique ou fictif; l'état métaphysique ou abstrait; l'état scientifique ou positif. En d'autres termes, l'esprit humain emploie successivement dans ses recherches trois méthodes de philosopher dont le caractère est essentiellement différent : d'abord la méthode théologique, ensuite la méthode métaphysique, et enfin la méthode positive. La première est le point de départ nécessaire de l'intelligence humaine; la troisième, son état fixe et définitif; la seconde est uniquement destinée à servir de transition, et chacun de nous, en contemplant sa propre histoire, ne se souvient-il pas qu'il a été successivement, quant à ses notions les plus importantes, théologien dans son enfance, métaphysicien dans sa jeunesse et physicien dans sa virilité?

Dans l'état théologique, l'esprit humain, dirigeant essentiellement ses recherches vers la nature intime des êtres, les causes premières et finales de tous les effets qui le frappent, en un mot, vers les connaissances absolues, se représente les phénomènes comme produits par l'action directe et continue d'agents surnaturels.

Dans l'état métaphysique, qui n'est au fond qu'une simple modification générale du premier, les agents surnaturels sont remplacés par des forces abstraites, véritables entités, abstractions personnifiées inhérant aux divers êtres du monde et conçues comme capables d'engendrer par elles-mêmes tous les phénomènes observés.

Enfin, dans l'état positif, l'esprit humain, reconnaissant l'impossibilité d'obtenir des notions absolues, renonce à chercher l'origine et la destination de l'univers et à connaître les causes intimes des phénomènes pour s'attacher uniquement à découvrir, par l'usage bien combiné du raisonnement et de l'observation, leurs lois effectives, c'est-à-dire leurs relations invariables de succession et de similitude.

Le système théologique est parvenu à la plus haute perfection dont il soit susceptible quand il a substitué l'action providentielle d'un être unique au jeu varié des nombreuses divinités indépendantes qui avaient été imaginées primitivement. Le dernier terme du système métaphysique consiste à concevoir, au lieu des différentes entités particulières, une seule grande entité générale, la *nature*, envisagée comme la source unique de tous les phénomènes. La perfection du système positif vers laquelle il tend sans cesse, quoiqu'il soit très probable qu'il ne doive jamais l'atteindre, serait de pouvoir se repsésenter tous les divers phénomènes observables comme des cas particuliers d'un seul fait général, tel que celui de la gravitation, par exemple.

Le caractère fondamental de la philosophie positive est donc de regarder tous les phénomènes comme assujettis à des *lois naturelles invariables* dont la découverte précise et la réduction au moindre nombre possible sont le but de tous nos efforts, en considérant comme absolument inaccessible et vide de sens, pour nous, la recherche de ce qu'on appelle les causes, soit premières, soit finales.

Telles sont, messieurs, les deux voies qui vous sont ouvertes; vous vous déciderez pour l'une ou pour l'autre; quant à moi, mon choix est fait depuis longtemps, et si la science et la philosophie, reniées aujourd'hui par leurs plus éloquents interprètes d'autrefois, sont destinées à subir encore des persécutions et des outrages, j'espère qu'elles trouveront en vous des défenseurs plus inébranlables que Galilée, dont la rétractation n'a pas été rachetée par ce cri arraché à la peur par la conviction : *E pur si muove!*

J'ai pensé, messieurs, que cette digression ne serait pas trop déplacée dans cette chaire de haut enseignement et j'espère que vous voudrez bien me la pardonner.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août et 6 septembre.

Chronique et nouvelles.

Par décret du 12 de ce mois, M. le docteur Philipps a été promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

— La Société des sciences, arts et lettres du Hainaut avait mis au concours, l'année dernière, la question suivante : « Etablir par des faits si le choléra morbus est ou n'est pas contagieux. »

Le prix, consistant en une médaille d'or, vient d'être accordé au mémoire de M. le docteur Brochard, de Nogent-le-Rotrou, lequel a été invité à se rendre à Mons, le 28 septembre, pour assister à la séance annuelle de la Société.

— Le journal anglais le *Sun*, à propos de la marque à infliger aux déserteurs de l'armée anglaise par les chirurgiens militaires, annonce que ces derniers devraient donner leur démission en masse plutôt que d'obéir à un orde de cette nature, qui, transformant des officiers de santé en aides du bourreau, empêchera à dater du 1er octobre tout gentleman de recevoir dans l'armée un brevet de médecin. Nous espérons que les chirurgiens militaires soutiendront la dignité de leur profession en se retirant en masse, à moins que cet ordre atroce ne soit révoqué, et nous engageons tous les médecins à s'entendre pour refuser d'entrer en consultation avec aucun officier médical de l'armée après le 1er octobre prochain. Ainsi, après cette même date, ceux qui rempliront des fonctions médicales dans l'armée seraient (à moins de révocation de l'ordre en question) regardés comme les aides du bourreau.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 109. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 109. — SAMEDI 20 SEPTEMBRE 18[illegible]

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 19 SEPTEMBRE 1851.

DISCUSSION SUR LE PEMPHIGUS DES NOUVEAU-NÉS.

La discussion à laquelle a donné lieu la communication de M. Dubois n'ayant pas produit de nouveaux arguments, nous n'aurons pas à y insister longtemps. Nous insisterons seulement sur quelques-unes des assertions émises par les orateurs qui ont pris part à la discussion.

Constatons d'abord que M. Cazeaux semble devenir de plus en plus difficile en fait de preuves à mesure que la discussion s'avance; c'est là une bonne disposition d'esprit en général; mais il ne faut abuser de rien. Ne vouloir accorder aucune valeur au fait nouveau communiqué par M. Dubois, c'est vraiment pousser un peu trop loin l'esprit d'incrédulité. Si ce fait était le seul de son espèce qui fût consigné dans la science, on peut admettre, on doit admettre qu'il serait très difficile d'en donner la véritable interprétation, on devrait taxer de légèreté celui qui voudrait en faire la base d'une opinion sur la nature de la maladie. Mais ce fait venant après une discussion où beaucoup d'autres faits semblables ont été produits, qui donnent, M. Cazeaux n'en disconviendra pas sans doute, une certaine probabilité à l'opinion qu'il combat; ce fait, observé chez la première femme syphilitique qui se présente dans le service de M. Dubois depuis la discussion; ce fait, pour ainsi dire prévu d'abord, et confirmé ensuite par l'événement; ce fait, considéré comme ayant beaucoup moins de valeur encore que ceux qu'on a déjà publiés, c'est-à-dire à peu près aucune, il nous semble que c'est pousser un peu loin les exigences scientifiques, et qu'avec de semblables exigences il serait bien difficile d'établir une influence de doctrine étiologique quelconque. Ajoutons, pour montrer combien ces exigences sont grandes, que l'accouchement prématuré qui a eu lieu dans ce cas, que le peu de développement de l'enfant, son état de débilité, sa mort, enfin, tout cela est attribué par M. Cazeaux à la syphilis; le pemphigus seul aurait le privilége d'être né spontanément parmi tous ces produits de la syphilis. Répétons-le encore, c'est vraiment être trop exigeant.

M. Cazeaux a cru utile de citer dans la discussion l'observation qui s'était produite au dehors, d'une femme qui était accouchée de six ou sept enfants affectés de pemphigus, sans que ni elle, ni son mari, aient jamais été atteints d'aucun symptôme de syphilis. Nous n'opposerons pas à ce fait celui qu'à cité M. Ricord d'une mère accouchant, *dans les mêmes conditions d'antécédents*, de trois enfants atteints *de grosse vérole*; nous exprimerons notre étonnement que ceux qui ont voulu se servir de ce fait contre la doctrine de M. Dubois ne se soient pas demandé s'il y avait une autre cause connue qui pût produire avec une telle persistance une maladie toujours identique chez des enfants nouveau-nés, alors que les parents sont dans un état de santé apparente. Assurément si l'on disait à M. Cazeaux: Voici une femme qui se porte bien ainsi que son mari, mais qui a mis au monde sept enfants chétifs ou morts-nés, ou nés avant terme, M. Cazeaux répondrait sans hésiter : La syphilis joue un rôle dans cette suite d'accidents fâcheux. Qui donc l'empêche d'avoir la même opinion dans le cas qu'il a rappelé? Uniquement la présence du pemphigus, c'est-à-dire précisément la circonstance qui devrait donner plus de poids encore à cette opinion. Nous croyons que M. Cazeaux aurait été beaucoup mieux inspiré s'il avait vu dans ces six ou sept accouchements successifs d'enfants pemphigoïques et par conséquent très probablement syphilitiques, la conséquence des fâcheux préceptes thérapeutiques qu'il a professés. Si au premier ou au second enfant né avec le pemphigus on s'était hâté de prescrire aux parents un traitement syphilitique méthodique et bien suivi, il est très probable que les enfants qui seraient nés à la suite de ce traitement auraient été exempts de l'affection qui avait atteint leurs aînés, et le médecin aurait ainsi rendu un véritable service à la science et à ses clients.

M. Ricord a peu ajouté aux lumières de la discussion. Après des assertions nombreuses, un peu nébuleuses et contradictoires pour la plupart, au moins en apparence, il est arrivé à conclure que : « on *peut* admettre que la syphilis *peut être* une cause de pemphigus dont il *reste encore à déterminer* la spécificité. »

Une pareille conclusion peut bien ne pas compromettre celui qui la formule; mais, il faut l'avouer, elle ajoute peu de chose à nos connaissances; elle est peu propre à fixer les idées du praticien sur le point délicat de clinique qui était en discussion. La seule assertion de M. Ricord que nous croyons devoir relever, parce qu'elle nous a paru plus catégoriquement formulée que les autres, est la suivante.

Dans un moment où il semblait assez disposé à admettre, de par les coïncidences, que le pemphigus se développait bien sous l'influence de la syphilis, il s'est demandé si, cette influence étant une fois reconnue, elle agissait spécifiquement ou bien comme cause générale de débilité, comme agiraient, par exemple, la misère, les excès, etc. Cette question nous a prouvé que M. Ricord, non-seulement n'avait point des principes très orthodoxes de pathologie générale, ni même une connaissance très approfondie du sujet spécial. En théorie, il paraît peu probable qu'une cause spécifique puisse par transmission héréditaire donner lieu à des affections de nature diverse. L'espèce pathologique est surtout bien caractérisée dans les maladies spécifiques, et, comme toutes les espèces, elle a pour caractère essentiel de n'enfanter que des produits semblables à elle-même. Voilà quelle est, suivant nous, la seule doctrine véritable et féconde en pathologie générale.

En fait, les enfants atteints de pemphigus ne naissent point, pas plus que les autres, de parents débilités, et n'auraient pas plus de raison de l'être s'il n'y avait pas chez eux une cause spéciale qui agît.

Enfin, les coïncidences qui établiraient l'influence de la syphilis sur le pemphigus établiraient en même temps la nature spécifique de celui-ci: car, si toutes les causes de débilité étaient de nature à le produire, on l'observerait partout où l'on rencontre ces causes; tandis que nous admettons, au contraire, qu'on ne le constate jamais ou presque jamais que là où, avec ou *sans* d'autres causes de débilité, existe la syphilis.

De tout ceci nous concluons, à notre tour : Oui, le pemphigus des nouveau-nés est presque toujours, sinon toujours, un des produits de la syphilis héréditaire, et si vous voulez faire de la thérapeutique raisonnable et utile, vous prescrirez un traitement antisyphilitique à des parents qui auront eu un et, à plus forte raison, plusieurs enfants atteints de pemphigus. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Phimosis congénital. — Accidents graves du côté des organes génito-urinaires. — Opération. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Quoique l'hydrothérapie ait été l'objet d'études nombreuses et intelligentes depuis quelques années, on est encore loin d'avoir apprécié avec exactitude toutes les ressources qu'elle peut fournir. On sait cependant, grâce surtout aux travaux récents de M. L. Fleury, que les névralgies sont une des classes d'affections dans lesquelles cette méthode de traitement produit les meilleurs résultats. Est-ce à ce titre que la maladie suivante a été guérie par l'hydrothérapie? Cela paraîtra sans doute probable au lecteur quand il aura pris connaissance de l'observation que nous allons rapporter succinctement.

M. X..., âgé de vingt-sept ans, s'est livré à la masturbation depuis l'âge de douze ans jusqu'à celui de vingt, sans toutefois commettre de grands excès; depuis, il a entièrement renoncé à cette habitude, et il n'a eu avec les femmes qu'un commerce peu fréquent; les désirs vénériens ne sont pas développés, et tous les quinze jours environ une pollution nocturne, accompagnée de rêve érotique et d'érection, suffit pour les éteindre. Le plaisir vénérien pendant le coït est d'ailleurs presque nul ou même remplacé par une sensation douloureuse résultant des tractions qui sont exercées sur un prépuce très étroit, très long, fixé par un frein très court, lequel s'insère à l'orifice même de l'urètre et pendant l'érection courbe la verge en attirant le gland en bas et en arrière. Le membre viril est peu volumineux.

En 1845, M. X... remarqua que les besoins d'uriner se faisaient sentir plus fréquemment qu'auparavant, la quantité absolue du liquide expulsé dans les vingt-quatre heures ne paraissant pas être augmentée. Il ne fit d'abord que peu d'attention à ce phénomène; mais bientôt les envies d'uriner se manifestèrent plusieurs fois pendant la nuit, troublèrent le sommeil, et le malade se décida à consulter un médecin. Celui-ci prescrivit des bains tièdes, des bains de siége émollients, des cataplasmes de même nature placés sur l'hypogastre et des boissons délayantes. Ce traitement n'amena aucun soulagement et les accidents devinrent au contraire de plus en plus incommodes.

Au commencement de 1846, M. X... était obligé pendant

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'accroissement de la médecine pratique; par G. BAGLIVI.

Traduction nouvelle précédée d'une introduction sur l'Influence du baconisme en médecine; par le docteur J. BOUCHER, membre de l'Académie de Dijon (1).

Le nom de Baglivi est une des gloires médicales de l'Italie; il retentit encore dans l'Ecole comme celui d'une grande illustration de la fin du dix-septième siècle. Baglivi doit-il sa réputation à une immense influence de praticien comme était celle de Sydenham? Non; car il est mort à l'âge de vingt-sept ans, avant que l'expérience eût pu donner à son activité pratique le sceau du génie. A-t-il fait quelques découvertes importantes comme Harvey et Jenner, ou illuminé la science de quelque théorie brillante? Quoiqu'il ait recommandé les recherches positives, il était, en fait, doué d'un esprit spéculatif, mais par caractère ennemi des systèmes. Baglivi a laissé une méthode pour l'étude de la médecine, et c'est cette méthode qui constitue sa véritable originalité.

Le chancelier Bacon, dans son *Novum organum*, venait de poser les bases d'une philosophie nouvelle. Dans cette œuvre il donnait des règles sûres, qui, appliquées aux recherches scientifiques, devaient conduire rapidement à la découverte de la vérité. Ces règles, d'autant plus précieuses qu'elles étaient à la portée des esprits ordinaires, consistaient surtout dans l'application, sans idées préconçues, des sens à l'observation des phénomènes naturels; elles se résumaient dans l'idée générale de l'expérience substituée comme procédé scientifique aux créations spontanées de l'intelligence désignées sous les noms divers de *théorie générale, système*, etc., etc.

A une époque où la médecine, à peine dégagée des doctrines galliniques obscurcies par les Arabes et les dialecticiens du moyen âge, était encore sous l'influence des idées de Sylvius, de Paracelse et de Van Helmont, la méthode de Bacon était une bonne fortune pour une intelligence puissante et saine. Aussi voyons-nous Baglivi puiser largement à cette source nouvelle de connaissances, et faire appel à de nouvellas études dirigées seulement d'après l'observation simple et pure des faits. Bien pénétré des principes de la doctrine de Bacon, il indique lui-même des règles pour l'observation des maladies, pour le classement et la coordination des faits; du rapprochement des faits résultent des analogies et des différences, et des aspects divers qui permettent quelques généralisations; de généralisations en généralisations on devait arriver à des principes. Ces règles sont tracées avec une grande clarté, et ce disciple du philosophe, dans le développement des préceptes appliqués à la médecine, devient maître lui-même.

Malgré l'autorité du nom de Baglivi, il a fallu cependant arriver à notre époque pour être témoin des résultats immédiats de la méthode de Bacon. Nous verrons dans un instant comment ces résultats peuvent être appréciés.

On aurait, toutefois, une fausse idée de Baglivi si on assimilait entièrement ses opinions à celles de Bacon et si on limitait sa valeur à celle d'un interprète enthousiaste de la doctrine du chancelier. La haine de Baglivi contre les *anticipations* de l'esprit ne l'entraîne guère au delà d'une grande sévérité à l'égard des conceptions *à priori* qui lui semblent étrangères aux faits; il professe d'ailleurs un grand respect pour les préceptes des grands maîtres de l'antiquité: ces préceptes lui servent de guide dans la pratique; il les invoque à chaque instant dans son ouvrage, et si sa colère s'exalte lorsqu'il s'agit de ténébreuses explications de quelque esprit extravagant, il s'incline respectueusement devant l'autorité du génie. Le mérite de Baglivi consiste aussi dans l'attention donnée à l'influence des lieux et des climats sur le traitement des maladies; c'est à lui, chacun le sait, qu'il faut rapporter cette formule: *Scribo in aere romano*; mais nous laissons au lecteur le soin d'apprécier lui-même l'importance d'une œuvre facile à étudier dans la traduction fidèle de M. Jules Boucher. Il est temps de fixer notre attention sur l'*introduction*, qui, malgré son peu d'étendue, renferme des appréciations critiques d'une grande portée dues à de longues méditations sur les principes de l'art, et préparées à l'aide d'une forte et saine érudition philosophique.

Après avoir constaté l'impression produite par la doctrine de Bacon sur Baglivi et avoir démontré que ce médecin se l'était en quelque sorte incorporée, M. Boucher marche droit à la doctrine elle-même, et, malgré le crédit dont elle jouit encore auprès d'un grand nombre d'esprits éminents, il n'hésite pas à en combattre les tendances exclusives. « Le but de ce travail, dit-il, a été de » protester selon nos forces contre l'application isolée d'une mé- » thode philosophique à l'avancement des sciences en général et » de la médecine en particulier. » Ainsi, loin de proscrire l'analyse comme procédé scientifique, on reconnaît son importance; mais le progrès dans les sciences n'est pas possible sans l'emploi simultané de l'analyse et de la synthèse; enfin, s'il faut en croire

(1) En vente chez Labé, place de l'École-de-Médecine, 23.—Paris.

le jour d'uriner toutes les heures ou même toutes les demi-heures, n'expulsant chaque fois qu'une très petite quantité de liquide urinaire; pendant la nuit, il était réveillé cinq ou six fois par des envies impérieuses d'uriner accompagnées de rêves érotiques, d'érections et parfois de pertes séminales.

Plusieurs médecins furent consultés et diagnostiquèrent successivement une cystite chronique, une névralgie vésicale, un engorgement de la prostate, une atonie de la vessie, et les traitements les plus divers furent mis en usage dans le courant de l'année : eaux de Seltz, de Vichy, de Contrexville; térébenthine à l'intérieur, bains de Barèges, usage externe et interne de la belladone, des cantharides, de la strychnine, de l'iodure de po tassium, etc. Toutes ces médications étant restées sans résultat, on supposa l'existence d'un calcul vésical.

Désireux de connaître enfin la véritable cause de sa maladie, M. X..., qui habitait la province, résolut de se rendre à Paris afin d'y consulter les praticiens les plus éminents. En mai 1847, M. X... s'adressa d'abord à M. Amussat, puis à M. Civiale, qui tous deux déclarèrent qu'il n'existait ni calcul vésical, ni engorgement de la prostate. Rassuré sur ce point, le malade alla consulter M. Adral, qui lui conseilla un traitement hydrothérapique, lequel fut commencé à Bellevue le 25 mai, et consista en bains de siége à eau dormante et courante, douches ascendantes, rectales et périnéales, sudations en étuve sèche, douches générales en pluie et en jet.

Sous l'influence de cette médication, les accidents ne tardèrent pas à s'amender, et au bout d'un mois les envies fréquentes d'uriner avaient complètement disparu; mais les rêves érotiques, les érections et les pertes séminales nocturnes étaient devenus, au contraire, plus incommodes et plus fréquents. M. Fleury pensa que le phimosis congénital n'était pas étranger à la persistance de ces phénomènes; il proposa l'opération, qui fut acceptée et pratiquée le 22 juillet.

Le 1er septembre, M. X... quittait Bellevue complétement guéri.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle offre de nombreux points d'analogie avec un fait très curieux déjà publié par M. Fleury dans son *Mémoire sur les névralgies et les rhumatismes musculaires* (*Gazette médicale de Paris*, avril et mai 1850), et où l'on voit des accidents non moins graves, ayant tourmenté pendant plusieurs années un illustre général italien, ayant résisté aux médications les plus variées, ayant été attribuées aux altérations les plus différentes, disparaître sous l'influence d'un traitement hydrothérapique également conseillé par M. Audral, qui avait cru devoir rattacher tous les phénomènes morbides à une névralgie vésicale. Celle-ci doit-elle être considérée comme la cause des accidents éprouvés par le malade dont nous venons de résumer l'histoire? Elle ne leur était probablement pas étrangère; c'est à elle sans doute qu'on doit rapporter cet ensemble de symptômes vésicaux qui ont cédé d'abord à l'influence du traitement hydrothérapique. Quant aux phénomènes morbides qui se passaient du côté des parties génitales, il paraît probable qu'ils étaient dus, en grande partie au moins, à l'irritation entretenue par le phimosis à la partie antérieure du pénis. Il y a d'ailleurs d'intéressantes recherches à faire sur l'influence pathogénique du phimosis congénital, et nous savons que M. Fleury prépare sur ce vice de conformation un travail dans lequel la question que nous soulevons ici sera discutée avec tous les développements qu'elle comporte et éclairée par des observations nombreuses. En attendant ce travail, nous avons pensé qu'il serait utile de mettre le fait précédent sous les yeux des praticiens et d'appeler leur attention sur les quelques considérations cliniques que nous avons présentées. Ces considérations, méditées par les praticiens, nous paraissent pouvoir être fécondes en utiles enseignements.

Des frissons et de l'embarras gastrique chez les nouvelles accouchées.

M. le professeur P. Dubois appelait hier l'attention de ses auditeurs sur une malade récemment accouchée et affectée de symptômes qu'il importe aux praticiens de ne point interpréter faussement. Cette femme, âgée d'une vingtaine d'années, avait été prise, deux jours auparavant, de frissons qui s'étaient renouvelés le lendemain et le surlendemain, c'est-à-dire hier.

Les frissons qui se manifestent à la suite des couches, faisait observer M. Dubois, lorsque ces frissons ne sont pas trop violents, et qu'ils ne sont pas précédés d'autres symptômes graves, sont habituellement l'indice d'une phlegmasie, mais d'une phlegmasie localisée, que l'on combat avec efficacité par les émissions sanguines locales. Mais il n'en est point ainsi dans tous les cas. Les frissons, symptôme d'un état phlegmasique, s'accompagnent habituellement d'une fièvre assez intense et d'une douleur localisée d'ordinaire dans un des points du bassin.

Chez la malade couchée au n° 26 de la salle des nouvelles accouchées, la fièvre est très modérée, et il n'existe aucune douleur locale ni dans le bassin, ni ailleurs. En revanche, il existe une céphalalgie assez intense, une amertume prononcée de la bouche et des nausées; enfin, quelques vomissements ont accompagné les frissons qui se sont manifestés les deux premiers jours.

Dans ces circonstances, c'est beaucoup moins à un état phlegmasique qu'il faut songer qu'à cet ensemble de phénomènes morbides qu'on a désignés sous le nom d'embarras gastrique. Pour combattre cet état, ce n'est point à des émissions qu'il faut avoir recours, comme on est trop disposé à le faire, chez les nouvelles accouchées, préoccupé qu'on est de la fréquence, chez elles, des inflammations du bassin. C'est aux purgatifs, et mieux encore aux émétiques. Le médicament qui inspire, à juste titre, suivant nous, le plus de confiance dans ces cas, c'est l'ipéca. La malade ayant déjà vomi deux fois spontanément, on pourra se borner à une dose de médicament moindre que celle qu'on devrait donner dans des circonstances contraires. M. Dubois a prescrit, en conséquence, 12 décigrammes d'ipéca et un pot d'eau chaude pour faciliter le vomissement; pour tisane, un pot de camomille.

Aujourd'hui, la malade se trouvait beaucoup mieux, et tout fait espérer que d'ici à quelques jours elle sera tout à fait revenue à son état normal.

Trocart pour la ponction de la trachée.

M. le docteur A. Thierry a imaginé pour la ponction de la trachée un petit instrument fort ingénieux dont il nous adresse la description. Nous la publions volontiers textuellement. Quant aux avantages qui peuvent résulter de la ponction de la trachée, nous n'osons espérer qu'ils soient aussi probables que le suppose notre savant collaborateur. Nous craignons même que l'injection de substances médicamenteuses dans la trachée ne soit pas sans inconvénients. Toutefois, l'expérience pourra seule nous éclairer définitivement à cet égard. Ces réflexions faites, nous laissons parler M. Thierry.

Jusqu'ici on n'a fait pénétrer dans le poumon de l'homme que des médicaments à l'état de vapeur. Il pourrait être utile d'y faire pénétrer des liquides de différentes natures. Mais, s'il est déjà difficile de faire traverser à des vapeurs des cavités où se rencontrent les organes du goût, de l'odorat et de la voix; la difficulté est presque insurmontable pour introduire des liquides. On s'affranchirait de cette difficulté en perçant la trachée-artère à l'aide d'un trocart, et en injectant par la canule le liquide dont on veut faire usage. L'injection dans le poumon d'une quantité même considérable de liquide n'a aucun inconvénient. J'en ai fait l'expérience il y a plusieurs années, avec M. Leblanc, sur différents animaux. A cette occasion, j'avais fait exécuter par M. Charrière un trocart dont la canule se divisait à son extrémité en deux portions qui, se relevant derrière la paroi de la trachée, fixaient la canule sans aucun autre moyen que le mécanisme d'un petit appareil très simple. Cette canule peut rester à demeure aussi longtemps qu'on voudra. Elle serait surtout utile dans le cas où l'on voudrait traiter par les injections répétées dans les voies aériennes une maladie chronique du poumon.

OBSERVATION DE PEMPHIGUS

CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Voici le texte de la communication faite à l'Académie de médecine par M. le professeur P. Dubois.

Messieurs,

J'ai demandé la parole pour communiquer à l'Académie l'observation d'un cas pathologique qui m'a paru digne de son attention, et qui se rattache d'ailleurs à des débats récents qu'elle a suivis avec beaucoup d'intérêt.

Vous vous rappelez qu'à l'occasion d'un rapport de notre collègue M. Cazeaux, sur un mémoire de M. Depaul, une discussion s'éleva relativement à quelques altérations pathologiques, soit viscérales, soit cutanées, observées chez des enfants nouveau-nés, et que deux opinions contraires se produisirent en égard à l'origine de ces altérations.

Selon l'une de ces opinions, les lésions que je viens de rappeler devraient être considérées, dans la plupart des cas, et surtout quand elles se présentent avec certains caractères, comme le résultat d'une infection syphilitique transmise aux enfants par leurs parents. C'est cette opinion que j'ai soutenue.

Selon l'autre opinion, particulièrement défendue par M. Cazeaux, l'origine syphilitique de ces lésions serait non seulement très problématique, car les faits invoqués en sa faveur ne seraient pas concluants, mais la réalité même de cette origine aurait été absolument rejetée par des observateurs distingués. Telles ont été les deux opinions exposées devant vous, et qui sont restées en présence.

Cependant, la presse médicale ayant pris une part très légitime et très utile à cette discussion, et l'attention des praticiens ayant été éveillée sur les lésions qui en avaient été le sujet, des faits nouveaux, relatifs surtout au pemphigus congénial, ont été publiés. Si je ne m'abuse, ces faits sont plutôt de nature à corroborer qu'à infirmer l'opinion que j'ai défendue.

Quoi qu'il en soit, c'est un exemple remarquable de l'une de ces affections que je me propose de faire connaître à l'Académie, parce qu'il s'est montré dans des circonstances qui me paraissent très propres, sinon à résoudre définitivement la question, du moins à ébranler les doutes consciencieux qui peuvent rester encore dans quelques esprits.

Une jeune femme de 19 ans se présenta à la clinique d'accouchements le 23 juin dernier pour y être admise; elle était alors enceinte de sept mois environ. Dix-huit mois auparavant nous l'y avions déjà reçue, et elle y était accouchée d'un enfant vivant et bien portant, mais qui succomba un mois après à une inflammation gastro-intestinale. Cette fois, elle demandait à être admise quelque temps avant l'époque à laquelle les admissions ont lieu, en général, parce qu'elle était souffrante. Elle me fit voir, en effet, une plaie qui occupait la partie moyenne de la lèvre inférieure, et j'appris que cette plaie datait de deux mois, et que des moyens divers avaient été déjà infructueusement employés pour la guérir. Comme conséquence naturelle de cette lésion, je remarquai l'engorgement de l'un des ganglions sous-maxillaires du côté droit, circonstance que je rappellerai dans un instant.

En poursuivant cet examen, je reconnus qu'elle avait perdu depuis quelque temps une partie de ses cheveux, des cils et des sourcils; qu'un impétigo très abondant était développé sur le cuir chevelu, et que plusieurs ganglions cervicaux postérieurs étaient tuméfiés et douloureux.

Lorsque cette jeune femme eut été placée dans un lit, il me fut possible d'ajouter aux phénomènes précédents, et déjà très significatifs, une roséole qui couvrait une grande partie du tronc et des membres; une pustule d'ecthyma à sa dernière période et mêlée aux taches de la roséole; enfin, des plaques muqueuses à la vulve.

Cela se passait quelques jours après la lecture du rapport de M. Cazeaux, travail dans lequel, ainsi que je l'ai rappelé tout à l'heure, mon opinion sur l'origine ordinairement syphilitique du pemphigus congénial, avait été combattue. J'eus la pensée, en apparence très peu fondée alors, que ce cas qui s'offrait à moi d'une femme enceinte et atteinte d'une syphilis constitutionnelle pourrait répandre plus tard quelque lumière sur la question des manifestations syphilitiques chez les nouveau-nés. En conséquence pour ajouter à mon témoignage, s'il y avait lieu ultérieurement, l'autorité d'une expérience plus grande que la mienne en cette matière, je crus qu'il conviendrait que la malade fût soumise à l'observation d'un juge très compétent, et je priai M. Ricord de l'examiner. Notre collègue accéda à ma demande avec sa bienveillance habituelle, et il se rendit à la Clinique d'accou-

---

notre commentateur, la synthèse a fécondé plus souvent le vaste champ des connaissances que la méthode analytique pure. Voilà, si nous avons bien compris, l'opinion générale exprimée dans l'introduction.

M. Boucher a bien soin d'établir qu'il n'y a pas d'idées véritablement préconçues dans les sciences, mais des théories basées sur des faits trop restreints ou sur des faits mal interprétés. Les faits constituent toujours les matériaux essentiels de la théorie; les esprits médiocres emploient mal ces matériaux, quelque entassés qu'ils soient, et c'est ce travail imparfait qui produit *les fausses hypothèses, les conceptions vagues, les systèmes incomplets*, etc.; tandis que le génie sait découvrir la vérité cachée sous un très petit nombre de phénomènes. « Les faits parlent, tout le monde l'avoue; » mais, comme le vieux Protée de Virgile, ils ne parlent qu'aux » hommes forts. »

Bacon et Baglivi veulent des collections, des accumulations de faits. Au fond, que faut-il entendre par un fait? Le fait se passe en dehors de l'observateur; mais, pour lui, il est le résultat de l'observation. Or l'observation est une difficulté de premier ordre; il faut presque du génie pour bien observer au point de vue de la science! Ne voyons-nous pas de nos jours des observateurs également intelligents et consciencieux que l'aspect des mêmes choses frappe d'une manière différente?

La méthode de Bacon est fondée sur un principe général qui doit être considéré lui-même comme une hypothèse. Ce principe consiste dans l'ordre de succession des phénomènes naturels et dans la constance de cet ordre admis comme une vérité qu'il n'est pas nécessaire de démontrer. De plus, l'observation scrupuleuse des faits et surtout leur classification exigent des connaissances relatives à la nature de ces faits, et ces connaissances constituent précisément l'objet de la recherche. C'est à Bacon que l'on doit cette séparation funeste de la synthèse et de l'analyse; avant lui, ces deux méthodes étaient employées à la fois et instinctivement; Bacon, en jetant de vives lumières sur les procédés de l'analyse, eut le tort, en raison même de l'influence considérable de ses écrits, de faire naître une répugnance encore vivante contre les théories. M. Boucher, animé du sentiment de réaction qui commence à pénétrer notre génération, fait très bien ressortir la triste conséquence des opinions de Bacon. « A l'exception des statisticiens, dit-il, personne n'a jamais » fait école qu'avec des théories, c'est-à-dire avec des généralisa- » tions qui représentaient à un point de vue spécial l'ensemble des » phénomènes morbides. »

Il nous est impossible, dans ce court résumé, de faire ressortir toutes les idées substantielles accumulées dans la remarquable introduction du *Traité de Baglivi*. Nous nous permettrons, avant de finir, une seule objection. M. Boucher dit quelque part que la médecine, en raison de la complexité du sujet de l'étude, sujet à la fois moral, vivant et matériel, n'a pas pu faire des progrès bien sensibles; car, on peut dire d'elle ce qu'on dit de la métaphysique, dont l'essence repousse les progrès semblables à ceux qu'on peut observer dans les sciences naturelles, dont les objets sont inertes. Nous ne pensons pas que l'étude de l'homme puisse être tout à fait assimilée à la métaphysique, précisément parce qu'une partie de lui-même, la partie matérielle, qui, à beaucoup d'égards, est sous l'influence de l'âme, en est cependant suffisamment indépendante pour être soumise, dans ses manifestations physiologiques ou pathologiques, à des lois assez constantes pour être observées et formulées en généralisations qui sont de véritables principes. Sans la réalité de cet ordre régulier dans les phénomènes physiologiques et pathologiques, la science médicale n'existerait pas. Nous sommes convaincu, pour notre part, que le progrès s'est manifesté d'une manière sensible dans le genre des faits à la portée de l'observation, et que la précision toujours plus grande du diagnostic obtenue à l'aide de la méthode expérimentale est une incontestable richesse scientifique que nous devons aux labeurs de nos investigateurs modernes. Mais, et en cela nous nous retrouvons d'accord avec M. Boucher, il nous semble évident que, pour acquérir une valeur très significative, ces matériaux de la science ont besoin d'être fécondés par des principes généraux. Les grandes conceptions qui dominent notre art ont été trop longtemps méprisées, l'attention des médecins, fixée exclusivement sur les lésions des solides, les altérations des fluides et la multiplicité des phénomènes sensibles, a été détournée de l'étude des auteurs anciens. L'œuvre collective des grands esprits qui ont illustré la médecine renferme des opinions qui, au premier abord, peuvent sembler étranges; mais quelques-unes de ces opinions, proclamées par les oracles de la médecine antique, sont des éléments imparfaits peut-être, mais certains, de la vérité. Bien loin de les négliger, notre devoir est de nous en bien pénétrer; il appartient à notre génération de mettre la tradition et l'autorité aux prises avec les résultats précis de l'*expérience*. De ce conflit il peut ressortir quelque grande synthèse médicale qui sera la gloire d'une époque. M. Boucher est entré vivement dans cette voie, en relevant avec beaucoup de chaleur la valeur des créations spontanées de l'intelligence, et en livrant au public, en langue vulgaire, une traduction très pure d'une œuvre importante qui appartient depuis longtemps au passé.

H. FORTOUL.

ments; là un élève de service, présent à son examen, inscrivit sous sa dictée, et à mesure qu'il les constatait, chacune des lésions que j'ai indiquées: et pour que son diagnostic fût très net et ne donnât lieu à aucune équivoque, notre collègue le résuma définitivement en quelques mots : Cette femme est en pleine vérole. J'avais également désiré que M. Ricord exprimât son opinion quant à l'époque probable du début de la syphilis chez cette femme. Elle m'avait assuré que six mois auparavant elle avait souffert d'un bouton à l'une des grandes lèvres, et que le mal avait persisté pendant assez longtemps; j'en avais conclu que cette lésion avait été l'accident primitif et par conséquent le point de départ des accidents ultérieurs. M. Ricord pensa au contraire que la plaie de la lèvre inférieure avait été l'accident primitif et l'origine de toutes les manifestations subséquentes, que cette plaie avait constitué un chancre maintenant à l'état de réparation, et se transformant sur place en plaque muqueuse. Notre collègue présuma que le fœtus était infecté déjà, s'il devait l'être, et qu'un traitement antivénérien serait très probablement sans résultat. Je crus donc devoir me conformer à cette indication, et aucun traitement spécial ne fut commencé. Cependant la malade s'étant plainte quelques jours après d'une céphalalgie nocturne extrêmement douloureuse, une angine pharyngienne et une inflammation catarrhale de la membrane pituitaire étant manifestées, j'eus la crainte que notre inaction prolongée ne lui fût préjudiciable, et je lui prescrivis du protochlorure de mercure à une dose très modérée; malheureusement une diarrhée abondante et très pénible se déclara presque dès le début du traitement. Je crus donc prudent de suspendre l'usage de toute préparation mercurielle, et d'y substituer une médication propre à calmer l'indisposition nouvelle qui s'était déclarée. Celle-ci persista malgré les remèdes, le temps s'écoula, et la malade parvint à une époque rapprochée du terme de sa grossesse sans qu'il eût été possible de reprendre le traitement antivénérien. Les douleurs puerpérales se déclarèrent le 7 août, et l'accouchement eut lieu spontanément dans la soirée. Un intérêt trop évident s'attachait à l'examen du nouveau-né pour qu'il ne fût pas fait avec le plus grand soin. Il pesait 2,500 grammes; sa longueur totale était de 45 centimètres. Evidemment le poids et la taille de cet enfant étaient inférieurs au poids et à la taille de la plupart des enfants nouveau-nés; cette infériorité ajoutée à l'époque de sa naissance, qui était antérieure à celle que nous avions présumée, ne permettait guère de douter qu'il ne fût né prématurément. Néanmoins il était bien conformé, très vivace, et son embonpoint était tout à fait en rapport avec ses dimensions. Au premier abord, il ne paraissait pas avoir souffert du mal dont sa mère était si manifestement affectée; mais en examinant la surface extérieure du corps, je fus frappé de la présence de plusieurs taches arrondies, d'un rouge uniforme et bien circonscrites; l'une était placée à la face plantaire du pied gauche, une autre occupait toute l'extrémité libre du gros orteil du même pied, une troisième était développée sur le côté externe du talon droit; la surface de ces taches était unie, et l'épiderme ne paraissait avoir subi aucun soulèvement. Le lendemain de ce jour apparurent d'autres taches semblables, l'une sur la face antérieure du petit doigt de la main gauche, l'autre à la face palmaire de la même main près du bord cubital.

Le troisième jour, une autre tache plus grande que ces dernières apparut au-dessus de la malléole du pied gauche; enfin, deux autres taches plus petites, mais très apparentes, se montrèrent sur la face plantaire du pied gauche. Pendant que ces éruptions successives se manifestaient, le centre des deux premières taches prenait graduellement une teinte d'abord blanche, puis jaune; l'épiderme se soulevait, et le septième jour après la naissance ce soulèvement et la présence d'un liquide séro-purulent étaient incontestables. Les taches originelles n'avaient été que le premier degré de bulles de pemphigus.

Cependant, quoique atteint de lésions qui, par leur nombre très restreint et leur peu d'étendue, devaient paraître inoffensives, l'enfant, atteint sans aucun doute d'un mal plus profond, s'était peu à peu affaibli, il ne put bientôt plus prendre le sein de sa mère qui l'avait d'abord allaité; une nourrice lui vint en aide, et il fut entouré de tous les moyens d'alimentation que les meilleures conditions de fortune auraient pu lui fournir. Sa santé continua de s'altérer néanmoins, et lorsque je l'envoyai chez notre collègue M. Ricord afin qu'il constatât l'état de la mère il put constater celui de l'enfant, il expira dans son salon d'attente. M. Ricord voulut bien examiner ce petit corps inanimé, et il me fit part en ces termes du résultat de son examen : « L'enfant qui a succombé chez moi pendant que la mère m'attendait m'a présenté une plaque siégeant au côté externe du talon gauche; cette plaque, parfaitement arrondie, de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, grise, entourée d'un reste d'aréole d'un rouge sombre, était formée par l'épiderme soulevé, et probablement par une matière séro-purulente peu abondante, et avait l'aspect d'une bulle aplatie de pemphigus. Au côté interne de la partie inférieure de la jambe du même côté, une tache rouge circinnée paraissait être le début d'une éruption de même nature et non encore bien caractérisée; une tache semblable existait au talon de l'autre pied. A part cela, je n'ai trouvé chez cet enfant aucun autre signe en rapport avec son origine syphilitique; mais il n'avait que huit jours. »

L'autopsie fut faite dix-huit heures après la mort. La chaleur extrême de la température avait produit une altération rapide; néanmoins, il fut facile de constater le soulèvement de l'épiderme sur les bulles principales et une simple dénudation du derme. Mais cette autopsie nous intéressait à un autre égard. Vous vous rappelez que l'origine de la discussion avait été un travail de M. Depaul sur des lésions pulmonaires des nouveau-nés, altérations qu'il considérait comme des effets d'une infection syphilitique. Or, la mère du pauvre enfant, à mesure que sa santé s'altérait, avait été frappée el très inquiète d'accès de suffocation qui étaient devenus de plus en plus répétés et violents; les craintes qu'elle m'avait exprimées à cet égard m'avaient fait supposer la coexistence de lésions pulmonaires et du pemphigus congénial, et la production possible d'altérations analogues à celles qui avaient été signalées par M. Depaul.

L'examen des poumons fut donc fait avec une très légitime curiosité. Ces organes, insufflés, parurent pénétrés par l'air dans presque toute leur étendue, et il ne fut possible d'y découvrir aucune induration partielle. Cependant des taches brunes, en nombre infini, étaient disséminées sur la surface des poumons. Ces taches ayant été incisées, il fut aisé de reconnaître qu'elles étaient le résultat d'autant d'infiltrations sanguines, dont l'épaisseur était de plusieurs millimètres dans la plupart des points et d'un centimètre au moins dans beaucoup d'autres. Le tissu pulmonaire était imperméable partout où ces infiltrations existaient; comme elles étaient extrêmement nombreuses; il est très permis de penser qu'elles avaient été la cause des accès de suffocation qui avaient eu lieu pendant la vie de l'enfant. Je pense qu'il est aussi permis de considérer ces infiltrations comme les premiers degrés des altérations phlegmasiques qui ont occupé une grande place dans les discussions précédentes. Elles représentaient le premier degré de ces altérations comme les taches congéniales représentaient les premiers degrés du pemphigus syphilitique.

Je pourrais me contenter d'avoir fait à l'Académie la communication qu'elle vient d'entendre et lui laisser le soin de l'apprécier. Elle se rappelle, en effet, sans aucun doute, les arguments divers qui ont été invoqués pour ou contre l'origine syphilitique des affections congéniales qui ont été le sujet de la discussion précédente; elle est par conséquent en mesure de donner au cas pathologique que je viens de lui faire connaître sa véritable signification; je demande cependant à dire quelques mots encore.

Parmi les arguments qui ont été souvent produits contre l'origine syphilitique du pemphigus congénial, il en est un qui a dû particulièrement frapper les esprits : c'est que cette affection n'a été jamais, dit-on, ou presque jamais observée dans les hôpitaux destinés à recevoir des femmes atteintes de syphilis et parmi lesquelles se trouve un certain nombre de femmes enceintes; le pemphigus prétendu syphilitique ne serait donc point observé précisément dans les conditions où on devrait le rencontrer le plus souvent s'il avait réellement une origine vénérienne. Je crois avoir déjà répondu à cette objection de manière à en détruire la valeur; aujourd'hui, il m'a paru très intéressant de prouver par un fait incontestable et presque actuel que le pemphigus peut être observé dans des conditions pathologiques parfaitement semblables à celles dans lesquelles se trouvent les femmes qui accouchent dans nos établissements hospitaliers autres que la Clinique ou l'hospice de la Maternité et particulièrement à l'hôpital de Lourcine.

Il est une autre observation que je veux faire encore. L'enfant dont j'ai raconté la courte et triste histoire n'était atteint en apparence que d'une affection cutanée qui pouvait paraître et qui dans toute autre circonstance aurait très probablement été inoffensive : il a succombé cependant; c'est qu'il était plus profondément affecté; le mal dont souffrait sa mère l'avait mortellement frappé. La manifestation extérieure était donc, au point de vue de la gravité, tout à fait secondaire; eh bien! je crois qu'il en est toujours ainsi même dans les cas où le pemphigus ne se borne pas à l'apparition de quelques bulles, mais offre un développement beaucoup plus considérable. C'est donc une circonstance très remarquable que la mort presque constante des enfants atteints de pemphigus congénial, c'est-à-dire l'adjonction de conditions pathologiques irrémédiables à une affection cutanée qui n'est pas ordinairement grave par elle-même. Aussi ne puis-je pas m'empêcher de considérer cette circonstance comme une des preuves de la nature syphilitique du pemphigus congénial et comme un de ses caractères.

J'ajouterai que dans le cas présent il n'a pas été possible d'attribuer la mort de l'enfant ni à sa délicatesse originelle, ni aux soins qu'il a reçus pendant sa courte existence, soins qui ont été bien supérieurs à ceux que peut donner en général la charité publique. Cette dernière remarque m'est inspirée par le souvenir de l'importance qui a été donnée, eu égard à la mort de ces enfants, à l'abandon, souvent trop réel en effet, dans lequel ils sont laissés lorsqu'ils ont le malheur d'être atteints d'une maladie que l'on peut croire contagieuse.

Après cette communication, M. Cazeaux demande la parole.

Je suis étonné, dit-il, de l'importance que M. Dubois attache au fait qu'il vient de nous communiquer; on en a publié, depuis la discussion, qui ont beaucoup plus de valeur que celui-ci. Qu'y voyons-nous, en effet? Un enfant né d'une mère syphilitique, présentant au moment de la naissance un développement incomplet, et qui succombe quelques jours après la naissance. Mais est-ce que personne a jamais contesté, est-ce que j'ai contesté moi-même que la syphilis peut déterminer la mort d'un fœtus ou d'un enfant nouveau-né? Nullement. La seule question, c'est de savoir si le pemphigus observé chez l'enfant était syphilitique, et je ne vois rien qui puisse le prouver. Ce pemphigus ne présentait lui même aucun caractère spécial; quant aux plaques trouvées dans les poumons, elles sont beaucoup moins caractéristiques encore que celles qui ont été observées par M. Depaul, et j'avoue que j'ai souvent rencontré de semblables plaques chez des enfants nés de parents non syphilitiques.

Quant aux autres faits qui se sont produits pendant la discussion, les uns sont favorables, les autres défavorables à l'opinion de M. Dubois. C'est ainsi qu'on a cité une femme qui avait mis au monde six ou sept enfants atteints de pemphigus, sans que ni elle, ni son mari eussent jamais présenté de symptômes syphilitiques.

M. Ricord. Lors de la dernière discussion, je me suis tenu entre les deux opinions; j'y reste encore aujourd'hui. Il est actuellement impossible de trancher d'une manière absolue la question de savoir si le pemphigus est de nature syphilitique. Je n'ai donc pu étiqueter d'une manière positive le pemphigus de l'enfant qui m'a été adressé par M. Dubois. Mais cet enfant était né avec des lésions qui sont extrêmement très rares chez les enfants nés de mères non syphilitiques; voilà pourquoi la nature syphilitique de ces lésions me paraît probable. Seulement j'ai dit qu'il n'y avait pas d'autre symptôme syphilitique chez l'enfant. Mais est-il besoin qu'il y en ait plusieurs pour caractériser la syphilis? Non, sans doute. Il y a tel symptôme dont la simple vue suffit pour caractériser l'existence de la syphilis. Mais le pemphigus n'est pas dans ce cas; il n'y a dans aucun de ses caractères anatomiques rien qui puisse le distinguer du pemphigus commun. Toutefois, je dois dire qu'il n'est nullement nécessaire qu'une affection présente un caractère pathognomonique pour être reconnue; il y a beaucoup d'affections cutanées qu'on ne reconnaît que par l'ensemble des symptômes, les antécédents, etc. C'est donc par les coïncidences qu'on pourra savoir s'il se développe sous l'influence de la syphilis. Mais, l'influence de la syphilis étant démontrée, agirait-elle comme cause spécifique ou seulement comme cause débilitante? Produirait-elle le pemphigus comme elle produit certaines autres maladies cutanées qui ne sont nullement syphilitiques? C'est là une autre question qu'il faudra examiner.

Quant aux faits qu'on a cités de pemphigus observés chez les enfants nés de père et de mère syphilitiques, je dirai que scientifiquement on connaît bien la mère d'un enfant, mais jamais le père. Je donne en ce moment des soins à une dame qui en est à son troisième enfant franchement et pleinement syphilitique, et qui n'a jamais eu d'affection de même nature, non plus que son mari.

On peut donc admettre que la syphilis peut être une cause de pemphigus dont il reste encore à déterminer la spécificité.

M. Huguier. Si j'ai bien compris notre honorable et savant collègue M. Dubois, les chirurgiens de l'hôpital de Lourcine, consultés sur la nature et la fréquence du pemphigus des jeunes enfants nés de mères syphilitiques, auraient répondu qu'ils n'avaient que très rarement ou jamais observé cette maladie. Cette réponse que l'on prête aux chirurgiens de l'hôpital de Lourcine demande une explication. Si l'on veut dire qu'ils n'ont jamais observé le pemphigus chez les enfants au moment de la naissance, c'est-à-dire au moment où ils voient le jour, ayant été atteints de cette affection dans le sein maternel, on a parfaitement raison.

Je suis resté sept ans dans l'établissement en question chargé du service des accouchements et des nourrices; j'ai étudié celles-ci et leurs enfants avec d'autant plus de soin que déjà, dans un travail lu à l'Académie en 1840, je m'étais occupé de la syphilis chez les femmes enceintes, et je puis assurer que pendant ce laps de temps, bien que plusieurs centaines d'enfants nés de mères syphilitiques aient été soumis à mon observation, jamais je n'ai vu d'enfant vivant naître avec le pemphigus ou tout autre symptôme d'affection syphilitique. Quelquefois des enfants morts-nés m'ont présenté sur les pieds et sur les mains des détachements circonscrits de l'épiderme, sous lequel se trouvait un peu de sérosité, de manière à ressembler à des bulles déchirées et vidées; mais comme le plus souvent ces enfants présentaient sur d'autres parties du corps des détachements d'épiderme plus étendus et irréguliers, qu'il existait avec cela quelques signes de putréfaction, je les ai attribués à des altérations cadavériques. On sait, en effet, que la syphilis donne fréquemment la mort aux enfants dans le sein de la mère et qu'il arrive quelquefois que l'accouchement n'a lieu que quinze ou vingt jours après que la vie a cessé chez le fœtus.

Si, au contraire, on a voulu dire que les praticiens qui exercent dans l'hôpital spécial que nous avons cité ont rarement observé le pemphigus chez les jeunes enfants nés de mères vénériennes, je crains que l'on ne se soit trompé. Pour mon compte, je puis avancer que cette maladie n'est pas rare, qu'elle est peut-être la plus fréquente après les tubercules muqueux, les ecthymas, les ulcérations disséminées et l'ozène syphilitique; elle se manifeste ordinairement du dixième au trentième jour; plus fréquente aux pieds qu'aux mains, il m'a également semblé, contrairement à ce que pense M. Dubois, que les bulles s'observent plus souvent sur les parties qui sont le siége de frottements et de pressions, tels que les bords des pieds, la région calcanéenne, le tour des malléoles, qu'à la face plantaire; aussi les premières fois que j'observai cette lésion, en face de l'opinion des dermatologistes qui, pour la plupart, ne considèrent pas le pemphigus comme syphilitique, je me demandai si celui que j'observais chez ces enfants n'était pas la conséquence des pressions que les deux pieds mal enveloppés exercent l'un sur l'autre, du frottement des langes grossiers et malpropres, souvent souillés par l'urine et les matières fécales concentrées vers l'extrémité du maillot. Cependant, en réfléchissant à la fréquence de cette affection chez ces enfants, à l'origine syphilitique de ceux-ci, à la coïncidence de ce symptôme avec d'autres expressions vénériennes, à son siége, quoique plus rare, aux mains, aux bons effets du traitement syphilitique bien dirigé, il resta bien démontré dans mon esprit que le pemphigus des jeunes enfants nés de parents syphilitiques peut être une des expressions symptomatiques de cette affection. Quant à la coïncidence de ce symptôme avec des lésions pulmonaires qui seraient de même nature, il m'est impossible d'émettre une opinion n'ayant pas dirigé mes recherches de ce côté.

M. P. Dubois. En faisant à l'Académie la communication qu'elle a entendue, je n'ai pas voulu renouveler une discussion à laquelle elle a consacré antérieurement plusieurs séances; je répondrai donc seulement quelques mots à notre honorable collègue M. Ricord; sans vouloir discuter avec un juge aussi compétent la question très discutable cependant de la réalité des caractères pathognomoniques de la syphilis dans tous les cas, je lui rappellerai que dans le cas présent ces caractères devaient manquer.

Le pemphigus était, au moment où l'enfant est né, dans la première période, et chez cet enfant qui s'est rapidement affaibli, il n'y a pas eu vitalité assez énergique pour que l'affection cutanée parcourût toutes les phases de son évolution. S'il en eût été autrement, l'éruption se serait développée avec sa plus grande intensité à la plante des pieds et à la paume des mains, puisque ce sont les parties que le pemphigus congénial affecte avec une sorte de préférence. Ce n'est pas là, si je ne me trompe, le caractère du pemphigus simple. Sur ces parties aussi, les bulles auraient été grosses, rapprochées, confondues peut-être par leur base, et certainement elles auraient reposé sur une peau d'une teinte bleue ou violette. Ce n'est pas non plus ainsi que se comporte le pemphigus ordinaire, dont les bulles sont à peine entourées d'une auréole d'un rose un peu plus foncé que celui de la peau.

Ce pemphigus aurait donc présenté quelques caractères que n'a pas le pemphigus commun, et on aurait tort, si je ne me trompe, de ne donner à ces différences aucune valeur dans le diagnostic. Je n'insisterai pas davantage, et je terminerai par une observation générale.

La question présente de syphilographie, transportée sur le terrain où la discussion actuelle l'a placée, peut être considérée

comme tout à fait neuve. Jusqu'à présent, le développement et la symptomatologie de la syphilis n'ont été étudiés que dans les conditions de la vie extérieure, et non dans les conditions plus obscures et très différentes de la vie intra-utérine. Il n'est pas assurément déraisonnable de penser que les manifestations de la syphilis peuvent n'être pas les mêmes dans des circonstances aussi dissemblables.

On comprend dès lors qu'il est possible de se tromper, en appliquant les notions acquises relativement au développement et aux apparences de la maladie dans les premières conditions, au développement et à la marche presque inconnus encore de la maladie dans les secondes. Et ce que nous savons déjà peut justifier cette présomption. Par exemple, le pemphigus que M. Ricord a dénommé syphilitique chez l'adulte est une manifestation très rare; si l'opinion que je professe au sujet du pemphigus congénial est fondée, cette manifestation serait beaucoup plus commune chez le fœtus. Mais à cet argument, qui peut paraître reposer sur une hypothèse, je veux en ajouter un autre beaucoup plus probant.

La syphilis est très rarement mortelle chez l'adulte, et elle ne le devient même qu'après avoir parcouru ses différentes phases. On serait sans doute tenté de présumer, *à priori*, qu'il en doit être de même pour le fœtus, et ce serait une erreur profonde, car la syphilis est une des causes de mort les plus fréquentes et les plus redoutables pendant la vie intra-utérine. Cette vérité n'est que trop prouvée par la statistique des établissements destinés à recevoir des femmes enceintes et atteintes de syphilis constitutionnelle. C'est donc là une manifestation syphilitique malheureusement particulière à l'enfant dans le sein de sa mère, et qui n'appartient pas à l'adulte. Ces différences me paraissent donc devoir être prises en grande considération.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

HUITIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ORGANISME.

M. Lévy admet, avec la plupart des auteurs, que, sous l'influence d'un excès d'électricité atmosphérique vitrée, la circulation capillaire, les sécrétions, la plupart des fonctions sont activées; tandis que, si l'électricité atmosphérique résineuse prédomine, l'excitation physiologique est remplacée par l'inertie musculaire, le ralentissement de la circulation, la diminution des sécrétions, etc. Cette assertion a été combattue par Read, qui affirme que 156 fois sur 397 l'électricité positive de l'atmosphère a été remplacée par l'électricité résineuse, sans qu'il ait pu rattacher à cette modification le moindre effet sur l'organisme.

Dans les journées d'été, dit M. Sigaud, si l'atmosphère est lourde, on ressent, par l'excès de dégagement de l'électricité, un état de prostration tel qu'on ne peut se livrer au travail qu'avec difficulté; les mouvements, les idées sont frappés d'une espèce de paralysie. Suivant le même auteur, l'action électrique de l'atmosphère entretient l'irritabilité nerveuse et produit certaines maladies, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, le tétanos. On dit qu'il n'est pas rare de voir des accès de fièvre intermittente se manifester chez des malelots assaillis par un orage au sein des mers équatoriales. Tous les auteurs assurent que, pendant les temps orageux, les sujets faibles, nerveux, impressionnables éprouvent du malaise, de la céphalalgie, de l'agitation ou de l'abattement, des frémissements musculaires, des douleurs dans les articulations, dans les plaies, des accidents nerveux de toutes sortes; on ajoute que, pendant l'orage, on observe le retour ou l'exacerbation des douleurs rhumatismales et névralgiques, des accès d'asthme, l'aggravation de l'état fébrile et de la plupart des phénomènes morbides, et les auteurs n'hésitent pas à attribuer ces effets aux modifications subies par l'électricité atmosphérique; mais, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Andral, dans aucune de ces circonstances on n'a tenu compte des changements survenus dans la température, l'état hygrométrique, la pression atmosphérique, et dès lors il devient impossible d'assigner, dans les effets produits par un modificateur très complexe, la part appartenant à l'électricité atmosphérique considérée isolément.

Vous savez, d'ailleurs, que l'intensité de la tension électrique est en raison inverse de la température, et vous savez aussi que, pendant les orages, l'électroscope, loin d'accuser une tension électrique très forte, ne fournit que des indications variables et souvent très différentes dans des conditions météorologiques identiques en apparence. Il en résulte que, si quelques phénomènes se produisent, effectivement ils doivent être attribués, non à une tension plus forte, mais à une perturbation considérable de l'électricité atmosphérique.

Les partisans du fluide électro-vital ont cherché à établir de nombreuses relations entre lui et l'électricité atmosphérique, mais leurs hypothèses n'ont été justifiées par aucun fait ayant une valeur scientifique réelle.

Suivant M. Andral, l'électricité atmosphérique a présenté de grandes variations dans son intensité pendant la dernière épidémie de choléra; mais que peut-on conclure de cette assertion?

Il est néanmoins des circonstances dans lesquelles l'électricité atmosphérique a des effets d'une intensité extrême, et vous devinez que je veux parler du foudroiement, qu'il importe d'étudier avec soin.

Les dangers que fait courir la foudre sont-ils assez grands pour mériter qu'on s'en occupe? Telle est la première question que s'est posée M. Arago.

Or, il résulte des recherches faites par cet illustre savant que les dangers liés à la foudre sont beaucoup plus grands dans les villages, dans les campagnes que dans l'enceinte des villes; mais que, d'ailleurs, il existe à cet égard des différences annuelles très considérables.

A Gœttingue, 5 hommes ont été foudroyés dans l'espace d'un demi-siècle, et à Halle la foudre n'en aurait atteint qu'un seul en plus de deux cents ans: de 1609 à 1825. A Paris, pas un seul cas de foudroiement mortel n'a été notifié à la préfecture depuis un grand nombre d'années. Au contraire, la foudre a tué et blessé un grand nombre d'individus à Feltre en 1759, à Mantoue en 1784, à Châteauneuf en 1819.

En 1797, aux Etats-Unis, 34 cas d'accidents graves et 17 morts eurent lieu par la foudre depuis le mois de juin jusqu'au 28 août.

En France, les années sont fort loin de se ressembler. En 1808, la foudre n'y tua qu'un seul homme; en 1806, deux; tandis qu'en 1819 le nombre des victimes s'est élevé à 20.

Il faut ajouter que, si dans l'enceinte des villes peu de personnes périssent par la foudre, le nombre des maisons et des édifices endommagés est au contraire très considérable, et qu'il est encore dépassé de beaucoup par celui des navires foudroyés à la mer, cas dans lesquels on compte ordinairement beaucoup de victimes parmi l'équipage. Les avaries causées par la foudre aux vaisseaux sont souvent fort grandes, et l'on a vu des bâtiments sauter ou disparaître complètement sous les flots. En 1789, la foudre tua 2 hommes et en blessa 22 à bord du Cambrian à Plymouth; en 1808, à Mabon, le Sultan perdit 7 hommes et en eut 3 de gravement brûlés; enfin, en 1809, 9 matelots périrent à bord du Répulse.

Les églises, en raison de l'élévation de leurs clochers, sont très fréquemment frappées par la foudre; dans la seule nuit du 14 au 15 avril 1718, le tonnerre tomba en Bretagne sur 24 églises.

M. Arago a recherché si les coups foudroyants sont plus fréquents et plus dangereux dans une saison que dans l'autre, ainsi que l'affirme cet aphorisme répandu dans les campagnes: *Le tonnerre n'est jamais plus dangereux que dans les saisons froides.*

Or, en enregistrant les coups foudroyants observés à la mer pendant un grand nombre d'années entre les côtes d'Angleterre et la Méditerranée, M. Arago en a compté vingt pour les six mois froids (octobre, novembre, décembre, janvier, février et mars), et dix seulement pour les six mois chauds.

Si l'on se rappelle en outre, dit M. Arago, combien peu comparativement il se forme d'orages pendant l'hiver, il semble difficile de ne pas reconnaître qu'en mer, du moins, les tonnerres des mois chauds sont beaucoup moins dangereux que ceux des saisons froides.

Les effets produits par la foudre sont extrêmement variables, et doivent être rangés parmi les phénomènes les plus singuliers et les plus inexplicables que l'on puisse observer.

Parfois la foudre déchire et brûle les vêtements d'un individu, renverse, brise le lit dans lequel il est couché sans lui faire aucun mal; quelquefois elle atteint le sujet lui-même et le renverse sans donner lieu à aucune lésion. Un homme ivre se réfugie sous un arbre, la foudre tombe, l'atteint, le renverse, et on le relève sans aucune blessure. Dans d'autres cas, le sujet est brûlé, blessé sans que la foudre laisse la moindre trace sur ses vêtements.

D'autres fois, un homme est frappé de paralysie, d'amaurose ou même de mort, bien que la foudre ne l'ait pas atteint diretecment, et qu'elle soit tombée à une distance plus ou moins considérable de lui, et souvent fort loin.

Les accidents produits par le foudroiement n'offrent pas moins de diversité. Tantôt on n'observe qu'une perte de connaissance plus ou moins complète, plus ou moins prolongée, ou des douleurs plus ou moins vives; tantôt il excite des brûlures étendues, superficielles ou profondes, des plaies ordinairement très petites et semblables à celles que pourrait produire du plomb de chasse de fort calibre. M. Gerdy en a rencontré de pareilles sur le cuir chevelu d'un homme foudroyé et tué.

La paralysie du mouvement et du sentiment, momentanée ou définitive, la cécité, la surdité sont souvent produites par la foudre; quelquefois toutes les fonctions sont suspendues, et il en résulte un état de mort apparente dont la durée est variable et qui paraît devoir être rapporté tantôt à une véritable asphyxie, tantôt à une commotion cérébrale.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6 et 18 septembre.

Chronique et nouvelles.

M. le docteur Lugol, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, vient de mourir à sa maison de campagne de Passy.

— M. Planchon, docteur en médecine et ès sciences naturelles, est nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Poirson, démissionnaire.

— M. C. Duméril, doyen des professeurs du Jardin-des-Plantes, où il fait chaque année un cours des animaux reptiles, se promenait vendredi dans la forêt de Sénart. Ayant aperçu une vipère dont la grosseur lui semblait appartenir à une espèce nouvelle dans nos climats, le savant professeur la prit résolûment avec la main, comptant la tuer en lui brisant l'épine dorsale. Mais, soit que l'animal fût trop vigoureux, soit qu'il n'eût pas été saisi à l'endroit convenable, il mordit profondément son adversaire. Cinq morsures successives à la main et au bras ne purent déterminer l'homme de la science à lâcher prise, et la vipère étouffée demeura en son pouvoir. M. Duméril était heureusement accompagné de son fils, docteur en médecine.

Celui-ci se hâta de sucer les plaies et de les cautériser avec la pierre infernale. Malgré ces précautions et ces soins immédiats, le venin avait fait son effet. M. Duméril, après deux évanouissements prolongés, fut pris de vomissements. C'est dans cet état qu'il fut ramené chez lui, où il resta vingt-quatre heures sous le coup du poison. Au bout de ce temps les symptômes alarmants disparurent, et lundi le savant professeur reprenait son cours au Jardin-des-Plantes.

— On lit dans le *Courrier de l'Isère*:

« Nous croyons devoir signaler d'une manière spéciale à MM. les maires des campagnes deux faits qui sont parvenus à notre connaissance et qui sont relatifs à la maladie du raisin.

» Un de nos concitoyens, versé dans les sciences naturelles, a fait divers essais pour s'assurer si les grains affectés de la maladie étaient vénéneux, et le résultat a malheureusement confirmé ses prévisions. Ainsi, trois grains recouverts de cette poussière blanchâtre qui est le symptôme de la maladie ont suffi pour donner la mort à un lapin.

» Dans une commune des environs de Grenoble, des poulets qui avaient mangé quelques mauvais grains mélangés à des bons ont également péri. Il ne paraît donc pas douteux que le raisin altéré ne recèle un venin actif et dangereux. Dès lors il importe de prendre des mesures pour empêcher qu'à l'époque de la vendange le raisin malade ne soit mélangé avec celui qui serait resté sain, car ce mélange pourrait produire un vin de mauvais aloi et nuisible à la santé publique. »

Il est inutile sans doute d'ajouter que ces observations ont besoin d'être confirmées.

Le Sourd.
Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 110. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 110. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPILAL DE LA CHARITE DE LYON.

M. BOUCHACOURT.

Remarques pratiques sur l'extirpation d'une tumeur fibro-plastique située dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région iliaque gauche, pratiquée avec succès.

Observation recueillie par M. R. PHILIPPEAUX.

Lorsque l'on se propose d'enlever des tumeurs qui siégent dans l'épaisseur de la paroi abdominale des fosses iliaques, on doit avant tout consulter l'anatomie topographique de cette région ; car les notions qu'elle fournit peuvent dans ces cas éclairer le chirurgien : 1° sur la situation de la tumeur ; 2° sur la possibilité d'en entreprendre l'ablation ; 3° sur le choix de la méthode et sur les précautions à prendre pour éviter la lésion du péritoine ; 4° sur le pronostic et le traitement consécutif. L'observation qu'on va lire mettra ce fait hors de toute contestation.

Qu'il me soit permis, avant de la rapporter dans tous ses détails, de présenter quelques considérations générales sur cette importante région. La paroi abdominale iliaque se trouve composée de plusieurs couches de tissus ainsi disposées : 1° la peau et le *fascia superficialis* qui la double ; 2° l'aponévrose du muscle grand oblique et une partie des muscles petit oblique et transverse ; 3° le tissu cellulaire sous-péritonéal ; 4° le péritoine.

Or les tumeurs que l'on rencontre dans cette région doivent prendre nécessairement naissance dans une de ces couches ; il en résulte, par suite, des distinctions capitales à établir par rapport à leur situation plus ou moins profonde ; car la manière de les enlever et les accidents qui peuvent en être la conséquence ne doivent pas être les mêmes pour chacune de ces variétés de siége.

Le plus ordinairement ce sont des abcès qui s'observent dans cette région. On doit à M. Velpeau un excellent article sur ce sujet. Dans ce travail, rapporté dans ses leçons cliniques (tome III, page 218), il décrit trois sortes d'abcès qui peuvent siéger dans la paroi abdominale iliaque ; ce sont : 1° les abcès diffus, 2° les abcès intra-péritonéaux, 3° les abcès sous-péritonéaux. Chacun de ces genres y est étudié dans ces détails par rapport aux symptômes et au traitement fondé sur l'anatomie topographique. Ayant à nous occuper dans ce moment d'une tumeur formée dans cette région, nous adopterons la même marche, en appliquant aux tumeurs ce que le professeur de la Charité dit des abcès.

Les tumeurs solides de cette région peuvent donc siéger : 1° dans l'épaisseur de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; 2° dans l'épaisseur des muscles ; 3° dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; 4° dans la cavité du péritoine.

L'ablation des tumeurs qui siégent dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ne présente pas en général de difficultés graves pour l'opérateur, sauf celles qui sont très volumineuses ; leur extirpation est en général facile, et la plaie qui résulte de cette opération peut être réunie par première intention. En effet, comme elles sont superficiellement placées, il n'y a pas à craindre dans ces circonstances d'hémorrhagie, ni d'inflammation bridée par des tissus aponévrotiques. Le seul accident à redouter à la suite de ces sortes d'ablations serait une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire ambiant ; mais, à supposer même qu'elle survint, on pourrait facilement en conjurer les effets en donnant issue au pus par la plaie, et en exerçant ensuite à son pourtour une compression méthodique.

2° L'extirpation des tumeurs qui se trouvent situées dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale est, sans contredit, plus grave, car on est obligé de couper alors, non-seulement l'aponévrose du grand oblique, mais encore les muscles petit oblique et transverse, et quelquefois la portion la plus externe du grand droit. Par ces sections, on doit craindre des hémorrhagies d'autant plus inquiétantes, que souvent, les ligatures d'artères ne pouvant être faites, on est forcé de lier les fibres musculaires en masse, ces dernières se rétractant alors au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, et celle-ci, agissant comme cause comprimante sur l'inflammation qui va bientôt se développer, peut occasionner des phlegmons très étendus et d'autant plus inquiétants, que le pus bridé par des tissus fibreux tend à se porter en dedans et à envahir le tissu cellulaire sous-péritonéal, le péritoine lui-même.

3° Si l'ablation des tumeurs situées dans l'épaisseur des muscles est très dangereuse, que ne doit-on pas craindre de celles qui siégent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ! Car la tumeur peut alors être couchée sur la face externe du péritoine, ou bien avoir contracté des adhérences avec cette séreuse.

Si elle repose sur le péritoine, outre les accidents que j'ai rappelés plus haut, on doit redouter de voir naître à la suite de l'opération une péritonite partielle, qui peut devenir générale.

Quant à l'extirpation, elle doit être pratiquée avec une grande précaution, car le moindre coup de bistouri porté sans une extrême attention peut intéresser le péritoine et donner lieu, par suite, à des accidents funestes.

Si la tumeur a déjà contracté des adhérences avec la séreuse sous-jacente, le cas est encore bien plus épineux, car, ou les adhérences sont faibles, ou elles sont trop fortes. Décoller les premières par des tractions habilement exécutées n'est pas une difficulté insurmontable ; mais pour ce qui regarde les secondes, l'opération est des plus dangereuses, puisqu'il faut intéresser le péritoine ; j'ajoute même que, dans des cas pareils, on ne doit pas tenter l'opération.

D'après ce que je viens de dire, il résulte que l'extirpation des tumeurs solides de la région iliaque présente plus ou moins de gravité, suivant les variétés de siége. Il faut donc, avant de songer à les enlever, établir un diagnostic anatomique aussi exact que possible, sous peine de tentatives infructueuses ou d'opération des plus dangereuses.

Le pronostic de ces ablations de tumeurs doit nécessairement varier, puisque, si l'on peut songer à opérer d'une manière avantageuse dans un cas donné, l'extirpation sera, au contraire, jugée très grave dans une autre circonstance ; quelquefois même elle devra être entièrement abandonnée.

Le fait suivant, que nous allons rapporter dans tous ses détails, est destiné à justifier les considérations sur lesquelles je viens de m'étendre assez longuement ; ce n'est, en effet, qu'après avoir porté un diagnostic local fondé sur les connaissances approfondies de l'anatomie chirurgicale de la région iliaque que M. Bouchacourt a été conduit à enlever de la manière la plus heureuse une tumeur qui semblait de prime abord, par sa situation, inaccessible à l'instrument tranchant.

OBS. — Tumeur fibro-plastique de la région iliaque, du volume d'un gros œuf, développée sans cause connue dans le tissu cellulaire sous-péritonéat et inter-musculaire des parois abdominales. — Diagnostic difficile. — Extirpation faite sans toucher au péritoine. — Développement d'un érysipèle traumatique. — Accidents graves. — Guérison.

Mme G..., âgée de vingt-cinq ans, habite les environs de Dôle. D'un tempérament nerveux et très irritable, elle a été réglée à l'âge de treize ans ; le flux menstruel a toujours coulé, depuis lors, en petite quantité ; ses digestions sont ordinairement pénibles et laborieuses. Elle a eu deux enfants ; le premier accouchement date de trois ans, et le second de l'année dernière.

Au mois de juillet 1850, elle s'aperçut d'une tumeur qu'elle portait au niveau de la fosse iliaque gauche ; cette tumeur était alors grosse comme une petite noisette, dure et non adhérente à la peau, qui glissait facilement au-dessus d'elle. Cette tumeur ne provoquait pas la moindre douleur ; elle resta stationnaire pendant quelque temps. Mais, au mois de septembre dernier, elle augmenta sensiblement de volume ; des douleurs assez vives, s'irradiant de la tumeur au pli de l'aine, se manifestèrent ; la jambe gauche devint faible, et la marche ne put s'accomplir qu'avec assez de difficulté.

Les viscères contenus dans l'abdomen subirent aussi l'influence de cette grosseur ; les digestions, primitivement pénibles, le devinrent de plus en plus ; des douleurs sourdes apparurent dans le bas-ventre. Le volume sans cesse croissant de cette tumeur ne tarda pas à attaquer le moral de cette dame ; sous le coup de cette double influence, elle devint triste, inquiète et extrêmement impressionnable.

Dans la crainte de voir grossir de plus en plus cette tumeur, elle se décida à consulter son médecin, qui, ayant jugé une opération indispensable, l'engagea à se rendre à Lyon pour s'en faire débarrasser le plus promptement possible. Ce fut alors qu'elle vint se mettre entre les mains de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité.

Voici l'état de Mme G... au moment de son arrivée à Lyon : Elle porte, au niveau de la fosse iliaque gauche et dans l'épaisseur de la paroi abdominale qui recouvre cette région, une tumeur dure et du volume d'un gros œuf de poule, non adhérant à la peau ; elle est obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans ; elle a, en un mot, la même direction que les fibres du muscle grand oblique. Elle se trouve placée juste au-dessus de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Les douleurs qu'elle provoque ne sont ni fortes, ni lancinantes ; elle gêne la marche et semble produire de la faiblesse dans la jambe gauche ; la défécation n'est nullement dérangée.

Je viens d'annoncer que cette tumeur se trouvait située dans l'épaisseur des parois abdominales ; il s'agit maintenant d'établir le diagnostic local d'une manière beaucoup plus exacte et, en second lieu, de discerner sa nature.

Pour ce qui regarde sa situation, M. Bouchacourt, constatant d'une part que la peau qui la recouvrait était mobile et non adhérente et d'une autre part que la tumeur se déplaçait lorsque l'on faisait contracter les parois abdominales, déclare avoir affaire à une tumeur développée dans l'épaisseur des fibres aponévrotiques et musculaires du grand et petit oblique et du transverse de l'abdomen. Ce n'était pas encore assez d'établir sa situation par rapport aux muscles, il fallait aussi, et c'était là la chose la plus importante, bien rechercher si la base n'avait pas déjà contracté des adhérences avec le péritoine ; ce point de diagnostic délicat et minutieux était, comme on le pense bien, extrêmement utile à connaître. Comme la tumeur était mobile et que par la palpation on lui faisait éprouver des mouvements alternatifs de va-et-vient ; comme elle ne gênait en rien la défécation et qu'elle ne provoquait ni dérangement du côté de l'estomac, ni de douleurs sourdes et profondes dans la fosse iliaque gauche ; comme, en un mot, on pouvait avec la main la soulever et sentir alors sa base implantée dans l'épaisseur des muscles ci-dessus indiqués, M. Bouchacourt déclara qu'elle était située au-dessus du péritoine, et que, si par cas elle avait déjà contracté quelques adhérences avec cette séreuse, elles ne devaient pas être très fortes et céderaient facilement sous l'influence de quelques faibles tractions exécutées au moment de l'extirpation de cette tumeur.

Ce premier point vidé, restait à reconnaître sa nature, circonstance qui devait aggraver ou rendre le pronostic plus favorable. Ne constatant point de douleurs lancinantes, prenant en considération la marche de la maladie, n'existant nulle part aucune glande engorgée et la malade ne présentant pas la peau jaunâtre ni les traces de l'affection cancéreuse, M. Bouchacourt fut conduit à admettre l'existence d'une tumeur fibreuse du genre de celles que M. Lebert a désignées sous le nom de fibro-plastiques.

Cette tumeur était-elle le résultat de l'engorgement d'un ganglion lymphatique? M. Bouchacourt ne le pense pas ; car, outre que les ganglions lymphatiques sont peu nombreux dans le lieu où siégeait la tumeur, il est probable que, si l'on eût eu affaire dans ce cas à un engorgement ganglionaire, on aurait dû trouver la présence de quelques autres ganglions plus ou moins volumineux ; cela n'existait pas.

Le diagnostic étant donc parfaitement établi, M. Bouchacourt résolut de faire l'ablation de cette tumeur.

Pour exécuter cette opération délicate et très minutieuse, on pouvait avoir recours à deux méthodes différentes :

1° Ou inciser la peau qui recouvrait la tumeur fortement soulevée par un aide et aller ensuite en opérer la dissection à l'aide du bistouri et des ciseaux ;

2° Ou bien mettre en pratique le procédé dit par embrochement, c'est-à-dire celui qui consiste à traverser sa base avec un bistouri long et diviser ensuite la tumeur en deux parties en faisant agir l'instrument de bas en haut et des parties profondes vers les superficielles, chacune des deux parties de la tumeur pouvant alors être facilement enlevée soit par arrachement, soit à l'aide de pinces et de ciseaux.

M. Bouchacourt ne voulut pas dans cette circonstance mettre en usage cette dernière méthode, beaucoup plus expéditive que la première sans doute, mais aussi moins sûre dans ses résultats, vu la situation de la tumeur ; car, malgré toutes les précautions possibles, en l'attaquant par sa base, il aurait bien pu intéresser le péritoine sur lequel elle reposait et par suite faire naître des accidents. Le premier procédé, plus long mais plus sûr, lui parut bien préférable dans cette circonstance, puisque avec de l'attention et de la réflexion il était à peu près sûr de ne pas toucher à cette membrane séreuse.

Après avoir convenablement préparé quelques jours à l'avance sa malade, M. Bouchacourt exécuta, le 2 avril 1851, l'opération suivante en présence de M. Bonnet, dont il demanda l'assistance dans cette circonstance.

Un aide ayant fait fortement saillir la tumeur en la pressant avec ses mains appliquées sur sa base et en la soulevant de bas en haut, M. Bouchacourt incisa longitudinalement et en suivant une ligne oblique de bas en haut la peau qui recouvrait la tumeur ; il divisa ensuite cette dernière en deux parties égales, en prenant bien la précaution de ne pas inciser trop profondément, dans la crainte d'intéresser le péritoine. Abandonnant ensuite le bistouri, il écarta avec les mains les deux parties de la tumeur et rompit par ce moyen ce qui restait de sa base, que l'instrument n'avait pas attaqué. Il chercha ensuite à énucléer les deux portions de la tumeur ; mais, comme elles étaient adhérentes aux parties fibreuses et musculaires qui les entouraient, il coupa minutieusement avec des ciseaux tout ce qui faisait corps avec elles ; cette dissection délicate prouva que le péritoine n'était nullement attaqué, mais bien que la tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal reposait en partie sur la séreuse.

Elle était tout à fait saine, nullement injectée ni épaissie. Pendant cette opération, on eut à lier huit vaisseaux assez importants ; la ligature d'un d'entre eux, profondément placé au-dessus des fibres aponévrotiques du grand oblique, nécessita pour être accomplie l'incision verticale d'une partie de ce muscle.

Dès que le sang fut complétement étanché, on rapprocha doucement les deux bords de la plaie, sur laquelle on appli-

qua un linge cératé, un gâteau de charpie et des compresses; le tout fut maintenu en place par le spica de laine.

Anatomie pathologique. — La tumeur, de la forme et du volume d'un gros œuf de poule, pesait 50 grammes; elle avait pour diamètres les suivants : le transverse, 3 centimètres et demi, et le longitudinal, 6 centimètres; sa surface externe était entourée d'une coque fibreuse adhérant çà et là avec des fibres musculaires qu'il avait fallu couper. Son intérieur était composé de tissu fibreux très dur, dans les mailles duquel existaient des produits plastiques; c'était donc une tumeur fibro-plastique, comme on l'avait diagnostiquée avant l'opération. — Tisane de tilleul et de fleurs d'oranger, potion calmante, cataplasmes émollients sur l'abdomen.

Le soir de l'opération, à deux heures, la malade ne souffrait que très légèrement de sa plaie. Le pouls était large, souple, à 72 pulsations; l'excrétion de l'urine s'était accomplie à deux reprises différentes; une légère sueur s'était manifestée ; elle coïncidait avec de la soif.

Le 3 avril, la nuit a été assez bonne; Mme G... a dormi trois heures d'un sommeil continu; mais le matin à la visite de M. Bouchacourt, il y a de la chaleur à la peau, qui est sèche; le pouls est fort et donne 86 pulsations; une céphalalgie sus-orbitaire s'est déclarée; les urines sont fréquentes, la soif est vive; constipation, douleur du côté de la plaie. — Continuation des cataplasmes émollients sur l'abdomen, de la potion calmante et de la même tisane; lavement laxatif avec le miel mercuriel.

Le 4 avril, la plaie est en partie réunie; mais, en pressant légèrement sur ses bords, on fait sortir un peu de pus à l'angle interne. De plus, il est survenu un érysipèle à son pourtour; il a déjà gagné le côté gauche du ventre, qui se trouve ballonné et douloureux à la moindre pression. Le pouls est à 80 pulsations; la langue est blanche; il y a de l'inappétence, de la soif, des coliques, et la constipation n'a pas cédé au lavement laxatif. — Continuation de la même potion calmante et des cataplasmes, frictions mercurielles sur l'érysipèle, et addition d'un looch contenant 50 centigrammes de calomélas.

Le 5 avril, les menstrues ont apparu la nuit, et à leur suite une déjection d'une grande quantité de matière bilieuse qui débarrasse singulièrement la malade. Le pouls est toujours fréquent, mais la peau est chaude et moite; les urines sont rouges et en assez grande abondance; les coliques ont disparu; le ventre n'est plus si ballonné, mais il est légèrement douloureux, surtout au pourtour de la plaie.

L'érysipèle existe toujours, mais sa rougeur est moins vive; de plus, il tend à gagner la partie supérieure du côté gauche du ventre. — Continuation de la même potion; frictions mercurielles sur l'érysipèle; lavement huileux. — Décollement des bords de la plaie, qui laisse échapper une assez grande quantité de pus assez bien lié. On prend la précaution d'introduire un mèche de charpie à l'angle interne de la plaie, dans le but de faciliter l'écoulement des liquides.

Le 6, la malade a bien reposé la nuit; la fièvre a diminué; le pouls est à 70, souple et facilement dépressible; le ventre est libre, peu douloureux; l'érysipèle a presque disparu au pourtour de la plaie, qui donne issue à une suppuration de bonne nature, mais il a gagné le côté gauche et antérieur de la poitrine. Les menstrues cessent de couler. — Même potion, mêmes onctions et mêmes cataplasmes sur le ventre.

Le 7, l'amélioration se maintient; le ventre n'est presque plus douloureux, la fièvre a disparu, l'érysipèle suit une marche décroissante. La plaie suppure en abondance. On continue le même pansement, les mêmes remèdes; on prescrit un lavement avec l'huile d'amandes douces, 30 gram.

Le 8, l'érysipèle a disparu en partie. — On permet deux bouillons et une crème de riz.

Le 9, la suppuration est toujours abondante, mais la plaie tend à se cicatriser vers son angle externe. L'état général est des plus satisfaisants.

Le 10, cicatrisation de la plaie, du fond à la circonférence. — Continuation du même pansement.

Le 11, la plaie se rétrécit de plus en plus; la suppuration diminue, et les deux bords de la solution de continuité se couvrent de bourgeons charnus très rouges.

Le 12, on réprime les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent, et l'on supprime les onctions mercurielles et les cataplasmes émollients; le ventre n'est plus douloureux. De la maladie de Mme G..., il ne reste plus qu'une petite plaie dont la cicatrisation ne tardera pas à s'accomplir.

Les 13, 14 et 15, la suppuration diminue. Répression des bourgeons charnus.

Le 16, on supprime la mèche introduite dans la plaie, afin de donner un libre cours au pus.

Le 17, le dernier des fils de la ligature tombe. Depuis cette époque, la plaie marche à une cicatrisation des plus rapides.

L'histoire de la maladie de cette dame ne présente plus assez d'intérêt pour devoir être rapportée jour par jour; je dirai seulement que la plaie, continuant sa période de cicatrisation, était complétement oblitérée le 26 avril. A cette époque, on pouvait constater, à l'endroit où existait primitivement la tumeur, une cicatrice extrêmement fine.

M. Bouchacourt prescrit à cette dame l'usage d'un bandage herniaire faible pendant quelques mois, et la renvoie dans sa ville natale parfaitement guérie.

Réflexions. — Le fait que je viens de citer dans tous ses détails mérite de fixer l'attention.

Le diagnostic avait été, comme on a pu s'en convaincre, parfaitement établi avant l'opération. M. Bouchacourt avait, en effet, déclaré que la tumeur, de nature fibro-plastique, siégeait dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et reposait en grande partie sur la membrane séreuse. Son extirpation a montré, plus tard, toute la justesse de cette assertion, fondée en partie sur l'anatomie topographique et l'appréciation attentive des signes locaux.

Le procédé qui consiste à couper la tumeur en deux parties avant de la disséquer, en faisant agir le bistouri des parties superficielles vers les profondes, a été, dans ce cas, d'une incontestable utilité; car, grâce à lui, la tumeur a pu être heureusement énucléée sans porter la moindre atteinte au péritoine. Cette section médiane de la tumeur en a facilité l'énucléation; et si, dans cette circonstance, on a eu quelques artères à lier, cela tenait à ce qu'il a fallu inciser une partie des muscles qui avaient contracté des adhérences avec la coque externe de la tumeur.

La ligature des vaisseaux profondément placés a nécessité la section transversale de l'aponévrose du grand oblique. Il eût été sans doute bien préférable de ne pas être obligé de l'exécuter, car elle amena comme conséquence un affaiblissement des parois abdominales; mais l'urgence d'arrêter une hémorrhagie, provenant d'un vaisseau caché au-dessous d'elle, a été la cause principale qui a forcé M. Bouchacourt à recourir à une pareille incision.

Par un pansement convenablement dirigé, on a eu le dessein d'obtenir la réunion immédiate; il a suffi d'appliquer sur la solution de continuité un linge cératé, pour que ses bords arrivassent à un parfait affrontement. Le lendemain ils étaient déjà agglutinés en partie; et peut-être qu'avec ce seul moyen la réunion par première intention se serait totalement opérée, s'il n'était survenu, sous l'influence de la constitution régnante, un érysipèle qui a amené des accidents assez redoutables et une inflammation suppurative profonde qui a nécessité le décollement des parties déjà réunies, afin de faciliter l'écoulement du pus.

Des soins locaux appropriés, et surtout un traitement médical convenable, en ont bientôt fait justice, et la malade a pu quitter Lyon quelques jours après totalement guérie.

Cette observation pourrait encore donner lieu à bien d'autres considérations pratiques; comme elles ne seraient que les corollaires du fait lui-même, nous préférons en laisser la déduction au lecteur. (*Bull. de Thér.*)

SUR UNE PROPRIÉTÉ PARTICULIÈRE DE L'ÉTHER ET DE QUELQUES HUILES,

Par M. Schœnbein.

M. Schœnbein, en poursuivant ses recherches sur l'ozone, a remarqué qu'on pouvait, pour produire ce corps, remplacer le phosphore par l'éther, l'essence de térébenthine ou celle de citron.

En introduisant une petite quantité d'éther pur dans un flacon rempli de gaz oxygène pur ou d'air atmosphérique, remuant de temps en temps, on trouve, après un laps de quatre mois, que l'éther a acquis de nouvelles propriétés. Quoiqu'il n'altère aucunement le papier bleu de tournesol, il décolore l'indigo, convertit le phosphore en acide phosphoreux, enlève l'iode à l'iodure de potassium, peroxyde les protosels de fer, transforme le prussiate jaune de potasse en prussiate rouge, convertit le sulfure de plomb en sulfate, etc.

SUR L'ATROPINE ET LA DATURINE.

Le docteur Planta a soigneusement examiné les deux alcaloïdes qui font l'objet de cette note, et il les a trouvés entièrement semblables.

Tous deux cristallisent en aiguilles déliées et colorées, inaltérables à l'air, inodores, plus pesantes que l'eau, très solubles dans l'alcool, moins solubles dans l'éther, et très difficilement solubles dans l'eau. Une partie d'atropine demande, pour se dissoudre, 299 parties d'eau à la température ordinaire; et suivant Geizer, la daturine exige 288 parties d'eau froide et 72 d'eau chaude.

Les deux alcaloïdes fondent de 88° à 90° c. sans rien perdre de leur poids et sans se décomposer. A une température plus élevée, il se décomposent en partie et se volatilisent en partie. Leur solution aqueuse possède une forte réaction alcaline. Par leur union avec les acides sulfurique et chlorhydrique, ils forment tous deux des composés neutres qui peuvent être évaporés en consistance de sirop, sans montrer aucune apparence de cristallisation. Ces sels se dissolvent facilement dans l'eau et dans l'alcool. Ils se dissolvent difficilement dans l'éther.

L'ammoniaque et la potasse, ainsi que leurs carbonates, occasionnent, dans les dissolutions concentrées de ces sels, un précipité pulvérulent qui disparaît par l'addition d'un excès d'alcali.

Le bicarbonate et le phosphate de soude n'y produisent aucun trouble.

Le chlorure d'or y occasionne un précipité cristallin d'un jaune soufre, qui n'est que très légèrement soluble dans l'acide chlorhydrique.

Le chlorure de platine fournit avec le muriate d'atropine un précipité pulvérulent qui s'accumule à la manière des résines et se dissout facilement dans l'acide chlorhydrique.

Le muriate de daturine donne également un précipité avec le chlorure de platine, mais seulement lorsque les dissolutions sont concentrées, et le précipité ne se dissout pas facilement dans l'acide chlorhydrique.

Le chlorure de mercure produit, dans les dissolutions concentrées des sels de ces deux alcaloïdes, un précipité blanc pulvérulent très soluble dans l'acide chlorhydrique et dans le sel ammoniac.

L'hydrargyro-iodure de potassium occasionne avec le muriate d'atropine un précipité blanc caséeux très solide, et qui s'agglomère encore par l'addition d'acide chlorhydrique.

L'iodure de potassium reste sans effet sur le même sel.

M. Planta n'a pas établi l'action de ces deux derniers réactifs sur le muriate de daturine.

Le sulfocyanure de potassium n'a aucune action sur les sels des deux alcaloïdes.

La teinture d'iode y produit un précipité brun de kermès.

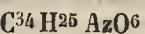
L'acide tannique et la teinture de noix de galles y produisent un précipité floconneux, seulement après l'addition d'acide chlorhydrique.

L'acide nitropicrique y occasionne un précipité jaune.

L'analyse des deux alcaloïdes, faites par M. Planta, a donné les mêmes nombres traduits par la formule

$$C^{34}H^{25}AzO^{6}.$$

(*Journ. de Ch. méd.* Tr. de l'all. par E. Cottereau.)



SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 septembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

—A l'occasion de ce dernier, M. Guersant, revenant sur les malades présentés par M. Monod, guéris de tumeurs érectiles considérables par l'usage du séton, constate d'abord les résultats heureux obtenus par M. Monod; mais il ne peut admettre que le séton appliqué au traitement des tumeurs érectiles soit un bon mode de traitement, et il a vu des accidents mortels survenir à la suite de son usage; et pour lui, il préfère, comme étant inoffensives et donnant de bons résultats, les aiguilles de platine rougies à blanc et passées un certain nombre de fois à travers les tumeurs que l'on veut détruire. Depuis qu'il agit ainsi, il n'a éprouvé aucun accident, et il a obtenu des résultats avantageux.

A propos des pièces pathologiques présentées par M. Morel-Lavallée, M. Guersant fait observer que la présence de fausses membranes s'étendant à tout l'arbre bronchique n'est pas, pour lui, une contre-indication à la bronchotomie; il a opéré un enfant qui, depuis huit jours, rendait des fausses membranes développées dans les plus petites ramifications bronchiques et l'enfant a guéri. Pour lui, ce qui amène la gêne de la respiration et l'étouffement, ce sont surtout les fausses membranes développées sur les cordes vocales. Il a eu occasion de voir un enfant guérir d'un croup sans opération après avoir rendu des fausses membranes représentant parfaitement l'arbre bronchique jusque dans ses dernières divisions. Il ne faut donc pas rejeter la trachéotomie dans les cas analogues à celui rapporté par M. Morel; car dans ces cas le chirurgien peut encore être utile.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il avait affaire à un croup secondaire à une maladie exanthématique, et qu'il est généralement admis à l'hôpital des Enfants que la trachéotomie ne réussit pas dans ces cas. D'ailleurs, ajoute M. Morel, il n'y avait aucune fausse membrane sur les cordes vocales qui ait pu amener la mort.

Nouveaux détails donnés par M. Vidal sur l'anatomie pathologique de la tumeur testiculaire qu'il a enlevée.

M. Vidal. Permettez-moi quelques mots encore relativement à la tumeur des bourses que j'ai extirpée. Je tiens à rappeler :

1° Que, dans mes conférences à l'hôpital du Midi, j'ai considéré cette tumeur comme étant de mauvaise nature.

2° Quand je présentai le malade à la Société, je dis encore qu'il portait une tumeur *maligne*. Je ne me refusais par d'admettre dans sa composition le tissu fibreux, le tissu cartilagineux; mais, selon moi, l'élément cancéreux devait y être représenté.

3° Après l'extirpation, et la tumeur étant ouverte, on trouva qu'elle était formée surtout par une matière d'aspect tuberculeux. Il fut donc convenu que j'avais extirpé des tubercules. Mais, même en présence de cette pièce, fort de mon observation, et appuyé sur la règle qui veut qu'une tumeur solide et chronique d'un seul côté des bourses soit maligne, je persistai à la considérer comme telle.

J'en appelai au microscope et à l'observation ultérieure de l'opéré. MM. Robin, Gosselin et Galliet ont soumis cette tumeur à un examen microscopique minutieux. Je dois à l'obligeance de M. Robin une note très détaillée, dans laquelle les éléments sont décrits. Ceux du cancer s'y sont trouvés. C'était des noyaux, dit M. Robin, caractéristiques par leur quantité, leur grand volume, leur forme. Quant à la matière d'aspect tuberculeux, elle n'était nullement formée par des tubercules; c'était la *xanthose* de M. Lebert, élément qui se rencontre souvent dans le cancer du testicule et dans celui de l'ovaire.

Le microscope vient donc en aide ici à l'observation, et je m'en félicite. Mais je manquerais de franchise si je disais que j'aurais changé d'opinion sur la nature de cette tumeur en présence d'un résultat contraire. Je pense que l'observatiun clinique doit s'aider du microscope, mais qu'elle ne doit jamais fléchir devant lui.

Communication.

M. Huguier fait la communication suivante sur un mode de guérison de l'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale après la ponction et l'injection, sur un sujet mort de tétanos le sixième jour de l'opération. Nouvelle espèce de tumeur des bourses, ou hydrocèle de la tunique vaginale.

Le 25 août 1851, est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Amand (Jean), âgé de cinquante ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne constitution, pour être opéré d'une hydrocèle simple du côté gauche.

Le 27, l'opération par ponction et injection vineuse fut pratiquée; il y avait un litre et demi environ de sérosité citrine transparente dans la cavité de la tunique vaginale.

Le testicule était sain; ses dimensions, sa consistance, sa sensibilité étaient naturelles. L'injection fut peu douloureuse. Comme une première seringue ne semblait pas avoir rempli suffisamment la cavité de la tunique vaginale, on essaya d'en pousser une seconde; une très petite quantité de vin parvint, cette fois, dans la tunique, la presque totalité étant remontée au-dessus du piston, qui jouait trop facilement dans le corps de pompe.

D'après la quantité d'injections sortie de la tunique vaginale, nous craignîmes qu'une portion du liquide n'eût passé dans le tissu cellulaire; nous pratiquâmes de suite deux mouchetures aux enveloppes du testicule, et nous pûmes nous convaincre qu'aucune partie de l'injection n'avait été poussée entre les enveloppes testiculaires; la seringue fut alors démontée, et on retrouva le vin passé au-dessus du piston. (Cataplasme sur les bourses.) L'inflammation et le gonflement consécutifs furent très modérés, il n'y eut pas même de fièvre. — Limonade; diète.

Le lendemain 28, pas de douleurs; c'est à peine si le volume de la tumeur était égal à celui qu'elle offrait avant l'opération. Pas de fièvre. — Deux potages.

Le 29 et le 30, même état. — Même prescription.

Le 31, dimanche matin, la tumeur commence déjà à diminuer. Le malade se sent très bien, et demande une portion d'aliments, qui lui est accordée. La piqûre de la ponction et les deux mouchetures sont cicatrisées. Dans la journée, il éprouve une forte émotion à la vue de plusieurs personnes de sa famille; le soir il se plaint à un malade de la salle d'un malaise qu'il attribue à l'agitation qu'il a éprouvée par le contentement d'avoir vu lesdites personnes. Nuit agitée; tête lourde.

Le 1er septembre, à la visite, il demanda deux portions d'aliments et de vin, auxquelles il n'a pas touché; après la visite, il se plaint d'un violent mal de tête et d'une pesanteur extraordinaire du cerveau; le visage était d'un rouge pourpre; sur l'observation qu'on lui fit, pourquoi il n'avait pas fait observer son mal à M. Huguier, il répondit qu'alors son indisposition était supportable; sinapismes aux jambes. Quelques temps après, il se plaint d'une douleur vive depuis le sommet de la tête et tout le long de la colonne vertébrale; il dit qu'il éprouve de la gêne et comme une paralysie dans les mâchoires, qui se fermaient insensiblement et malgré lui; que la gorge lui fait un mal affreux; qu'il a les mains et les jambes froides; les extrémités, en effet, étaient tout à fait froides.

L'interne de garde est appelé; l'opium est administré. Dans le courant de la journée, les mêmes douleurs et pesanteur de cerveau augmentèrent graduellement; le malade se coucha sur le dos sans pouvoir prendre une autre position; sa tête se renversa en arrière; il lui fut impossible de la redresser; le tronc commença également à se renverser en arrière; la respiration était un peu gênée; une sueur abondante couvrait son corps; on voulut le changer de linge, ce qu'il fut impossible de faire, car aussitôt qu'on le touchait il jetait des cris arrachés par la douleur que lui causaient les moindres attouchements qu'on lui faisait en soutenant sa tête, qui, disait-il, était lourde comme du plomb. On se contenta alors de lui passer une alèze entre la chemise et la peau.

Le tronc se renversa de plus en plus en arrière; la respiration devint difficile; il fit voir que ses mâchoires étaient tout à fait fermées et qu'il lui était impossible de les ouvrir.

M. Moynier, interne du service, le visita alors, lui ordonna de nouveau de l'opium et un lavement purgatif; il fut impossible de lui faire prendre les pilules d'opium vu le resserrement des mâchoires qu'il cherchait lui-même à vaincre; le lavement fut rendu la nuit.

De minuit à une heure du matin, assoupissement, progrès de l'asphyxie; de une heure à trois heures et demie du matin, moment de la mort; il éprouva plusieurs secousses cloniques, se levant brusquement sur son séant à l'aide de la corde du lit, râlant et écumant, le tronc et la tête restant renversés en arrière.

AUTOPSIE LE 3 SEPTEMBRE.

Tête. — Les méninges sont légèrement injectées; le liquide encéphalo-rachidien n'offre rien de particulier; le cerveau et la moelle offrent une consistance normale; les ventricules du cerveau renferment une petite quantité de sérosité légèrement rosée; congestion violente de toute la masse encéphalique, particulièrement de la substance grise; la blanche est un peu rosée et fortement piquetée de rouge; ce qu'il y avait de remarquable, c'était la violente congestion d'un rouge violacé de toute la substance de la protubérance annulaire, de telle sorte que les épanouissements nerveux qui la traversent étaient tout aussi visibles que si on les eût dessinés pour une démonstration anatomique. La moelle épinière, dans toute sa longueur et son épaisseur, plutôt qu'à sa surface, était le siége de la même teinte d'un rouge violet.

ORGANES GÉNITAUX. — *Scrotum.* — A la partie inférieure, au niveau des piqûres qui sont cicatrisées, on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, une bien petite couche d'un liquide pultacé d'un blanc grisâtre détaché de la lymphe plastique ou de la sérosité mêlée à un peu de pus. Les autres tuniques testiculaires sont seulement un peu injectées et légèrement épaissies. Le cordon testiculaire, pas plus que les tissus environnants, n'offre la plus petite trace d'inflammation. Tunique vaginale légèrement épaissie, un peu injectée, ayant perdu sa transparence.

Voulant étudier avec soin l'état des parties qui étaient au-dessous et le mode de guérison de l'hydrocèle après l'injection, j'incisai avec attention longitudinalement et couche par couche la tunique vaginale jusqu'à ce que je fusse arrivé à la face interne. Voilà ce que j'ai trouvé :

Cette tunique, aussi bien sur la partie pariétale que sur la portion vésicale, était tapissée d'une pseudo-membrane demi-transparente, d'un blanc grisâtre, d'une consistance assez ferme; la partie de cette fausse membrane qui tapissait le feuillet pariétal avait un millimètre d'épaisseur pour le moins; celle qui couvrait le feuillet testiculaire était moins épaisse; elle avait tout au plus un demi-millimètre; elle était plus adhérente au périoste que celle qui couvrait le feuillet pariétal de la vaginale; l'adhérence entre ces deux dernières parties avait lieu à l'aide de tractus ou de petits filets qui se déchiraient facilement; il n'existait aucun liquide entre les deux surfaces.

Cette nouvelle tunique, qui par sa disposition rappelait en tout celle de la tunique vaginale proprement dite, puisqu'elle était composée de deux feuillets, l'un pariétal et l'autre viscéral, était composée de couches ou de cellules concentriques bien unies les unes aux autres; on n'y distinguait pas à l'œil nu de fibrilles; elle ne renfermait aucun vaisseau; sa face interne, au lieu d'être libre, lisse et polie comme celle d'une séreuse, donnait naissance à une foule de lamelles très délicates, incolores, transparentes, se croisant en mille directions différentes, de manière à intercepter entre elles des cellules ou cavités irrégulières. Toutes ces cavités étaient remplies d'une sérosité jaune très claire, semblable à de l'ambre; elles formaient tout autour du testicule, excepté vers le corps d'Hygmor, une masse ovoïde, qui avait près d'un centimètre d'épaisseur; cette masse se prolongeait en pointe arrondie entre l'extrémité supérieure du testicule et le cul-de-sac que la tunique vaginale envoie dans la base du cordon.

Pour se donner une idée exacte de la disposition organique de cette production anatomo-pathologique, il faut la comparer à celle du corps vitré; elle s'est moulée sur la cavité de la tunique vaginale et sur le testicule, comme le corps hyaloïdien s'est moulé sur la cavité intérieure de l'œil et sur le cristallin; comme lui, elle est formée d'une enveloppe extérieure, et comme lui elle renferme à l'intérieur des cellulosités très minces, transparentes, à peine visibles à l'œil nu, contenant de la sérosité, qui ici était jaune au lieu d'être incolore.

Si notre malade eût vécu plus longtemps, la sérosité contenue dans la cellule pseudo-membraneuse se fût peu à peu résorbée; l'intervalle continu entre le feuillet testiculaire et le feuillet pariétal se fût graduellement rétréci, et les deux feuillets seraient venus se mettre en contact, adhérant intimement l'un à l'autre par surface ou bien simplement par des filets celluleux, et la guérison eût été obtenue.

La connaissance de cette substance et de sa disposition explique parfaitement comment il se fait qu'après la guérison de l'hydrocèle et même longtemps après cette guérison le testicule, quoique sain, paraît plus volumineux et souvent plus dur que celui du côté opposé. Si la sérosité, au lieu d'être résorbée, continue à être sécrétée par les cellules pseudo-membraneuses, il se formera dans le scrotum une tumeur qui, à part le manque de fluctuation, offrira tous les caractères d'une hydrocèle ordinaire.

Aussi ces masses pseudo-membraneuses et celluleuses infiltrées de sérosité ont-elles été prises pour une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale jusqu'à ce que l'opération par la ponction suivie d'incision ait démontré l'erreur du diagnostic.

Une simple inflammation de la tunique vaginale, sans opération préalable, pourrait sans aucun doute produire cette exsudation plastique cellulo-séreuse. Nous pouvons ainsi expliquer le développement de ces masses cellulo-vasculaire et séreuse plus ou moins volumineuses qui enveloppent le testicule et qui ont été également prises pour une simple hydrocèle vaginale; il peut même arriver que les deux affections existent ensemble; c'est ce que nous avons rencontré, il y a trois mois environ, sur un des malades de notre service; il suffit que cette double affection ait lieu pour qu'une partie du feuillet pariétal de la pseudo-membrane n'ait pas contracté d'adhérence avec la portion correspondante de la tunique vaginale, qui dans ce point continue à sécréter de la sérosité.

Chez le malade que nous venons de citer, et qui n'a subi aucune opération, la maladie était très ancienne; elle avait succédé à un violent effort pour ramasser à terre un corps très pesant. Il y avait même chez cet individu, qui était âgé de quarante-huit ans, trois espèces de tumeurs séreuses :

1° Une hydrocèle enkystée de la base du cordon ;

2° Une hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale;

3° Autour du testicule, dans la cavité de la tunique vaginale même, une masse cellulo-séreuse infiltrée d'une sérosité jaunâtre et offrant tous les caractères de celle qui nous occupe; seulement l'enveloppe de cette masse était moins épaisse et presque transparente, ce qui tient probablement à l'ancienneté de la maladie; elle adhérait çà et là à la face interne du feuillet pariétal de la tunique vaginale par des filaments et quelques membranes légères; son union était presque intime avec le testicule.

J'enlevai avec des ciseaux courbes une partie de cette masse, que je montrai le même jour à la Société de chirurgie dans la séance du 4 juin; elle fut remise à M. Lebert pour en faire l'analyse microscopique. Ce savant micrographe reconnut que ce produit anatomo-pathologique était composé de sérosité, d'une petite quantité de vaisseaux et de tissus cellulaires anormaux, n'ayant aucune analogie de structure avec le tissu cellulaire ordinaire ou tout autre tissu de l'économie; c'était une substance de nouvelle formation.

Ces deux faits, que nous venons de rencontrer dans un intervalle de temps assez court, viennent, en se donnant mutuellement appui, nous montrer qu'à part les quatre espèces de tumeurs séreuses ou d'hydrocèles des bourses généralement connues et admises sous les noms d'hydrocèles par épanchement de la tunique vaginale, par infiltration des bourses, par infiltration du cordon et enkystée du cordon, il en existe une cinquième espèce qui se manifeste dans un tissu de nouvelle formation, et que nous proposons de désigner sous le nom d'*hydrocèle spongieuse de la tunique vaginale*, pour ne pas la confondre avec l'hydrocèle par infiltration, soit du cordon, soit du tissu cellulaire des bourses. Cette cinquième espèce a déjà été rencontrée par plusieurs chirurgiens, mais aucun d'eux n'en a connu ni la cause, ni le mécanisme, ni la nature, ni les symptômes; elle n'avait été jusqu'à ce jour pour eux, comme pour nous, qu'une cause d'erreur de diagnostic. Peut-être qu'en tenant compte des antécédents, du manque de fluctuation et de tension de la tumeur, de sa mollesse, comme spongieuse et lipomateuse, parviendra-t-on un jour à la reconnaître sans une ponction préalable.

Le séton ou l'incision sont les deux méthodes de traitement qui nous paraissent mériter dans ce cas la préférence sur les autres moyens chirurgicaux; peut-être même accorderions-nous la préférence au séton qui n'expose pas à la lésion du testicule, à des fistules par renversement de la peau, ni à une inflammation aussi considérable.

Si, revenant maintenant aux accidents tétaniques graves qui ont enlevé notre malade, où rien ne pouvait faire soupçonner une aussi affreuse complication, nous nous demandons quelle a été la cause de cet accident, nous nous trouvons réduits à de simples suppositions. Il n'est pas probable que le tétanos ait été déterminé par les trois petites piqûres du scrotum qui étaient cicatrisées et nullement douloureuses. Lorsque la maladie s'est manifestée, les bourses n'étaient non plus le siége d'aucune douleur remarquable. A-t-il été produit par un courant d'air froid, par un refroidissement dans la nuit, qui nous aurait été caché dans la crainte d'une réprimande? ou bien a-t-il été la conséquence de la vive émotion que le malade avait éprouvée l'avant-veille? Je le crains d'autant plus, que le malaise, l'agitation, les douleurs de tête ont commencé le même jour, peu de temps après l'émotion. Il n'est cependant pas probable que cette violente secousse de l'âme, qui avait été pour lui très agréable, eût suffi à elle seule pour déterminer l'affection tétanique, si le système nerveux de ce malade n'eût été ébranlé par l'opération et le changement de toutes ses habitudes.

Discussion.

M. ROBERT. Je ne puis admettre que les accidents qui ont amené la mort du malade de M. Huguier puissent être rapportés au tétanos traumatique. D'abord ils se sont déclarés quand le malade était à peu près guéri, et les détails cadavériques fournis par l'autopsie prouvent en effet que ce malheureux a succombé aux suites d'une congestion de la moelle épinière et de l'encéphale. On sait déjà depuis longtemps que des accidents de ce genre peuvent se montrer avec une inflammation des méninges rachidiennes et de la moelle. M. Monod et moi avons rapporté des accidents tétaniques coïncidant avec ces inflammations. Tout récemment les chirurgiens militaires ont décrit avec soin une méningite rachidienne épidémique et qui simulait par ses symptômes la névrose connue sous le nom de tétanos.

M. HUGUIER. Pour moi le malade a succombé au tétanos. Les émotions morales vives que cet homme a éprouvées, l'ébranlement causé par l'opération, les phénomènes éprouvés pendant la vie, tout me porte à croire que mon malade est mort de tétanos. Peut-être pourrait-on rapporter au tétanos lui-même les altérations trouvées après la mort. En un mot, les congestions pourraient être considérées comme l'effet de la maladie plutôt que la cause.

M. LARREY. Si personne ne demande plus la parole sur cette question, je me permettrai d'y ajouter deux mots. On ne saurait méconnaître l'existence du tétanos traumatique dans le cas dont vient de parler M. Huguier. Les symptômes décrits par notre honorable collègue sont évidemment ceux d'un opisthotonos complet dont la cause première a été, selon moi, la maladie locale ou plutôt l'opération qu'elle a nécessitée, quoique la guérison fût déjà accomplie.

Nous savons tous qu'une blessure en voie de cicatrisation peut être suivie de tétanos, eu égard à des conditions spéciales, comme le siége, la nature de la lésion, certaines plaies, entre autres, par piqûre, par déchirure, soit des extrémités des membres, soit des parties génitales. Nous avons encore observé le même résultat sous l'influence de causes extérieures, telles que la chaleur extrême ou les variations brusques de la température. Il peut se faire enfin que des affections secondaires à l'affection principale ou symptomatique de la blessure favorisent à leur tour le développement du tétanos. C'est ainsi que des symptômes d'inflammation du cerveau, de la moelle ou des méninges, surgissent quelquefois comme complication des lésions accidentelles, déterminent des phénomènes tétaniques, entraînent une mort rapide, et se révèlent à l'autopsie par les caractères anatomiques d'une phlogose circonscrite ou diffuse de l'encéphale.

Voilà comment, si je ne me trompe, l'on peut apprécier l'origine et les causes du tétanos dans des conditions semblables, sans que l'on ait besoin de supposer, avec M. Robert, l'essentialité d'une méningite cérébro-spinale, ni le développement d'un tétanos spontané. Voilà enfin pourquoi je considère le fait dont M. Huguier vient de vous entretenir, comme démontrant la réalité d'un tétanos traumatique. Je proposerais seulement de l'appeler consécutif pour le différencier de celui qui serait primitif.

Correspondance.

M. Lucas Championnière adresse le numéro de septembre de son *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.*

M. Boys de Loury, secrétaire général de la Société de médecine, demande le deuxième volume de nos mémoires, et le premier de nos bulletins.

M. Larrey annonce à la Société que M. le professeur Roux a fait hommage à l'Institut du second volume de nos mémoires et du premier de nos bulletins. Cet honorable professeur a accompagné cet hommage d'une analyse rapide des principaux mémoires contenus dans ce volume.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à la Société un Mémoire sur les calculs urétraux et prostatiques. (Une commission composée de MM. Giraldès, Gosselin et Demarquay, est chargée de faire un rapport.)

Rapport.

M. DEMARQUAY fait un rapport verbal sur deux mémoires présentés à la Société de chirurgie par M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux :

M. Soulé jeune, chirurgien distingué de Bordeaux, vous a adressé, il y a quelques mois, deux mémoires sur lesquels vous m'avez chargé de faire un rapport.

Le premier de ces mémoires parut en 1847, et il a pour titre : *Quelques réflexions sur les principales indications de la bronchotomie.* Sous ce titre modeste, M. Soulé a publié une dissertation très bien faite sur les indications de la bronchotomie. Il étudie avec un soin extrême, et il expose avec beaucoup de clarté les motifs qui devraient porter les médecins à recourir à la bronchotomie; fidèle à ses principes, il a pratiqué trois fois cette opération dans le cas de danger extrême, et une fois il eut le bonheur de sauver son malade.

Il y a un certain ordre d'indications de la bronchotomie sur lesquelles les médecins sont généralement d'accord : telles sont celles qui résultent de la présence de corps étrangers s'opposant au passage direct ou indirect de l'air pour les besoins de la respiration. Le travail de Louis sur ce sujet et le fait rapporté par Habicot ont généralement porté la conviction dans les esprits; et le dernier mémoire de M. Jobert publié sur ce sujet est de nature à ne laisser aucun doute sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas où un corps étranger est arrêté dans les voies aériennes. En effet, cet habile chirurgien a démontré, par des expériences directes, qu'un corps étranger ayant 4 lignes d'étendue en tous sens ne peut, à cause de la disposition particulière de la glotte, être rejeté au dehors par les efforts de la nature; il a démontré, de plus, dans ce travail, les dangers et les altérations dont ces corps étrangers peuvent devenir la cause par les diverses positions qu'ils sont susceptibles de prendre et par leur contact avec la muqueuse bronchique. Ces désordres, il faut le dire, avaient vivement fixé l'attention des membres de l'Académie de chirurgie, et depuis, celle de beaucoup de chirurgiens distingués.

Sous ce rapport, il n'y a pas de doute dans les esprits. Lorsque les soins médicaux ont été insuffisants, l'opération est généralement acceptée. La statistique est également favorable à cette opération; car, sur 59 opérations faites dans ce but, il y eut 42 succès et 17 revers; mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la bronchotomie appliquée aux affections médicales proprement dites, comme l'œdème de la glotte, le croup, etc. Il existe encore, ou du moins il existait encore à l'époque où M. Soulé a publié son travail, une certaine résistance de la part de quelques médecins de Bordeaux à cette opération; notre confrère a eu à se défendre d'avoir eu recours à la trachéotomie dans les circonstances que nous avons mentionnées plus haut. Il manquait au travail de notre confrère l'autorité des chiffres; une statistique bien faite, jointe aux puissantes raisons qu'il invoque, eût sans doute convaincu tous les opposants; mais les travaux importants de MM. Trousseau et Sestier sur ce sujet n'étaient pas encore publiés.

Or, il résulte du travail de M. Sestier sur l'œdème de la glotte, ou l'angine laryngée œdémateuse, que, sur 107 cas d'autopsie, l'œdème est toujours resté limité au larynx, excepté six fois où il s'étendit à la trachée-artère, et une fois aux bronches; et une circonstance qu'il importe de noter, c'est que le liquide, dans le cas d'œdème de la glotte, est promptement résorbé. Cette tendance de la maladie à rester limitée au larynx, la promptitude avec laquelle elle disparaît sont, suivant moi, deux raisons qui militent en faveur de la bronchotomie; mais, outre ces raisons, il en est une plus puissante encore, et qui ressort des recherches de M. Sestier sur la bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse : c'est que, sur 36 opérations faites pour remédier à la suffocation amenée par la maladie, il y a eu 13 succès et 23 morts; encore, dans ce cas, huit fois l'opération a été faite contre toutes les règles de l'art.

Il faut encore noter que très souvent l'œdème de la glotte survient à la fin de longues maladies, quand le malade est épuisé, ou encore comme complication d'affection chronique du larynx ou de l'arrière-gorge. Tel est le résultat brut de ces recherches; mais si on continue la lecture du savant mémoire de M. Sestier, on se con-

vainc que l'opération qui nous occupe est d'autant moins grave qu'elle est faite sur des individus dont la constitution n'est point altérée par des maladies antécédentes plus ou moins longues et plus ou moins graves.

« En résumé, dit M. Sestier, la bronchotomie a réussi dans les » 3/4 environ des cas, lorsque l'angine infiltro-laryngée était liée » à une inflammation aiguë de l'arrière-gorge ; l'opération a réussi » dans les 5/8e des cas, lorsque cette inflammation gutturale s'est » développée chez des sujets auparavant bien portants ; et même » elle a réussi dans les 4/5e des cas, lorsque cette inflammation » gutturale apparue chez des individus bien portants était légère. » Bien au contraire, la bronchotomie n'a plus réussi que dans le » 1/14e des cas, lorsque l'infiltration aryténo-épiglottique a été » symptomatique de laryngite chronique, et même elle a échoué » toutes les fois que cette infiltration a été consécutive à la laryn- » gite nécrosique ou sous-glottique. »

A l'époque où M. Soulé a publié son travail, il aurait pu invoquer quelques recherches statistiques à l'appui de sa thèse sur l'opportunité de la bronchotomie dans le cas de croup. En effet, malgré les conditions défavorables dans lesquelles se trouve souvent le chirurgien quand il est appelé à pratiquer cette opération, il résulte néanmoins, des recherches de MM. Velpeau et Jousset, que, sur 140 opérés suivant M. Velpeau, il y a eu 28 guérisons et 112 morts, et, suivant M. Jousset, 219 opérations ont donné 40 succès, c'est-à-dire qu'en combinant ces deux tableaux on arrive à 1/5e de guérison. Si nous prenons le dernier relevé statistique donné par M. Trousseau, nous voyons que, sur 169 trachéotomies, dont 11 pour maladie chronique du larynx et 158 pour croup, il a obtenu 43 guérisons, plus du quart ; et si on ne tient compte que des opérations faites depuis le mois de janvier et avec certaines modifications opératoires, les résultats sont bien plus satisfaisants, car, sur 19 trachéotomies, il y avait 8 guérisons et un malade en traitement. La pratique de M. Guersant n'est pas moins heureuse. Pour toutes ces raisons, M. Soulé avait donc raison de défendre, à Bordeaux, la bronchotomie comme moyen d'obtenir la guérison des maladies médicales que nous avons signalées plus haut.

Le second travail de M. Soulé a pour titre : *Choix d'observations chirurgicales recueillies à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.*

Ce travail est intéressant par les faits qu'il contient, par la manière dont ils ont été recueillis et par les réflexions théoriques ou pratiques qui les accompagnent ; il porte en effet sur beaucoup de points de chirurgie, et, par cela même, il échappe à l'analyse. Parmi ces observations, il en est une qui mérite de fixer votre attention ; elle a pour titre : *Anévrisme de l'artère scapulaire inférieure ; ouverture de la tumeur. Mort.* — Voici le résumé du fait. Un homme de cinquante-cinq ans se présente avec une tumeur axillaire qui date de quinze jours ; une ponction est faite, et il s'écoule une certaine quantité de sang. Avant cette ponction, aucun signe ne pouvait faire admettre la présence d'un anévrisme. Des hémorrhagies se reproduisent, et le malade succombe. A l'autopsie, en isolant la scapulaire inférieure, on découvre une poche anévrismale dont il n'existe plus que la moitié postérieure, ayant la grosseur d'une noix environ, siégeant dans le point où cette artère contourne le bord axillaire de l'omoplate pour se rendre dans la fosse sousscapulaire. Cette tumeur, doublement intéressante par le siége qu'elle occupait et par l'erreur à laquelle elle a donné lieu, doit être rapprochée de celles qui sont contenues dans le mémoire de Ribes.

J'ai cru devoir insister sur les travaux de M. Soulé ; ils m'ont paru assez intéressants pour fixer votre attention. J'espère que vous voudrez bien en tenir compte, le jour où M. Soulé vous adressera un travail manuscrit pour obtenir le titre de membre correspondant.

— M. Marjolin commence la lecture d'un rapport étendu sur les travaux de M. Borelli.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Une attaque dans laquelle la loyauté et l'urbanité brillent également, nous oblige à nous occuper aujourd'hui des articles que M. Malgaigne adresse de temps en temps à ses lecteurs sous le nom de *Lettres à un chirurgien de province* (ne pas confondre avec les lettres à *un ami* de province). Dans la dernière de ces lettres, M. Malgaigne, parlant de M. Guérin, dit : « Et ma perte ainsi décidée, pour » m'achever, mon ami, pour compléter l'œuvre de sa vengeance, il » me renvoie à M. de Castelnau, de la *Gazette des Hôpitaux*, son admirateur, son émule, dont la compétence vaut la sienne assurément, et d'une urbanité toute pareille : *Arcades ambo.* Et qu'a » fait M. de Castelnau ? *infandum, regina, jubes.....* Je voudrais » pouvoir vous cacher, cacher au monde entier les cruelles blessu- » res infligées à mon amour-propre. M. de Castelnau *a commencé*, » selon la loi de la critique nouvelle » (ici c'est nous qui soulignous, sauf le mot *supprimer*), « par *supprimer la fin de* mes observations, pour prouver qu'elles sont incomplètes ; et il a fini en » déclarant que » (ici c'est M. Malgaigne qui souligne) « *tous les » éloquents efforts tentés par M. Malgaigne n'ont servi qu'à mon- » trer :*

« *Son inaptitude à l'observation et l'absence de toute disposition » chirurgicale clinique.* »

» Quel coup de pied, bon Dieu !

» Plaignez-moi, mon ami, car j'entrevois un avenir bien som- » bre ; et si j'avais déjà fort à faire à me défendre contre M. Gué- » rin tout seul, comment résister à M. Guérin brandissant sa phi- » losophie transcendante et monté sur M. de Castelnau ! »

Commençons par la seule assertion qui puisse être prise au sérieux dans cette épître si remplie d'atticisme. M. Malgaigne nous accuse d'avoir *supprimé* la fin de ses observations, et avec une perfide apparence de bonne foi, il renvoie, comptant sans doute sur la paresse et la crédulité des lecteurs, à la *Revue médico-chirurgicale* et à la *Gazette des Hôpitaux* (1) pour confronter les textes. A notre tour, nous supplions tous ceux qui auront à cœur de juger en connaissance de cause qui de nous ou de M. Malgaigne manque à la loyauté de vouloir bien se livrer à cette confrontation. Voici ce qu'elle leur apprendra : Le mémoire de M. Malgaigne a pour base trois observations imprimées, comme cela se voit très souvent, en caractères plus petits que le corps du mémoire lui-même et que les réflexions qui accompagnent ces observations. Quand nous avons discuté le travail de M. Malgaigne, bien loin d'y vouloir supprimer quoi que ce soit, nous avons envoyé à l'impression les feuillets mêmes de la *Revue* ; mais il est arrivé, par malheur, que les imprimeurs, voyant que les *observations* étaient en petit texte, n'ont pas imprimé ce qui était en caractères plus gros, et, par suite de cette erreur, il est arrivé..... quoi ? que 13 lignes, appartenant à la *troisième observation seulement*, se sont trouvées supprimées ! 13 lignes en gros caractères et les trois observations réunies en forment 182 en petit texte ! 13 lignes qui ne peuvent d'ailleurs modifier en rien, mais absolument en rien le jugement qu'il y a à porter sur le mémoire de M. Malgaigne. Voilà ce que notre loyal contradicteur appelle *supprimer* la fin de *ses observations*, quand nous aurions pu, à l'exemple, d'ailleurs fâcheux, de toute la presse, exemple que M. Malgaigne se fait un devoir de suivre en toute occasion, quand nous aurions pu discuter sans citer ni texte ni observations, en laissant aux lecteurs, qui pour la plupart ne peuvent pas le faire, parce qu'ils ne reçoivent qu'un journal, le soin d'aller vérifier si notre jugement sur les observations de M. Malgaigne était ou non fondé ! Et quel moment M. Malgaigne choisit-il pour lancer contre nous cette indigne accusation ? Le moment où lui-même falsifie à dessein et nos paroles et celles de M. J. Guérin.

Pour faire croire à une partialité que nous nous sommes toujours efforcé de bannir de notre critique, M. Malgaigne a cité la conclusion de tous nos articles sur la discussion qu'il a soulevée à l'Académie ; il a cité cette conclusion en la *soulignant*, et il l'a citée de la manière suivante :

« Tous les éloquents efforts de M. Malgaigne n'ont servi qu'à » montrer :

» Son inaptitude à l'observation et l'absence de toute disposition » chirurgicale clinique. »

Or voici, on se le rappelle, ce que nous avions dit comme conséquence d'une série de raisonnements que M. Malgaigne s'est bien gardé de reproduire :

« Tous les éloquents efforts tentés par M. Malgaigne pour échapper à cette solution fatale n'ont servi qu'à montrer, d'un côté, ses ressources de dialecticien et son talent d'orateur ; mais, d'un autre côté, son inaptitude à l'observation et l'absence de toute disposition chirurgicale clinique. »

Voilà ce que M. Malgaigne appelle des citations exactes. Et cependant quel tort avions-nous eu dans notre conclusion ? Celui d'être un peu indulgent dans la première partie, et d'avoir, dans la seconde, exprimé une vérité à l'égard de laquelle pas un seul chirurgien à Paris et peut-être en France n'élève le moindre doute ; la dernière discussion n'a fait que prouver ce que tout le monde savait, et nous avons eu le seul tort de le dire.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, t. IX, p. 24 à 28, et *Gazette des Hôpitaux*, p. 346 et 347, année 1851.

M. Malgaigne cite-t-il M. Guérin, voici comment il procède :

« Il a ajouté que (c'est M. Malgaigne qui souligne) *toute polémique entre nous était désormais impossible.* »

Or M. Guérin avait écrit :

« Si M. Malgaigne *avait le cœur placé comme tout le monde*, il » aurait compris depuis longtemps que toute polémique entre nous » est désormais impossible. »

M. Malgaigne, en supprimant la première partie de la phrase, laisse croire que son adversaire refuse le combat sur le terrain scientifique, tandis qu'il y a évidemment au refus de M. Guérin des raisons que les hommes qui ont le cœur placé comme tout le monde peuvent seuls comprendre.

Ce que nous en disons n'est certainement pas pour défendre M. Guérin, dont nous ne sommes ni l'*admirateur* ni l'*émule*, mais dont nous apprécions, à notre point de vue, les défauts et les qualités exactement avec la même franchise que nous mettons à apprécier les défauts et les qualités de M. Malgaigne. Nous n'avons cité ce second exemple que pour montrer combien M. Malgaigne a des droits à attaquer la loyauté de ses adversaires.

Nous en avons terminé avec le fond de la diatribe de M. Malgaigne. Un seul mot maintenant sur la forme, dont nous n'aurions jamais pensé à entretenir nos lecteurs si nous n'avions été aussi brutalement appelé sur ce terrain ; mais, puisque l'occasion s'en présente, nous dirons franchement notre opinion sur cette pitoyable parodie des *Lettres provinciales*, que M. Malgaigne adresse presque chaque mois à ses lecteurs. Oui, il est déplorable de voir un homme qui a l'honneur, peu justifié il est vrai, de professer à la Faculté de médecine de Paris, s'efforcer d'introduire dans le journalisme médical un genre de polémique digne de Tabarin, et de remplacer la discussion scientifique par des personnalités grossières qui n'ont même pas le courage d'être franchement des injures.

Le jour où M. Malgaigne prendra l'engagement d'accueillir nos démonstrations comme doit le faire tout homme de cœur, nous nous engageons à lui administrer la preuve que lorsque nous nous résignons à donner un coup de pied, ce n'est ni à un lion, ni à un mourant que nous nous adressons ; jusque-là, nous nous contenterons de livrer ses personnalités au mépris de tous les honnêtes gens.

H. de Castelnau.

— *Santa Barbara!* Que vois-je ! Voici un folliculaire qui m'accuse d'être l'admirateur de M. Jules Guérin, et voici un honorable confrère en journalisme qui m'accuse en cinq colonnes, mais, il est vrai, avec cette courtoisie qui appartient aux hommes bien élevés, d'avoir mal ou de n'avoir pas du tout compris M. Guérin, ou de l'avoir combattu mal à propos. Il ne me manquait plus que d'y être accusé d'admiration envers M. Malgaigne ; mais cette accusation n'y est pas.

C'est égal, la coïncidence est curieuse, et il aurait été intéressant de publier les deux réfutations dans le même numéro. Malheureusement j'arrive de prendre une journée de vacances ; je suis un peu fatigué, et je suis obligé de renvoyer à un autre jour la conversation avec mon aimable contradicteur M. Dechambre. H. de C.

— La plupart des journaux de médecine ont déjà annoncé l'ouverture de deux concours, dont l'un pour la chaire d'hygiène vacante à la Faculté de médecine de Paris, et l'autre pour la chaire de clinique interne vacante à Montpellier depuis la mort du professeur Caizergues. Mais aucun journal n'a signalé l'inconvénient qu'il y a de faire simultanément ces deux concours qui doivent s'ouvrir l'un le 5 et l'autre le 12 janvier prochain. Cet inconvénient a pourtant été mis en évidence à plusieurs reprises dans nos colonnes, et la critique à laquelle nous nous sommes livré sur ce point a été généralement approuvée. Pourquoi en effet priver les docteurs de l'une des deux Facultés d'aller prendre part au concours qui a lieu dans l'autre ? (*Gaz. méd. de Montpellier.*)

Nous ne pouvons que nous associer à ces judicieuses remarques.

— Le célèbre anatomiste et naturaliste Laurent Oken, l'un des fondateurs de l'anatomie philosophique, vient de mourir à Bâle (Suisse). (*Presse méd. belge*).

Erratum. — Dans notre dernier numéro, 4e page, 2e colonne, ligne 16, *au lieu de* M. Andral, *lisez* M. Audrand.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 111. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 111. — JEUDI 25 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce Journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1851.

Séances des Académies.

L'Académie de médecine a entendu dans la séance d'hier trois rapports très brefs, et auxquels leurs auteurs n'avaient pas attaché eux-mêmes assez d'importance pour croire qu'ils pourraient devenir l'objet d'une discussion. L'Académie s'est donc hâtée de voter les conclusions sans observations préalables. Après la lecture de ces rapports, M. F. Hatin a communiqué une note sur un nouveau procédé d'application du forceps, et M. Bonnafont, un mémoire sur une question mise à l'ordre du jour par MM. Abeille et Boinet, l'efficacité des injections iodées dans le traitement des abcès par congestion. Toutes ces lectures n'ont conduit la séance que jusqu'à quatre heures et demie ; mais, l'ordre du jour étant épuisé, M. le président a levé le siége et a clos une véritable séance de vacances.

L'Académie a eu la douleur d'apprendre la mort d'un de ses membres les plus honorables et les plus distingués, de M. Barthélemy, membre de la section de médecine vétérinaire ; homme loyal, esprit vif et droit, qui ne prenait jamais la parole sur une question sans l'éclairer ou du moins sans l'entourer de quelque document intéressant, et qui pendant sa présidence a dirigé les débats académiques avec un talent et une fermeté remarquables.

— L'Académie des sciences n'a reçu en fait de communications médicales qu'une analyse d'eau minérale très bien faite, par MM. Moride et Robierre.

H. de Castelnau.

HOPITAL DU MIDI. — M. VIDAL (de Cassis).

Du traitement chirurgical du bubon suppuré. — Ponctions multiples.

Après avoir examiné les méthodes de traitement du bubon suppuré par les vésicatoires et les caustiques, M. Vidal en vient à l'incision. De tous les temps, dit-il, on a pratiqué sur les bubons des incisions plus ou moins étendues et quelquefois on a même excisé les portions de peau assez altérées pour retarder la cicatrisation. Les grandes incisions, avec ou sans retranchement des lambeaux, ont, pour la plupart, des inconvénients analogues à ceux que l'on reconnaît généralement aux cautérisations. Cependant, comme après tout on manie plus facilement le bistouri que le caustique, je préférerais encore exciser une peau décollée, peu vivante et susceptible de mettre obstacle à la réparation plutôt que d'agir sur ces parties mêmes avec la pâte de Vienne. D'ailleurs, comme à l'aide du bistouri on peut pratiquer des plaies avec une certaine régularité, on peut espérer d'obtenir une cicatrice moins inégale, moins difforme qu'après l'emploi des caustiques.

Mais je pense que les cas qui nécessitent réellement les grandes incisions et l'excision sont rares, surtout si le bubon a pu être traité dès son début, et si l'on veut, au moment où la suppuration apparaît, pratiquer les ponctions suivant le mode que je vais vous indiquer. Comme on le pense bien, je ne poserai pas ici la question de priorité pour la résoudre en ma faveur. Je parle ici pour le praticien seulement, et le praticien se soucie fort peu, le plus ordinairement, de la main qui lui offre un moyen thérapeutique. Ce qu'il veut savoir, avant tout, c'est si le moyen est efficace, dans quels cas et de quelle manière il doit être employé. Je me bornerai donc à dire que déjà, dans la première édition de mon *Traité de chirurgie*, j'avais recommandé les ponctions multiples avec la lancette, les petites incisions ; ma prétention se borne aujourd'hui à fournir des arguments en faveur de cette pratique et à l'enseigner avec plus de détails que les autres. Je passe donc immédiatement au *modus faciendi.*

Comme il est rare que le bubon n'ait pas subi au moins l'application d'un emplâtre, on devra commencer par nettoyer soigneusement les téguments et par enlever tout ce qui pourrait rester de la substance emplastique. L'instrument dont je me sers de préférence est un bistouri droit aigu, à lame fort étroite, de 2 à 3 millimètres de large ; on peut aussi se servir d'une lancette à pointe très fine.

Si la suppuration n'est pas étendue, si l'abcès est récent, on ne fait qu'une seule ponction ou une incision d'un centimètre environ sur le point correspondant à la fluctuation. C'est quelquefois alors un seul ganglion qui a suppuré et que l'on vide de cette manière du pus qu'il contient. Les autres ganglions voisins ne sont qu'engorgés. S'ils suppurent plus tard, on les traite comme le précédent. On peut ainsi ouvrir et ponctionner successivement jusqu'à quatre ganglions.

Ce sont surtout les bubons qui surviennent chez les scrofuleux qui présentent cette particularité et qu'il faut traiter de préférence par les ponctions successives. La suppuration intraganglionaire est plus difficile à constater, parce qu'elle est plus profonde. On est alors obligé de pénétrer plus avant pour atteindre le foyer. C'est une raison de plus pour préférer la ponction au caustique. Car, avec le bistouri long et étroit dont je viens de vous parler il n'y a qu'un instant, on atteint d'un seul coup le point que l'on veut, et l'on peut s'en servir comme pour faire une ponction exploratrice.

Si le foyer purulent est plus vaste, plus superficiel ; si la peau est plus ou moins décollée, on devra pratiquer plusieurs ponctions dans la même séance. Mais alors, au lieu de les faire sur le point où l'on sent la fluctuation, on devra au contraire s'éloigner du centre de la tumeur, des endroits où la peau est amincie ; de même, au lieu d'être directes et faites perpendiculairement à la surface des téguments, elles seront sous-cutanées, obliques, et ce n'est que par un chemin détourné que l'on arrivera au foyer purulent. C'est donc sur la circonférence de la tumeur que l'on fera la piqûre en dirigeant la pointe de l'instrument vers le centre du foyer. De cette manière, on divise la peau dans les points où elle est adhérente, intacte et en possession de toute sa vitalité.

Si l'on ponctionnait la peau là où elle est amincie, décollée, peu vivante, on s'exposerait à voir l'ouverture faite par l'instrument s'élargir par le fait de la mortification dont la piqûre hâtera la production. De là un agrandissement des ouvertures, qui finissent par communiquer entre elles et forment une large brèche par laquelle l'air pénètre dans l'abcès. Cette pénétration de l'air dans le foyer place le bubon dans les conditions désavantageuses où se trouvent les abcès qui ont été largement ouverts soit par l'instrument tranchant, soit par le caustique.

En ponctionnant les points que nous avons indiqués, si l'on ne comprime pas la tumeur (et nous professons qu'il ne faut pas la comprimer pendant les premiers jours qui suivent l'opération), elle se vide peu à peu, et le vide déterminé par la sortie du pus est comblé à mesure par le retrait des parois du foyer. La guérison est alors beaucoup plus rapide et ne laisse après elle aucune trace fâcheuse. Les cicatrices de ces ponctions ressemblent, en effet, à celles des piqûres de sangsues, et elles finissent, comme celles-ci, par disparaître complétement.

Les ponctions ainsi faites, c'est-à-dire obliquement et partant de la circonférence de la tumeur, creusent les trajets, dont les parois reviennent quelquefois trop tôt sur elles-mêmes. Alors leur oblitération a lieu avant l'évacuation complète du pus. Mais comme on a pratiqué plusieurs ouvertures, et qu'il est rare que toutes s'oblitèrent à la fois, il suffit de comprimer légèrement la tumeur une seule fois par jour pour vider le foyer par les ouvertures qui ont persisté. On remarquera que nous conseillons ici la compression, que nous avons proscrite il n'y a qu'un instant. Mais nous rappellerons que c'est pendant les premiers jours que nous la proscrivons, alors que le pus est encore abondant et que les ouvertures sont parfaitement libres.

Il arrive quelquefois que toutes les ouvertures ont une grande tendance à revenir promptement sur elles-mêmes et à se fermer. Il y eut un temps où je cherchais à les maintenir béantes en y introduisant une petite mèche de charpie. La pratique m'a démontré qu'en pareille circonstance il vaut mieux les laisser se fermer pour en pratiquer plus tard un ou deux autres s'il reste encore du pus dans l'abcès. Il arrive d'ailleurs, et ce n'est pas excessivement rare, que le pus peut se résorber et qu'il devient inutile de renouveler les ponctions.

Les avantages de cette méthode sont évidents :

1° Elle est d'une application simple et facile ;
2° Elle est moins douloureuse que les autres ;
3° Elle détermine des guérisons plus promptes ;
4° Elle ne laisse après elle aucune difformité.

Nous savons bien toutes les objections que l'on peut lui adresser. On dira qu'elle n'est réellement avantageuse que pour les bubons lymphatiques, ou par extension de l'inflammation, de l'irritation des parties génitales, c'est-à-dire

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

ART. Ier. — *Fractures de la colonne vertébrale.*

Il n'existe dans le Musée Dupuytren que dix pièces relatives aux fractures de la colonne vertébrale : quatre pour la région lombaire, ce sont les nos 1, 2, 2*a* et 11*a* (2) ; quatre pour la région dorsale, ce sont les nos 4, 5, 5*a*, 5B. La région cervicale ne nous offre que deux exemples : les nos 3 et 3*a*. Le siége de ces fractures est remarquable, comme l'a très bien observé M. Malgaigne. C'est dans certains points déterminés de la colonne vertébrale que se produit cette solution de continuité, et précisément dans celui où la flexion est la plus considérable ; ces points sont au nombre de trois : le premier, entre la troisième et la septième vertèbre cervicale ; c'est aussi dans ce lieu que se produisent le plus généralement les luxations traumatiques de cette région ; le second, entre la onzième vertèbre dorsale et la troisième lombaire ; le troisième, entre la quatrième lombaire et le sacrum. Les pièces déposées dans le Musée Dupuytren confirment parfaitement ces faits. Toutes ces fractures occupent les corps, en même temps que la lésion s'étend quelquefois aux apophyses articulaires, aux lames et même aux apophyses épineuses de la vertèbre supérieure, comme on l'observe sur les nos 3, 4 et 5.

Quant à la fracture du corps, il n'y a qu'une seule pièce où elle soit parfaitement horizontale ; c'est le n° 11*a*, pièce qui a été donnée par M. Laugier. Cette fracture a presque toujours lieu par écrasement et dans une obliquité dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, de telle sorte que la partie supérieure de la vertèbre fracturée se trouve projetée en avant et fait une saillie plus ou moins considérable sous laquelle semble s'enfoncer la partie inférieure de cette même vertèbre. Cette disposition est surtout évidente pour les vertèbres dorsales et lombaires. Il semble, dans certains cas, qu'il y ait une espèce de fracture par pénétration ; le n° 2 nous en offre un remarquable exemple. La colonne vertébrale a perdu de sa hauteur. L'affaissement a réduit, dans les nos 1 et 2, le corps de la vertèbre de moitié ; la colonne, dans ce point, se trouve infléchie en avant.

Sur trois de ces pièces, le canal rachidien a sensiblement diminué de calibre ; ce sont les nos 2, 4 et 5*a*. Dans les deux premières, la fracture a eu lieu très obliquement, et le rétrécissement du canal rachidien est dû à ce que la partie antérieure du corps de la vertèbre supérieure ayant été projetée en avant, le fragment postérieur a basculé en arrière. Dans la pièce donnée par M. Fano et qui vient du service de M. le professeur Denonvilliers, ce mouvement de bascule est très évident, et le rétrécissement est tel que, dans un point, le diamètre du canal rachidien se trouve réduit à 3 millimètres. Sur la pièce n° 2 donnée par M. Blandin, la saillie osseuse que l'on trouve dans le canal est due à une petite esquille détachée de la partie postérieure du corps de la vertèbre. Dans ces deux pièces, la paralysie a été la conséquence de la compression de la moelle.

N° 1. Tronçon de colonne vertébrale provenant de l'ancienne Académie de chirurgie. Le corps de la première vertèbre lombaire est fracturé ; mais l'obliquité est telle que la fracture se dirige de haut en bas et d'avant en arrière, de sorte que le fragment supérieur est plus épais en arrière qu'en avant. Chacun de ces fragments est, en outre, divisé perpendiculairement en plusieurs autres fragments plus petits. Les lames, l'apophyse épineuse et les deux apophyses articulaires inférieures sont séparées par une division transversale qui existe de chaque côté à la base des apophyses transverses.

N° 2 (M. Blandin). Sur cette pièce, le corps de la deuxième vertèbre lombaire est fracturé. La fracture est légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Elle est consolidée, et, comme le fait observer M. Denonvilliers, le corps de cette vertèbre, qui est un peu affaissé, est embrassé par un anneau qui s'étend d'une apophyse transverse à l'autre ; cet anneau est formé par le rebord de la face supérieure du corps de la vertèbre, ce qui lui donne l'aspect des fractures par pénétration. Il existe, en outre, à la face postérieure du corps de la vertèbre, *une fracture verticale incomplète* qui occupe à la fois la première et la seconde lombaire. Cette fracture siége exactement sur la ligne médiane ; les côtés en sont plus écartés au niveau de la seconde vertèbre que de la première ; elle ne s'étend pas à tout le diamètre antéro-postérieur de la vertèbre, elle se termine dans l'épaisseur de ce corps au niveau de ses deux tiers postérieurs avec l'antérieur. Dans le canal rachidien, il existe un fragment irrégulièrement arrondi, faisant une saillie assez considérable.

N° 2*a*. Le troisième vertèbre lombaire offre sur cette pièce une fracture assez remarquable ; elle est verticalement divisée en deux fragments, l'un antérieur, l'autre postérieur ; la solution de continuité siége au niveau de la partie moyenne du corps ; le fragment antérieur, qui a été complétement détaché, manque ; le fragment postérieur seul existe sur cette pièce, et il a conservé ses rapports normaux ; il est un peu affaissé sur lui-même, et présente la trace d'une solution de continuité incomplète parallèle à son corps et obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant.

N° 3 (M. Dugougou). Cette pièce consiste dans une portion de la colonne cervicale, dont les cinquième et sixième vertèbres sont fracturées. Cette fracture est très remarquable, et j'ai cru devoir citer textuellement une partie de la description qu'en a faite M. Denonvilliers. « La partie antérieure et supérieure du corps de la sixième » vertèbre, a été détachée et est demeurée adhérente à la cinquième » par l'intermédiaire du fibro-cartilage. Au contraire, la partie » postérieure et inférieure du corps de la cinquième, qui fait partie de la paroi antérieure du canal rachidien, a été brisée en es-

(1) Voir les numéros des 11 et 18 septembre.

(2) Cette dernière pièce, à cause d'une variété très importante de fracture, a été classée parmi les lésions du bassin.

quand l'abcès est simple. On objectera que dans les cas de bubons syphilitiques elle n'a plus les mêmes avantages; car alors les petites ouvertures seront inoculées et représenteront autant de chancres. Nous répondrons d'abord que les bubons strumeux peuvent être ouverts de cette manière. On perce l'abcès qui se forme quelquefois dans le tissu cellulaire qui entoure les ganglions, et, à mesure que ceux-ci suppurent, on les ouvre. Il est bien entendu qu'avant comme après cette petite opération on fait suivre au malade un traitement interne approprié.

Pour ce qui est du bubon syphilitique, celui qui est produit par l'absorption du virus, nous dirons qu'il arrive souvent que le ganglion lui-même ne suppure pas, que le pus n'est produit que par le tissu cellulaire ambiant; et alors il n'est pas inoculable. Ce qu'il y a de bien démontré, c'est que les petites plaies ainsi déterminées s'inoculent très rarement. J'ajouterai qu'il m'est arrivé de voir une ou deux plaies envahies, les autres restant à l'état simple. D'ailleurs, si toutes les plaies s'inoculent, si l'on a pour résultat de cette méthode la formation d'un vaste chancre, on tombe par exception dans l'inconvénient des autres méthodes, celle des grandes incisions, celle des grandes cautérisations, lesquelles, que je sache, ne sont pas à l'abri du pus virulent.

Les élèves et les confrères qui ont suivi nos visites à l'hôpital, ceux qui ont été attachés à notre service, ont pu observer et comparer nos résultats avec ceux que l'on obtient ailleurs. Ceci, du reste, sera peu de temps après surabondamment prouvé par un nombre considérable d'observations que recueille depuis plusieurs mois et que doit publier M. Caillaut, interne distingué des hôpitaux.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Opération césarienne pratiquée avec succès.

Nous croyons devoir publier l'extrait suivant de l'observation intéressante communiquée hier à l'Académie de médecine par un jeune et habile praticien, M. le docteur Lobgeois, de La Fère (Aisne).

Mme Mignost-Gaisne, de Brilly-Hamegicourt (Aisne), ressent, le 2 juillet 1851, vers une heure du matin, les premières douleurs de l'enfantement. Assistée de Mme François, sage-femme, la malade attend ainsi quarante-huit heures; puis, le 4 juillet, vers deux heures du matin, la famille fait appeler M. le docteur Miroilles, d'Hamegicourt. Ce médecin croit devoir rompre la poche des eaux peu après son arrivée; puis, dans les deux touchers qui suivent, on reconnaît une présentation de l'épaule; le médecin essaie et ne peut faire la version. Dans cette position, il réclame les lumières d'un second médecin: M. le docteur Fleuret, de Vendeuil, est mandé. Celui-ci tente également de faire la version; et après des efforts inutiles, ces deux médecins demandent l'assistance d'un troisième confrère; je suis appelé; j'arrive près de la malade à cinq heures du soir, 4 juillet. Voici ce que j'apprends et ce que je constate:

La dame Mignost, mariée depuis quatre ans, âgée de vingt-huit ans, en est à sa première grossesse. Elle est d'une taille moyenne et forte, bien que présentant, notamment sur les tibias, des traces évidentes de rachitisme.

Par le toucher, je constate une présentation de l'épaule, et en même temps je reconnais une déformation du bassin qui m'explique suffisamment l'insuccès des tentatives de version. Sans vouloir examiner ici la question difficile et complexe de savoir dans quels cas un bassin se trouve assez vicié pour nécessiter l'opération césarienne ou d'autres opérations de cette gravité, je me contenterai de rappeler ce que le toucher m'a révélé. Le diamètre antéro-supérieur du détroit supérieur est très notablement rétréci; et quand je veux tenter à mon tour la version, je me sens arrêté dans l'espace étroit que je viens de signaler. Dans cette situation, nous examinâmes, mes confrères et moi, les divers moyens qu'il y avait à employer, et il résulta de notre entretien que l'opération césarienne serait pratiquée par moi.

Comme je devais pratiquer l'opération lorsqu'elle serait arrêtée, je prends la parole pour annoncer que le moyen proposé est fort grave, et que nous devons examiner les autres voies qui nous restent. Je me demande si nous ne devrions pas plutôt recourir à la céphalotripsie, alors surtout qu'il est à peu près certain pour nous que l'enfant a cessé de vivre. Quoi qu'il en soit, je finis par conclure que l'opération césarienne est la voie qui me présente le plus de chances pour le salut de la femme. Je dois à l'Académie les raisons qui m'ont engagé à cette discussion. J'avoue qu'avant de prendre la parole je pensais à l'opération césarienne; mais, d'une part, dans une question de cette gravité, il était de notre devoir d'examiner toutes les hypothèses; d'autre part, et ce n'a pas été la raison la moins puissante, je voulais me remettre de l'émotion que me causa la pensée que dans quinze minutes j'allais pratiquer la plus grave opération de la chirurgie. La malade ne s'émeut point de notre détermination, et montre d'ailleurs, pendant l'opération que je vais raconter, ainsi que dans le temps nécessaire à sa guérison, un courage et une confiance qui n'ont pas peu contribué peut-être à son salut.

Manuel opératoire. — Mme M... se trouve dans un état convenable pour subir l'opération, ses forces ne sont point épuisées, le pouls est bon; l'intestin et la vessie ont été vidés quelque temps auparavant. La malade est couchée sur son lit ordinaire, placé dans un angle de la chambre, de façon à toucher à un mur par le pied et à un autre mur par le côté gauche. La tête et la poitrine sont plutôt basses qu'élevées; le bassin, suffisamment garni d'alèzes, dans une position un peu élevée et les jambes non fléchies, mais dans la position ordinaire du décubitus dorsal. Je me place à droite de la femme; un aide placé sur le lit, au pied, avec facilité de s'adosser à l'un des murs de l'angle indiqué plus haut, tient les jambes de la malade; un autre, placé vis-à-vis moi sur le lit et pouvant s'adosser au deuxième mur, situé au côté gauche du lit, est muni d'éponges et d'eau tiède; un troisième, placé à ma droite, doit me donner les instruments et renouveler l'eau et les éponges; un quatrième est à ma gauche pour tenir le bras droit; un cinquième et dernier aide est placé à la tête du lit. Ces dispositions prises, je remets au cinquième aide une éponge imbibée de chloroforme, en recommandant de la promener sous le nez de la malade et de ne point la laisser à demeure. Sitôt la malade endormie, la peau de l'abdomen étant préalablement tendue à l'aide de ma main gauche, je fais, avec la main droite munie d'un bistouri convexe, une incision verticale commençant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic et à 2 centimètres sur le côté droit de la ligne blanche; je donne à cette incision, qui comprend la peau et une portion du tissu cellulaire, une étendue de 14 à 15 centimètres; par une seconde incision je divise le restant du tissu cellulaire et, par une troisième, l'aponévrose. Arrivé à ce point, je pratique une petite ouverture au péritoine, puis, à l'aide d'une sonde cannelée, j'ouvre la séreuse de bas en haut dans toute l'étendue de la plaie faite aux téguments; j'achève, par le même moyen, de diviser le péritoine de haut en bas, mais avec plus de précaution, quoique sans crainte, la partie supérieure de mon incision se trouvant placée plus haut que de coutume. Cette incision inférieure étant terminée, il s'écoula une certaine quantité de sérosité péritonéale que j'ai évaluée à 100 grammes.

Cette ouverture de la paroi antérieure de l'abdomen s'est faite sans un écoulement trop considérable de sang; il m'a suffi de tordre une artériole. Arrivé sur l'utérus, je me munis d'un bistouri boutonné et à lame mince; je procède là comme pour le péritoine, c'est-à-dire que je pratique une boutonnière qui permette le passage du doigt indicateur, et cela au point d'intersection de deux lignes se coupant perpendiculairement, et passant, la première, verticalement sur le milieu de la face antérieure de l'utérus; la seconde, transversalement sur le milieu de la hauteur de cet organe. Ma boutonnière terminée, j'introduis dans l'utérus le doigt indicateur de la main gauche; je décolle le placenta dans le sens et l'étendue de l'incision que je dois faire; je place ensuite la sonde, la moitié entre la paroi interne de l'utérus et la paroi externe de l'œuf, et en la faisant glisser sur la face antérieure de mon doigt indicateur gauche, que je retire alors, et puis d'un seul temps, avec le bistouri boutonné placé dans la rainure de la sonde, j'incise la matrice de bas en haut de manière à en atteindre le fond, puis par une incision de haut en bas plus ménagée, je complète une ouverture totale de 0,12 centimètres environ. A ce moment de l'opération il se fait une légère protusion des intestins logés à gauche; ils sont maintenus chaudement par un aide. L'ouverture des vaisseaux utéro-placentaire donne en assez grande abondance un sang de couleur noirâtre. Je saisis avec rapidité le placenta complétement décollé, puis le fœtus par la partie la plus apparente, c'est-à-dire par le siége, et le tout vient facilement sans tiraillement des lèvres de la plaie. Cette déplétion de l'organe de la gestation permet de replacer les intestins, convenablement maintenus jusque-là. La malade pâlit un peu dans ce temps de l'opération. L'utérus vidé, j'engage la main droite dans la plaie, et je cherche, notamment dans le lieu de la paroi interne correspondant au placenta, s'il n'en serait point restée quelque débris; cette recherche est exécutée avec douceur à l'aide de l'extrémité des doigts, de manière à provoquer en même temps et aussi rapidement que possible la rétraction utérine. Cela fait, je laisse couler le sang une ou deux minutes, et dans ce laps de temps la matrice revient assez sur elle-même pour diminuer de beaucoup l'étendue de la plaie qui y a été faite et pour arrêter presque complétement l'écoulement sanguin.

Pansement. — La femme est débarrassée avec précaution des alèzes placées sous le siége; la plaie utérine, détergée aussi bien que possible à l'aide d'éponges trempées dans de l'eau froide, est abandonnée à elle-même. Quatre points de suture réunissent les deux tiers supérieurs de la plaie abdominale; les deux premiers points de suture comprennent toute l'épaisseur de la paroi abdominale; un linge cératé, des plumasseaux de charpie, des compresses, un cataplasme de farine de graine de lin et un bandage de corps légèrement serré terminent le pansement.

Cela fait, je visite l'enfant, que l'on a pu ramener à la vie. C'était une fille du poids de 3 kilogrammes et demi au moins. La malade, bien couverte et placée dans le décubitus dorsal, est mise à la diète; pour tisane, j'ordonne de la limonade tiède; lavement s'il survient des coliques, et en tout cas un lavement au bout de vingt-quatre heures si la malade n'a pas été à la selle.

La nuit qui suivit l'opération, la malade dormit peu.

Le lendemain 5 juillet, au rapport de M. le docteur Miroilles, le pouls est à peine à 80 pulsations, le facies est bon; les douleurs sont nulles; le ventre n'est point météorisé; rien du côté des mamelles; un peu de soif, point d'appétit. Le pansement de la veille est renouvelé; la plaie a une odeur très forte; les points de suture n'auront servi que d'agglutinatif; tous les linges de la malade sont changés; des plantes aromatiques et des fleurs sont placées sur le lit de la malade; la nuit les fleurs sont enlevées; les lochies existent en petite quantité; elles sont fétides et de couleur verte. Le même jour 5 au soir, selon ma prescription, on donne à la malade un lavement émollient, et dans la nuit du 5 au 6 juillet une évacuation alvine abondante se fait au grand soulagement de l'opérée. Dans cette nuit même, la malade goûte un peu de repos; elle a une miction facile.

Le 6, jour où je vois pour la première fois la malade, dix heures après l'opération, je trouve le pouls à peu près normal; un peu de prostration; pas d'appétit; le ventre n'est ni météorisé ni douloureux; seulement il se dégage de la plaie une odeur infecte; le toucher vaginal me donne une sensation de chaleur assez forte; les lochies, qui ont coulé un peu comme la veille, ont la même odeur; elles sont de couleur café; le rectum est plein de matières fécales; la vessie est à l'état normal. J'enlève les points de suture, qui n'ont pas été

---

quilles, qui ont été repoussées en arrière et sont restées adhérentes » à la dure-mère. Le fibro-cartilage inter-articulaire a été déchiré, » et les deux vertèbres ont glissé l'une sur l'autre, la cinquième de » haut en bas et d'avant en arrière, l'autre en sens inverse. » Sur cette pièce il existe encore beaucoup d'autres désordres que je ne puis décrire dans ce travail. Je dirai seulement que le canal rachidien s'est trouvé considérablement rétréci.

N° 3*a*. Portion de colonne vertébrale constituée par les trois dernières cervicales, la sixième et la septième sont ankylosées dans leur corps; les lames de la sixième ont été fracturées, et l'apophyse épineuse est venue s'accoler à la septième.

N° 4. Sur cette pièce, la fracture porte à la fois sur la neuvième et la dixième vertèbre dorsale. La lésion est très limitée pour la neuvième vertèbre; son apophyse épineuse seule est fracturée au niveau de sa base; mais la dixième vertèbre nous offre une lésion assez complexe; son corps est d'abord fracturé dans une obliquité considérable et dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, de telle façon que la fracture commence en arrière au niveau de l'insertion des apophyses épineuses, qui restent attachées au fragment inférieur, et vient se terminer en avant tout près de la partie inférieure de ce corps; elle en a donc à peu près parcouru toute l'épaisseur; le fragment supérieur s'est porté en avant, tandis que l'inférieur a basculé en arrière; le canal rachidien se trouve considérablement rétréci; les deux apophyses articulaires supérieures, que j'ai dit adhérer au fragment inférieur, sont fracturées. Du côté gauche, le pédoncule et la lame de la dixième vertèbre sont également brisés; ils ne sont pas cependant complétement détachés du corps de la vertèbre.

N° 5. Sur cette portion de colonne vertébrale, qui provient de l'ancienne Académie de chirurgie, on retrouve les quatre dernières vertèbres dorsales et la première lombaire. Le corps de la onzième dorsale présente la lésion suivante: il a été fracturé dans sa partie antérieure et supérieure; la fracture, commençant au niveau de la partie moyenne du corps, se porte obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; elle a détaché un petit fragment semi-lunaire, qui s'est placé au-devant du fragment inférieur; la fracture est donc ici très limitée; l'obliquité de cette fracture a fait glisser la dixième vertèbre en avant; la partie supérieure du corps de cette vertèbre présente bien la trace d'une lésion un peu analogue à celle de la onzième, mais le fragment a été moins éloigné et il est consolidé, tandis que l'on ne trouve pas de trace de consolidation pour le fragment osseux détaché de la onzième vertèbre.

N° 5 *a* (M. Fano). Cette portion de colonne vertébrale appartient à un homme de vingt-cinq ans, qui est tombé d'une élévation de quarante pieds environ; la chute s'est faite sur les pieds et consécutivement sur les reins; le malade a été immédiatement paralysé, et il n'est mort qu'au bout de huit mois. Il existe sur cette pièce une fracture de la douzième vertèbre dorsale; la fracture est oblique de haut en bas et d'arrière en avant; elle parcourt toute l'étendue du corps de la vertèbre; on croirait à un examen superficiel que le fragment antérieur et supérieur manque complétement; mais, comme dans tous ces cas, il semble avoir diminué de volume, et on le retrouve fixé sur la face antérieure du corps de la première vertèbre lombaire; tandis que le fragment inférieur, ayant basculé en arrière, est venu rétrécir considérablement le canal rachidien, qui dans un point se trouve réduit à 2 millimètres.

N° 5 *b* (M. Blandin). Cette pièce n'appartient pas à la même catégorie de faits que les précédentes; elle consiste dans un coup de feu, dont la balle a perforé les corps des dixième et onzième vertèbres dorsales au niveau de leur disque; la lésion occupe la partie moyenne de la colonne vertébrale sans lésion du canal rachidien; des deux orifices de la balle, celui du côté qui est le plus petit en même temps que le plus régulier est probablement celui par lequel la balle a d'abord pénétré; celui du côté droit, que je considère comme l'orifice de sortie, est plus large, plus irrégulier, et offre quelques esquilles.

Art. II. — *Fractures du sternum et des côtes.*

Les fractures des côtes sont communes; il n'en est pas de même de celles du sternum, qui, soutenu par les premières qui lui servent d'arc-boutant, se brise rarement. M. Malgaigne, dans son *Traité des Fractures*, fait observer qu'il ne s'en est offert qu'un exemple à l'Hôtel-Dieu pendant onze années consécutives; et sur 1,901 fractures observées à l'hôpital de Midlesex, Lonsdale n'en a noté que deux cas. Le seul exemple que possède le Musée Dupuytren est celui qui est décrit sous le n° 6.

N° 6. Ce sternum vient de l'ancienne Académie de chirurgie. Une grande partie de la première pièce osseuse manque; la fracture est située immédiatement au-dessous de l'insertion des cartilages de la troisième côte; elle est légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite; elle divise le sternum en deux fragments. Le fragment inférieur dans son milieu présente une fissure verticale longue de 2 centimètres, et qui n'intéresse que la table externe de l'os. Cette solution de continuité est sans trace de consolidation, et il ne paraît pas avoir existé de déplacement.

N° 7 (Desault). Cette pièce nous offre huit vertèbres qui supportent trois côtes, que M. Denonvilliers a supposé être la troisième, la quatrième et la cinquième; les deux premières sont fracturées en deux endroits; la troisième dans un seul.

N° 8. Sur cette pièce il existe quatre côtes articulées avec leur vertèbre correspondante; elles sont toutes les quatre fracturées; les deux premières dans le même point au niveau environ de leur partie moyenne; la seconde est brisée en deux points différents. Toutes ces fractures sont consolidées. De la partie inférieure du col de la seconde côte se détache un prolongement osseux ayant exactement la forme d'un L renversé, et qui est situé dans l'espace inter-osseux. Les corps des vertèbres qui supportent ces côtes sont soudés les uns aux autres au niveau de la partie antérieure par des jetées osseuses qui ont laissé le disque intact.

N° 8 *a*. Huit côtes sont fracturées au même niveau. Ce sont à partir de la deuxième jusqu'à la neuvième inclusivement. La consolidation est complète, mais le déplacement sur toutes ne s'est pas opéré dans le même sens. Cette pièce suffirait même pour donner une idée de tous les déplacements possibles dans cette lésion. De plus, les sixième, septième et huitième sont unies entre elles par l'intermédiaire du cal.

Nos 9, 10. Ces deux pièces, qui nous offraient des exemples de fractures de cartilages consolidées, manquent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

complétement inutiles pour la réunion des bords de la plaie ; je détache quelques lambeaux gangrenés provenant de l'épiploon; je déterge la plaie avec un peu d'eau tiède aiguisée d'alcool camphré, et je fais le pansement usité en pareille circonstance, c'est-à-dire que j'emplis la plaie de bourdonnets de charpie cératés, que je recouvre d'un linge cératé, etc. Je prescris jusqu'au 8 juillet, jour où je reverrai la malade et à moins de contre-indication manifeste, la diète, la limonade, trois injections vaginales tièdes par jour avec une décoction de racines de guimauve et de tête de pavot. On continue à laisser dans la chambre les fleurs et les plantes aromatiques (thym et romarin) avec la précaution de les enlever la nuit; de plus, on place sur le lit de la malade, dans deux soucoupes, de l'eau chlorurée avec ordre de l'enlever si la malade venait à tousser; enfin, je prescris pour le pansement du soir de la poudre de charbon végétal et de quinquina gris à parties égales, puis un lavement.

Le 8, M. le docteur Miroilles me rend compte de l'état satisfaisant de la veille, qui est à peu près celui que je vais décrire. Toutes les fonctions s'accomplissent bien; la soif existe toujours un peu et l'appétit est nul; la plaie donne du pus de bonne nature par deux sources : l'une, à gauche, superficielle et dans le sens transversal; l'autre, plus profonde, provenant de la plaie utérine et dans le sens vertical.

Aujourd'hui 8, la malade a une diaphorèse abondante, les seins sont un peu gonflés et douloureux. Le chlorure est supprimé à cause de la toux qu'il provoque. Le pansement se fait comme les jours précédents; de plus, on injecte dans les ouvertures d'où paraît venir le pus de l'eau tiède aiguisée avec de l'alcool camphré; toutes les plaies, sauf quelques lambeaux d'épiploon mortifiés qui sont enlevés, offrent un bel aspect; elles tendent à la cicatrisation dans leur moitié supérieure. La diaphorèse est entretenue; les seins sont couverts de ouate; la diète est maintenue jusqu'à mon prochain voyage; la limonade est continuée; les injections vaginales émollientes sont remplacées par des injections d'une décoction de quinquina gris; les lavements sont continués.

Le 10 juillet, l'état de la veille m'est rapporté. J'appris de M. le docteur Miroilles que les sueurs s'étaient montrées, et je répondis alors que c'était le salut de la malade; il existe, en effet, sur le thorax et sur le ventre une éruption abondante de pustules de gros volume, que je considère comme étant de bon augure.

La diète est maintenue à raison de cette diaphorèse, que je rattache à l'extinction de la sécrétion. La sécrétion du pus continue à être de bonne nature et la plaie belle, quoiqu'il faille encore enlever quelques lambeaux d'épiploon et prendre les soins précédents pour désinfecter les plaies et l'appartement. Les injections d'eau aiguisée d'alcool camphrée dans les deux sources de pus sont remplacées par des injections d'eau d'orge; au lieu de limonade, émétique en lavage dans du bouillon de veau; 25 milligrammes de tartre stibié pour un litre de bouillon.

Le 12, la diaphorèse disparaît; l'état général est bon; la suppuration comme les jours précédents; la plaie est rosée; le pus vient très bien du côté gauche; la soif n'existe plus; l'appétit se fait sentir. Je donne aujourd'hui, pour la première fois, deux bouillons de poulet. Huit jours après l'opération, le toucher vaginal annonce toujours une accumulation de matières fécales dans le rectum; aussi les deux lavements sont-ils continués.

Le 14, il existe de nouveau de la diaphorèse et une nouvelle éruption de sudamina; l'appétit augmente; la soif ne revient pas; le pus, toujours de bonne nature, provient d'une seule source; un liquide purulent et grisâtre continue de couler en petite quantité par le vagin; l'aspect de la plaie n'a cessé d'être satisfaisant; les selles elles-mêmes ont bien; les boulettes de charpie sont désormais légèrement enduites d'onguent styrax. Les bouillons sont remplacés par deux potages, et après de l'eau rougie tiède et sucrée. Les jours suivants l'amélioration se soutient, les forces de la malade augmentent sous l'influence d'une nourriture plus forte. La plaie, toujours rose, diminue d'étendue; le topique désinfectant, la poudre de charbon végétal et de quinquina gris, est continué dans la plaie. Je dois mentionner ici que le pus de bonne nature qui vient de la source la plus profonde, c'est-à-dire de l'utérus, s'est souvent présenté après le parcours d'un trajet fistuleux d'une certaine étendue, sous la forme, le volume et la couleur du tissu médullaire de certaines plantes, avec cette différence que les parties constitutives de ce corps qui paraissaient agrégées ne l'étaient point.

Le 22 juillet, un liquide rougeâtre en quantité assez considérable s'échappe de la plaie par la pression; je le prends pour les règles, d'autant plus que le doigt introduit par le vagin ramène un liquide de même nature. Les jours suivants ce mouvement fluxionnaire est constaté, notamment le 29, par M. le docteur Miroilles.

Dans les premiers jours du mois d'août, la seconde source purulente, venant de l'utérus, est tarie. Il reste une plaie pure et simple avec un léger enfoncement; elle est traitée comme une plaie de ce genre. Au bout de quatre septénaires, la malade se lève, et le 24 août 1851 la plaie est complétement fermée, 51 jours après l'opération.

Quelques réflexions à propos de cette opération ordinairement si grave même quand elle guérit, qui n'a été ici compliquée d'aucun accident, et quelles sont les causes d'une guérison si rapide et si simple?

1° Je mets en première ligne la bonne santé actuelle de la malade, manifestée par l'absence de tout état inflammatoire, par la première diaphorèse qui a eu lieu au moment de la montée du lait, par la bonne nature du pus;

2° Le moral et la confiance de la malade, qui ont permis à sa bonne constitution de donner tous les résultats que je viens de signaler;

3° Le mode opératoire dans lequel je crois devoir signaler:

1. La manière dont l'abdomen a été ouvert un peu sur le côté droit de la ligne blanche, ce qui n'a pas été sans utilité pour, d'une part, maintenir les intestins dans leurs cavités ainsi que dans leur état normal; et d'une autre pour établir un parallèle entre la plaie utérine et la paroi abdominale; car on sait qu'en général l'utérus penche un peu à droite ;

2. L'ouverture de l'utérus pratiquée comme celle du péritoine.

3. La plaie suffisamment grande faite à l'intérieur, de façon que cet organe a été vidé de son contenu sans retentissement aucun, soit au moment de l'opération, soit ultérieurement sur les lèvres de cette plaie ;

4. La recherche faite de ce qui aurait pu rester du placenta, de façon à favoriser la rétraction de l'utérus, laquelle rétraction a ces deux principaux résultats: d'abord, celui d'arrêter l'écoulement sanguin; ensuite celui de diminuer la plaie intérieure de manière à ne point permettre aux intestins de s'y engager ;

5. La suture, qui n'a point affronté exactement les bords de la plaie, a permis un certain degré de distension de la paroi abdominale.

4° Le pansement qui a suivi, dans lequel je remarque :

1. Le lavement donné vingt-quatre heures après l'opération, ce qui a rétabli le jeu des intestins et permis la circulation des gaz;

2. La désinfection de la plaie avec du quinquina et du charbon végétal; désinfection dont la conséquence a été d'enlever au pus ses qualités fétides et délétères, de s'opposer ainsi à la décomposition et à l'absorption de la partie décomposée, et enfin de neutraliser les voisinage de l'intestin, considéré au point de vue de la sécrétion des gaz;

3. La désinfection à l'aide de plantes aromatiques, ce qui a purifié l'air ambiant et donné du ton à la malade;

4. L'injection d'eau d'orge faite dans la plaie;

5. Le double pansement fait chaque jour pendant un mois environ;

6. La propreté des linges enlevés et changés tous les jours.

5° Le régime observé, duquel je relève la diète pendant huit jours;

6° La position horizontale gardée pendant vingt-huit jours;

Si cette observation peut offrir quelque intérêt, je demande comme récompense que l'Académie veuille bien m'inscrire au nombre de ceux qui aspirent à devenir ses correspondants.

CAS D'EXCISION DE L'UTÉRUS,

Par M. P. Eve.

Il s'agit d'une négresse de trente-huit ans, mariée, mais n'étant jamais devenue enceinte. Depuis plus de trois ans elle avait une affection de l'utérus, avec écoulement par le vagin et de fréquentes hémorrhagies. Ce sont tous les renseignements qu'on peut obtenir sur son état antérieur.

La malade ayant été rendue calme par l'effet de la morphine, M. J.-A. Eve l'examina, et trouva dans l'hypogastre une tumeur remplissant tout le bassin, lobulée, inégale, fournissant un écoulement abondant et horriblement fétide.

Que ce fût un carcinome, une excroissance en forme de chou-fleur, ou une tumeur encéphaloïde, la mort de la malade n'en était pas moins certaine au bout de quelques mois ou au plus d'une année, à moins que la chirurgie ne vînt à son secours par une opération héroïque. L'âge peu avancé, la constitution vigoureuse, les forces encore assez intactes de la patiente encourageaient d'ailleurs à adopter ce parti.

Avant de l'entreprendre néanmoins, on lui fit connaître les chances auxquelles elle s'exposait, ne lui cachant pas que l'extirpation était le terrible, mais l'unique remède qu'il restait à lui proposer. Malgré cela, elle se décida d'elle-même à l'opération, sans qu'on eût besoin d'employer la persuasion.

Opération. — Après avoir préalablement vidé le gros intestin, on retira de la vessie une quantité considérable d'urine, laquelle quantité ne donnait à la malade aucune envie d'uriner; ce qui prouve que la vessie avait souffert une grande distension. On en évacua bien environ deux pintes.

Le chloroforme fut administré de manière à faire sentir à la patiente la plénitude de ses effets. On saisit alors la tumeur qui faisait saillie dans le vagin successivement à l'aide de plusieurs pinces, et après en avoir emporté plusieurs parties, on amena définitivement la masse entière à la vulve, et on l'excisa avec soin par une incision faite de haut en bas dans le sens antéro-postérieur, sans que l'opérateur fît sur le moment autre chose que de soupçonner que ce pouvait bien être l'utérus. Une artère, l'artère utérine gauche, qui fournissait un jet de sang abondant, fut saisie et étreinte d'une ligature animale. Néanmoins, l'hémorrhagie persistant après cette ligature, on appliqua sur la plaie une solution de sulfate de zinc.

Il n'y eut pas pendant l'opération de protrusion des intestins; aucun symptôme fâcheux ne se manifesta non plus à la suite. On tint la malade couchée dans la position horizontale sans qu'elle la quittât un seul instant, ainsi qu'à une diète rigoureuse durant les dix premiers jours. Il est à croire que la vessie, continuant à se remplir et à demeurer pleine d'une manière permanente, maintint les intestins refoulés en haut et en arrière pendant que s'opéra le travail de cicatrisation de l'ouverture faite au péritoine. On donna un lavement d'eau chaude le quatrième jour et quelques purgations.

Dans la masse enlevée, on reconnut aisément l'utérus avec les trompes de Fallope, les ligaments larges, ainsi que les ronds; mais le museau de tanche participait à la dégénérescence encéphaloïde. La tumeur dans le vagin avait environ le volume de la tête d'un fœtus à terme. Aucun de ceux qui examinèrent la pièce n'eut de doute que la totalité de l'utérus n'eût été extirpée. Parmi eux se trouvaient MM. Mussey, professeur de chirurgie au collége médical de l'Ohio, et M. Meigs, professeur d'obstétrique au collége médical de Jefferson.

Pendant une absence que fit M. P. Eve, l'opérateur, il laissa la malade aux soins de M. Longstreet. L'opération avait eu lieu le 16 avril 1850. Cette femme retourna chez elle le 3 mai. Elle revint encore se faire visiter le 20 du même mois, et demandait *pourquoi elle n'avait pas eu ses règles* depuis l'opération.

Le 10 juin, M. le docteur Marray écrivait qu'il l'avait vue la veille *debout sur ses pieds.*

Le 15 juin, deux mois après l'opération, elle revint ayant fait onze milles montée sur un wagon chargé de meubles. Elle avait repris beaucoup de force et une meilleure physionomie, et jouissait d'une bonne santé. Elle dit n'avoir perdu qu'une seule fois un peu de sang depuis l'opération, et n'avait qu'un écoulement modéré d'un liquide sans coloration. Mais il est regrettable d'ajouter qu'on trouva, soit par l'inspection, soit par le toucher, des preuves certaines qu'il se faisait une reproduction de la maladie encéphaloïde, qui devait ameuer la mort dans un terme plus ou moins rapproché.

Effectivement, le 29 juillet, M. Meigs écrivait qu'elle était morte le 22 du même mois, trois mois et une semaie après l'opération. Elle était devenue ascitique et œdémateuse, mais n'avait eu ni hémorrhagie, ni saillie de la masse morbide hors des parties génitales.

L'autopsie ne fut pas pratiquée,

(*The Americ. Journ. of Sciences.*)

ACTION DE DIVERS MÉDICAMENTS SUR LA RATE.

Un certain nombre de médecins considèrent, avec M. Piorry, le gonflement de la rate comme la lésion caractéristique des fièvres intermittentes. S'il en est ainsi, l'augmentation ou la diminution du volume de cet organe sous l'influence de divers agents thérapeutiques mérite une sérieuse attention. Le désir de remplacer le quinquina par un médicament moins coûteux, la difficulté de trouver un succédané à ce spécifique, devaient engager les thérapeutistes à essayer si les changements que la rate subit dans ses dimensions ne pourraient pas les guider dans leurs recherches. Sans accepter une théorie si justement contestée, et sans localiser ainsi les fièvres d'accès, nous croyons utile de faire connaître l'action exercée sur la rate par quelques médicaments, telle qu'elle résulte des expériences, laissant chacun libre d'en tirer les conséquences.

M. Piorry a observé qu'après l'administration du sel marin à haute dose (15 grammes en solution) la rate diminue immédiatement de volume. Employé dans neuf cas de fièvre intermittente, le sel a procuré six guérisons; il a également réussi à diminuer la tuméfaction splénique qui succède aux fièvres typhoïdes.

Le docteur Küchenmeister (*Archiv. f. phys. Heilk.*, 1851) a entrepris sur les animaux une série d'expériences dont voici le résumé.

Le procédé opératoire consiste à mettre à nu la rate de l'animal soit avant, soit pendant l'administration de la quinine. Chez les lapins, les résultats furent à peu près négatifs ou au moins fort insignifiants; les porcs sont les seuls animaux qui conviennent pour ces sortes d'expérimentations. En donnant la quinine à haute dose, la rate se contracte toujours; elle devient dure, foncée; sa surface est plus rugueuse. Ces phénomènes toutefois n'ont lieu que si l'animal a été soumis à un jeûne de douze à vingt heures. Déjà Wagner avait noté, dans ses recherches sur l'influence de l'électricité sur la rate, la nécessité d'un jeûne préparatoire. On s'explique ainsi comment les animaux dont l'estomac n'est jamais vide doivent être exclus, et on est conduit à cette règle thérapeutique qu'il faut choisir, pour l'administration de la quinine, une période de temps où la digestion ne soit pas en train de s'accomplir. Les sels solubles de quinine agissent dans l'espace de trente à quarante minutes, quel que soit l'acide qui entre dans la combinaison. La rate, rétractée par la quinine, peut se gonfler sous la simple influence de la digestion. Les malades soumis à ce traitement doivent s'abstenir de toute alimentation substantielle, et surtout de repas copieux, dans la crainte de provoquer une expansion de la rate. Le temps pendant lequel dure la rétraction peut être estimé, au minimum, à dix-huit heures; il est donc inutile de donner plus de deux doses par jour. D'un autre côté, comme l'abstinence prolongée diminue à elle seule le volume de l'organe, il importe de tenir compte de cet élément. L'auteur s'est livré à des essais analogues avec la gentianine impure et non cristallisée. Il admet :

1° Que cette base agit au moins aussi efficacement sur la rate que la quinine;

2° Que son action n'est pas moins rapide;

3° Qu'il suffit de l'administrer à la dose de 1 à 2 grammes deux fois par jour;

4° Que la gentianine constitue probablement la succédanée la plus précieuse du quinquina. (*Archiv. gén. de méd.*)

LINIMENT AU NITRATE D'ARGENT CONTRE LES BRULURES.

Ce remède fut employé par le docteur Kalt dans les circonstances suivantes :

Un homme avait pendant un incendie été atteint par la chute d'une toiture enflammée. Le visage, la poitrine, le ventre, les extrémités étaient énormément tuméfiés : larges ampoules, dont plusieurs dépouillées de leur épiderme; douleurs violentes, pouls fébrile. L'épiderme fut détaché des parties malades, sur lesquelles on appliqua avec une barbe de plume la mixture dont voici la formule : Nitrate d'argent fondu, gram. 8; faites diss. dans eau dist., q. s.; huile de lin, gram. 250.

Une heure après la première application, les douleurs avaient presque entièrement disparu; la surface était recouverte d'une croûte brunâtre, sèche, et à peu près insensible

au toucher. Le deuxième jour, cessation complète des douleurs. Le cinquième jour, le gonflement n'existe plus; le malade ouvre les yeux; pas de trace de suppuration. Au quatorzième jour, l'épiderme artificiel formé par la mixture s'écailla, et laissa voir la peau parfaitement réparée.

Dans deux autres faits rapportés par l'auteur, les résultats furent aussi favorables. Le nitrate d'argent ainsi employé avec l'huile forme une couche protectrice, qui a l'avantage d'être élastique; tandis que la solution aqueuse se brise par places et ne recouvre les parties malades qu'incomplétement.

(*Schmidt's Jahrb.*, 1851, et *Arch. gén. de méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 septembre 1851. — Présidence de M. LOUIS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le président annonce le décès de M. Barthélemy, membre de la section de médecine vétérinaire.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de l'envoi, par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, d'un mémoire sur l'emploi des buscs aimantés.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Scrofule et goutte.

M. Jaume, de Tarascon (Tarn), écrit qu'il a observé de la manière la plus évidente l'antagonisme entre la goutte et le rhumatisme.

Fleur de froment. — Succédané de quinquina.

M. Ch. Petit annonce que les fleurs de seigle (étamines) peuvent remplacer le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes.

Opération césarienne.

M. le docteur Lobgeois, de La Fère (Aisne), adresse une observation d'opération césarienne. (*Voir ci-dessus.*)

RAPPORTS.

Appareil sudorifère.

M. Gibert lit, au nom de M. Poiseuille, un rapport complétement défavorable sur un appareil sudorifère.

Eaux minérales.

M. Soubeyran lit un rapport sur une demande d'autorisation d'une source d'eau minérale située à Saint-Julien (Hérault). L'analyse de cette eau a fourni les résultats suivants pour un litre d'eau :

Matières solides.	1 gr. 12 c.
Acide carbonique.	1/2 litre.

Analyse des matières solides.

Carbonate de chaux.	0,500
— de magnésie.	0,200
— de fer.	0,020
Chlorure de sodium et de potassium. . .	0,320
Silice et alumine.	0,080
	1,120

Il n'y a pas de trace de sulfate ni d'arsenic.

Conclusions. — Il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Ipéca à haute dose.

M. Desportes lit un rapport sur un mémoire de M. Delioux, relatif à l'ipéca employé à haute dose.

Conclusions. Remerciments à l'auteur. (Adopté.)

LECTURES.

Emploi de l'iode.

M. Bonnafont, correspondant de l'Académie, chirurgien-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, a lu deux observations, à l'effet de prouver l'efficacité des injections iodées contre les collections purulentes.

Dans la première de ces observations il s'agit d'un triple abcès existant dans les fosses iliaques droites, gauche du petit bassin, survenus chez un militaire du deuxième régiment du génie. Un seul de ces abcès, celui de la fosse iliaque droite, a été soumis à une médication rationnelle, les deux autres ne s'étant manifestés que longtemps après et alors que le malade était déjà épuisé. M. Bonnafont, après avoir fait l'ouverture de cet abcès à l'aide d'un bistouri, et dont il donna issue, autant que la position le permettait, au liquide contenu, a cherché à provoquer l'adhérence des parois de l'abcès à l'aide d'une compression méthodiquement faite sur la région iliaque au moyen de compresses graduées tenues en place par un bandage herniaire. En outre, nous avons remarqué qu'afin d'obtenir l'évacuation plus complète du pus, M. Bonnafont a fait usage d'un petit appareil qui nous a paru remplir parfaitement ce but. Une sonde en argent, pareille à celle que l'auteur emploie dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache, légèrement recourbée en forme de syphon, introduite dans l'abcès et maintenue en place au moyen de petits fils passés dans les anses, a permis, conjointement avec la compression, de vider aussi complétement que possible la cavité purulente.

Il est donc probable que la combinaison de ces deux moyens aurait amené une solution favorable de cet abcès si la cause eût été purement locale. Mais des accidents étant survenus, M. Bonnafont fut obligé d'enlever l'appareil compressif, et de remplacer la sonde en argent par une sonde en gomme élastique. Le malade éprouva pour la première fois des douleurs très vives à la région lombaire ainsi qu'à la fosse iliaque du côté opposé. Le pus de l'abcès devint fétide, sanieux, et très abondant.

Afin de parer à ces symptômes fâcheux, l'auteur eut recours à des injections d'abord émollientes, lesquelles n'ayant provoqué aucun accident, furent remplacées par des injections iodées à la dose prescrite par M. le professeur Velpeau, c'est-à-dire 5 décigrammes d'iode sur 30 grammes d'eau distillée.

La première fois, 150 grammes de liquide furent injectés dans l'abcès; le lendemain, 200 grammes; et aucun symptôme fâcheux n'étant survenu, ces injections furent continuées, en portant insensiblement la dose de la teinture jusqu'à 1 gramme par 30 grammes de liquide. Sous l'influence de cette médication le pus perdit sa fétidité, son abondance, et tout faisait espérer une guérison, si les douleurs lombaires de la région iliaque gauche, ainsi que la paralysie de la vessie et du rectum n'eussent dévoilé une nouvelle série d'accidents provenant sans aucun doute d'une lésion osseuse de quelque vertèbre lombaire auxquels le malade succomba.

A l'autopsie, M. Bonnafont trouva trois abcès : un dans la fosse iliaque droite, un second dans la fosse iliaque gauche, et enfin un troisième dans le petit bassin, lesquels provenaient de la carie des deuxième et troisième vertèbres lombaires, d'où le pus s'échappait et arrivait à chacun de ces abcès par un trajet fistuleux distinct, et n'ayant aucune communication entre eux.

Une chose digne de remarque et qui constate l'action efficace de l'iode est celle-ci : Les parois de l'abcès qui avaient été soumises au contact de cet agent thérapeutique étaient lisses, polies et présentaient tous les caractères d'un trajet fistuleux marchant vers sa guérison. En outre, tous les tissus adjacents étaient parfaitement conservés; tandis que les abcès de la fosse iliaque gauche et du petit bassin, quoique d'une formation plus récente, avaient détruit à une profondeur considérable tous les organes circonvoisins.

M. Bonnafont termine cette observation intéressante par quelques réflexions, qui, tout en rendant justice aux travaux de MM. Abeille et Boinet sur l'efficacité de l'iode dans les abcès par congestion, ne pense pas qu'il soit possible, comme le prétend M. Boinet, de faire arriver les injections iodées sur le point de l'os carié alors qu'il est éloigné de l'abcès par des trajets fistuleux plus ou moins étroits. A l'opinion de M. Boinet, qui prétend qu'en donnant à la partie cariée une position plus déclive que l'abcès les injections peuvent toujours pénétrer jusqu'à l'os, M. Bonnafont objecte qu'un abcès par congestion n'est jamais complétement vide de pus, et que, pour peu qu'il en reste, celui-ci, en changeant la disposition des parties, viendra s'emparer de tous les trajets fistuleux et s'opposera ainsi à l'introduction et au passage de tout liquide artificiel injecté.

M. Bonnafont ajoute que, pour parvenir, comme le prétend M. Boinet, à pousser les injections iodées jusque sur le point carié avec quelque succès, cela ne peut arriver que dans les cas où l'abcès est voisin de la carie, ou bien lorsque, éloigné, son ouverture extérieure se trouve en ligne droite ou presque droite par rapport aux trajets fistuleux.

En résumé, cette observation, comme l'a dit M. Bonnafont, bien que l'issue en ait été malheureuse, produit un fait de plus en faveur des injections iodées dans les abcès par congestion et autres de la fosse iliaque.

La seconde observation que M. Bonnafont a lue a trait à une tumeur enkystée et considérable, développée dans la cavité abdominale. L'ouverture en a été faite au moyen du caustique de Vienne. La suppuration abondante qui s'en écoulait ainsi que sa fétidité n'ont cédé qu'à l'action de l'iode employé en injections pendant cinq jours seulement, après lesquels la tumeur s'est insensiblement affaissée, et le malade est sorti complétement guéri de l'hôpital.

Nouveau procédé d'application du forceps.

M. Félix Hatin lit une note sur un nouveau procédé d'application du forceps.

Ce mode diffère du procédé commun en cela :

1° Que l'on est libre de choisir la main et la branche que l'on veut placer en premier;

2° Que l'on guide les deux branches avec la même main;

3° Que l'on introduit cette main entière et le plus profondément possible au lieu d'en insinuer seulement les quatre doigts dans l'entrée du vagin.

Voici maintenant, selon l'auteur, quels sont les avantages attachés à ces modifications :

1° La liberté de choisir l'une ou l'autre main décharge la mémoire de tous les préceptes sur lesquels les auteurs ont fondé ce choix; elle dispense de la nécessité de connaître préalablement la position de la tête; enfin, cette liberté du choix de la main est avantageuse pour les personnes qui, n'étant pas ambidextres, ont une raison de préférer l'une à l'autre.

2° L'action de guider les deux branches avec la même main abrége et simplifie l'opération. On n'a plus besoin : 1° de retirer celle qui est introduite; 2° de la débarrasser du sang et des mucosités dont elle revient enduite; 3° de graisser l'autre main; 4° et, enfin, d'engager celle-ci à son tour.

3° Mais la modification importante par excellence est celle qui consiste à plonger la main tout entière dans le bassin. Elle donne à l'opération une facilité et surtout une sécurité qu'on ne saurait obtenir avec le procédé ordinaire.

Avec les doigts insinués seuls dans le vagin, on atteint à peine l'orifice de l'utérus quand la tête est au détroit supérieur, et la branche du forceps a beaucoup de tendance à s'égarer au risque de graves dangers.

Avec la main introduite tout entière, les doigts s'interposent profondément entre les parois de l'utérus et la tête du fœtus; ils se moulent sur cette dernière, en éclairent la situation exacte et permettent de savoir positivement sur quelle région la branche du forceps va porter. Cette branche, sûrement guidée, ne saurait plus ni s'égarer dans le fond du vagin, et le contondre ou le perforer, ni rester à moitié chemin, ne saisir la tête que par l'extrémité des cuillers et briser les parois du crâne.

Il y aurait une chose remarquable encore, c'est qu'en procédant ainsi la seconde branche se place avec autant de facilité que la première.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 septembre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Nouvelle eau minérale ferrugineuse.

MM. Adolphe Bobierre et Morède adressent une note sur une source ferrugineuse découverte à la Bernerie (Loire-Inférieure).

L'analyse de cette eau a donné aux auteurs les résultats suivants:

1° Gaz contenus dans l'eau :

Acide carbonique.	41,78
Oxygène.	4,90
Azote.	53,32
	100,00

2° Le résidu de l'évaporation d'un litre de cette eau nous a fourni une substance jaunâtre dont la quantité s'élève à 0 gr. 370 milligr. 1,000 parties de ce résidu offrent la composition suivante :

Matière organique et substances volatiles. .	0,004
Silice..	0,053
Acide sulfurique.	0,095
Chlore.	0,085
Alumine..	0,006
Sodium.	0,130
Calcium..	0,044
Protoxyde de fer (tenu en dissolution par l'acide carbonique)..	0,063
Oxygène et acide carbonique en combin. .	0,520
Total. . .	1,000

Ces éléments sont vraisemblablement groupés dans l'ordre qui suit :

Chlorure de sodium;
— de magnésium;
Sulfate de chaux;
— de magnésie;
— de soude;
Silice en combinaison avec l'alumine et la chaux;
Bi-carbonate } de protoxyde de fer.
Crenate }

Le protoxyde de fer existe donc à la dose de 0,022 milligr. dans un litre de l'eau fournie par la source de la Bernerie. Cette circonstance range cette eau dans la catégorie des produits naturels dont les propriétés peuvent être avantageusement utilisées par la thérapeutique.

Ainsi que l'eau de la source de Kirouars, située près le village de La Plaine, celle de la Bernerie contient des traces d'arsenic qu'il nous a été facile de déceler dans le dépôt ocreux dont nous avons parlé plus haut.

La présence de l'arsenic nous paraît, jusqu'à présent, un fait constant pour les sources ferrugineuses que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le département de la Loire-Inférieure.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 112. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 112. — SAMEDI 27 SEPTEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Amputation de Chopart. — Modification dans la manière de tailler le lambeau.

Tout le monde sait que, lorsqu'on pratique l'amputation de Chopart, on commence par faire une incision à la peau sur toute la surface convexe du pied en suivant la direction de l'articulation qu'on doit ouvrir; on pénètre ensuite dans cette articulation; on l'ouvre entièrement, et, parvenu à sa partie inférieure, le chirurgien taille le lambeau d'arrière en avant; arrivé au point où il veut terminer ce lambeau, il incline le couteau vers la face plantaire du pied et par des mouvements de scie détache la portion du pied à enlever de celle qui doit recouvrir les surfaces articulaires mises à nu. Dans ces mouvements de va-et-vient imprimés au couteau, il est assez difficile de faire la section de la peau d'une manière très régulière, surtout lorsqu'on approche de l'extrémité du lambeau et que la portion malade du pied ne tient plus à la portion saine que par un pédicule peu étendu; dans ce moment, c'est-à-dire à mesure que la résistance des tissus devient moindre et qu'ils prêtent davantage sous un degré de traction égal en force, il est fort difficile de régler cette traction sur la résistance des tissus; d'où il résulte que très souvent le bord antérieur du lambeau est irrégulier et festonné; souvent aussi la peau est coupée obliquement aux dépens de sa face interne ou adhérente, à cause de l'impossibilité où se trouve le chirurgien de redresser trop brusquement le couteau vers la plante du pied. Ces inconvénients ne sont sans doute pas de premier ordre; cependant, ils sont quelquefois la cause de gangrènes très limitées qui se produisent sur les portions festonnées du lambeau, et ils retardent ainsi la guérison, quand ils ne nuisent pas à la régularité, à la perfection de la cicatrice. C'en était assez pour qu'on cherchât à les éviter, et c'est ce qu'a fait M. Alph. Guérin. Voici comment il y est parvenu :

Une fois la première incision faite, M. Guérin en réunit les deux extrémités par une seconde incision pratiquée avec la pointe du couteau comprenant toute l'épaisseur de la peau et circonscrivant le lambeau dans la largeur et la longueur qu'on veut lui donner. La facilité de déterminer les dimensions du lambeau est encore un troisième avantage de la modification de M. A. Guérin. Nous avons assisté hier à une opération pratiquée par ce jeune chirurgien, et nous avons pu nous convaincre de la réalité des avantages de son procédé.

Voici quelques mots sur le malade qui a subi cette opération :

Cossonnet (François), cultivateur, né à Laville du-Bois (Seine-et-Oise), âgé de vingt-quatre ans, célibataire, est entré le 27 juillet de cette année à l'hôpital de la Pitié pour se faire traiter d'une affection des os du pied droit.

Sa maladie remonte, dit-il, au mois de mai 1850. A cette époque, il éprouva dans les articulations du pied droit une douleur qu'il attribue à une entorse. Les douleurs étaient vives, mais intermittentes et séparées par des intervalles assez considérables. Il continua néanmoins à marcher et à travailler jusqu'au mois de décembre de la même année. Les douleurs étant devenues plus fortes et plus continues, il fut obligé de garder le lit. Un médecin consulté lui prescrivit des cataplasmes émollients, des sangsues et des pommades. La maladie, loin de s'amender, continua ses progrès, et bientôt il se forma deux fistules, qui sont, dit le malade, survenues immédiatement après l'application des sangsues, et qui laissaient suinter un liquide purulent. Il resta dans cet état, sans mettre en usage aucune médication active, jusqu'au mois de juillet dernier. La maladie continuant toujours à empirer, il se décida à venir réclamer des secours à Paris, et fut admis au n° 30 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. Michon.

Sa santé générale était alors en assez mauvais état; l'appétit était peu prononcé, les forces débilitées, le teint pâle; il y avait une maigreur assez grande. Une suppuration passablement abondante et en partie séreuse s'écoulait par les fistules. M. Michon prescrivit l'iodure de fer, des tisanes amères et un régime aussi tonique que possible.

Malgré ce traitement, le malade continua à s'affaiblir; la suppuration ne diminua point, les fistules persistèrent; il se manifesta un peu de toux. Dans ces derniers temps, de petites saillies se sont formées sous la peau qui environne l'une des fistules; les os se sont dénudés et sont devenus friables, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'introduction d'un stylet.

Le 6 de ce mois, M. A. Guérin a voulu remplacer l'iodure de fer par l'huile de foie de morue; mais une diarrhée s'étant déclarée, on est obligé de supprimer ce médicament le 20 de ce mois.

Dans ces circonstances, M. A. Guérin se décide à pratiquer l'ablation des parties altérées, c'est-à-dire l'amputation de Chopart.

Le malade est aujourd'hui très affaibli; il a de la toux, et depuis quelques jours il a rendu des crachats légèrement striés de sang. Cependant l'auscultation de la poitrine, pratiquée avec soin, ne fait constater aucune altération du bruit respiratoire. Les forces disparaissent de plus en plus, le teint pâlit, la maigreur fait des progrès; tout paraît donc à M. Guérin indiquer l'opération. Celle-ci est pratiquée suivant les règles ordinaires, et la dissection démontre que le scaphoïde, les os cunéiformes, la tête du premier métatarsien sont dénudés, gonflés, rouges et ramollis; le périoste est décollé presque partout sur ces os, et détruit dans une assez grande étendue.

Nous avons dit que l'opération avait été pratiquée suivant les règles tracées. Cependant, M. Guérin a insisté sur une particularité que nous croyons utile de mentionner.

Dans l'amputation de Chopart les auteurs donnent comme point de repère externe le tubercule antérieur du calcanéum. Or, ce tubercule est assez souvent très difficile à sentir, et à peu près impossible quand le pied est tuméfié; M. Guérin conseille donc de préférer comme point de repère l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, éminence facile à trouver, et qui est toujours la partie la plus saillante du pied. C'est à un travers de doigt, c'est-à-dire à un centimètre et demi en arrière de cette éminence qu'il faut pratiquer l'incision, et de cette façon on est certain de tomber sur l'articulation. La confiance absolue dans ce point de repère empêchera toujours le chirurgien de s'engager dans l'articulation scaphoïdo-cuboïdienne, et de laisser ainsi le scaphoïde adhérent à l'astragale, comme cela se voit malheureusement quelquefois, et comme M. Guérin l'aurait fait lui-même, sans la confiance dont nous venons de parler. Cette méprise est d'autant plus facile que l'articulation scaphoïdo-axoïdienne se présente, en général, beaucoup plus facilement sous le couteau que l'articulation scaphoïdo astragalienne, surtout dans les lésions de la partie antérieure du pied, où les ligaments de la première de ces articulations sont bien plus souvent relâchés que ceux de la seconde.

Tumeur blanche des orteils. — Amputation. — Production de vers dans la plaie.

Nous avons reçu d'un de nos confrères et amis, M. le docteur F. Dupont, de Saint-Mihiel, communication du fait suivant que nous nous empressons de publier, en raison de l'intérêt qu'il offre au point de vue surtout de l'accident survenu après l'amputation.

Dans les premiers jours du mois d'avril dernier, je fus consulté par M. Morel (Jean), maçon, âgé de vingt-quatre ans, demeurant à Lœur la-Petite, pour une tumeur blanche de l'articulation du gros orteil, tumeur dont l'origine remontait à dix-huit mois. Après avoir consulté sans succès plusieurs médecins des environs, ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, voyant son mal faire de jour en jour plus de progrès et ne pouvant plus marcher qu'avec beaucoup de peine, vint me demander conseil sur ce que je pensais de sa position. La tumeur avait un volume comparable à celui de deux œufs de poule, elle était ulcérée jusqu'à la hauteur du deuxième doigt; le stylet y pénétrait dans toutes les directions à une grande profondeur, et indiquait en même temps la carie des métatarsiens, ainsi que celle des phalanges. A plusieurs reprises déjà, des propositions d'amputation avaient été faites à ce malade, et toujours il les avait refusées, parce qu'il espérait voir du mieux dans sa position.

Convaincu qu'une amputation de Chopart seule pouvait guérir ce malade, je lui en fis la proposition, qu'il accepta presque aussitôt, ajoutant qu'il aimait mieux en finir plus tôt que plus tard.

Quelques jours après, je pratiquai, en effet, l'amputation avec l'assistance d'un confrère. Le malade, soumis à l'inhalation du chloroforme, fut insensible pendant l'opération, qui fut rapidement terminée, et se réveilla seulement au moment de la ligature des artères.

Le quatrième jour, je levai l'appareil de pansement, et la plaie ne m'a rien présenté de particulier.

Le cinquième jour, pansement ordinaire. Rien de nouveau.

Mais le sixième jour, vingt-quatre heures après le dernier pansement, quel ne fut pas mon étonnement, en levant les tours de bande, de trouver entre chacun d'eux une multitude de petits vers, semblables à ceux qui se produisent sur les cadavres en putréfaction! Les compresses étaient également couvertes de ces vers; mais ce n'était rien en comparaison *des milliers de ces mêmes vers blancs* qui s'agitaient au milieu de la charpie et se promenaient sur le bas de la jambe, sur le lambeau et dans la plaie remplie de pus. La peau du bas de la jambe offrait une coloration rouge, érysipélateuse; elle était très sensible au toucher, et le malade, qui ignorait la présence de ces vers, accusait de très vives douleurs dans toute la jambe et dans le talon. A l'aspect de cette *vermification du pied*, mon confrère et moi nous fûmes tout étonnés. La veille, il n'y avait aucune apparence de cette fourmilière de petits vers, et comment comprendre que vingt-quatre heures eussent suffi pour donner naissance à une myriade de vers semblables? La certitude où nous étions que ces mêmes animaux existaient entre les surfaces osseuses et le lambeau qui les recouvrait avait donné un instant à mon confrère l'idée de détacher le lambeau plantaire pour le laver, comme tout le reste, et le débarrasser des vers qui s'y trouvaient; mais la douleur que cette opération eût occasionnée, et peut-être ensuite la difficulté de faire reprendre le lam-

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de la colique de plomb; par le docteur BRACHET, de Lyon; ouvrage couronné par l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse.

Des accidents de dentition chez les enfants en bas âge et des moyens de les combattre; par le docteur DELABARRE fils, médecin-dentiste de l'hospice des Enfants-Trouvés.

On a déjà beaucoup écrit sur la colique de plomb. Articles de dictionnaires, mémoires publiés dans les journaux, monographies, rien n'a manqué à l'histoire de cette affection, et cependant l'Académie des sciences de Toulouse, il y a trois ou quatre ans, mettait au concours la question suivante : « Exposer, d'après l'état actuel de la science : 1° la nature et le véritable siége de la maladie connue sous le nom de colique saturnine; 2° les signes qui peuvent la faire distinguer des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance; 3° les indications curatives qu'elle présente et la médication rationnelle pour les remplir. »

Cette question, M. Brachet, cet esprit distingué, cet intelligent observateur que connaissent nos lecteurs et auquel la science médicale doit plusieurs bons ouvrages sur les affections nerveuses, M. Brachet n'a pas cru qu'elle fût épuisée, et il s'est hardiment présenté dans la lice, riche d'observations nombreuses recueillies dans les hôpitaux depuis longues années, et de méditations profondes que lui avait inspirées cet important sujet. C'est le mémoire envoyé à la savante Société et couronné par elle dont nous voulons rendre un compte rapide, en résumant sur les points principaux indiqués dans le programme l'opinion du professeur de Lyon.

Nous ne nous arrêterons pas sur un préambule historique dont l'auteur a cru devoir faire précéder son travail, et nous arriverons immédiatement à la solution de la première question.

Pour y parvenir, l'auteur a abordé l'examen de toutes les opinions émises et soutenues par les différents pathologistes avec plus ou moins de fondement; une fois exposées d'une manière complète, mais aussi concise que possible, il les commente, les apprécie et les expose de manière à prouver qu'il en a une entière connaissance, qu'il est entré dans la pensée de ceux dont il parle et qu'il les a parfaitement compris. Cette méthode, suivie par M. Brachet dans l'exposition des faits, lui permet de discuter d'une façon rigoureuse, et en s'aidant du secours d'une logique inflexible, la manière de voir de ses devanciers, d'arriver à des interprétations nouvelles et de démontrer que l'erreur n'est pas de son côté. Cependant, il ne prétend pas donner de la colique saturnine une définition à l'abri de tout reproche. « Si la colique saturnine, dit il, exige une classification nouvelle pour y trouver sa place, à plus forte raison il en sera de même pour sa définition. Nous ne voyons pas la possibilité d'en donner une qui puisse satisfaire. Tout ce que l'on pourrait faire, ce serait de dire : une névrose cérébro-ganglionaire spéciale produite par le plomb et fixée sur les organes de la digestion. Nous ne nous permettrons ni d'en dire davantage, ni d'examiner les autres définitions. » Nous sommes, sur ce point, assez de l'avis de M. Brachet, et nous pensons avec lui que, dans l'état actuel de la science, ce serait vouloir se lancer dans les hypothèses que de prétendre être plus précis qu'il ne l'a été.

Dans le second chapitre, l'auteur examine les signes qui peuvent faire distinguer la colique saturnine des affections abdominales qui ont avec elle quelque ressemblance. Pour arriver au diagnostic différentiel, il fallait d'abord tracer une symptomatologie exacte et complète de la colique de plomb, tableau qui était nécessaire pour faire mieux apprécier les différences que présentent les signes caractéristiques de cette affection avec ceux qui appartiennent à d'autres maladies; c'est ce qu'il a fait, et, immédiatement après, il met en parallèle avec la maladie objet de son travail l'entérite, le choléra-morbus, la péritonite, l'entéralgie, l'iléus nerveux, la colique hépatique et bilieuse, la néphralgie calculeuse, la colique de cuivre, enfin la colique végétale. Il est certain qu'à celui qui aura lu avec attention ce chapitre, il sera désormais impossible de commettre sous ce rapport aucune erreur de diagnostic.

Dans le troisième et dernier chapitre, le plus important sans contredit, M. Brachet traite des moyens curatifs : les agents médicateurs que comportent les méthodes conseillées tant par les anciens que par les modernes sont tous, sans exception aucune, étudiés au point de vue historique d'abord, puis sous le rapport de leurs effets. Toujours l'expérience des autres, et souvent la sienne propre, fournissent à l'auteur les éléments de ses appréciations. Il établit qu'aucune médication ne doit être absolument rejetée, que toutes, au contraire, méritent d'être conservées, parce qu'elles peuvent trouver pour leur application le moment préférable. Il n'est exclusif ni dans un sens ni dans l'autre, et à ce point de vue, comme sous beaucoup d'autres rapports, la prudence et la sagacité de l'auteur sont dignes des plus grands éloges. Mais cela ne veut

beau, le fit renoncer à l'idée de ce projet dont je n'approuvais pas avec lui l'opportunité.

Après avoir lavé le pied et la plaie avec de l'eau tiède pour enlever la plus forte partie des vers, nous nous sommes servis de la spatule dans le même but; puis nous avons lotionné toute la partie où se trouvaient les vers avec une solution de sublimé corrosif dans de l'eau (4 grammes dans 200 grammes d'eau), et nous avons fait tomber ce liquide sur la plaie entre le lambeau et les os qu'il recouvrait; puis nous avons fait le pansement avec une compresse fenêtrée recouverte de parties égales de cérat et d'onguent mercuriel double; trois plumasseaux de charpie ont été ensuite recouverts d'une forte couche du même mélange et appliqués sur le moignon. Ce pansement terminé, le malade accusait un grand bien-être, et se trouvait bien soulagé du départ de sa nombreuse garnison. Le lendemain, en renouvelant le pansement, j'ai trouvé encore beaucoup de vers dans la charpie et sur le lambeau; mais tous étaient morts, et le malade avait été tranquille pendant la nuit. Pendant cinq ou six jours j'ai continué le pansement avec la pommade mercurielle, dans la crainte de voir se reproduire les vers; mais il n'en a rien été.

Depuis cet accident, la cicatrisation a marché régulièrement; une quinzaine de jours plus tard le malade se plaignit de coliques et d'envie de vomir, et effectivement, dans ses vomissements, il rendit trois grands vers intestinaux (ascarides lombricoïdes) de la longueur de 12 à 15 centimètres. Informé de ce fait, j'administrai des vermifuges, et le lendemain il en rendit dix autres de même dimension, ce qui faisait dire aux bonnes femmes de l'endroit «*que c'étaient les vers de son pied qui étaient remontés dans son corps.*»

Depuis ce moment, la guérison, qui avait été retardée par le premier accident, a marché à grands pas, et sept semaines après le jour où l'opération avait été pratiquée, j'ai pu mettre mon malade sur des crosses et le faire marcher. Aujourd'hui il se promène dans le voisinage, se porte à merveille et jouit du meilleur appétit.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

Du traitement rapide de la gale. Guérison en deux heures.

Avertie par l'un de nos collègues de l'Académie, M. Michel Lévy, membre du Conseil supérieur de santé, l'autorité militaire s'occupe en ce moment de l'application à l'hôpital du Gros-Caillou du traitement de la gale d'après l'ancien procédé d'Helmerich communiqué en France, dès 1812, par notre collègue M. Burdin, et renouvelé et perfectionné tout nouvellement dans les salles des galeux de l'hôpital Saint-Louis par nos savants et excellents confrères MM. Bazin et Hardi.

Bien que quelques journaux de médecine aient déjà indiqué ce perfectionnement, les praticiens nous sauront gré d'entrer dans quelques développements à cet égard. Il s'agit d'une maladie populaire qui tendait sans cesse à se propager et à s'étendre et qui serait restreinte bientôt dans de très étroites limites, si les espérances qu'ont fait naître les expériences de notre collègue M. Hardi venaient à se réaliser.

Les médecins du siècle dernier (et ce préjugé résiste encore aujourd'hui aux lumières de la science) croyaient assez généralement que la gale reconnaissait une cause humorale qui pouvait donner lieu à l'évolution spontanée de la maladie, l'entretenir, la reproduire, amener des accidents de rétrocession ou de répercussion, laisser des traces plus ou moins profondes dans l'économie après la disparition de l'éruption, etc.

Lorry lui-même, auteur si savant et praticien si expérimenté, hésitait encore à adopter complétement les idées de R. Mead, qui, se fondant sur la présence incontestable de l'*acarus* mise hors de doute dans la lettre de Cosimo Bonomo à F. Redi, affirmait que la gale était une éruption locale de cause externe et devait être seulement combattue par des topiques.

En vain les expériences de Galès à l'hôpital Saint-Louis (1812) avaient de nouveau confirmé l'existence de l'*acarus* de la gale; en vain Biett et Alibert (bien qu'ils n'eussent point su rechercher eux-mêmes l'*acarus*) avaient adopté l'opinion que la gale était une maladie locale et qui ne nécessitait point d'autres remèdes que les topiques, le préjugé persistait dans l'opinion populaire et même dans celle de beaucoup de médecins...; bien plus, on contestait l'existence de l'*acarus*, et un médecin de l'hôpital Saint-Louis n'avait pas craint de porter une sorte de défi à celui qui serait assez habile pour le rencontrer.

Les choses étaient en cet état, lorsqu'en 1834, sous les yeux de mon prédécesseur Alibert, un étudiant corse, M. Renucci, retira l'*acarus* des sillons qui le contiennent sur plusieurs galeux réunis à la consultation publique de l'hôpital Saint-Louis. Depuis lors, beaucoup d'expériences directes ont prouvé que l'*acarus* était la véritable cause de l'éruption.

Cependant, comme je l'ai démontré dans mon *Traité pratique des maladies de la peau*, cette découverte n'apporta pas grande modification au traitement de la gale, puisque déjà on la combattait avec succès par des topiques propres à détruire l'*acarus*.

Voici d'ailleurs les conclusions dans lesquelles je résumais dix ans plus tard un article sur la *gale*:

« 1° La gale est une maladie accidentelle et de cause externe, qui ne saurait se développer ni se reproduire *spontanément*, mais qui est toujours communiquée par contagion. Elle ne peut laisser après elle aucune altération dans les humeurs, ne réclame aucun remède interne et guérit radicalement par le seul emploi de quelques topiques. Les dangers attribués à la gale dite *rentrée* ou *répercutée* n'existent que dans l'imagination des malades trompés par des théories fausses et ridicules.

» 2° La forme, le mode de développement, le siége d'élection, la propagation successive à certaines régions du corps bien déterminées de l'éruption de la gale, sont la base la plus sûre du diagnostic (il convient d'y ajouter la recherche de l'*acarus* dans les sillons de l'intervalle des doigts et de la face palmaire du poignet); ce diagnostic peut devenir difficile dans le cas de complications (papuleuse, eczémateuse, ecthymateuse, impétigineuse).

» 3° Les topiques les plus sûrs, les plus innocents et les moins coûteux pour guérir la gale sont aujourd'hui, comme au temps de *Celse*, les sulfureux. »

Le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* (février 1813) contient le mémoire de M. Burdin sur le traitement rapide de la gale communiqué par Percy.

M. Burdin, médecin de l'hôpital militaire de Groningue en 1812, rapportait qu'un Hollandais, Helmerich, chirurgien au 125° régiment de ligne, était possesseur d'une pommade (qu'il tenait secrète) avec laquelle on pouvait guérir la gale en moins de quarante-huit heures.

Voici comment ce traitement fut exécuté à l'hôpital sous les yeux de M. Burdin:

1° Bain de propreté dans lequel, au moyen d'un morceau de savon vert, une friction générale destinée à nettoyer tout le corps et à déchirer les sillons et vésicules était faite sur toute la peau, les galeux s'entre-aidant mutuellement à cet effet. Cette friction devait durer demi-heure.

2° Le lendemain matin, friction générale avec la pommade (dont la composition sulfuro-alcaline fut ultérieurement révélée par les soins de M. Burdin) répétée trois fois dans le cours de la journée à quelques heures de distance.

3° Le jour suivant, le malade prenait un second bain de propreté avec friction savonneuse et était renvoyé guéri. MM. Burdin, Percy, Biett et généralement tous les médecins français qui essayèrent de ce traitement méconnurent, à ce qu'il paraît, la véritable indication du procédé qui devait être la destruction subite de l'*acarus* dans tous les points où on pouvait le supposer, et attachèrent surtout de l'importance à la multiplication des frictions dans un court espace de temps: d'où les inconvénients signalés par Biett et le prompt abandon du procédé expérimenté une première fois dans les hôpitaux militaires, à cette époque, sur les indications de Percy (1812 et 13).

On conçoit, en effet, que des frictions irritantes, rudes, générales et répétées devaient facilement provoquer des éruptions inflammatoires secondaires qui retardaient beaucoup la guérison du malade.

De plus, même chez ceux qui n'éprouvaient point ce genre d'accidents, on ne croyait point à la guérison entière tant qu'il restait des vésicules aux divers points d'élection, tandis qu'aujourd'hui ces vésicules ne sont considérées que comme des traces de la maladie destinées à s'effacer d'elles-mêmes sans aucun traitement et dépourvues de tout caractère contagieux.

C'est là surtout ce qui caractérise le progrès réel que notre collègue M. Hardi a fait subir au procédé d'Helmerich et de M. Burdin, renouvelé avec succès dans les salles de l'hôpital Saint-Louis par son prédécesseur, M. Bazin, aujourd'hui chargé d'une autre division du même hôpital.

M. Hardi croit qu'il suffit d'un traitement de *deux heures* pour affranchir la gale de toute propriété contagieuse et pour permettre ensuite, l'*acarus* étant détruit dans les sillons qui le recèlent, la disparition spontanée des petits boutons vésiculeux, qui ne sont qu'un effet destiné à céder après la destruction de la cause.

Si les idées de MM. Bazin et Hardi se confirment (et jusqu'ici les résultats d'une expérience déjà assez étendue semblent tout en leur faveur), je crois que l'on pourra simplifier encore le procédé, et que, surtout chez les femmes, chez les individus de la classe aisée, on pourra, au lieu de frictions étendues à toute la surface du corps, se borner à attaquer dans les points d'élection (l'intervalle des doigts, la face palmaire des poignets, le plis du bras, les aisselles, le devant du tronc, les jarrets) les boutons et surtout les *sillons* (toujours très-visibles à l'œil nu), tant avec la friction savonneuse qu'avec la friction sulfureuse, évitant ainsi plus sûrement encore et les désagréments et les inconvénients des frictions générales.

Voici d'ailleurs comment on procède aujourd'hui dans la salle des galeux de l'hôpital Saint-Louis, et très-incessamment, sur la demande de M. Hardi, les malades ne seront plus admis à l'hôpital, mais seulement reçus au traitement externe, où on les renverra après les *deux heures* consacrées à l'application de la méthode.

Le malade est conduit au bain; il se déshabille et subit une friction générale de demi-heure de durée avec le savon noir; il se plonge ensuite dans un bain simple, où il continue de se nettoyer la peau durant une heure. A sa sortie du bain, on le ramène dans la salle, et là, dans un cabinet disposé à cet effet, aidé d'un de ses camarades, il subit une nouvelle friction générale de demi-heure, mais cette fois avec la pommade sulfuro-alcaline.

Cette pommade, employée depuis plus de trente ans à l'hôpital Saint-Louis pour le traitement de la gale, se compose de huit parties d'axonge, deux parties de fleur de soufre et une partie de sous-carbonate de potasse.

Après cette friction, le malade examiné est renvoyé guéri, bien qu'il reste parfois des vésicules intactes assez nombreuses aux mains et ailleurs.

Mais M. Hardi affirme que sur plusieurs centaines de sujets, c'est à peine s'il a eu à constater deux ou trois récidives, tandis qu'elles étaient assez communes quand on se bornait aux frictions partielles des mains. Il croit encore (et je partage cette opinion) que le nombre de galeux a diminué considérablement depuis que la rapidité de la guérison a permis d'admettre au traitement tous les galeux qui se présentent, et empêché par conséquent la propagation du mal qu'entretenaient nécessairement au dehors les sujets dont on était obligé, par défaut de place, de différer l'admission.

Pour ma part, je déclare qu'ayant assez souvent admis dans mes salles des femmes et des hommes qui s'étaient vus ainsi refusés dans la division de la gale, je n'ai jamais non plus observé de récidive, bien que je n'eusse employé (concurremment avec les bains sulfureux et les fumigations sulfureuses) que les frictions partielles des mains et des poignets; mais le traitement durait toujours au moins huit jours dans la gale simple. Dans la gale compliquée d'éruptions inflammatoires, je n'employais pas la pommade, je me bornais aux bains de mains et aux lotions de tous les points d'élection avec l'alcoolé de staphysaigre ou l'alcoolé de nicotiane (mêlé de moitié eau), et alors le traitement durait au moins deux semaines. D'ailleurs, M. Hardi n'applique point non plus son procédé aux galeux chez lesquels existent des complications inflammatoires. Mais, s'il est bien démontré qu'après la destruction des sillons (et il y aurait encore la question de savoir si, en l'absence de ces sillons qui ne se rencontrent point chez tous les galeux, il n'y a plus de contagion à craindre), le malade peut être déclaré guéri sans qu'on ait à se préoccuper des boutons vésiculeux (ordinairement flétris et rompus à la vérité) qui subsistent encore..., le traitement, même par les frictions

---

pas dire que l'auteur n'ait pas son opinion à lui, fruit de son expérience et de son expérimentation. Il fallait, avec l'appréciation des remèdes connus et adoptés déjà, trouver une médication capable de remplir au plus haut degré les trois conditions si vulgairement recommandées, le *citò, tutò et jucundè*. Ces trois qualités, M. Brachet croit les avoir trouvées réunies dans l'emploi du sulfate acide d'alumine, dont les bons effets sont démontrés par plus de 150 observations recueillies pendant dix ans, et dont il rapporte sept des plus concluantes.

« Cet agent médicamenteux, dit M. Gaussail, chargé du rapport de la commission des prix, guérit *promptement*, puisqu'il guérit dans les deux ou trois premiers jours; il guérit *sûrement*, puisqu'il évite les rechutes et les accidents consécutifs; il guérit enfin *agréablement*, si on le compare au dégoût procuré par les purgatifs, et notamment par le traitement de la Charité et le croton tiglium. Lorsque les résultats thérapeutiques se présentent entourés de garanties semblables à celles que nous avons fait connaître, ils ne peuvent soulever la moindre suspicion. »

L'auteur termine en faisant comprendre l'urgente nécessité de transformer les prescriptions hygiéniques en articles réglementaires obligatoires pour les ouvriers et les chefs d'atelier; il fait à cet égard aux gouvernants un appel qui ne peut manquer d'être entendu.

Résumons-nous en disant que le livre de M. Brachet sur la colique de plomb est, sans contredit, celui qui représente le mieux l'état actuel de la science sous le double rapport pathologique et thérapeutique, et qu'il ajoute un nouveau fleuron à la belle couronne scientifique du professeur de Lyon.

Des accidents de dentition chez les enfants en bas âge et des moyens de les combattre; par le docteur Delabarre fils.

Voici enfin un livre sérieux sur la dentition et sur les accidents qui l'accompagnent si souvent, accidents dont une foule d'enfants sont les victimes et pour le traitement prophylactique ou curatif desquels l'art possède encore aujourd'hui si peu de ressources. La haute gravité des questions qui sont soulevées dans l'ouvrage que nous avons sous les yeux, l'importance des recherches à l'aide desquelles l'auteur a cherché à dissiper l'obscurité qui enveloppait ces points de la science, nous font un devoir de présenter du travail de M. Delabarre une analyse sérieuse aussi et complète.

Et d'abord, que doit-on entendre par ce mot dentition? Pour le vulgaire, la dentition c'est tout simplement la *sortie des dents*. Pour l'auteur, et il a raison, c'est une fonction complexe, qui comprend deux phases bien distinctes:

1° La formation des dents à l'intérieur des mâchoires;

2° Leur marche vers l'extérieur.

Ceci est important au point de vue du traitement des accidents de la dentition. Que servirait de seconder la sortie des dents si c'est leur formation qui souffre et réciproquement de donner à leur formation des soins que réclamerait leur sortie?

Une autre erreur consiste à croire que les dents sortent des gencives, en les perforant comme une aiguille qui traverse une étoffe. Nous verrons plus bas que M. Delabarre repousse cette opinion, démontre d'une autre façon le mécanisme de la sortie de la dent et donne le moyen de prévenir la plupart du temps les accidents, qui sont pour lui le résultat d'une excitation nerveuse particulière à laquelle il donne le nom de *prurit de dentition*.

Le premier chapitre du livre a pour titre cette proposition: L'alimentation des enfants en bas âge est déterminée par le nombre et la forme des dents. Au premier abord, on est frappé de la vérité probable de cette proposition, avant toute démonstration, et l'on se sent porté à dire avec l'auteur: L'ordre et la gradation à observer par rapport au régime de la première enfance résultent de l'apparition graduelle des dents. Ainsi l'absence de dents indique la prohibition de tout aliment dont la digestion exige une trituration préalable, et la nécessité de l'allaitement. Nous ne parlons pas de l'allaitement artificiel, cette déplorable méthode d'alimentation contre laquelle, avec tous les hommes sensés, s'élève énergiquement M. Delabarre. L'apparition des deux premières incisives (quatrième mois) est la marque indubitable que le lait de la nourrice ne suffit plus aux besoins de l'enfant. Une fois par jour, on lui offrira donc quelques cuillerées d'un léger potage à l'eau faiblement sucré ou salé. L'apparition des deux incisives supérieures (sixième mois) prescrit l'augmentation de la dose de cette alimentation nouvelle, que l'on gradue progressivement jusqu'au onzième mois, époque où se montrent les deux premières molaires inférieures. De ce moment jusqu'à l'éruption des canines (dix-septième mois), on épaissit les potages, on donne à l'enfant du riz, des échaudés, du pain, du jaune d'œuf, des légumes, du poisson. Ce n'est qu'après le dix-huitième mois que l'on devra commencer l'alimentation grasse et que l'on devra penser au sevrage, que l'on accomplira graduellement.

Certes, ces conseils sont excellents et l'on se trouvera bien de s'y conformer. Cependant, nous croyons que notre confrère est peut-être un peu timide quant à ce qui regarde l'alimentation animale

partielles, pourrait être beaucoup abrégé, et presque réduit à la courte durée de celui de MM. Hardi et Bazin.

Je ne parle point de la recherche et de la constatation *de visu* de l'*acarus scabiei*, comme seule base solide du diagnostic, et comme seul moyen d'arriver à la certitude de la guérison, parce que cette recherche ne laisse pas que d'être assez minutieuse et parfois assez difficile pour qu'on ne puisse exiger de tous les praticiens la constatation de ce signe infaillible.

En somme, le traitement de la gale réduit ainsi à sa plus simple expression, c'est au temps à confirmer la vérité du principe émis par M. Hardi, savoir : que les vésicules apparentes de la gale ne sont qu'un effet qui se dissipe de lui-même quand la cause a été détruite. (*Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 août 1851. — Présidence de M. Paul Dubois.

La correspondance comprend le rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat pendant l'année 1850, par M. le docteur Trapenard, secrétaire de la Société. — M. Magne, rapporteur;

Les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, n° de juillet. — M. Serrurier, rapporteur.

— M. le président remercie M. le docteur Bossu de l'hommage fait par cet honorable confrère à la Société de son ouvrage intitulé : *Anthropologie*, ou *Organes, fonctions, maladies de l'homme et de la femme*, comprenant l'anatomie, la physiologie, l'hygiène, la pathologie, la thérapeutique et la médecine légale. — Quatrième édition.

— M. Boyer. Un de nos confrères, vous ayant parlé de mes succès dans l'opération du strabisme, m'a pour ainsi dire mis en demeure de donner à ce sujet quelques explications à la Société. Je tiens à constater ce fait; trop de scandale a eu lieu à propos de la question qui va m'occuper, et je désire qu'il soit bien compris que je l'aborde presque contraint et forcé.

Après s'être livré à l'exposition des détails anatomiques et physiologiques qui se rattachent à l'opération du strabisme, M. Boyer parle des moyens employés pour combattre cette infirmité. Les coquilles de noix, les bandeaux et les lunettes de Wollaston destinées à modifier l'angle d'incidence des rayons lumineux, sont considérés par lui comme insuffisants, le plus souvent, pour triompher du strabisme. Reste donc la strabotomie.

Après avoir rappelé les procédés employés par les chirurgiens qui se sont occupés de cette question, M. Boyer expose la méthode opératoire qu'il met en usage, et qui a pour but de s'opposer au retrait de la caroncule et du repli sémilunaire dans les cas de strabisme convergent. Au lieu de faire une incision horizontale, dit M. Boyer, je la pratique verticalement; la conjonctive étant saisie à l'aide de deux pinces, de manière à lui faire former un pli vertical un peu plus élevé que le muscle destiné à être coupé, je divise ce pli suivant le trajet d'une ligne horizontale qui s'étend de la cornée vers la paroi interne de l'orbite, parallèlement au bord supérieur du muscle, en ayant soin de tenir l'extrémité interne de l'incision éloignée de la caroncule lacrymale.

Saisissant ensuite à l'aide d'une pince la membrane cellulo-fibreuse qui se trouve au-dessous de la conjonctive, je l'ouvre d'un coup de ciseaux agissant en emporte-pièce; la sclérotique se trouve alors à découvert. Par cette ouverture passe un crochet mousse à deux branches qui saisit le muscle par son bord inférieur et le ramène au niveau de la plaie par un mouvement d'élévation du manche de l'instrument; les branches de ce crochet, en s'écartant, offrent ce muscle à l'action des ciseaux. La section pratiquée, les deux extrémités du muscle se cachent sous la conjonctive. Reste une plaie linéaire que recouvre la paupière aussitôt qu'on l'abandonne à elle-même.

J'aborde maintenant une autre question, celle de savoir si, un strabisme très prononcé existant sur un seul œil, il ne convient pas quelquefois d'opérer les deux yeux. On a remarqué qu'après l'opération de strabismes intenses d'un seul œil, quand on ne veut pas pratiquer la section de plusieurs muscles, ce qui produit l'exophthalmie et autres désordres, l'œil sain présentait un certain degré de convergence, de sorte qu'il semblait qu'on eût déplacé la difformité. Dans les cas dont je parle, si l'on ne veut pas s'exposer à une trop grande saillie du globe en étendant la section aux divergences consécutives et même au renversement de la paupière inférieure, on obtient un demi-succès, qui se complète toujours par une section sur l'œil sain, le parallélisme devenant ainsi parfait. On a blâmé cette idée, sans avoir même cherché à la comprendre, et pourtant le résultat est certain.

Sur la demande de M. Bossu, M. Boyer explique, à l'aide de quelques figures, comment le parallélisme se trouve rétabli par l'opération de l'œil sain.

M. Magne. Il me semble que M. Boyer a passé bien légèrement sur les moyens ingénieux qui ont été conseillés depuis longtemps pour remédier au strabisme. A peine a-t-il dit quelques mots sur les lunettes de Wollaston. J'aurais désiré qu'il nous expliquât sa pensée sur les *verres à circonférence dépolie*; sur les *verres à pinnules fixes* et à *pinnules mobiles* qui, à mon avis, remplacent avantageusement les lunettes de Wollaston; sur les *verres coupés*, les *verres prismatiques*, et enfin les *louchettes proprement dites*. Quant à moi, j'avoue que j'ai une grande confiance aux *louchettes* en caoutchouc, creusées comme une coquille de noix et percées à leur centre d'un trou; un taffetas adapté à ces louchettes les fixe et les moule sur l'orbite, de manière à intercepter les rayons lumineux ailleurs qu'au centre; ce qui n'est pas indifférent pour les enfants, toujours disposés à ne voir qu'un jeu dans l'usage des louchettes. J'aurais désiré aussi que notre confrère nous dit dans quels cas on doit opérer le strabisme, et quel peut être le nombre des guérisons.

M. Boyer. M. Magne me reproche d'avoir fait bon marché des moyens employés pour combattre le strabisme; il vante beaucoup les louchettes en caoutchouc. Je trouve, pour ma part, autant d'avantages à des lunettes contenant une plaque de corne percée d'un trou. M. Magne me demande dans quels cas il faut opérer. Les strabismes avec paralysie et les strabismes symptomatiques doivent évidemment être mis de côté. Quant au nombre des succès, bien que les questions posées de cette manière me semblent peu utiles à éclaircir la discussion, je dirai que j'ai obtenu 46 guérisons et huit résultats médiocres sur 57.

M. Magne. Je ne crois pas, comme M. Boyer, que les lunettes en corne puissent remplacer les louchettes, par la raison que ces dernières seules (en caoutchouc, bien entendu) peuvent se mouler sur l'orbite, condition très importante quand il s'agit des enfants, qui sont presque tous indociles et rebelles à l'application de ces instruments. Maintenant, je demande dans quelles circonstances M. Boyer opérera les strabiques ?

Ainsi souvent les enfants louchent par imitation; souvent à la suite de convulsions; d'autres fois, ainsi que le note Mme de Staël, parce que le nourrisson dirige son œil sur un signe placé sur le sein de sa nourrice; enfin nous savons que la manière de placer le berceau dans un certain jour peut déterminer le strasbime. Dans ces circonstances l'affection est guérissable sans opération.

Et puisque j'ai parlé de Mme de Staël, une de ses petites-filles louchait extrêmement. Je fus appelé à lui donner des soins par notre honorable confrère M. Gaudet, médecin des bains de mer de Dieppe, et nous avons obtenu une amélioration considérable. Je me rappelle aussi avoir été consulté par M. le docteur Moynier pour une de ses parentes atteinte d'un strabisme convergent qui a singulièrement diminué sous l'influence d'un traitement tonique à l'intérieur, de vésicatoires volants et d'une gymnastique oculaire répétée chaque jour. A quoi bon opérer en pareil cas, quand il est possible de guérir sans instrument tranchant? De plus, je désirerais savoir après combien de temps M. Boyer a revu ses malades; et j'y tiens d'autant plus, que plusieurs personnes m'ont été citées comme guéries par des chirurgiens habiles, et que ces mêmes personnes louchent encore à présent.

M. Guersant. Je suis étonné de ce que M. Boyer se trouve obligé de plaider la cause de la strabotomie, qu'on paraît avoir abandonnée et que je considère comme une opération utile. A mon avis, si la strabotomie a passé par tant de vicissitudes, c'est qu'on s'en est engoué tout d'abord sans l'étudier; c'est que les chirurgiens qui l'ont pratiquée au début avaient besoin de s'y exercer; c'est que les ignorants s'en sont mêlés. De là de nombreux insuccès qui ne prouvaient pas contre la méthode, mais bien contre ceux qui l'employaient. Je suis donc convaincu que la strabotomie bien faite réussira le plus ordinairement.

J'ai opéré environ soixante strabiques; j'ai obtenu des résultats en général heureux. J'ai opéré douze enfants; le plus jeune avait cinq ans. Pourtant, je partage l'avis de M. Magne, il ne faut pas se hâter quand il s'agit de jeunes sujets. Il existe des strabismes déterminés par la faiblesse de tel ou tel muscle, qu'un traitement rationnel redresse. On voit aussi des personnes qui louchent d'une manière agréable, si je puis m'exprimer ainsi; à quoi servirait alors une opération? S'agit-il de strabisme de la cornée? Je suis d'avis d'employer alors la strabotomie; je compte quatre succès de ce genre. Quant au strabisme par congestion, bien que j'aie obtenu une guérison sur deux opérés, je serais disposé à reculer, à cause de la paralysie qui menace. Enfin, il arrive parfois que la strobotomie soit indispensable même chez les enfants très jeunes. J'en ai un en ce moment à l'hôpital, et je tenterai la section, parce que les parents m'affirment que l'infirmité gagne chaque jour en intensité.

M. Boyer. Quant au strabisme appliqué aux enfants, je partage complétement l'opinion de MM. Magne et Guersant; il faut attendre. Dans cette discussion, je n'ai eu d'autre but que d'établir en quoi mon procédé l'emporte sur ceux qui ont été et sont employés, et de prouver que les deux yeux doivent parfois être opérés, bien qu'un seul soit rebelle au parallélisme. Je dirai maintenant à M. Magne que, si des personnes présentées comme guéries ont offert plus tard un défaut de parallélisme, c'est que l'opération n'avait pas été bien faite; il ne peut en aucune façon être ici question de récidive.

M. Coursserant. Je suis heureux d'avoir provoqué cette discussion, parce que dans le public on ne croit guère à la strabotomie, eu égard aux insuccès, et parce que les exemples que j'ai vus chez M. Boyer m'avaient convaincu des heureux résultats de cette opération. Je maintiens que, non-seulement le procédé de notre confrère est bon, mais qu'il n'y a que lui qui puisse réussir, sans qu'il soit possible de distinguer l'endroit par lequel a pénétré l'instrument. A l'aide des autres méthodes, au contraire, la caroncule s'enfonce, si habile que soit l'opérateur. Il ne s'agit, bien entendu, que des sections pratiquées du côté de l'angle interne; vers l'angle externe de l'œil, on n'a pas à redouter les mêmes difformités. Je me rappelle qu'à l'époque où la strabotomie faisait fureur, on me consulta pour une jeune fille de douze ans, atteinte d'un défaut de parallélisme. Attendez, disais-je, les chirurgiens se formeront la main; c'est qu'en effet, pour moi, cette question n'était pas mûre.

M. Guersant pense que le procédé de M. Boyer doit offrir plus de difficultés que l'incision verticale.

M. Boyer répond que la difficulté est peu de chose, et que d'ailleurs, la section horizontale se faisant parallèlement aux vaisseaux, l'écoulement de sang est presque nul, ce qui n'arrive pas dans la section verticale.

M. Coursserant rappelle, à propos des strabismes par suite de taies de la cornée, qu'il a pratiqué la strabotomie sur une personne affectée d'un leucome, et que le succès a été complet.

Le secrétaire, Al. Magne.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA HUITIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ORGANISME.

M Buchwalder nous a transmis une description fort émouvante des effets de la foudre. Ayant établi un signal géodésique sur le sommet du Sentis, dans le canton d'Appenzel, à 2,504 mètres au-dessus du niveau de la mer, il y fut assailli, le 4 juillet 1832, par un violent orage qui l'obligea à se retirer daos sa tente avec son compagnon. « Nous nous couchâmes tous deux côte à côte sur une planche, dit-il; alors un nuage épais et noir comme la nuit enveloppa le Sentis; la pluie et la grêle tombaient par torrents; le vent soufflait avec fureur; les éclairs, confondus et rapprochés, semblaient un incendie; le tonnerre, se heurtant contre les flancs des montagnes, et répété indéfiniment dans l'espace, était tout à la fois un déchirement aigu, un retentissement lointain, un sourd et long mugissement. Tout à coup un globe de feu apparut aux pieds de mon compagnon, et je me sentis frappé à la jambe gauche d'une violente commotion. Il avait poussé un cri plaintif. Je me retournai vers lui et je vis sur son visage l'effet du coup de foudre. Le côté gauche de son visage était sillonné de taches brunes ou rougeâtres; ses cheveux, ses cils, ses sourcils étaient crispés et brûlés; ses lèvres, ses narines étaient d'un brun violet; sa poitrine semblait se soulever encore par instants, mais bientôt le bruit de la respiration cessa. Son œil droit était ouvert et brillant, mais l'œil gauche demeurait fermé, et en soulevant la paupière je vis qu'il était terne. Je portai la main sur le cœur; il ne battait plus; je piquai ses membres, le corps, les lèvres avec un compas, tout était immobile, c'était la mort. La douleur physique m'arracha enfin à cette fatale contemplation; ma jambe gauche était paralysée, et j'y sentais un frémissement, un mouvement extraordinaire; j'éprouvais en outre un tremblement général, de l'oppression, des battements de cœur désordonnés. Allais je périr comme mon malheux compagnon? Je le croyais à mes souffrances, et pourtant le danger me disait que le danger était passé. »

L'examen cadavérique des individus foudroyés ne présente, en général, qu'une congestion sanguine du cœur, du poumon et du cerveau; souvent il n'existe aucune espèce de lésion appréciable.

Les effets de la foudre varient suivant la nature du corps frappé. Le fluide électrique choisit de préférence les métaux, les substances humides, et en général les corps bons conducteurs; souvent alors il les parcourt sans les altérer, ou tout au moins en n'endommageant que leur surface. C'est ainsi qu'on peut expliquer le fait rapporté par M. Arago, qui nous montre la foudre, tombant dans une salle contenant vingt détenus, aller choisir au milieu d'eux un chef de brigands qu'une chaîne de fer retenait par le milieu du corps. Lorsqu'au contraire la foudre rencontre des corps mauvais conducteurs, elle les perce, les brise et les projette à une grande distance avec une force énorme. Le 6 août 1809, la foudre a renversé, près de Manchester, un mur de près de 9 décimètres d'épaisseur, sur 3 m. 6 d. de hauteur. La partie déplacée était éloignée de sa

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18 et 20 septembre.

Sans rien brusquer et tout en observant les gradations qu'il nous indique, nous pensons qu'il est bien des cas où l'on pourra la commencer un peu plus tôt sans danger. De même pour le sevrage, que, chez les enfants bien constitués et bien portants, nous voudrions voir pratiquer vers la fin de la première année. Nous avons vu quelquefois chez les enfants de quatorze à vingt mois des diarrhées évidemment causées par l'abus du laitage et qui n'ont cédé qu'à l'emploi d'une nourriture plus réparatrice, mais administrée avec la plus grande prudence et dans une proportion convenable. Mais si nous croyons que l'on peut être un peu plus hardi dans la pratique, il n'en reste pas moins démontré pour nous et pour ceux qui liront son livre avec attention que le principe est juste sur lequel sont basées les règles qui doivent présider à l'alimentation des enfants du premier âge.

Nous recommanderons encore la lecture du chapitre suivant, consacré au détail des soins divers dont on doit entourer les enfants pendant la période de la première dentition, chapitre dans lequel, entre autres excellents conseils, nous signalons ceux qui sont relatifs à cette absurde et inintelligente éducation dite à l'*anglaise*, qui consiste à exposer les enfants au froid, à moitié nus, sous prétexte de les endurcir, et ne réussit qu'à en faire des scrofuleux ou des phthisiques. On ne saurait trop louer M. Delabarre d'avoir eu le courage d'attaquer de front les irrationnelles et imprudentes manies dont tant d'enfants sont journellement les victimes.

Suivrons-nous l'auteur dans les détails d'anatomie et de physiologie au moyen desquels il explique la formation, la sortie des dents du premier âge et les accidents dont s'accompagnent ces phases de l'évolution dentaire? Nous n'avons pas un espace suffisant; mais nous pouvons en peu de mots exposer le résumé de ses doctrines. La dent, une fois formée dans l'épaisseur de l'os maxillaire, est assise sur un tissu osseux spongieux, qui, au fur et à mesure du développement de la mâchoire, se gonfle et acquiert une puissance d'expansion qui chasse vers la gencive la dent et son alvéole. Voilà pour le mécanisme de l'élévation de la dent. Mais, avons-nous dit plus haut, la dent ne perce pas la gencive comme une aiguille perce une étoffe. La couronne s'ossifie à l'abri d'un petit sac muqueux, repli de la muqueuse gengivale, lequel à un moment donné s'engorge et devient fongueux. Les fongus ont la propriété de détruire les tissus qui les environnent. Ce petit fongus donc, qui surmonte la couronne de la dent, use la gencive et fraie la route à la dent de lait. D'où résulte ce fait de la plus haute importance au point de vue thérapeutique que la dent, pour se montrer au dehors, ne *perce pas* la gencive et qu'il n'y a même en aucun cas de contact immédiat entre ces deux organes.

D'où viennent donc les accidents? Le voici, suivant l'auteur. Dans les conditions normales, le sac muqueux, devenu fongueux, détruit, sans provoquer aucun désordre, les obstacles qui s'opposent à l'éruption des dents. Que, par défaut de soins ou par une alimentation vicieuse, le système nerveux se trouve mis en jeu, ce sac muqueux devient le siége d'une irritation locale qui débute par une démangeaison nerveuse et finit par s'élever aux élancements les plus intolérables. C'est ce que M. Delabarre appelle le *prurit de dentition*, et c'est à le calmer que doivent tendre tous les soins du médecin.

Or, ce résultat, notre confrère paraît l'avoir obtenu. Une mixture qui jouit, dit-il, d'une triple propriété, sédative, adoucissante et rafraîchissante, et dans la composition de laquelle entrent le miel et le safran entre autres principes, mixture à laquelle il a donné le nom de *sirop de dentition*, calme le plus ordinairement avec une merveilleuse rapidité le prurit de la dentition chez les enfants. Et ceci n'est point une assertion gratuite. L'auteur cite de nombreux témoignages, parmi lesquels il nous suffira de dire que nous avons trouvé celui de notre savant maître M. Blache pour qu'il ne puisse subsister le moindre doute sur son efficacité.

C'est sur cette partie vraiment neuve et originale du livre de M. le docteur Delabarre que nous devions fixer surtout l'attention du lecteur, en ce sens qu'elle conduit à une solution thérapeutique, but final, après tout, de la science que nous cultivons. Dans un dernier chapitre, et qui n'est pas le moins intéressant, l'auteur étudie au point de vue pratique les maladies qui accompagnent fréquemment le travail de la première dentition et principalement les convulsions, cet effrayant phénomène, la terreur des mères et le désespoir des médecins. L'auteur indique comme un des moyens presque infaillibles pour les faire cesser instantanément la titillation de la luette, qu'il est assez facile de pratiquer après l'ouverture forcée de la bouche. Ce moyen si simple et après tout fort innocent mérite d'être pris en sérieuse considération.

Nous le répétons, le livre de M. Delabarre est un travail très sérieux dans lequel trouveront d'utiles conseils tous ceux qui s'occupent des maladies des enfants. Les préceptes qu'il y donne sont le fruit d'une longue expérience et d'une observation intelligente et consciencieuse. Quel autre éloge en pourrait-on faire?

Dr A. Foucart.

position primitive de 1 m. 2d. d'un côté, et de 1 m. 8 d. de l'autre. Son poids s'élevait à 19,240 kilogrammes.

Quand la foudre tombe sur les corps combustibles, elle les enflamme, les carbonise à la surface ou les réduit en éclats. Peut-être dans ce dernier cas, dit Kaemtz, l'explosion est-elle si forte qu'elle éteint le feu à l'instant même, de la même manière qu'une forte étincelle électrique disperse la poudre à canon, tandis qu'une étincelle plus faible l'enflamme aussitôt. On a vu des hommes être complétement carbonisés, réduits en cendres par la foudre.

L'homme peut être frappé par un éclair ascendant. Deux hommes ayant été frappés par la foudre, leurs cheveux furent lancés au sommet de l'arbre sous lequel ils s'étaient réfugiés. Un cercle de fer qui attachait le sabot de l'un d'eux fut aussi trouvé accroché à une branche très élevée.

Le 29 août 1808, la foudre ayant frappé un ouvrier assis sous un pavillon dépendant d'un cabaret situé derrière la Salpêtrière, on trouva les morceaux de son chapeau incrustés au plafond. Kaemtz a également cité plusieurs exemples de chocs en retour.

Quels sont les moyens de se garantir de la foudre? Je ne vous parlerai pas, messieurs, des flèches que les Thraces lançaient contre le ciel; car, ainsi que le fait remarquer M. Arago, ces flèches n'étaient qu'une menace, et elles n'étaient nullement destinées à enlever aux nuages quelques parcelles de matière fulminante, en tant que corps métalliques et pointus.

Je ne vous parlerai pas davantage des sacrifices que mentionne Pline, des sonneries de cloche faites au point de vue religieux, des différentes pratiques inspirées par la superstition, le préjugé, la croyance à l'intervention de Dieu, et il ne sera question ici que des moyens qui appartiennent au domaine des phénomènes physiques? Est-il possible de dissiper, d'éloigner les orages?

Les navigateurs paraissent assez généralement persuadés que le bruit de l'artillerie dissipe les nuées orageuses, et cette opinion, partagée par beaucoup d'hommes de guerre, est devenue populaire. En 1769, on fit un fréquent usage de décharges multipliées de boîte et de canon en Bavière et dans le Mâconnais. Il en fut de même en 1806, et de nombreux témoignages s'élevèrent en faveur de l'efficacité de ce moyen. D'un autre côté, M. Arago nous montre des orages violents éclatant pendant des batailles ou des combats de mer, au milieu des détonations de l'artillerie, et il nous apprend qu'ayant étudié avec soin, depuis 1816 jusqu'en 1835, les effets produits sur l'atmosphère par le polygone de Vincennes, où l'on tire environ cent-cinquante coups de canon par jour, il est arrivé à cette conclusion, que, relativement aux nuages ordinaires, la détonation des plus forts canons est sans influence, si même elle n'a pour effet de les condenser et de les retenir au lieu de les dissiper et de les chasser.

La sonnerie des cloches, en tant que bruit que cause un déplacement plus ou moins considérable d'air, est-elle plus efficace? Les vingt-quatre églises bretonnes foudroyées dans une nuit étaient précisément, selon Fontenelle, celles où l'on sonnait pour écarter la foudre. Les églises voisines, où l'on ne sonnait pas, ajoutait Deslandes, furent épargnées.

Heedham, au moyen d'un appareil assez ingénieux, s'efforça de prouver, en 1781, que la sonnerie n'exerçait aucune espèce d'action; mais ses expériences ne sont pas concluantes.

M. Arago résume la question en disant que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas prouvé que le son des cloches rende les coups de foudre plus imminents et plus dangereux; qu'il est encore moins prouvé qu'elles diminue le danger, mais qu'il est certain que cette pratique doit être interdite dans l'intérêt des sonneurs. La foudre frappe, en effet, de préférence les objets les plus élevés, et par conséquent les clochers des églises. Or, la corde de la cloche est ordinairement humide, et faisant l'office de conducteur elle dirige la foudre jusqu'à la main du sonneur, et donne ainsi lieu à des accidents graves. En Allemagne, dans l'espace de trente-trois ans, la foudre est tombée sur trois cent quatre-vingt-six clochers, y a tué cent vingt-un sonneurs et en a blessé un nombre bien plus considérable encore. Le 11 juin 1775, la foudre tua trois sonneurs dans le clocher d'Aubigny. Le 31 mars 1768, elle en tua deux et en blessa grièvement neuf dans le clocher de Chaheuil, en Dauphiné.

Suivant quelques physiciens, parmi lesquels se place l'illustre Volta, de grands feux allumés en plein air enlèvent aux nuées la majeure partie de leur matière fulminante.

M. Matteucci nous apprend qu'il existe dans la Romagne une paroisse de cinq à six milles de circonférence, dans toute l'étendue de laquelle les paysans placent de cinquante pieds en cinquante pieds des tas de paille et de bois léger; quand un orage s'approche, tous ces monceaux de paille sont allumés, et depuis trois ans cette commune n'a pas eu à souffrir des orages et de la grêle, ainsi que cela avait lieu auparavant chaque année, tandis que la foudre a ravagé les paroisses voisines, où cette pratique n'est pas mise en usage. En Angleterre, les comtés que la présence d'une quantité énorme de hauts fourneaux et d'usines transforme nuit et jour en océan de feu sont beaucoup moins visités par les orages que les comtés agricoles. Mais comme les hauts fourneaux ne sont établis que là où existent des mines métalliques considérables, on peut se demander, avec M. Arago, si ce n'est pas à la présence de celles-ci qu'il faut attribuer la rareté des orages. L'expérience se continue dans la Romagne, et il est fâcheux qu'elle n'ait pas été instituée sur une plus vaste échelle; car la question mérite certainement de fixer l'attention des physiciens et des gouvernements.

Il résulte de ce que nous venons de dire qu'à l'exception des paratonnerres, qu'il me suffit de vous indiquer ici, on ne possède aucun moyen certain de préserver une contrée ou un édifice, non pas de la foudre, mais de ses effets désastreux.

Examinons maintenant quelles sont les circonstances qui augmentent pour l'homme les dangers du foudroiement, et quelles sont les précautions qui sont capables de les diminuer.

On prétend généralement qu'il est dangereux pendant un orage de courir à pied ou à cheval, de marcher contre la direction du vent, d'ouvrir les fenêtres, en un mot de s'exposer à un courant d'air, celui-ci attirant la foudre. A l'appui de cette opinion l'on a invoqué l'usage établi dans toutes les contrées du globle, de fermer les fenêtres dès qu'un orage se manifeste. M. Arago fait observer avec raison que cette preuve n'est pas concluante, et que, les orages étant ordinairement accompagnés de vent, de pluie, de grêle, il est assez naturel de fermer les fenêtres. Mais d'ailleurs, ajoute l'illustre astronome, cet usage est souvent appuyé sur des idées superstitieuses, et tandis qu'en Esthonie la peur de laisser entrer l'esprit malin que Dieu poursuit quand le tonnerre gronde pousse les habitants à calfeutrer les plus petites ouvertures, on voit les juifs ouvrir les portes et les fenêtres dès que l'éclair sillonne la nue, afin de donner entrée au Messie, dont la venue doit être annoncée par un orage.

Si l'on consulte la science sur ce point, on voit que l'atmosphère oppose une certaine résistance au passage de la matière fulgurante et l'on peut en conclure que tout ce qui diminue la densité de l'air dans un point donné tend à y appeler la foudre.

La foudre frappant de préférence les objets les plus élevés, il est évident qu'il faut bien se garder d'aller chercher un abri sous un arbre ou dans un édifice quelconque dont la hauteur serait considérable.

Un grand nombre de précautions ont été indiquées comme propres à éloigner le danger de la foudre.

Les anciens croyaient que la foudre ne pénétrait jamais dans la terre au delà de cinq pieds, et ils considéraient par conséquent les cavernes, les souterrains, comme des asiles parfaitement sûrs. Les tubes vitreux, produits de la foudre, qui descendent parfois dans le sol jusqu'à la profondeur de dix mètres montrent combien cette opinion est erronée. Personne ne sait, dit M. Arago, à quelle profondeur on serait parfaitement à l'abri des foudres descendantes et à plus forte raison des foudres ascendantes.

On pensait dans l'antiquité que les personnes couchées dans leur lit étaient à l'abri de la foudre; des cas nombreux de foudroiement ne permettent plus d'accepter cette assertion.

Les Romains considéraient les peaux de veau marin comme un préservatif, et ils en portaient sur eux ou en fabriquaient des tentes sous lesquelles ils allaient chercher un abri. Les bergers des Cévennes entourent leurs chapeaux de peau de serpent et croient se mettre ainsi hors des atteintes de la foudre. Sans partager cette opinion, on doit admettre cependant que la nature des vêtements peut exercer quelque influence. La foudre tombe dans une église; deux prêtres sont gravement frappés, un troisième qui était revêtu d'ornements en soie est préservé; le taffetas ciré, la soie, la laine, sont moins perméables à la matière de la foudre que les toiles de lin, de chanvre, ou de toute autre matière végétale. Des faits assez nombreux prouvent qu'un animal peut être plus ou moins gravement atteint dans les différentes parties de son corps suivant la couleur des poils qui les recouvrent, et le blanc paraît être la couleur la moins favorisée.

On a prétendu que certains arbres, tels que le hêtre, le laurier, le bouleau, l'érable, étaient toujours respectés par la foudre, tandis que l'orme, le châtaignier, le chêne, le pin étaient souvent frappés par elle. Les faits ne justifient point cette assertion.

On a regardé le verre comme un préservatif infaillible et l'on a construit des cages de cette matière pour l'usage des personnes qui redoutent beaucoup les orages. M. Arago nous montre que la foudre frappe souvent des carreaux de vitres.

Mille exemples prouvent, dit encore le célèbre physicien, dont le travail nous a été si utile, que la foudre ne tombe jamais sur un homme ou sur une femme sans attaquer plus particulièrement les parties métalliques de leurs ajustements. Il est donc prudent pendant un orage de se dépouiller de ses bijoux, tels que bagues, bracelets, chaînes, galons de métal, etc.

En se fondant sur l'analyse d'un certain nombre de faits fort curieux, M. Arago croit pouvoir établir que lorsque la foudre tombe sur des hommes ou des animaux placés les uns à la suite des autres, soit en ligne droite, soit le long d'une courbe non fermée, c'est aux extrémités de la file que ses effets sont généralement les plus intenses et les plus fâcheux. Ainsi la foudre tombe à Rambouillet sur une écurie où se trouvait une file de trente-deux chevaux; le premier et le dernier sont tués, les trente autres ne sont que renversés. Le 22 août 1808, la foudre tomba sur une maison de Kuonau, en Suisse. Cinq enfants lisaient sur un banc dans une des pièces du rez-de-chaussée; le premier et le dernier tombérent roides morts, les trois autres en furent quittes pour une violente commotion.

On comprendra, j'espère, ajoute M. Arago, que je traite ici une simple question de science, et qu'en indiquant la place où l'on est le moins exposé, je n'entends conseiller à personne d'aller s'y réfugier, puisque, en atténuant par là ses propres risques, l'on augmenterait inévitablement ceux d'autrui.

Ce scrupule est sans doute fort honorable, messieurs; mais cependant si le hasard vous avait octroyé l'une des places privilégiées, peut être seriez-vous tout au moins en droit de la conserver.

Plus la matière conductrice agglomérée dans un point a de masse et de volume, plus les chances d'être foudroyé dans son voisinage deviennent grandes; on peut donc admettre avec Nollet que le danger d'être foudroyé dans un lieu donné augmente en raison directe du nombre des personnes qui s'y trouvent réunies. Une seconde cause, suivant M. Arago, peut contribuer à rendre dangéreuses les grandes réunions d'hommes ou d'animaux. Leur transpiration, dit-il, donne lieu à une colonne ascendante de vapeur; or tout le monde sait que l'air humide transmet la foudre beaucoup mieux que l'air sec; la colonne de vapeur doit donc de préférence conduire la foudre au lieu même d'où elle émane.

Les granges remplies de grains, de fourrages sont souvent frappées par la foudre, probablement en raison du courant ascendant d'air humide qui s'en élève.

Enfin, messieurs, Franklin a donné, à l'usage des personnes qui craignent la foudre, des préceptes que je vais vous transmettre, car il vous arrivera certainement d'être fréquemment interrogés sur ce point.

Il faut éviter le voisinage des cheminées, car la suie qui les tapisse partage avec les métaux la propriété d'attirer la foudre.

Il faut, pour la même raison, s'éloigner des métaux, des glaces, des dorures, des cloches et de leurs cordes; se dépouiller des objets métalliques que l'on a sur soi.

Il faut éviter de se placer au-dessous d'un lustre, d'une lampe, d'un ornement en métal, d'un arbre, d'un objet élevé quelconque.

Il est bon d'interposer entre soi et le sol un corps non conducteur, tel que du verre, par exemple.

Moins on touche les murs et le sol, moins on est exposé; le plus sûr moyen préservatif serait donc d'avoir un hamac suspendu à des cordons de soie au centre d'une vaste chambre.

Après avoir étudié les effets produits par l'électricité atmosphérique, voyons quels sont ceux qui ont été attribués à l'électricité animale.

(La suite à un prochain numéro.)

Chronique et nouvelles.

On vient de terminer au Val-de-Grâce un concours pour la nomination de 27 chirurgiens aide-majors; ce concours a été remarquable par l'instruction dont presque tous les candidats ont fait preuve. Les compositions écrites de quelques-uns ont même paru si remarquables, que le jury, nous assure-t-on, a demandé à M. le ministre de la guerre qu'elles fussent imprimées pour donner une idée du mérite des candidats. Parmi ceux-ci, les uns appartenaient à l'école du Val-de-Grâce, les autres étaient des élèves libres; nous sommes heureux de pouvoir affirmer que l'utilité de l'école s'est manifestée d'une manière évidente dans les épreuves, quoique des candidats des deux catégories aient donné des preuves d'instruction réelle. Que ce beau résultat soit un encouragement pour les honorables professeurs; il sera, nous avons lieu de l'espérer, une puissante recommandation auprès de ceux qui sont appelés à organiser et à régler l'instruction médicale militaire.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Méningite rachidienne guérie au moyen des bains prolongés.

Par M. le Dr CARNET, médecin à Romans (Drôme).

Le 18 août 1851, je fus appelé au hameau de la Baudière (Isère) pour visiter le nommé Hector. C'était un jeune homme âgé de seize ans, d'une taille élevée, maigre, mais cependant d'une bonne constitution. Depuis plusieurs jours et à la suite de l'immersion du corps dans l'eau froide, il se plaignait de lassitude dans les membres; il y avait en même temps de l'inappétence, des douleurs de tête assez violentes, de temps en temps des vomissements. Néanmoins il avait continué, à l'ardeur du soleil, les travaux assez rudes de la campagne. Il avait même porté des fardeaux un peu au-dessus de son âge. Tout à coup il tomba comme foudroyé; on s'empressa autour de lui, et ce n'est qu'au bout de deux heures que la parole revint et avec elle une intelligence complète. Il veut alors essayer de se lever, mais ses jambes refusent de le porter; il ne peut que faire quelques pas dans la chambre, soutenu par deux personnes. En même temps la tête (surtout la région occipitale), le cou, deviennent le siége de douleurs atroces, insupportables; les lombes, et surtout les muscles fessiers, sont le siége de douleurs tout aussi intolérables. Il faut à tout instant qu'on le lève, qu'on le tourne, qu'on le promène; il souffre horriblement. Je ne suis appelé que le matin (18 août). Le malade a passé une nuit affreuse, tous les accidents de la veille n'ont fait qu'augmenter; il demande à grands cris qu'on le soulage. La fièvre est intense (120 pulsations); les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers, intermittents. Intelligence complète, sensibilité conservée partout; la sensibilité générale est même extraordinairement augmentée. Le moindre bruit, la moindre lumière jettent le malade dans une agitation extrême. Figure animée, parole naturelle, langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au milieu, soubresauts dans les tendons, pupilles dilatées. — 12 sangsues aux apophyses mastoïdes, compresses vinaigrées sur le front; lavement laxatif; sinapismes.

Une saignée sur le soir si les symptômes persistent.

Le lendemain 19, je suis mandé en toute hâte à trois heures du matin. Rien n'a pu soulager le malade. La tête est renversée en arrière; il y a opisthotonos complet.

Les autres symptômes persistent avec la même intensité. Je pratique sur-le-champ une nouvelle saignée de 500 grammes, et je prescris : Calomel, 1 gramme; poudre de Dower, 0,50 centigrammes; sucre, 2 grammes.

Faites dix paquets; un paquet toutes les cinq heures;

Frictionnez sur la colonne vertébrale et au cou avec onguent mercuriel, 40 grammes;

Deux grands bains qu'on prolongera autant que possible;

Lavements laxatifs;

Limonade pour boisson;

Obscurité et tranquillité complètes.

Je quitte le malade, en laissant peu d'espoir aux parents sur le sort de leur unique enfant.

Le lendemain 20, le malade n'est guère mieux. La rigidité tétanique du cou est la même, quoique les maux de tête soient un peu moins violents. Fréquentes envies d'uriner; selles nombreuses. Le premier bain a été mal supporté, mais le malade est resté deux heures dans le second sans souffrir; il y a eu un moment de calme après. Pouls petit, fréquent, irrégulier; voix rauque; salivation mercurielle; fourmillements dans les pieds et dans les mains. La douleur des lombes a presque disparu; insomnie complète; intelligence toujours libre; faiblesse extrême. — Deux grands bains; frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel; 20 grammes de sirop d'opium pour le soir; deux lavements pour la journée; limonade.

Le 21, le malade est un peu plus tranquille. Il ne peut assez exprimer le bien que lui font les bains. Rétention d'urine, qu'un troisième bain a fait disparaître; selles nombreuses; mal de tête presque nul. L'opisthotonos persiste. — Continuation des mêmes moyens.

Le 22, nuit assez bonne, un peu de sommeil agité par des rêves. Les fourmillements ont disparu dans les jambes. Il est manifeste que la rigidité du cou a diminué.

Le malade se couche maintenant des deux côtés; ce qu'il n'avait pas encore pu faire. Pouls à 80, régulier. — Mêmes moyens; un seul bain; tranches d'orange.

Les 23, 24, le mieux continue, le malade ne souffre presque plus. Néanmoins les fourmillements existent toujours dans les membres supérieurs, et la rigidité du cou n'a pas totalement disparu. Je propose les vésicatoires volants le long de la colonne vertébrale, qui sont refusés par le malade.

Les 25, 26, 27, le malade va toujours de mieux en mieux.

Le 28, on cesse tout traitement. Le malade est si faible qu'on est obligé de le mouvoir comme un corps inerte. Quelques cuillerées de bouillon sont bien supportées.

Le 29, la convalescence est franche. Je ne vois plus le malade que de temps en temps, et rien ne paraît devoir entraver cette guérison inespérée. Il ne reste plus qu'une paralysie du deltoïde du bras droit, qui se dissipe lentement.

Réflexions. — Il est évident pour moi que j'ai eu affaire ici à une méningite rachidienne à forme grave, ou peut-être à une myélite aiguë. Les saignées, les mercuriaux, l'opium, n'ont certes pas été inutiles, sans doute; mais je crois que le plus grand bénéfice de la guérison revient aux bains prolongés, qui ont fait cesser les accidents nerveux comme par enchantement. Leur action a été tellement évidente pour moi, que je ne puis assez les conseiller dans les maladies cérébrales aiguës, où ils sont généralement employés avec trop peu de persévérance.

MÉMOIRE

Sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie chez les enfants ;

Par MM. E. BARTHEZ, médecin des hôpitaux de Paris, et RILLIET, médecin des hôpitaux de Genève.

La broncho-pneumonie est, parmi les maladies des enfants, une des plus importantes à connaître dans tous ses détails en raison de sa fréquence, de sa gravité, de la variété des lésions anatomiques et des formes symptomatiques qui la caractérisent. Le plus souvent secondaire, mais quelquefois aussi primitive, elle se présente sous des aspects très différents, qui dépendent du siége, de l'étendue, de l'espèce de lésion locale, aussi bien que de la nature et de la durée des affections qui l'ont précédée et produite, de la constitution épidémique qui lui a donné naissance, de l'âge, de la force et du tempérament de l'enfant qui en est atteint.

Tantôt suraiguë, intense, rapide dans sa marche, elle offre les symptômes formidables qui lui ont valu le nom de catarrhe suffocant; tantôt moins rapide, mais toujours aiguë et grave, elle s'accompagne de symptômes moins effrayants, mais plus variés. Ailleurs, elle est partielle, incomplète et passe presque inaperçue; ou bien, survenant chez des enfants débiles, elle revêt la forme d'une maladie chronique et n'est que le dernier épisode d'une lutte entre la vie et une succession d'états morbides dont la mort doit être le dernier terme.

Dans tous les cas, la lésion organique, générale ou partielle, bornée aux petites bronches ou étendue aux vésicules du poumon, envahissant aussi le parenchyme lui-même, est caractérisée par une simple modification de la sécrétion muqueuse ou par la phlegmasie (avec ou sans dilatation) des bronches et des vésicules, par une espèce particulière d'inflammation du tissu, par une hépatisation disséminée ou généralisée, ou bien par l'affaissement des vésicules connu sous le nom de carnification ou d'état fœtal.

Envisagée de cette manière, la broncho-pneumonie correspond aux maladies que nous avons décrites sous le nom de bronchite capillaire et de pneumonie lobulaire.

A l'époque où nous publiâmes nos premières recherches sur la pneumonie des enfants, deux opinions principales avaient cours dans la science : l'une, que l'inflammation était le plus souvent lobulaire (Berton, Burnet, de la Berge); l'autre, qu'il existait une différence capitale entre la pneumonie de la première et celle de la seconde enfance (Gerhard et Rufz).

Nous démontrâmes à notre tour, soit dans notre *Monographie*, soit dans la première édition de notre *Traité*, qu'il existait à toutes les périodes de l'enfance deux espèces de pneumonie : l'une lobaire, analogue à celle de l'adulte; l'autre lobulaire; cette dernière étant, dans l'immense majorité des cas, comme l'avaient reconnu Burnet et de la Berge, liée à la bronchite, et méritait par conséquent le nom de broncho-pneumonie, que nous proposions de lui donner, à l'imitation de Seiffert. Nous prouvâmes, en second lieu, qu'avant nous la pneumonie lobulaire avait été souvent confondue avec la pneumonie lobaire, dont il était cependant important de la distinguer; car le plus souvent ces deux maladies ne reconnaissent pas les mêmes causes, ne se révèlent pas par les mêmes symptômes, ne suivent pas la même marche, ne réclament pas le même traitement. Nous donnâmes à la pneumonie lobulaire, dont les caractères anatomiques simulent ceux de la pneumonie lobaire, le nom de pneumonie lobulaire généralisée. Nous posâmes en principe que la pneumonie lobulaire était presque toujours une affection secondaire, et la pneumonie lobaire une maladie primitive, et que c'était bien plus les conditions générales de la santé au début de la phlegmasie que l'âge, qui imprimaient à la maladie une forme anatomique et symptomatique spéciale.

Cette opinion était contraire à celle de Gerhard, qui admettait une différence absolue entre la pneumonie des enfants âgés de moins de cinq ans et celle des enfants qui avaient dépassé cet âge; mais nous ne pouvions admettre la manière de voir du savant pathologiste américain, en présence des faits assez nombreux de pneumonie lobulaire observés dans la seconde enfance, et des exemples non moins positifs de pneumonie franche, lobaire atteignant des sujets qui n'avaient pas dépassé l'âge de cinq ans.

Les auteurs qui nous ont succédé, MM. Barrier, Legendre et Bailly, ont consommé la séparation des deux espèces en profitant de toutes les descriptions que nous avions données, et dont ils ont contrôlé par leurs propres observations la parfaite exactitude. M. Barrier a fait une modification dans le classement en décrivant dans deux chapitres séparés la pneumonie lobulaire et la pneumonie lobaire; il a divisé aussi la pneumonie généralisée en deux espèces : l'une, de beaucoup la plus fréquente, à laquelle il a conservé ce même nom; l'autre, plus rare, plus facilement confondue avec la pneumonie lobaire et que, pour cette cause, il a dénommée pseudo-lobaire.

MM. Legendre et Bailly ont été plus loin, en cherchant à démontrer que la plupart des lésions décrites sous le nom collectif de pneumonie lobulaire devaient être rejetées du groupe des inflammations du poumon et rattachées à la bronchite. Pour eux, les altérations anatomiques auxquelles nous avons donné le nom de carnification, de pneumonie marginale, de splénisation, sont le résultat de l'affaissement des vésicules pulmonaires, produit par la contractilité de leur tissu. Ils trouvent la cause de cette rétraction des vésicules dans le peu d'énergie des mouvements inspiratoires de l'enfant. En un mot, ils comparent ces lésions à l'état du poumon du fœtus qui n'a pas respiré, et, pour mieux préciser leur pensée, ils lui donnent le nom d'*état fœtal* (1).

Quant aux formes anatomiques que nous avions décrites sous les noms de pneumonie lobulaire, partielle ou généralisée, ils les regardent comme produites aussi par l'affaissement des vésicules; mais, dans ces cas, l'oblitération est souvent le résultat de la congestion du réseau vasculaire intervésiculaire. Ils donnent à ces altérations le nom de forme congestive lente. L'aspect lisse de la coupe des lobules pulmonaires malades, l'intégrité des éléments constituant le parenchyme (bronches, vaisseaux), sa friabilité moins marquée, sa pesanteur spécifique moins grande et, par-dessus tout, la facilité avec laquelle les parties insufflées reprennent une apparence normale, sont les motifs qui les ont engagés à séparer ces lésions de la véritable hépatisation.

Les recherches anatomiques des docteurs Legendre et Bailly, au mérite desquelles nous nous empressons de rendre toute justice, sont donc venues sanctionner, par un procédé anatomique nouveau, l'insufflation, et, par une description anatomique plus exacte, les différences fondamentales que nous avions établies entre les pneumonies lobaires et lobulaires. Mais nous croyons que ces messieurs ont exagéré l'influence de l'élément congestif aux dépens de l'élément phlegmasique parenchymateux, dont ils nous paraissent avoir trop restreint la fréquence et l'importance. Nous croyons aussi qu'ils ont accordé trop de valeur à la forme passive de la maladie, qu'ils appellent congestive lente, et méconnu ces congestions pulmonaires actives qui se montrent au début de la trachéo-bronchite dans des cas où l'élément bronchique est peu apparent et à une époque où l'enfant jouit de toutes ses forces et de toute l'énergie des mouvements inspiratoires; de ces congestions, enfin, dans lesquelles l'absence ou le peu d'abondance des râles humides exclut toute idée d'un engorgement pulmonaire, résultat d'un embarras purement mécanique de la circulation.

Cette réserve une fois faite, nous n'avons pas hésité à séparer, avec MM. Legendre et Bailly, la pneumonie lobaire de la pneumonie lobulaire, pneumonie catarrhale, comme ils l'appellent, ou broncho-pneumonie, comme nous proposons de l'appeler. Nous n'avons pas hésité, disons-nous, parce que, après avoir lu le travail de nos confrères, après avoir fait sur des observations nouvelles la contre-épreuve de leurs recherches, nous sommes arrivés à des résultats qui, sans être identiques avec les leurs, s'en rapprochent assez pour confirmer la nécessité d'une division fondamentale entre la broncho-pneumonie lobulaire et la pneumonie lobaire; la première de ces maladies se reliant aux affections catarrhales, la seconde en étant dans la grande majorité des cas indépendante (2) et devant être rattachée aux inflammations pures (3).

Cette séparation nous coûte d'autant moins que, comme l'avouent ces pathologistes, elle n'apporte aucun changement essentiel dans les résultats symptomatiques, diagnostiques, pronostiques, étiologiques et thérapeutiques consignés dans

(1) *Archives de Médecine*, janvier 1844; et Legendre, *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance*, p. 157. — 1846.

(2) Nous disons dans la grande majorité des cas, parce que nous possédons des exemples incontestables de pneumonie lobaire survenue à la suite d'une trachéo-bronchite primitive ou secondaire.

(3) Ce serait peut-être ici le lieu de discuter ce que signifient les mots catarrhe et phlegmasies catarrhales, de rechercher si les lésions locales inflammatoires ne sont pas sous la dépendance d'un principe morbide spécial, spécifique même, à la manière du rhumatisme et de la goutte; mais nous croyons cette recherche prématurée quant à présent, et nous nous contentons de faire remarquer qu'une des bonnes preuves que l'on peut apporter à l'appui de la spécificité du catarrhe est justement la différence des lésions anatomiques sur lesquelles nous allons insister.

notre première édition. Les différences se trouvent presque exclusivement dans l'anatomie pathologique.

Et cependant, même à ce point de vue, en apparence si restreint, nous attachons une importance très grande aux résultats obtenus par nos confrères et vérifiés par nous. Ils conduisent, en effet, à envisager la phlegmasie des poumons sous un point de vue peu exploré jusqu'à ce jour, et que MM. Legendre et Bailly n'ont pas réellement abordé. Préoccupés, en effet, comme la plupart des pathologistes, de cette idée, qu'il n'y a qu'une seule espèce anatomique de pneumonie, l'altération qu'ils ont décrite n'a été pour eux qu'une simple congestion vasculaire, lente, hypostatique en grande partie et à peine inflammatoire. Pour nous, il nous paraît à peu près démontré que c'est là une véritable phlegmasie du poumon, différente cependant de l'hépatisation, et n'étant pas un des degrés de cette lésion si commune. Nous nous expliquons.

Aujourd'hui voici comment l'on comprend la pneumonie : elle se présente, dit-on, sous trois formes anatomiques :

1° L'engouement ;

2° L'hépatisation rouge ;

3° L'hépatisation grise.

Ces trois formes anatomiques sont des degrés l'une de l'autre. L'hépatisation grise a été d'abord de l'hépatisation rouge, qui a été elle-même de l'engouement.

Telle est la pneumonie, et rien autre chose que cela n'est la pneumonie (sauf les abcès, qui ne sont qu'un degré plus avancé).

En dehors de ces trois degrés, il peut y avoir des différences d'étendue, de siége, de distribution, de complications, mais il n'y a pas d'autres differences anatomiques que celle du degré.

C'est comme si l'on disait : il y a plusieurs degrés d'inflammation de la peau, congestion, pustule, ulcération; et ce sont là des formes anatomiques qui sont des degrés (plus ou moins avancés) l'une de l'autre. Cela reviendrait à dire que l'érythème, l'éruption rubéolique, l'érysipèle étant une même lésion anatomique, ne sont qu'un degré plus ou moins avancé de la pustule de variole ou d'acné, qui elles-mêmes sont identiquement la même inflammation.

L'absurdité palpable de cette idée a de suite fait admettre cette vérité, que, sous le point de vue anatomique, la peau est susceptible de s'enflammer de diverses manières qui ne passent pas de l'une à l'autre, et qui ne sont autre chose que des degrés d'une même phlegmasie.

Ce qui est prouvé pour l'inflammation de la peau, pour celle des membranes muqueuses; nous voulons le prouver pour celle du poumon. Nous voulons démontrer qu'il y a une grande erreur à confondre toutes espèces de pneumonies dans une même lésion anatomique, ayant seulement des différences de degré et de distribution. Nous voulons faire voir qu'il y a *au moins une* espèce de phlegmasie pulmonaire qui n'est pas plus un degré de l'hépatisation, et qui ne peut pas plus devenir de l'hépatisation que l'érysipèle ne peut se convertir en une pustule d'acné.

Pour commencer cette démonstration, nous donnons ici l'histoire anatomique de ces deux espèces de phlegmasies, congestion lobulaire et hépatisation partielle, telles que nous les avons vues sur nature après avoir lu et médité le travail de MM. Bailly et Legendre.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

CAS D'HÉMORRHAGIE RÉNALE ESSENTIELLE,

produite par une cause morale ;

Par M. le Dr J. DURAND.

Nous publions sous la responsabilité de son auteur l'observation suivante, qui est d'ailleurs curieuse, de quelque façon qu'on l'envisage.

L'hématurie constitue un symptôme dont il est très important de déterminer la source. Le sang peut être fourni par la vessie, par l'uretère ou par le rein. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'hémorrhagie simple spontanée ayant son siége à la surface de la vessie est une affection extrêmement rare. Il est même des pathologistes qui soutiennent qu'il est impossible de prouver que l'écoulement de sang provient de la vessie et non des reins.

Quoi qu'il en soit, si l'hémorrhagie rénale que Boyer appelle essentielle ou indépendante de toute lésion dans le tissu du rein est un fait qui rencontre certaine opposition, le doute est bien plus grand encore relativement aux causes qui peuvent lui donner naissance.

Boyer regardait les affections morales vives comme ayant une influence marquée sur la production de l'hémorrhagie rénale. M. Valleix avance, au contraire, que cette opinion est une pure hypothèse (*Guide du Médecin-Praticien,* t. VII, p. 212).

L'observation que je vais rapporter brièvement est une preuve que Boyer ne se trompait pas en avançant que l'hématurie rénale pouvait être déterminée par des causes purement morales.

M. P....., âgé de soixante-dix ans, fut pris, il y a trois mois, d'un pissement de sang assez considérable qui lui survint presque immédiatement après un violent accès de colère.

Des douleurs hypogastriques des plus vives avaient précédé l'apparition de l'hématurie ; le malade s'était aussi plaint de ténesme du côté de la vessie, de chaleur et de douleur dans toute la longueur du canal de l'urètre.

Le sang rendu par les urines était d'abord assez rouge, après quoi il prit une couleur beaucoup plus foncée ; la région des reins était le siége d'une pesanteur insolite et d'une chaleur assez prononcée. Le malade disait aussi y éprouver de temps à autre quelques douleurs assez vives.

Je prescrivis le repos au lit, la diète, l'usage des bains chauds et de tisanes mucilagineuses.

Le lendemain, on eut recours à une application de sangsues dans la région du périnée ; et on continua d'ailleurs les autres moyens prescrits la veille.

Le troisième jour, le malade éprouvait déjà un mieux très marqué : ses urines contenaient moins de sang; il n'éprouvait plus autant de ténesme, ni de chaleur du côté de la vessie.

Le jour suivant, le mieux se soutint, et cependant on ne se relâcha pas de la sévérité du régime. Les tisanes mucilagineuses furent continuées.

Le cinquième jour, le malade était comme en parfaite santé. Ses urines sortaient librement et sans aucune espèce de douleurs ; elles ne contenaient plus aucune quantité de sang.

RÉFLEXIONS. — Ici la cause du mal a agi subitement, et le pissement de sang est survenu presque aussitôt. L'hémorrhagie provenait bien du rein, car elle avait été précédée d'une pesanteur et d'un sentiment de chaleur dans la région lombaire. D'un autre côté, la promptitude de la guérison est une preuve qu'on avait affaire à une hémorrhagie rénale essentielle.

Tous les jours on rencontre dans les hôpitaux et en ville des vieillards qui sont pris d'hématurie à la suite d'excès dans les boissons ou de toute autre cause; mais ils ne guérissent d'habitude qu'au bout d'un temps fort long, et cela parce que le tissu du rein a subi des altérations plus ou moins profondes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 septembre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Fractures de la clavicule.

M. ROBERT présente à la Société un malade traité par lui à l'hôpital Beaujon d'une fracture de clavicule par la position seulement. Le résultat obtenu est très avantageux.

Névrôme plantaire.

Rapport de M. Marjolin sur le travail de M. le docteur Borelli.

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte de plusieurs travaux de M. le docteur Borelli, de Turin. Aujourd'hui je viens, au nom de la commission que vous avez nommée, vous entretenir d'un fait inédit fort curieux qu'il a adressé à la Société. Il s'agit d'une tumeur du genre des névromes développée sous le pied, sur le trajet d'un des nerfs plantaires, et ayant donné lieu à tous les symptômes les plus prononcés de cette affection nerveuse, généralement connue sous le nom de danse de Saint-Guy.

Autant que je puis le croire, d'après les recherches que j'ai faites, c'est la première fois que la danse de Saint-Guy est le résultat d'une pareille cause.

Voici l'observation de M. Borelli :

Chorea Sancti Viti, Guérison par le moyen de l'ablation d'une double tumeur (névrome) sous la plante du pied droit.

Je visitais dans le mois d'août 1844, aux environs de Turin, un jeune homme de treize ans, d'un tempérament nerveux sanguin, de constitution robuste, fils de parents également sains et robustes, qui se trouvait depuis cinq ou six mois en proie à une véritable *chorea Sancti Viti.* Tous les remèdes employés jusqu'alors n'avaient pu le calmer ; au contraire, le mal ne faisait qu'empirer de jour en jour. Dans l'examen attentif que je fis de la maladie, il me fut impossible de découvrir en aucune manière quelque raison étiologique, ni dans les cavités viscérales, ni dans les centres nerveux, ni dans aucun des principaux systèmes organiques; je m'occupai alors à interroger toute la superficie du corps du malade, afin de m'assurer si, par hasard, il n'y aurait pas quelque raison matérielle qui pût expliquer l'origine et la persistance d'une pareille maladie. Je découvris alors que la plante du pied droit présentait une conformation toute différente de celle du pied gauche; qu'elle était beaucoup plus concave et plus profonde, et qu'environ au milieu de son tiers inférieur il existait une petite tumeur de la grosseur d'une amande. J'interrogeai alors les parents et le malade lui-même sur la présence de cette tumeur; j'appris qu'elle existait depuis les premières années de l'enfant ; mais sous une forme plus petite, et que ce n'était que depuis quelques mois, c'est-à-dire environ à l'époque de l'apparition des premiers symptômes de la maladie, qu'elle avait augmenté visiblement, sans pourtant que l'enfant se soit jamais plaint d'en ressentir la moindre douleur ni la moindre incommodité au pied, soit en marchant, soit en faisant quelque autre mouvement, ce qui les avait induits à croire que la maladie ne procédait nullement de cette tumeur.

Je ferai observer cependant que la plante du pied étant beaucoup courbée, comme je l'ai dit plus haut, la tumeur se trouvait ainsi garantie de la pression qui aurait pu lui être occasionnée par la marche, et je ferai remarquer en même temps que probablement cette tumeur avait dû, quelque temps auparavant, causer à l'enfant une incommodité quelconque, et que, par cette raison, il s'était vu forcé de s'appuyer de préférence sur la pointe du pied en marchant, et quelquefois même sur le talon, de sorte qu'il en résulta la forme arquée de la plante du pied, et cela instinctivement, sans qu'il ait pu en conserver ensuite aucune réminiscence.

Cependant, en voyant la gravité du mal qui affligeait cet enfant, je le fis amener à l'hôpital majeur de Saint-Maurice de Turin, auquel je suis attaché en qualité de chirurgien en chef. L'état du malade était vraiment déplorable, et son existence même menacée; car si dans le commencement de la maladie il n'éprouvait de soubresauts nerveux que par intervalles, ils devinrent alors continuels; il ne pouvait plus se poser sur ses jambes sans que celles-ci ne fissent des mouvements comme pour marcher; ses bras remuaient sans cesse par un continuel mouvement de va-et-vient, en décrivant une espèce de demi-cercle autour de lui-même ; et quand il se dirigeait du côté d'un objet pour tenter de le saisir, au lieu de s'en approcher directement, il était également forcé de faire un large mouvement semi-circulaire, puis sa main restait encore suspendue et tremblante sur l'objet avant de pouvoir s'en emparer. Le même phénomène se répétait lorsque le malade tentait d'approcher de sa bouche sa nourriture ou sa boisson, ce qui causait toujours une scène de dérision douloureuse pour le malade et pour les assistants eux-mêmes.

Les nuits étaient sans sommeil, et le malade ne pouvait se reposer de ses mouvements anormaux, qui finissaient par céder plutôt à une fatigue générale qu'à la volonté, devenue incapable de les dompter. Tout son corps se trouvait dans un état de tremblement général. On ne distinguait cependant aucune prédominance ni de flexion, ni d'extension dans les mouvements musculaires. Les yeux tournaient toujours dans leurs orbites, et ne pouvaient se fixer directement sur quelque objet. La physionomie se trouvait tellement défigurée par les spasmes répétés de ses muscles, qu'elle n'était plus reconnaissable, même aux yeux des personnes qui l'avaient vu quelques semaines auparavant. Malgré cela, le reste des fonctions organiques s'opérait assez bien, et l'état de nutrition de son corps n'était pas encore trop altéré.

La tumeur se trouvait précisément sur la direction du nerf plantaire interne; elle semblait unique, immobile, isolée, peu profonde, présentant la forme et le volume d'une amande pas trop aplatie; la peau qui la couvre est tout à fait saine; aucun mouvement des doigts n'en est gênée; la compression ne lui cause aucune douleur, et la progression n'en est nullement incommodée. Toutefois, comme je l'ai déja dit, la cavité de la plante du pied est si arquée que la tumeur se trouve à l'abri de tout contact lorsqu'il marche.

Je commençai alors à préparer le malade pendant l'espace de quelques semaines par le repos, la diète et quelques remèdes rafraîchissants; ensuite je pratiquai l'ablation de la tumeur. L'opération consista en une incision longitudinale sur le milieu de la tumeur et l'écartement des deux lambeaux; l'extraction se fit alors très facilement; seulement, en examinant le fond de la plaie, je découvris une autre petite tumeur du volume d'un pois, qui m'a semblé développée sur le trajet d'une anastomose du nerf plantaire.

Ces deux tumeurs étaient évidemment de la même nature, présentant un aspect fibreux et une consistance dure; en un mot, elles semblaient n'être autre chose qu'une hypertrophie avec endurcissement de la texture nerveuse elle même.

La plaie fut réunie par première intention, mais sans aucune suture, pour ne pas empêcher tout à fait la suppuration de se développer, ce qui arriva, en effet, les jours suivants à la suite d'une légère inflammation.

Cependant, chose vraiment remarquable, le jour même de l'opération, les mouvements spasmodiques semblèrent perdre de leur intensité; mais ce changement pouvait aussi provenir de l'abattement qui suit ordinairement une opération chirurgicale tant soit peu grave. Le deuxième jour, ils furent évidemment moindres; le troisième, la diminution devint infiniment plus sensible, et le quatrième ils avaient disparu pour toujours.

La fièvre traumatique fut assez discrète ; et dans un laps de temps d'environ vingt-cinq jours j'ai obtenu une cicatrice solide, et, par elle, la guérison a été complète et durable, comme j'ai pu m'en assurer par moi-même depuis peu de temps.

Suivant M. Borelli, les deux tumeurs observées chez son malade étaient de même nature ; elles avaient un aspect fibreux, une consistance dure; elles semblaient n'être autre qu'une hypertrophie avec endurcissement de la substance nerveuse.

Il ne s'agit donc point ici simplement d'une de ces tumeurs décrites sous le nom de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, mais bien d'un véritable névrome, c'est-à-dire d'une tumeur formée par l'hypertrophie ou la dégénérescence de la substance nerveuse elle-même. J'insisterai d'autant plus sur ce point que, bien que de nos jours l'histoire des affections nerveuses ait fait de grands progrès par suite des recherches d'anatomie pathologique, il reste encore beaucoup à faire pour éclairer ce point. Ainsi, il paraît, d'après les données qui existent aujourd'hui, bien difficile de dire, avant d'avoir la pièce pathologique sous les yeux, si on a affaire, dans quelques cas de névralgie, à une tumeur fibro-celluleuse enkystée située sur le trajet d'un nerf, ou à un véritable névrome. Ce fait est cependant de la plus haute importance pour l'opération comme pour le pronostic : car, dans un cas, on devra seulement disséquer la tumeur et l'enlever avec une plus ou moins grande quantité de tissu cellulaire environnant ; dans l'autre, au contraire, il faudra réséquer toute la portion de nerf atteinte par la maladie.

Une autre considération de la plus haute importance, c'est de préciser si ces deux affections, qui ont une si grande ressemblance sous le rapport des signes, sont constituées par une même sorte de dégénérescence. En parcourant les auteurs qui ont traité ce sujet, j'ai été frappé surtout de ce fait : c'est que, dans la majorité des cas, toutes les deux étaient très graves par leur nature ; qu'elles étaient susceptibles de dégénérer en squirrhe, et qu'assez souvent elles récidivaient.

Ne voulant pas, dans cette appréciation, sortir des limites de l'étendue d'un rapport, je me bornerai à dire que, si de notre temps les recherches micrographiques ont pu éclairer quelques points de la pathologie, l'affection dont il s'agit est une de celles qui doivent fixer l'attention des observateurs ; il est très important d'établir d'une manière nette et précise si les névromes et les tumeurs dites fibro-celluleuses sont des affections susceptibles de dégénérescence cancéreuse, et si, par cela même, il faut les ranger dans une seule et même classe.

Il est d'autant plus important de bien spécifier quelle est la nature des névromes que, dans un cas cité par Descot, le névrome avait disparu graduellement et, avec lui, tous les accidents auxquels il donnait lieu.

Ce n'est pas qu'on ne trouve point dans les tumeurs qui se développent dans les nerfs toutes les différences de structure qui s'observent dans d'autres parties de notre économie ; mais comme la plupart des auteurs ont insisté sur la fréquence des dégénérescences fâcheuses, j'ai cru devoir fixer votre attention sur ce point.

Bien que le travail manuscrit de M. Borelli se compose seulement d'une observation, il a cela d'intéressant qu'il peut éveiller l'attention des praticiens sur quelques genres de névroses dont la cause est souvent fort obscure. En effet, pour se convaincre de la difficulté du diagnostic dans certaines névroses, il suffit de parcourir les auteurs qui ont traité de ce sujet. Ce fait est encore doublement intéressant, en ce qu'il se rencontre chez un enfant (chez les enfants les névromes sont généralement très rares), et qu'il a donné lieu à une affection nerveuse générale plutôt qu'à une affection nerveuse locale.

On ne doit pas s'étonner du trouble général de l'innervation qui a accompagné le développement de cette tumeur, lorsqu'on songe à tout ce que devait souffrir cet enfant en marchant ; chaque pas devait réveiller la douleur, et on se représente facilement toutes les contorsions que la marche devait susciter. Il se trouvait dans une position analogue à celle d'une personne qui aurait un corps étranger dans le pied et, ne pouvant poser le pied à plat, marcherait tantôt sur l'extrémité des orteils, tantôt sur le talon ; par une sorte de mouvement instinctif, les orteils se fléchissant, le pied finirait par se courber pour former une sorte de voûte protectrice.

Telle était l'observation dont j'avais à vous rendre compte ; cette observation était accompagnée de plusieurs mémoires imprimés dont vous avez entendu l'analyse dans la dernière séance. Votre commission, ayant pris connaissance de ces divers travaux, a l'honneur de vous proposer :

1° L'insertion de l'observation dans les comptes-rendus des séances ;

2° D'admettre M. le docteur Borelli, de Turin, au nombre des membres correspondants.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Correspondance.

M. Gensoul remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire en lui conférant le titre de membre correspondant.

Taille bilatérale faite avec succès. — Réflexions sur la taille.

M. Chassaignac lit l'observation suivante :

Aubé (Jean-Baptiste), soixante et un ans, tisserand, entre le 27 juin 1851 à l'hôpital Saint-Antoine.

Cet homme est atteint d'un calcul de la vessie, facile à reconnaître par le cathétérisme et qui s'accompagne depuis sept ans à peu près de la plupart des phénomènes auxquels donne lieu la présence d'un calcul vésical. Les douleurs sont devenues tellement vives que le moindre ébranlement communiqué au lit du malade lui arrache des cris.

Le 14 juillet, le malade est soumis au chloroforme et subit l'opération de la taille bilatérale par le procédé de Dupuytren.

L'opération ne présente à noter que deux circonstances :

1° L'ouverture de l'artère latérale gauche du bulbe, qui donna un jet de sang presque aussi volumineux que celui qu'on aurait pu attendre de la honteuse interne. Cette artère, liée au moyen du ténaculum, n'a donné lieu à aucune hémorrhagie ultérieure.

2° La fragmentation du calcul sous les tenettes. Cette fragmentation a nécessité trois ou quatre réintroductions de l'instrument. Elle a exigé un soin particulier pour s'assurer qu'aucun fragment n'était resté dans la vessie et des douches vésicales énergiques pour expulser tous les résidus du calcul. Le fragment le plus volumineux présente 3 centimètres et demi de longueur, sur 2 centimètres et demi de largeur et 1 centimètre et demi d'épaisseur.

Le malade est revu trois quarts d'heure après l'opération. On le trouve dans un état effrayant : la face grippée, le pouls petit et misérable, en proie à un frisson que rien ne pouvait apaiser. On regarde la plaie, point d'hémorrhagie. On attribue ce frisson à l'action du chloroforme, et pour cette raison on le désigne sous le nom de *frisson anesthésique*.

Ce n'est que par l'emploi des moyens les plus énergiques que l'on parvient à faire cesser l'état algide et seulement au bout de deux heures. Cette circonstance mérite d'être notée, car c'est peut-être à un frisson de ce genre qu'est due la perte de sujets qui, après un emploi prolongé des anesthésiques, ont succombé quelques heures après l'opération. Il y a donc lieu de surveiller avec encore plus de sollicitude que cela n'a lieu d'ordinaire les suites du collapsus anesthésique après les grandes opérations.

Chez ce malade, une canule périnéo-vésicale a été placée dans la plaie de l'opération à l'effet de rendre plus assuré l'écoulement de l'urine au dehors et de prévenir toute infiltration urineuse.

Retour des urines par les voies normales le quatrième jour, malgré la permanence de la canule périnéale.

Le huitième jour, tentative de cathétérisme suivie dans la soirée d'un frisson très intense.

Le 4 août, vingtième jour de l'opération, le malade se lève et descend au jardin.

Voici les réflexions dont cette observation est accompagnée.

Dans les diverses introductions du doigt que j'ai eu l'occasion de faire dans le cours de cette opération soit pour reconnaître directement l'état de la plaie, soit pour m'assurer de l'extraction complète des débris du calcul qui s'était brisé sous les tenettes, j'ai pu constater deux choses :

1° Le passage très facile du doigt à travers la plaie en V faite par le lithotome double à la prostate;

2° La parfaite régularité, l'absence de toute déchirure à la plaie prostatique.

Le facile passage à travers la plaie est une des supériorités de la taille bilatérale sur la taille latéralisée. Il est évident que si vous divisez du même coup la prostate dans deux de ses plus grands rayons, vous avez, non pas dans la proportion du double, mais dans une mesure susceptible d'être géométriquement démontrée, une facilité plus grande à extraire le calcul. Nous ne comprenons pas que l'on puisse contester cet avantage et que l'on préfère systématiquement l'incision unilatérale à celle qui se fait sur les deux côtés de la prostate à la fois. Nous ne pouvons attribuer qu'à des habitudes d'opérateur l'usage que conservent encore de très habiles praticiens de recourir à la taille latéralisée. Mais si les habitudes de l'opérateur doivent être traitées avec égard, il y a quelque chose de plus respectable encore, c'est le choix le plus judicieux et le plus profitable des procédés opératoires. Compenser l'insuffisance de la plaie prostatique par la déchirure que doit faire pour se livrer passage un calcul tiré avec force et dire comme atténuation qu'une plaie par déchirure possède certains avantages que n'a pas une plaie par incision, eu égard surtout au point de vue de l'hémorrhagie, c'est étayer d'une bien pauvre raison une manière de faire irrationnelle et presque barbare. Compenser l'insuffisance de la plaie unilatérale par une incision secondaire que l'on prétend placer plus opportunément que la grande plaie oblique, dont on se prive en n'agissant d'abord que sur un seul côté et prétendre qu'on obtient ainsi en deux temps une ouverture plus spacieuse que celle donnée par le lithotome double, c'est appuyer par une argutie géométrique un procédé opératoire essentiellement défectueux.

Le débridement après coup d'une plaie première faite à la prostate est une opération plus difficile qu'on ne croit à bien exécuter et de plus il fait courir des dangers réels. Couper à une très grande profondeur un tissu aussi résistant que celui de la prostate, surtout chez les vieillards atteints de calcul; donner à l'instrument, même boutonné, une certaine course de va-et-vient (car ici il est impossible de couper par simple pression, comme on le fait dans la hernie pour le débridement des anneaux) expose à de graves inconvénients; donner au débridement l'étendue justement nécessaire sans sortir des limites de la prostate, en un mot, sans rester en deçà ou sans aller au delà de ce qu'exige la sortie sans violence du calcul est un tour de force aussi heureux qu'habile quand on se sert du bistouri. Il faut bien remarquer que tous les instruments destinés à la division du tissu prostatique ont été pourvus d'une très grande puissance par les fondateurs de l'opération, qui avaient peut-être un sentiment plus exact de certaines conditions du procédé opératoire que ne l'ont beaucoup de chirurgiens modernes. Et cela est facile à comprendre. Les fondateurs faisaient en quelque sorte par centaines des opérations qui, dans la pratique des chirurgiens actuels, ne se présentent quelquefois qu'à d'assez longs intervalles. Ils avaient donc compris qu'il fallait beaucoup de force pour bien ouvrir le col de la vessie. Aussi comparez l'énergie d'action du lithotome du frère Côme, du gorgeret d'Hawkins avec celle que peut avoir un bistouri à long manche agissant par son extrémité seule au fond d'une plaie pareille à celle de la taille latéralisée.

Les instruments anciens, gorgerets et lithotomes, sont évidemment disposés pour avoir une force en quelque sorte irrésistible. Voyez leurs manches. C'est toujours en les saisissant à pleine main et en agissant par un mouvement de totalité du poignet que le chirurgien accomplit avec eux la section des tissus. De plus, il est dans le mécanisme de ces instruments de s'adosser toujours à un point fixe et même de donner à la prostate des conditions particulières de stabilité, afin qu'au moment de l'action cet organe ne puisse éluder l'effort qui le divise. Dans l'emploi du gorgeret, l'adossement au point fixe s'effectue par la pression de l'instrument contre la cannelure du cathéter. Dans l'emploi du lithotome l'instrument porte en lui-même, puisque la gaine dont il est muni fait contre-appui à la lame.

Ce sont ces dispositions instrumentales et l'indication dont elles découlent, à savoir : la très difficile section du tissu prostatique, qu'on devrait un peu plus méditer quand on parle de ces débridements après coup comme de la chose du monde la plus simple. Ne semblerait-il pas qu'il s'agit tout bonnement de la section d'une bride filamenteuse ou de l'agrandissement d'une ouverture purement annulaire?

L'absence de toute déchirure à la plaie prostatique dans l'observation que nous avons rapportée est un fait d'un certain intérêt pratique, en ce sens que la construction du lithotome double expose d'une manière presque inévitable à un peu de dilacération au moment où on le fait pénétrer dans la vessie.

Voici mes observations à ce sujet;

A l'époque où je faisais des cours de médecine opératoire, j'avais l'habitude de procéder à une autopsie attentive des résultats de l'opération exécutée sur tous les cadavres servant aux manœuvres opératoires. Je trouvais toujours une déchirure au sommet du V que forme l'incision prostatique. J'attribuai d'abord cette déchirure à la violence exercée par le bec du lithotome au moment où l'on franchit le col de la vessie. Plus tard, je m'aperçus que la déchirure tenait à ce que, dans le mouvement énergique de pression qui peut seul donner la certitude de ne pas abandonner la cannelure du cathéter, le lithotome subissait un redressement de sa courbe par suite duquel les lames sortaient de leur gaine dans une faible étendue, à la vérité, mais assez pour que l'instrument ne pénétrât dans la vessie qu'à l'état de déploiement commencé. Le lithotome double dont je me servais lors de ces premières remarques servait depuis longtemps. Je crus d'abord que l'inconvénient déjà signalé tenait à la défectuosité et à l'usure de ces instruments; mais j'ai acquis la preuve que les lithotomes doubles les mieux faits et entièrement neufs n'en sont point à l'abri.

Cet inconvénient a donc été évité chez notre malade, et j'ai la conviction que notre excellent et habile collègue M. Guersant sait également s'en affranchir dans ses opérations si heureuses de taille bilatérale chez les enfants. Mais que faut-il pour s'y soustraire dans tous les cas? Deux choses :

1° Un peu de diminution dans le degré de courbure du lithotome double;

2° Une pression, je ne dirai pas modérée, du bec de cet instrument, car le temps de l'opération par lequel on fait pénétrer le lithotome dans la vessie devient excessivement dangereux si l'opérateur a le malheur de tenir mollement le bec du lithotome contre la cannelure, mais du moins une pression qui ne soit pas assez forte pour faire sortir les lames.

Entre autres circonstances à remarquer dans l'observation qui vous a été lue, nous rappellerons les deux frissons qui eurent lieu chez le malade, l'un dès le jour même de l'opération et que nous avons qualifié de *frisson anesthésique*; le second, qui survint le huitième jour de l'opération, et qui paraît dû aux tentatives du cathétérisme faites dans le but de hâter le moment où l'urine reprendrait son cours par les voies naturelles. Le temps qui doit s'écouler entre une opération de taille périnéale et le moment où il est opportun, ou, si l'on veut, permis de sonder par l'urètre, n'est pas exactement déterminé. Peut-être devrait-on s'interdire tout à fait le cathétérisme pendant un temps assez long à la suite des opérations de taille.

Le malade qui a fourni matière à ce travail a été suivi depuis sa sortie de l'hôpital, et aujourd'hui, 24 septembre, il est parfaitement bien, et a repris ses forces et ses occupations.

Discussion.

M. Maisonneuve. M. Chassaignac demande à quelle époque se rétablit le cours des urines. C'est là une chose variable suivant les individus; et quant aux tentatives de cathétérisme après l'opération de la taille, c'est là une de ces opérations que j'abandonne depuis longtemps, et à laquelle je n'ai recours que dans des cas exceptionnels. J'abandonne donc les malades à eux-mêmes dans toute espèce de taille, et les urines se rétablissent d'elles-mêmes. Je ne crois pas que la lésion du V formé par l'opération de la taille bilatérale, signalée par M. Chassaignac dans la partie moyenne de la prostate, soit le résultat de la sortie de la lame du lithotome double. Si cela a lieu, l'instrument est nécessairement mauvais.

M. Guersant. Je n'admets pas non plus que le lithotome puisse produire ce dont on l'accuse, la force employée dans cette circonstance n'est pas suffisante pour donner un pareil résultat, à moins que l'instrument ne soit mauvais. Je ne comprends pas non plus pourquoi M. Chassaignac met une canule périnéale. Cette dernière n'est applicable qu'au cas où le chirurgien est appelé pour arrêter une hémorrhagie.

M. Chassaignac persiste dans sa manière de voir, et résume les raisons que nous avons mentionnées plus haut.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

INJECTIONS IODÉES.

Notre honorable confrère M. Abeille nous adresse la réponse suivante à la lettre de M. Boinet. Nous espérons qu'après ce nouveau document les honorables adversaires jugeront le public médical suffisamment éclairé.

M. le docteur Boinet a répété, dit-il, à satiété devant la Société de chirurgie et dans les journaux, les faits datés qui établissent sa priorité à l'emploi des injections iodées dans les abcès par congestion. Etablir sans contradiction possible, c'est commode.

Je n'avais pas à me faire entendre dans la Société de chirurgie, je n'en suis pas membre; la réclamation m'y était possible; la discussion des faits et dates, non. Pour les journaux, M. Boinet n'a écrit à ce sujet, que je sache, que dans l'*Union médicale*. Là, il avait bonne aubaine encore, puisque ce bon M. Latour, qui n'insérait qu'un résumé des trois points principaux de ma lettre à la Société de chirurgie, refusait de publier ma réponse à toute une lettre de M. Boinet. Une autre tribune fut offerte à mon contradicteur; là, j'avais droit de défense. Il n'y descendit point. Je l'y ai contraint aujourd'hui; il ne me reste qu'à m'en féliciter, car nous en aurons fini une bonne fois.

Je quitte le ton badin que vous avez reproché à ma lettre du 30 août, et qui ne convient point à la *gravité* de la circonstance, M. Boinet; je serai sérieux jusqu'au bout.

J'aborde franchement le cœur de la question, réservant pour la fin les menues rectifications.

Voyons : non-seulement vous dites que je n'ai aucun droit à la priorité, et vous l'établissez d'une manière irrésistible (à vos yeux), mais vous affirmez que je me suis inspiré de vos travaux pour arriver à injecter mon abcès par congestion. Quant à la priorité, je commence à croire que vous pourriez bien avoir raison, mon cher confrère, et vous allez voir avec quelle abnégation je sais m'exécuter. Mais dans votre seconde prétention vous touchez presque au ridicule. Un mot avant pour mettre le lecteur à même de juger si l'une des allégations que vous me reprochez est fondée; c'est ici la place.

Depuis la présentation de votre mémoire à la Société de chirurgie, quand j'ai réclamé la priorité pour les injections iodées dans les abcès par congestion, qu'avez-vous répondu devant cette Société et dans l'*Union médicale*, où vous avez pu écrire en toute liberté? Toujours par cette phrase sacramentelle : Comme la priorité est une question de dates, examinons-les. Les premiers travaux de M. Abeille sur les injections iodées remontent à 1849, et les miens à 1846 et même 1840. Si vous doutiez de votre réponse, vous n'auriez qu'à la relire dans les journaux qui l'ont reproduite; j'en ai un présent sous les yeux.

Qu'était-ce à dire? Quand il s'agit d'injection dans les abcès par congestion, vous prenez date de 1846 et même de 1840; n'est-ce pas clair? N'est-ce pas dire aux lecteurs qui ne peuvent connaître de la discussion de la Société de chirurgie que ce qu'en reproduisaient les comptes-rendus des feuilles périodiques, n'est-ce pas leur dire que dès 1840 vous avez injecté un abcès par congestion? N'est-ce pas leur donner clairement à entendre que votre observation insérée en 1840 dans la *Gazette médicale* (car c'est la seule pour cette époque) est un abcès par congestion? Mais cela est aussi clair que le jour en plein midi.

J'ai donc eu droit de dire que vous aviez voulu faire passer cette observation pour un abcès par congestion guéri par les injections d'iode, tandis que c'était un abcès ganglionaire.

Il est un fait avec lequel vous semblez vouloir me contraindre à compter et avec lequel je voulais compter précisément, vous le savez bien, c'est vote abcès symptomatique de la carie du sacrum, et situé directement sur l'altération osseuse. Que ne disiez-vous de suite, dès le premier jour, que votre priorité remonte à la publication de ce fait, publication faite pour la première fois, vous n'en ignorez, dans le compte-rendu de la Société de médecine de Toulouse? Notre différend eût été vidé alors immédiatement, comme il va l'être aujourd'hui. Quand on manque de logique, on va plus loin qu'on ne veut. Vous voulez donc que je vous aie copié pour injecter mon abcès par congestion? Oui. Et là-dessus vous édifiez le lecteur, mais toujours à votre manière. Et quelle preuve donnez-vous pour cela? Vous ne pouviez guère choisir, il n'y en avait qu'une, puisqu'à l'époque vous n'aviez injecté que votre abcès du sacrum. Il fallait donc établir que j'avais connaissance de ce fait quand j'ai procédé à mon opération. Vous l'avez fait avec une admirable sagacité; car, dites-vous, M. Abeille opérait son abcès par congestion, le 17 mars 1849 (et cela est très vrai); or le 17 mars est précisément l'époque où M. Abeille recevait le compte-rendu de la Société de médecine de Toulouse, 1848-1849, dans lequel se trouve consignée mon observation. M. Abeille avoue avoir eu connaissance de mes travaux dans ce compte-rendu; donc il s'est inspiré de mon observation pour opérer. N'est-ce pas là votre raisonnement? Il n'y a qu'un tout petit malheur à cela, mon distingué confrère, c'est que le compte-rendu de cette Société n'a été imprimé à Toulouse que le 20 mai 1849. Il ne pouvait l'être avant, car la séance solennelle où la Société avait à rendre compte de votre mémoire comme du mien et où elle distribuait ses prix n'avait lieu que le 10 du même mois. Ce n'est que comme lauréat et membre correspondant de cette date que le compte-rendu m'est arrivé, en juin, à Givet. Vous voyez donc bien que le 17 mars 1849 je ne pouvais avoir lu ce compte-rendu; que, par conséquent, je ne pouvais avoir connaissance de votre observation à cette date, et que, par une autre conséquence forcée, je n'avais pu m'en inspirer au moment où je pratiquai mon opération le 17 mars. Voilà donc évanouie votre prétention de m'avoir inspiré, et j'espère que les membres de la Société de chirurgie que vous aviez convaincus seront maintenant désillusionnés. Cela dit, nous allons bientôt nous retrouver d'accord sur la priorité d'invention, comme vous dites.

J'avoue avec une très grande franchise, mon cher confrère, que je ne considérais comme abcès par congestion que les abcès symptomatiques d'altérations osseuses situés à une distance plus ou moins éloignée du siége du mal et non directement dessus. Pourquoi n'avouerais-je pas mon ignorance? C'est pour cela que, ne regardant pas votre abcès du sacrum comme un abcès par congestion, je réclamais avec tant de ténacité la priorité. Aujourd'hui vous m'avez appris le contraire, c'est différent. Il est vrai que je m'en doutais bien un peu; car, si je n'avais lu M. Nélaton, j'aurais appris de sa bouche même dans différentes conversations toute l'extension qu'il donne, ainsi que MM. Gerdy, Denonvilliers et A. Bérard, au mot abcès par congestion. Mais, malgré ma déférence envers ce bon et savant maître à qui je dois tant de reconnaissance, je n'étais pas resté convaincu. Est-ce que par hasard je serais le seul parmi les chirurgiens, comme vous dites, à penser ainsi? Mais non; il paraît, au contraire, que j'ai erré en assez bonne compagnie. Vous connaissez trop bien l'opinion de l'illustre Boyer pour que je vous la rappelle. Le célèbre Dupuytren (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie*), Roux (*Dictionnaire de médecine en 21 volumes*), Lisfranc, Chélius, etc., etc., ont erré également, et, pour peu que vous veuilliez regarder autour de vous dans le sein de la Société de chirurgie, qui renferme tant de jeunes têtes d'élite, vous verrez qu'il y a encore parmi elles de nombreux hérétiques. Or, si l'erreur n'était pas excusable, elle était au moins honorable.

Aujourd'hui, je me range à votre avis, et, la question posée désormais sur ce terrain, est-ce que réellement vous voudriez vous arroger triomphalement la priorité d'invention des injections iodées portées dans les abcès par congestion? La chose serait par trop plaisante. Ici je m'exécute. L'abcès par congestion étant ainsi entendu, je n'ai plus rien à prétendre en fait de priorité; mais n'allez pas croire que ce soit pour vous en faire hommage.

Voyons, mon cher confrère, votre première tentative remonte à cet abcès du sacrum, dont l'observation a paru pour la première fois dans le Compte-rendu de la Société de Toulouse (20 juin 1849); vous l'avez déclaré. Mais alors ne partageriez-vous pas un peu cette priorité avec notre savant et modeste confrère d'au delà des monts le docteur Borelli, de Turin, avec qui j'ai eu l'honneur de partager le prix sur les injections d'iode? Auriez-vous mal lu aussi par hasard le Compte-rendu de la Société de médecine de Toulouse, qui ne parle pas de moins que de plusieurs abcès symptomatiques traités au moyen des injections d'iode par le docteur Borelli? Et ces cas du docteur Borelli ont vu le jour à la même époque que le vôtre, le 20 mai, dans ce Compte-rendu. J'en suis sûr, mon cher confrère, vous voudriez bien partager avec cet ami commun. Il me reviendrait bien une petite part du gâteau, si je

n'y avais renoncé, car enfin qu'est-ce que cette observation du jeune Coco dont parle aussi le Compte-rendu? Ce jeune homme chez qui j'avais vu réséquer l'os malaire carié en 1847 et qui après de longues douleurs sur le pied droit vit survenir dans la même année une tumeur qui ne mit pas moins de cinq mois pour arriver à la perforation, laissa écouler un pus ichoreux, mal lié et donna lieu à des fistules par lesquelles on arrivait sur les trois cunéiformes dénudés et cariés (voyez pages 70 et 71 de mon mémoire); ce jeune homme à qui on voulait pratiquer l'amputation et que j'ai guéri par les injections d'iode n'offre-t-il pas un exemple remarquable d'abcès par congestion à votre manière, quoique je l'aie classé, moi, parmi les tumeurs blanches? Manque-t-il un seul symptôme de l'abcès symptomatique? Et ce fait a vu le jour à la même date que le vôtre et que ceux du docteur Borelli; mais je ne veux pas de la priorité pour ces abcès-là.

En tout cas, serait-ce bien à vous qu'elle revient? Mais à quoi servirait la science et ses annales?

Tout le monde ne sait-il pas que Lugol faisait des injections iodées dans les mêmes abcès et que son troisième mémoire qu'il présentait en 1831 devant l'Académie des sciences en contient quatre exemples extrêmement remarquables, ce sont les 24, 25, 26 et 27e observations? Baudelocque, médecin à l'hospice des Enfants, a suivi la pratique de Lugol, et dans son livre publié en 1835 il fait mention des résultats qu'il a obtenus.

Je sais bien que, quand dans une polémique en 1850 M. Jules Guérin a opposé ces faits à M. Boinet, ce confrère a répondu par un de ces adroits faux-fuyants qui n'inspirent point de crédulité, mais qui font sourire. Mon collègue M. Boinet reconnaît bien que Lugol a injecté des abcès symptomatiques; mais c'est une injection aqueuse dont se servait Lugol, dit M. Boinet, tandis que moi je me sers de la solution alcoolique, ce qui est tout différent.

Serait-ce donc que vous attribuez un rôle important à l'alcool qui sert de véhicule à l'iode, mon cher confrère? Mais non, vous avez trop bien prouvé le contraire à la Société de médecine de Toulouse, car son Compte-rendu au sujet de votre mémoire dit (pages 153 et 154) : « Ce point est examiné et résolu d'une manière satisfaisante. Les effets irritants de l'iode, les écailles que produisent sur la peau les diverses préparations qui le contiennent ne sont point dus à l'alcool ni à la graisse. A l'appui de ce jugement, l'auteur cite une observation de M. Boinet, qui, ayant eu à traiter un abcès à chacune des épaules chez le même sujet, employa pour le côté droit l'alcool et pour le côté gauche la teinture d'iode. Celui-ci fut le siége d'une inflammation adhésive qui produisit la guérison, l'autre persista et céda à son tour au moyen qui avait si bien réussi à l'épaule gauche.» Cet auteur, vous le connaissez, monsieur Boinet. Or si c'est à l'iode seul que vous attribuez les propriétés irritantes, adhésives, détersives, etc., quel qu'en soit le véhicule, comment avez-vous pu vous appuyer sur un aussi misérable argument pour refuser à Lugol la priorité, quand vous n'avez fait que substituer à son injection aqueuse l'injection alcoolique d'iode, dont vous ne prétendez pas sans doute avoir le mérite de la découverte?

Nous savons bien encore que, pour avoir quand même un brevet d'invention, vous dites : Mais ma méthode diffère essentiellement de celle de Lugol : lui prescrivait en même temps un traitement général et local, moi je prétends guérir rien qu'au moyen de l'iode porté sur la surface osseuse altérée. Mais est-ce que par hasard sur votre abcès du sacrum telle aurait été votre méthode curative? Point. Un bon traitement général et en règle avait précédé de longtemps vos injections. Ainsi ce fait ne compterait pas encore comme date de priorité de votre méthode.

Mais voyons, nous ne sommes pas tout à fait dans l'enfance de l'art. Nous n'en sommes plus à regarder les altérations osseuses locales qui donnent naissance aux abcès par congestion comme le résultat d'un état morbide purement localisé. Elles remontent à une source bien plus élevée et plus générale, à la tuberculisation, aux scrofules, qui préalablement ont plus ou moins infecté l'organisme; c'est ce qui arrive au moins 90 fois sur 100. Eh bien! c'est dans ces conditions que votre méthode aurait la prétention de guérir l'affection locale qui est sous une dépendance aussi générale? Mais vous le pensez si peu que vous faites le contraire, ou l'avez-vous fait au moins, pour l'abcès du sacrum, puisqu'un traitement général a précédé les injections iodées. En tout cas, l'origine de votre méthode ne remonterait pas à cet abcès. Quant à vous disputer la priorité de cette méthode, croyez-le bien, mon cher confrère, personne n'y songera, moi encore moins que tout autre; car je présume que, dans un abcès symptomatique un peu grave, tous les chirurgiens logiques et rationnels se garderaient bien d'avoir exclusivement recours aux injections d'iode pour unique moyen de traitement, sans combattre la prédominance générale, les jours d'un malade pesant un peu plus que cela dans la conscience des médecins. Que s'il s'agit d'un abcès éloigné du siége de l'altération, comme celui situé dans une fosse iliaque et tirant son origine des vertèbres lombaires ou dorsales, il y aura beaucoup plus d'incrédules pour votre méthode; car, quelle que soit la position donnée au malade, l'injection ne remontera jamais jusqu'à l'os altéré. Ceci se démontre mathématiquement quand on veut, et c'est précisément pour ces abcès éloignés de l'os malade que j'ai soutenu ma théorie des injections iodées. Vous savez bien que je ne comprenais pas autrement les abcès par congestion; et si je préconise la ponction sous-cutanée par les injections, c'est que, par théorie et encore plus par expérience, je suis convaincu que la pénétration de l'air dans ces vastes poches purulentes est bien autrement à redouter que la solution iodique, qui ne m'inspire aucune crainte. Le premier amène promptement la décomposition, la fétidité du pus, et trop souvent l'infection purulente.

Au résumé, mon cher confrère, pour tous les chirurgiens qui restreignent les abcès par congestion dans les limites que leur assigne Boyer, et il y en a encore pas mal, la première observation d'injection iodée dans ces abcès que renferment les annales de la science, c'est la mienne. Si on comprend, au contraire, sous cette dénomination, tous les abcès symptomatiques d'altération osseuse, quelle que soit leur position, la première observation remonte à 1831 et appartient à Lugol. Voilà le résumé exact de faits authentiques, de dates précises; vous voyez bien que vous êtes étranger à la priorité dans l'un et l'autre cas.

Mais il vous reste un beau titre, c'est l'heureuse idée de votre méthode de traitement : guérir les abcès par congestion par la seule injection iodée arrivant directement sur l'os malade. Je dis *idée*, car je ne sais pas s'il est un cas bien dégagé de tout traitement antérieur par vous ou par autrui, et que vous ayez guéri par ce seul moyen. Eh bien! cette méthode vous restera comme personnelle, vous pouvez en être convaincu. — Nous voilà donc tous contents et à notre place.

Il ne me reste plus qu'un petit point à aborder pour ramener votre remarquable plaidoirie à sa juste valeur.

Vous m'accusez d'avoir tronqué à plaisir votre citation, quand j'ai rapporté une phrase de votre mémoire en train de publication dans la *Gazette Médicale*, phrase ainsi conçue : « Le premier fait qui a appelé notre attention et celle des praticiens sur l'innocuité des injections iodées sur le péritoine, et qui constate cette innocuité, date de 1839; il nous appartient; il a été publié en 1840 dans la *Gazette Médicale de Paris*. »

Et en quoi ai-je tronqué votre pensée, s'il vous plaît, mon cher confrère, en ne citant pas tout ce qui venait après cette phrase de votre mémoire? Est-ce qu'en 1840, quand vous publiiez votre observation, vous disiez par hasard : voilà le premier fait qui démontre l'innocuité des injections iodées dans le péritoine? Point. Vous ne l'avez dit que quand vous en avez eu besoin pour votre cause; quand, présentant un mémoire sur les injections iodées dans le péritoine, vous avez senti la nécessité de vous poser tant soit peu comme le novateur de cette idée. Que m'importe à moi, qu'importe au lecteur toutes les réflexions plus ou moins incohérentes ou forcées que vous faisiez à la suite de cette observation à double tranchant ou à double origine d'idée! C'est précisément parce qu'il n'y avait rien de juste dans ces réflexions que j'ai laissé à entendre que vous forciez un peu trop l'analogie des faits pour arriver à une priorité d'idée dont vous aviez besoin. Y a-t-il quelque chose dans cette observation qui puisse réellement prouver l'innocuité des injections d'iode dans le péritoine? Est-il bien vrai que dans ces réflexions vous dites que le plancher supérieur ou abdominal du foyer purulent était formé par le péritoine; que cette cisconstance devait vous faire craindre que l'injection iodée ne produisît de graves accidents sur le péritoine, son inflammation; assertion sans fondement, que tout cela, et que personne n'a pris au sérieux. Avez-vous fait l'autopsie du sujet pour vous assurer de la réalité de ce plancher péritonéal de votre abcès? Non, le malade a guéri.

Eh quoi! un abcès ganglionaire profond de la fosse iliaque a pour plancher supérieur le péritoine! Mais nous savons tous, l'anatomie pathologique en main, qu'un abcès chronique ou froid qui provient, comme vous le dites, de la fonte de ganglions, a une enveloppe propre, la gaîne qui enveloppe les ganglions et qui sert de poche kystique en cas de suppuration. C'est par conséquent la paroi de cette poche qui est le plancher supérieur de l'abcès ou collection purulente. Au-dessus de cette paroi et entre elle et le péritoine, il y a un peu de tissu cellulaire sous-péritonéal, il faut en convenir, puisque, l'abcès n'ayant point son siége dans ce tissu, celui-ci n'a pu être détruit en entier. Si maintenant on réfléchit à ce qui se passe dans de pareils abcès qui, comme le vôtre, ont plus de huit mois d'existence, c'est-à-dire à la formation de flocons albumineux qui tapissent l'intérieur de la poche, à la formation quelquefois de véritables pseudo-membranes qui doublent, triplent même l'épaisseur de ces parois par leur addition, tout le monde reste convaincu que votre injection n'a rien eu de commun avec le péritoine, qu'elle n'a été en contact avec lui par aucun point. J'avais donc raison de dire que vous aviez forcé les faits pour arriver à la priorité d'idée d'innocuité des injections iodées dans le péritoine.

Savez-vous, mon cher confrère, quel est le premier fait qui a pu donner l'idée de l'innocuité de la solution sur le péritoine? C'est la première injection iodée portée dans une hydrocèle du cordon. Là la solution iodée a été mise en contact avec un prolongement péritonéal; or ce fait ne vous appartient pas, et, pour être juste, vous auriez dû lui restituer la priorité d'idée et non vous l'octroyer sans fondement aucun.

J'espère maintenant, mon cher confrère, que notre question a été pleinement élucidée, les faits et les dates placés dans leur vrai jour. Je viens de faire à chacun, en règle et avec justice, la part qui lui revient. On ne m'accusera pas de m'être réservé celle du lion. Je pense ensuite avoir pleinement et entièrement justifié ma lettre insérée le 30 août dernier dans la *Gazette des Hôpitaux*.

ABEILLE.

Chronique et nouvelles.

DES MALADES ADMIS DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

Il y a quelques jours, plusieurs journaux quotidiens annonçaient à tort une augmentation dans la mortalité, qui, ainsi que nous l'avons démontré, n'a rien de réel. Avant-hier, nous lisions dans les mêmes journaux une note qui n'est pas plus exacte.

« Depuis quelques jours, disait cette note, les cas de folie instantanée sont extrêmement fréquents et les maisons spécialement affectées au traitement des aberrations de l'intelligence sont littéralement encombrées de malades. On signale aussi l'apparition d'une affection épileptiforme non encore décrite par la nosographie. Les accès dont on est souvent saisi sur la voie publique sont de courte durée, et ce qui les caractérise principalement, c'est une perte momentanée de la mémoire. Beaucoup de personnes recueillies en cet état par les agents chargés de veiller à la sécurité publique n'ont pu indiquer leur domicile qu'après un temps fort long. »

Suit une histoire plus ou moins exacte et qui dans tous les cas n'aurait rien que de très ordinaire si le fond en était parfaitement vrai. Nous n'avons pas besoin de dire que l'affection épileptiforme non décrite encore dans la nosographie est une invention de quelque mauvais plaisant qui aura abusé de la crédulité de l'auteur de la note.

Quant à cette assertion plus grave que les établissements d'aliénés seraient littéralement encombrés, elle est tout à fait inexacte : non-seulement ces établissements ne sont point encombrés, mais encore dans tous ceux que nous avons pu visiter, le nombre des admissions pendant le mois de septembre a été inférieur à ce qu'il a été pendant les six mois précédents.

Pour ne citer que les deux grands établissements publics de Bicêtre et de la Salpêtrière, voici dans quelle proportion les admissions ont eu lieu depuis le mois de mars jusqu'à ce jour.

Du 1er mars jusqu'au 31 août, ont été admis dans la section des aliénés de

Bicêtre.	377
De la Salpêtrière.	420

C'est-à-dire qu'il est entré par mois, en moyenne, 63 malades aliénés à Bicêtre et 73 à la Salpêtrière, ou un peu plus de deux par jour.

Du 1er au 26 septembre inclusivement, il est entré :

A Bicêtre..	43 aliénés.
A la Salpêtrière.	47 —

C'est-à-dire moins de deux malades par jour. Nous désirons que cette rectification mette nos confrères de la grande presse en garde contre des renseignements dont la source ne leur est pas parfaitement connue et qui peuvent jeter inutilement l'alarme dans une partie de la population.

Par décret du président de la République du 12 septembre 1851, M. Simon a été nommé chirurgien aide-major commissionné au 22e régiment d'infanterie légère, en remplacement de M. Michel, démissionnaire.

— L'empereur Nicolas vient de décerner le grade de commandeur de l'ordre de Sainte-Anne à M. le docteur Seutin. C'est avec un orgueil bien légitime que le corps médical belge tout entier a vu cette récompense honorifique accordée à son grand chirurgien. Sur la prière de l'autocrate, M. le docteur Seutin se rend en ce moment à l'armée du Caucase. (*Presse méd. belge.*)

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 114. — JEUDI 2 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 114. — JEUDI 2

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1851.

Séances des Académies.

Un rapport de M. Gaultier de Claubry sur les fièvres paludéennes et une lecture de M. Boinet sur les injections d'iode dans les abcès par congestion ont occupé utilement une partie de la séance d'hier à l'Académie de médecine. Mais c'est surtout le rapport de M. Gibert sur l'hydrothérapie qui a été le travail important de la séance. Nous publions aujourd'hui textuellement cet intéressant rapport, qui traite des principes généraux de la méthode hydrothérapique et de toutes ses applications. Ce sujet étant non-seulement à l'ordre du jour, mais encore de la plus haute importance pratique nous laisserons à notre savant collaborateur M. Fleury, plus versé que nous dans l'étude de cette question, le soin d'apprécier les principes émis par l'honorable secrétaire de l'Académie.

— L'Institut continue à chômer sous le rapport médical, et nous dirions presque sous tous les rapports ; car depuis quelque temps la séance se lève presque aussitôt après le dépouillement de la correspondance.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Observations et réflexions sur le sycosis.

Dans ses conférences cliniques, M. Cazenave a appelé l'attention de ses auditeurs sur deux observations très curieuses. Voici la première ; nous donnerons la seconde dans un de nos prochains numéros.

Au n° 48 de la salle Napoléon est couché le nommé Th... (Jean), âgé de trente ans, ébéniste, marié, admis à l'hôpital Saint-Louis le 10 juin 1851.

D'une bonne constitution, Th... n'a jamais eu de maladies graves. A l'âge de dix-neuf ans, il contracta une blennorrhagie qui guérit complétement au bout de deux mois. Depuis la même époque il éprouva de fréquents maux de gorge, surtout pendant la saison chaude.

Sans aucune cause appréciable, Th... remarqua, environ trois semaines avant son entrée à l'hôpital, de petites rougeurs vers la partie moyenne et supérieure du cou; en même temps quelques petits boutons pleins et rouges ont paru sur la joue droite; c'est surtout pendant les huit jours qui ont précédé son entrée dans le service que les boutons existants ont considérablement grossi et qu'il s'en est montré un grand nombre tout autour de la mâchoire inférieure. Le malade ressentit alors quelques douleurs assez vives, et même un peu de fièvre ; il eut des phénomènes d'angine et quelques aphthes dans la bouche.

Aujourd'hui on remarque les symptômes suivants :

A la gorge, on ne voit rien autre chose qu'un peu de rougeur des piliers et du pharynx ; les amygdales ont leur volume normal.

L'éruption occupe la région sous-hyoïdienne en entier et se prolonge des deux côtés vers les branches maxillaires, mais sans les dépasser et sans empiéter sur la face.

Elle consiste dans un assez grand nombre de nodosités qui, au toucher, sont dures, résistantes et semblent plonger assez profondément dans le tissu sous-cutané ; elles sont surmontées de saillies d'un rouge assez vif, et dont la largeur et l'étendue sont beaucoup moindres que celles des nodosités. Au sommet de ces élevures, on distingue très bien des pustules jaunâtres, petites, acuminées.

Au voisinage de ces nodosités globuleuses, la peau présente une roideur particulière ; et encore ce dernier phénomène a-t-il considérablement diminué depuis l'entrée du malade dans le service ; auparavant il était si prononcé qu'il gênait la déglutition.

Sur la plupart de ces élevures rouges, semées au milieu de la barbe, on remarque que le centre est couvert d'une petite croûte d'un jaune grisâtre, assez dure, qui n'adhère pas intimement aux points qu'elle recouvre, mais qui est traversée par quelques poils que l'on arrache en voulant enlever la croûte. Les poils de la barbe semblent baignés d'un liquide, et les cataplasmes que l'on a appliqués sur les points malades étaient retirés tachés çà et là de pus.

Une plaque croûteuse, presque continue, oblongue, de la grandeur de plusieurs centimètres, existe sur la joue droite à la partie la plus reculée de cette région.

N. B. — 9 juillet 1851. Après un traitement qui a consisté surtout en une tisane amère, en cataplasmes de fécule, en bains de vapeur, Th... sort complétement guéri.

— Ce fait présente quelques circonstances intéressantes au point de vue de la nature et du pronostic du sycosis.

Le malade dont il s'agit est atteint, en effet, d'un sycosis parvenu à l'état tuberculeux. Mais, tout d'abord, peut-on ici, comme pour les affections papuleuses, tirer de la forme même de l'éruption, de son siége anatomique, des considérations précises, des déductions rigoureuses par rapport à la connaissance de la nature de la maladie et de son traitement? Non ; car si le sycosis appartient au groupe des affections pustuleuses, celles-ci n'offrent pas entre elles, comme les éruptions papuleuses, une identité élémentaire constante. Réunies en un type commun, pour les besoins de la science diagnostique des affections de la peau, au point de vue des lésions élémentaires, ces maladies pustuleuses diffèrent cependant assez pour qu'on ait pu admettre plusieurs espèces de pustules : les *achores*, les pustules *psydraciées*, les pustules *phlyzaciées*, les *favi*.

Les *achores* ne sont pas, à proprement parler, des pustules, en ce qu'elles ne contiennent pas un liquide purulent ; elles ne sont pas non plus des vésicules séreuses ; enfin, elles ne présentent pas les caractères des pustules vésiculeuses de l'*eczéma impétigineux*. Constituant une maladie à part, que l'on pourrait appeler l'impétigo de la première enfance, elles se présentent avec une physionomie qui leur est propre, avec des caractères spéciaux. Elles consistent dans des soulèvements distendus par un liquide plus visqueux que celui de l'eczéma, même impétigineux, moins épais que celui de l'impétigo, et qui offrent l'aspect de pustules blanchâtres, si l'on peut dire ainsi.

Quant aux *favi*, ce sont des pustules spéciales, ou plutôt aujourd'hui nous savons que ce ne sont nullement des pustules dans l'acception du mot, puisqu'ils ne contiennent pas de pus, mais sont formés par une sécrétion particulière, une concrétion spéciale dont la nature même est aujourd'hui discutée.

A vrai dire, il n'y a donc que deux espèces de pustules : les *psydraciées*, petites, saillantes ; les *phlyzaciées*, plus larges, superficielles, entourées d'une aréole plus marquée. Mais cette division repose évidemment sur des données de forme qui ne peuvent rien signifier quant aux maladies que ces pustules caractérisent, à l'*impétigo*, à l'*ecthyma* et aux *affections des follicules sébacés ou pilifères*. Le point important de la question serait l'étude des phénomènes de la formation même des pustules, étude qui est loin d'être complète, malgré les travaux que l'on a pu faire dans ce sens. Si l'importance de ces recherches est moins grande peut-être pour l'impétigo et l'ecthyma, il n'en faut pas dire ainsi des affections qu'Alibert avait décrites sous le nom générique de *varus*, et qui constituent pour nous certaines affections folliculeuses, le sycosis et le groupe de l'acné. Ces maladies sont loin encore d'avoir dit tous leurs secrets, et les découvertes mêmes dont s'enrichit chaque jour leur histoire ne laissent aucun doute à cet égard.

Il faut bien se rappeler, pour ce qui est du sycosis, que la formation de la pustule dans cette affection a pu être assez obscure, du moins en apparence, pour qu'on ait révoqué en doute l'existence même de cette lésion élémentaire. Ce point a donné lieu à d'assez vives controverses qui ont aujourd'hui perdu de leur intérêt, et M. Cazenave reconnaît qu'à bien dire le sycosis n'est ni une maladie purement pustuleuse comme l'ecthyma, ni une affection franchement tuberculeuse. Cependant, si l'on ne sait pas encore ce que c'est que la pustule du sycosis, le rôle qu'elle joue dans cette maladie, il y a dans la marche de celle-ci deux points qui sont bien évidemment indéniables : c'est que, d'une part, la pustule est évidemment le symptôme primitif, et que, de l'autre, l'état tuberculeux n'est qu'un phénomène secondaire.

Si l'on examine ce qui s'est passé chez le malade actuel, on voit des croûtes qui ont évidemment succédé à des points pustuleux ; on a recueilli du pus provenant de pustules excoriées ou vidées ; enfin, on voit manifestement des points purulents qui accusent l'existence actuelle d'un certain nombre de pustules encore intactes.

L'observation a démontré que, dans tous les cas de sycosis, l'éruption débute toujours et peut continuer même pendant longtemps par l'apparition successive, périodique même de pustules, petites, assez douloureuses parfois pour donner un accès de fièvre, comme dans le fait de T..., pustules qui

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE
DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

ART. III. — *Fractures des os du bassin.*

Six pièces sont relatives aux fractures du bassin, nos 11, 11 *a*, 12, 13, 14, 15 ; les deux premières sont des exemples rares de fractures incomplètes des os plats, et seront rappelées au commencement de l'article suivant, dans lequel je résumerai toutes les pièces qui nous offriront un exemple de cette variété de fractures ; les deux dernières, nos 14 et 15, sont des perforations osseuses par balle incrustée dans une cavité sans avoir fait éclater l'os; enfin les nos 12 et 13 nous offrent des fractures avec grand fracas des os des îles; la fracture n° 13, qui est consolidée, a déterminé une difformité considérable du bassin et rétréci particulièrement le diamètre transverse; il est même difficile de comprendre comment une fracture avec des désordres aussi considérables a pu se consolider. C'est un exemple heureux des efforts salutaires de la natnre. Nous ne trouvons pas sur ce bassin d'exemple de fracture du pubis et de l'ischion; mais nous remarquons sur les pièces 11 *a* et 12 deux fractures du sacrum ; la première cst multiple, le sacrum est littéralement broyé. Sur la seconde, n° 12, la fracture est transversale, sans grand écartement. Je note avec soin ces deux fractures, à cause de leur rareté cxcessive qu'a signalée M. Malgaigne; sur 2,358 blessés de l'Hôtel-Dieu, elle n'aurait été observée qu'une seule fois. Les nos 11 et 11 *a*, en outre de leur importance sous le point de vue de la fracture incomplète, qui peut être regardée comme produite secondairement et non pas être le résultat d'un choc direct, doivent encore nous intéresser, en ce qu'elles appartiennent à l'espèce de fracture que M. Malgaigne a décrite sous le nom de fracture double verticale des os du bassin, et chacune nous offre un exemple des deux variétés qu'il a admises. Sur le n° 11, la fracture antérieure occupe la branche horizontale et la branche descendante du pubis, et la postérieure est en arrière de l'articulation coxo-fémorale. Sur le n° 11 *a* la fracture a porté sur le sacrum, en même temps qu'il y a eu diastasis de la symphyse sacro-iliaque, comme M. Gerdy en a rapporté un exemple.

N° 11 (M. Gariel). Cet os iliaque qui est du côté gauche appartient à un jeune homme de seize à dix-huit ans, qui tomba d'un second étage et mourut presque immédiatement. La branche horizontale du pubis et ascendante de l'ischion a été complétement séparée du reste de l'os ; elle a même été perdue. En arrière, près de l'articulation sacro-iliaque, il existe une fracture verticale incomplète du côté de la fosse iliaque interne, et complète au contraire du côté de l'externe, où les bords de la fracture sont écartés de 2 millimètres ; l'os a été plié de dehors en dcdans ; la fracture s'étend verticalement de la crête iliaque à l'échancrure ischiatique. Sur ce même enfant il existait une fracture incomplète de la branche verticale de la mâchoire inférieure. On en trouvcra l'observation publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique.*

N° 11 *a* (M. Laugier). Cette pièce a été trouvée sur une femme de vingt-cinq ans qui se précipita d'un quatrième étage. Elle nous offre un nombre considérable de lésions diverses que je rappellerai à l'occasion de chacune d'elles en particulier : 1° la première vertèbre lombaire est transversalement fracturée à la partie moyenne de son corps, ainsi que les apophyses articulaires inférieures; 2° le sacrum est le siége de plusieurs fractures; à gauche existe une fracture longitudinale qui suit le côté externe des trous sacrés antérieurs; elle a complétement détaché un fragment volumineux qui a été entraîné en bas par le muscle pyramidal. A droite, on voit une fracture oblique de haut en bas et de dehors en dedans qui a séparé du reste de l'os la partie qui est au-dessous du quatrième trou sacré. Ce fragment ne tient plns que par quelques fibres appartenant au grand ligament sacro-sciatique. 3° Les symphyses sacro-iliaques sont disjointes; celle de droite dans une plus grande étendue; le ligament antérieur est presque complétement déchiré, et les surfaces articulaires chevauchent légèrement. 4° Les deux os iliaques sont fracturés verticalement en arrière de l'articulation coxo-fémorale; sur les deux os la fracture s'étend de la crête iliaque à l'échancrure sciatique; à gauche, la fracture est complète. Sur le côté droit la fracture est *incomplète* ; comme dans la pièce précédente, elle n'occupe que la table externe de l'os, et va se terminer en haut à 3 centimètres de la crête iliaque. 5° L'articulation coxo-fémorale gauche sur cette pièce est luxée, la capsule en arrière est largement déchirée, le ligament rond est rompu ; la tête osseuse a passé entre le bord inférieur du pyramidal et le muscle obturateur interne, et se trouvait placée immédiatement au-dessous du grand fessier, un peu au-dessous de l'épine sciatique. Le col du fémur était étranglé par le muscle pyramidal. Il m'a paru que nous avions affaire ici à la variété que MM. Gerdy et Sanson ont désignée sous le nom de luxation en bas, quoique la tête osseuse ne repose pas encore directement sur la tubérosité de l'ischion.

N° 12 (Richerand). Fracture multiple des os du bassin, avec disjonction des articulations. Ces lésions ont été produites par une roue de voiture pesamment chargée. Le malade a vécu deux mois et demi après l'accident.

Articulations. La symphyse pubienne, complétement disjointe, présente un écartement de 6 millimètres supérieurement, 4 inférieurement ; il y a en même temps un peu de chevauchement ; le pubis droit est un peu plus élevé. Les deux symphyses sacro-iliaques sont également disjointes, et le sacrum a éprouvé un mouvement dc bascule d'avant en arrière et de haut en bas qui a porté son sommet et le coccyx en avant.

Os iliaque et sacrum. A gauche, l'os iliaque est complétement séparé du pubis et de l'ischion par une fracture qui, partant en avant de l'éminence iléo-pcctinéc, traverse le fond de la cavité cotyloïde.

A droite, l'éminence iléo-pectinée est comminutivement fracturée. Une ligne de cette solution dc continuité s'étend jusque dans le

(1) Voir les numéros des 11, 18 et 25 septembre.

n'y avais re...ement d'ailleurs, pour se reproduire incessamjeune C...squ'à ce que l'état tuberculeux commence. L'étude physiologique des faits vient à l'appui de l'observation clinique.

En effet, le sycosis est une inflammation du conduit pilifère, et l'on comprend que l'inflammation, assez superficielle d'abord, se traduise d'emblée par l'élément pustuleux, et qu'à mesure qu'elle pénètre dans le conduit et se communique aux tissus sous-jacents, elle détermine un empâtement plus ou moins considérable, et enfin des indurations tuberculeuses qui peuvent se développer et se continuer indéfiniment. L'état tuberculeux est donc nécessairement secondaire, et, de plus, il accuse presque toujours aussi l'ancienneté de la maladie.

En effet, quand le sycosis se présente à l'état tuberculeux, surtout tant soit peu avancé, le plus ordinairement il existe depuis longtemps déjà, et cette transformation ne s'est opérée que graduellement et avec lenteur. Cependant il peut arriver, sous des influences au moins très difficilement appréciables, que la période pustuleuse passe au contraire très rapidement, et que le sycosis affecte de bonne heure la forme tuberculeuse. Le malade qui est le sujet de ces réflexions en serait un exemple assez remarquable. En effet, il y a trois semaines à peine que T... s'est aperçu des premiers symptômes de son mal, et, s'il est permis de supposer qu'il a pu laisser passer inaperçus quelques-uns des symptômes pustuleux, cependant il n'est pas commun de voir l'état tuberculeux parvenir en aussi peu de temps au degré d'intensité où nous le voyons chez ce malade. Le plus souvent cet état ne se développe que peu à peu, et quand on l'observe aussi étendu, aussi prononcé, le plus ordinairement la maladie date déjà de loin.

M. Cazenave fait remarquer que, si l'on exagérait par la pensée le nombre, l'étendue, la grosseur des nodosités que l'on voit chez Th..., on arriverait facilement à se rendre compte des descriptions souvent effrayantes que les anciens ont laissées de la *mentagre*. S'il n'y a pas ici ces déformations hideuses dont parle Pline, on peut déjà apprécier un certain désordre apporté dans l'ensemble des traits du malade.

Quoi qu'il en soit, Th... offre un curieux exemple de la rapidité exceptionnelle avec laquelle le sycosis peut passer à l'état tuberculeux. Cette circonstance tient-elle à des conditions individuelles? Cela est au moins très probable, bien que dans l'espèce la constitution du sujet n'accuse rien d'anormal qui permette cette supposition. M. Cazenave insiste sur ce point qu'il faut être bien prévenu de la possibilité de cette exception au point de vue et du diagnostic et du pronostic surtout.

Ainsi, il semblerait que le sycosis tuberculeux dût constituer une forme particulière grave et rebelle. Eh bien, l'expérience a démontré qu'il était plus facile d'avoir raison de ces nodosités en apparence effrayantes que de triompher de l'état pustuleux compliqué d'indurations peu marquées. Le malade qui est le sujet de ces réflexions doit fournir la preuve de cette proposition toute pratique. M. Cazenave n'hésite pas à dire que très probablement les nodosités si considérables dans l'espèce céderont assez facilement à un traitement approprié, et céderont d'autant plus promptement que l'élément tuberculeux domine davantage.

N. B. — Le traitement a consisté dans l'emploi d'une tisane amère, dans l'application de cataplasmes émollients (fécule de pommes de terre et eau de guimauve), dans l'administration de bains de vapeur. Le malade est sorti guéri après un mois de traitement. M. CHAUSIT.

MÉTHODE HYDROTHÉRAPIQUE.

RAPPORT FAIT PAR M. GIBERT SUR PLUSIEURS TRAVAUX ADRESSÉS A L'ACADÉMIE ET RELATIFS A L'HYDROTHÉRAPIE.

Messieurs,

Lorsqu'un médecin allemand, le docteur Wertheim, vint, il y a plus de dix ans, importer en France une méthode thérapeutique déjà célèbre et assez répandue dans le Nord, c'est à votre savante compagnie qu'il crut devoir adresser d'abord (par la voie ministérielle) l'exposé des bases scientifiques de cette méthode.

Le rapporteur chargé à cette époque de l'examen du travail de M. Wertheim, se défiant, non sans raison, de ces importations germaniques qui déjà nous avaient valu les jongleries du magnétisme, et les rêveries et les mystifications de l'homœopathie, dut montrer beaucoup de réserve et même quelque sévérité dans l'appréciation de procédés thérapeutiques dont l'agent principal, l'eau pure, n'offrait assurément à la première vue rien de bien neuf ni de bien remarquable.

Loin de se laisser abattre par un échec, que les circonstances pouvaient suffisamment expliquer, M. le docteur Wertheim, plein d'une foi juvénile dans une méthode dont il avait pu étudier en grand les effets à Graeffenberg, vint à l'hôpital Saint-Louis me prier d'ouvrir un refuge à l'hydrothérapie.

Depuis longtemps déjà, grâce aux leçons et aux exemples de M. Récamier, mon premier maître, et de mon célèbre prédécesseur Alibert, je m'étais familiarisé avec l'usage interne et externe de l'eau froide. Je l'appliquais habituellement en douches ascendantes aux maladies de l'utérus, en lotions et en compresses à diverses maladies cutanées. Aussi je n'hésitai point à accueillir la demande de M. Wertheim.

Nous retirâmes d'incontestables avantages des procédés hydrothérapiques, tant contre les affections rhumatismales que contre les maladies de la peau.

D'autres, après nous, et notamment le M. docteur Gillebert-d'Hercourt, aujourd'hui directeur d'un établissement hydrothérapique à Lyon, le docteur Lubanski à Pont-à-Mousson, le professeur Scoutteten à Metz, le docteur Guettet à l'abbaye de Saint-Seine, près Dijon; les docteurs Robert-Latour, Couttolenc, et un grand nombre de praticiens de Paris dans l'établissement d'Auteuil dirigé par M. Monchez....., appliquèrent avec succès l'hydrothérapie au traitement des scrofules, de la syphilis, des névroses, et de beaucoup de maladies chroniques indéterminées, dans lesquelles la perturbation et le renouvellement des humeurs, le rétablissement de toutes les excrétions (surtout de la transpiration cutanée), l'impulsion fortifiante, et, pour ainsi dire, rajeunissante, provoquée par les procédés hydrothérapiques, opéraient les changements les plus avantageux, portés quelquefois jusqu'à une guérison complète et durable.

Dès lors, cette méthode prit droit de domicile en France, et elle y est aujourd'hui assez connue pour que, négligeant son histoire générale, son origine, son développement, ses théories et ses procédés, nous nous restreignions à un simple compte-rendu des travaux adressés à l'Académie par quelques-uns des médecins que nous venons de nommer.

Ne négligeons cependant pas de faire remarquer, à l'honneur de la méthode, qu'elle a été adoptée et mise en pratique par beaucoup de médecins honorables, et que, bien différente de l'homœopathie, elle n'a jamais revêtu les livrées de l'ignorance ou du charlatanisme.

N'oublions pas non plus de mentionner l'une des conditions les plus importantes dans tout établissement hydrothérapique, condition si bien remplie à Graeffenberg et qui a tant contribué aux succès de Priessnitz, c'est l'abondance, la pureté et une température basse constante de l'eau employée, condition qui généralement ne peut être obtenue que dans les établissements où existent des sources d'eau vive.

L'une des affections sur lesquelles les procédés hydrothérapiques ont l'action la plus puissante et la plus décisive, c'est sans contredit le rhumatisme chronique.

M. le docteur Guettet, qui dirige avec autant de conscience que de talent un établissement célèbre à Saint-Seine, près Dijon (Côte-d'Or), vous a adressé un mémoire qui contient huit observations remarquables de rhumatisme chronique et invétéré guéri par l'hydrothérapie. Le détail des observations est précédé de remarques générales sur l'emploi des divers procédés qui composent la méthode.

L'auteur tire de l'ensemble du mémoire les conclusions suivantes:

1° Les rhumatismes chroniques guérissent généralement par la médication hydriatique.

2° La partie essentielle de ce traitement appliqué au rhumatisme consiste dans la sudation et la douche locale. La réunion de ces deux moyens produit les meilleurs effets.

3° La douche locale sans sudation produit de bons effets, mais ne doit être employée seule que lorsque quelque circonstance individuelle vient contre-indiquer la sudation.

4° Les douches générales sous forme de nappe ou de pluies diverses, les lotions, les frictions au drap mouillé, les bains de pieds, les bains de siége, la ceinture humide sont d'utiles adjuvants.

5° Les écarts de régime peuvent amener des récidives.

Mais ce n'est point seulement dans les maladies chroniques que l'hydrothérapie a été conseillée et appliquée avec succès par un assez grand nombre de praticiens.

Le fondateur de la méthode, Priessnitz (auquel l'emploi de tout médicament est interdit), n'a pas craint de traiter, et souvent avec un heureux résultat, un grand nombre de maladies aiguës et fébriles par ses procédés ordinaires de sudation et d'application variée de l'eau froide administrée concurremment à l'intérieur et à l'extérieur.

Par l'entremise de notre savant collègue M. le docteur J. Guérin, l'Académie a reçu la traduction d'un rapport officiel adressé au ministre de l'instruction publique en Prusse, par M. le docteur Hallmann, sur la nécessité d'établir à Berlin un service hydrothérapique pour le traitement des affections aiguës.

Ce rapport se compose de deux parties :

La première comprend les observations scientifiques recueillies dans un voyage à Graeffenberg et autres établissements hydrothérapiques, exécuté en 1844 aux frais du ministère de l'instruction publique.

La seconde est une sorte de parallèle établi entre la nouvelle méthode et les médications ordinaires.

La soustraction directe du calorique comme remède essentiellement antiphlogistique et la provocation facile des sueurs critiques, tel est le double point de vue sous lequel l'auteur du rapport a cru devoir envisager l'action efficace de l'hydrothérapie dans les fièvres et les inflammations. Il semble admettre qu'il est possible à un médecin habile et expérimenté de substituer généralement cette méthode à l'emploi coûteux, et sujet d'ailleurs à tant d'inconvénients, de la saignée et des sangsues... du moins pense-t-il que tel est le but que doit se proposer aujourd'hui l'hydrothérapie.

On pourrait jusqu'à un certain point invoquer à l'appui de cette thèse le mémoire d'un autre médecin distingué, ancien élève de nos hôpitaux, M. le docteur Padioleau, de Nantes, sur l'heureuse influence de l'eau en affusions dans les maladies aiguës et dans les affections nerveuses.

Les affusions tièdes ou froides sont un mode d'application de l'eau qui diffère des procédés ordinaires de la méthode hydrothérapique, et qui est antérieur, comme on sait, d'un assez grand nombre d'années aux expériences de Priessnitz.

« A part les médications spécifiques, dit M. Padioleau, il est peu d'agents thérapeutiques qui procurent au médecin des succès plus décisifs que l'eau, soit en lotions, soit en affusions, quand il est assez heureux pour en saisir parfaitement les indications. »

C'est à l'école de M. Récamier que M. Padioleau a puisé, comme moi, les premiers éléments de ce procédé thérapeutique. Il cite les médecins allemands, anglais et français qui, depuis le commencement du siècle dernier, ont soumis à de nouvelles expériences l'application de l'eau pure, vantée dès la plus haute antiquité; il mentionne notamment le mémoire adressé en 1820 à l'Académie de Berlin par le docteur Froelich, doyen de la Faculté de Vienne. Ce savant démontre, dans un travail fruit de trente-cinq années de pratique, que le

---

fond de la cavité cotyloïde, qui présente un écartement et établit une communication entre cette cavité et le petit bassin. Le sacrum est divisé en travers à l'union de la quatrième avec la cinquième pièce; l'écartement des lèvres de la fracture est peu considérable, et le coccyx s'est porté en avant.

N° 13 (Breschet). Cet os iliaque du côté droit a été le siége d'une fracture comminutive très étendue, et qui s'est parfaitement consolidée avec une déformation considérable de la cavité cotyloïde, et par suite de la cavité pelvienne. Il est à peu près impossible aujourd'hui, que la consolidation est complète, d'apprécier d'une manière exacte la direction de la fracture. Le fond de la cavité cotyloïde est fortement déjeté en dedans, et se trouve perforé dans le centre. La tête du fémur, plus volumineuse qu'à l'état ordinaire, est allongée, fusiforme, et la fosse iliaque externe présente de nombreuses aspérités, dont une, plus volumineuse, pédiculée, semble formée par une portion du grand trochanter qui, étant complètement séparé de cet os, est venu se souder à l'os iliaque.

N° 14 (Dupuytren). Sur cet os iliaque du côté droit, on observe sur la face externe de la crête iliaque, à 6 centimètres de l'épine antérieure et supérieure, un excavation dans laquelle est logée une balle d'assez gros calibre; la table interne de l'os ilaque est à jour dans une assez grande étendue; mais il me paraît intéressant de noter la disposition suivante, qui se retrouve également sur la pièce n° 15, mais à un moindre degré, c'est que la partie la plus profonde du trajet qu'a parcouru la balle en est aussi la partie la plus évasée, et le projectile se trouve mobile.

N° 15. Sur ce bassin, qui vient de l'ancienne Académie de chirurgie, on observe, à la partie postérieure du sacrum, au niveau du troisième trou sacré droit, une balle d'un petit calibre qui s'est logée en grande partie dans l'épaisseur du tissu spongieux de cet os. Toute la portion du sacrum qui avoisine ce corps étranger présente une grande irrégularité et de nombreux pertuis qui sont l'indice de l'extrême vascularisation de l'os. Ce caractère, qui est de la plus grande importance, et sur lequel M. le professeur Gerdy a un des premiers insisté, est très commun dans les lésions des os, et témoigne de l'extrême facilité avec laquelle ils sont susceptibles de s'enflammer.

ART. IV. — *Fractures de la tête.*

La collection de ces fractures est considérable, et nous offre de nombreuses variétés. Avec M. le professeur Denonvilliers, je les diviserai en plusieurs espèces, savoir :

1° Fractures linéaires de la voûte crânienne;
2° Solutions de continuité de la voûte du crâne par instrument tranchant;
3° Fractures de la voûte du crâne avec enfoncement;
4° Fractures de la voûte du crâne avec perte de substance ou avec grand fracas;
5° Écartement des sutures;
6° Fractures de la base du crâne;
7° Fractures du crâne anciennes et guéries;
8° Fractures des os de la face.

Avant d'entrer dans la description de chacune de ces pièces en particulier, il m'a paru utile de résumer ici, dans quelques généralités, tous les exemples de fractures incomplètes que possède le Musée, le crâne étant un des os sur lequel on les a le plus fréquemment observées.

Fractures incomplètes. La fracture incomplète est celle qui est limitée à une portion de l'épaisseur de l'os. M. Cruveilhier se pose cette question : En existe-t-il? Il admet leur possibilité pour les os du crâne, sans toutefois donner de grands détails sur cette lésion, qu'il considère comme rare pour les os longs, et il pense qu'on ne l'a observée que chez les jeunes sujets, chez lesquels la flexibilité joue encore un assez grand rôle dans la résistance du tissu osseux. Aujourd'hui cette lésion bien connue a été observée sur les os longs, les os plats et les os courts, et c'est précisément parce que le Musée nous offre des exemples de chacune de ces variétés que j'ai cru devoir les réunir. Avec M. le professeur Malgaigne, je les distinguerai en deux espèces : A les fissures; B les fractures incomplètes proprement dites, parmi lesquelles il place les fractures esquilleuses et les perforations des os.

A. *Fissures ou fêlures des os.* Il existe dans la collection du Musée Dupuytren six fêlures incomplètes des os de la voûte crânienne, et, parmi les os plats, les os du crâne sont ceux sur lesquels ces fissures ont été primitivement et le plus souvent observées; elles ont été décrites et reconnues dès l'époque d'Hippocrate. Elles ne sont pas généralement seules, elles sont le plus souvent accompagnées d'autres fractures; c'est ce qui explique pourquoi elles n'ont pas été réunies en un seul groupe. De ces fêlures, trois occupent la table interne seulement; ce sont les n°s 22, 23 et 37. La fêlure du n° 22 occupe le coronal et la partie antérieure du pariétal droit; elle a 8 centimètres de long.

Celle du n° 33 siége également sur le pariétal droit; mais elle a ceci de remarquable, c'est qu'elle occupe la partie centrale d'une portion ovalaire du pariétal, qui a été presque circulairement détachée du reste de l'os; cette pièce a été donnée par M. le professeur J. Cloquet en 1823.

Les trois fêlures qui occupent la table externe sont les n°s 17, 19 et 21. Elles siégent toutes trois sur le pariétal gauche; il est à remarquer que dans toutes ces pièces l'épaisseur des os est peu considérable et par suite la couche du diploé est très mince; M. Denonvilliers, dans le *Compendium de chirurgie*, a donné une très bonne explication du mécanisme par lequel se produisent ces fractures.

Je terminerai ce qui est relatif aux fissures incomplètes des os plats en rappelant la pièce n° 6, qui nous présente, avec une fracture complète et transversale du sternum, une fêlure longitudinale de cet os d'une étendue peu considérable.

Les fêlures des os courts sont beaucoup plus rares; on en a signalé pour la rotule; Paletta en cite une sur la vertèbre dorsale observée sur un homme de trente-cinq ans; c'était le corps de la troisième vertèbre qui était le siége de cette lésion; nous avons déjà vu que la pièce n° 2 nous présentait un exemple remarquable de ces fissures; elle est double en étendue du fait de Paletta, car elle occupe en hauteur le corps de deux vertèbres.

(La suite à un prochain numéro.)

premier et le principal remède des maladies aiguës est l'eau, soit en affusions, soit en lotions.

Le mode d'administration le plus familier à M. le docteur Padioleau est le suivant :

Le malade est plongé dans un bain tiède; puis, à l'aide d'un grand plat, on fait des affusions sur la tête, d'abord avec l'eau du bain, et successivement avec la même eau mélangée de moitié, puis des deux tiers d'eau froide, pendant un temps qui varie de trois, quatre à cinq minutes. Ces affusions peuvent être répétées plusieurs jours de suite, et trois ou quatre fois dans la même journée.

L'auteur préconise encore les affusions dans les affections nerveuses, et il cite plusieurs observations remarquables de vomissements opiniâtres (réfractaires à tous les autres moyens) guéris par ce procédé.

L'eau pure en boissons, lotions, applications, affusions, etc., a été de tout temps employée en médecine.

Hippocrate préconisait les lotions et les applications d'eau froide ou tiède mêlée de vinaigre dans presque toutes les douleurs fébriles; Galien recommandait l'eau froide comme le meilleur remède interne qu'on pût administrer aux fébricitants.

Dans des temps beaucoup plus rapprochés de nous, plusieurs praticiens éminents ont remis en vogue l'usage un peu tombé en dessuétude de l'eau froide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Giannini, à Milan, vantait l'immersion dans l'eau fraîche; Wright et Currie, en Angleterre, les lotions et les affusions; Reuss, après la bataille de Lutzen, arrosait ses malades avec un arrosoir de jardin, et les faisait frictionner avec des éponges mouillées; De Haen employait les ablutions, Gomez les lotions; Dimsdale, médecin de l'hospice des fiévreux de Londres, remplaçait les affusions par une douche en pluie, etc. Parmi tous ces praticiens, Currie se distingue par une application plus judicieuse et plus méthodique de l'eau froide à l'extérieur, méthode que notre maître, M. Récamier, a singulièrement propagée, étendue et perfectionnée, en même temps qu'il faisait aussi grand usage de l'eau pure et fraîche pour tout remède intérieur dans certaines maladies fébriles.

Mais, assurément, il serait injuste de voir dans ces pratiques le principe de la méthode hydrothérapique, dont les procédés variés et appliqués dans des conditions particulières constituent réellement un nouveau genre de médication (emmaillottement, sudation, bain d'immersion, douches, ceintures et compresses humides, bains de siége, de pieds, etc.).

M. le docteur Gillebert-d'Hercourt, qui dirige avec succès, à Lyon, le plus important de tous nos établissements hydrothérapiques, a résumé, dans un manuscrit qu'il a adressé à l'Académie, les principales preuves de ce point historique, en même temps qu'il a exposé avec une grande précision les bases scientifiques de la méthode hydrothérapique. De son côté, le docteur Hallmann (dans le rapport que nous avons cité plus haut) résume assez bien l'action thérapeutique de cette méthode, action qui n'est pas tout à fait la même, suivant qu'on l'envisage dans son application en grand dans les établissements spéciaux aux maladies chroniques, et dans son application usuelle et individuelle aux affections aiguës.

Comme le dit avec raison le docteur Hallmann, dans les établissements hydrothérapiques bien situés et bien dirigés toute la manière de vivre tend au rétablissement de la santé.

Un air vif et pur, la boisson de beaucoup d'eau fraîche, un régime nourrissant, mais simple et exempt de toute boisson stimulante, beaucoup d'exercice au grand air, et enfin l'emploi journalier des procédés hydrothérapiques proprement dits qui provoquent, rétablissent et entretiennent plus efficacement que tout autre moyen les fonctions de la peau, voilà un ensemble de conditions bien propres à fonder une cure hygiénique essentiellement favorable à la plupart des maladies chroniques. Dans les affections aiguës, la soustraction du calorique opérée par l'eau froide est un acte radicalement antiphlogistique et la provocation de la sueur est souvent un agent de crises salutaires. Ici le médecin peut agir avec succès dans toutes les circonstances possibles et n'a plus besoin de réunir toutes les conditions que l'on doit exiger dans un établissement hydrothérapique.

M. Gillebert-d'Hercourt, en analysant les effets de l'hydrothérapie, soit dans le traitement des maladies aiguës, soit dans celui des maladies chroniques, a bien soin de rappeler l'article *Scrofules* du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, dans lequel notre honorable collègue le docteur Bégin a si bien exposé les effets thérapeutiques de l'eau froide.

Un fait qui a frappé l'attention de tous les observateurs, que j'ai pu constater moi-même dans nos cures de l'hôpital Saint-Louis, où manquaient assurément la plupart des conditions qui viennent se joindre à l'usage de l'eau dans les établissements hydrothérapiques bien entendus, c'est la rapide amélioration de la santé générale et la restauration des forces et de l'embonpoint des sujets soumis à l'hydrothérapie.

« Les médecins, dit le docteur Gillebert-d'Hercourt, qui ont quelque peu fréquenté les établissements hydrothérapiques ont été universellement frappés par l'observation d'un phénomène très remarquable et qui est particulièrement sensible chez les gens épuisés par des souffrances longues et pénibles ou depuis longtemps en proie à quelque cachexie. Je veux parler de la prompte restauration des forces. »

L'auteur cite à cette occasion l'observation d'un malade atteint de cancer du gros intestin arraché par l'hydrothérapie à l'épuisement le plus radical et ayant ensuite offert pendant deux mois les signes les moins récusables d'un retour à la santé, au point que lui-même croyait sa guérison certaine, lorsque tout à coup une mort rapide produite par la perforation intestinale (due aux progrès incessants de l'ulcération cancéreuse) vint dissiper toutes les illusions....

Aussi M. Gillebert-d'Hercourt ne se borne pas, comme le docteur Hallmann, à indiquer les avantages et la facilité d'application dans les hôpitaux de la méthode hydrothérapique au traitement des maladies, mais encore il appelle l'attention de l'autorité sur l'immense bienfait qu'on répandrait sur la population des villes en instituant à la place de nos bains ordinaires des établissements hydrothérapiques *hygiéniques* où l'économie se joindrait à l'utilité pour l'entretien et la restauration de la santé du peuple.

Un autre médecin, M. le docteur Andrieux, de Brioude, a constaté sur lui-même les résultats si avantageux sous ce rapport de la méthode hydrothérapique. Forcé de quitter Paris pour se remettre des suites d'une affection de poitrine que ses amis regardaient comme très grave; mais que lui-même persistait à traiter de rhumatismale; et ayant été témoin de cures remarquables opérées dans l'établissement dirigé par le docteur Lubanski, il n'hésita pas de se confier lui-même aux ressources de l'hydrothérapie et il leur dut le rétablissement de sa santé. Plus tard, il fonda à Brioude un établissement hydrothérapique, où il dit avoir opéré des cures remarquables dans diverses maladies chroniques et notamment dans les maladies de la peau. Mais, pour éviter les ennuis et les longueurs des procédés ordinairement mis en usage pour obtenir la réalisation du premier temps de la méthode, c'est-à-dire la sudation, il a mis en usage un appareil particulier, et c'est surtout sur cette modification qu'il appelle l'attention des praticiens dans le mémoire qu'il vous a adressé.

L'appareil proposé par M. Andrieux consiste en une sorte de cerceau creux rempli d'eau bouillante, que l'on place en forme de pont au-dessus du malade préliminairement soumis à l'emmaillottement; on couvre ensuite d'une couverture de laine. Par ce moyen, on obtient en moins d'une demi-heure une transpiration abondante qui, par les procédés ordinaires, est souvent très difficile et très lente chez les sujets dont la peau est sèche et affaiblie.

Aujourd'hui, d'ailleurs, un certain nombre de praticiens, et notamment M. le docteur Wertheim, que l'on doit regarder comme l'introducteur de l'hydrothérapie en France, ont recours, dans les mêmes vues qui ont dirigé le docteur Andrieux, aux procédés communément employés dans les bains de vapeur à domicile pour opérer la sudation. Il ne paraît pas, comme on aurait pu le craindre d'abord, que cette manière brusque de provoquer la transpiration par l'application de la chaleur extérieure, soit moins avantageuse ou plus sujette à inconvénients que celle qui consistait seulement à développer la sueur par la concentration de la chaleur propre du corps emmaillotté de couvertures et couvert d'édredons.

— A la suite de ce rapport, des remerciments sont votés à MM. Guettet, Gillebert-d'Hercourt et Padioleau.

MÉMOIRE

Sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie chez les enfants;

Par MM. E. Barthez, médecin des hôpitaux de Paris, et Rilliet, médecin des hôpitaux de Genève.

(Suite — *Voir* le numéro précédent.)

§ I. *Congestion lobulaire, disséminée ou généralisée* (1).

Le poumon est, à l'extérieur, souple, mou et d'une couleur rose plus ou moins foncée. Il présente, disséminées par places, des taches d'un rouge violet de quelques millimètres à un ou deux centimètres d'étendue, circulaires ou allongées de haut en bas, isolées ou confluentes par places, surtout au bord postérieur, où elles siégent de préférence, bien qu'on en puisse trouver sur toutes les parties de l'organe. Elles sont, en général, mais non toujours, limitées par les intersections lobulaires, qui restent assez apparentes sur leur surface. Ces taches sont ou au niveau du reste de l'organe, ou légèrement déprimées. Elles donnent, sous le doigt, la sensation d'un corps solide, plein, plus compacte que les parties aérées et non crépitant comme elles. Quelquefois elles manquent à l'extérieur ou s'y font voir sur une très petite surface; mais le doigt sent des duretés plus ou moins profondes et volumineuses, donnant la sensation d'un noyau arrondi, solide et quelquefois assez résistant pour simuler des tubercules.

A la coupe, le poumon est marbré de gris-rose et de rouge-violet foncé. Les taches extérieures répondent aux parties foncées de l'intérieur, qui pénètrent plus ou moins profondément, tandis que d'autres sont tout à fait centrales. Toutes forment des noyaux d'engorgement qui sont ou légèrement déprimés au-dessous des parties plus roses du poumon, ou au même niveau qu'elles. Leur couleur est uniforme et non marbrée; leur coupe est lisse, leur apparence un peu moins spongieuse que celle du tissu sain. Elles résistent peu au doigt, qui les pénètre et les déchire assez facilement. Elles ne crépitent pas, et sont plus pesantes que l'eau.

L'insufflation modifie considérablement ces caractères. L'air pénètre avec facilité dans le tissu pulmonaire, le distend à peu près complétement, lui rend sa souplesse et sa couleur rouge-clair. Les parties malades sont redevenues crépitantes, plus légères que l'eau; la limite entre elles et les parties saines a disparu. Cependant, en examinant avec soin le tissu ainsi revenu à un état en apparence normal, on trouve plus de friabilité, ou, si l'on veut, moins de résistance à la pression que dans l'état sain. Quelquefois aussi le doigt, promené à la surface, sent des points plus solides que les autres, l'œil y découvre alors une portion moins spongieuse parfaitement justifiée que les voisines, et qui, sauf la couleur redevenue rosée, conserve la plupart des caractères qu'elle avait avant l'insufflation. Ces parties, isolées avec soin, plongent au fond de l'eau.

Lorsque la congestion est à son début, on trouve, au lieu de noyaux solides, des taches qui, sauf leur couleur violette, ont presque tous les caractères du tissu sain. Elles sont très spongieuses, crépitent, fournissent un liquide sanglant, aéré, surnagent sur l'eau, quel que soit le soin avec lequel on les isole. Le passage entre ce degré et le précédent est parfaitement établi par quelques-unes de ces taches qui, tout en conservant les caractères que nous venons de donner, sont cependant un peu déprimées et moins spongieuses.

Dans un degré plus avancé, les noyaux indurés se sont étendus et réunis; la lésion a envahi presque tout le bord postérieur, et se prolonge à l'intérieur du poumon en gagnant la racine des bronches par des prolongements irréguliers. Souvent un lobe presque entier ou même un poumon est envahi, sauf la partie antérieure.

Dans tous ces cas la surface est généralement d'un violet foncé. Quoique évidemment revenu sur lui-même, quoique moins volumineux et plus flasque que dans l'hépatisation lobaire, l'organe est cependant lourd, plein et gonflé. Les intersections lobulaires sont presque toujours apparentes et légèrement déprimées. Souvent cependant, au lieu d'être blanches, elles ont une coloration violette plus foncée que le reste du tissu. Tous ces caractères extérieurs peuvent être dissimulés par une pellicule pseudo-membraneuse.

A la coupe, le tissu est violet et présente sur une large surface des portions malades à divers degrés mélangées entre elles avec ou sans lobules sains intermédiaires, et limitées par des lignes brisées dues aux intersections lobulaires qu'on retrouve aussi sur toute la surface de la coupe. Celle-ci elle-même, non granuleuse, lisse, humide, laisse écouler par la pression du sang rouge-foncé, qui s'échappe pur et en assez grande abondance des vaisseaux et du parenchyme pour se mêler bientôt au mucus purulent qui sort des bronches.

Si l'on soumet à l'insufflation l'organe ainsi malade, on le voit se dilater considérablement et devenir rose presque partout à sa surface (1). La coupe fait voir que cette couleur claire s'est étendue à la plus grande partie de l'organe, dont quelques portions cependant, surtout au centre et souvent sur l'extrême limite du bord postérieur, ont pris seulement une couleur rouge-clair. Presque toujours alors (et nous insistons sur ce point) il est possible de trouver des portions assez étendues de tissu qui, bien qu'elles aient perdu leur couleur violette, ont cependant conservé tous les autres caractères du tissu malade.

La congestion lobulaire est très fréquente. Nous dirions volontiers que dans la broncho-pneumonie elle est, avec les altérations de sécrétion, la plus commune de toutes les lésions pulmonaires et bronchiques. Nous ajoutons que là où la congestion existe, on est à peu près certain de rencontrer aussi des traces de lésions bronchiques. C'est à peine, en effet, si dans un très petit nombre de cas (trois au plus) nous avons trouvé des noyaux de congestion rares et peu volumineux chez des malades qui pendant leur vie n'avaient présenté à l'auscultation aucun râle, et dont les bronches à l'autopsie ne contenaient aucun produit de sécrétion. S'il paraît donc possible que la congestion lobulaire se développe en dehors de l'influence du catarrhe pulmonaire, le fait est exceptionnel, et l'on peut dire que la congestion est une des conséquences, tout au moins un des accompagnements du catarrhe.

La lésion que nous venons de décrire n'est certainement pas l'hépatisation pulmonaire, et l'on doit à MM. Legendre et Bailly d'avoir parfaitement établi les différences qui séparent ces deux lésions; nous y reviendrons bientôt; mais auparavant nous chercherons à établir quelle est la nature anatomique de la congestion lobulaire et quelles sont les causes de sa production.

Le tissu pulmonaire ainsi malade ne contient plus d'air; il est ramolli, il est gorgé de liquides.

L'imperméabilité à l'air est démontrée par la pesanteur spécifique des parties malades. Cependant, il est bien certain qu'il n'existe dans les vésicules aucun épanchement de lymphe plastique ou de tout autre liquide qui ait pu chasser l'air qu'elles contenaient primitivement. Le fait est surabondamment démontré par l'absence complète des granulations caractéristiques de l'hépatisation, et par la possibilité d'insuffler de l'air souvent dans toutes les vésicules, toujours dans le plus grand nombre. L'air a donc été simplement expulsé, et les parois vésiculaires ont été mises en contact les unes avec les autres, comme elles le sont dans les poumons du fœtus. Cette comparaison, faite par MM. Legendre et Bailly, nous paraît très exacte.

Le ramollissement de l'organe est prouvé par la facilité avec laquelle il cède et se déchire sous la pression du doigt, et par le grattage au moyen du scalpel.

En outre, le tissu pulmonaire est congestionné et gonflé. Cette turgescence est beaucoup plus grande qu'on ne pourrait le croire à la vue de la dépression des parties malades au-dessous des portions saines. Mais il faut penser que le gonflement du parenchyme a lieu en grande partie aux dépens de la place occupée par l'air dans l'état sain. L'affaissement des vésicules dissimule l'intensité de la congestion; car le poumon, simplement revenu sur lui-même, est réduit à des proportions bien moindres, ainsi qu'on peut le voir à la suite des épanchements pleurétiques et dans la carnification.

Le gonflement est, d'ailleurs, directement prouvé par la quantité de liquide sanguin ou séro-sanguin qui s'écoule lorsque l'on presse ou déchire le tissu. L'afflux du liquide a

(1) Nous nous servons du mot congestion faute d'un autre meilleur, pour différencier cette forme de pneumonie de l'hépatisation réelle. La congestion n'est pas non plus l'engouement. Les différences entre ces deux lésions sont capitales, et nous voulons prévenir un rapprochement auquel pourrait conduire l'insuffisance du langage. Nous n'avons pas adopté les mots état fœtal, proposés par MM. Bailly et Legendre, parce que ce nom repousse l'idée de phlegmasie, et parce que ces auteurs en ont fait la dénomination générique de deux altérations de tissu qu'il nous est impossible de ranger sous le même chef; à savoir, la carnification, ou, mieux, l'affaissement du poumon, et la congestion lobulaire.

(1) Il arrive quelquefois que sous l'influence d'une insufflation prolongée et forte la plèvre se décolle et se rompt avant que tout le poumon ait pris la coloration rosée.

n'y avais renc[illegible] jeune [illegible] les plus petits vaisseaux comme dans les gros troncs, qui sont gorgés d'un sang noir et veineux. L'insufflation chasse de ces derniers le sang, que l'on voit s'écouler par l'orifice béant de la section ; il rougit et artérialise rapidement celui qui est contenu dans les plus petits capillaires.

Cette fluxion, purement vasculaire, ne nous paraît pas pouvoir expliquer pourquoi dans bon nombre de cas l'insufflation ne pénètre pas toutes les vésicules pulmonaires. Nous concevons qu'elle puisse contribuer pendant la vie à l'affaissement des vésicules ; nous ne comprenons pas qu'après la mort elle s'oppose dans certains points à la dilatation provoquée par une insufflation vigoureuse, et, dans d'autres, la permette entière et complète. Il faut que l'obstacle soit persistant et immobile, tel que pourrait être un engorgement dans le parenchyme lui-même. Cet engorgement, résultat d'une sécrétion *extra-vésiculaire* et *extra-vasculaire*, serait sans doute le second degré d'une véritable phlegmasie occupant le tissu celluleux (1).

Il nous est, en effet, difficile d'admettre que la congestion lobulaire soit toujours un simple résultat de l'hypostase identique à celle qui se produit lors de l'agonie. Certes, nous reconnaissons bien que la faiblesse de l'enfant, le décubitus dorsal longtemps prolongé, les entraves apportées à la circulation par ces circonstances facilitent la production de cet état et lui donnent l'apparence d'une simple congestion passive. Mais nous croyons qu'il existe en outre (sinon toujours, au moins fréquemment) un travail réellement actif et même phlegmasique.

Comment, en effet, comprendre autrement ces faits :

Que la lésion se développe par noyaux isolés et n'occupe pas dès l'abord une surface continue ;

Que ces noyaux sont souvent disséminés dans tout l'organe et non pas seulement et toujours dans la partie la plus déclive du bord postérieur ;

Qu'on les rencontre chez des enfants encore vigoureux, chez lesquels ils se sont développés dès les premiers jours d'une maladie qui a suivi la marche d'une affection très aiguë ;

Enfin, l'inflammation si manifeste des bronches dans bon nombre de cas, dans tous l'abondance de la sécrétion bronchique prouvent sans réplique, ce me semble, l'existence d'une congestion réellement active (2).

La congestion pulmonaire est d'ailleurs favorisée par les entraves qu'apporte à la circulation la présence des mucosités bronchiques. Cette sécrétion abondante et visqueuse obstrue les conduits capillaires et est difficilement déplacée par les efforts d'inspiration rapides et incomplets. L'air pénètre d'abord avec peine et bientôt partiellement dans les vésicules pulmonaires. Or l'on sait que, toutes les fois que la circulation aérienne est empêchée, le sang stagne dans les poumons et n'y subit pas les modifications de l'hématose. Peut-être même est-ce parce que la circulation aérienne est entravée dans des petites bronches indépendantes les unes des autres et disséminées dans diverses parties du poumon que la congestion est lobulaire et est elle-même disséminée.

Ainsi donc la cause de cette congestion pulmonaire est triple : phlegmasie, hypostase, entrave à la circulation aérienne. Ces trois actions se mélangeant à divers degrés, suivant la force et l'âge de l'enfant, suivant l'époque du mal, suivant la cause qui l'a produit, suivant l'abondance des sécrétions, donnent à la congestion pulmonaire des caractères mélangés aussi à différents degrés. De la sorte la congestion lobulaire sera chez les uns surtout active et inflammatoire, chez les autres principalement passive et hypostatique.

D'autre part, ce travail congestif, soit par sa nature spéciale, soit par son siége, soit en raison de l'état de la muqueuse bronchique, n'a que peu de tendance à produire l'épanchement plastique vésiculaire qui caractérise l'hépatisation lobulaire et primitive. La turgescence du tissu cellulaire et des vaisseaux comprime les vésicules et en chasse l'air qu'elles contiennent. Alors est produite la lésion que nous venons de décrire. On comprend facilement du reste que, tant qu'elle n'est pas arrivée à déterminer un engorgement extra-vésiculaire, il se peut que des efforts violemment inspirateurs produisent le même effet que l'insufflation artificielle et fassent disparaître en quelques instants cette lésion, même lorsqu'elle occupe une grande portion de l'organe pulmonaire. Si, au contraire, l'enfant, trop affaibli, ne peut plus faire d'efforts inspirateurs suffisamment profonds, la lésion devient permanente et est une cause puissante de la mort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Nous savons qu'il manque à cette opinion la preuve directe de l'existence du fait. Mais dans des tissus si déliés la vue seule ne suffit plus, et il faut avoir recours au microscope. Une seule fois nous avons pu prier M. Lebert de nous prêter le concours de son habileté bien connue ; voici le résultat de cet examen, qui vient tout à fait à l'appui de notre manière de voir : « Lorsqu'on examine des tranches minces de la surface, vues par le côté interne, » on reconnaît très bien les vésicules pulmonaires entourées de réseaux vasculaires très nombreux et montrant dans leur intérieur un épithélium pavimenteux infiltré de granules graisseux. On n'y voit point de produit « d'exsudation inflammatoire qui paraît s'être opérée dans les bronches capillaires et *dans le tissu intervésiculaire*. Les premières sont en partie remplies par un muco-pus jaunâtre, montrant des globules purulents à noyau ; » le tissu intervésiculaire est plutôt infiltré par un sérum granuleux, sans » globules distincts..... » M. Lebert résume son opinion sur ce fait en disant que cette lésion est « une hypérémie vive avec exsudation séreuse autour des » vésicules pulmonaires, qui ne paraissent pas malades dans leur intérieur. »

(2) Nous comparons volontiers cet état à celui qui existe sur les parties déclives de la peau enflammée. Ainsi les érysipèles, lorsqu'ils siégent sur la partie antérieure du corps, sont d'un rouge vif ; dès qu'ils passent sur le dos, ils prennent une teinte livide en conservant les autres caractères d'une inflammation. Ainsi les pustules varioliques entourées d'un cercle rouge-vif inflammatoire sur le devant du corps ont une teinte vineuse sur la partie postérieure. C'est qu'en effet, pendant la vie, il suffit que la circulation soit partiellement entravée par un travail inflammatoire pour que la pesanteur, force constante, reprenne pour ainsi dire ses droits et maintienne dans les vaisseaux veineux de la portion la plus déclive une certaine quantité de sang, qui est ainsi en partie soustraite à l'impulsion circulatoire générale. De là un mélange des caractères de l'inflammation et de l'hypostase.

SUR DES LARVES RENDUES PAR LES SELLES,

Par M. DAVAINE.

Nous avons examiné, M. Rayer et moi, des larves qui nous ont été remises par M. le docteur Roger, et qui avaient été rendues par une malade dont l'observation est consignée dans les comptes-rendus de la Société (juillet 1851). Nous nous sommes assurés que ces larves, que l'on désigne vulgairement sous le nom de *vers*, étaient des larves de diptères ; mais nous n'avons pu en déterminer l'espèce. Nous exposerons les caractères de ces larves avec quelques détails qui nous paraissent justifiés par la rareté du fait et par la confirmation qu'ils donnent à l'opinion de M. Roger, savoir : qu'il n'y a eu, dans ce cas, ni erreur, ni supercherie de la part de la malade.

Sept de ces larves nous ont été remises ; elles étaient enchevêtrées dans un mucus glaireux, semblable au mucus de l'intestin, et dont il était fort difficile de les débarrasser complétement. Déjà elles avaient subi un commencement de putréfaction, qui cependant n'avait point altéré leur forme extérieure, mais qui ne nous a pas permis de faire de ces larves une anatomie aussi complète que nous l'aurions désiré. Elles offraient les caractères suivants : larves fusiformes, nuancées de gris, de rose et de châtain, longues d'un centimètre ; extrémité antérieure très amincie ; extrémité postérieure moins amincie et bifurquée dans la plupart ; corps ne présentant point d'anneaux ou de segments appréciables ; huit paires de mamelons ambulatoires, simples, placés sur les côtés ; extrémité antérieure ou tête armée de trois paires de crochets, dont deux beaucoup plus forts et visibles à un faible grossissement ; lèvre terminale munie de papilles saillantes ; point d'yeux visibles ; deux stigmates offrant un pavillon palmé, grand, blanchâtre, composé de 15 à 20 digitations ; deux trachées principales, partant de ces stigmates et renflées en arrière, se terminant par deux autres stigmates évasés occupant le sommet de chaque bifurcation de l'extrémité postérieure ; téguments présentant, à un fort grossissement, des poils nombreux, courts et roides, simples ou rarement bifides, disséminés irrégulièrement sur toute la surface du corps. A l'intérieur, outre l'intestin très altéré et les trachées dont nous avons parlé, nous avons constaté l'existence d'une pièce cornée, œsophagienne, supportant les crochets.

D'après cette description, il est évident que cette larve n'est pas celle qu'on a désignée sous le nom de larve de l'*œstrus hominis*. Les larves d'œstre ont le corps divisé en segments marqués par des poils disposés en séries transversales ; elles n'offrent point de stigmates antérieurs disposés en pavillon digité ; en outre, les crochets de la larve que nous avons observée, beaucoup moins forts relativement que ceux des larves d'œstre, rappellent plutôt ceux des larves des muscides.

D'un autre côté, on ne peut confondre les larves rendues par la malade de M. Roger avec les larves de la *mouche carnassière* et de la *mouche domestique*, larves dont le corps est annelé et tronqué en arrière. Enfin, elles diffèrent encore davantage de la larve du *scatopse noir* si commun dans les lieux d'aisance (*musca stercoraria*) et que nous avons étudiée comparativement.

En résumé, les larves rendues par la malade de M. Roger n'étaient pas de celles que cette femme aurait pu facilement se procurer si elle eût voulu se livrer à une supercherie.

J'ajouterai, en terminant, que M. Rayer désirant s'assurer si des larves de *mouche* ou de *scatopse* introduites dans l'estomac ou l'intestin pouvaient y vivre un certain temps, comme quelques larves d'*œstre*, ou si elles pouvaient parcourir toute l'étendue du canal intestinal sans cesser d'être reconnaissables, l'expérience suivante a été faite par M. Claude Bernard : des larves de la mouche carnassière et des larves de la mouche stercoraire ont été introduites dans l'estomac d'un chien qui portait une fistule stomacale ; or, le lendemain et le surlendemain, on a retrouvé dans les matières fécales plusieurs de ces larves en apparence non altérées. M. Cl. Bernard se propose de répéter et de varier ces expériences.

(*Comptes-rendus de la Société de biologie* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 septembre 1851. — Présidence de M. Louis.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce et de l'agriculture renvoie à l'Académie les documents relatifs à un remède secret contre le choléra sur lequel l'Académie a fait un rapport, mais sans répondre aux questions posées dans le décret du 18 août 1810 et qui exigent que l'Académie détermine la composition du remède et qu'elle décide si l'usage du médicament examiné peut être nuisible ou utile à la santé publique.

Le même ministre envoie deux échantillons de remèdes secrets et plusieurs états de vaccinations.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sondes tortillées et coudées.

M. Le Roy-d'Etiolles réclame contre M. Phillips la priorité des sondes tortillées et coudées et à boule.

RAPPORTS.

Hydrothérapie.

M. Gibert lit un rapport sur divers travaux hydrothérapiques (voir ci-dessus).

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets. M. le rapporteur fait seulement des réserves pour un remède secret proposé par M. le docteur Leat comme succédané du quinquina. L'Académie, ne connaissant pas cette substance, ne peut se prononcer sur son utilité dans les cas où le quinquina est habituellement administré.

Fièvres intermittentes.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Félix Jacquot intitulé : *Mémoire tendant à prouver l'origine miasmatique des fièvres à quinquina.*

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du mémoire de M. Jacquot, conclut à l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant et au renvoi du mémoire au comité de publication.

Injections iodées.

M. Boinet lit un mémoire sur l'efficacité des injections iodées dans les abcès par congestion. Ce mémoire est basé sur cinq observations, dont nous avons publié l'une dans notre numéro du 20 juillet. Les autres sont analogues à celle-là.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

L'*Almanach prophétique* pour 1852 vient de paraître, et déjà une première édition est épuisée. Les prophéties extraordinaires qui sont annoncées pour 1852 piquent d'autant plus la curiosité que celles des douze années précédentes se trouvent réalisées.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 115. — SAMEDI 4 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 115. — SAMEDI

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1851.

Mon cher confrère,

Je vous remercie de la gracieuseté avec laquelle vous m'invitez à entretenir les lecteurs de la *Gazette* du rapport que vient de lire à l'Académie de médecine M. le docteur Gibert; mais je dois vous déclarer que je n'entends nullement profiter de votre courtoisie.

L'hydrothérapie, comme vous le dites avec raison, est non-seulement un sujet à l'ordre du jour, mais encore de la plus haute importance pratique; pour le traiter convenablement, il faut aborder de difficiles questions de physiologie et de pathogénie, que M. Gibert a complétement laissées de côté.

L'honorable rapporteur se contente d'apprendre à l'Académie qu'Hippocrate, Galien, Giannini, Currie, Reuss, de Haen employaient l'eau froide; que lui-même l'applique depuis longtemps sous forme de douches ascendantes aux maladies de l'utérus et sous celle de lotions et de compresses à diverses maladies cutanées; que MM. Guettet, Gillebert-d'Hercourt et Padioleau ont guéri des affections vénériennes, des névroses, des rhumatismes et même beaucoup « de maladies chroniques *indéterminées* » à l'aide de « l'impulsion fortifiante *et pour ainsi dire rajeunissante* (*sic*) provoquée par les procédés hydrothérapiques. »

Mais, en vérité, je ne puis croire que c'est là tout ce que la docte Assemblée attendait de son savant rapporteur! Quoi! pas un mot sur les avantages qu'il y a à disjoindre ou à maintenir réunis les modificateurs si nombreux, si différents que met en jeu cette médication si complexe qu'on appelle l'hydrothérapie et dans laquelle, sous la plume de M. Gibert, l'eau chaude est agréablement mélangée à l'eau froide! Pas un mot de l'action physiologique et curative de chacun d'eux! Rien des indications et des contre-indications! Il faut nous contenter des *maladies indéterminées* et de l'*impulsion rajeunissante!!*

Mais d'ailleurs de quelle espèce d'hydrothérapie M. Gibert veut-il parler?

Est-ce de l'hydrothérapie empirique, systématisée de Priessnitz?

Est-ce de l'hydrothérapie qui a pour objet, suivant M. Wertheim, l'*alter ego* hydrothérapique de M. Gibert, « d'éloigner tous les obstacles qui pourraient entraver la libre activité des forces restauratrices innées à l'organisme, afin que l'ensemble des parties restées intègres puisse lutter contre la matière morbigène qui est l'agent matériel du trouble de la santé? » de cette hydrothérapie que M. Roche appelait avec raison « une théorie chimérique en désaccord avec toutes nos connaissances physiologiques et pathologiques? »

Est-ce de l'hydrothérapie rationnelle entrevue par M. Schedel, à laquelle je m'efforce depuis six ans de donner une base sérieusement scientifique par de laborieuses recherches, qui n'ont pas, à ce qu'il paraît, l'honneur d'être connues de M. Gibert, puisque l'impartial et savant rapporteur ne leur a pas même accordé la faveur d'une mention honorable?

Je ne vous dissimulerai pas, mon cher confrère, que je crois avoir deviné les préférences de M. Gibert à l'endroit de l'hydrothérapie, mais encore faut-il qu'il veuille bien se prononcer nettement à cet égard.

Permettez-moi donc de ne pas entamer une discussion approfondie sur l'hydrothérapie à l'occasion du lumineux rapport de M. Gibert. Sous peu de temps, je l'espère, l'Académie sera mise en demeure de se prononcer avec connaissance de cause sur cette grave question, et c'est alors que celle-ci pourra être traitée avec tous les développements qu'elle comporte, avec profit pour la science et pour l'humanité.

Agréez, etc.

L. FLEURY,
Agrégé à la Faculté.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pleuro-pneumonie greffée sur une affection probablement tuberculeuse des poumons.

Nous avons plus d'une fois, dans nos *Revues cliniques hebdomadaires,* exprimé le vœu que la Faculté imposât aux agrégés en médecine et en chirurgie l'obligation de faire, à tour de rôle, un cours de clinique d'une durée déterminée. Non pas que notre dessein fût de créer à côté de l'enseignement officiel des professeurs un enseignement rival. On pourrait facilement prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'aucun droit ne fût lésé, aucun amour-propre froissé. Mais si, pendant le trimestre des vacances, par exemple, chaque professeur de clinique médicale et chirurgicale était remplacé par un agrégé tenu de faire le cours comme le professeur lui-même, tout le monde y gagnerait: les agrégés qui feraient là leur stage pour le professorat auquel ils aspirent, et dont on pourrait déjà juger les aptitudes, la facilité, le talent; les élèves, qui, privés de conférences cliniques pendant les vacances, ne perdraient pas le quart de leur année, et profiteraient certainement de la comparaison des divers enseignements qui se succéderaient ainsi.

Quelques-uns des agrégés de la Faculté font déjà spontanément ce que nous voudrions leur voir imposé par les règlements. Parmi eux, nous citerons M. Vigla, actuellement chargé du service du professeur Rostan, et qui, suivant les traditions de son ancien maître, consacre plusieurs heures tous les matins à présenter à ses auditeurs des réflexions pratiques sur la marche et le traitement des maladies, sur les difficultés de certains diagnostics. Un des derniers et des plus importants sujets dont il se soit occupé est le suivant:

Une jeune fille de dix-neuf ans entre le 30 septembre à la salle Saint-Antoine, se plaignant d'une très vive douleur dans l'épaule et dans tout le côté gauche de la poitrine, principalement en arrière. Interrogée avec soin, voici ce qu'elle raconte sur ses antécédents. Elle est habituellement d'une bonne santé; bien réglée, un peu maigre, d'un tempérament lymphatique nerveux, exerçant la profession de journalière, on serait assez porté à croire qu'elle a un peu pâti quant à la vie matérielle. Il y a huit jours, après avoir eu chaud et froid, elle fut prise de douleurs dans les bras, les jambes, de courbature, de céphalalgie, mais surtout d'un point de côté très violent, dont elle rapporte le maximum d'intensité à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate. Depuis le commencement de sa maladie, elle dit avoir toussé assez fréquemment, mais sans cracher. Le soir de son entrée, on trouve dans le crachoir un crachat un peu teint de sang; rien de pareil ne s'est montré de nouveau pendant les quarante-huit heures qui ont suivi son admission. Le premier jour, une saignée de 300 gram. lui est pratiquée, et le lendemain une application de ventouses scarifiées sur le côté gauche de la poitrine en arrière.

Le 2 octobre, M. Vigla l'examine, et voici ce qu'il constate par l'exploration minutieuse du thorax. Légère courbure latérale de la colonne vertébrale en forme d'S, mais n'empêchant pas la malade de se livrer à des travaux même fatigants. En arrière, à droite, matité dans le tiers inférieur du poumon; même matité à gauche, mais s'étendant un peu plus en haut. A droite, en bas, crépitation avec mélange de râles muqueux et sous-crépitants, ressemblant assez à du gargouillement. Pectoriloquie bien évidente lorsque la malade parle. A gauche, dans toute la moitié inférieure, souffle plus bronchique que caverneux, mélangé, surtout dans la partie la plus déclive, de râle muqueux et sous-crépitant. Broncho-égophonie éclatante. En avant, sous les deux clavicules, matité. A l'auscultation, respiration un peu sèche à gauche; bruyante à droite, avec râles sibilants et ronflants.

Pour ce qui est de l'état général, il ne répond pas à l'intensité des phénomènes locaux. La peau est médiocrement chaude; le pouls, qui le jour de l'entrée était à 96, ne donne plus que 88, mou, sans résistance. Langue naturelle, un peu saburrale. La malade transpire beaucoup, pendant la nuit seulement, et seulement aussi depuis douze jours. Des renseignements qu'elle donne sur la santé de ses parents, il semble résulter que personne dans sa famille n'a eu d'affections organiques graves de l'appareil respiratoire.

Ce cas, a fait remarquer M. Vigla, est des plus intéressants, et présente une difficulté incontestable quant au diagnostic précis à établir. Si elle n'est en effet malade que depuis huit jours, si elle a eu un frisson initial, comme elle l'affirme, eu égard aussi au souffle tubaire, au râle crépitant, à la broncho-égophonie, il y a évidemment pleuro-pneumonie double. Mais ce diagnostic ne satisfait pas complétement l'esprit. Il y a dans nombre d'observations, et celle-ci est du nombre, des nuances que l'habitude clinique fait apprécier, et qu'il est difficile de traduire par des paroles. Pour M. Vigla, les signes que nous venons d'indiquer ne sont pas, dans le cas actuel, ceux d'une pneumonie primitive bien franche.

Au côté droit, par exemple, admettons qu'il y ait pleuro-pneumonie en voie de résolution; comment se fait-il que l'on trouve au niveau de l'angle de l'omoplate du souffle caverneux et de la pectoriloquie? et autour de ce centre des râles crépitants et muqueux? Si, en même temps que ces signes existent, nous apprenions que la malade tousse depuis plusieurs mois, qu'elle a eu de temps en temps des douleurs de côté, qu'elle a craché du sang, nous ne verrions là rien d'irrégulier. Mais il n'en est rien, au moins à son dire, et le début de la maladie ne remonte qu'à peu de jours. A notre avis, il doit y avoir là erreur dans les souvenirs du sujet.

A gauche, il est évident que les signes sont, plus qu'à droite, ceux d'une pleuro-pneumonie; mais comment concilier ce souffle tubaire avec le peu de fréqueuce du pouls, la chaleur modérée de la peau, l'absence d'expectoration caractéristique? Puis, la douleur dans la pleuro-pneumonie franche est le plus ordinairement en avant, au-dessous du sein;

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres d'Oribase, texte grec, traduit pour la première fois en français par MM. BUSSEMAKER et DAREMBERG. Paris, 1851.

Cette traduction d'Oribase est la première pierre du monument que M. Daremberg entreprend d'élever à la médecine avec l'aide de quelques hommes d'élite qui ont répondu à son appel, et dont nous donnerons les noms à mesure qu'ils contribueront à l'accomplissement de cette œuvre vraiment gigantesque.

M. Bussemaker s'occupait de traduire Oribase; M. Daremberg le rencontre dans son voyage en Allemagne; ils se lient d'amitié; ils associent leurs travaux, et c'est ainsi que ce volume est appelé à l'honneur de figurer le premier parmi ceux qui doivent former cette précieuse collection.

Les savants collaborateurs de M. Daremberg appartenant à divers pays, et leur ouvrage étant destiné aux médecins de toutes les parties du monde, on leur a objecté qu'ils auraient dû écrire en latin. Mais M. Daremberg se déclare formellement en faveur des traductions en langues modernes, parce que ce sont les seules, dit-il, qui permettent de ne faire aucune espèce de compromis avec le texte, les seules qui offrent un secours vraiment efficace pour les passages embarrassants. S'il m'était permis d'exprimer ma pensée après un juge aussi compétent, je dirais qu'une traduction française était de rigueur si l'on voulait faire un travail profitable; car l'expérience avait déjà prononcé sur ce point. Nous avons, en effet, un grand nombre de ces livres en latin, et on les consulte à peine. On ne lit plus le latin aujourd'hui, et plus nous avancerons, moins on le lira.

Pour mon compte, ce n'est jamais que contraint et forcé que j'ai lu des ouvrages de médecine écrits en latin, et Dieu sait dans quel latin le plus souvent! Je ne l'ai fait que lorsque je n'avais pas de traduction sous la main. J'ai toujours trouvé que c'était un double travail pour l'esprit; et toutes les fois que j'ai pu me l'éviter, je n'ai eu garde d'y manquer. Je fais cet aveu sans le moindre embarras, et d'autant plus facilement peut-être, que, si je le voulais bien, je pourrais me trouver quelque droit à ne le pas faire. J'aime bien mieux ma langue française, qui est si simple et si claire, qui rend si bien la pensée à mesure qu'elle se forme. On la dit pauvre; je le veux bien, si on compte les mots. Mais elle sait si habilement se draper, elle sait si bien voiler sa misère, qu'elle se fait passer pour riche aux yeux de bien des gens. Il n'y a pas au surplus jusqu'à présent, que je sache, idée si savante ou si folle qu'elle n'ait pu rendre parfaitement. D'ailleurs, si elle n'avait pas une incontestable supériorité sur les autres langues, ou vivantes ou mortes, pourquoi donc serait-elle la langue parlée par tout ce qu'il y a de savant ou de bien élevé? pourquoi donc serait-elle la langue écrite de la diplomatie, de cette science qui vit de finesse, pour ne pas dire de ruse, et qui, pour sa sûreté, aura bien su choisir, je présume, l'arme la plus difficile à se laisser fausser? Qui même oserait affirmer qu'elle n'est pas destinée à réaliser ce qui paraissait hier encore une chimère, à devenir la langue européenne, sinon universelle, aujourd'hui que les chemins de fer, avec leur aîles de feu et la rapidité de la foudre, vont porter jusque dans les coins les plus reculés nos mœurs, nos habitudes, et les conquêtes incessantes que l'industrie, les sciences et les arts doivent à la France?

Pour faire apprécier de suite le mérite relatif des divers auteurs qu'il se propose de nous donner en français, M. Daremberg, par analogie, je suppose, avec la distinction biblique des prophètes, les divise en *grands et petits médecins*. A la tête des premiers il place naturellement Hippocrate; « mais l'édition de M. Littré, dit-il, fait » partie de notre *collection*. Personne ne sera tenté de reprendre » cet immense travail, exécuté avec une conscience et une érudition » que tous les critiques se sont plu à reconnaître et à admirer. » Viennent ensuite, dans l'ordre des temps, Rufus, Soranus, Arétée, Galien, Oribase, Aetius; pour les Latins, Celse; Cassius (Félix), retrouvé à Cambridge par M. Daremberg; Cælius Aurelianus et Scribonius Largus. Quant aux *petits médecins grecs et latins*, tels que Théophile, Palladius, etc., etc., on s'en occupera plus tard. On terminera la *collection* en y donnant place aux médecins vétérinaires de l'antiquité.

Le premier volume d'*Oribase*, qui ouvre la série des grands médecins grecs, est un traité d'hygiène appliquée au traitement des maladies. Il est divisé en six livres, dont quatre sont consacrés aux aliments; le cinquième l'est aux boissons, et le sixième aux exercices. C'est une compilation presque entièrement tirée de Galien. Les extraits empruntés à d'autres auteurs, tels que Rufus et Athénée, n'ont qu'une importance secondaire, si l'on en excepte ce qui a été pris chez Antyllus et chez Hérodote pour ce qui concerne les exercices.

On rencontre dans le permier livre des détails intéressants sur la manière de conserver les blés et de les emmagasiner; sur les différentes espèces de pain à la confection duquel on employait le froment, l'orge, l'avoine, le petit et le grand épeautres. Le reste de ce livre traite des aliments végétaux, ainsi que le commencement du deuxième. Si la plupart de nos légumes étaient connus des anciens, ils affectaient en outre aux usages culinaires des substances végétales que nous destinons exclusivement aux préparations pharmaceutiques, la graine de lin, de chanvre, le fruit de l'églantier, les baies de genévrier, la mauve, la morelle. La truffe ne paraît pas y avoir été en grand honneur, à en juger du moins par le laconisme avec lequel on en parle ici, et qui aurait profondément scandalisé le spirituel écrivain qui naguère voulait presque la déifier.

Nous avons retranché aussi du nombre de nos aliments les vian-

... lieu tout à fait insolite ; elle a son maxi-n'y avais rencontré au-dessous de l'épine de l'omoplate. jeune ... anomalies sont nombreuses dans ce cas. Anomalies pour la douleur, pour l'expectoration, pour la fréquence et la force des pulsations artérielles, pour la chaleur de la peau ; anomalies, enfin, pour les signes fournis par l'auscultation et la percussion, qui ne sont pas complétement ceux d'une pleuropneumonie en résolution.

En résumé, M. Vigla pense que, dans l'état actuel des choses, il n'est pas permis de se prononcer d'une manière formelle sur la nature des lésions pulmonaires qui existent ici ; il sera nécessaire de tenir compte de la marche de la maladie ; mais il pense qu'il y a pleuropneumonie, telle qu'elle se développe souvent dans des conditions spéciales, pneumonie secondaire survenue pendant le cours d'une maladie ; en un mot, inflammation aiguë du poumon greffée sur une affection probablement tuberculeuse, parvenue à sa troisième période.

Kystes synoviaux du poignet. — Extirpation.

On s'est beaucoup occupé de tout temps du traitement des kystes synoviaux du poignet par l'extirpation. C'est, de toutes les méthodes curatives, la plus certaine, puisque la récidive est impossible quand on l'a pratiquée. Cependant, la plupart des chirurgiens n'en font usage qu'à la dernière extrémité, la regardant comme une opération grave qui expose, dit M. Velpeau, bien plus encore que l'incision, à une vaste suppuration, à l'inflammation des articulations du carpe et des toiles synoviales des tendons du poignet. Pour la pratiquer, ajoute le savant professeur, il faut une dissection délicate qui oblige à isoler les tendons nombreux, qui permet d'atteindre les synoviales, les ligaments, les capsules articulaires, et qui doit faire craindre de créer de la sorte une voie à l'inflammation purulente des jointures voisines.

Voici une observation que nous avons recueillie tout dernièrement dans les salles de la Charité dont est actuellement chargé M. Jarjavay, et qui, rapprochée de deux faits pareils observés l'année dernière à l'hôpital des Cliniques, tendrait à prouver que l'extirpation de ces kystes n'est pas aussi grave qu'on le croit généralement.

Delarue (Gustave-Louis), âgé de quinze ans, entre le 14 août dernier à la Charité, salle Saint-Jean, n° 18. Ce jeune homme porte à la face dorsale du poignet droit, près du bord externe, une tumeur grosse comme une aveline, fort peu mobile, sans changement de couleur à la peau. Les téguments glissent sur elle avec la plus grande facilité. Cette tumeur ne suit pas les mouvements de flexion et d'extension ; elle est à peine fluctuante. Depuis deux mois environ, elle gêne les mouvements du poignet et empêche le malade de s'en servir sans fatigue pendant longtemps.

Le 17 août, M. Jarjavay pratique l'opération de la manière suivante : Une incision est pratiquée sur la tumeur suivant la longueur du membre ; cette incision n'intéresse que la peau. Le tissu cellulaire sous-cutané est divisé avec précaution pour éviter d'intéresser les enveloppes de la tumeur, qui se dégage bientôt, devient proéminente et se trouve complétement isolée, excepté par sa base, des tissus environnants. Sous l'influence de légères tractions exercées sur elle, l'enveloppe de la tumeur se déchire. Une sorte de gelée transparente s'échappe au travers de la rupture. M. Jarjavay saisit alors avec une pince tout ce qui peut être embrassé de cette manière, et en pratique l'excision. On aperçoit à nu, au fond de la plaie, le tendon du premier radial externe. L'excision faite aussi complète que possible, une compression est établie au moyen de bourdonnets de charpie sur les parties latérales de l'incision, lesquels sont maintenus par une bandelette de diachylum. Le but de cette compression est d'appliquer les unes contre les autres les parties profondes de la plaie. La main et le poignet sont ensuite placés sous une irrigation continue d'eau froide.

Les jours suivants, il ne se manifeste aucun signe d'inflammation. Le sixième jour, les irrigations sont supprimées. Un linge fin et de la charpie sont appliqués sur la petite plaie, déjà réunie par première intention. La main et l'avant-bras sont maintenus immobiles sur une palette. Aucun accident n'est venu entraver la cicatrisation rapide de la plaie, et le 4 septembre, dix-sept jours après l'opération, le malade sort parfaitement guéri et jouissant complétement de l'usage de son poignet.

Le fait dont nous voulons rapprocher l'observation précédente a été également recueilli par nous à l'hôpital des Cliniques ; le voici.

Émélie-Marguerite Jacquemier, âgée de quatorze ans, entre à l'hôpital le 23 septembre 1850. D'une bonne santé habituelle, d'un embonpoint médiocre, fraîche et animée, cette petite fille nous raconte qu'il y a un an, courant dans la cour de sa pension les bras étendus en avant, tandis qu'elle regardait derrière elle, elle heurta violemment son poignet contre un mur qu'elle ne voyait pas. La main, au moment du choc, était dans l'extension sur l'avant-bras. Bientôt après, douleur, gonflement qui alla d'abord en augmentant, et qui cependant finit par se dissiper au bout de quelques jours.

Malgré la diminution du gonflement, la douleur ne disparut pas entièrement. Peu à peu se forma à la partie externe de la face dorsale du poignet une tumeur qui prit insensiblement de l'accroissement, et qui, pendant les premiers temps de son existence, était transparente, interposée entre l'œil et la lumière.

Au moment de l'examen on constate que la tumeur n'est point douloureuse, et gêne seulement un peu les mouvements; elle ne suit pas les mouvements des extenseurs dans leurs mouvements, est immobile, non réductible, adhérente dans sa partie profonde; pas de changements de couleur à la peau.

Le 25 septembre, M. Jarjavay pratique une incision longitudinale sur le kyste, dont il commence la dissection. Mais bientôt il est obligé de s'arrêter; le tendon du premier radial externe est mis à nu. Pendant la dissection, d'ailleurs, le sac a été ouvert; le chirurgien excise tout ce qu'il lui est possible de saisir. Ceci fait, il réunit la plaie par première intention, exercé, au moyen de boulettes de charpie placées sur les parties latérales de la plaie et de bandelettes, une compression légère. La main et l'avant-bras, fixés sur une attelle, sont placés sous un appareil à irrigation continue.

Les deux jours suivants, pas de fièvre; quelques petits picotements passagers dans la plaie; pas de douleurs; aucun signe d'inflammation locale. Deux portions d'aliments.

Le 29, un peu de douleur, qui cesse par le soin que l'on a de desserrer un peu l'appareil et d'augmenter le jet d'eau froide.

Le 1er octobre on enlève l'appareil, et l'on supprime l'eau froide. La plaie est réunie par première intention. Le pourtour en est bleuâtre, comme ecchymosé.

Le 6, état très satisfaisant; disparition de toute espèce de rougeur et de coloration anormale.

La malade sort le 13 parfaitement guérie, et se servant aussi bien de ce poignet que de l'autre.

Le troisième fait, observé comme le précédent à l'hôpital des Cliniques, et que nous ne rapporterons pas en détail, a présenté les mêmes particularités que les deux que nous venons de mentionner. Le kyste contournait le tendon du premier radial externe, et paraissait se continuer avec la synoviale du carpe. L'opération, faite exactement de la même manière et suivie de l'emploi des irrigations continues, se termina aussi promptement avec le même succès et sans le moindre accident.

Tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte.

La littérature médicale possède un recueil de la plus haute valeur, et qui est cependant presque ignoré en dehors du corps spécial auquel il est principalement destiné ; nous voulons parler du *Recueil des Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*. On y trouve très souvent des travaux sérieux, d'une véritable valeur, chose assez rare dans tous les temps pour mériter d'être étudiée avec attention quand l'occasion s'en présente. Nous trouvons dans un des derniers volumes de la collection (Ve vol., 2e série) un mémoire remarquable d'un de nos anciens amis et collaborateurs, M. Marchal (de Calvi), sur la tuberculisation ganglio-bronchique chez l'adulte, mémoire lu il y a déjà assez longtemps à l'Académie de médecine. Nous allons donner un résumé rapide des faits consignés dans ce travail.

La tuberculisation ganglio-bronchique a été, jusqu'à présent, regardée comme propre à l'enfance. Suivant M. Marchal ; c'est une erreur, et il est des cas où l'altération tuberculeuse des ganglions bronchiques est assez considérable pour constituer la principale maladie ou même toute la maladie. A l'appui de cette assertion, l'auteur cite deux faits observés par lui ; qui tous les deux se sont terminés subitement par la mort. Les bornes de cette *Revue clinique* ne nous permettent pas de reproduire, même en extrait, chacun de ces deux faits; mais nous insisterons sur quelques-uns des points particuliers de leur histoire.

Tous les deux ont succombé d'une manière soudaine, et la mort a dû être rapportée, en l'absence de toute autre cause appréciable, à cette circonstance, bien suffisante d'ailleurs, de l'occlusion subite des voies respiratoires, due à la compression de la trachée et des bronches par les volumineuses tumeurs qui entouraient ces conduits. Ils sont morts comme étranglés par une main intérieure. Ce mode de terminaison, bien extraordinaire, inconnu dans la tuberculisation ganglio-bronchique des enfants, devra être ajouté aux causes déjà signalées de mort subite.

Cette instantanéité de la mort paraît assez difficile à expliquer. Mais quand on considère que chez les sujets atteints de cette affection la vitalité a subi ordinairement une profonde atteinte, en raison de la longueur de la maladie et de la gravité de l'altération matérielle, on comprend qu'elle ne puisse résister un seul instant à l'occlusion des voies respiratoires. Ce que l'école de Montpellier appelle la *force radicale*, ce qui, en nous, *résiste à la mort*, venant à diminuer, telle cause qui naguère aurait vainement attaqué la vie, peut s'éteindre comme un souffle, la mort peut arriver ici par le seul fait de l'occlusion des conduits aériens, et avant que l'économie ait eu le temps de ressentir les effets du défaut d'hématose. Le sujet meurt comme si une subite sympathie avait retenti tout à coup des voies aérifères aux centres vitaux foudroyés.

Nous signalerons comme un fait remarquable à noter, dans l'un des deux cas rapportés par M. Marchal, ceci, que les ganglions bronchiques seuls étaient tuberculeux. Cette circonstance, qui constitue une exception à la fameuse loi posée par M. Louis, à savoir : qu'après l'âge de quinze ans il n'y a pas de tubercules dans un organe de l'économie s'il n'y en a pas dans le poumon, constitue la cinquième exception connue actuellement dans la science. Faisons observer que, comme le dit avec raison M. Louis, la rareté de ces exceptions ne fait que relever l'importance de la loi.

Chez un des malades de M. Marchal, on nota une infiltration de la face, des membres supérieurs et du tronc, et une ascite; les membres inférieurs étaient au contraire émaciés. Cette particularité a conduit l'auteur à examiner, dans le mémoire dont nous parlons, la pathogénie des hydropisies.

On sait que M. Andral admet quatre espèces d'hydropisies. La première espèce reconnaît pour cause prochaine une diminution de l'albumine du sang; la seconde, un obstacle au cours du sang; la troisième, un arrêt de l'exhalation cutanée; la quatrième, enfin, certains arrêts de développement.

De ces causes, dans le cas actuel, la deuxième seule pouvait être admise. Mais dans cette deuxième espèce il existe deux catégories. L'obstacle a son siége dans le cœur, ou bien dans un ou plusieurs points du système veineux. Chez ce malade le cœur était sain. Il fallait donc chercher dans l'appareil veineux. La double hydropisie des membres et du tronc, d'une part, et de l'autre, la cavité péritonéale impliquaient deux obstacles, l'un dans la veine-cave supérieure, l'autre dans le foie ou la veine-porte. L'autopsie démontra qu'il y avait en effet deux masses de tumeurs faisant obstacle, l'un au retour du sang par la veine-cave inférieure, l'autre au retour du sang par la veine-porte. Ainsi s'explique la double hydropisie.

L'hydropisie, dans la tuberculisation ganglio-bronchique,

---

des de chien, d'âne, de renard, de panthère, d'ours, à moins qu'on ne prenne au sérieux les fameux beefteacks d'un touriste célèbre. La chair de porc était la plus estimée ; on recherchait celle des extrémités dans tous les animaux. Cette appréciation est ainsi formulée : « Autant la chair des autres animaux cède le pas à celle des porcs pour la bonté de la nourriture, autant leurs extrémités sont inférieures à celle du porc. » Le foie était aussi très goûté : pour augmenter ses qualités, on nourrissait les animaux avec des figues. On connaissait déjà dans la Rome antique plusieurs procédés pour rendre le foie des oies plus volumineux et leur chair excellente.

Dans le troisième livre, on trouve l'exposé des divers régimes alimentaires, qui sont au nombre de trente-quatre. Les idées qui subdivisaient ainsi presque à l'infini les classes d'aliments n'ont plus cours aujourd'hui dans la science : elles ont enfanté cependant des préceptes médicaux d'une grande justesse et auxquels se rangent encore tous les bons praticiens; en voici un exemple : « Les maladies chroniques exigent si impérieusement, pour la plupart, l'usage d'un régime atténuant qu'elles guérissent souvent par cet unique moyen; et, dans les cas où on peut atteindre son but en se servant du régime seul, il vaut mieux se passer de médicaments. »

L'histoire de la préparation des aliments remplit cinquante pages et forme le quatrième livre. On y voit les divers modes de panification, les règles à suivre pour les salaisons, pour les assaisonnements des viandes, des légumes et des poissons. On y lit avec surprise que, « de tous les légumes potagers, celui qui convient le mieux est la *mauve*, qu'on mange bouillie dans du garou et de l'huile. » Je crois que peu de personnes seraient aujourd'hui de cet avis; nous n'accepterions pas facilement non plus ce que l'on y dit des propriétés merveilleuses du chou, qui serait un remède héroïque dans une foule d'affections et notamment contre la goutte invétérée.

Les procédés indiqués dans le cinquième livre pour reconnaître les qualités des eaux n'ont pas bien certainement la précision que nous donnent aujourd'hui nos analyses scientifiques; mais ils ont un certain mérite, et bien souvent dans la pratique journalière nous n'allons pas au delà; généralement, en effet, on se contente de constater comment se comportent « les herbes, les graines, la viande, les fruits ou les racines que l'on fait bouillir dans les eaux; car ces substances cuisent très rapidement dans les eaux excellentes et très lentement dans les mauvaises. » L'eau froide était souvent administrée dans les fièvres essentielles; mais il fallait le faire d'après certaines règles qui étaient en harmonie avec les théories de l'époque et dont l'omission aurait aggravé les accidents au lieu de les amender.

Je soupçonne fort Rufus d'avoir partagé les goûts du vieux Caton; car je trouve en l'honneur du vin, à la page 354, une citation qui rappelle le style pindarique et qui commence ainsi : « Je loue le vin comme le soutien de la santé..... Il est le remède de la douleur, et, à mon avis, c'était du vin qu'Hélène versa dans le cratère. » Qui sait si ce n'est pas sous l'excitation du Falerne que Rufus écrivait que les nerfs se divisent en nerfs du sentiment et en nerfs du mouvement, et qu'il devinait la grande circulation en disant que le pouls vient du cœur? L'hygiène des anciens avait établi que « la nourriture que fournissent les vins est en raison de leur consistance. » De là l'indication des vins sucrés pour restaurer, des vins légers pour dissiper les humeurs épaisses accumulées dans les veines, des vins âcres et vieux lorsque ces humeurs sont froides. Ils avaient une foule de vins médicamenteux : aux roses, aux coings, aux grenades, à l'absinthe, etc., etc. Ils faisaient un grand usage du vin scillitique et du vin au goudron, qui est détersif, expectorant, et convient contre les douleurs de la poitrine, de l'estomac, du foie et de la matrice non accompagnées de fièvre.... »

Des préceptes relatifs au coucher, au repos, au sommeil, à la veille, à la conversation et à la déclamation commencent le sixième livre. « Réprimer la surabondance de chair et de sang, y est-il dit; cuire les aliments non digérés, évacuer la pléthore; dessécher les fluxions, surtout celles qui tiennent à la pléthore : tels sont les effets de l'abstinence. » On y remarque cette triple division, que nous avons encore aujourd'hui, des exercices en *actifs*, *passifs*, *mixtes*. Les premiers sont ici tout en harmonie avec les mœurs militaires des anciens ; c'est la lutte, c'est le combat simulé; ce sont des courses forcées. De longs détails sont consacrés aux frictions et aux onctions, qui ne sont plus dans nos habitudes, et à la pratique desquelles nos occupations multiples sont peut-être un obstacle insurmontable. Ce dernier livre se termine par l'exposition des règles qui doivent diriger l'homme et la femme dans l'exercice des organes de la génération. « Quand on veut avoir des enfants, l'homme doit se livrer aux rapprochements sexuels après avoir mangé et bien bu; tandis que la femme doit suivre un régime moins fortifiant, parce qu'il faut que l'un donne et que l'autre reçoive. » La morale se révolte de trouver dans des expressions, qui seraient cyniques si elles n'étaient naïves, de nouvelles preuves de ces rapports contre nature que l'antiquité avait acceptés dans ses mœurs et dont les peuples orientaux ont conservé la déplorable tradition ; mais c'est de l'histoire, et nous racontons.

M. Daremberg nous fait espérer que la traduction de Galien ne tardera pas à suivre celle d'Oribase. Nous l'en félicitons; nous en félicitons aussi tous les hommes d'étude et de savoir. C'est même par là que nous aurions voulu voir s'ouvrir la collection des *Pères de la médecine*. Qui n'est impatient, en effet, de lire sans effort et dans son entier les œuvres de cet homme qui a régné si despotiquement pendant tant de siècles et aux idées duquel la science, s'appuyant sur l'humorisme moderne, est obligée, après tant de dédains, de venir demander la solution de difficultés que le vitalisme et le solidisme n'ont pu lui donner, malgré le mirage trompeur de leurs promesses imprudentes...!

MAILLOT,
Médecin en chef, professeur à l'École du Val-de-Grâce.

pourrait-elle être déterminée par l'effet de la cachexie, de la *débilité générale?* M. Marchal se pose encore cette question et la résout par la négative. Dans aucun cas, dit-il, et il s'efforce de le démontrer, il n'existe d'hydropisie liée à la débilité générale.

Nous terminerons en rapportant textuellement les cinq conclusions du savant mémoire de M. Marchal :

1° La tuberculisation ganglio-bronchique, regardée comme spéciale à l'enfance, affecte aussi les adultes ;

2° Elle peut se terminer subitement par la mort, par suite de l'occlusion de la trachée et des bronches, occlusion produite instantanément par les ganglions tuberculeux très développés ;

3° A part cette occlusion instantanée, elle détermine graduellement le rétrécissement de la trachée et des bronches ;

4° Il est probable qu'elle offre chez l'adulte les autres modes de terminaison si divers et si remarquables qu'elle offre chez l'enfant;

5° L'hydropisie qu'on observe dans cette maladie, tant chez l'enfant que chez l'adulte, est due à la compression des veines par les tumeurs bronchiques. Dr A. Foucart.

MÉMOIRE

Sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie chez les enfants ;

Par MM. E. Barthez, médecin des hôpitaux de Paris, et Rilliet, médecin des hôpitaux de Genève.

(Suite. — *Voir* le numéros des 28, 30 septembre et 2 obtobre.)

La distinction entre la congestion et l'hépatisation partielles est un fait nouveau dans la science, et qui a rencontré quelques contradicteurs. La plupart des auteurs, à l'exception du docteur West, ont élevé des doutes sur la réalité des faits annoncés par MM. Bailly et Legendre. Nous croyons donc utile, avant d'étudier la structure des tissus hépatisés, de résumer les caractères tranchés qui séparent les deux lésions.

CONGESTION.	HÉPATISATION.
Couleur uniforme violette à l'extérieur et à l'intérieur.	Couleur rouge-acajou ou marbrée de jaune grisâtre.
Conservation des divisions lobulaires, évidente, à peu près constante et complète sur toute la partie lésée.	Disparition habituelle, mais non constante, des divisions lobulaires, qui souvent alors sont peu marquées et ont disparu sur une portion de la partie hépatisée.
Les parties malades restent au niveau des parties saines ou sont déprimées au-dessous d'elles, soit à la surface du poumon, soit sur une coupe, en sorte que le tissu semble être, au premier abord, plutôt affaissé que turgescent.	Les parties malades sont franchement saillantes, soit à la surface du poumon, soit sur une coupe. Elles sont manifestement pleines, gonflées, turgescentes.
La coupe est lisse, le tissu, quoique privé d'air et plus lourd que l'eau, a encore une apparence spongieuse. La déchirure ne montre pas de granulations.	Le tissu est privé d'air et est plus lourd que l'eau; la coupe n'est ni spongieuse ni parfaitement lisse, et présente souvent des granulations rouges qui sont plus visibles à la déchirure. Quelquefois cependant elles manquent.
La déchirure est facile; le tissu résiste médiocrement et s'écrase sous la pression.	Le tissu, très mou, très cassant, s'écrase avec grande facilité sous la pression du doigt.
Les parties malades sont humides, et fournissent par la pression ou le grattage un liquide sanguin ou séro-sanguin et des traînées de muco-pus qui sortent évidemment des bronches.	Elles sont assez sèches, et fournissent à la pression une sanie homogène d'un rouge grisâtre ou grise.
Par le râclage, on déchire facilement la surface, mais les portions ainsi enlevées conservent leurs caractères anatomiques.	Le râclage détruit le tissu et n'amène qu'un détritus rouge-gris dans lequel a disparu toute apparence d'organe.
La congestion disséminée se développe indifféremment dans toutes les parties de l'organe; mais le bord postérieur du lobe inférieur est son siége de prédilection. Le fait est vrai surtout lorsque la congestion est généralisée.	L'hépatisation disséminée se développe indifféremment dans toutes les parties de l'organe; mais les noyaux volumineux et ceux qui, par leur réunion, forment une surface étendue, siégent de préférence en arrière, aux environs du point de réunion des trois lobes du poumon droit, et dans la partie correspondante du poumon gauche.
Lorsque la congestion est généralisée, l'organe est plein et lourd, mais flasque, et rappelle certains cas de compression du poumon par un épanchement pleural.	Dans l'hépatisation généralisée, le poumon est lourd, gros, compacte, turgescent.
L'insufflation modifie toujours plus ou moins les tissus congestionnés; elle colore en rose toutes ou presque toutes les parties malades. L'air pénètre partout ou presque partout, et rend la crépitation et la légèreté spécifique à la plus grande partie du tissu.	L'insufflation ne modifie jamais en rien les tissus hépatisés; elle n'a d'autre effet que de faire disparaître l'engouement ou la congestion des parties environnantes, et de rendre, s'il est possible, les parties malades plus distinctes et plus tranchées sur la coupe.

Les éléments de cette comparaison ne sont pas tout à fait identiques à ceux que nous lisons dans le remarquable travail de MM. Legendre et Bailly; mais ils suffisent pour établir une différence complète entre les deux lésions. Ces deux pathologistes expliquent cette différence en admettant que dans l'hépatisation il y a un état d'infartus de la cavité des vésicules, résultat de l'épanchement d'une matière fibrineuse plastique. Les produits phlegmasiques sont déposés « dans les vésicules et la trame organique des poumons, » tandis que dans la congestion il y a simple affaissement des cellules aériennes. Pour eux, la différence qui existe entre la pneumonie franche et la pneumonie catarrhale consiste en ce que « dans la première ce serait aux dépens des produits phlegmasiques que s'accompliraient les différentes terminaisons de l'inflammation, tandis que dans la seconde, où l'on n'observe pas la même tendance à une production nouvelle, mais seulement une congestion secondaire et tout à fait accessoire (1) du parenchyme, ce serait spécialement l'élément muqueux qui subirait les différentes phases de l'inflammation. »

Nous partageons complétement l'avis de nos confrères, lorsque nous comparons avec eux les cas extrêmes qui forment les derniers anneaux d'une chaîne qui, pour nous, n'est pas interrompue. Mais nous craignons que, frappés par des différences si tranchées, et poussés par le désir de prouver surabondamment la différence de nature de deux lésions à tort confondues jusqu'à leurs travaux, ils n'aient pas vu certains cas intermédiaires nombreux encore, dans lesquels les caractères des deux lésions, mélangées à divers degrés, expliquent certaines différences que présentent les hépatisations partielle et lobulaire.

Ainsi, ces pathologistes affirment que les parties véritablement hépatisées offrent à la coupe, d'une manière *constante et invariable*, un aspect grenu. Il nous est impossible d'admettre cette assertion. On a pu, avec raison, accuser d'erreur nos premières recherches lorsque nous avions confondu la congestion et l'hépatisation. Mais aujourd'hui, après des études répétées, après avoir reconnu la vérité de la plupart des faits nouveaux annoncés par MM. Legendre et Bailly, nous ne pouvons admettre celui-ci; nous affirmons qu'il est des cas assez nombreux d'hépatisation partielle dans lesquels la granulation manque ou n'existe que plus ou moins rarement disséminée. Dans ces faits, l'on peut constater tous les caractères de l'hépatisation, excepté un seul, la présence des granulations qui indiquent l'état d'infartus de la vésicule pulmonaire (2).

C'est qu'en effet l'hépatisation ne consiste pas seulement dans un épanchement intra-vésiculaire de lymphe plastique. Il se fait aussi dans les capillaires sanguins, d'après M. Magendie; dans la trame organique, d'après MM. Legendre et Bailly; M. Chomel admet que l'inflammation se fait dans les parois et dans le tissu cellulaire intervésiculaire. Et il faut bien qu'il en soit ainsi, car sans cela on ne comprendrait pas pourquoi les vaisseaux et le tissu cellulaire sont ramollis, confondus et indistincts au milieu des produits phlegmasiques.

Or l'on voit facilement que, si une cause quelconque s'oppose à ce que l'épanchement plastique se fasse d'abord ou simultanément dans les vésicules, il peut en résulter qu'il y devienne impossible et que par conséquent l'état grenu ne puisse pas se produire. Cet état dépendra donc à peu près exclusivement du siége primitif de l'épanchement plastique, et cette seule différence de siége ne saurait impliquer nécessairement une différence de nature. M. Chomel avait déjà reconnu ce fait en disant : « Peut-être l'absence de granulation est-elle due surtout à ce que l'inflammation occupant spécialement le tissu cellulaire intervésiculaire comprime les cellules et en efface la cavité (3). »

Il nous semble, en outre, qu'il faut tenir compte de la nature du produit inflammatoire. Ainsi, nous avons à peu près démontré que, dans la congestion portée à un certain degré, il se fait un épanchement extra-vésiculaire, et qui, d'après un seul examen au microscope, serait un sérum granuleux. Or il faut admettre que dans l'hépatisation le produit inflammatoire est plus plastique, se solidifie plus rapidement, et remplit ainsi d'une manière plus complète et plus absolue les parties de l'organe dans lesquelles il est sécrété. De là, sans doute, la turgescence et la compacité de l'hépatisation; de là l'impossibilité absolue de céder à l'insufflation, même lorsque l'épanchement est extra-vésiculaire; de là, en un mot, les différences capitales qui séparent l'hépatisation, même non grenue, de la congestion lobulaire avec engorgement.

Il est difficile, cependant, de ne pas admettre un rapport entre ces deux dernières lésions et la possibilité du passage de l'une à l'autre. Que sous l'influence de la force du sujet, de son âge, de la nature de la maladie première, l'épanchement congestionnel actif prenne un caractère plus inflammatoire, rien ne s'oppose à ce qu'il devienne plastique et à ce qu'une véritable hépatisation extra-vésiculaire succède à une congestion lobulaire. Ainsi s'expliqueraient la conservation, puis l'effacement graduel des intersections lobulaires sur les noyaux hépatisés; aussi bien que l'affaissement primitif des vésicules ferait comprendre l'absence des granulations, ou même leur rareté et leur dissémination dans un même noyau hépatisé (4). Les choses se passent à peu près de la même manière lorsqu'une hépatisation envahit le tissu pulmonaire déjà comprimé par un épanchement. Ce fait, que nous avons eu l'occasion de vérifier, avait été déjà constaté par M. Chomel (5).

Cependant, l'aspect grenu manquant parfois aussi dans des cas où l'hépatisation ne s'est pas développée au sein de la congestion, il faut admettre que d'autres circonstances peuvent contrarier son développement. Peut-êtr[illegible]faitement justifiée lier dans lequel se trouve la muqueuse bronchique [illegible]ganique sur laire par le fait du catarrhe s'oppose-t-il en partie à ce que l'hépatisation soit intra-vésiculaire. Peut-être faut-il remarquer aussi que les vésicules pulmonaires sont, chez les enfants, à peine visibles à l'œil nu, et que ce petit volume doit être un obstacle de plus à la production et, peut-être, à la constatation des grains pneumoniques dans une maladie dont la tendance spéciale est d'affaisser les vésicules dans les parties malades.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Nous avons déjà dit qu'à nos yeux cette congestion est loin d'être accessoire.

(2) Il est un autre caractère qui est spécial à la congestion lobulaire et que nous avons rencontré dans un certain nombre de cas d'hépatisation partielle. Nous voulons parler de la persistance des intersections lobulaires sur les limites et à la surface des tissus malades. Mais les différences ici même sont tranchées. Dans la première lésion, les intersections lobulaires communes, très marquées sont souvent sensibles au doigt aussi bien que visibles en raison de leur couleur blanche. Dans l'hépatisation, elles sont plus rares, moins générales, sont au même niveau que les parties malades, ne se distinguent que par une coloration un peu plus foncée et semblent s'être effacées graduellement.

(3) *Dict. de médecine*, t. XXV, p. 156.

(4) La possibilité de l'épanchement plastique vésiculaire disséminé dans des tissus congestionnés nous semble évidente dans quelques cas de congestion généralisée au sein de laquelle nous avons constaté quelques granulations semblables à celles de l'hépatisation, isolées, perdues au milieu du tissu congestionné et qui eussent certainement échappé aux yeux si l'insufflation eût été pratiquée.

(5) *Dict.*, tom. XXV, p. 148.

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. Cazenave.

ALUN.

Le sulfate d'alumine et de potasse est un astringent assez utilement employé contre la blennorrhée en injections et aussi en lotions contre les éphélides, les excoriations de la peau et les engelures.

Injection alumineuse fuliginée.

Décoction de suie.	500,0
Alun.	15,0
Eau.	184,0

F. S. A.

Contre les fleurs blanches (Soubeiran).

Injection par l'urètre (Ricord). — *Injections alumineuses.*

Eau de roses.	190 grammes.
Alun.	1 —

F. S. A.

Injection par le vagin (Ricord).

Eau.	1,000 grammes.
Sulfate d'alumine.	2 —

F. S. A.

Lotions astringentes (Foy).

Sulfate de zinc.	4 grammes.
Sulfate d'alumine.	4 —
Eau de plantain.	500 —

F. S. A.

Contre les taches de rousseur et les engelures.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA HUITIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ORGANISME.

Je vous ai fait connaître, messieurs, les doctrines physiologiques des partisans du fluide électro-vital ou du fluide magnétique animal; je dois maintenant vous exposer le rôle qu'on fait jouer à ces fluides dans le développement des maladies. Quelques citations vous mettront à même de vous prononcer sur la valeur des doctrines pathogéniques qui découlent de la biologie métaphysique.

Le cerveau, le cervelet, la moelle épinière, le grand sympathique étant de véritables piles électro-vitales, les cordons nerveux et le névrilème étant les fils conducteurs de ces piles, et la matière grasse, oléo-séreuse ou séreuse étant le corps destiné à isoler ces fils, vous comprenez que, s'il survient une modification quelconque dans l'un ou l'autre de ces éléments, dans la production, la distribution du fluide électro-vital, il doit en résulter des accidents, des troubles fonctionnels, des états morbides.

Chez les personnes maigres, la couche isolante étant moins épaisse ou incomplète, le névrilème reçoit des organes environnants ou cède à ces organes des quantités d'électricité qui modifient le courant normal et font éprouver des impressions vagues; ces impressions se traduisent par un malaise indéterminé que l'on désigne sous le nom d'*état nerveux*.

Si le névrilème d'un cordon centripète subit des modifications organiques, s'il se ramollit, par exemple, il peut devenir mauvais conducteur de l'électricité; il s'électrise ou laisse le courant se répandre dans les tissus voisins de manière à donner lieu à des douleurs, à des impressions anormales partant de cette région, et il se développe *une névralgie*.

Si, sous l'action du froid et de l'humidité, la substance grise des filets nerveux du grand sympathique devient moins isolante, sa puissance réflective est diminuée; le fluide exerce sur les filets nerveux cérébro-rachidiens qui concourent à former les cordons du grand sympathique des impressions anormales qui sont transmises au cerveau et qui donnent lieu à des douleurs vagues, diffuses, erratiques : voilà le *rhumatisme*.

Les douleurs qui accompagnent l'inflammation des muscles, des tissus fibreux, des séreuses, s'expliquent de la manière suivante : chaque séreuse est le centre de mouvements plus ou moins fréquents qui, par les frottements qu'ils exercent ou qu'ils subissent, développent du fluide électrique dans des proportions telles que l'action isolante de la substance grise est surmontée; l'électricité, dégagée en excès, irrite les cordons nerveux ou surcharge la substance médullaire et donne lieu à une douleur aiguë.

Si dans les organes centraux la substance grise a perdu sa faculté isolante ou est devenue trop active, elle donne lieu à une aberration dans la sensation, dans le jugement et la faculté, ou bien elle concentre les impressions et les rapports tous à un organe particulier : de là les différentes formes de la *manie*.

Certains tissus accidentels deviennent le siége de phénomènes particuliers; ils s'électrisent sous l'influence de leur propre circulation et sont mauvais conducteurs; cette circonstance leur permet de se charger comme une véritable bouteille de Leyde, et il en est ainsi du tissu encéphaloïde; mais, chaque fois que le fluide s'est accumulé dans ce tissu, une décharge s'opère sur les cordons nerveux centripètes les plus voisins et un *élancement* plus ou moins vif se fait sentir.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20 et 27 septembre.

n'y avais remarqué par des procédés analogues les convulsions, jeune fille, la chlorose, la syncope, l'obésité, la fièvre angéioténique, le choléra, l'inflammation, etc., etc.

Vous retrouvez ici cette même méthode de philosopher dont nous vous avons signalé les inconvénients; les inductions substituées à l'observation, les hypothèses aux faits. Certes, il est un grand nombre de maladies qui résultent d'un trouble fonctionnel de l'innervation et auxquelles ne correspondent aucunes lésions matérielles appréciables; certes les effets et les résultats obtenus dans ces circonstances par l'application thérapeutique du fluide électrique autorisent à penser que l'électricité atmosphérique, que l'électricité animale elle-même jouent un certain rôle dans le développement de ces états morbides; mais là s'arrêtent nos connaissances, et, jusqu'à ce que des expériences concluantes et bien établies soient venues nous fournir de nouvelles lumières, nous substituerons aux assertions de M. Baradue l'humble aveu de notre complète ignorance. Que l'électricité, dit M. Gavarret, joue un rôle soit dans la production, soit dans la manifestation des maladies, c'est là une chose qui nous paraît probable; mais à quel titre? C'est là ce que nous ne connaissons pas encore.

Les influences curatives de l'électricité méritent, messieurs, de nous arrêter un instant, et je pense que vous écouterez avec d'autant plus d'intérêt l'exposé des intéressantes découvertes qui ont été faites dans ces derniers temps que vous y trouverez des données dont l'hygiène pourra être appelée à tirer parti un jour.

Les effets produits par l'électricité sur l'organisme vivant varient suivant qu'ils se rattachent à l'électricité statique ou à l'électricité dynamique.

Electricité statique. — Le corps humain est un bon conducteur de l'électricité, en raison des fluides dont il est imprégné; lorsqu'un homme communiquant avec le sol est mis en présence d'une source d'électricité, il se charge par influence de fluide contraire, et, si alors il s'approche suffisamment de la source électrique, il en tire une étincelle et ressent une *commotion électrique.*

La commotion, lorsqu'elle est modérée, produit une contraction musculaire, un choc douloureux dans les articulations et parfois de l'engourdissement; une commotion très énergique déterminée par une machine électrique ou plutôt par une batterie produit des accidents graves et devient un *foudroiement* en tout comparable à celui que nous avons étudié à propos de l'électricité atmosphérique.

Les inconvénients attachés à la commotion mettent un obstacle à l'emploi thérapeutique de l'électricité statique, qui n'est guère employée, mais que l'on peut administrer de plusieurs manières.

L'électrisation par contact ou le bain électrique consiste à isoler le sujet et à le mettre en communication avec le conducteur de l'appareil; toute la surface du corps se trouve alors électrisée, soit positivement, soit négativement, à la volonté du médecin, et l'air qui entoure le corps se charge par induction de fluide contraire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RÉCLAMATION.

Les docteurs norwégiens Danielssen et Boeck ont publié, il y a deux ans, à Paris, la traduction française d'un ouvrage dont ils sont les auteurs, et qui a pour titre : *Traité de la spédalskhed, ou éléphantiasis des Grecs.* La *Gazette des Hôpitaux* a rendu compte dans le temps de cet important travail.

M. le docteur Retzius, médecin du roi de Suède, désigné dans une des notes du *Traité de la spédalsked* (page 233), nous adresse, avec prière de l'insérer, la lettre suivante, dans laquelle il se justifie des reproches que lui adressent MM. Danielssen et Boeck.

N'ayant eu que depuis quelques jours l'occasion de voir l'édition française du *Traité sur la spédalskhed* par MM. Danielssen et Boeck, j'ai totalement ignoré jusque-là les imputations dirigées contre moi dans une note de cet ouvrage, et dont la teneur suit :

Nous ne pouvons, à cette occasion, laisser ignorer que M. le docteur Retzius, médecin du roi de Suède, a adressé au docteur Trompeo, à Milan, une traduction de la relation faite par M. Danielssen sur la spédalskhed au congrès des naturalistes, à Christiania, en 1844; nous disons, en outre, que le même M. Retzius a eu *la témérité* de faire présenter comme siennes, au congrès des naturalistes, à Milan, les observations contenues en cette relation. La traduction mentionnée a été publiée dans *J. Annali univ. di med.*, oct. 1844, d'où elle a été reproduite dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, publiées par Cazenave, 2e année, 1845..... La traduction de toute la relation est reproduite avec une exactitude scrupuleuse; mais l'auteur a ajouté malheureusement quelques lignes de son cerveau, lignes qui se résument en explications erronées (*Traité sur la spédalskhed*, p. 233-234).

Il y a dans cette note quelque chose de vrai, mais les cinq sixièmes des faits avancés sont tout aussi faux que les *explications tirées de mon cerveau sont erronées.* Un simple exposé suffira, je l'espère, à me disculper entièrement aux yeux des hommes de science entre les mains desquels l'ouvrage sera tombé.

J'ai été frappé, dès l'abord, de la différence qui existe, dans cette partie du texte, entre l'édition française et l'édition norwégienne du *Traité*: cette dernière ne contient qu'une protestation simple et fort à sa place contre les erreurs qui pourraient résulter de l'article sur la lèpre, inséré dans les *Annales* de Cazenave (2e année), d'après la notice donnée par les *Annali universali di medicina;* l'édition française est enrichie, par contre, comme on vient de le voir, d'une note supplémentaire très offensante pour ma probité scientifique, et dénotant un esprit de malveillance qu'aucune considération ne peut justifier. M. Danielssen a avancé contre moi des faits qu'il savait *être inexacts;* or une telle conduite se nomme de la diffamation faite à bon escient et en pleine connaissance de cause. Il ne me sera pas difficile de prouver ce que je viens de dire.

En 1847, j'appris que M. le docteur Boeck, de Christiania, avait des griefs contre moi au sujet d'un article inséré dans les *Annales* de Cazenave (2e année, 1845), article que je vis aussi pour la première fois il y a quelques jours seulement, et qui paraît laisser croire que, lors du congrès des naturalistes à Milan, en 1844, j'ai présenté comme miennes des observations sur la spédalskhed, communiquées quelques mois auparavant par M. Danielssen à la réunion des naturalistes scandinaves à Christiania, et reproduites plus tard dans le journal danois *Ugeskrift for Laeger* (no 4-5, 2e raekke, 1844). A peine fus-je instruit que MM. les auteurs de l'ouvrage en question se proposaient de me signaler comme plagiaire, que je me hâtai d'écrire à M. le docteur Boeck une lettre suivie de pièces justificatives tendant à prouver que MM. Boeck et Danielssen étaient dans une erreur complète à mon égard. J'eus, sitôt après, la satisfaction de recevoir de mon honorable collègue une réponse (d. 24 sept. 1847) dans laquelle il reconnaissait loyalement « que » tout le différend provenait d'un malentendu de la part des » étrangers qui ont été mêlés à l'affaire, et me promettait, en con- » séquence de mes éclaircissements de changer la note de son édi- » tion norwégienne de manière qu'aucune culpabilité ne reposât » sur moi. » M. Boeck eut ensuite la bienveillance de communiquer ces éclaircissements à son collaborateur, M. Danielssen, alors occupé à Paris à la publication française du *Traité sur la spédalskhed*; mais celui-ci n'en dirigea pas moins contre moi l'attaque mentionnée plus haut, laquelle ne brille certes pas par l'urbanité ni par le bon goût, mais moins encore par la justesse des allégations et par la rectitude des faits.

Je déclare formellement, en premier lieu, que je n'ai jamais présenté à un congrès scientifique quelconque, pas plus à celui de Milan qu'à tout autre, des observations sur la spédalskhed; et si quelqu'un l'a fait en mon nom, je désavoue complètement un tel acte.

En second lieu, le *Diario della sesta riunioni degli scienzati italiani convocati in Milano, nel settembre* 1844, dit tant seulement, n° 8, p. 6 : « *Il dottore C. C. Gallo tegge alcuni sue osservazioni statistiche sulla pellagra tramessa in via hereditaria. Quindi si dà lettura di un brano di littera di Retzius sulla Lebbra,* » et non pas : « *Una littera diretta alla riunione degli scienzati italiani convocati in Milano.* » La circonstance que communication n'a été faite que d'un fragment de lettre prouve à l'évidence qu'il n'était nullement question d'une lettre adressée au congrès; elle eût été, dans ce dernier cas, lue dans son entier.

En troisième lieu, l'article inséré dans les Annales de M. Cazenave ne dit pas non plus « que la traduction a été faite d'après une communication de ma part au congrès de Milan; » il fait seulement connaître que le docteur Trompeo a communiqué au congrès « une lettre du docteur Retzius, relative à la lèpre en Suède et en Norwége. Cette lettre, etc. »

M. Danielssen me permettra donc de lui dire qu'il a avancé une fausseté manifeste en publiant « que j'ai fait présenter au congrès de Milan des observations sur la spédalskhed. »

Voici au reste, et pour justifier jusqu'aux communications fournies par moi à M. Trompeo, l'occasion à laquelle j'ai été appelé à les donner.

M. le docteur Trompeo, médecin de S. M. la reine mère de Sardaigne, m'écrivit de Turin (1er juin 1844) dans une lettre laquelle il m'annonçait qu'après s'être longtemps occupé de la lèpre, il venait de déterminer son gouvernement à prendre des mesures pour faire disparaître, si cela était possible, cette maladie des Etats de Sardaigne. Il me priait en conséquence de bien vouloir lui communiquer quel était en Suède l'état des connaissances médicales relativement à la lèpre. Un petit mémoire intitulé : *Cenno sulla lebbra*, me fit juger qu'il était question de *l'éléphantiasis* des Grecs, notre *spétalska*, la *spédalskhed* de la Norwége.

Je répondis à M. Trompeo que cette maladie se rencontrait rarement chez nous depuis les vingt-cinq dernières années, mais qu'elle paraissait sévir encore avec violence en Norwége. J'ajoutai que ma connaissance personnelle de la maladie était très limitée, nos auteurs l'ayant confondue jusque dans ces derniers temps avec les scrofules et avec la syphilis dégénérée, etc.

Afin de satisfaire autant que possible à la demande de M. Trompeo, je me proposai nonobstant de lui faire un exposé succinct de ce que la littérature scandinave avait de mieux sur cette matière. Au moment où je m'occupais à dresser mon exposé, je reçus fort à propos de mon libraire le n° 32, 8 août, 3e année, du journal norwégien *Ugeskrift for médecin og pharmacie*, où je trouvai, p. 252, dans le compte-rendu de la réunion des naturalistes scandinaves à Christiania en 1844, rédigé par M. le docteur Lehman, de Copenhague, un article qui facilitait grandement mon travail.

Je n'en fis nullement usage pour faire briller mon nom par des découvertes appartenant à d'autres, mais bien plutôt pour être utile à un confrère qui, ne comprenant pas nos langues du nord, ne fût arrivé qu'avec peine à la connaissance de ce que la littérature périodique scandinave avait de particulier relativement à la question qui l'intéressait. Je me bornai à mentionner des faits appartenant déjà au domaine de la science, et laissai de côté tout ce qui concernait l'histoire littéraire de la maladie, comme étant pour le moment inutile à M. Trompco. Il importe de bien constater ici que les observations de M. Danielssen appartenaient déjà à la science, ayant été d'abord communiquées par lui-même à Christiania, puis reproduites par d'autres personnes que lui dans deux journaux, l'un danois et l'autre norwégien.

Deux mots encore. Ma lettre à M. le docteur Trompeo était écrite à la hâte, et n'avait nullement été rédigée de manière à pouvoir paraître sous les yeux du public, ni à l'occasion d'un congrès de savants, ni à toute autre occasion. En outre, je m'étais servi de la langue italienne, que j'avais employée mon correspondant. Il est donc fort possible que les expressions dont j'ai fait usage aient été quelquefois obscures ou mal choisies. Mais ce que je puis garantir, c'est que la traduction, telle qu'elle se trouve dans l'article du journal de M. Cazenave, renferme des termes très différents de ceux que je retrouve dans le double de ma lettre, heureusement encore en ma possession. Je me vois donc dans la nécessité de désavouer complètement ladite traduction, quoiqu'elle soit juste en grande partie.

Je prie maintenant mes confrères justes et loyaux de juger si M. Danielssen était vraiment en droit de m'accuser de *témérité*. Je pense, pour mon compte, que cette témérité se trouve autre part que chez moi; et M. Danielssen, je l'espère, ne méconnaîtra plus assez ses propres intérêts pour lancer encore de pareilles attaques, qui ne seront, en tout cas, nuisibles qu'à lui-même.

M. C. Retzius.

Stockholm, ce 10 avril 1851.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 27 septembre dernier, à propos du concours d'aides-majors qui vient d'avoir lieu au Val-de-Grâce, ces mots : « Parmi ceux-ci, les uns appartenaient à l'Ecole du Val-de-Grâce, les autres étaient des élèves libres; nous sommes heureux de pouvoir affirmer que l'utilité de l'Ecole s'est manifestée d'une manière évidente dans les épreuves, quoique des candidats des deux catégories aient donné des preuves d'instruction réelle. »

Tout en laissant la responsabilité de cet article à son auteur et sans vouloir entrer ici dans une discussion touchant la valeur d'une Ecole, je n'ai pu, je l'avoue, me rendre compte de ce que l'auteur a entendu par cette désignation d'*élèves libres*, ayant toujours cru qu'à partir du décret du 23 avril 1850 les élèves avaient cessé d'exister dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement.

L'auteur de l'article semble ignorer que ceux qu'il nomme *élèves libres* sont chirurgiens sous-aides majors, docteurs ayant dix ans de service et au moins dix campagnes.

J'attends de votre impartialité, M. le Rédacteur, l'insertion de ces quelques lignes dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. A. Deschamps, d.-m.-p.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le mercredi 29 octobre 1851, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à quatre places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration depuis le lundi 29 septembre 1851 jusqu'au mercredi 15 octobre suivant et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'*élèves internes* dans les hôpitaux et hospices.

Le secrétaire général,

Signé : L. Dubost.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 116. — MARDI 7 OCTOBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 116. — MARDI ...

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen.

Les tumeurs en général, et celles de l'abdomen en particulier, ont de tout temps fixé d'une manière spéciale l'attention des médecins et des chirurgiens. Cette préférence paraîtra plus que motivée, si l'on songe, d'une part, à l'importance des organes qui sont en jeu, et, de l'autre, au nombre, à la fréquence, à la variété de ces affections, et aux difficultés souvent insurmontables d'un diagnostic précis, rigoureux.

Certes, les progrès de la médecine moderne, en nous fournissant de nouveaux moyens d'investigation, ont rendu plus facile l'étude d'un grand nombre de ces lésions : l'auscultation, la palpation, la percussion plessimétrique ont rendu à cet égard d'immenses services. Que d'erreurs, quelquefois funestes, ont été commises faute de posséder ces précieux moyens de diagnostic ! Et pour ne parler que des hernies, que de fois n'est-il pas arrivé, et à des hommes du plus haut mérite, d'être très embarrassés sur la nature de certaines tumeurs et, dans certains cas malheureux, trompés qu'ils étaient par de fausses apparences, de plonger un bistouri dans l'intestin, croyant avoir affaire à une adénopathie, à un abcès, et réciproquement !

De nos jours, on a rarement à déplorer une méprise de ce genre, auxquelles les praticiens les plus consommés étaient quelquefois exposés d'une manière presque inévitable, et tout médecin, quelque peu d'expérience qu'il possède, évitera facilement un malheur dont les suites sont si graves pour le malade, si, avant d'agir, il veut bien se donner la peine de mettre à contribution les ressources de diagnostic que possède aujourd'hui la science.

Est-ce à dire, pour cela, qu'il soit toujours aisé, facile de reconnaître le siége, la nature des tumeurs abdominales ? Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Sans doute, nos moyens physiques d'exploration ont souvent guidé, éclairé la conduite du médecin à l'égard de ces affections ; mais il reste encore à faire. Espérons que la science n'a pas dit son dernier mot ; sans quoi un diagnostic positif serait parfois impossible, comme on va le voir par l'observation suivante.

Au n° 11 de la salle Sainte-Anne est une femme âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution. Entrée dans le service le 1er septembre, cette malade, outre la tumeur qu'elle porte, et sur laquelle nous allons revenir, présentait à son entrée à l'hôpital l'état suivant : Elle éprouvait quelques frissons mal déterminés qui revenaient tous les jours à la même heure, et qui étaient suivis d'un peu de chaleur et de sueur.

L'honorable confrère qui nous l'a adressée, pensant, d'après ces symptômes peu marqués, que la malade pouvait bien avoir une fièvre intermittente, explora par la percussion, mais d'une manière incomplète, la région splénique. Il trouva une matité anormale assez étendue, et, bornant là son investigation, il crut à un engorgement considérable de la rate; et comme l'intensité des phénomènes fébriles n'était pas en rapport avec cet énorme engorgement splénique, il nous a envoyé cette malade comme un cas assez rare et présentant une exception à nos doctrines.

En examinant plus attentivement la malade, nous avons reconnu qu'il s'agissait d'un épanchement pleurétique. La matité absolue existait partout en arrière au même niveau que sur le côté; nous avons obtenu le déplacement du liquide en faisant changer la position de la malade. Les signes stéthoscopiques étaient en rapport avec ceux que nous donnait le plessimétrisme : absence de murmure respiratoire dans toute l'étendue de la matité ; égophonie très prononcée au niveau du liquide, etc. L'hydro-pleurie était donc manifeste. Toutefois cette erreur de diagnostic, de la part de notre confrère, paraîtra très excusable, si l'on songe que les signes fonctionnels qui auraient pu mettre sur la voie manquaient complétement. Ainsi il n'y avait ni dyspnée, ni toux, ni crachats, ni douleurs dans le côté.

Avant de nous occuper de la tumeur, nous avons songé à débarrasser la malade de cette affection concomitante. A cet effet, plusieurs larges vésicatoires ont été successivement appliqués ; des purgatifs hydrorhéiques ont été administrés. Sous l'influence de ce traitement l'épanchement s'est résorbé. Nous avons alors cherché à préciser les rapports de cette tumeur avec les organes voisins. Lorsque la malade est entrée dans nos salles, il était presque impossible de limiter d'une manière rigoureuse le volume de la rate. Cet organe était entièrement masqué par l'hydro-pleurie qui, en outre, le refoulait en bas, en avant, et semblait se rattacher à la tumeur par un pédicule assez large.

Aujourd'hui, tous ces rapports sont changés, la rate a repris se place naturelle, et n'a pas la moindre adhérence avec la tumeur qui est située à gauche de la ligne blanche, entre la région épigastrique et la région ombilicale; ayant au-dessus d'elle, et un peu à droite, la grande courbure de l'estomac, et à gauche la dernière partie du colon transverse, et le commencement du colon descendant. Le lobe gauche du foie, limité ainsi que le reste de l'organe par le plessimétrisme, s'avance jusque vers la neuvième côte gauche; son bord inférieur est placé environ à 6 centimètres au-dessus de la tumeur. Le pédicule, qui primitivement avait paru avoir des connexions avec la rate, en est tout à fait distinct. Il est de toute évidence qu'il adhère au bord inférieur du foie, et cette union est si marquée, qu'on la trouve parfaitement en s'aidant seulement de la palpation.

Et maintenant, quelle est cette tumeur? La palpation, le plessimètre surtout, nous ont appris que ni l'estomac, ni l'intestin, ni le foie, ni le rein, ni la rate n'entraient en rien dans sa formation. Par quoi est-elle donc constituée? Et d'abord quelle est sa nature ?

Le siége, l'absence d'expansion, d'élasticité, de tout battement, le volume de la tumeur, qui a bien la grosseur d'un fœtus à terme, tous ces caractères négatifs nous disent assez que nous n'avons pas affaire à un anévrisme.

Il n'est pas probable non plus que ce soit une affection carcinique; l'âge de la malade, sa bonne constitution, le temps et le mode qu'a mis la tumeur à se développer (il y a près de six mois que la malade s'en est aperçue en sortant du bain), l'absence de tout trouble, de tout désordre fonctionnel, la forme arrondie de la tumeur, sa surface non bosselée, sa mobilité extrême, son indolence, qui permet la pression la plus forte sans déterminer la moindre douleur, la matité absolue qu'on obtient par la percussion, et qui devient tout à fait superficielle à son centre, toutes ces considérations nous portent à croire qu'il s'agit d'un kyste et non d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde.

Il nous reste à examiner si c'est un kyste ovarique ou bien un kyste hydatique du foie. D'après ce qui a été dit sur le siége de la tumeur, on peut voir qu'elle est placée beaucoup plus haut que ne le sont d'habitude les hydropisies enkystées de l'ovaire. En outre, rien ne paraît la rattacher à cet organe. Elle semble entièrement indépendante de l'utérus et de ses annexes. Si l'on pratique le toucher et qu'on fasse mouvoir la tumeur, on ne sent pas que la secousse soit imprimée à la matrice. Le toucher vaginal donne également des résultats négatifs. En effet, si l'on fait percuter par un aide la tumeur à sa partie inférieure, alors que soi-même on dirige le doigt vers ce point, et le plus loin possible, on ne sent pas que la continuité du son soit transmise à l'utérus; ainsi, rien ne nous prouve que ce soit un kyste de l'ovaire.

D'un autre côté, bien que la tumeur paraisse avoir sa base à la partie supérieure, et adhère au bord inférieur du foie par un pédicule, nous n'avons pas de raisons suffisantes pour admettre que ce soit un kyste hydatique du foie. Ainsi, la tumeur est détachée de ce viscère : elle ne fait pas corps avec lui; d'ailleurs, on ne perçoit pas le bruit et le frémissement hydatiques. Si l'on place l'oreille sur n'importe quel point de sa surface, on n'entend aucun bruit.

Doit-on tenter une ponction exploratrice dans le but de rendre le diagnostic plus précis? Je ne le pense pas. Jusqu'à présent, cette tumeur a peu incommodé la malade: elle n'en souffre pas. Il n'existe pas le moindre trouble dans les fonctions. Il est donc d'une sage pratique de ne rien tenter de semblable, d'attendre. Dans tous les cas, si jamais la tumeur provoquait des accidents graves, et qu'on dût avoir recours à une ponction, on devrait plonger le trocart à son centre; car c'est dans ce point que la matité est absolue, tandis que sur les bords on courrait le risque d'intéresser l'intestin.

En attendant, que faire? car l'utilité pratique doit être toujours le but que nous devons nous proposer. On a reproché à l'école de Paris de s'occuper presque exclusivement du diagnostic et de faire peu pour la guérison des malades ; ce reproche est-il fondé? Est-il possible, sans diagnostic, de faire une thérapeutique honnête? Quel médicament peut-on employer contre une affection qu'on n'a pas su reconnaître ? Que d'erreurs! que de fautes ne s'expose-t-on pas à commettre! J'ai souvent fait cette comparaison qui me semble fort juste, et que je me plais à répéter: Quel est l'horloger qui, devant arranger une montre, songera à lui rendre le mouvement avant de constater quelle est la lésion anatomique, si je puis ainsi parler; quel est le rouage qui empêche le mouvement ou en trouble le rhythme? Eh bien! la montre est en petit ce qu'est en grand la matière humaine. Diagnostic rigoureux, thérapeutique précise ; diagnostic vague, thérapeutique incertaine. Dans ce cas, que pouvons-nous tenter? On pourra essayer des douches, des frictions sur la tumeur avec la teinture d'iode étendue de vingt fois son poids d'eau ; et comme nous avons trouvé le col utérin hypérémié, presque ulcéré, nous donnerons à l'intérieur de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium, parce que l'emploi de ce médicament ne présente aucun inconvénient, et qu'il pourra être utile si cette lésion du col a été produite par l'influence du virus syphilitique.

Marcellin COULY.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Observations et réflexions sur le sycosis.

(Suite et fin. — *Voir* le n° du 2 octobre.)

Au n° 66 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée C... (Dieudonné), âgée de soixante-sept ans, sans profession, née à Liége, en Belgique, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 3 juin 1851 pour se faire traiter d'une éruption siégeant sur le nez.

Cette malade est d'une constitution assez délicate; elle a la peau fine. Réglée à dix-huit ans, elle a cessé de l'être à cinquante-deux. Elle a été mère de cinq enfants. Dans son enfance elle a eu (ainsi que ses frères et sœurs) des abcès ganglionnaires au cou; on voit aujourd'hui une cicatrice au-dessous de la mâchoire à droite. Dans son enfance également, elle eut une variole confluente, et l'éruption s'étant supprimée par suite de l'impression du froid, il survint une ophthalmie avec photophobie extrême. Cette maladie, malgré des traitements divers, dura jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque où s'établit la menstruation, et se termina par une opacité laiteuse des deux cornées, avec affaiblissement très notable de la vue.

Vers l'âge de trente-six ans, elle eut plusieurs érysipèles de la face et du cuir chevelu, traités par les saignées répétées.

Elle n'a jamais eu d'éruption d'acné.

La maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a quatre ans en hiver. C'était d'abord un bouton semblable à une pustule d'acné, à en juger par la description qu'en fait la malade.

Ce bouton, qui occupait le lobule du nez, ayant été écorché, la place n'en a jamais guéri. Peu à peu il survint au voisinage de ce point des croûtes d'un gris jaunâtre, que la malade enlevait soit avec les ongles, soit par des cataplasmes, mais qui se renouvelaient le lendemain ou le surlendemain. Au-dessous, la peau semblait saine, mais elle était rosée et un peu tendre ; quelquefois enfin il s'écoulait quelques gouttes de sang. C'est surtout depuis un an que la maladie s'est étendue.

Il y a trois ans, à la consultation des Incurables (hommes), on lui arracha les croûtes, et on cautérisa la peau avec le crayon de nitrate d'argent.

Peu après, à Beaujon, on conseilla l'application d'un vésicatoire au bras et des lotions avec le vin aromatique, tisanes, pilules, etc. Ce traitement fut supprimé au bout de huit jours.

L'an dernier, on cautérisa de nouveau avec le nitrate d'argent; on donna à la malade une solution caustique, dont on l'engageait à faire tomber quelques gouttes, tous les trois jours, sur le nez, préalablement débarrassé des croûtes.

Etat actuel. — 9 juin 1851. — La santé générale est assez bonne; cependant l'appétit est faible, quelquefois nul. Soif assez vive ; pesanteur et flatuosités après les repas ; alternativement constipation et diarrhée ; faiblesse générale, fatigue après le plus léger exercice ; palpitations à de rares intervalles ; céphalalgie presque continue, sans siége très précis ; pouls remarquablement petit, mou, lent. Point de souffle carotidien.

Cet état date surtout de l'époque où, après son dernier enfant, la malade en a allaité deux autres.

Sur le dos du nez existent quatre plaques, dont la plus volumineuse, arrondie, comme tuberculeuse et noirâtre, occupe le lobule; tout le reste de cette partie présente une surface grisâtre ; inégale, comme crasseuse. Les autres plaques, anguleuses, dures, d'un jaune plus ou moins mélangé de gris, occupent le reste du dos du nez; celle qui est la plus élevée présente une dureté comme pierreuse. Autour existe une très légère teinte rosée. La peau du nez présente d'ailleurs des orifices glanduleux très apparents, noirâtres.

On ne peut constater alors l'état de la peau sous les croûtes, la malade ayant demandé instamment qu'on ne les enlevât pas.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade est à l'usage de la tisane de riz (dévoiement qui ne s'est supprimé qu'avant-hier); elle a pris un bain simple.

M. Cazenave profite de ce fait curieux pour appeler l'attention des praticiens sur une maladie de la peau peu grave, bien que très souvent opiniâtre ; mais qui, souvent méconnue, peut, sous l'influence d'un traitement irrationnel, présenter, sinon une gravité absolue, au moins des inconvénients sérieux.

M. Cazenave a déjà eu occasion de dire que l'expérience était loin d'avoir dit son dernier mot sur l'histoire des affections folliculeuses, et l'éruption de la femme C... serait une preuve de plus à l'appui de cette proposition. En effet, cette maladie, longtemps inconnue comme on a pu le voir, est une variété de l'*acne sebacea*, variété que M. Cazenave a décrite sous le nom d'*acne sebacea partielle* (1). Le fait actuel peut être considéré comme un exemple type de cette affec-

(1) Voir, pour la description de cette maladie, *Annales*, t. III, p. 179.

n'y avais ren[illegible]actérisent, comme dans l'espèce, des élévations jeune [illegible]s a peu près semblables à des verrues aplaties, ayant l'aspect de croûtes sèches assez adhérentes, mais ne reposant sur aucune aréole enflammée.

Il semble qu'il devrait suffire de signaler ces caractères pour rendre, sinon facile, au moins toujours possible l'appréciation de cette variété de l'acné. Il n'en est pas ainsi cependant, et il arrive, comme pour la femme C..., que la persistance des phénomènes, que la facilité des récidives, que la délimitation circonscrite des plaques, que l'aspect même de l'éruption déjà dénaturée par des applications topiques font croire à un mal qui n'existe pas et conduisent à l'emploi de moyens qui ne font qu'aggraver la maladie.

Il s'agit donc ici surtout d'une question de diagnostic sur laquelle on ne saurait revenir trop souvent, si l'on songe qu'une erreur trop longtemps prolongée peut conduire à l'incurabilité d'une affection qui, à son état normal, aurait pu céder à l'emploi de quelques moyens simples et faciles.

Il faut donc être bien prévenu avant tout que cette forme d'acné, qui constitue une hypersécrétion plus ou moins abondante de matière sébacée, peut être bornée à un siége très restreint, au visage, par exemple, où elle occupe un point circonscrit de la joue et principalement du nez. Si donc un malade se présente avec une croûte semblable à celles que porte la femme C...; si cette croûte, en tombant, laisse à découvert une surface d'un rose pâle, luisante, comme graisseuse; si elle se reforme plus ou moins rapidement pour présenter les mêmes caractères; s'il n'existe ni ulcérations ni tubercules, on devra, quelle que soit la persistance antécédente de la maladie, quelle que soit l'ancienneté, rejeter toute idée d'une affection mystérieuse grave et reconnaître l'existence d'une *acne sebacea partielle*.

Il faut se hâter d'ajouter que le diagnostic, facile dans les cas que l'on pourrait appeler francs, ne l'est plus quand l'acné a été dénaturée par l'emploi de topiques plus ou moins actifs. Il arrive, en effet, que le malade, fatigué de récidives incessantes, poursuivi par l'idée d'un danger inconnu, sollicite l'emploi de moyens qui détruisent le mal; que l'opiniâtreté d'un mal dont la délimitation n'explique pas la persistance à tous les remède l'emporte sur toute réserve; que le médecin ait en désespoir de cause recours à des cautérisations qui impriment à l'acné une physionomie anormale et en rendent le diagnostic au moins très difficile. Toutefois, il faut être prévenu que, même alors, l'éruption sébacée se reproduit ordinairement aux limites du point cautérisé, et qu'ainsi il est presque toujours possible de reconnaître les vrais caractères de la maladie.

Ce qu'il importe de faire ressortir du fait actuel, c'est qu'il existe, et même assez fréquemment, une espèce d'acné sébacée limitée à un siége très circonscrit, couvrant, par exemple, le dos du nez, comme chez la femme C..., qui en impose assez facilement pour une affection grave, pour un *noli me tangere*; c'est que, par suite de cette supposition, on est conduit à conseiller l'emploi de caustiques qui ne peuvent réussir qu'à la condition de remplacer un mal léger par une cicatrice indélébile, mais qui peuvent à la longue aggraver assez le mal pour le rendre incurable. C'est contre cette erreur, qu'il a partagée, que M. Cazenave tient à prémunir les praticiens en appelant leur attention sur ce point généralement peu connu de la pathologie cutanée.

Dans le cas actuel, c'est donc à une *acne sebacea partielle* que l'on a affaire, et, après avoir fait la part, quant au pronostic, de l'ancienneté de l'éruption, de l'influence des moyens déjà employés, de l'état des plaques et aussi de l'état général, c'est-à-dire après s'être gardé de promettre une guérison tant soit peu prompte, il faut cependant être bien convaincu qu'il est possible d'espérer toujours une heureuse modification de cette maladie.

Les moyens généraux et locaux devront être exclusivement choisis dans ceux qui conviennent à l'acné sébacéa en général.

M. Chausit.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

MÉMOIRE

Sur quelques points de l'histoire de la broncho-pneumonie chez les enfants;

Par MM. E. Barthez, médecin des hôpitaux de Paris, et Rilliet, médecin des hôpitaux de Genève.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 28, 30 septembre, 2 et 4 octobre.)

§ II. — *Hépatisation partielle, disséminée ou généralisée.*

A l'extérieur, la portion malade se présente sous la forme d'un noyau d'étendue variable, très franchement saillant au-dessus des parties voisines, le plus souvent recouvert d'une petite fausse membrane. Après l'ablation de cette membrane, la couleur du tissu est d'un rouge acajou uniforme ou marbré de jaune. Les limites de la partie malade sont quelquefois formées par des lignes brisées, traces des intersections lobulaires; plus souvent, elles s'étendent irrégulièrement sans les respecter. Ces intersections ont, en général, disparu de la surface du noyau malade, surtout s'il a quelque étendue; mais, parfois, on les y voit encore peu distinctes et comme si elles s'étaient effacées graduellement par la marche envahissante de la phlegmasie.

A la coupe, le noyau malade est d'un rouge-terne plus ou moins foncé, tantôt de couleur acajou, tantôt marbré de jaune. Il est turgescent, fait saillie au-dessus des parties voisines. Il est dense, plus lourd que l'eau, compacte, mais friable, et s'écrase très facilement sous la pression du doigt. Sa surface est à peine humide; mais, si on le déchire ou si on le racle avec le scalpel, on amène une sanie épaisse, abondante, en général homogène, d'une couleur rouge-clair, plus ou moins mêlée de gris. Le raclage détruit facilement le parenchyme ramolli. Enfin, la surface de la coupe, moins lisse que celle des tissus congestionnés, a perdu toute apparence spongieuse, et tantôt est grenue, tantôt ne l'est pas. Les granulations, lorsqu'elles existent plus visibles à la déchirure du poumon que sur la coupe, ont un volume variable depuis celui d'un acarus jusqu'à celui d'un gros grain de semoule.

L'insufflation, quelles que soient la force et la persistance avec lesquelles on la pratique, ne détermine aucun changement dans aucune des parties hépatisées: elle ne modifie en aucune façon ni leur volume, ni leur couleur, ni aucun de leurs caractères. Elle a pour seul effet de les isoler davantage en ramenant à l'état normal les parties engouées ou congestionnées qui les environnent (1).

L'hépatisation partielle, telle que nous venons de la décrire, est précédée par un premier degré d'altération, dans lequel un tissu rouge engoué présente des caractères qui nous ont paru être les mêmes que ceux décrits pour le premier degré de la congestion lobulaire (2). Il est probable qu'il existe des différences réelles entre ces deux espèces d'engouement; mais la vue seule n'a pas suffi à nous les démontrer, et jusqu'à présent nous sommes obligés de les considérer comme identiques.

Le troisième degré est caractérisé par une coloration jaune ou gris-jaunâtre plus ou moins marbrée de rouge-clair. Le tissu est plus ramolli que dans le second degré, et la pression en fait suinter du liquide purulent. Les autres caractères sont les mêmes. Le troisième degré existe rarement seul; il est habituellement mélangé avec le second.

L'hépatisation partielle est presque toujours parfaitement circonscrite; sa couleur et sa saillie tranchent parfaitement sur celles du tissu environnant. C'est un point pneumonique bien isolé jeté au milieu d'un tissu sain, engoué ou congestionné, et sa limite est nettement tranchée, quand même les tissus ambiants sont malades. Elle mérite bien alors le nom de mamelonnée.

Il peut même arriver que la limite soit établie par un cercle, ou plutôt par une sphère blanche, résistante, d'un demi-millimètre environ d'épaisseur, et qui a l'aspect fibreux (3).

Le volume des noyaux d'hépatisation mamelonnée varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un œuf de pigeon, leur pourtour est le plus souvent régulier; ils représentent une sphère ou quelque forme analogue; leur nombre est très variable, depuis un seul dans tout un poumon, jusqu'à vingt, trente et plus.

L'inflammation est, si nous osons employer ce terme, centripète, c'est-à-dire qu'elle tend à se concentrer dans les parties primitivement affectées.

Dans ces cas il n'est pas rare de voir l'hépatisation se terminer par suppuration et former de véritables abcès.

L'hépatisation partielle n'est pas toujours isolée et comme centripète; elle est quelquefois entourée d'un cercle d'engouement et semble s'étendre; ou bien des noyaux enflammés, développés dans des points rapprochés les uns des autres, se réunissent de manière à former des surfaces étendues dans lesquelles le poumon présente des portions hépatisées au second et au troisième degré, mélangées. La surface est alors marbrée de rouge et de gris-jaunâtre. Cette forme d'inflammation mérite très bien le nom d'hépatisation généralisée, pour la différencier de l'hépatisation lobaire avec laquelle elle avait été confondue avant nos premiers travaux sur la pneumonie.

Cette forme anatomique est, du reste, assez rare, et répond sans doute à la troisième variété admise par le docteur Barrier sous le nom de pseudo-lobaire.

Que l'hépatisation soit partielle ou généralisée, elle est habituellement double et siége indifféremment dans toutes les parties de l'organe. Lorsque les noyaux indurés sont petits et nombreux, on les trouve ainsi disséminés; mais lorsqu'il n'en existe qu'un petit nombre et d'un volume primitivement plus considérable, il n'est pas rare de les rencontrer au niveau du point de contact des trois lobes du poumon droit et au point correspondant du poumon gauche. Cette partie de l'organe, beaucoup plus que le bord postérieur du lobe inférieur, semble être le lieu d'élection de cette forme de la phlegmasie pulmonaire.

L'hépatisation partielle ou généralisée est liée comme la congestion au catarrhe pulmonaire: à cet égard, les résultats de l'autopsie, joints à ceux de l'auscultation et à la marche des symptômes, ne laissent aucun doute. Dans des cas rares aussi rares que ceux notés pour la congestion, on rencontre à l'autopsie quelques noyaux isolés d'hépatisation qu'on ne saurait rattacher à un catarrhe; mais c'est là une exception qui ne peut pas autoriser la séparation complète de l'hépatisation partielle et de la pneumonie catarrhale. Les mêmes motifs conduisent à rattacher à la bronchite capillaire la congestion et l'hépatisation. On ne peut séparer l'une sans être contraint d'isoler l'autre. La seule différence à établir est la fréquence moindre de l'bépatisation.

(1) Si, par le fait de la distension des parties voisines, par l'insufflation, le noyau hépatisé paraît, à l'extérieur, avoir diminué d'étendue et s'être déprimé, cette modification apparente disparaît par la section des tissus, qui rend aux parties saines leur volume normal et aux tissus hépatisés toute la saillie qui leur est propre. Il est des cas rares dans lesquels on peut croire, à un examen superficiel, que l'hépatisation a été insufflée; mais c'est une fausse apparence qu'on reconnaît sans peine. Ainsi, lorsque l'insufflation est vigoureuse, on voit quelquefois le gonflement de l'organe se propager à la surface sur les points hépatisés. Mais il est facile de voir que le gonflement ne se fait pas, comme dans les parties voisines, par la dilatation des vésicules, mais bien par le décollement de la plèvre, qui se détache du tissu pulmonaire hépatisé. Il suffit d'inciser pour retrouver tous les caractères de l'hépatisation. Une fois il nous est arrivé de simuler plus complétement encore l'insufflation du tissu bépatisé. Voici le fait: Un garçon de dix mois ayant succombé du 15e au 18e jour d'une broncho-pneumonie, à l'autopsie on constate une bronchite avec dilatation des bronches, granulations purulentes, congestion lobulaire généralisée, hépatisation partielle. Un des noyaux de cette dernière lésion, du volume d'une très grosse noisette, siége sur le bord inférieur du lobe moyen; il est rouge, uniforme, gros, saillant, dur sous le doigt, et présente tous les caractères extérieurs de l'hépatisation. L'insufflation, pratiquée graduellement, mais vigoureusement, jusqu'à rupture de la plèvre, distend beaucoup l'organe dans presque toutes ses parties. Le noyau hépatisé résiste d'abord complétement, puis peu à peu la plèvre se soulève comme si elle se décollait. Une section pratiquée sur ce point fait voir un tissu très mou, comme réduit par places en une bouillie rouge, et dont la pression fait sortir quelques bulles d'air. Les portions restées solides ont les caractères de l'bépatisation (couleur, aspect grenu, etc.), et cependant, quand on les met dans l'eau, elles surnagent. Il semble donc que l'air a pénétré les parties bépatisées. Mais, en réalité, l'insufflation n'a fait que déchirer les tissus; car il suffit de les comprimer légèrement entre les doigts pour en chasser l'air et leur rendre la pesanteur spécifique de la pneumonie. Or, cela n'arrive jamais lorsque l'air a pénétré dans les vésicules pulmonaires.

(2) Excepté toutefois la légère dépression présentée par quelques lobules encore aérés.

(3) MM. Legendre et Bailly ont décrit plusieurs autres formes de cette transformation curieuse. Ils ont vu cette portion blanche, pouvant être coupée en tranches minces, occuper le centre du noyau hépatisé; ou bien encore une zone hépatisée ou en partie suppurée séparait le centre de la circonférence ainsi dégénérés du noyau pneumonique. Dans une autre forme, l'altération aurait envahi tout le noyau primitivement hépatisé.

En étudiant avec soin les faits de cette nature, et rapprochant d'eux ceux analogues, dont nous parlerons au chapitre des apoplexies pulmonaires, nous sommes portés à croire que cette forme anatomique spéciale est le résultat d'un mélange d'hépatisation et d'apoplexie pulmonaire. Les parties blanches et d'apparence fibreuse, que M. Grisolle regarde comme une fausse membrane, ne seraient autre chose que de la fibrine séparée de la matière colorante et restant seule après l'absorption successive de toutes les autres parties du caillot. D'une part, en effet, nous avons vu cette décoloration se faire autour de caillots sanguins, qui se trouvaient ainsi entourés d'une sphère blanche, véritable couche fibrineuse. D'autre part, les noyaux d'hépatisation qui présentent cette même particularité sont très souvent portés dans nos notes comme étant noirâtres et semi-apoplectiques. Il y aurait donc, dans ces cas, la réunion de la phlegmasie et de l'apoplexie pulmonaire, dont les transformations successives et variées, suivant le mélange des deux lésions, amèneraient les formes anatomiques diverses que nous venons de décrire.

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. Cazenave.

AMIDON.

L'amidon est une substance blanche, inodore, insipide, très employée en médecine comme analeptique, émollient. Je me sers de l'amidon comme topique dans un grand nombre d'éruptions aiguës, dans l'eczéma, le lichen, l'herpès, l'impétigo, l'acné.

A titre négatif, l'amidon peut être employé pour remplacer les lotions et les pommades qui, très souvent, sont mal tolérées.

Dans un grand nombre de cas, il remplace avantageusement les cataplasmes de fécule de pommes de terre, qui ne peuvent pas toujours être longtemps employés et après lesquels il peut y avoir de l'inconvénient à laisser la peau exposée, sans rien qui la garantisse, au contact de l'air.

Enfin, l'amidon est un moyen efficace pour calmer les démangeaisons. Dans les cas de prurit des bourses, de l'anus, des aines, soit sans lotion préalable, soit après avoir lavé avec une solution alcaline ou autre et après avoir exactement essuyé, il est très utile de saupoudrer les parties malades avec une houppe imprégnée d'amidon sec.

Je me sers le plus souvent d'amidon pulvérulent pur; mais dans quelques circonstances, je l'ai associé avec avantage avec l'oxyde blanc de zinc, le camphre, etc.

Mélange pulvérulent.

Oxyde blanc de zinc.	8	grammes.
Poudre d'amidon.	125	—

Mêlez.

Pour saupoudrer matin et soir les surfaces atteintes d'eczéma aigu, d'acné rosacéa, d'impétigo, d'herpès.

Autre.

Oxyde blanc de zinc.	8	grammes.
Camphre.	2	—
Poudre d'amidon.	125	—

Mêlez.

Pour saupoudrer les aines, les aisselles, les parties génitales dans les cas de prurigo.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 septembre 1851. — Présidence de M. Guersant.

Présentation de malades.

M. Chassaignac présente deux malades traités à l'hôpital Saint-Antoine, l'un pour une hydrocèle enkystée du cordon, l'autre pour une hématocèle.

L'hématocèle s'est produite dans des circonstances qui ont donné au diagnostic une certitude qu'il n'a pas toujours dans ce genre de maladie et à l'étiologie une évidence incontestable. Ceci a de l'importance pour quelqu'un qui veut suivre l'évolution et les transformations successives de la maladie.

Un homme de trente et un ans, fort et bien portant, n'ayant jamais eu aucun engorgement dans les bourses, essaie de monter en selle sur un chevat lancé au galop. Il tombe et, dans sa chute, se froisse violemment le scrotum contre une des pièces du harnais. Il entre à l'hôpital ayant cette énorme tuméfaction globuleuse, qui est, avec la couleur bleue, caractéristique de l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire du scrotum. Mais, dès l'entrée du malade, on distinguait parfaitement au milieu de la masse globuleuse la distension ovoïde allongée, fluctuante et avec dureté plus grande de la tunique vagiuale gauche. On diagnostiqua dès cette époque une hématocèle. Le malade sort sans attendre la guérison; mais, quinze jours après, il revient ayant à gauche la tumeur pyriforme qui se produit dans tout épanchement de la tunique vaginale, et de plus l'absence absolue de transparence qu'on trouve dans l'hématocèle.

L'hydrocèle enkystée existait chez un jeune serrurier âgé de quatorze ans. Lors de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, on constate dans la bourse du côté gauche une tumeur oblongue, fortement recourbée en avant et à la partie antérieure du sommet, de laquelle on reconnaît le testicule parfaitement distinct du reste de la tumeur. Le cordon, sous forme d'une bande aplatie, de la largeur du petit doigt, striée par des interstices lumineux, va contourner la partie la plus déclive de la tumeur pour remonter en arrière et un peu en dehors.

Le malade est présenté avant d'être opéré, le 3 septembre 1851, à la Société de chirurgie.

Le 4 septembre, une injection avec une solution très faible de nitrate d'argent est faite dans l'hydrocèle (1 gramme de nitrate pour 2,000 grammes d'eau). C'est la proportion à laquelle s'est arrêté M. Chassaignac après de nombreuses tentatives. Dans le cours du traitement, qui n'a été entravé par aucun accident, on a

été témoin d'un phénomène assez curieux, c'est la production artificielle et par simple phlegmasie de voisinage d'une hydrocèle de la tunique vaginale, de telle sorte que le testicule était entouré d'une atmosphère liquide tout à fait distincte de la tumeur formée par le kyste.

Dès le 18 septembre, quinze jours après l'opération, l'hydrocèle enkystée était remplacée par une petite nodosité comme pierreuse. C'est dans cet état qu'il a été présenté de nouveau à la Société de chirurgie le 24 septembre.

— M. F. MARTIN présente à la Société de chirurgie un jeune homme amputé de la jambe au lieu d'élection; ce jeune homme porte un membre artificiel que M. Martin a doté d'un nouveau perfectionnement, à savoir : que, tout en conservant la flexibilité du genou et sans avoir besoin de toucher aucune pièce de l'appareil, le malade peut donner une grande rigidité au genou dans la station perpendiculaire, puis marcher lentement ou rapidement; en un mot, agir à volonté sur le membre artificiel absolument comme au moyen de muscles énergiques.

M. Martin rappelle que déjà, à l'aide de la disposition qu'il a donnée à l'articulation du genou de ses membres artificiels destinés au cas d'amputation de la cuisse et de la jambe au lieu d'élection, le malade pouvait fléchir le genou en marchant; mais les appareils tels qu'ils étaient présentent l'inconvénient de rendre la progression un peu lente. En effet, si l'on conserve cette disposition, lorsque le genou est porté en avant il faut attendre que le pied, par un mouvement de balancement semblable à celui du pendule, vienne se porter dans l'extension; en un mot, il faut attendre que l'axe de la jambe arrive se placer dans le prolongement de celui de la cuisse avant que l'amputé puisse reposer sur elle.

A l'aide de la nouvelle modification, ce temps d'arrêt ou plutôt de retard n'existe plus; le malade est maître du membre artificiel à ce point de pouvoir faire 120 pas à la minute, c'est-à-dire de marcher aussi vite que la personne la plus agile.

Cette modification est très simple : elle consiste en une longue courroie attachée par l'une de ses extrémités à la partie supérieure et antérieure du pied. Cette courroie monte dans l'intérieur de la jambe, passe sur la face antérieure du genou et vient se terminer par une boucle située au niveau de la partie supérieure de la cuisse. Une large bande en tissu s'attache à cette boucle et, faisant bretelle, vient se rattacher à la partie latérale de l'appareil après avoir passé sur l'épaule du côté opposé.

On conçoit que le malade, soulevant tant soit peu l'épaule, tend la bretelle; que cet effet de traction est transmis à la longue courroie dont nous venons de parler. Cette courroie, passant sur la face antérieure du genou, tend à porter celui-ci dans l'extension et agit sur ce point à la manière du muscle triceps fémoral. L'effort, se continuant, vient relever la pointe du pied et empêche qu'elle ne rencontre les inégalités du sol.

M. Martin raconte que c'est en essayant l'action d'un moyen proposé par Amb. Paré pour le cas de paralysie de l'un des membres inférieurs qu'il a été conduit à faire subir une modification aussi heureuse à ses membres artificiels pour le cas d'amputation de la cuisse ou de la jambe au lieu d'élection.

Ainsi maintenant, quel que soit le point où un membre inférieur ait été amputé, il est possible non-seulement de remplacer le membre par un appareil qui en reproduit les formes, mais même en détail et presque de tous points l'action.

— M. Martin présente en même temps un appareil construit d'après les mêmes données et applicable à un cas de paralysie du membre inférieur. Cet appareil a déjà été appliqué avec un tel succès, que le malade, M. de B..., de Francfort, a pu visiter l'exposition de Londres, où il a marché pendant sept heures sans prendre le moindre repos.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi qui a été fait à l'Institut du tome II de nos *Mémoires*, et du Ier volume de nos *Bulletins*.

2° M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse à la Société, par l'entremise de M. Laborie, une observation de calculs développés dans les fosses nasales. Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Mascarel.

Communication.

M. HUGUIER, ayant eu récemment occasion de pratiquer la taille hypogastrique dans des conditions particulières, et le malade étant mort par suite de cette opération, donne les détails suivants :

Un homme âgé de trente-quatre ans, d'une constitution assez chétive, entra à l'hôpital Beaujon le 14 septembre pour s'y faire soigner d'un catarrhe de vessie datant de deux ans. Les symptômes morbides étaient d'ailleurs peu prononcés; ils cousistaient surtout en des envies fréquentes d'uriner et en des douleurs vésicales plus incommodes par leur persistance que par leur intensité. Les caractères physiques de l'urine ne semblaient pas être notablement changés. L'exploration de la vessie donna la sensation d'un corps résistant et inégal. Quelques mouvements imprimés à la sonde, en vue de s'éclairer sur la cause de cette sensation, ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'un calcul. Le bruit produit par le cathéter est assez fort pour être entendu des assistants. Le bruit et la résistance éprouvés par le cathéter se faisaient surtout sentir à la partie antérieure. Le calcul paraît volumineux, même après une dernière exploration dans laquelle la vessie avait été distendue par une certaine quantité de liquide.

Il fut décidé qu'on aurait recours à la taille hypogastrique : celle-ci fut faite d'après toutes les règles de l'art; et en suivant le procédé adopté par M. Le Roy-d'Etiolles, elle permit d'arriver promptement dans la cavité vésicale. Mais le péritoine a été un peu lésé dans ce temps de l'opération. Le calcul extrait du réservoir urinaire avait pour noyau un porte-plume, et ce dernier était placé transversalement, de telle sorte que la cavité vésicale se trouvait étendue dans le sens transversal, et non pas vertical, circonstance qu'il importe de noter, en raison de l'accident qui est survenu pendant le cours de l'opération.

Discussion.

M. MAISONNEUVE. Je crois qu'il est toujours possible, dans la taille hypogastrique, d'éviter la lésion du péritoine; il suffit, pour cela, de prolonger l'incision jusqu'au-devant de la symphyse pubienne, et de se servir pour inciser les téguments de l'aponévrotome de frère Côme. En me servant de cet instrument j'ai pu, sur le cadavre, inciser jusqu'à l'ombilic sans intéresser le péritoine. Je crois, en outre, qu'il importe de bien décoller la paroi antérieure de la vessie; de cette façon, on rend l'opération plus facile, et cette circonstance ne nuit en rien au succès de l'opération, attendu que la hernie produit toujours ce résultat.

M. HUGUIER. Je ferai remarquer à M. Maisonneuve qu'il n'est pas aussi facile d'éviter sur le vivant la lésion du péritoine que sur le cadavre. Dans la circonstance où je me trouvais, il était difficile d'éviter la lésion de cette membrane; d'abord, à cause de l'étendue transversale de la vessie et de la difficulté de faire manœuvrer la sonde à dard dans l'intérieur de cet organe; ensuite il ne faut pas oublier que, sous l'influence de la douleur, les malades font des efforts qui chassent les viscères vers la partie inférieure de la cavité abdominale, et que c'est là une circonstance qu'il importe de ne pas oublier dans la pratique de la taille sus-pubienne.

M. CHASSAIGNAC. Je n'admets pas qu'il soit avantageux de pratiquer le décollement de la paroi antérieure de la vessie. Cette circonstance n'empêche en rien la lésion du péritoine, et elle favorise l'infiltration urinense. Le meilleur moyen d'éviter la lésion du péritoine, c'est de pincer l'extrémité de la sonde à dard au-dessus du col vésical, et d'inciser à partir de ce point. De cette façon, on limite très bien son incision, et on évite la membrane séreuse, qu'il importe tant de ménager.

M. HUGUIER. Le procédé de M. Chassaignac n'était point applicable, attendu qu'il était impossible de faire saillir la sonde à la paroi antérieure de la vessie.

M. FORGET. Il est évident que la lésion du péritoine a été amenée par l'étendue transversale que le corps étranger avait fait prendre au réservoir urinaire. Cette particularité avait amené la dépression du sommet de la vessie.

Présentation de pièces.

M. Chassaignac présente les fragments d'une tumeur volumineuse extraite le matin même par morcellement, et qui formait un polype pédicnlé tout entier contenu dans la cavité du vagin. Cette tumeur, sauf ce qu'apprendra l'examen par le microscope, a été considérée, jusqu'à nouvelle information, comme étant un polype fibreux ramolli.

Voici quelles ont été les circonstances du diagnostic assez curieuses qui ont précédé cette opération :

Une femme, âgée de trente-cinq ans, et qui avait été bien réglée jusqu'à il y a deux ans, fut sujette, à partir de cette époque, à des pertes de sang très fréquentes. Cette femme n'a jamais eu de grossesse.

Au toucher, on reconnaît tout d'abord à l'intérieur du vagin, et sur un corps qui donne la sensation d'un utérus hypertrophié et ramolli, une fente transversale daus laquelle le doigt pénètre facilement par une excavation dont les parois sont rugueuses, friables, facilement saignantes. Cette première impression donnerait l'idée d'un cancer utérin arrivé à sa dernière période, lorsque la cavité du col et une partie de la cavité du corps sont arrivées déjà à ce degré de ramollissement putrilagineux du cancer depuis longtemps ulcéré. Du reste, pas d'odeur caractéristique. Et de plus, quand, retirant le doigt de cette excavation, on le promène sur la masse au centre de laquelle elle se trouve, on reconnaît une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. Parfaitement circonscrite et arrondie, lisse à sa surface, qui est dans tous les points parfaitement libre d'adhérences aux parois du vagin, cette tumeur n'est pas mobile, en ce sens qu'on pourrait la déplacer dans le vagin, qu'elle remplit avec trop d'exactitude pour cela; mais elle l'est en ce sens, qu'on peut la faire un peu tourner sur elle-même dans le vagin.

Le doigt, introduit aussi profondément que possible sur tout le périmètre de la tumeur, fait bien reconnaître qu'elle va en se rétrécissant vers sa région la plus élevée et la plus profonde, qu'elle est en un mot parfaitement pédiculée. Mais il est très difficile d'atteindre le collet du pédicule, et dans le seul point à gauche où cela est possible on ne trouve pas ce bourrelet en quelque sorte cotyloïdlen que forme l'utérus autour du pédicule d'un polype. Néanmoins, on ne doute pas un instant que tel ne soit le genre de tumeur à laquelle on a affaire. L'extraction doit être pratiquée. On y procède en implantant un grand nombre d'érignes dans le tissu de la tumeur. Mais, quels que soient les ménagements qu'on apporte, toujours le tissu se déchire. On a alors recours au procédé du morcellement de la tumeur en agissant de la manière suivante :

Le doigt index, réintroduit profondément dans la cavité qui occupe le centre de la tumeur, la déchire en plusieurs cotylédons qui sont successivement retirés, soit par les érignes, soit avec les doigts. On arrive enfin à un pédicule venant bien directement de l'utérus. Ce sont les débris de cette tumeur que M. Chassaignac présente à la Société.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SUITE DE LA HUITIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ORGANISME.

Dans le bain électro-positif le fluide est probablement accumulé à la surface du derme, car la circulation, la respiration, les sécrétions, les fonctions intellectuelles n'éprouvent aucune modification appréciable, et il s'échappe par tous ces points épidermiques, tels que les cheveux, les poils et les ongles.

Dans le bain électro-négatif on met le sujet en communication avec le coussinet de la machine à l'aide d'un conducteur, et on décharge l'électricité vitrée à mesure qu'elle s'accumule. Giacomini attribue à ce bain une aotion hyposthénisante très remarquable; mais M. Duchenne (de Boulogne) assure que ce n'est certainement pas sur l'expérimentation que repose cette théorie; car, si dans l'état de santé, dit-il, on se soumet à l'influence d'un bain électrique positif ou négatif, on n'éprouve aucun des symptômes qui annoncent un effet excitant ou hyposthénisant appréciable.

Cette affirmation corrobore, comme vous le voyez, ce que nous avons dit à propos des effets attribués à l'électricité positive et négative de l'atmosphère.

L'électrisation par étincelles pratiquée soit avec la machine, soit avec la bouteille de Leyde, produit à la surface de l'épiderme, et avec une tension plus ou moins forte, la recomposition du fluide de l'appareil avec celui du corps, par l'intermédiaire d'un excitateur en pointe, en boule, en brosse ou à surface plane.

Lorsque la tension est faible, l'excitation électrique est limitée à la peau, qu'elle finit par faire rougir et par rendre plus sensible; elle est à peine assez puissante pour faire contracter les muscles superficiels, surtout si le tissu cellulaire est un peu abondant, et les contractions ne sont que fibrillaires et incomplètes.

Lorsque la tension est énergique, ainsi qu'on l'obtient par la bouteille de Leyde, les muscles se contractent énergiquement; mais alors la commotion est très violente et retentit sur [illegible] veux; elle est accompagnée d'un engourdissement cons[illegible]ment l'on voit survenir à un degré élevé tous les phénomènes du foudroiement.

Electricité dynamique. — Le courant électrique peut être emprunté soit à une pile voltaïque, soit à un appareil électro-dynamique ou magnétique.

Il résulte des récentes et remarquables recherches de M. Duchenne (de Boulogne) que l'électricité dynamique peut être dirigée et limitée dans presque tous les organes; on peut la circonscrire dans la peau; on peut, sans incision ni piqûre, traverser celle-ci et limiter l'action électrique dans un muscle, dans un nerf et même dans un os.

La sensation cutanée est proportionnelle à l'intensité du courant; on peut la faire varier depuis le simple chatouillement jusqu'à la douleur la plus aiguë, en passant par tous les degrés intermédiaires.

Le courant limité dans un muscle ou dans un nerf peut provoquer les contractions les plus énergiques sans donner lieu à la commotion qui accompagne l'application de l'électricité statique, à moins que la force des courants ne dépasse certaines limites.

L'électricité dynamique peut être empruntée, comme nous l'avons dit, à deux sources différentes qu'il est nécessaire d'étudier séparément, car elles ont l'une et l'autre des propriétés spéciales très différentes.

Electricité de contact, galvanisme. — A quantité et à tension égales, tous les appareils qui dégagent l'électricité de contact jouissent des mêmes propriétés physiologiques, quelle que soit la nature de leurs éléments.

Les effets généraux de l'électricité dynamique, dit M. Gavarret, présentent la plus grande ressemblance avec ceux de la bouteille de Leyde; une commotion est ressentie au moment où, avec les mains humides, on établit la communication entre les deux pôles d'une pile, et lorsque le courant est puissant, les sensations éprouvées peuvent être aussi vives et même aussi redoutables que celles produites par la décharge d'une batterie électrique. Des animaux ont été ainsi foudroyés.

Il faut dire néanmoins que la commotion ne s'étend pas aussi loin, qu'il ne faut pas moins de 50 paires pour qu'elle pénètre jusque dans la poitrine, et que, quand plusieurs personnes forment la chaîne, elle n'est ordinairement ressentie que par les individus placés tout près des pôles.

Au moyen d'un courant énergique on parvient à produire, chez des animaux récemment morts, des mouvements de contraction dans les muscles des membres, de la face, de la poitrine; on parvient même à réveiller l'action du cœur, et vous connaissez l'expérience du docteur Ure, qui, galvanisant un pendu, détermina de telles contractions dans le diaphragme, les muscles de la poitrine, de la face et des membres qu'il s'imagina un instant l'avoir ressuscité.

Les courants galvaniques agissent d'une manière différente, suivant qu'ils sont *directs* ou *inverses*, *continus* ou *interrompus*, et ces différences d'action ont été étudiées par MM. Person, Lehot et Marianini, Peltier, Becquerel et Matteucci.

Lorsque l'on dirige dans le nerf sciatique, par exemple, un courant direct, c'est-à-dire marchant du tronc vers les extrémités, on voit immédiatement se contracter tous les muscles situés au-dessous du point en contact avec le pôle positif; les contractions cessent lorsque le courant, une fois établi, traverse les parties d'une manière *continue*, et lorsqu'on fait cesser son action, une douleur plus ou moins vive se fait sentir. Une légère variation dans l'intensité du courant, une dérivation exercée, le moindre changement survenu dans les conditions de transmission suffisent pour rendre au courant sa puissance et pour ramener la contraction.

Si, au lieu d'un courant direct, on applique un *courant inverse*, c'est-à-dire dirigé du muscle vers le tronc nerveux, une vive douleur que n'accompagne aucune contraction (à moins que le courant ne soit très intense) se montre au début; tout effet disparaît aussitôt que le courant devient continu, et au moment où il cesse, une contraction plus ou moins énergique se produit.

Ainsi donc, au point de vue des effets produits, le commencement du courant direct correspond à la fin du courant inverse et le commencement du courant inverse à la fin du courant direct; dans les deux cas, toute action disparaît pendant que le courant agit d'une manière continue.

Cette distinction des courants en *continus* et en *interrompus* est fort importante.

M. Duchenne établit qu'un courant continu limité dans la peau y produit un travail organique qui peut aller du simple érythème jusqu'à l'escharification, mais que, dirigé dans le tissu d'un muscle, quelle que soit son intensité, il n'y produit que des contractions fibrillaires faibles et irrégulières, tandis qu'il donne lieu à des phénomènes de calorification profonde.

Les expériences faites sur les animaux tendent à prouver que les courants continus sont des hyposthénisants de la force nerveuse; car, lorsqu'ils se prolongent pendant un certain temps, ils diminuent l'irritabilité et finissent par amener la paralysie. M. Duchenne a appliqué sur l'homme, pendant 20 à 30 minutes, des courants continus produits soit par une batterie de Cruickshank, composée de 60 couples, soit par une batterie de 30 piles, de Bunsen, et il n'a observé *ni* diminution de l'excitabilité du nerf galvanisé, ni trouble des mouvements volontaires.

Les courants interrompus excitent plus vivement la sensibilité de la peau, mais ils produisent moins rapidement l'érythème, la vésication et l'escharification; ils provoquent aussi des contractions plus violentes.

Etudions maintenant les effets de courants galvaniques sur les différents appareils.

Système nerveux. — Nous avons déjà indiqué les effets de douleur et de contraction musculaire qui appartiennent aux courants galvaniques directs et inverses, continus et interrompus, et nous n'avons pas à y revenir; ajoutons seulement :

Que la division incomplète du nerf n'interrompt pas le courant, quelque petite que soit la communication; mais que la section complète fait cesser tous les phénomènes, à moins, suivant M. de Humboldt, qu'il n'existe qu'une ligne d'intervalle entre les extrémités coupées;

Qu'une ligature ou une forte contusion situées entre les deux pôles n'empêche pas l'action du courant, mais qu'il n'en est plus de même lorsqu'elles sont situées entre le muscle et le pôle qui en est le plus rapproché;

Qu'un nerf séparé depuis quelques jours seulement de l'axe cérébro-spinal d'un animal vivant perd la propriété de faire contracter sous l'influence d'un courant galvanique (Longet);

Qu'un nerf soumis pendant un certain temps à l'action d'un courant galvanique finit par devenir insensible; mais que pour lui rendre son excitabilitité primitive, il suffit de laisser reposer l'animal ou de le soumettre à un courant dirigé en sens contraire de celui qui a épuisé son excitabilité (Nobili et Matteucci);

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre et 4 octobre.

n'y avais ren[illegible] le plus énergique d'agir sur l'excitabilité d'un jeune [illegible]iste à établir une succession très rapide de courants interrompus.

MM. Muller et Longet ont souvent employé les courants galvaniques pour déterminer si un nerf est sensitif ou moteur. Dans le premier cas, en effet, le courant produit de la douleur sans contraction ; dans le second, de la contraction sans douleur.

Des courants établis dans la substance grise péripbérique du cerveau et du cervelet ne produisent ni douleurs, ni contrations, mais des mouvements convulsifs se manifestent au contraire dans les membres si l'on galvanise les tubercules quadrijumeaux, le mésocépbale ou le bulbe racbidien.

M. Longet a montré que la galvanisation des faisceaux antérieurs de la moelle produit des contractions musculaires violentes, tandis que cela n'a point lieu pour les faisceaux postérieurs.

Un courant dirigé à travers les nerfs des sensations spéciales produit une sensation en rapport avec les fonctions, et M. Duchêne établit que de toutes les espèces d'électricités, c'est l'électricité galvanique qui agit le plus vivement sur la rétine en produisant trois sensations lumineuses, l'une très forte à la fermeture du courant, l'autre moins forte à l'ouverture, la troisième très faible dans l'intervalle.

Dans quelque point de la face ou du cuir chevelu, dit M. Duchenne, qu'on applique des excitateurs galvaniques humides, on produit toujours une succession de sensations lumineuses très éblouissantes, même avec un courant très faible, pourvu que la région excitée se trouve animée par la cinquième paire. Si les excitateurs sont placés sur la ligne médiane, la flamme est perçue des deux côtés; dans le cas contraire, elle n'impressionne que la rétine correspondant au côté galvanisé, et la sensation est d'autant plus forte que les excitateurs sont plus rapprochés de la ligne médiane.

La galvanisation du grand sympathique fait entrer le cœur en mouvement, et M. Longet a vu sous son influence les intestins se contracter lorsqu'ils renferment des matières alimentaires et rester inertes lorsqu'ils sont vides.

Tissu musculaire. — Tous les muscles se contractent sous l'influence d'un courant galvanique soit pendant la vie, soit même après la mort, pourvu qu'un temps trop long ne se soit pas écoulé. La contractilité est-elle inhérente à la fibre musculaire elle-même ou n'est-elle qu'un attribut des cordons nerveux? Un muscle dépouillé de tous ses nerfs peut-il se contracter? MM. de Humboldt, Prévost et Dumas, Edwards se sont prononcés pour la négative; Muller a soutenu une opinion contraire.

Cette question, si importante non-seulement pour la physiologie, mais encore pour le médecin, vient d'être discutée de nouveau. Vous trouverez dans les nos des 6 et 8 mai de l'*Union Médicale* une observation de paralysie *idiopathique* rapidement guérie par la galvanisation, et à propos de laquelle M. Duchenne a cru pouvoir avancer qu'il existe une force spéciale inhérant à la fibre musculaire, qui rend les muscles aptes à réagir sous l'excitation des centres nerveux, et que cette force est l'*aptitude motrice* ou la *motibilité*. Ainsi, dit-il, après les premiers mois qui succèdent à une hémorrhagie cérébrale, la paralysie étant symptomatique d'une lésion centrale, elle ne peut être modifiée par l'électricité; mais plus tard la résorption s'opère, la compression disparaît, et il ne reste plus qu'une cicatrice; le stimulus cérébral se fait sentir aux muscles, et cependant ceux-ci ne réagissent d'aucune manière; or, dans ce cas, la galvanisation dirigée sur les muscles paralysés rétablit souvent les mouvements volontaires; ne faut-il pas en conclure que la paralysie était idiopathique, dynamique et produite par la perte de la motibilité musculaire?

On a étudié les effets de l'électricité sur plusieurs autres tissus de l'économie, et l'on a constaté une action de contractilité plus ou moins marquée sur l'iris, les veines-caves près des oreillettes, les artères mésentériques, les conduits excréteurs des glandes, suivant Heule, et les vésicules séminales. Les parties réfractaires seraient le dartos, l'aorte, les artères, les veines, le canal thoracique, les conduits excréteurs des glandes suivant Nysten, la peau et les corps caverneux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la séance du 13 courant de la Société de chirurgie, M. Guersant rappelait deux observations de M. Monod sur des tumeurs érectiles opérées avec succès par l'usage combiné des aiguilles et du séton; il les rappelait pour blâmer ce mode opératoire, qu'il avait vu plusieurs fois accompagné d'accidents mortels. Ayant eu l'occasion dans deux circonstances d'observer des accidents graves à la suite de l'opération de tumeurs érectiles par la méthode de l'étranglement fractionné ou multiple, je crois que la publication de ces deux faits ne sera pas déplacée après la remarque de M. Guersant.

Diathèse purulente, suite d'opération de tumeur érectile par étranglement multiple.

Claudine Pegeou m'est présentée au mois de janvier 1842; c'est une enfant de six mois, grasse, forte, bien constituée; elle porte sur le sommet de la tête une tumeur érectile du volume d'une grosse noix; une deuxième tumeur de même nature existe sur le nez et pénètre dans la narine droite. Sur l'observation que je fais à la mère de cette enfant que la double opération nécessaire pour la débarrasser de ces tumeurs pourrait avoir des suites graves, elle se décide à partir pour Lyon, et elle entre à l'hôpital, où son enfant est opérée au moyen de caustiques pour la tumeur du nez et par l'étranglement fractionné ou multiple pour la tumeur du crâne. La tumeur étranglée tombe au bout de peu de jours; la plaie qui en résulte est pansée avec cérat et charpie; elle marche vers une bonne cicatrisation, lorsque tout à coup l'enfant perd sa gaieté; elle ne tette plus; la mère s'aperçoit alors que le membre inférieur droit paraît avoir diminué de 3 centimètres en longueur, en même temps la fesse droite paraît plus volumineuse; c'est dans cet état que la jeune malade est renvoyée de l'hôpital et soumise de nouveau à mon examen le 26 janvier.

La fesse a augmenté de volume; on ne peut toucher le membre sans arracher des cris à l'enfant; la moindre traction opérée sur le membre lui donne sa longueur normale et diminue un peu le volume de la fesse; pas de mouvements anormaux, pas de crépitation, pas de déviation dans la direction du membre; une même distance sépare des deux côtés la rotule de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Les jours suivants, la fesse augmente de volume, la fluctuation y devient manifeste, et le 20 février, par une ponction avec la lancette, je donne issue à deux palettes de pus bien lié; en même temps, il se développe autres trois tumeurs, l'une au-dessus du genou et une deuxième vers l'épine de l'omoplate gauche; ces deux tumeurs abcèdent comme celle de la fesse; une troisième, qui se montre derrière la clavicule gauche, diminue peu à peu et n'abcède point. Pendant ces nombreux et graves accidents, l'escbare du nez tombe et laisse à nu une surface érectile que trois fois j'ai recouverte de caustique de Vienne; enfin, la suppuration des abcès diminue, l'enfant reprend peu à peu sa gaieté, et la guérison me paraît définitive vers le milieu d'avril.

Aujourd'hui, Claudine Pegeou est forte et robuste; elle ne se ressent aucunement des nombreux accidents qu'elle a éprouvés; son nez offre un volume un peu au-dessus de l'état normal, mais il n'a conservé aucune cicatrice difforme des nombreuses cautérisations qu'il a subies.

Obs. II. — Antoinette Darsy m'est présentée le 24 octobre 1844; elle est âgée de deux mois et demi. Le jour de sa naissance, l'accoucheuse remarqua au-devant du cou une tache rosée d'un centimètre de diamètre, sans augmentation de volume. Depuis quinze jours seulement, la mère de l'enfant a vu, à la place de cette tache, se développer une tumeur qui aujourd'hui présente, de haut en bas, une longueur de cinq centimètres sur trois de largeur. Cette tumeur est aplatie; son centre correspond à la fourchette du sternum. Dans sa moitié supérieure, elle est d'une couleur rouge-framboisé, et n'est recouverte que par une membrane presque muqueuse, d'une finesse extrême; la moitié inférieure paraît formée par de grosses veines variqueuses.

Je diagnostique un fongus hématode, et, vu l'accroissement rapide de la tumeur, je l'opère le lendemain par la méthode d'étranglement multiple. Quatre doubles fils placés à la base de la tumeur, à un centimètre de distance, me permettent d'opérer cinq étranglements; les fils sont serrés chaque jour, et la tumeur tombe d'elle-même dans la nuit du 30 au 31. La plaie, d'un bel aspect, est pansée avec cérat et coton.

Le 3 novembre, la suppuration diminue; l'enfant a perdu sa gaieté. Je panse avec l'onguent digestif.

Le 4, je remarque que la jambe droite présente à sa partie supérieure de la rougeur et de la tuméfaction; dès lors je me rappelle l'observation de Claudine Pegeou, et je diagnostique un abcès profond. — Cataplasmes.

Le 6, la fluctuation est manifeste. Par une incision, je donne issue à une grande quantité de pus; j'acquiers la certitude que le tibia est dénudé dans une grande étendue.

Après un mois de soins assidus, cet abcès se ferme; mais il s'en développe, un peu plus bas et sur le même membre, un second, qui guérit comme le premier.

Aujourd'hui la jambe est arquée d'une manière assez notable, et l'on dirait, à la voir, que la difformité est la suite d'une fracture consolidée à angle obtus.

Si maintenant je compare ces accidents avec la guérison facile, mais plus longue de ces mêmes tumeurs par le caustique de Vienne, je pense que ce dernier devra être employé de préférence toutes les fois que le peu de profondeur de la tumeur en permettra la facile application.

Agréez, etc. MAVEL, D.-M.-P.

Ambert, le 25 septembre 1851.

Chronique et nouvelles.

Le défaut de vacances dans le grade de chirurgien aide-major de 2e classe n'a pas permis de nommer à ce grade vingt-trois des chirurgiens sous-aides qui ont été reconnus aptes à la suite du concours qui a eu lieu au mois de mai dernier.

Afin d'avancer, autant que possible, la nomination de ces chirurgiens sous-aides, et de faire cesser ce que la position des chirurgiens aides-majors commissionnés actuels peut présenter d'anormal, le ministre a arrêté qu'il y avait lieu d'employer, préférablement aux officiers de santé de cette catégorie, ceux qui remplissent la double condition de l'aptitude au grade et du titre de docteur en médecine.

Toutefois, afin de ne pas froisser certains droits acquis par une possession d'emploi qui, pour un certain nombre de chirurgiens aides-majors commissionnés, remonte à plusieurs années, la mesure dont il s'agit ne sera appliquée qu'à dater du 1er janvier prochain, afin de laisser au plus grand nombre possible des intéressés toute la latitude pour terminer leurs examens.

Si nonobstant ce délai, qui ne sera reculé pour personne sous aucun prétexte, quelques-uns des officiers de santé dont il s'agit ne justifient pas de leur réception au doctorat, il sera procédé à leur remplacement dans les corps de troupes, en commençant par ceux qui, par le nombre de leurs épreuves, sont les plus éloignés du titre de docteur.

Les chirurgiens aides-majors commissionnés qui se trouveront ainsi remplacés reprendront dans les hôpitaux et ambulances les fonctions de leur grade de sous-aide.

Ceux qui, d'ici au 1er janvier 1852, auront passé la totalité de leurs examens, conserveront leur position, à l'exclusion de tous autres sous-aides remplissant la double condition du doctorat et de l'aptitude.

M. Baudens, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Bourbonne, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Mialhes, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Lille, est désigné pour l'hôpital de Bayonne.

L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Rouen, a mis au concours les prix suivants pour les années 1852 et 1853. Nos lecteurs remarqueront sans doute la singularité du prix Duputel, et regretteront avec nous que l'esprit de l'honorable fondateur ne fût pas aussi clairvoyant que ses intentions étaient bonnes.

Pour 1852, prix d'hygiène.

L'Académie remet au concours le sujet suivant:

« Un petit Traité d'Hygiène populaire, dégagé de toute considération purement théorique, à l'usage des ouvriers des villes et des habitants des campagnes. »

Ce livre, qui sera particulièrement appliquable au département de la Seine-Inférieure, devra présenter, sous la forme la plus simple et la plus attrayante possible, les préceptes généraux qu'il importe surtout de vulgariser.

Le ministre de l'instruction publique, ayant reconnu l'utilité de cette question, et voulant augmenter l'émulation des auteurs, a, par arrêté du 12 octobre 1848, doublé la valeur de ce prix, qui sera en conséquence de 600 francs.

PRIX DUPUTEL.

L'Académie décernera, s'il y a lieu, dans sa séance publique du mois d'août 1852, une médaille d'or de 300 fr. au meilleur mémoire sur le sujet suivant:

« De l'influence fâcheuse de la CAMARADERIE dans les sciences, les lettres et les arts, et des moyens d'y remédier. »

M. Duputel, l'un des plus anciens membres de l'Académie, lui a légué, par son testament, la somme nécessaire pour subvenir aux frais de ce prix, dont il a lui-même désigné le sujet.

Pour 1853.

L'Académie décernera une médaille d'or de la valeur de 300 fr. au meilleur mémoire sur le sujet suivant:

« Eloge de LEPECQ DE LA CLÔTURE, et appréciation de ses ouvrages. »

Remarques. — Tous les mémoires devront être manuscrits et inédits.

Chaque ouvrage portera en tête une devise qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur. Dans le cas où le prix serait remporté, l'ouverture du billet sera faite par M. le président, en séance particulière, et l'un de MM. les secrétaires donnera avis au lauréat de son succès, assez tôt pour qu'il lui soit possible de venir en recevoir le prix à la séance publique.

Les académiciens résidants sont seuls exclus du concours.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de l'Académie, qui autorise les auteurs à en prendre copie sans déplacement.

Les mémoires devront être adressés, franc de port, avant le 1er juin 1852, 1853 ou 1854, terme de rigueur, à M. J. Girardin ou à M. A. Pottier, secrétaires de l'Académie, le premier pour les sciences, le second pour les lettres et les arts.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 117. — JEUDI 9 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 117. — JEUDI

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1851.

Séances des Académies.

A l'opposé des précédentes séances, celles d'hier et d'avant-hier ont été des plus fructueuses. A l'Académie de médecine, M. Grisolle, dans un rapport également remarquable par la connaissance approfondie des faits et par la justesse des appréciations, est venu, avec l'aide de M. Dubruilh fils, continuer, et en quelque sorte achever, la démonstration qu'il avait commencée en 1849, et détruire l'erreur fort générale encore qui fait considérer la grossesse comme exerçant une influence favorable sur la marche de la phthisie. Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs ce rapport tout entier.

Dans la dernière séance, M. le ministre de l'instruction publique, sur la réclamation de l'inventeur intéressé, avait renvoyé à l'Académie un rapport sur un remède secret comme ne répondant point aux questions posées par la loi sur la matière. Dans la forme, M. le ministre avait raison; dans le fond, il avait eu tort de se laisser abuser par un de ces innombrables découvreurs de spécifiques, exploiteurs ou illuminés qui se disputent comme une proie la crédulité publique. M. Bouchardat, qui avait été le premier rapporteur, s'est chargé d'éclairer une seconde fois M. le ministre; il l'a fait avec beaucoup de raison, de convenance et de fermeté, et l'Académie s'est justement empressée de voter à l'unanimité les conclusions de l'honorable rapporteur.

Peut-être a-t-elle été moins bien inspirée en ne tenant point compte de l'observation que M. Naequart a présentée sur le rapport de M. Ségalas. Cet honorable académicien avait à examiner une question de priorité élevée par M. Le Roy-d'Etiolles, relative à l'invention de certains instruments pour l'extraction des corps étrangers de la vessie. A ce propos, M. Ségalas a fait comparaître l'Académie des sciences devant l'Académie de médecine, jugeant en appel (c'est l'expression de M. le rapporteur), et a cassé le jugement du premier de ces corps savants. Quelque aménité de formes que M. Ségalas ait mise en usage, il y avait un double tort à entrer dans une telle voie, le tort d'élever sans profit pour la science des conflits entre des corps qui ne doivent avoir d'autre but que de s'éclairer mutuellement, en laissant de côté tout sentiment de rivalité, le tort plus grand peut-être de vouloir poser l'Académie de médecine en cour d'appel, quand elle n'est réellement, en droit au moins, qu'un tribunal de première instance vis-à-vis de son aînée. M. H. Larrey, en n'envisageant que le côté personnel de l'incident soulevé par M. Nacquart, est venu prêter son appui à l'honorable rapporteur, et a contribué à faire maintenir dans le rapport des phrases qui ne peuvent que nuire aux bonnes relations des deux académies.

L'Académie a encore entendu deux lectures après les trois rapports qui précèdent; l'une de M. Audouard sur une question d'anatomie comparée, l'autre de M. Favrot sur un appareil ingénieux propre à combattre la rétroversion de l'utérus.

— L'Académie des sciences a reçu deux communications extrêmement intéressantes de MM. Julius Budge et Augustus Waller, d'une part, de MM. Chevallier et Bécourt, d'autre part. Les expériences de MM. Budge et Waller mettent en lumière les faits les plus curieux et les plus intéressants relativement à l'influence du grand sympathique sur les contractions de la pupille, et si des expériences ultérieures confirment les observations très nettes en apparence des savants auteurs allemands, la physiologie se sera enrichie de connaissances précieuses.

Quant aux faits communiqués par MM. Chevallier et Bécourt, ils ne sont pas moins intéressants et ils sont plus importants encore. Nous avons seulement regretté que ces faits, ainsi qu'on peut le croire d'après la rédaction du mémoire, n'aient pas été rigoureusement constatés par les auteurs eux-mêmes, et qu'ils aient été seulement observés et décrits par des personnes étrangères à l'art d'observer les faits médicaux. Il est donc à désirer que MM. Chevallier et Bécourt ne s'en tiennent pas à ces premières investigations.

H. de Castelnau.

HOTEL-DIEU DE LYON.

Observation. Coup sur la région splénique. — Splénomacrosie consécutive. — Développement des symptômes propres à cet état pathologique.

Sous plus d'un point de vue, l'observation suivante nous semble digne d'être publiée; elle concorde parfaitement, du reste, avec quelques-unes des idées que professe M. Piorry sur les engorgements de la rate.

Joséphine Perrod, âgée de cinquante ans, née à Izieux, arrondissement de Belley, département de l'Ain, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 31 mai dernier, salle Saint-Paul, n° 18, dans le service du docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné. Elle porte alors un ulcère gangréneux occupant la région malléolaire interne gauche. Sous l'influence d'un traitement approprié, l'ulcère prend un bon aspect et marche rapidement à la guérison; il n'a plus qu'un ou deux centimètres de diamètre, quand, le 31 juillet, à deux heures de l'après-midi, la malade est subitement emportée par une attaque d'apoplexie foudroyante.

Les faits que l'observation doit noter cependant ne sont point ceux qui doivent nous occuper ici.

Quelques jours après son entrée, la malade accuse une douleur vague dans l'abdomen, douleur qu'elle rapporte à l'hypochondre gauche, où elle dit avoir reçu un coup assez violent il y a déjà quelque temps; mais comme elle accuse aussi une quantité d'autres douleurs, variant tous les jours et de siége et de nature, on ne prête aux doléances de la malade qu'une attention secondaire, et c'est plutôt pour sa propre satisfaction que dans l'intention de rechercher quelque chose qu'on lui palpe l'abdomen : aussi ne retire-t-on aucun profit de cet examen superficiel.

Peu à peu apparaissent quelques symptômes généraux, symptômes mal caractérisés d'abord, mais ayant évidemment quelque liaison avec la douleur abdominale. Une chaleur générale ayant pour point de départ la région splénique et de là s'étendant, remontant comme le dit la malade à la face et à tout le reste du corps, quelques sueurs légères consécutives, quelques envies de vomir, une couleur terreuse de la peau devenant tous les jours plus apparente constituent les symptômes. Ne sachant trop à quelle lésion les rapporter, j'interrogeai plusieurs fois la malade; mais je ne trouvais jamais autre chose que de la douleur splénique, de la chaleur suivie de sueurs, un peu de fièvre, pas de frissons, aucune sensation anormale de froid, pas de périodicité apparente. La rate, douloureuse, était manifestement gonflée; la malade se rappelait parfaitement n'avoir jamais eu les fièvres; elle n'avait du reste jamais cessé d'habiter Izieux, sur un plateau élevé du Bugey, dominant le cours du Rhône, au niveau du pont de Cordon, lieu tout à fait inconnu aux affections paludéennes.

Ces symptômes irréguliers allaient cependant se régler. Peu à peu ce ne fut plus que dans la soirée que la malade se plaignit de cette chaleur incommode que nous avons signalée; elle était suivie de sueurs devenues assez abondantes et persistant une partie de la nuit. Au matin tout avait cessé, et la journée la malade se trouvait dans un état de bien-être assez prononcé. Dès lors l'affection intermittente que nous avions vue pour ainsi dire se développer sous nos yeux était suffisamment évidente, quoique le stade de froid manquât complétement; aussi le docteur Desgranges, à sa visite du 31 juillet, prescrivit-il du sulfate de quinine. Dans l'après-midi, et contre toute attente, une hémorrhagie cérébrale faisait succomber la malade, en sorte que l'on n'a pu en aucune manière reconnaître l'effet du médicament, qu'il eût été si intéressant de suivre.

Autopsie trente-deux heures après la mort.

Un vaste épanchement de sang siégeant à gauche dans la couche optique rend raison de la mort rapide de la malade.

L'abdomen est tendu par des gaz; on trouve la rate un peu noirâtre, gorgée de sang, comme tous les autres organes, du reste. Son volume est considérable, son diamètre longitudinal est de 25 centimètres, son diamètre transversal de 16 et son épaisseur de 7.

En résumant notre observation, nous voyons donc :

Un coup à la région splénique, suivi après un certain temps d'une douleur mal définie dans cette région, douleur qu'accompagnent bientôt des symptômes généraux assez mal caractérisés, marchant peu à peu à un type plus régulier, et qui vont nous permettre ensuite de saisir les signes appartenant à la spléno-macrosie et nous indiquer le traitement que nous devons employer. Je pense que ce n'est point trop se hasarder que de croire que, si la mort survenue accidentel-

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

Fêlures des os longs. — Celles des épiphyses pourraient être classées parmi les lésions des os courts; resterait donc celles de la diaphyse. Elles sont aujourd'hui bien constatées; on en a observé sur le fémur, le tibia, l'humérus, le cubitus, le radius, etc. Il n'en existe dans le Musée que deux exemples, à savoir : le n° 91 A et le n° 221. La pièce n° 91 A est relative à une fissure longitudinale siégeant sur la face postérieure de la diaphyse du radius; elle coïncide avec une fracture transversale et par pénétration de l'extrémité inférieure de cet os. Cette pièce a été donnée par M. Béraud, aide d'anatomie de la Faculté; elle est sans écartement des deux bords, et d'une longueur d'environ 2 centimètres.

Sur la pièce n° 221, donnée par M. le professeur Marjolin, on voit l'empreinte d'une balle qui a porté sur le bord interne du tibia, à l'union de son tiers inférieur avec son tiers moyen; elle a produit sur ce point une légère dépression; il est résulté de ce choc trois fissures qui ont chacune une étendue assez considérable. L'une occupe la face interne et le tiers inférieur; elle a 5 centimètres de long. Les deux autres siégent à la face externe, l'une, très longue, a près de 12 centimètres, tandis que la seconde n'en aurait que 5. Toutes trois sont longitudinales et sans écartement.

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre et 2 octobre.

B. *Fractures incomplètes proprement dites.* — Ce qui caractérise cette seconde espèce de fractures incomplètes, c'est que la solution de continuité, comprenant une partie de la largeur ou de l'épaisseur d'un os, s'accompagne d'une inflexion traumatique des fibres osseuses qui n'ont pas été brisées. On avait pendant longtemps nié la possibilité de ces fractures; les uns, pensant qu'un os ne pouvait se ployer sans se rompre complétement; d'autres, au contraire, qu'il y avait courbure sans fracture. Pour les os plats, les os du crâne sont ceux sur lesquels s'observe le plus fréquemment cette lésion. Déjà P. Pott l'avait très bien reconnue et décrite. Il arrive, en effet, comme sur les pièces nos 20-24, 26, 27, 28, 28 *a*, 29, 29 *a*, 33 et 34, qu'un corps contondant venant à fracturer la table externe brise incomplétement l'interne, qui se trouve infléchie en dedans. Ce fragment ainsi enfoncé a presque toujours une étendue plus considérable que la lésion de la table externe; il n'est pas généralement détaché dans toute sa circonférence; dans certains points les fibres osseuses ont plié. La pièce n° 28 *a*, qui appartient à cette catégorie de faits, a donné lieu à une discussion très intéressante au sein de la Société de chirurgie. (*Voir* le *Bulletin*, 1848, page 56.)

Une autre lésion des plus intéressantes, et dont la pièce n° 29 *a* est un exemple remarquable, consiste dans la fracture complète avec enfoncement de la table interne, tandis que l'externe a résisté. M. le professeur Denonvilliers, dans le service duquel ce fait a été observé, pense que c'est presque toujours à la suite d'un coup de feu qu'on observe cette lésion.

Parmi les os plats, les os du crâne ne sont pas les seuls exemples de fractures incomplètes; au Musée, je citerai encore deux pièces déjà décrites, et relatives aux os du bassin, nos 11 et 11 *a*. Le n° 11, principalement, remplit la condition indispensable de cette fracture, savoir : la flexion traumatique. Cette pièce, citée dans la plupart des ouvrages modernes de chirurgie, a été observée chez un jeune homme de dix-huit ans; la seconde sur une femme de vingt-cinq ans.

Les fractures incomplètes des os longs ont été mises hors de doute par Glaser, qui en observa un exemple sur un enfant de douze ans. Depuis, un grand nombre de chirurgiens, au nombre desquels je citerai Camper Bonn, Campaignac, etc., en ont observé. M. Malgaigne est même parvenu à en produire artificiellement. Elles ont été vues sur presque tous les os longs; mais particulièrement sur ceux de l'avant-bras. Le Musée n'en renferme que trois exemples, nos 513 *a*, 516 et 535. Ces solutions de continuité ont eu lieu sur des enfants rachitiques, et je renvoie, pour les détails, à l'article *Rachitisme.*

Pour terminer ce qui est relatif aux fractures incomplètes, je citerai comme fractures esquilleuses des os plats les nos 23 et 25. Il en existe beaucoup d'autres sur les os longs qui se trouveront décrites à l'occasion des fractures de ces os.

Comme exemple de perforation des os, nous trouvons les pièces nos 5 *a*, 14 et 43. Tous ces corps étrangers ont été mis en mouvement par la poudre à canon. La pièce n° 43 est à la fois très intéressante au point de vue de la lésion et du peu d'accidents primitifs auxquels elle a donné naissance.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Fractures linéaires de la voûte du crâne.*

Ces pièces sont au nombre de quatre, nos 16, 17, 18 et 19; les deux premières viennent du cabinet de Desault, les deux autres de l'ancienne Académie de chirurgie. Quoique peu nombreuses, elles nous offrent les deux types principaux indiqués par les auteurs; sur les nos 16 et 18, la solution de continuité est purement linéaire; sur les deux autres pièces, au contraire, nos 17 et 19, elle est en même temps rameuse; l'écartement des bords de la fracture est aussi très variable, et sur aucun de ces crânes on n'observe de travail de consolidation. On peut voir aussi sur les pièces nos 17, 18 et 19 que les sutures ne sont pas un obstacle aussi considérable

n'y avais ren[illegible] coupé court à notre observallon, que si d'autre jeune [illegible]intérêt de la malade n'eût obligé à lui prescrire un traitement quinique, nous aurions vu les symptômes se régulariser de plus en plus et continuer leur marche vers l'affection type.

Alpb. Petit,
Interne des hôpitaux.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

EXTRAIT DU RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SUR L'HUILE IODÉE,

Par M. Guibourt, membre de l'Académie.

La question soulevée par MM. Marchal et Personne, professeur à l'Ecole de pharmacie, est, ainsi que nous l'avons dit déjà, une des plus intéressantes sous le rapport de la thérapeutique et de la matière médicale. C'est donc avec un véritable intérêt que les praticiens liront l'extrait suivant du rapport de M. Guibourt. Ce rapport soulève lui-même des questions secondaires que l'expérience est seule appelée à résoudre; mais il démontre dès à présent le service que M. Personne a rendu en imaginant une préparation qui rend facile l'administration de l'iode sous forme d'un liquide gras.

Il n'y a guère qu'une vingtaine d'années que l'huile de foie de morue est usitée en médecine. Employée d'abord contre les douleurs rhumatismales, puis dans la phthisie laryngée, et successivement contre les diverses formes de l'affection scrofuleuse et contre la phthisie pulmonaire, elle constitue aujourd'hui un des agents thérapeutiques les plus usités, et l'un de ceux sur lesquels les médecins comptent le plus, soit pour la guérison de ces redoutables maladies, soit pour en retarder plus ou moins longtemps la terminaison funeste.

M. Guibourt, après avoir rappelé les analyses de M. de Jongb sur les diverses huiles de foie de morue, ainsi que celles de MM. Girardin et Preisser, rapporte les résultats suivants obtenus par ces chimistes, relativement à la quantité d'iode renfermée dans ces huiles, et relativement à l'état sous lequel il s'y trouve.

Analyse de M. de Jongb :

Huile noire.	0,295	millig. d'iode pour 1,000 gr. d'huile.
— brune.	0,406	— —
— blanche	0,374	— —

MM. Girardin en Preisser ont trouvé par litre (9,000 gr.):

Huile de foie de raie. . . .	0,180 milligr.
— de morue.. . .	0,150 —

Suivant ces derniers chimistes, l'iode existerait à l'état d'iodure de potassium.

D'après M. Gobley, un litre d'huile de foie de raie préparée par l'action directe du feu contient 25 centigrammes d'iodure de potassium. M. Gobley n'a pu découvrir de phosphore dans cette huile.

Tels étaient les principaux résultats analytiques connus, lorsque M. Personne a présenté son mémoire à l'Académie. Le peu de certitude et les grandes variations qu'on y remarque ont porté ce chimiste à se poser les questions suivantes :

1° Les huiles de foie de morue et de raie contiennent-elles de l'iodure de potassium ou de l'iode?

2° Les différentes sortes de ces huiles contiennent-elles une même quantité d'iode?

3° Ces mêmes huiles renferment-elles du phosphore, auquel on puisse altribuer, ainsi que cela a été fait, une parlie de leurs propriétés?

Les recherches qu'il a entreprises pour la solution de ces questions l'ont conduit aux conséquences suivantes :

1° L'huile de morue brune des hôpitaux de Paris renferme plus d'iode que la belle huile blanche du commerce anglais.

2° Elle en contient plus également que l'huile de foie de raie; et néanmoins elle renferme certainement tout au plus 2 milligrammes d'iode par kilogramme.

3° Le résidu de la préparation de l'huile de foie de raie contient beaucoup plus d'iode que l'huile qui en a été séparée.

M. Personne s'était également posé la question de savoir si l'iode existe dans les huiles de foie de poisson à l'état de combinaison directe avec les autres éléments de l'huile, ou à celui d'iodure de potassium. Tout en avouant que cette question nous paraît fort difficile à décider, nous regrettons qu'il ne l'ait pas résolus d'une manière qui fut plus à l'abri de toute objection.

M. Personne, ayant trouvé que le tissu du foie contient beaucoup plus d'iode que l'huile, admet que cet iode existe dans le foie à l'état d'iodure potassique; que cet iodure est décomposé sous l'influence de l'air et des acides gras formés pendant la préparation de l'huile, et que l'iode, agissant alors sur l'huile par substitution, se divise en deux parts, dont une enlève de l'hydrogène à l'huile et l'élimine sous la forme d'acide iodhydrique, et dont l'autre remplace l'hydrogène éliminé. Il est au moins très présumable, si l'iode existe dans les huiles de morue et de raie à l'état de combinaison directe, que les choses doivent ainsi se passer.

Les recherches auxquelles M. Personne s'est livré pour constater la présence du phosphore l'ont conduit à des résultats complétement négatifs.

Ainsi, d'après ce chimiste, si l'on a cru rencontrer du phosphore dans quelques échantillons d'huile de foie de morue ou de raie, ce principe devait provenir du phosphate de chaux contenu dans les débris du foie, qui sont le plus souvent tenus en suspension dans l'huile.

D'après les résultats qu'il a obtenus, M. Personne a pensé qu'il était utile d'offrir à la médecine une huile pure combinée artificiellement avec une quantité constante et déterminée d'iode. Cette huile ne remplacera peut-être pas, dans tous les cas, l'huile de foie de morue; mais on ne peut douter que, comme agent spécial, en présentant l'iode combiné avec une substance assimilable, qui le fait pénétrer dans toute l'économie et l'y abandonne peu à peu à mesure qu'elle est brûlée dans l'appareil circulatoire, elle ne devienne un puissant modificateur des altérations du système lymphatique.

Après plusieurs tentatives, M. Personne s'est arrêté au mode suivant de préparation, comme étant le meilleur.

« Faire dissoudre 5 grammes d'iode dans un kilogramme d'huile douce d'amandes, puis injecter dans le liquide un courant de vapeur d'eau jusqu'à complète décoloration. Cela fait, on ajoute de nouveau 5 grammes d'iode, et on continue le courant de vapeur pour obtenir, comme la première fois, une décoloration complète. Il est encore préférable de n'ajouter la seconde moitié de l'iode que par fraction, pour éviter que le produit reste coloré par suite de l'action de l'iode sur d'autres principes qui accompagnent l'huile.

» En opérant de cette manière, on n'aperçoit pas de trace de vapeur d'iode, en indiqant la déperdition. L'eau qui se condense possède une réaction fortement acide due à l'acide iodhydrique. On le décante d'abord, puis on lave l'huile avec un faible soluté de bicarbonate de potasse ou de soude, jusqu'à ce que toute réaction acide ait disparu; enfin on la laisse déposer, et la filtre au papier.

» On pourrait, en ajoutant successivement de nouvelles doses fractionnées d'iode, en introduire dans l'huile une quantité double, et même davantage; mais quelques précautions que l'on prenne alors, il est difficile de ne pas obtenir un produit coloré. »

L'huile sur laquelle on a fait agir l'iode présente une réaction acide au papier de tournesol, et en la traitant par le bicarbonate de potasse on lui enlève très sensiblement, à l'état d'acide iodhydrique, la moitié de l'iode employé. L'huile iodée en retient donc l'autre moitié, c'est-à-dire un demi-gramme pour 100 grammes, ou 5 grammes pour 1,000 grammes, ou 175 fois plus que l'huile de foie de morue, d'après M. Rabourdin. Evidemment on ne peut assimiler cette huile à l'huile de foie de morue; c'est un médicament différent, mais qui peut offrir de grands avantages à la thérapeutique, ainsi qu'il ressortira des essais dont nous donnerons connaissance à l'Académie.

Remarquons, en passant, que cette circonstance du partage de l'iode en deux parts égales, dont l'une est enlevée à l'état d'acide iodhydrique et dont l'autre reste combinée à l'huile, est une preuve de l'exactitude de la théorie admise par M. Personne; à savoir: que l'iode s'est substitué dans l'huile à un équivalent d'hydrogène, lequel prend nécessairement, pour passer à l'état d'acide, une dose d'acide égale à celle qui a produit la substitution.

« Lorsqu'on ingère dans l'estomac 40 grammes d'huile iodée médicinale (à 5 grammes d'iode pour 100 grammes), ce n'est guère qu'au bout d'une heure et demie que l'iode paraît dans la salive. L'iode devient de plus en plus manifeste pendant une douzaine d'heures, après lesquelles il diminue; il est encore très sensible après dix-huit heures, même après vingt-quatre; il disparaît presque entièrement après trente heures. Cette expérience facile donne la mesure du temps nécessaire pour que la destruction du corps gras commence dans le système circulatoire, et de celui qui est nécessaire pour qu'elle soit devenue complète. Il n'y a, en effet, que la destruction du corps gras qui puisse rendre sensible dans l'économie la présence de l'iode qui s'y trouvait élémentairement combiné. »

Avant de nous occuper des effets thérapeutiques de cette huile, nous allons faire droit à la réclamation de priorité élevée par M. Marchal (de Calvi). Dans cette réclamation, M. Marchal cite un article de M. le docteur Foucart, inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er février 1848; c'est, en effet, dans cet article que l'on trouve la preuve des faits avancés.

On y voit que M. Marchal, se fondant sur ce fait que l'huile de foie de morue doit ses propriétés à l'iode, et à l'*iode seulement,* a voulu lui substituer une huile iodée artificielle contenant une beaucoup plus grande quantité d'iode; on y voit également que M. Marchal s'appuie, pour proposer ce médicament, sur ce que l'iode, dissous dans une substance organique assimilable, doit être retenu plus longtemps dans l'économie et doit agir plus efficacement, comme médicament, que lorsqu'il est administré sous forme d'iodure de potassium simple ou ioduré.

M. Marchal a choisi une substance grasse pour excipient, attendu que les corps de cette nature sont dirigés immédiatement dans l'intestin grêle, où ils sont émulsionnés par la bile (1), ce qui désintéresse l'estomac, circonstance très importante quand il s'agit d'une substance aussi énergique que l'iode. M. Marchal a donc pu administrer sous cette forme 30 centigrammes d'iode par jour, lorsque la dose de 5 centigrammes introduite dans l'estomac, à l'état de solution alcoolique ou aqueuse, détermine une irritation très intense de cet organe! Cette observation se trouve confirmée par celle de M. Gibert, membre de la commission.

L'huile iodée de M. Marchal se prépare en faisant dissoudre 5 parties d'iode dans 100 parties d'huile d'amandes douces. La dissolution doit être faite le jour même de l'emploi et non d'avance, parce que, au bout de peu de temps, l'huile change de couleur; ce qui prouve une altération dont la nature n'a pas été déterminée. On pourrait donner l'huile iodée en nature, mais il vaut mieux l'émulsionner. Enfin, la dose est depuis 1 gramme jusqu'à 6 grammes par jour. Cette dernière dose, qui représente 30 centigrammes d'iode, n'a pas été dépassée.

Nous venons de présenter l'analyse de la note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er février 1848. Il en résulte bien la preuve que M. Marchal a devancé M. Personne dans l'idée de substituer à l'huile de foie de morue une huile iodée artificielle; c'est lui pareillement qui paraît avoir appliqué le premier cette huile iodée à la résolution des engorgements ganglionaires, contre tous les accidents de la scrofule (ophthalmies, dermatoses, adénites, ostéites, etc.), et contre les accidents tertiaires de la syphilis. Mais, plus que jamais, nous ferons la remarque qu'une huile contenant 1,750 fois plus d'iode que celle de foie de morue ne saurait lui être assimilée; que c'est un médicament tout spécial, éminemment utile, si l'on veut, mais qui ne doit pas être confondu avec l'huile de foie de morue.

M. le rapporteur, après avoir reconnu les droits de M.

(1) On dirait aujourd'hui plus justement par le suc pancréatique.

que l'avaient pensé quelques chirurgiens à la propagation des fractures; mais il est vrai de dire que dans ces trois cas l'ossification des sutures est assez avancée.

N° 16 (Desault). La fracture siége sur le coronal; elle est double et occupe chacun des côtés; celle de droite est beaucoup plus étendue.

N° 17 (Desault). On remarque sur chaque pariétal une fracture; celle de gauche est parallèle au bord antérieur de cet os, qu'elle longe et près duquel elle est située; tandis que la droite, partant de l'occipital, dont la portion écailleuse a été divisée, traverse la suture lambdoïde et se divise en deux branches lorsqu'elle est près d'arriver à la bosse pariétale. Le bord inférieur de ce même pariétal présente une singulière fracture : elle est triangulaire, ayant son sommet dirigé en bas; c'est justement la fracture de la base de ce triangle qui constitue la fissure incomplète que j'ai signalée sur cet os.

N° 18. La fracture linéaire est beaucoup plus étendue que sur les deux précédentes et l'écartement est beaucoup plus considérable; elle commence au niveau de l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche, parcourt cet os paraltèlement à ce bord, traverse l'angle de la suture lambdoïde, pour revenir se terminer près de la bosse pariétale du côté droit; dans ce dernier point, on a appliqué une couronne de trépan.

N° 19. Sur cette pièce, le crâne est divisé presque en deux moitiés; la solution de continuité osseuse commence au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal droit, parcourt obliquement le pariétal pour aller traverser la suture lambdoïde au niveau de son angle supérieur et se prolonge sur l'occipital; l'écartement est surtout considérable en avant; sur son trajet, cette fracture présente quelques petits embranchements, dont un nous offre, comme je l'ai déjà indiqué, un exemple de fissure incomplète. On remarque sur le coronal, près de son bord supérieur sur la ligne médiane, une large plaque losangique au centre de laquelle est une couronne de trépan; ce losange est circonscrit à sa surface externe par un sillon profond en dehors duquel l'os est très vasculaire, criblé d'une quantité considérable de petits trous; la portion ainsi circonscrite, plus blanche, est nécrosée. Cette même vascularisation et la délimitation existent à la surface interne; mais la portion osseuse nécrosée, au lieu d'être losangique, est ronde et moins étendue en même temps que le sillon éliminateur est moins profond. Sur ces deux crânes, 18 et 19, il est à remarquer que les sutures sont presque entièrement ossifiées.

Deuxième espèce. — *Solution de continuité de la voûte crânienne par instrument tranchant.*

Ces pièces sont au nombre de sept, nos 20, 21, 22, 23, 24, 25 et 25 *a*. Il peut arriver que, si l'instrument coupe bien en frappant obliquement les os du crâne, il enlève complétement une portion de la voûte crânienne et laisse intacte une partie du diploé et la lame vitrée; le n° 25 nous en offre un bel exemple. C'est cette lésion que les auteurs latins désignaient sous le nom de *dedolatio* et les Grecs sous celui de *aposkeparnismos;* ces faits sont assez rares; M. Malgaigne décrit cette variété de fracture sous le nom d'*esquilleuse* et la range parmi les fractures incomplètes, ce qui lui a permis d'accroître de beaucoup le cadre de cette variété de fracture.

D'autres fois, en même temps que l'instrument tranchant sectionne une partie ou toute l'épaisseur de l'os, il peut produire une fracture avec perte de substance de la table externe, ou un enfoncement et un détachement complet d'une portion plus ou moins considérable de la lame interne; c'est aussi cette espèce de fracture que l'on observe généralement à la suite des lésions produites par un corps contondant.

N° 20. Sur la partie latérale et gauche de la tête se trouve une entaille qui a 11 centimètres de longueur; elle occupe à la fois le frontal et le pariétal; elle s'étend de la bosse frontale gauche à la bosse pariétale du même côté. Le bord droit de la division est taillé à pic, franchement coupé; le bord gauche est déprimé dans sa partie moyenne. La face interne du crâne, de chaque côté de cette coupure, nous présente sur le pariétal une perte de substance de la table interne. Au niveau de son angle inférieur l'instrument a fracturé la lame interne du coronal dans un point, mais elle n'est pas complétement détachée, elle est seulement déprimée. C'est là ce que quelques auteurs ont décrit comme exemple de fracture incomplète.

Il existe, en outre, une perforation sur le bord inférieur du pariétal gauche. Immédiatement au-dessus de la portion écailleuse du temporal, il existe un enfoncement d'une partie des os du crâne.

N° 21 (M. Saleneuve). Le pariétal droit, au niveau de son bord antérieur, nous présente la trace d'une section que M. Denonvilliers a supposée produite par un coup de sabre; elle n'intéresse que la table externe; la table interne s'est fracturée, et il en est résulté une perte de substance de 6 centimètres de longueur sur 1 de largeur. Les deux angles de cette plaie des os présentent chacun une fracture; l'inférieur offre un écartement considérable. C'est sur cette pièce que j'ai déjà signalé l'existence d'une fracture incomplète siégeant sur la table externe, et qui paraît produite par la dépression que cette table a dû subir par suite du coup.

N° 22. C'est le coronal qui est le siége de la section osseuse; elle occupe le côté droit et s'étend depuis la bosse frontale jusqu'à la suture fronto-pariétale; le coup a porté très obliquement de gauche à droite, et l'instrument a intéressé la couche externe, le diploé; il s'est arrêté sur la table interne, qui s'est fracturée; mais, à cause de l'obliquité dans laquelle l'instrument a été dirigé, sa division est loin de correspondre à la section de la table interne. Au niveau de chacun des angles il existe une fracture qui, pour l'angle supérieur, se prolonge d'environ 2 centimètres sur le pariétal droit; la fracture qui part de l'angle inférieur décrit une courbe à convexité inférieure, et remonte vers la suture fronto-pariétale

Marchal à la priorité de l'idée première d'administrer une huile iodée, continue ainsi :

Nous ferons remarquer, toutefois, la grande différence qui existe entre l'huile iodée de M. Marchal et celle de M. Personne.

La première contient tout l'iode employé, soit un vingtième de son poids. M. Marchal a reconnu que, cependant, cet iode réagissait sur l'huile, ce qui rend la composition variable ; mais, pour se mettre à l'abri de cette variation, il recommande d'employer l'huile iodée dans la journée même de sa préparation, ce qui la rend tout à fait magistrale ; ce qui est cause que l'iode, étant pour la plus grande partie encore simplement dissous dans l'huile, doit agir directement sur les organes digestifs et conserver une partie de son action irritante. Nous dirons même que, si M. Marchal a pu sans inconvénient employer d'une manière continue et par jour 30 centigrammes d'iode dissous dans l'huile, cela tient probablement à ce que sa recommandation de préparer le médicament chaque jour n'a pas été exactement suivie et à ce qu'il a dû employer assez souvent de l'huile ayant plusieurs jours de préparation.

M. Personne, au contraire, a voulu se rendre compte, comme c'était son devoir de pharmacien, de ce qui se passe entre l'huile et l'iode ; et, pour se mettre à l'abri de l'inégalité d'action apportée par le temps, il a de suite porté la réaction chimique à sa dernière limite ; il s'est débarrassé de tout ce qui est étranger à la combinaison élémentaire de l'huile iodée et a formulé un médicament véritablement officinal, stable dans sa composition et d'une assez longue conservation.

Deux membres de la commission ont soumis à l'expérimentation les huiles iodées remises par M. Personne.

M. Gibert a administré pendant un temps qui a varié de quelques semaines à plusieurs mois l'huile iodée à plusieurs malades atteints d'affections dartreuses ou d'engorgements scrofuleux. Dans plusieurs cas d'impétigo chronique, employée simultanément à l'intérieur et à l'extérieur, elle a amené la résolution de l'éruption plus rapidement que n'aurait pu le faire l'huile de foie de morue.

Dans deux cas d'esthiomène à forme érythémateuse, elle a paru douée aussi d'une qualité résolutive ; mais ici, comme le mal offre bien plus de résistance, elle n'a pas amené de guérison complète.

Depuis un an, M. Ricord a employé l'huile iodée dans un grand nombre d'affections scrofuleuses, dont la plupart, souvent réputées vénériennes, se présentent à sa consultation et qu'il est forcé d'accepter dans son service.

C'est ainsi qu'il en a retiré d'excellents résultats dans le traitement des bubons strumeux, des épididymites tuberculeuses ; dans quelques cas d'engorgement scrofuleux des articulations, etc. Toutes choses égales d'ailleurs, dans les cas curables, la guérison ou tout au moins des modifications heureuses ont été beaucoup plus promptement obtenues avec l'huile iodée qu'avec celle de foie de morue. De toutes les observations qui ont été recueillies, nous n'en citerons qu'une très remarquable au double point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique.

« Dubuy (Azarie), âgé de quinze ans et demi, entre le 3 décembre 1850. A son entrée, cet enfant présentait un trajet fistuleux très étendu à la partie externe et moyenne de la cuisse droite, avec gonflement apparent du fémur, et datant de dix ans. Un stylet introduit par la fistule ne pénétrait pas jusqu'à l'os, et s'arrêtait sur un tissu spongieux, dur, épaissi. (Diagnostic : *périostite chronique.*) L'articulation coxo-fémorale et celle du genou étaient saines ; la marche, cependant, était impossible ; le malade se servait de béquilles depuis plusieurs années ; le membre correspondant était atrophié.

» En remontant à la cause du mal, on dut bientôt s'arrêter à l'idée d'une scrofule héréditaire. Voici les renseignements recueillis sur les antécédents du père :

» Dubuy (Louis-Jacques), âgé de cinquante-trois ans, eut, en 1823, un chancre pour lequel il prit quarante doses de liqueur mercurielle et dix paquets de pilules ; ce traitement dura plusieurs mois.

» En 1846, il s'aperçut qu'il portait une tumeur au niveau de l'hypochondre droit, accompagnée de douleur à la pression et pendant les mouvements respiratoires. Cette tumeur fut guérie, après six semaines de traitement, par la liqueur de Van-Swiéten.

» Quelque temps après, Dubuy eut une ulcération au voile du palais, avec perforation de la voûte palatine et destruction de la luette. Cautérisé par la pierre infernale et traité par la liqueur de Van-Swiéten dans un des hôpitaux de Paris, il y resta quatre mois sans obtenir aucune amélioration. Retourné dans son pays avec un gonflement de la partie inférieure de la jambe droite, il fut cautérisé avec le fer rouge. Plusieurs fragments osseux furent éliminés.

» Enfin, en 1849, Dubuy séjourna quatre mois dans le service de M. Ricord ; il fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium, les gargarismes iodés, les bains de vapeur et des applications d'emplâtre de Vigo sur le pied. Il est sorti complétement guéri.

» Cet homme est père de six enfants, qui sont nés en 1820, 1821, 1825, 1827, 1828 et 1835. Les cinq premiers sont bien portants, le dernier seul (Azarie) a été atteint de l'affection du fémur pour laquelle il a été admis dans le service de M. Ricord le 3 décembre 1851.

» Cet enfant a pris d'abord de l'huile de foie de morue, 60 grammes par jour. Il l'a mal supportée, l'a vomie à plusieurs reprises, et le 2 janvier aucune amélioration n'était survenue.

» Le 3, on le met à l'usage de l'huile iodée, 60 grammes par jour ; l'enfant supporte parfaitement ce nouveau médicament et le continue jusqu'au 10 février, jour de sa sortie.

» A cette époque, le trajet fistuleux est fermé, l'empâtement des tissus est considérablement diminué, la marche presque facile ; le membre dont le sujet n'avait pu se servir depuis longues années ne conserve qu'un peu de faiblesse ; l'état général est très satisfaisant. L'enfant avait repris de l'embonpoint ; son teint était plus ferme, plus coloré. »

M. Puche, qui a fait les mêmes expériences que M. Ricord, l'autorise à dire que ses résultats concordent avec les siens.

La dose moyenne de l'huile iodée a été de 60 grammes. En général, les malades la supportent facilement. Ce n'est qu'exceptionnellement et lorsque la dose est trop élevée qu'on a pu remarquer des vomissements, des coliques ou des diarrhées. Mais, en gardant la prudence qui doit présider à l'administration de tout remède, en étudiant le degré de susceptibilité du malade et les conditions spéciales où il se trouve, on peut affirmer que l'huile iodée est un médicament d'une haute valeur et qu'elle présente beaucoup d'avantages sur l'huile de foie de morue.

D'après l'examen et les observations cliniques auxquels s'est livrée la commission, M. le rapporteur propose à l'Académie de déclarer que le mode de préparation de l'huile iodée proposé par M. Personne est celui qui mérite d'être préféré pour les besoins de la thérapeutique. (Adopté.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Action de la portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.

MM. Julius Budge, professeur à l'Université de Bonn, et Augustus Waller communiquent un exposé de quelques découvertes qu'ils ont faites sur les fonctions du système nerveux et en particulier sur l'action de la *portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.*

MM. Budge et Waller, après avoir reconnu et établi par des expériences que, tandis que la direction des nerfs cérébraux-spinaux est de haut en bas, c'est-à-dire du centre à la périphérie, celle du nerf sympathique est au contraire de bas en haut, ont mis cette circonstance à profit pour étudier les fonctions de la portion cervicale du grand sympathique.

Les expériences de Müller et d'autres physiologistes ont déjà démontré que les ganglions n'arrêtent pas les impressions sensitives ; il ne restait plus qu'à admettre pour ce nerf des fonctions purement motrices ou nutritives ; c'est en effet ce qu'a démontré l'irritation du bout supérieur au moyen de l'appareil galvanique à rotation.

A peine, disent les auteurs, avons-nous eu le temps de faire exécuter quelques tours à la machine que déjà une énorme dilatation de la pupille du même côté a établi d'une manière irréfragable la nature motrice du cordon sympathique cervical.

Ce résultat obtenu, soit en galvanisant séparément le sympathique sur le lapin, soit en galvanisant le tronc commun du pneumogastrique et du sympathique, s'est montré aussi invariablement que la contraction de la jambe après l'irritation du nerf sciatique.

En même temps que cette expérience démont... parfaitement justifiée du sympathique au cou, elle permet de comprendre ... organique sur de la contraction de l'ouverture pupillaire après la sectio... faitement nerf, fait vu par Petit en 1712 et resté jusqu'à présent comme un fait stérile dans la physiologie. Il est évident, disent MM. Budge et Waller, que, puisque l'irritation de ce nerf produit la contraction de la pupille, sa contraction après la section du même nerf n'était que la conséquence de la paralysie du muscle dilatateur de l'iris, de la même manière que la paralysie des muscles extenseurs qui ouvrent la main laisse celle-ci fermée par suite de l'influence exclusive des muscles fléchisseurs.

Pour surcroît d'évidence, il suffit de galvaniser la troisième paire pendant la vie ou immédiatement après la mort sur le lapin. Par ce moyen, on obtient une contraction de la pupille. En galvanisant ainsi le sympathique cervical et la troisième paire, on peut alternativement rétrécir et agrandir plusieurs fois le diaphragme de l'œil aussi sûrement que si l'on avait des agents physiques à sa disposition. En agissant sur ces deux nerfs, on observe que l'action du galvanisme sur le premier produit une augmentation graduelle et soutenue de la pupille et qui met quelques instants à atteindre son effet maximum, comme la plupart des muscles placés sous l'influence du sympathique, et que le retour de l'œil à son état premier, après que la cause dilatante a cessé, est également lent. L'irritabilité de ce nerf se conserve longtemps après la mort. Avec la troisième paire, au contraire, on voit que la contraction est presque instantanée, que le retour à l'état premier est aussi très subit et que le nerf perd son irritabilité après avoir été excité plusieurs fois, et qu'après la mort elle se perd très vite.

Pour remonter à la source du pouvoir moteur du sympathique, les auteurs ont galvanisé sur le lapin le sympathique non divisé, mais simplement isolé des tissus environnants. Sur le premier ganglion, sur le cordon entier, jusqu'au dernier ganglion cervical, et sur ce ganglion lui-même, ils ont produit la même dilatation de la pupille. Au-dessous de ce ganglion, le cordon qui lie celui-ci au premier ganglion thoracique et toutes les autres branches, excepté la branche rachidienne, n'ont fourni aucun résultat par l'application du galvanisme.

Pour remonter encore plus loin, la moelle épinière a été dénudée sur un lapin, depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la partie supérieure du cou. En galvanisant vers le milieu de la partie découverte, la dilatation des pupilles n'a pas été moins prompte à se déclarer que dans les autres expériences. La partie de la moelle possédant cette propriété est bornée au segment compris entre la première vertèbre cervicale et la sixième dorsale inclusivement, région que les auteurs proposent de désigner sous le nom de région *cilio-spinale* ou *centre cilio-spinal.* Au delà des limites indiquées, le galvanisme de la moelle ne produit aucun effet sur les pupilles.

Des extrémités de la région cilio-spinale, l'influence du galvanisme sur les pupilles augmente graduellement à mesure qu'on s'approche de la partie moyenne. Son effet maximum se trouve au niveau de l'articulation inter-vertébrale des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Lorsque les deux sympathiques cervicaux sont intacts, l'irritation galvanique de la région cilio-spinale se porte également sur les deux yeux ; mais lorsque l'un est coupé, son irritation ne cause la dilatation que du côté où celui-ci est intact.

Quand les deux sympathiques sont divisés au cou, l'irritation du centre cilio-spinal ne produit aucun effet sur les yeux. Lorsque la moelle est intacte, le galvanisme, d'un côté seulement de la moelle, dilate les deux pupilles également.

Si l'on divise longitudinalement cette partie de la moelle en deux moitiés latérales, et qu'on les isole par une lame de verre l'une de l'autre, l'irritation d'un côté produit la dilatation de la pupille seulement du même côté.

Lorsque la région cilio-spinale est coupée transversalement à différentes hauteurs, on trouve que toute la partie qui est séparée de son centre, placé au niveau de l'articulation des deuxième et troisième vertèbres dorsales, a perdu toute son influence sur les pupilles, tandis qu'au contraire toute la partie en connexion avec celle-ci continue d'exercer son action.

Si la portion cilio-spinale est tout enlevée et les pôles appliqués à différents points de la dure-mère du canal vidé, on voit que les seuls points qui possèdent le pouvoir de dilater la pupille sont situés entre le lieu d'union des deuxième et troisième dorsales.

Les mêmes causes qui diminuent l'irritabilité musculaire après la mort, telles que la nutrition imparfaite de l'animal, des lésions de la moelle allongée, etc., diminuent aussi le pouvoir de la région cilio-spinale sur les pupilles. Dans des cas pareils, l'irritation de la moelle ne produit aucun effet, même immédiatement après la mort. Après la mort, le pouvoir sur l'œil se perd successivement des extrémités de la région cilio-spinale vers le centre, au centre même, ensuite du sympathique cervical, et enfin du sympathique crânien.

Dans la suite de ce travail, les auteurs se proposent d'étudier

---

droite ; il existe donc un fragment osseux circonscrit par ces diverses solutions de continuité.

A l'intérieur du crâne, près de la suture frontale, il existe une fêlure de la table interne.

N° 23 (Larrey). Sur cette pièce il existe une fracture incomplète, esquilleuse, de M. Malgaigne. La lésion siége sur le coronal droit, au-dessus de la bosse frontale. C'est un grenadier qui, en se battant en duel, reçut un coup de sabre qui pénétra obliquement dans la table externe du coronal, dans une longueur de 4 centimètres et une profondeur de 4 millimètres ; l'instrument, à cause de sa pénétration oblique, a fait éclater une petite portion de la table externe, qui a été complétement détachée. Ce malade, comme pour le n° 25, avec lequel il a la plus grande analogie, et duquel il aurait peut-être dû être rapproché, est mort de résorption purulente. (Voir Larrey, *Mémoires et Campagnes*, t. IV, p. 234.)

N° 24. Crâne sur lequel il existe, à la partie postérieure du pariétal gauche, la trace d'une division ancienne, que tout annonce avoir été produite par un instrument tranchant. A l'extérieur, cette fracture, complétement guérie, ne présente plus qu'une trace linéaire. Vers l'angle postérieur et inférieur du pariétal gauche il y a une perte de substance remplacée par une membrane très dure et très résistante. A l'intérieur, la consolidation est beaucoup moins régulière et l'os est comme enfoncé.

N° 25 (Larrey). Cette pièce est très remarquable. C'est le crâne d'un jeune chasseur à cheval, qui, en se battant en duel, reçut sur la bosse pariétale droite un coup de sabre qui lui enleva un fragment osseux de forme ovale, de 4 centimètres de long sur 17 millimètres de large ; ce fragment était formé par la table externe et une petite portion du diploé. La section de l'os est sans fracture ; elle est aussi nette que si elle eût été opérée sur des parties molles. Le pourtour de cette plaie osseuse est remarquable par une grande vascularisation. Le malade est mort le trentième jour de sa blessure, très probablement d'une résorption purulente. On pourrait ranger ce fait dans les solutions de continuité avec plaies des parties molles, de la classification de M. Cruveilhier.

N° 25 *a* (M. Pigné). Le coronal, à son côté droit, près de la ligne médiane, nous offre, dans une étendue de 7 centimètres à sa surface externe, une perte de substance de près d'un centimètre. Selon toute probabilité, cette lésion a été produite par un instrument tranchant qui, après avoir intéressé la table externe, portant son action sur l'interne, l'a fait éclater dans une étendue beaucoup plus considérable. Cette fracture est consolidée.

Troisième espèce. — *Fractures de la voûte du crâne par des corps contondants avec enfoncement de fragments.*

Ces pièces sont au nombre de huit : n°s 26, 26 *a*, 27, 27 *a*, 28, 28 *a*, 29 et 29 *a*. Elles nous offrent une lésion commune qui ne diffère que par l'étendue, qui n'est elle-même que la conséquence du volume de l'agent qui a produit la fracture. En effet, dans toutes, la fracture a eu lieu sur des crânes d'adulte ; elle a une forme à peu près circulaire ; la table interne est déprimée, et nous avons vu, à l'occasion des fractures incomplètes des os plats, que c'était dans cette série de faits qu'elles étaient les plus communes ; elles sont même souvent cause de grands accidents.

N° 26 (M. Rossignol). La fracture occupe à la fois une très petite portion du pariétal droit et la portion correspondante de l'occipital, ainsi que la suture lambdoïde ; elle est située à peu de distance de la suture sagitale ; elle est à peu près circulaire, d'un diamètre de 4 centimètres ; elle a été produite par une pierre du poids de quinze livres. La portion d'os ainsi circulairement circonscrite est enfoncée, et dans le point où la dépression est le plus considérable, qui est probablement celui sur lequel le corps vulnérant avait plus d'action ; cette portion osseuse est elle-même brisée. A la face interne du crâne existe une saillie considérable formée par la portion d'os enfoncée, et sur laquelle se remarque un grand nombre de fissures qui ne se retrouvent pas à la face externe ; la plus étendue de ces fractures incomplètes est celle qui correspond à la dépression que j'ai signalée à la face externe. La table interne du fragment principal, sur plusieurs points de sa circonférence, n'est pas fracturée ; elle n'est que pliée. (*Voir*, pour l'observation, le *Bulletin de la Société anatomique*, 1836, p. 155.)

N° 26 *a* (M. Denonvilliers). Voûte du crâne sur laquelle on observe, du côté gauche, sur le pariétal, au niveau de la suture frontale, une fracture avec perte de substance ; elle est de 3 centimètres. Cette lésion a été produite par une tuile qui est tombée du haut d'une maison.

N° 27. Cette pièce vient de l'ancienne Académie de chirurgie ; c'est une fracture avec fracas et enfoncement du pariétal et de l'occipital gauches, au niveau de la partie moyenne de la suture fronto-pariétale, qui se trouve également enfoncée. La portion déprimée est divisée en plusieurs fragments. Elle est moins régulièrement circulaire que la précédente, en même temps qu'elle est plus étendue ; elle a 6 centimètres d'avant en arrière et 4 dans le sens transversal.

N° 27 *a* (Blandin). Cette pièce a été donnée au Musée en 1839 ; elle consiste dans une fracture avec enfoncement ; elle a été observée sur un enfant âgé de six ans dont le crâne est très mince ; elle occupe la partie postérieure du pariétal droit, la suture lambdoïde de ce côté ainsi que l'occipital ; elle est ovalaire ; son grand diamètre, qui est à peu près transversal, a 7 centimètres dans cette direction et près de 5 dans son diamètre vertical ; le pourtour, excepté dans son angle externe, est complétement détaché dans sa table interne et externe ; le point adhérent est très restreint ; il n'a guère qu'un centimètre ; cette plaque osseuse ainsi détachée est brisée elle-même en cinq fragments à travers l'écartement desquels certaines portions du cerveau ont fait hernie. Cette pièce nous intéresse doublement : au point de vue d'abord de l'étendue de la lésion de la fracture, qui est complète, quoique siégeant sur un crâne d'enfant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

n'y avais rencontré partie intra-crânienne du nerf sympathique et de jeune cinquième paire sur la pupille.

Accidents produits chez les ouvriers qui fabriquent le chromate de potasse.

MM. Bécourt, docteur en médecine, et A. Chevallier adressent un mémoire sur ce sujet.

Les renseignements suivants ont été fournis aux auteurs par un fabricant :

Quand nous transformons au moyen d'un acide et par l'ébullition le chromate neutre de potasse en bichromate, la vapeur entraîne avec elle une infinité de molécules pulvérulentes de ce produit qui se répandent dans l'atelier. Ces molécules, aspirées en abondance, donnent au palais une saveur amère métallique très désagréable, mais n'agissent pas d'une manière fâcheuse sur la bouche.

Il n'en est pas de même de la muqueuse du nez ; elle éprouve un violent picotement; les yeux se remplissent de larmes, et l'éternument commence. Cet éternument est irrésistible et répété. L'ouvrier est forcé de se moucher, et chaque fois qu'il le fait, une portion de la cloison membraneuse qui est détruite vient, avec les matières qui sont recueillies par le mouchoir, de telle sorte qu'au bout de six à huit jours, après avoir éprouvé des picotements, le larmoiement, des éternuments, la cloison se perce et se détache. A cette époque tous les symptômes cessent, et l'ouvrier ne s'aperçoit pas de la disparition de la cloison, ce n'est parce que les symptômes maladifs qu'il éprouvait ont cessé.

Toutes les personnes qui séjournent pendant quelques jours dans les ateliers où l'on fabrique le bichromate de potasse éprouvent ces accidents, à l'exception des priseurs de tabac.

Le bichromate n'a aucune action sur la peau à l'état normal et lorsque l'épiderme est intact; mais si la peau présente des déchirures, quelque petites qu'elles soient, une douleur cuisante se manifeste; si l'on laisse le bichromate en contact quelques minutes avec la plaie, ce sel agit comme un véritable caustique.

Les animaux éprouvent les mêmes accidents.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 octobre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose d'une seule lettre de M. le ministre de l'instruction publique, avec envoi d'un échantillon de remède nouveau découvert par M. X....., géomètre à Aurillac. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Albuminurie.

M. Dufresse, de Chassaigne, adresse une observation d'albuminurie arrivée à un très haut degré d'intensité et guérie par le cyanate d'ammoniaque ou urée pure. (Commissaires : MM. Rayer et Bouchardat.)

Maladies régnantes.

M. Liégey adresse quelques renseignements sur les maladies qui règnent à Rambervillers.

Aliénation mentale.

M. le docteur Leidesdorf (de Saint-Pétersbourg), membre de l'Académie impériale de Vienne, adresse deux rapports fort étendus sur les cas de maladies mentales traitées dans son établissement. Ce travail, composé en grande partie de résumés statistiques, se refuse à l'analyse.

Corps étrangers de la vessie.

M. Mercier adresse une réclamation contre la réclamation faite dans la dernière séance par M. Le Roy-d'Etiolles, relativement à la priorité des instruments pour l'extraction des corps étrangers de la vessie.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit un rapport défavorable sur un remède secret spécifique contre le choléra.

Corps étrangers de la vessie.

M. Ségalas lit un rapport sur une réclamation de M. Le Roy, relativement à la priorité de l'instrument imaginé par MM. Duverger et Courty pour l'extraction des corps étrangers de forme allongée de la vessie. Il conclut en faveur de M. Le Roy pour la plupart des instruments de ce genre. Appréciant ensuite la valeur des instruments eux-mêmes qu'a imaginés M. Le Roy, M. le rapporteur les trouve tous ingénieux; il trouve que les uns sont d'une application facile et peuvent rendre de grands services à la pratique, tandis que d'autres seraient dangereux et pourraient être la cause d'accidents graves.

M. Nacquart. Dans un jugement porté sur un instrument propre à extraire le corps étranger de la vessie, M. le rapporteur a fait intervenir un jugement contraire de l'Académie des sciences pour le casser. Je crois qu'il est de la convenance et de la dignité des corps savants de ne pas se contrôler ainsi les uns les autres. M. le rapporteur pourrait laisser son jugement tel qu'il est sans parler de l'Académie des sciences ni de son rapporteur.

Après quelques mots de M. Larrey et de M. Ségalas, l'Académie décide qu'il n'y a pas lieu à modifier le passage auquel M. Nacquart a fait allusion.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Grossesse et phthisie.

M. Grisolle lit un rapport sur l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la phthisie. L'importance pratique de ce rapport nous engage à le publier textuellement dans le prochain numéro.

Pathologie comparée.

M. Audouard lit un mémoire intitulé : *La pathologie des bêtes éclairant la pathologie de l'homme sur la contagion.* L'auteur voudrait qu'on fît pour le choléra, la peste, le typhus, les expériences qui ont été faites à Alfort pour le choléra des poules. De semblables expériences éclairciraient la question importante de la contagion de ces maladies, qu'il croit d'ailleurs résolue affirmativement.

Rétroversion utérine.

M. le docteur Alexis Favrot lit un mémoire sur une nouvelle réduction des déviations de la matrice, et en particulier des rétroversions.

Cette méthode consiste dans l'application d'un appareil que M. Alexis Favrot propose d'appeler *réducteur à air*.

Plusieurs observations intéressantes paraissent démontrer qu'à l'aide de ce procédé on parviendra à réduire plus facilement qu'avec les moyens employés jusqu'à ce jour.

Les figures qui accompagnent ce mémoire, et que nous reproduisons, feront mieux comprendre que toute explication le but et le mode d'action de cet instrument.

Il consiste :

Dans une tige en caoutchouc vulcanisé, de 20 à 30 centimètres de longueur sur 4 millimètres de diamètre.

Cette tige porte à l'une de ses extrémités un robinet en cuivre, permettant de retenir ou de laisser passer l'air qu'on y a fait pénétrer.

L'autre extrémité présente une sorte d'ampoule qui rappelle les ingénieux appareils imaginés par M. le docteur Gariel pour le tamponnement des fosses nasales et de l'utérus dans la métrorrhagie et l'épistaxis.

Cette extrémité est susceptible d'une dilatation considérable, et beaucoup plus étendue qu'il n'est besoin, même en supposant un enclavement très résistant de l'organe au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Enfin, il convient d'ajouter à cet appareil si simple une *pelote-insufflateur*, destiné à s'adapter par son col au robinet extérieur et à remplir l'ampoule, quand le réducteur à air a été introduit dans le rectum ou le vagin, selon le cas.

Le mode d'application de ce petit instrument est des plus facile : le réducteur, étant vidé d'air et préalablement chauffé dans la main, est trempé dans une eau mucilagineuse et mouillé avec un peu de blanc d'œuf; la femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse; on lui interdit tout effort; on introduit alors un mandrin dans le *réducteur*, qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer dans le rectum jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre. Le mandrin est alors retiré; on adapte la *pelote-insufflateur*, et, à mesure que le réducteur se distend, on appuie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice ; quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige.

La malade reste couchée quelque temps sur le ventre en évitant tout effort ; et quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.

Telle est la petite manœuvre qu'exige l'emploi du *réducteur à air*, manœuvre très simple, nullement douloureuse, agissant lentement, sans violence, mais d'une manière continue, et presque infaillible.

Je solliciterai encore l'attention de l'Académie sur un avantage que ne présentent pas les autres moyens employés jusqu'ici, avantage que je crois important.

Il consiste dans l'impossibilité de la reproduction de la déviation utérine après que la réduction en a été opérée.

On objectera sans doute qu'il ne sera guère possible aux femmes de conserver cette ampoule dilatée dans le rectum sans qu'elle amène du ténesme, des épreintes et des douleurs ; mais on voudra bien remarquer que la femme pourra elle-même diminuer les compressions dès qu'elles deviendront trop gênantes. Il lui suffira d'ouvrir le robinet de la tige et de laisser échapper quelques portions de l'air contenu dans l'ampoule, pour que le malaise cesse à l'instant même.

Une autre objection plus sérieuse peut m'être faite. Il est des cas où la rétroversion de l'organe gestateur, survenue pendant la grossesse, amène avec elle (surtout à la suite d'efforts brusques) des compressions et un enclavement tel, que des efforts très énergiques ont été impuissants. Tous les médecins savent qu'à l'autopsie même on ne parvient pas toujours à réduire, comme dans cette observation de Hunter où il fallut séparer la symphyse du pubis pour désenclaver l'organe rétroversé.

Les deux figures ci-jointes feront facilement comprendre le mécanisme du nouvel appareil. La première le représente appliqué, mais non dilaté, la rétroversion existant; la deuxième le fait voir dilaté et la rétroversion étant réduite.

— La séance est levée à cinq heures.

SUCCÉDANÉ DU COLLODIUM,

Par M. Meller.

« On fait dissoudre dans de l'esprit-de-vin très fortement rectifié de la laque en écailles pulvérisée ; la solution prend, en se refroidissant, une consistance demi-solide et comme gélatineuse. Ce mélange sert aux ébénistes pour polir leurs meubles.

» Etendu sur un morceau de linge ou de taffetas, et appliqué sur la peau, il montre toutes les propriétés et tous les avantages du collodium ; ainsi, il est impénétrable à l'air, à l'eau, à l'huile, même aux humeurs et sécrétions organiques. Il n'irrite point la peau et adhère parfaitement sur elle ; son adhérence est même telle qu'il peut remplacer la dextrine en cas de fracture. »

M. Meller assure que les blessures guérissent avec rapidité quand on les recouvre de ce mélange.

LE SOURD.
Paris. — Typographie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

N° 118. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1851. (24° ANNÉE.) N° 118. — SAMEDI

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Pleurésie sèche; son diagnostic. Crépitation pleurale.

Existe-t-il une pleurésie sèche, c'est-à-dire sans épanchement, à toutes les périodes de sa durée? Si elle existe, quels sont les signes auxquels il est possible de la reconnaître?

On admet assez généralement l'existence de la pleurésie sèche, et l'on résout affirmativement la première question, sans prendre même la peine de la discuter. Cependant elle mérite d'être examinée; car des auteurs très sérieux, dont le nom fait autorité dans la science, sont loin de partager l'opinion vulgaire et nient la pleurésie sèche. Tel est Laennec; tel est encore M. Chomel, qui cependant se sert pour formuler son avis d'expressions moins absolues. La seule réponse que nous puissions faire aux objections élevées contre l'existence de cette maladie, c'est de rapporter un cas que nous venons d'observer il y a peu de jours dans un des services de clinique de l'Hôtel-Dieu, cas dont le jeune et savant agrégé qui remplace le professeur a fait l'objet d'une discussion clinique que nous analyserons plus bas.

Le malade dont il s'agit, et qui est encore à l'hôpital, est un nommé Michonnet (Claude), âgé de trente-cinq ans, terrassier, entré le 28 juin, salle Sainte-Jeanne, n° 10.

Lors de son entrée, ce sujet était depuis quatre jours atteint de malaises, céphalalgie, courbature, fièvre violente. Le début de ces phénomènes, considérés tout à fait à leur origine, remontait à près d'une semaine. Le diagnostic porté par M. Rostan fut : *typhus*. On sait, pour le dire en passant, que le conviction acquise par lui de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde a déterminé depuis longtemps le professeur à donner le nom de typhus à la maladie que les pathologistes modernes désignent sous celui de fièvre typhoïde. Un des symptômes les plus intéressants de son affection fut une constipation assez opiniâtre. Douze jours environ après son entrée, le malade resta dix jours sans aller à la selle, quoique dans cet espace de temps il eût pris une bouteille d'eau de Sedlitz.

Pendant la durée de la fièvre typhoïde, le sujet a présenté des alternatives assez curieuses de diarrhée et de constipation, une céphalalgie très intense et des douleurs abdominales très violentes. Il fut à plusieurs reprises pris de sueurs nocturnes assez abondantes. Jamais pendant le cours de son typhus il n'a eu de toux ni d'expectoration. Depuis sa convalescence il a maigri assez pour inspirer des craintes sérieuses; mais ses digestions sont bonnes, et depuis longtemps il n'a plus de diarrhée.

Le 22 septembre, sans cause connue, il est pris d'un point de côté au niveau du sein gauche, point assez violent pour l'empêcher de respirer facilement, mais sans toux et sans expectoration. Une des fenêtres voisines de son lit étant restée ouverte pendant plusieurs nuits de suite, il pense qu'il a pu se refroidir, et rapporte à cette circonstance la production de la maladie.

A la percussion, sonoréité normale dans tout le côté gauche. A l'auscultation, frottement pleural dans la moitié inférieure et postérieure de la poitrine à gauche. Ni souffle bronchique, ni retentissement de la voix.

Le surlendemain, persistance des mêmes phénomènes, auxquels s'est jointe une abondante crépitation pleurale, fort étendue. Sous l'influence d'un vésicatoire, la maladie se modifie avantageusement, bien qu'assez lentement. Aujourd'hui, 8 octobre, la douleur a tout à fait disparu depuis longtemps; on entend encore à la base du thorax, en arrière, à gauche, quelques bulles de crépitation pleurale, accompagnée d'un léger frottement. Mais nous ferons remarquer que pendant toute la durée de la maladie la résonance a été bonne du côté affecté. On n'a constaté par l'exploration la plus attentive aucun souffle, aucun retentissement égophonique de la voix, mais seulement du frottement et de la crépitation pleurale. Il n'y a eu ni toux, ni expectoration.

Ce cas a été des plus remarquables, a dit à ce propos M. Vigla, et a offert un vif intérêt en ce sens que nous avons assisté au début de la maladie, et que, lorsque se sont montrés les premiers phénomènes, frottement et crépitation, nous avions tout lieu de croire qu'ils seraient bientôt suivis de souffle bronchique et d'égophonie. Rien de semblable n'a eu lieu. Ces deux signes, le frottement et la crépitation, s'entendent plus fréquemment après la résorption d'un épanchement pleurétique. Ici la date toute récente de la pleurésie ne pouvait laisser croire qu'il y eût eu déjà un épanchement résorbé.

Le point important était de savoir si, avec une intensité aussi grande et une étendue aussi considérable des bruits anormaux, la pleurésie resterait sèche jusqu'à la fin. C'est en effet ce qui est arrivé. Il n'y a pas eu de liquide dans la plèvre; le frottement et la crépitation ont traduit un état inflammatoire *sec* de la plèvre, qui suffit à lui seul pour rendre compte de leur production.

Déjà, dans une autre circonstance, M. Vigla a été à même d'observer un fait semblable chez une femme de quarante et quelques années qu'il avait soignée d'un typhus. Après son rétablissement de sa première maladie, cette femme vint chez lui, se plaignant d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine. Il y avait du frottement en avant et en arrière, mais aucune trace de liquide. Pendant trois semaines il revit cette femme chez lui tous les trois ou quatre jours; jamais il ne découvrit d'autre symptôme que du frottement et de la crépitation pleurale; il n'y eut pas de liquide. M. Vigla crut devoir surveiller attentivement l'état du poumon, par cette raison que c'est chez les tuberculeux que se rencontre le plus souvent cette forme. La malade guérit et n'a jamais présenté le moindre signe de tuberculisation Chez l'homme dont nous venons de donner l'histoire, il sera nécessaire de surveiller aussi l'appareil pulmonaire. Il est convalescent d'un typhus, et la pleurésie pourrait bien être, sans que rien cependant porte à le croire, l'avant-coureur des tubercules.

Il est peu de sujets, de ceux qu'un médecin a pu suivre pendant un long espace de leur carrière, qui ne présentent à l'autopsie quelques adhérences entre les deux feuillets de la plèvre. Cette circonstance a fait admettre par quelques-uns une pleurésie adhésive permettant aux malades de se livrer à leurs travaux habituels. Mais une pleurésie ne peut être adhésive d'emblée; il faut qu'il y ait préalablement exsudation plastique, et dès lors il y a bruit de frottement, trop fugace peut-être pour être perçu du médecin dont l'attention aussi peut ne pas être suffisamment éveillée. De là il faut donc conclure que la pleurésie *partielle* sèche est commune. Générale, elle est beaucoup plus rare, et cependant elle existe, car en voici deux cas en quelques années que M. Vigla observe. Notons de plus que cette pleurésie sèche générale doit souvent faire craindre la tuberculisation, bien que cette terminaison ne soit pas fatale.

Nous avons dans le cours de cet article parlé de la crépitation pleurale. Qu'est-ce que cette crépitation?

Il arrive souvent dans la pratique d'être appelé à donner des soins à des individus qui ont un point de côté, de la crépitation, du souffle bronchique, de la fièvre. On croit assister au début d'une pleuro-pneumonie. On fait en conséquence une ou deux saignées. Le lendemain ou le surlendemain, on n'a pas de crachats; le souffle persiste, la crépitation disparaît; puis la fièvre tombe, le souffle persistant, et l'on acquiert la certitude qu'il n'y a qu'un épanchement. Le parenchyme pulmonaire est sain. La crépitation dépend donc de la pleurésie. L'habitude fait bien vite différencier le souffle de la pleurésie de celui de la pneumonie, qui est toujours plus profond, plus métallique, plus vibrant. Maintenant, l'épanchement pleurétique étant bien évident, quand il diminue le râle crépitant se fait entendre de nouveau. Ce fait a été de la dernière évidence chez une femme dont nous publierons l'histoire dans peu de jours et qui a subi la thoracentèse le mois dernier à la salle Saint-Antoine. Quelques heures après l'extraction du liquide, la crépitation se montrait. Au début et au déclin de la pleurésie avec épanchement, le poumon se trouve dans les mêmes conditions et le même phénomène se manifeste, une crépitation qui dépend évidemment de la plèvre.

Quels sont les caractères de cette crépitation et comment la distinguer de celle de la pneumonie? Sous le rapport des caractères généraux, ce n'est pas chose facile. Peut-être peut-on dire que la crépitation pleurale est plus disséminée, à bulles plus larges, d'un plus gros volume, qu'elle a quelque chose de moins fin, de moins capillaire, qu'elle s'entend sur une plus grande surface. Puis elle ne suit pas la même marche que dans la pneumonie. Dans celle-ci, la crépitation n'est presque jamais deux jours de suite à la même place. La maladie ne reste pas stationnaire : ou elle augmente, et alors souffle; ou elle diminue, et le murmure vésiculaire vient la remplacer. Dans la pleurésie, elle peut exister plusieurs jours dans le même point.

Supposons maintenant le cas possible, fréquent même, où la crépitation pleurétique est remplacée par le souffle déterminé par un épanchement. Rien de plus facile à distinguer. Dans la pleurésie, dès la deuxième saignée, le pouls tombe, devient mou; il n'y a pas de crachats rouillés; la toux est fréquente, pénible, sèche; la douleur de côté est plus intense, l'anxiété plus forte, la dyspnée plus considérable, pour deux raisons, et parce que la douleur est très vive et parce que le poumon est comprimé par du liquide. Nous n'avons pas besoin de nous étendre plus longuement sur le diagnostic différentiel de la pneumonie et de la pleurésie.

En résumé, des considérations pratiques ci-dessus rapidement exposées, il résulte :

1° Qu'il faut tenir un compte sérieux en clinique de la crépitation et du frottement pleural;

2° Qu'il peut exister des pleurésies sèches qui n'ont pour caractères que ce frottement et cette crépitation;

3° Que dans un certain nombre de cas, lorsque survient un épanchement dans la plèvre, il faut se tenir en garde contre une erreur qui consisterait à prendre une pleurésie pour une pleuro-pneumonie, *et vice versâ;*

4° Enfin, que ces pleurésies sèches sont très fréquentes, en tant que partielles, puisque la plupart des adhérences pleurales doivent en dépendre; que, générales, elles sont plus rares; mais que dans tous les cas l'existence d'une pleurésie sèche doit faire redouter au médecin le développement des tubercules.

Un mot encore sur le mode de production de la crépitation pleurale. Pour M. Vigla, elle peut dépendre ou d'un œdème sous-pleural ou d'un bruit d'*attrition*, d'*adhésion* des faus-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Sur la préservation de la santé des femmes aux époques critiques de la vie (1); par le docteur TILT, premier médecin du dispensaire général de Farringdon pour les maladies des femmes et des enfants. (En anglais.)

(Londres, chez John Churchill.)

La menstruation exerce une influence si grande sur la santé de la femme et son étude offre encore tant de points obscurs qu'il faut savoir un certain gré aux auteurs, en petit nombre, qui cherchent à pénétrer les lois qui président à cette fonction. Ces réflexions nous sont suggérées par un travail que vient de publier M. Tilt, honorablement connu déjà dans la science par un *Traité sur les maladies des ovaires et sur les troubles de la menstruation.*

Dans le travail dont il s'agit ici, l'auteur, convaincu que la santé de la femme est intimement liée à la régularité de la fonction menstruelle, cherche à tracer l'hygiène de la femme aux époques de la vie où la menstruation peut l'influencer, à la puberté, au moment où cesse la fonction et pendant tout le temps de sa durée. Laissant à d'autres le soin d'apprécier tout ce qu'il y a de sage et de judicieux dans les conseils d'hygiène que donne l'auteur et dans les aperçus nouveaux qu'il offre sur les maladies des femmes, ainsi que sur la pathologie du temps critique, nous nous contenterons de le suivre dans l'examen de plusieurs questions de physiologie qu'il a soulevées et approfondies avec talent, et nous nous efforcerons de démontrer qu'il est physiologiste distingué autant que savant pathologiste et bon praticien.

Ce n'est pas une question oiseuse que celle de savoir quelle est l'époque de la première menstruation; s'il est prouvé que certaines conditions sociales et certains climats ont le pouvoir d'avancer cette époque, il est raisonnable d'espérer que l'étude des points caractéristiques de ces climats et de ces conditions sociales donnera la clef de la fréquence plus grande des maladies des femmes que l'on observe dans telles ou telles circonstances. L'influence des climats sur l'apparition de la première menstruation était admise par tous les physiologistes, lorsqu'il y a quelques années M. Roberton a repris l'examen de cette question et a essayé de lui donner des développements nouveaux. Les difficultés qu'il a éprouvées pour obtenir des renseignements sur quelques époques de première menstruation chez des négresses et des femmes du pays des Esquimaux lui auront sans doute fait exagérer l'importance des chiffres qu'il a publiés. En effet, il serait peu raisonnable de prétendre décider une pareille question au moyen de vingt et une observations recueillies par des missionnaires à Labrador, ou par 89 faits qui lui ont été fournis également par des missionnaires à la Jamaïque, surtout si l'on se rappelle que les femmes de ces contrées encore à moitié sauvages n'ont que des notions très confuses sur leur âge réel. M. Tilt blâme avec raison M. Roberton d'avoir attaché autant d'importance à des éléments de peu de valeur recueillis par des hommes étrangers aux sciences qui se rattachent à la médecine, tandis qu'il a négligé de tenir compte d'une liste de 3,840 dates de première menstruation recueillies à Copenhague par le docteur Kavin et dont connaissance lui avait été donnée.

De la réunion des listes déjà publiées dans divers recueils scientifiques, et dont le total est de 11,429, il résulte que les pays chauds sont représentés par 666 faits; les pays froids, par 4,018; les pays tempérés, par 6,745. Or, l'époque de la première menstruation a été :

Pour les pays chauds.	13 ans et une fraction.
— froids.	16 ans et demi.
— tempérés	14
Moyenne générale pour tous les pays. .	15

Nous négligeons à dessein les fractions, qui n'ont pas une importance bien manifeste.

Il est impossible de prouver d'une manière plus péremptoire l'influence du climat que ne le fait le docteur Tilt dans le grand tableau où il donne la température des différents pays, ainsi que la détermination de la race à laquelle appartiennent ses habitants.

Le retour périodique du flux menstruel a de tout temps vivement intéressé les médecins et les naturalistes, bien que le phénomène lui-même ait déconcerté leur désir de l'expliquer et que son point de départ ait échappé à toutes leurs investigations. On admet généralement que, bien que cette fonction ait lieu tous les mois chez la grande majorité des femmes, cependant elle peut, sans cesser d'être physiologique, revenir toutes les trois et même toutes les deux semaines. Telle n'est pas l'opinion de M. Tilt. D'après des observations méthodiquement recueillies par lui-même, et au nombre de plus de mille, il n'admet comme physiologique et normale

(1) *On the preservation of the health of women, and the critical periods of life*, etc.

n'y avais ren[illegible] jeune C[illegible]es. Ce qu'il y a de certain, et ce qui prouve que [illegible]épitation est bien indépendante du parenchyme pulmonaire, c'est qu'elle s'entend dans certains cas de péritonite avec formation de fausses membranes.

Disons, en terminant, que ce phénomène a été étudié avec soin, il y a quelques années déjà, par un ancien interne des hôpitaux, M. Damoiseau, dans un excellent mémoire sur le *diagnostic des épanchements pleurétiques*, inséré aux *Archives de Médecine* (tome III, 4e série).

Amputation des orteils. — Nouveau procédé. — Fusées purulentes des gaînes tendineuses.

Un des plus grands services qu'ait rendus Lisfranc à la chirurgie, ç'a été été l'application des procédés mathématiques et des lignes géométriques à la détermination et à la description des méthodes et des procédés de la médecine opératoire. Ses efforts dans cette direction ont trouvé des imitateurs, et plusieurs des élèves du grand chirurgien de la Pitié ont inventé et décrit des procédés opératoires nouveaux fondés sur les mêmes principes. Nous venons de recevoir, il y a quelques jours, d'un des anciens internes de Lisfranc, M. le docteur Melchior Robert, un mémoire intéressant sur un nouveau procédé pour la désarticulation des orteils. Ce travail, trop étendu pour être inséré *in extenso*, mérite d'être succinctement analysé.

La méthode ovalaire et celle à deux lambeaux latéraux, dit l'auteur, sont les seules mises en pratique. Les inconvénients de la méthode ovalaire sont les mêmes ici que partout ailleurs. La méthode à deux lambeaux latéraux, de Lisfranc, est prompte et facile, et donne de bons résultats. Cependant, on a quelquefois de la difficulté à tailler régulièrement les lambeaux. Ce petit inconvénient n'empêche pas la plaie de guérir; néanmoins M. Melchior Robert propose le suivant, très rapide et facile d'exécution, lequel ne présente pas les mêmes défauts. L'avantage de ce procédé est de laisser l'orteil en place en taillant les lambeaux, avantage tellement senti par les chirurgiens, qu'ils conseillent, en général, avant de faire un second lambeau, après une désarticulation, de ramener le membre dans sa position naturelle. On sait que l'articulation métatarso-phalangienne des quatre derniers orteils se trouve à peu près à 25 millimètres en arrière de la commissure digitale correspondante; de plus, cette articulation permet à l'orteil quelques mouvements de latéralité.

Voici comment s'exprime M. Robert :

On se sert d'un bistouri étroit; après avoir déterminé aux faces dorsale et plantaire les points qui correspondent à l'articulation qu'on veut diviser, on enfonce, par la face plantaire, le bistouri que l'on dirige sur l'articulation. On contourne cette articulation en dirigeant la pointe du bistouri du côté du lambeau que l'on veut tailler le premier, et en faisant exécuter à l'orteil un léger mouvement de latéralité dans un sens contraire, le bistouri arrive à la face dorsale qu'il traverse. On fait le premier lambeau en coupant de dedans en dehors jusqu'à la commissure. La pointe et le manche du bistouri doivent marcher dans un même plan vertical et perpendiculaire au plan de la face plantaire du pied.

On reporte ensuite l'instrument dans l'angle postéro-inférieur de la solution de continuité; on contourne l'autre côté de l'article pour ressortir dans l'angle dorsal; on fait le second lambeau de la même manière que le précédent. Souvent on a déjà ouvert l'articulation que l'on achève de détruire; lorsque, en faisant le premier lambeau, on découvre plus de la moitié du diamètre transversal de l'articulation; le bistouri taille facilement le second sans crainte de blesser les bords; mais, dans le cas contraire, un aide, ou le chirurgien lui-même, doit quelquefois écarter le bord de la solution de continuité pour préserver la peau de la pointe de l'instrument.

Sur le petit orteil, il faut avoir soin de faire le lambeau externe plus long que l'interne pour protéger la cicatrice.

Nous trouvons, dans le même travail de M. Robert, des considérations pratiques du plus haut intérêt sur les fusées purulentes des gaînes tendineuses et sur un moyen proposé par l'auteur pour les éviter.

La fusée purulente à travers les gaînes tendineuses, l'inflammation de la synoviale de ces gaînes, sont les deux accidents les plus redoutables; ceux qui, dans toutes les plaies existant au voisinage des gaînes, ont produit le plus de résultats fâcheux. Voici ce que dit Lisfranc dans sa *Médecine opératoire*, en énumérant les inconvénients de la méthode ovalaire : « La manière dont les chairs sont taillées retient le pus à la surface de la plaie, quelle que soit l'attitude donnée au membre; tout le monde sait avec quelle facilité ce liquide peut couler dans les gaînes tendineuses. Personne n'ignore le danger des fusées purulentes et des plegmasies dans l'épaisseur du pied. N'a-t-on pas vu trop souvent les accidents remonter le long de la jambe, et entraîner après eux des événements funestes? »

Cette opinion, émise depuis si longtemps par les chirurgiens les plus distingués, n'avait été l'objet d'aucune recherche pour donner le moyen d'obvier à ces dangers. En 1847, pendant qu'il était interne chez M. Ricord, notre confrère constata à plusieurs reprises, en faisant des opérations sur le cadavre, qu'après la désarticulation des doigts et des orteils les tendons remontaient dans leur gaîne, laissant cette gaîne béante et prête à recevoir l'air, le sang, le pus; en un mot, tous les liquides ou gaz qu'on aurait mis à la surface de la plaie.

Cette remarque fut le point de départ de recherches et d'expériences qui lui permirent de constater les faits suivants :

La rétraction des tendons dans leur gaîne à des hauteurs différentes après l'amputation, leur action dans ces gaînes analogue à celle d'un piston dans un corps de pompe.

L'introduction dans ces gaînes d'un liquide ou d'air, selon que l'opération est pratiquée dans l'un ou l'autre de ces milieux.

L'introduction d'un liquide mis à la surface de la plaie dans le moment de l'extension du membre, son expulsion plus ou moins complète dans la flexion de ce membre. Dans l'extension, le tendon remonte et attire dans la gaîne tout ce qui est à son entrée; dans la flexion, le tendon revient vers l'ouverture de la gaîne, et chasse ce qui est devant lui.

La production de ces phénomènes est très marquée dans les doigts, pouce et auriculaire.

La possibilité de faire ressortir les liquides au moyen de pressions méthodiques ou de les retirer au moyen d'aspirations lorsqu'ils ont été introduits.

La possibilité d'empêcher la rétraction du tendon et l'introduction de l'air ou d'un liquide quelconque, en comprimant sur le trajet de la gaîne pendant qu'on fait l'opération.

Enfin, l'impossibilité où l'on se trouve de faire pénétrer dans la gaîne de l'eau ou de l'air, quand on l'a fermée par une ligature.

Il est plus que probable que les mêmes phénomènes se reproduisent sur le vivant après les opérations, et, en raisonnant d'après les expériences précédentes, il est rationnel d'admettre qu'après l'opération une certaine quantité d'air et de sang s'introduit dans les gaînes. Si on ne fait sortir ces deux agents, ils peuvent déterminer une inflammation suivie de suppuration. C'est une chance de plus de fusée purulente.

Après l'opération, les mouvements que fait le malade en l'absence du chirurgien, les soubresauts des muscles font jouer les tendons dans leurs gaînes; ils peuvent donc favoriser l'introduction de l'air ou des liquides qui sont à la surface de la plaie : pus, sang.

Comme conséquence de ces expériences, M. Robert a établi les propositions suivantes :

Pendant l'opération, faire comprimer sur le trajet des gaînes au-dessus du point où doit porter la section, toutes les fois qu'il sera possible, afin de fermer la gaîne et de retenir le tendon.

Après l'opération, passer, au moyen d'une aiguille courbe, un fil qui comprime la gaîne et le tendon, et lier les deux chefs au-devant de la gaîne, afin de l'oblitérer.

Si on a laissé échapper le tendon pendant l'opération, l'amener à l'extrémité de la gaîne par un des moyens indiqués dans les expériences, c'est-à-dire en mettant le membre dans la flexion forcée, si on opère sur une gaîne qui se trouve du côté de la flexion, ou en saisissant ce tendon avec une pince et le lier avec la gaîne.

Si le tendon est remonté trop haut, on ne liera que la gaîne. Mais, dans ce cas comme dans le précédent, il faut avoir soin, avant de pratiquer la ligature, de chasser, au moyen de pressions ou d'aspirations, le liquide et l'air qui pourraient être dans la gaîne.

Si l'on n'a pris aucune des précautions précédentes, éviter, en examinant le membre, de le porter dans l'extension. Lorsqu'il s'agit d'une amputation du doigt ou des orteils, éviter d'exercer au-dessus du poignet et du côté de la flexion des compressions trop fortes, qui, d'après les expériences, font remonter les tendons dans leurs gaînes, et favorisent l'introduction de l'air et des liquides.

Dès que le malade se plaindra de douleurs vives sur le trajet des gaînes, exercer sur ce trajet des pressions méthodiques, ou faire, si c'est possible, des aspirations à l'ouverture de la gaîne. Peut-être pourrait-on pratiquer dans son intérieur des injections avec un liquide émollient que l'on retirerait ensuite.

Les phénomènes que M. Robert a remarqués sur les gaînes tendineuses des doigts, il les a observés aussi sur celles des orteils. Sans avoir poussé plus loin ses expériences, il pense qu'elles sont applicables dans d'autres régions du corps.

Les expériences sur les animaux vivants ont prouvé à notre confrère qu'au bout de quatre jours le tendon était adhérent à la gaîne; par conséquent, la présence d'un fil dans la plaie ne serait jamais un obstacle à la réunion par première intention.

Nous ne doutons pas que ces ingénieuses recherches et observations de M. Melchior Robert, qui ont encore besoin cependant d'être contrôlées par l'expérience des faits, ne puissent trouver par la suite une application dans la pratique de l'art chirurgical.

Dr A. FOUCART.

OBSERVATION DE CATARACTE PIERREUSE

passée spontanément dans la chambre antérieure de l'œil;

Par le docteur RIVAUD-LANDRAND, oculiste à Lyon.

Le 24 août 1850, M. Lamarche (Etienne), corroyeur, demeurant à Lyon, rue Noire, 18, âgé de vingt-trois ans, vint me consulter pour une affection de l'œil gauche, qui remontait au 15 du présent mois.

A l'examen, je reconnus les symptômes suivants : cristallin cataracté passé dans la chambre antérieure, inflammation de l'iris, injection violacée de la conjonctive et de la sclérotique, phosophobie intense.

En m'enquérant des causes probables de cette affection, j'obtins les renseignements que voici :

A l'âge de cinq ans, ce jeune homme, jouant avec un autre enfant de son âge, fut frappé sur l'œil gauche par un morceau de chaux. Le coup fut assez violent pour provoquer une inflammation intense, accompagnée de douleurs vives dans l'intérieur du globe. M. Gensoul, consulté à cette époque, parvint, à l'aide d'un traitement antiphlogistique, à faire disparaître la phlegmasie traumatique. Mais à la suite de cet accident la vue resta nulle, bien qu'il ne parût extérieurement, soit dans les paupières, soit dans les membranes du globe, aucune trace du coup reçu. Une amaurose complète avait donc été la suite de la commotion interne produite par la force contondante. Cette paralysie ne subit aucune modification depuis lors. La vue resta abolie.

Mais vers l'âge de quinze ans apparut vers la partie inférieure de la prunelle un point blanc, opaque, de la grosseur d'une petite tête d'épingle. L'apparition de ce point ne fut accompagnée d'aucun symptôme sensible; seulement cette tache fut en grandissant peu à peu de la partie inférieure à la partie supérieure de la pupille; puis, quand elle eut atteint à peu près le double de sa grosseur primitive, elle demeura stationnaire pendant une douzaine d'années.

Enfin, le 15 août 1850, sans qu'aucune cause appréciable pût en rendre raison, sans secousse, sans chute, sans violence ni commotion extérieure, une douleur vive se manifesta dans l'œil gauche. Cette douleur fut en croissant jusqu'au soir. Le malade, en regardant son œil dans un miroir, s'aperçut alors que la tache blanche couvrait toute la pupille. Le soir même il put constater qu'elle avait changé de place, qu'elle était du double plus large et passée devant la prunelle qu'elle cachait complétement.

Ainsi, le cristallin opaque s'était luxé, puis déplacé spontanément; il avait franchi l'ouverture pupillaire et était venu se loger dans la chambre antérieure. A partir de ce moment les douleurs augmentèrent, elles procuraient au malade la sensation d'un bandeau serrant violemment le front, au-dessus des sourcils, et s'irradiaient de temps à autre en lancées vives et piquantes de l'œil malade à tout le côté gauche de la tête. Une application de dix sangsues à la tempe et des fomentations froides et astringentes sur l'œil n'ayant amené

---

que la menstruation affectant le type mensuel parfaitement régulier. Pour lui, toutes les déviations à cette loi sont des résultats pathologiques. Les menstruations plus rapprochées constituent des cas de maladie, et dépendent soit d'une lésion utérine organique ou fonctionnelle, soit d'un dérangement dans l'innervation de l'appareil utérin. Il assure n'avoir jamais rencontré de cas de menstruation irrégulière ou trop rapprochée dans lesquels il n'ait pu ramener la fonction à son type normal. Il est bien entendu qu'il ne s'agit pas des cas où ces irrégularités tiennent à cette circonstance que la fonction se termine, non plus que de ceux où les femmes se refusent à suivre le traitement qui leur est indiqué.

La partie la plus importante du traitement employé par M. Tilt dans ces cas auxquels il donne le nom de menstruation *rémittente*, c'est l'administration d'une pilule de 0,10 à 0,15 gr. de sulfate de quinine associés à 0,01 ou 0,02 gr. d'extrait aqueux d'opium, tous les soirs ou tous les deux jours. Dans quelques cas, il est nécessaire de faire suivre à la malade un traitement local. L'auteur cite un grand nombre de faits dans lesquels il a obtenu d'excellents résultats de cette médication si simple. A l'appui de sa manière de voir à l'endroit de la régularité de la menstruation, il rapporte des cas nombreux aussi dans lesquels il a vu la menstruation s'établir chez des jeunes filles qui voyaient les règles revenir toutes les trois semaines, et cela pendant un temps assez long pour que l'on pût supposer que tel était chez elles l'état physiologique; très fréquemment, à la suite d'une maladie grave, du mariage, d'une grossesse, la fonction se modifiait, reprenait le type normal, c'est-à-dire mensuel. Dans tous les cas, le traitement recommandé par l'auteur est resté si inoffensif et si dépourvu de toute espèce de dangers, qu'il paraît convenable de l'essayer, ne fût-ce que dans le but de diminuer la période d'infirmités auxquelles les femmes sont sujettes.

L'influence de la menstruation sur les fonctions digestives est une question intéressante, qui jusqu'ici paraissait avoir échappé à la sagacité des observateurs. L'attention de l'auteur fut attirée sur ce point par la remarque que fit une de ses clientes, que chez elle les règles étaient toujours précédées de deux jours de diarrhée. M. Tilt donne une statistique portant sur 449 femmes, de laquelle nous extrayons les résultats observés dernièrement sur 188 d'entre elles.

Diarrhée avant l'époque menstruelle.	22
pendant.	44
à la fois avant et pendant.	11
après.	1
Constipation avant l'époque.	4
pendant.	23
après.	1
Etat habituel : liberté ordinaire du ventre.	77
constipation habituelle.	2
diarrhée habituelle.	3
	188

« Au premier abord, dit l'auteur, il semble étrange que la conséquence fréquente d'un phénomène si commun n'ait pas été indiquée jusqu'à présent. Mais n'en est-il pas de même pour mille autres faits existant *à côté* de nous et n'existant pas *pour* nous, avant d'être remarqués par le regard scrutateur de quelque observateur plus exercé que les autres? »

Du reste, la justesse et la véracité de cette statistique ont été tout récemment démontrées par le contrôle d'un observateur d'un autre pays. Dans un des derniers numéros de la *Presse médicale* de Bruxelles, se trouve un article dans lequel le docteur Van Deen indique comme un fait évident pour lui, *mais qu'il ne croit signalé nulle part*, qu'à l'époque des règles, chez la plupart des femmes, les selles sont plus fréquentes et moins consistantes que dans l'état habituel.

M. Tilt pense que cette solidarité d'action entre ces deux surfaces contiguës donne la clef du nombre de phénomènes morbides; explique jusqu'à un certain point la constipation opiniâtre des chlorotiques, et l'utilité des purgatifs dans ces cas ainsi que dans beaucoup d'aménorrhées; enfin qu'elle fait comprendre la raison d'action des purgatifs dans l'avortement et la parturition.

Bien que de nombreuses lacunes existent encore dans le livre de M. Tilt, lacunes qu'il lui sera facile de combler dans une nouvelle édition, on ne peut disconvenir que ces recherches originales ne présentent un intérêt réel, et nous ne saurions trop l'engager à les poursuivre et à les compléter.

D. GERMAIN.

Un nouveau cas de transfusion vient d'être tenté sans succès à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monneret. Le malade, nous écrit-on, n'a vécu qu'une heure après l'opération. Nous attendrons d'autres détails pour apprécier ce fait.

— S. M. l'empereur de Russie vient de conférer les insignes de l'ordre de Sainte-Anne (troisième classe) à M. le docteur Ambroise Tardieu, pour les soins qu'il a donnés à la publication de l'important ouvrage anatomo-pathologique de M. le professeur Auvert, de Moscou.

aucune modification ni dans l'intensité de ces douleurs, ni dans la phlegmasie, le malade se décida à venir me consulter.

L'état de l'œil décrit plus haut me prouvait d'une façon évidente que la phlegmasie interne était entretenue et augmentée par la présence anormale du cristallin dans la chambre antérieure ; l'indication à remplir était claire, il fallait débarrasser la première chambre de l'œil du corps étranger qui l'obstruait. Je proposai donc au malade l'opération comme seul moyen de guérison. Bien que celui-ci comprît mes raisons, il hésita quelques jours, et ne se décida à se faire opérer que le 5 septembre.

Je dois dire que pendant cet intervalle de temps j'eus recours à quelques antiphlogistiques, à l'emploi de la pommade d'atropine, et que ces moyens furent complétement inutiles. Au reste, je n'avais pas grande confiance dans leur emploi, mon expérience antérieure m'ayant mis à même de constater le peu de valeur des agents thérapeutiques dans les cas de cette nature. En employant l'atropine, j'avais pour but de provoquer une dilatation pupillaire assez considérable pour permettre la rentrée du cristallin luxé dans sa position ordinaire. L'iritis, comme je le présumais, s'opposa à toute dilatation de la membrane iridienne.

L'opération fut simple. Une incision faite à la partie interne et un peu inférieure de la cornée suffit pour extraire, à l'aide d'un crochet mousse, la lentille cataractée. Néanmoins elle fut accompagnée d'une évacuation considérable du corps vitré, bien que j'évitasse d'avoir recours à toute pression sur le globe. Voici pourquoi : ici, comme dans une des observations rapportées ailleurs, le corps vitré était réduit à l'état d'un liquide presque aqueux, d'un jaune doré, ayant à peu près la consistance d'un julep gommeux. J'évaluai à un quart à peu près la portion du corps vitré écoulée pendant l'extraction de la lentille.

Cependant, malgré cette évacuation considérable du corps vitré, et malgré l'affaissement énorme du globe qui en fut la conséquence immédiate, l'opération n'eut point les suites fâcheuses qu'on pouvait redouter. Ce fut tout au plus s'il se manifesta dans l'œil opéré quelques douleurs vagues, peu intenses, qui cédèrent d'elles-mêmes après quelques jours de repos. La phlegmasie consécutive fut donc à peu près nulle, et au vingtième jour de l'opération il n'existait plus qu'une injection légère de la conjonctive des angles, accompagnée d'un peu de photophobie. La cicatrice de l'incision faite à la cornée était complète et linéaire.

Aujourd'hui, onze mois après l'opération, il ne reste comme traces de celle-ci que la cicatrice cornéenne et une déformation légère de la pupille. Cette ouverture est oblongue, plus large en haut qu'en bas et offre assez l'aspect d'une poire. Le malade ne ressent depuis longtemps aucune douleur; le globe de l'œil a son volume normal; il est mou sous la pression du doigt.

Le cristallin extrait a la forme et le volume d'une cataracte ordinaire; mais il est d'un blanc mat, et ses premières couches sont formées par une matière rugueuse, friable, ayant la dureté et la solidité des concrétions calcaires. On aperçoit cependant à travers ces couches ossifiées les vestiges de l'organisation primitive du cristallin. En brisant cette couche pierreuse à la partie postérieure, je trouvai la portion centrale de la lentille réduite à l'état d'un liquide jaunâtre, ayant beaucoup de rapport avec le corps vitré liquéfié écoulé pendant l'opération. Ce liquide pouvait former le tiers à peu près de l'appareil cristallinien; il occupait les couches centrales, et les deux tiers supérieurs étaient formés par les couches pierreuses, qui recouvraient cette portion liquéfiée et l'enveloppaient comme une boîte osseuse.

Si nous cherchons maintenant la cause probable de cette luxation et de ce déplacement spontané de la lentille cataractée, les accidents survenus pendant l'opération, c'est-à-dire la fuite du corps vitré à travers la plaie lors de l'ouverture de la cornée, vont nous mettre sur la voie pour arriver à cette découverte. En effet, le synchisis, c'est-à-dire la liquéfaction complète du corps vitré, nous donne la raison et de la luxation et du changement de place du cristallin.

J'explique ainsi ce double phénomène :

Dans cet état de liquéfaction l'humeur vitrée, ayant perdu sa densité normale, doit nécessairement être mise en mouvement et recevoir les impulsions diverses du jeu des muscles de l'œil et des secousses de la tête. Dès lors une contraction violente de l'appareil musculaire ou bien une secousse brusque de la tête ne peut-elle pas imprimer à l'humeur vitrée un mouvement d'impulsion en avant ? La secousse communiquée au cristallin cataracté amènera alors la rupture de ses ligaments, si déjà ceux-ci n'ont été détruits par l'action désorganitrice et de la cataracte et de l'humeur vitrée malade; la luxation de la lentille et son passage dans la chambre antérieure seront la conséquence immédiate de ce mouvement de propulsion en avant des humeurs de l'œil.

Cette explication me paraît d'autant plus probable que le synchisis est un symptôme constant dans les affections de cette nature. C'est là un fait signalé par tous les auteurs. On le trouve relaté dans Demours, Saint-Yves, Deshais-Gendron, etc.... Mais nul praticien ne lui avait encore, que je sache, accordé l'importance de causalité que je lui attribue en réfléchissant attentivement aux phénomènes qu'il détermine.

Si nous examinons maintenant les effets du déplacement du cristallin, nous les trouvons identiques dans la luxation spontanée ou traumatique. Leur conséquence première est une phlegmasie interne qui se manifeste plus particulièrement dans l'iris, à cause des rapports directs de cette membrane avec le corps déplacé. Dans le cas de cataracte pierreuse, l'ossification et la rugosité de la lentille sont une raison de plus pour produire la phlegmasie et l'entretenir ; ce qui le prouve, c'est que l'inflammation cesse aussitôt le cristallin extrait.

Enfin, cette observation me confirme davantage dans cette idée exprimée déjà par moi dans l'*Union médicale* : que certaine altération particulière, inconnue, des liquides et des humeurs de l'œil, pourrait bien être la cause chimique de la pétrification du cristallin et de ses enveloppes. La coïncidence constante du synchisis du corps vitré, dans les cas de cette espèce, me porte à le penser ; et je ne serais pas éloigné de croire que l'ossification du cristallin est une conséquence de la désorganisation de cette humeur de l'œil. Des recherches chimiques peuvent seules prouver la vérité de cette assertion, aujourd'hui encore hypothétique. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

L'auteur donne cette observation comme preuve que la luxation de la lentille ossifiée tient au syncbisis ou ramollissement du corps vitré.

RAPPORT FAIT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Par M. Grisolle,

sur un travail de M. Charles Dubreuilh, ayant pour titre :

Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire.

Il y a dans la science des opinions, des doctrines dont on ne peut guère préciser l'origine. Défendues par les noms les plus illustres, elles ont été acceptées par la généralité des médecins comme des vérités démontrées, et sont venues jusqu'à nous sans avoir jamais inspiré même le doute ; cependant, si on cherche sur quelles preuves elles s'appuient, on ne trouve leur justification ni dans les faits que nos annales contiennent, ni dans ceux que nous pouvons recueillir nous-mêmes. Ceci s'applique notamment à cette doctrine qui regarde l'état de grossesse comme pouvant suspendre la marche de la phthisie pulmonaire. Exprimée dans le siècle dernier, cette opinion a été professée par Bordeu, par Cullen, par Baumes, par Portal, par J. Frank, par Dugès ; patronée par des noms si justement célèbres, elle a été universellement acceptée par les médecins de plusieurs pays. Si Bayle et Laënnec ne se sont pas expliqués sur elle, on vit M. Andral, ébranlé d'abord par quelques faits qu'il avait recueillis, finir pourtant par donner à l'opinion commune l'autorité de son nom. L'un de nous (M. Louis), ayant donné, en 1843, dans la seconde édition de ses *Recherches sur la phthisie*, une seule observation contraire à la doctrine généralement reçue, fit appel aux observateurs pour étudier de nouveau cette question importante, qui ne lui semblait pas avoir été résolue d'une manière rigoureuse. A peu de temps de là, deux médecins des départements, MM. Hervieux, d'Elbeuf, et Robert, de Strasbourg, ayant publié chacun, dans l'*Union médicale* (année 1847), l'histoire d'un cas de phthisie que la grossesse n'avait point modifié, on pensa que ces deux faits étaient exceptionnels ; aussi ne modifièrent-ils en rien les croyances de personne. C'est dans ces conditions que le rapporteur de votre commission entreprit quelques recherches, et, dans votre séance du 2 octobre 1849, il vous présenta un travail résultat de vingt-sept observations (voir *Archives générales de médecine*, n° de janvier de l'année 1850). Il y fut établi que la grossesse, loin de suspendre la phthisie pulmonaire, en précipitait plutôt la marche ; que le travail de l'accouchement et l'état puerpéral n'avaient pas, comme on le dit, pour effet constant d'accélérer la terminaison fatale de la phthisie, mais plutôt de l'éloigner, pourvu que les malades ne fussent pas arrivées à un état de consomption trop avancé.

Les faits sur lesquels je m'appuyais n'étaient pas très nombreux, il est vrai ; mais tous concordaient entre eux. De tous ceux que j'avais recueillis depuis vingt ans, aucun ne donnait un démenti aux autres, je dus vous les présenter avec une certaine confiance ; mais je désirais pourtant que les résultats que j'annonçais fussent soumis au plus vite au contrôle d'autres observateurs. Un jeune médecin de Bordeaux, M. Dubreuilh fils, déjà avantageusement connu dans la science par quelques travaux estimables, s'est mis aussitôt à l'œuvre et vous a adressé, le 24 décembre dernier, un mémoire intéressant appuyé sur treize faits particuliers, et dans lesquels ce laborieux confrère est venu donner un précieux témoignage à l'opinion que j'avais émise.

Dans les observations réunies par M. Dubreuilh, on voit que la phthisie s'est déclarée, ou du moins qu'elle s'est caractérisée dans les trois premiers mois de la gestation. Quatre femmes paraissaient jouir d'une excellente santé au moment de la conception ; tandis que huit autres présentaient déjà depuis un temps plus ou moins long quelques symptômes plus ou moins suspects, comme toux, amaigrissement et hémoptysie (1), et contrairement aux prévisions qu'on devait avoir, on vit, dans tous ces cas, les accidents, loin de s'amender, se caractériser davantage et la phthisie se confirmer.

Dans aucun des faits présentés par M. Dubreuilh, comme dans aucun de ceux que j'ai recueillis moi-même, et dont le nombre s'élève aujourd'hui à 35, on n'a vu la grossesse exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire ce pouvoir suspensif qu'on lui a si généralement attribué; loin de là, elle a plutôt joué le rôle tantôt d'une cause déterminante, tantôt celui d'une circonstance aggravante. Il n'est pas rare, en effet, de voir des femmes jusqu'alors bien portantes, ayant déjà eu plusieurs enfants, les ayant parfois allaités avec succès, devenir phthisiques dès le début d'une dernière grossesse, sans qu'il soit possible de trouver dans les conditions hygiéniques la raison du développement de la lésion organique. Il faut bien alors accuser la grossesse d'avoir mis en jeu la prédisposition des sujets. Ces cas, où les premiers accidents de la phthisie se développent au début d'une grossesse et au milieu d'une santé jusqu'alors parfaite, sont, d'après nous, plus communs que ceux où la grossesse est consécutive aux premiers symptômes de la maladie organique. Les femmes décidément phthisiques deviennent en effet, quoiqu'on ait dit le contraire, assez difficilemen[...] breuilh a noté avec soin, et il par[...]est en effet parfaitement justifiée [...]ne du règne organique sur animaux. Un de nos savants collègues, [...]néral parfaitement disait, il y a peu de jours, que les vaches, mê[...]ivants par le degré de la tuberculisation, restaient pour la plupart [...]e condes, quoiqu'elles appelassent le taureau avec une certaine ardeur ; il ajoutait que l'avortement vers le cinquième ou le sixième mois était commun chez celles qui étaient fécondées, et que, dans tous cas où la gestation continuait jusqu'à son terme, on ne voyait pas que la maladie pulmonaire reçût de cette circonstance aucune modification appréciable ni dans ses symptômes, ni dans sa marche. Ce témoignage que la pathologie comparée nous fournit est précieux, car il donne aux idées que nous défendons une consécration nouvelle.

Dans le travail que j'ai présenté à l'Académie, j'avais établi que, loin de ralentir la phthisie, la grossesse en précipitait, au contraire, la marche. Comparant, en effet, la durée de la phthisie chez deux séries de femmes mortes toutes à l'hôpital, mais les unes étant devenues phthisiques en dehors de la grossesse, tandis que chez les autres la tuberculisation pulmonaire s'était compliquée de gestation, j'avais trouvé que ces dernières succombaient en un temps d'un tiers plus court que les premières. Le chiffre de 9 mois et 1/2, qui exprimait la durée moyenne de l'affection chez ces femmes était d'ailleurs inférieur à la durée que Bayle, que MM. Louis et Andral assignent à la phthisie qui atteint la classe ouvrière.

Si dans les faits recueillis par M. Dubreuilh la phthisie nous a paru suivre une marche moins rapide, cela tient sans doute à cette circonstance, que l'auteur a recueilli ses observations presque entièrement dans la pratique privée, tandis que les nôtres nous ont été exclusivement fournies par la population des hôpitaux. Mais, quoi qu'il en soit, ces faits, comme les nôtres, comme tous ceux que nous avons recueillis depuis vingt ans, disent unanimement, sans exception aucune, que la phthisie ne suspend pas sa marche pendant la grossesse, et nous sommes heureux ici de nous appuyer du témoignage d'un de nos collègues les plus expérimentés, du témoignage de M. Paul Dubois, qui a fait depuis longtemps les mêmes remarques que nous.

On ne comprendrait vraiment pas que les choses pussent se passer autrement. Quand on sait que toutes les causes débilitantes précipitent la marche de la tuberculisation et la généralisent, comment ne pas deviner que la lésion organique doit faire des progrès plus rapides chez une femme qui, nonobstant la diarrhée, les sueurs et les fièvres qui la minent, nonobstant des troubles divers suites de la gestation, n'en doit pas moins pourvoir à deux existences?

La théorie comme l'observation des faits sont donc également contraires à l'opinion que M. Dubreuilh est venu combattre avec tant de raison et avec un succès si complet ; opinion dont on ne saurait vraiment expliquer la trop longue faveur. Les auteurs se sont-ils mépris sur le caractère de la maladie? Ont-ils généralisé quelques cas exceptionnels, chose, hélas ! très commune quand on écrit d'après ses souvenirs? Ou bien enfin a-t-on cru à une suspension de la maladie lorsqu'il n'y avait qu'un amendement dans quelques-uns des symptômes les plus douloureux et les plus incommodes; le médecin n'a-t-il pas eu alors une de ces illusions qui trompent si souvent, non-seulement les malades vulgaires, mais ceux même qui sont le plus initiés aux décrets de la science? C'est ce qui nous semble très probable.

Comment admettre d'ailleurs que ce qui est cause de maladie puisse en même temps exercer une influence favorable sur sa marche. Or, la grossesse joue quelquefois, par rapport à la phthisie pulmonaire, le rôle d'une cause déterminante. C'est, en effet, le plus souvent le seul changement appréciable, constatable qui vienne mettre en jeu la prédisposition des individus. La grossesse agit probablement comme agissent toutes les révolutions organiques, et nullement par l'action spéciale de certains troubles sympathiques, comme la dyspnée, la toux et l'hémoptysie, accidents que M. Dubreuilh semble considérer comme assez communs et comme pouvant, le dernier surtout, donner lieu à la génération de produits morbides dans les poumons. Rien de semblable n'a été vu par nous. Nous ne contestons pas que, dans quelques cas, le début de la grossesse ne soit marqué par une toux sèche et purement sympathique, mais la dyspnée est plutôt un accident des derniers mois, et s'explique mécaniquement par le développement du ventre et le refoulement du diaphragme. Quant à l'hémoptysie, on ne saurait guère voir dans cet accident au trouble sympathique un effet de la pléthore. Quelle que soit l'apparence de la santé, quelque sécurité qu'on trouve dans les antécédents, un crachement de sang abondant qui survient spontanément dans le cours de la grossesse doit éveiller la sollicitude du médecin à l'égal de celui qui se déclare en toute autre circonstance, attendu qu'une hémoptysie pareille révèle presque nécessairement, non pas une simple prédisposition, mais la présence déjà réelle de tubercules dans les poumons.

La phthisie coexistant avec la grossesse ne subit dans ses symptômes principaux aucune modification remarquable ; c'est ce que M. Dubreuilh a remarqué. J'avais noté même dans mes premières recherches, et j'ai vérifié depuis, que l'état de grossesse n'avait ni modifié ni rendu plus fréquents certains accidents de la maladie. On aurait pu croire, par exemple, qu'en raison de la distension du ventre la dyspnée dût être plus pénible et l'hémoptysie plus fréquente; or l'observation n'a point confirmé ces idées *à priori*.

La phthisie née dès les premiers mois de la grossesse suit une marche progressivement croissante, et si elle doit s'amender, ce n'est guère qu'après l'accouchement. Jamais du moins nous n'avons vu la maladie rétrograder. M. Dubreuilh a émis à ce sujet une opinion que nous ne partageons point et qui ne ressort même pas manifestement des faits recueillis par notre confrère, savoir: que dans les dernières semaines de la gestation il y aurait une sorte d'in-

(1) La treizième observation (n° 7 du mémoire) est un exemple de phthisie développée pendant l'allaitement.

n'y avais ren[illegible] morbide ; la faiblesse, la toux, jeune [illegible]es. Ce qu'il [illegible] elle-même, auraient un temps d'ar- [illegible] crépitation [illegible] quelquefois, ce ne peut être, d'après nous, monaire [illegible] dans des cas exceptionnels. Il est rare, en effet, que la phthisie compliquée de grossesse offre dans sa marche ces intermittences, ces suspensions momentanées qui sont si communes dans la tuberculisation ordinaire. Pour nous, nous l'avons vue suivre invariablement une marche ascendante, nous l'avons vue se compliquer de tous les accidents qui peuvent survenir dans le cours de la phthisie. Citons notamment la pneumonie, la pleurésie, l'hémoptysie foudroyante, le pneumothorax, etc., qui viennent précipiter la fin de quelques malades. Mais indépendamment de ces complications, la phthisie peut suivre une marche assez aiguë pour amener la mort avant le terme naturel de la grossesse. Si Sims, cité par Baumes (*Observation sur les maladies épidémiques*, p. 93), n'a jamais vu mourir une femme phthisique dans le cours d'une grossesse, M. Dubreuilh, et nous-même avons été moins heureux. Le médecin de Bordeaux a vu une femme succomber, ainsi que son produit, au septième mois de la gestation, et j'ai soigné l'an dernier, à l'hôpital Saint-Antoine, une malheureuse qui, enceinte pour la cinquième fois, parcourut en moins de huit mois toutes les phases de la tuberculisation, et quatre heures avant d'expirer elle expulsa presque sans douleur un fœtus, petit, il est vrai, mais vivace, non amaigri, ayant la peau lisse, tendue, sans rides nulle part, et qui fut confié aussitôt aux soins d'une bonne nourrice.

Certes, en voyant cette femme sans cesse en imminence de suffocation, arrivée au dernier degré de marasme, sans cesse sur le point de suffoquer, et dont l'unique nourriture ne consistait, plusieurs semaines avant le terme fatal, qu'en quelques cuillerées de panade, on aurait dû s'attendre à ce que l'enfant qu'elle portait dans son sein succombât avant de naître, ou, tout au moins, qu'il fût lui-même visiblement souffrant et très amaigri. Or il n'en était rien. Ce fait d'ailleurs n'est pas exceptionnel; c'est ce qu'on voit au contraire fréquemment. Il y a en effet le plus souvent un contraste très grand entre l'étisie des mères et l'embonpoint des enfants. Ceux-ci ont très rarement, il est vrai, le volume et le poids des enfants nés au milieu de conditions meilleures; mais cependant la plupart de ceux que nous avons vus avaient une certaine vigueur, un embonpoint notable, et en les voyant nul n'aurait soupçonné les conditions fâcheuses au milieu desquelles ils avaient vécu pendant la vie intra-utérine.

Ceux qui ont attribué à la grossesse un pouvoir suspensif sur la marche de la phthisie pulmonaire ont cru également que l'accouchement et l'état puerpéral imprimaient par contre au travail de tuberculisation une impulsion telle, que la mort survenait presque toujours après un temps fort court. Les faits que nous avions recueillis, et dont nous vous avons lu le résumé en 1849, ne nous ont pas conduit aux mêmes résultats. Sans doute, disions-nous alors, une phthisie latente peut se démasquer tout à coup, ou une phthisie déjà bien caractérisée peut brusquer sa marche après l'accouchement; mais il n'y a rien là qui soit spécial à l'état puerpéral, et le même fait se reproduit beaucoup plus souvent dans la convalescence de diverses maladies, ou à l'occasion de certains changements ou perturbations organiques. Si parfois on voit succomber quelques femmes phthisiques peu de jours ou peu de semaines après un accouchement à terme ou prématuré, cela n'arrive guère que chez celles qui, parvenues aux limites extrêmes de la dernière période, minées par la fièvre hectique et la diarrhée, meurent comme épuisées par le dernier effort de la nature pour l'expulsion du fœtus.

Pour prouver que ces faits ne constituaient pas la règle, mais seulement l'exception, nous avons établi que sur 12 femmes, dont la phthisie au moment de l'accouchement était parvenue au deuxième et chez la plupart au troisième degré, 3 ont encore lutté quatre mois en moyenne contre les accidents de la consomption, et chez toutes les symptômes ont suivi la progression qu'on remarque dans les cas ordinaires. De 10 autres femmes chez lesquelles l'affection n'était guère qu'au premier ou au commencement du second degré à l'époque de la délivrance, nous en vîmes 3 dont la lésion organique continua après l'accouchement sa marche lentement progressive; 2 seulement éprouvèrent une aggravation notable, et la marche de la maladie parut accélérée. Chez les 5 autres, c'est-à-dire chez la moitié, on constata dans les symptômes généraux et une fois même dans l'état local une amélioration sensible, et telle que ces malades ont pu quitter l'hôpital pour reprendre leurs occupations; mais cette amélioration pourtant n'était certes pas assez grande pour permettre d'espérer une longue suspension du mal.

M. Dubreuilh a dans son travail recherché également le rôle que l'accouchement et l'état puerpéral exercent sur la marche de la phthisie, et il semble porté à croire que ces conditions précipitent plus souvent que je n'ai dit la marche de la phthisie, quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle la maladie est arrivée. Il croit que ces conditions nouvelles peuvent développer la phthisie de toute pièce, pourvu que la prédisposition existe ou accélère la terminaison fatale lorsque la maladie est déjà caractérisée. Notre confrère s'appuie ici encore moins sur les faits qu'il a recueillis que sur des considérations théoriques, qui n'ont pas pour nous la même valeur. Il craint, par exemple, que la fluxion utérine qui cesse après l'accouchement ne soit remplacée par des congestions pulmonaires qui hâteront les progrès de la tuberculisation. La chose arrive malheureusement quelquefois, mais non aussi souvent que le suppose M. Dubreuilh; les observations recueillies par ce médecin démontrent d'ailleurs que l'accouchement et l'état puerpéral précipitent moins qu'il ne croit la marche de la phthisie. C'est ainsi que, sur les 9 malades dont il donne l'histoire avec des détails suffisants, 2 seulement ont succombé quatre et huit jours après la délivrance, tandis que 7 ont lutté quatre, cinq, sept, huit et neuf mois.

Pour nous donc, nous persistons à croire que l'accouchement est plutôt à désirer qu'à redouter; car, si les femmes tout à fait épuisées succombent peu après, il est infiniment rare (et jusqu'à présent nous n'en avons vu aucun cas) que la même chose arrive lorsque la maladie n'a pas franchi la première ou la seconde période. Il est plus ordinaire de voir alors les accidents s'amender; il peut même y avoir une suspension telle du mal qu'on pourrait croire à une guérison. Nous avons vu une femme qui dans le cours de deux grossesses successives a éprouvé dès les premiers mois des accidents qui sont allés en s'aggravant jusqu'à la délivrance : il y avait une toux continue, des hémoptysies abondantes, de l'amaigrissement et à la fin une petite fièvre hectique et des sueurs nocturnes; enfin dans les fosses sus-épineuses et sous la clavicule existaient des craquements humides et le son était moins parfait; la délivrance, deux fois de suite, a interrompu des accidents aussi fâcheux; c'est-à-dire que la fièvre a cessé, l'embonpoint est revenu avec les forces, la toux a été moins fréquente, les hémoptysies ont cessé de se renouveler et les craquements eux-mêmes sont devenus moins nombreux.

M. Dubreuilh, voulant éclairer tous les points de la question, a recherché également l'influence que la phthisie pouvait exercer à son tour sur la grossesse. Il a reconnu avec nous comme un fait bien digne de remarque que les phthisiques menaient pour la plupart leur grossesse à terme. Sur 30 femmes, nous n'en avons vu que 3 qui avortèrent et 5 autres accouchèrent prématurément vers le septième ou le huitième mois; chez toutes les autres, et quel que fût le degré d'épuisement, la grossesse suivit une marche régulière et arriva à terme; fait bien extraordinaire lorsqu'on se rappelle le nombre et la rapidité des avortements dans le cours de maladies moins graves, dans le cours de la pneumonie, par exemple, qui dans la moitié des cas au moins interrompt la marche de la grossesse. Une si grande différence entre l'affection aiguë et l'affection chronique d'un même organe s'explique, disions-nous dans notre premier travail, en ce que la pneumonie, par son début brusque, par la fièvre violente qu'elle excite et les troubles sympathiques qu'elle réveille, imprime tout à coup à l'organisme un trouble profond, une secousse violente, qui a pour résultat la mort ou l'expulsion du fœtus. La pneumonie agit ici comme le ferait une cause traumatique. La phthisie, au contraire, quoique incomparablement plus grave, se développe en général lentement; les lésions qui la caractérisent naissent peu à peu; l'économie semble s'habituer à leurs atteintes et n'éprouve pas cet ébranlement que l'explosion d'une maladie aiguë grave détermine le plus souvent. D'après cela, il est rationnel de supposer qu'une phthisie à marche très aiguë aurait vraisemblablement les mêmes effets que la pneumonie.

M. Dubreuilh a reconnu comme nous que la plupart des femmes accouchent facilement, avec peu de douleurs, ce qui tient sans doute au petit volume de l'enfant et à la résistance moindre que les tissus affaiblis opposent à leur distension. Il a constaté, enfin, que les tentatives d'allaitement avaient pour les mères comme pour les nouveau-nés les plus déplorables résultats. C'est pour les premières une cause d'épuisement ajoutée à tant d'autres, et les nourrissons éprouvent tous les effets résultant d'une nourriture insuffisante. C'est alors qu'ils maigrissent, dépérissent, sont pris de vomissements et surtout de diarrhée, et succombent avec un ramollissement de la muqueuse des voies digestives.

Les effets désastreux de l'allaitement sont d'autant plus faciles à comprendre qu'on voit cette même condition être dans quelques cas par la fatigue qu'elle produit la cause déterminante de la phthisie. M. Dubreuilh en cite un exemple, et les observations semblables sont malheureusement communes dans la pratique.

Tels sont, messieurs, les faits principaux sur lesquels M. le docteur Dubreuilh a appelé votre attention. Les questions que ce médecin a soulevées sont graves et intéressent au plus haut degré la pratique. Ils nous démontrent que le mariage, ce remède banal des familles pour tous les maux des jeunes filles et pour les constitutions débiles, doit toujours éveiller la sollicitude du médecin. Les observations abondent aujourd'hui pour prouver que la grossesse, loin d'être une circonstance heureuse, est trop souvent, pour les femmes qui ont une prédisposition, ou innée ou acquise, la cause déterminante de la tuberculisation des poumons. Loin d'être une circonstance heureuse, comme on le croit, la coexistence d'une grossesse et de la phthisie ajoute encore au péril et le rend plus prochain. Il n'est donc plus permis de dire aujourd'hui avec un écrivain du dernier siècle que, de deux femmes phthisiques au même degré, celle qui devient enceinte arrive sûrement au terme de la gestation, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps (Rozière de la Chassagne, *Manuel des pulmoniques*, p. 271). Nous croyons que, pour être dans le vrai, il faut renverser cette proposition.

M. Dubreuilh a donc bien mérité de la science en contribuant à détruire une opinion erronée et dangereuse. Votre commission vous propose d'adresser une lettre de remerciements et d'encouragement à ce médecin distingué et de déposer honorablement son travail dans vos archives. (Adopté.)

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 119. — MARDI 14 OCTOBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 119.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38; HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — D'une nouvelle espèce de végétal dans le favus. — MALADIES DES YEUX (M. Tavignot). De l'efficacité de la méthode substitutive dans plusieurs affections graves des yeux. — Société de chirurgie, séance du 1er octobre. — Cours d'hygiène. — Nancy, par M. Bally. — Chronique et nouvelles.

D'UNE NOUVELLE ESPÈCE DE VÉGÉTAL DANS LE FAVUS.

Par M. Adam ARNDTSEN.

M. Cazenave, en publiant cet intéressant travail dans son dernier numéro des *Annales des maladies de la peau*, l'a fait précéder des réflexions suivantes :

« Nous ne sommes pas convaincu, on le sait, de la nature végétale du favus. Nous nous empressons cependant de reproduire ici un travail remarquable que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Bœck. Ce travail, qui fait connaître un nouveau cryptogame, pourrait nous servir à légitimer ce que nous avons dit, sinon des illusions du microscope, du moins de la facilité des erreurs et aussi de la diversité des résultats obtenus. Nous aimons mieux nous demander en présence d'observations sérieuses et multipliées si la vérité ne serait pas dans l'apparition tout accidentelle d'un cryptogame au milieu d'une matière de sécrétion anormale. »

A la fin de l'année passée, sous la direction de M. C. Bœck, professeur à l'Université de Christiania, je me livrais à l'examen de quelques squames prises sur la tête d'un malade atteint du favus, quand M. le professeur attira mon attention sur une plante tout à fait différente du favus ordinaire, et quant à sa grandeur et quant à son extérieur, et qui avait beaucoup de ressemblance avec d'autres plantes microscopiques d'ailleurs très communes de la famille des puccinia.

Le professeur m'encouragea donc à examiner plus attentivement ce phénomène pour voir si cette plante nouvelle (car on ne l'avait encore observée qu'une fois) ne serait pas quelque chose d'accidentel produit par un corps étranger déposé sur l'objectif, etc., etc.; ou si elle était véritablement quelque chose de particulier au malade lui-même ou enfin au favus en général. Je suivis ce conseil avec persévérance, et je répétai tous les jours l'examen du favus; je trouvai la même forme de plante chez le même malade plusieurs fois, et cela en telle quantité pendant longtemps que je ne mis jamais une seule squame ou croûte sous le microscope sans y trouver au moins un individu de la nouvelle plante.

Désormais, pour être court et à cause de la ressemblance de la plante en question avec d'autres espèces de la famille des puccinia, je la désignerai toujours par ce nom. Plus tard j'ai plusieurs fois visité le même malade, et presque toujours j'ai retrouvé la même plante. En outre, chez six autres personnes attaquées du favus et traitées, comme la première, dans la section des maladies cutanées dans l'hôpital de l'Etat, la puccinia s'est présentée si clairement qu'il était impossible de s'y tromper. Toutefois, elle ne s'est pas montrée en aussi grande quantité chez les derniers malades que chez le premier, et généralement elle n'a paru que de temps en temps. Enfin, je dois mentionner que j'ai trouvé aussi plusieurs individus appartenant à la puccinia chez un malade qui n'était pas traité à l'hôpital.

D'après ce que je viens de dire, on peut voir que la puccinia se présente sinon constamment du moins très souvent dans le favus. Il faut ajouter que, outre les malades dont je viens de parler, j'en ai examiné quelques-uns chez lesquels je n'ai pas trouvé la puccinia; mais, comme je n'ai pas eu occasion de les visiter plusieurs fois, le résultat négatif ici a peu d'importance. D'ailleurs, il faut souvent un travail assez fatigant et assez long pour découvrir la présence de la puccinia dans le favus, car plusieurs fois j'ai examiné des heures entières une seule squame avant de pouvoir observer une puccinia sur l'objectif.

Cela dit, je commencerai à expliquer avec quels caractères la puccinia trouvée dans le favus se montre sous le microscope. Constamment, elle est d'un brun rouge. Cette couleur est très prononcée, car elle est toujours la même, soit qu'on se serve pour l'éclairer de la lumière du jour bleue ou blanche, soit qu'on emploie la lumière intense d'une lampe sous laquelle les objets faiblement colorés paraissent ordinairement incolores, c'est-à-dire prennent la couleur même de la lumière traversante quand on les regarde sous le microscope et surtout par un éclairage très fort. Quant à la forme, elle est allongée (fig. 1-7); l'une de ses extrémités est plus ou moins arrondie, et quelquefois, mais rarement, un peu angulaire; l'autre extrémité s'allonge en une tige plus ou moins longue.

Fig. 1.

Ainsi, d'après notre description, on peut diviser la plante en deux parties principales, l'une plus large, le *corps*, et l'autre plus mince, la *tige*, lesquelles le plus souvent semblent être unies assez faiblement par une articulation et limitées par un étranglement. Le corps est constamment divisé au milieu par un étranglement visible en deux parties ou plutôt en deux cellules, une supérieure et une inférieure, la dernière située plus près de la tige et généralement un peu plus mince que la première. Les deux cellules ont leur plus grande largeur tout près de la ligne verticale représentée par le susdit étranglement du corps; à partir de là elles diminuent généralement en largeur, la supérieure en haut, l'inférieure en bas, de manière que, ensemble, elles forment deux figures coniques irrégulièrement arrondies, qui tournent leur base l'une contre l'autre. Quant à leur forme, ces cellules varient un peu et dans le même individu et dans des individus différents. Le plus souvent la cellule supérieure est arrondie, allongée et a son plus long diamètre ou parallèle à l'axe de la plante, ou perpendiculaire à celui-ci, ce qui résulte de la proportion relative de sa longueur et de sa largeur.



Fig. 4.

La cellule inférieure, au contraire, est généralement plus longue et angulaire, formant quelquefois un triangle assez régulier dont les angles sont arrondis, la base tournée en haut contre l'étranglement du corps, et le point vertical tourné en bas vers le commencement de la tige (fig. 4).

Dans les deux cellules il faut distinguer la partie extérieure ou *le tissu cellulaire* (fig. 1-*a*), et la partie intérieure ou *le noyau* (fig. 1-*b*), lequel, et quant à sa grandeur, et quant à sa forme, est presque toujours en rapport avec le tissu cellulaire lui-même.



Fig. 2. Fig. 3.

Quelquefois les noyaux sont tout à fait lisses et homogènes (fig. 1 et 4), quelquefois ils paraissent granuleux, spongieux, pleins de trous ou de pores (fig. 2, 3, 5, 6 et 7); soit qu'ils se montrent sous la première ou sous la seconde de ces apparences, cela peut souvent dépendre, et peut-être toujours, de l'intensité de la lumière dont on se sert, car plusieurs fois j'ai observé que le même noyau s'est montré, tantôt plan et lisse, tantôt avec des fentes et des trous, selon les différents degrés d'intensité de lumière. Autour du noyau, et tout serré près de lui, est le tissu cellulaire dont l'épaisseur varie de 0,00008 à 0,00010 p. t. Il se montre tout à fait homogène et clair; et selon les différentes manières dont la lumière tombe, il est ou plus sombre ou plus clair que le noyau intérieur. Les deux cellules ainsi décrites constituent avec leurs noyaux la masse du corps de la plante, et forment sa division deux parties.



Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Celles-ci sont entourées et fixées l'une à l'autre par une membrane qui est très mince, de manière qu'à l'endroit où elle recouvre et serre fortement le tissu cellulaire elle ne peut être observée que comme un cercle obscur. On peut la voir plus clairement aux endroits où elle forme une ouverture entre elle-même et la cellule, c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la plante, où elle forme un sac sans ouverture plus ou moins arrondi, lequel semble rempli d'une masse homogène d'un brun obscur (fig. 1-*c*). On peut aussi l'observer quelquefois au milieu de la plante où se trouve l'étranglement, lorsqu'elle ne suit pas strictement la ligne verticale; ce qui est le plus commun, et qu'elle forme comme un pont sur celle-ci (fig. 2 et 5-*d*). Très rarement la membrane extérieure paraît aussi clairement qu'on l'a représentée dans la figure 2.

La tige est la partie qui varie le plus, et quant à sa grandeur, et quant à son diamètre; car, à l'égard de la première, je l'ai vu varier de 0,00032 jusqu'à 0,00160 p. t., et quant à la grosseur de 0,00015-0,00030 p. t. Elle m'a toujours semblé tout à fait plane; quelquefois elle finit en s'arrondissant, quelquefois elle a l'extrémité large et comme tronquée, et alors elle est généralement très courte : la raison en est peut-être qu'elle a été arrachée pendant la préparation. Souvent elle est tordue (fig. 4), ou se termine en bas comme par deux broches (fig. 5), ce qui a lieu quand la tige se roule des deux côtés. Enfin, quelquefois il ne se trouve aucune tige, et dans ce cas probablement elle doit avoir été arrachée.

Peu de fois, seulement, j'ai observé une puccinia à quatre articulations, ce qui, selon Corda, et comme nous le verrons plus bas, doit être regardé comme un développement maladif. Quelquefois j'ai trouvé des corps semblables pour l'extérieur à la figure 9; étaient-ils des puccinia encore imparfaites?



Fig. 9.

Quant à la consistance, la puccinia semble toujours assez molle, ce qui est spécialement le cas de la tige, qui, lorsqu'elle est longue, s'entortille d'un côté à l'autre, soit que des courants se forment dans l'humeur, soit qu'elle soit poussée elle-même contre quelque chose. La cohérence de la plante ne peut pas être très grande; car, outre que j'ai trouvé la tige arrachée, j'ai aussi vu des corps qui évidemment n'étaient que des restes de la plante.

Quant à la multitude des puccinia qu'on rencontre dans le favus, on est plus sûr de les trouver dans les petites squames fines, blanches, et avec un commencement de croûte dans le fond, que dans les grandes croûtes caractéristiques et jaunâtres du favus. Ceci pourtant n'est pas du tout absolu; car si, par exemple, une petite squame et une grande croûte contiennent toutes les deux une puccinia, il serait plus facile de la trouver dans celle-ci que dans celle-là. Aussi je n'ai pu arriver à reconnaître sûrement si la puccinia est située à un endroit précis de la squame, soit à sa surface externe, soit à sa surface interne. Je crois cependant qu'elle se trouve dans le milieu, car je l'ai souvent vue au travers des cellules épithéliales qui forment en grande partie la masse de la squame, et même je n'ai pu l'en faire sortir qu'en frappant assez fortement les verres l'un contre l'autre.

Pour être plus clair, j'indiquerai maintenant les mesures de la plante tout entière et de chacune de ses parties : la longueur du corps et de la tige est ensemble de 0,00200-0,00348 p. t.; la longueur du corps seul 0,00115-0,00188 p. t.; la largeur 0,00056-0,00070 p. t.; l'épaisseur du tissu cellulaire de 0,00008-0,00010 p. t.; la longueur de la tige de 0,00032-0,00160 p. t., la largeur 0,00015-0,00030 p. t.

Quant à la place qu'il faut assigner à ce végétal, on est conduit, en lisant les *Icones fungorum* de M. Corda, à penser qu'elle doit être classée dans la famille des puccinia. Cependant, comme cette famille contient plus de cinquante espèces toutes très semblables, et ne différant souvent que par leur proportion relative de leur longueur et de leur largeur (Corda lui-même dit que les espèces sont semblables et par conséquent difficiles à distinguer), il devient à peu près impossible de juger si la plante doit être rangée dans quelqu'une des familles décrites par M. Corda, ou si elle doit être regardée comme une espèce unique. D'ailleurs, quoique les nombreux dessins de M. Corda et sa description de la puccinia soient assez bien d'accord avec ce que j'ai observé ici, il y a quelques points de différence bien marqués. Je crois donc utile de donner un court extrait de la description de M. Corda relative à la famille des puccinia et à quelques-unes de ses espèces, qui me semblent se rapprocher le plus de la puccinia du favus.

Dans les *Icones fungorum* est placée la famille des phragmidiacæ, qui comprend aussi les puccinia. Corda donne la description en ces mots : puccinia (*persoon et aliorum*). Toutes les espèces classées dans cette famille consistent en deux cellules distinctes, réunies ensemble sans aucune membrane qui les entoure. Cette forme binaire de la cellule est la plus ordinaire, les formes ternaire et quaternaire constituant une disposition maladive aussi rare que les formes de spore à cellule unique. Les cellules qui forment les spores consistent généralement en deux membranes d'inégale épaisseur, et placées l'une en dedans de l'autre. Dans la cellule supérieure, la membrane inférieure a partout la même épaisseur, tandis que la membrane extérieure est beaucoup plus épaisse vers le point.

Chaque cellule contient un noyau qu'on peut appeler noyau de spore. Il consiste ordinairement en une substance homogène comme de cire colorée, quelquefois granulée, et souvent imprégnée d'une matière huileuse.

Toutes les espèces ont une tige. Celle-ci est quelquefois très courte; quelquefois elle est cinq à six fois plus longue que le spore.

Ainsi, on peut voir que la description de M. Corda est essentiellement d'accord avec la mienne. La plus grande différence semble être dans l'existence ou dans le manque d'une membrane extérieure qui enveloppe les deux cellules. Quant à cette membrane, il suffit d'indiquer la figure 2, qui montre clairement son existence. Pour la double membrane cellulaire, je n'ai pu l'observer, mais je ne veux pas nier du tout qu'elle puisse exister.

Parmi les cinquante espèces de la famille, j'en mentionnerai trois :

« *Puccinia alliorum* (fig. 10) *Sporis oblongis, rarius ovideis, fuscis, supra rotundatis vel obtusis, cellulis subæqualibus; episporio* (fig. 10-*a*) *tenui amœne fusco; nucleo pallido; stipite filiforme, cavo, longo.* — *Long. spor.* 0,00145-0,00148 *p. t.*, croît sur la tige de l'*allium flagrans*.



Fig. 10.

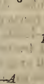


Fig. 11.

» *Puccinia virgaurea* (fig. 11-*A* et *B*) *Sporis oblongis, medio subconstrictis, supra luteo-fuscis, infra attenuatis flavo-albis; stipite brevi tenui, albo. Long. spor.* 0,00170 *p. t.*, croît sur les feuilles du *solidago virgaurea*.

n'y avais ren[illegible] (fig. 12 A et jeune C[illegible]es. Ce qu'il [illegible] *basi attenuatis*, [illegible]épitation [illegible] *articulo supero apiculato* monaire [illegible] *infero attenuato longiori, nucleo granuloso, dein cavo; stipite brevi vel longiusculo, attenuato, albo. Long. spor.* 0,00167-0,00177 *p. t.* »

Fig. 12.



Il me semble, d'après le dessin et la description, que ces trois espèces, surtout la troisième, se rapprochent beaucoup de la plante trouvée dans le favus, quoiqu'on ne puisse dire que celle-ci soit de la même espèce, à cause des susdites différences. Quant aux mesures indiquées, il faut remarquer qu'elles indiquent seulement le corps de la plante sans la tige, et s'accordent par conséquent avec les mesures que j'ai données moi-même, savoir : entre 0,00115 et 0,00188, p. t.

D'après ce que j'ai mentionné, il me semble que la puccinia du favus peut être nommée *puccinia favi*, puisqu'elle croît sur le favus, de même que la p. *alliorum* s'appelle ainsi parce qu'elle croît sur l'allium, et qu'elle doit être classée comme une espèce particulière, telle que la puccinia *virgaurea*, p. *polygonorum*, etc., etc. Quant à notre plante, je dois pourtant faire remarquer que des observations récentes m'ont montré qu'elle se trouve non-seulement dans le favus, mais aussi dans d'autres maladies de la peau. J'en ai trouvé deux individus dans quelques fines squames de pityriasis. Cependant elle se trouve si souvent dans le favus, que le nom susdit peut être justifié. A cette occasion, je dois aussi ajouter que tout ce que j'ai mentionné ici doit être regardé comme des observations préliminaires et peu complètes. Peut-être ai-je commis des erreurs qui seront corrigées par des recherches plus précises, mais j'ai cru devoir présenter mes observations au public afin d'attirer l'attention des autres sur ce point aussitôt que possible.

A ma description, j'ai ajouté quelques dessins des autres espèces de plantes auparavant connues dans le favus, et que j'ai moi-même observées. Puisque mes observations sur les dernières sont tout à fait d'accord avec les dessins et la description de M. Robin dans son travail *Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*, je donnerai un extrait de sa description, en ajoutant qu'il ne mentionne rien qui montre qu'il ait observé la puccinia favi.

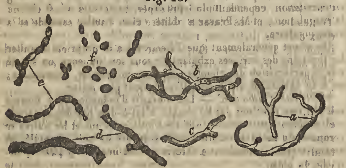
Outre la puccinia, j'ai trouvé les éléments végétaux suivants dans le favus : des cannes ou fils courts ou longs, tortueux de différentes manières ou droits, clairs et lisses, ou ayant de petites granulations en dedans, quelquefois présentant beaucoup d'étranglements et d'articulations, quelquefois se montrant simples ou même ramifiés; ailleurs j'ai vu des corps grands ou petits, ronds ou longuets, simples ou placés en files, et formant ainsi le commencement des susdits fils. Les mêmes éléments sont aussi décrits par Robin, qui les classe en trois formes, dont chacune a sa fonction ou signification quant au développement végétable. Ces formes sont :

« 1° Le *mycelium*, vrai système végétatif de la plante;

2° Le *receptaculum*, ou support des organes de la reproduction;

3° Ces organes eux-mêmes. »

Fig. 13.



1° *Mycelium* (fig. 13-*a*). Il est formé de tubes cylindriques et flexueux, partagés en deux ou plusieurs branches sans articulations ou membranes de division, et toujours de la même épaisseur, 0,004 millim. Souvent les cavités du tube et de ses ramifications correspondent, mais quelquefois elles sont séparées par une cloison. Les contours des tubes sont simples, et les cavités transparentes et sans granulations.

2° *Réceptacles et sporidies*. Ils consistent (*a*) dans des tubes semblables aux précédents, mais généralement moins flexueux. Une partie de leur étendue est transparente; le reste contient de petites granules ayant de 0,001 à 0,002 millim. (fig. 13-*b*).

B. Dans d'autres tubes qui ne sont ni flexueux, ni ramifiés, mais droits ou un peu courbés comme un arc, elles contiennent aussi des granules, mais celles-ci sont tout près les unes des autres sans se toucher; elles sont plus larges dans leur diamètre. Elles ont de 0,003 à 0,005 millim. (fig. 13-*c*).

C. Enfin, dans les tubes encore plus larges (0,005 millim.) et pleins de spores plus grosses que les granules des tubes ci-dessus (fig. 13-*d*), ces spores sont allongées et se touchent les unes les autres de manière à former un cylindre droit avec des membranes verticales; le tube enveloppant n'est pas toujours visible. Enfin, il se trouve aussi de larges et longues spores jointes les unes aux autres sans aucune membrane qui les enveloppe (fig. 13-*e*). Une telle série de spores faiblement unies a toujours de la tendance à se séparer, ce qui arrive facilement quand on frotte les verres l'un contre l'autre.

3° *Les spores* (fig. 13-*f*). Elles ont généralement la forme longue avec des contours marqués; les plus petites varient de 0,003 à 0,004 millim., les moyennes de 0,005 à 0,006 millim., et les plus longues de 0,007 à 0,010 millim. Quelquefois on observe dans les plus grosses spores rondes un petit noyau de 0,001 à 0,002 millim., et dans quelques-unes des plus allongées on trouve un semblable noyau à chaque extrémité.

Cette observation de M. Robin, que je n'ai jamais trouvée confirmée, pouvait faire croire qu'il avait observé une puccinia sans tige; ce qui n'est pas le cas, puisque la grandeur 0,001 à 0,002 millim. indiquée par lui n'est pas d'accord avec celle des noyaux qui se trouvent dans la puccinia.

La plante du favus ordinaire, telle que nous l'avons décrite, est classée comme type d'une nouvelle famille appelée *Achorion Schonleinii* (Remak).

La préparation des croûtes de favus pour l'examen sous le microscope est très facile : on humecte avec de l'eau et de l'acide la croûte mise entre deux plaques de verre, et, ayant un peu serré les plaques, on observe bientôt un grand nombre de sporidies ordinaires et de spores; mais les tubes du mycelium ne sont pas très fréquents. Il faut chercher la puccinia pendant longtemps dans la même croûte ou squame; je n'en ai jamais vu plus de trois ou quatre.

J'ai copié tous les dessins d'après nature, mais avec des proportions cinq cents fois plus grandes; j'en excepte les figures 10, 11 et 12, qui sont copiées d'après les dessins de M. Corda, qui n'en a pas indiqué le grossissement.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

De l'efficacité de la méthode substitutive dans plusieurs affections graves des yeux.

Les agents thérapeutiques qui forment la méthode substitutive ne sont autres que des substances dites irritantes, lesquelles, dans l'état normal, provoquent avec plus ou moins d'activité le développement d'une inflammation sur les tissus avec lesquels elles se trouvent en contact.

Mais il faut établir une distinction capitale entre l'action d'un médicament appliqué sur un organe qui est à l'état normal et l'action qui résulte du même médicament appliqué sur un tissu malade. En effet, le rapport mystérieux qui existe entre les propriétés physiques d'une substance et les propriétés physiologiques de l'un de nos tissus est rompu par la maladie; de telle sorte que dans l'état pathologique l'action d'un médicament est souvent toute autre que dans l'état normal de l'économie.

Je vais plus loin, et j'ajoute que dans la méthode substitutive, par exemple, cette idée d'une inflammation artificielle qui vient remplacer, au grand avantage du malade, l'inflammation ancienne, n'est peut-être qu'une expression très superficielle du problème thérapeutique qui s'offre à notre observation.

En effet, il me semble logique d'admettre qu'en dehors de son action irritante proprement dite, tel ou tel médicament jouit de propriétés thérapeutiques spéciales, lesquelles agissent dans certains cas isolément, et suffisent pour amener la guérison; tandis que dans d'autres circonstances l'action de ces propriétés spéciales se trouve associée, et cela forcément, à cause de l'état morbide, à l'action irritante générale qui n'ajoute peut-être rien aux propriétés spéciales dont nous venons de parler.

Ainsi, voilà deux malades affectés, l'un d'une ophthalmie purulente, l'autre d'une kératite vasculaire chronique. Je traite ces deux malades par le même collyre, le suivant, par exemple :

Eau distillée.	30 grammes.	
Nitrate d'argent.	3	—

Ces deux malades guérissent, je suppose, également bien. Or, voici ce qu'on a pu observer :

Le collyre irritant employé dans l'ophthalmie purulente a été toléré parfaitement bien, loin d'ajouter à l'acuité de l'inflammation existante, les symptômes de celle-ci ont été en diminuant de plus en plus, et cela d'une manière très sensible; la douleur produite par l'emploi du collyre a été ellemême bien moins vive qu'elle ne l'eût été sur un œil sain.

Le même collyre irritant, instillé dans l'œil affecté de kératite vasculaire chronique, a produit une assez vive douleur, et bientôt est survenue une réaction inflammatoire qui a fait suspendre l'emploi de ce moyen. Cependant, cette inflammation a fini par diminuer sous l'influence de moyens appropriés; et en définitive, après plusieurs tentatives analogues répétées à différentes époques, la cornée a repris sa transparence, les vaisseaux qui rampaient dans la conjonctive cornéale ont disparu. La guérison est devenue complète comme dans le premier cas.

Quoi qu'il en soit du mode différent d'action des agents irritants, je ne veux m'occuper ici que de l'irritation qu'ils provoquent dans certains cas, et montrer tous les avantages que l'on peut retirer de cette inflammation passagère dans plusieurs affections rebelles des yeux.

Une jeune fille atteinte d'une kératite vasculaire superficielle avec opacité partielle de la cornée était depuis plusieurs mois en traitement dans l'une des salles de la Pitié consacrées aux maladies des yeux. M. le professeur Aug. Bérard l'avait visitée plusieurs fois et moi-même je lui donnais journellement mes soins. Les purgatifs, les révulsifs, les pommades mercurielles, un grand nombre de collyres à dose astringente avaient été administrés successivement sans amélioration sensible dans l'état de la maladie.

Un matin, je trouve cette fille en proie à de vives douleurs qu'expliquent assez les symptômes d'une double ophthalmie très aiguë développée depuis la veille. Je m'informe, je m'enquiers de la cause de cette complication, et j'apprends confidentiellement de l'élève du service chargé des collyres qu'il a commis une erreur, qu'au lieu d'employer le collyre prescrit il a fait usage d'une bouteille contenant 5 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, collyre qui était destiné aux ophthalmies purulentes et que l'on n'employait sur les paupières qu'à l'aide d'un pinceau.

Nous traitâmes cette ophthalmie accidentelle par des compresses d'eau glacée tenues en permanence sur les paupières, par des pédiluves excitants, quelques purgatifs, etc. Mais quelle ne fut pas notre surprise, lorsque l'inflammation eut cessé, de voir les yeux de notre malade tellement améliorés qu'ils étaient presque entièrement guéris : les points opaques de la cornée avaient disparu de l'un et de l'autre côté; les nombreux vaisseaux qui avaient persisté jusque-là étaient atrophiés, à peine si l'on voyait encore les ramifications déliées de quelques-uns. Des soins ordinaires suffirent pour compléter la guérison.

On le voit, dans ce cas particulier le hasard avait été plus habile que nous.

Plus tard, j'ai su faire mon profit de cette erreur devenue un enseignement précieux, et dans des cas plus ou moins analogues à celui que je viens de rapporter la méthode substitutive m'a fourni de nouveaux résultats non moins satisfaisants.

Avant de s'adresser à la méthode substitutive, il faut d'abord déterminer jusqu'à un certain point l'état morbide qui réclame son emploi. Or on peut dire d'une manière générale que cette méthode ne doit venir qu'en dernier lieu et alors que les moyens ordinaires employés avec discernement et pendant un temps suffisant auront échoué. Il faut de plus que la maladie offre une certaine gravité par elle-même, qu'elle ait envahi la cornée en grande partie et qu'elle soit devenue une affection véritablement chronique. S'il existe un état aigu accidentel, il faut attendre qu'il ait cessé.

Les raisons à l'appui de cette manière de faire sont très sages. En effet, la méthode substitutive, par la réaction qu'elle provoque, est pénible, douloureuse pour le malade, et l'on doit toujours éviter le mal qui n'est pas nécessaire. En outre, la réaction phlegmasique, qui est parfaitement innocente pour les tissus modifiés dans leur vitalité par la maladie, pourrait bien devenir dangereuse pour les tissus restés à l'état normal.

Dans tous les cas, à ces règles générales, il importe d'ajouter encore celle-ci; il faut régulariser la réaction que l'on provoque artificiellement, et faire en sorte qu'elle équivaille par son action au degré d'altération morbide que l'on veut modifier favorablement.

Sous ce rapport, comme sous plusieurs autres, ce n'est que par l'expérience raisonnée et non plus par le hasard que l'on arrive à bien saisir les indications.

Depuis le pannus jusqu'à l'ulcération rebelle de la cornée, j'ai traité un certain nombre de kératopathies chroniques par la méthode substitutive; j'ai varié non-seulement les doses des agents thérapeutiques, mais encore ces agents euxmêmes.

Les agents substituteurs que j'ai expérimentés jusqu'à présent sont :

Le *nitrate d'argent;*

La *teinture de cantharides;*

La *teinture d'iode;*

Le *sublimé corrosif.*

Je les prescris et les emploie de la manière suivante :

1° Eau distillée.	30 grammes.	
Nitrate d'argent.	3	—

On obtient ainsi un collyre très actif dont on fait usage de la manière suivante : trois à quatre gouttes seulement sont instillées dans l'œil malade; cinq à six heures après cette première instillation, s'il n'est pas survenu une réaction jugée suffisante, on a recours à une seconde; une troisième peut même être indiquée dans quelques circonstances.

J'ai prescrit ce collyre dans des cas de kératite plastique onctuée et de kératite vasculaire superficielle, toutes deux passées à l'état chronique; j'ai remarqué que l'action du collyre était assez énergique pour le but que l'on se propose. J'ajoute, néanmoins, que l'on peut encore, et sans inconvénient, augmenter la dose de l'agent substituteur dans des cas plus graves et devenus rebelles. C'est ainsi que la dose du nitrate d'argent peut être portée à 6 grammes pour 30 grammes d'eau distillée dans le pannus, par exemple.

2° Eau distillée.	30 grammes.	
Teinture de cantharides. . . .	2	—
Gomme.	q. s.	

Pour tenir en suspension.

L'action de ce collyre, que j'ai introduit dans la thérapeutique, est réellement très énergique. On l'emploie comme le précédent; mais je n'y ai recours que dans les cas réellement désespérés, tels que ceux que l'on combattait naguère par l'inoculation du pus provenant de l'ophthalmie contagieuse.

3° Eau distillée.	30 grammes.	
Teinture d'iode.	6	—
Iodure de potassium. . . .	4	—

Ce collyre détermine une réaction phlegmasique moins intense que les précédentes, et néanmoins son action résolutive m'a paru, dans plusieurs cas, d'une énergie extrême. Je l'ai employé pour combattre les lésions multiples de la cornée caractérisées par des épanchements plastiques disséminés dans cette membrane, des vaisseaux nombreux à sa surface, un ramollissement de son tissu. Mais, pour agir efficacement, ce collyre doit être récemment préparé; après vingt-quatre ou trente-six heures l'iode est décomposé, et le médicament n'agit plus. Plusieurs fois j'ai instillé quelques gouttes de teinture d'iode pur dans des yeux atteints de pannus granuleux.

4° Eau distillée.	30 grammes.
Sublimé corrosif.	0,20

On obtient ainsi un collyre assez énergique dans son action sur l'œil, sans qu'il en résulte une réaction trop vive.

Une demoiselle de vingt ans, lymphatique, mal réglée, m'avait été adressée par notre excellent confrère le docteur Dufresnois, pour deux ulcérations lupuliformes, parfaitement transparentes, situées l'une et l'autre au centre de chaque cornée; il existait en même temps un larmoiement très pro-

nocé, quelques traces d'injection, et surtout une photophobie des plus vives. Je soumis cette malade au traitement que j'ai si souvent préconisé en pareille circonstance : ferrugineux à l'intérieur, collyre au chlorure de sodium, purgatif, etc. Or, ce traitement, que je regarde comme spécifique dans les ulcérations de la cornée, a complétement échoué dans le cas particulier, le premier, je dois le dire, qui se soit offert à mon observation comme insuccès d'une méthode qui compte tant de succès. J'ai successivement employé, sans être plus heureux, les collyres au laudanum, au nitrate d'argent, au sulfate de zinc, à l'huile camphrée. La photophobie persistait toujours avec ténacité, et l'état des ulcérations variait peu. Aprés cinq semaines de tentatives inutiles, je prescrivis le collyre au sublimé, 0,20 pour 30 gr. de véhicule. Il survint une réaction assez violente ; tous les symptômes furent aggravés momentanément. Mais bientôt l'amélioration ne tarda pas à se dessiner de plus en plus, et, après deux nouvelles instillations de ce collyre substituteur, la guérison devint définitive.

Les agents substituteurs que nous avons employés ne sont certainement pas les seuls dont on puisse faire choix ; mais, dans tous les cas, les règles à suivre dans leur administration restent à peu près les mêmes : elles sont d'ailleurs, extrêmement simples.

Il ne faut instiller qu'une seule fois dans l'œil le collyre que l'on veut employer ; on attend la réaction. Si celle-ci paraît trop vive, on la combat par des applications réfrigérantes sur les yeux, des pédiluves irritants, des purgatifs, plus rarement par des émissions sanguines. Si la réaction paraît trop faible, on renouvelle les instillations du même collyre, ou bien, lorsqu'elle est dissipée complétement, on a recours à un agent substituteur plus énergique, ou même rendu plus actif. Je préfère, en général, provoquer plusieurs réactions modérées, qu'une seule trop violente.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er octobre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentations de malades.

M. Chassaignac présente deux malades : l'un est un jeune homme qui a fait une chute de soixante pieds de haut, à la suite de laquelle il a eu une fracture médiane du maxillaire inférieur, une fracture de trois ou quatre côtes compliquée d'emphysème et une fracture de cuisse. Ce jeune homme s'est parfaitement remis. La fracture de cuisse, qui présentait un raccourcissement considérable, a guéri avec une diminution de longueur de 5 à 6 centimètres. Le malade marche et la claudication est peu marquée.

Le second malade est un vieillard qui fut renversé dans la rue, et les roux d'une voiture à deux chevaux lui passèrent sur la face ; il en résulta une fracture des os propres du nez, des deux maxillaires avec enfoncement de leurs sinus ; la voûte palatine elle-même fut écrasée, d'où un raccourcissement considérable de celle-ci, de sorte que le doigt porté dans la bouche touche de suite au pharynx.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Larrey présente de la part de M. Birkett (de Londres), auteur d'un *Traité des maladies du sein* (1), trois observations manuscrites d'*hématurie traumatique*. M. Birkett, membre du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre et chirurgien de Guy's hospital, demande le titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Une commission, composée de MM. Larrey, Demarquay et Giraldès, est chargée d'examiner le travail de M. Birkett.

Communication.

M. Huguier présente à la Société les organes génitaux d'une femme sur laquelle il a pratiqué l'ablation d'un estiomène de la vulve. Cette malade a succombé aux suites d'un abcès par congestion, mais parfaitement guérie de son estiomène. Voici le résumé de cette observation.

La nommée Bucquoi, âgée de quarante-deux ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, réglée à onze ans, ayant eu à douze ans un abcès strumeux à la jambe, se marie à seize ans. Depuis ce moment jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, elle a eu dix grossesses, dont une double à vingt-sept ans ; ses règles, qui avaient disparu depuis son mariage, reviennent, irrégulières d'abord, il est vrai. A quarante-deux ans, elle est adressée à M. Huguier par M. Vernois pour être traitée d'un estiomène vulvaire qui date de trois ans ; de plus, elle porte sur la figure et sur une des mains des lupus naissants et toute sa figure est empreinte du cachet scrofuleux.

A l'examen des parties génitales, on constate un suintement d'un liquide séro-purulent, surtout séreux, tachant le linge.

Rougeur sur la face interne des cuisses, vers le sillon génito-crural. Rien sur les grandes lèvres, qui, lorsqu'elles ne sont pas écartées par le doigt du chirurgien, cachent complétement la maladie et n'en laissent rien apercevoir.

Si on entr'ouvre les grandes lèvres, on voit le vagin et les petites lèvres souillés par l'écoulement dont nous avons parlé. Cet écoulement n'a, du reste, aucun caractère de mauvaise nature. Jamais, depuis trois ans qu'il existe, il n'a causé d'accidents au mari.

La face interne des grandes lèvres est rouge ; on y distingue une cicatrice de cautérisation à la lèvre gauche.

Au niveau du clitoris, ulcération à fond rouge, à bords déchiquetés, tranchés d'avec la muqueuse voisine. Cette ulcération part du sommet du clitoris et va se répandre de chaque côté de l'ulcération grise dont nous parlions tout à l'heure, pour se terminer sur les caroncules myrtiformes.

Inférieurement, on observe une ulcération grisâtre, pointillée, parfaitement distincte de l'ulcération rouge.

De chaque côté de la ligne médiane, l'ulcération grise envahit les corps caverneux du clitoris, et s'étend vers l'urètre, qui, ainsi que les parties environnantes, est détruit jusqu'au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Ses bords latéraux se terminent en mourant sur les parois latérales du vagin, en embrassant en fer à cheval les parties latérales et inférieures du méat urinaire.

Le diamètre transversal et horizontal est de 0,03. L'ulcère rampe le long de la paroi inférieure de l'urètre, tente de s'introduire entre la vessie et le vagin, et donne naissance à une cavité accidentelle à fond ulcéré, qui est séparée de la cavité du vagin par une sorte de soupape formée par la paroi antérieure du vagin, qui, détachée, tombe en arrière et masque la cavité du canal, au point que, lorsque l'on écarte les lèvres vulvaires, on n'aperçoit que la cavité accidentelle et que le doigt s'égare également et tombe dans ce sinus anfractueux ; il en est de même du spéculum ; il faut passer au-dessous de la soupape, que l'on relève pour pénétrer dans le vagin. Cette valvule offre la structure et l'apparence ridée de la paroi antérieure du vagin ; on peut compter neuf rides à sa face, ou plutôt à son bord antérieur ; on peut reconnaître les vestiges de trois rides détruites de droite à gauche.

Cette valvule offre à sa surface vulvaire l'apparence de la muqueuse vaginale, et la surface urétrale est rongée par l'ulcération grise ; la paroi postérieure, très épaisse, de cette valvule se prolonge sur la paroi antérieure du vagin.

Rien d'anormal dans tout le reste de la vulve.

Rectum. — On y aperçoit quatre tubercules grisâtres, du volume d'une petite noisette ; la face externe de ces tubercules offre cet aspect qui marque la transition de la peau à la muqueuse. La face interne offre l'ulcération grise.

Le toucher rectal est très douloureux. On sent des inégalités, des bosselures, des indurations qui remontent à quelques centimètres.

Le lundi, 2 juin, après plusieurs jours de repos, afin d'habituer la malade au séjour de l'hôpital et de la préparer à l'opération, elle est couchée sur le bord de son lit, les cuisses écartées l'une de l'autre, légèrement fléchies sur le bassin et soutenues par deux aides ; le sommeil est obtenu au moyen du chloroforme. Une sonde est placée dans la vessie ; puis, deux aides écartant les grandes lèvres, M. Huguier, de la main droite armée d'un bistouri, pratique une incision sur la nymphe du côté droit, puis, avec des pinces, il dissèque toute l'étendue de cette nymphe envahie par l'ulcère, arrive au-dessous du clitoris qu'il enlève, redescend du côté gauche, excisant toutes les parties ulcérées et la face supérieure de la valvule.

Après avoir disséqué ce qui est compris dans le vestibule, il retire la sonde et incise l'urètre au niveau de l'aponévrose moyenne du périnée.

Afin d'être plus certain de détruire complétement la maladie et d'éviter une récidive, il cautérise profondément avec le fer rouge, puis un courant d'eau fraîche est poussé dans la plaie. Quant au rectum, vidé préalablement par un lavement, les excroissances qui apparaissent au dehors sont excisées à l'aide d'un ciseau courbe.

Une sonde de gomme élastique est placée dans la vessie, elle est maintenue par des pièces d'appareil et par des fils qui, partant de son extrémité libre, aboutissent aux sous-cuisses d'un bandage en T ; une mèche est placée dans le vagin, puis des boulettes de charpie sont ajoutées ; enfin des compresses percées d'un trou à leur centre pour le passage de la sonde complètent le pansement. La plaie pratiquée à l'anus est recouverte de cérat et de charpie. Cet appareil est maintenu par un bandage en T.

Cette malade, qui était très bien guérie de son estiomène vulvaire, grâce à l'opération de M. Huguier, vient de succomber aux suites de deux vastes abcès déterminés par une carie du sacrum et d'un des os iliaques.

A propos de cette malade, M. Huguier revient sur les opérations qu'il a déjà faites pour guérir l'estiomène vulvaire, et qui ont été consignées dans son mémoire sur cette maladie, et rappelle à la Société qu'il a pu enlever chez la femme une assez grande étendue de l'urètre sans gêner la miction. Il termine cette communication par l'exposé sommaire de l'observation d'un homme qui se trouve actuellement dans son service, affecté de deux estiomènes situés sur la face dorsale des deux mains. Ce malade est âgé de cinquante ans, grand et fort, mais dont la santé est profondément détériorée ; il a eu à plusieurs reprises des hémoptysies ; il tousse habituellement, et il a eu une fonte tuberculeuse des testicules ; il porte depuis plusieurs années un lupus végétant sur la face dorsale de chaque main, mais plus étendu du côté droit que du côté gauche. Des moyens très nombreux ayant été employés sans succès contre cette maladie, M. Huguier se décide à pratiquer l'ablation du mal par l'instrument tranchant. Le malade soumis au chloroforme, une incision circonscrit tout le mal, et, par une dissection minutieuse, on enlève toute la partie malade, en ménageant toutefois les tendons et les parties importantes à conserver. A présent, cet homme est très bien et tout à fait en voie de guérison.

Discussion.

M. Chassaignac. Il me semble que l'opération à laquelle M. Huguier se décide doit être la dernière ressource. Je crois que souvent on pourrait guérir les malades par l'usage de l'huile de foie de morue et par les cautérisations avec les sels mercuriels.

M. Huguier. Tout le monde sait combien le lupus est réfractaire à nos moyens de traitement, et surtout au traitement interne. C'est une des formes de la maladie scrofuleuse les plus rebelles. Nous savons tous que les malades de Saint-Louis affectés de ces maladies guérissent rarement, et que la plupart vont peupler la Salpêtrière, Bicêtre ou d'autres hôpitaux comme infirmiers ou infirmières. Dans le mémoire que j'ai publié sur l'estiomène vulvaire, j'ai rapporté l'observation de plusieurs malades que rien n'avait pu guérir, et qui le furent complétement par l'ablation avec l'instrument tranchant. La malade qui me fut adressée par M. Vernois avait été traitée très activement, mais très infructueusement. J'ai eu récemment occasion d'opérer, en ville, une dame pui avait reçu les soins de MM. Ricord, Caffe et Laroche ; aucun moyen que l'ablation ne réussit chez cette dame.

M. Robert. Je demanderai à M. Huguier si par hasard il n'aurait point confondu l'estiomène avec l'ulcère variqueux décrit par M. Marjolin père ; j'ai vu le malade qui se trouve actuellement dans le service de notre collègue, et il m'a semblé que les caractères qui appartiennent à ce que M. Huguier appelle un estiomène se rapportent aussi à l'ulcère variqueux.

M. Huguier. La confusion dont parle M. Robert n'est pas possible. On ne reconnaît pas seulement l'estiomène à ses caractères physiques ; mais il y a encore dans la constitution du sujet un cachet particulier. Lors même que le mal a été guéri par un traitement interne, il y a encore dans la cicatrice un caractère indélébile que ne méconnaît pas le chirurgien ayant une connaissance parfaite des dermatoses. J'ai eu occasion d'examiner au microscope, avec M. Lebert, des portions de lupus que j'avais enlevés, et nous avons trouvé, outre les éléments de la peau, le tissu fibro-plastique.

M. Chassaignac. Je crois que l'ablation par l'instrument tranchant doit triompher de la maladie ; mais cependant son pouvoir n'est point absolu, car j'ai vu une malade à laquelle Blandin avait enlevé un lupus, et ce dernier néanmoins est revenu. Il a été guéri sous l'influence des cautérisations avec le nitrate acide de mercure.

M. Cullerier. L'estiomène vulvaire est une maladie assez commune, mais qui était mal connue avant le travail de M. Huguier. Lorsque je lus le travail de notre collègue, un instant je crus qu'il y avait eu erreur ; mais bientôt je pus me conv[...] est en effet parfaitement justifiée criptions de M. Huguier ; c'est qu'en effet l'e[...] [...]ique du règne organique sur être confondu avec d'autres affections, avec des cha[...] général parfaitement niques, par exemple. A l'exemple de plusieurs médecins j'ai [...] vivants par le [...] que beaucoup de moyens pour obtenir la cautérisation des lupus ulcérés, et je ne fus pas plus heureux que M. Huguier. C'est alors que j'eus recours à l'ablation avec l'instrument tranchant, et depuis lors j'ai pu guérir plusieurs malades.

M. Huguier. De même que l'estiomène de la face amène un engorgement ganglionaire du cou, de même l'estiomène vulvaire produit l'engorgement des ganglions de l'aine ; cette circonstance peut induire le chirurgien en erreur, et il est bon de la signaler.

Nécrose profonde des os du crâne, consécutive à un érysipèle phlegmoneux du cuir chevelu.

M. Larrey. La Société, n'ayant point d'autre communication à l'ordre du jour, me permettra de lui indiquer l'un des faits qui m'ont offert le plus d'intérêt, en parcourant la semaine dernière quelques hôpitaux anglais.

M. Drummond, chirurgien inspecteur du service de santé de la marine, m'a fait voir à l'hôpital naval de Chatam un cas extraordinaire de nécrose du crâne, dont il a bien voulu me promettre l'observation clinique, et dont je ne puis exposer que la substance sommaire.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années qui fut atteint il y a plusieurs mois d'un érysipèle intense du cuir chevelu. Cet érysipèle, devenu phlegmoneux, fut suivi d'une suppuration diffuse, qui, loin de se faire jour tout d'abord vers la surface du crâne, provoqua l'exfoliation du périoste et la dénudation des os sur divers points. Une ostéite ulcérante se propagea bientôt de la table externe à la table interne ; et entretenant à son tour de nouveaux foyers de suppuration, elle isola peu à peu les os malades et les frappa de nécrose. L'exfoliation insensible d'une part, et d'autre part l'élimination successive des séquestres par des abcès ulcérés devenus fistuleux, finirent par séparer complétement la plus grande portion de la voûte du crâne, en laissant de larges pertes de substance au niveau des pariétaux, du frontal et des temporaux. Mais, chose remarquable, les téguments restèrent intacts, sauf les deux ou trois ulcérations étroites dont la suppuration persiste encore aujourd'hui. L'application du doigt sur le cuir chevelu, à la surface de la tête en partie privée de boîte osseuse, perçoit aisément la présence et le soulèvement du cerveau, protégé par ses membranes, qui l'empêchent de faire hernie.

Mais, chose plus remarquable encore, c'est que tous ces phénomènes d'inflammation, de suppuration, de carie et de nécrose, se sont accomplis sans accidents cérébraux, soit primitifs, soit consécutifs, et sans aucun trouble fonctionnel. Le malade ne souffre pas ; il a bonne mine, de l'appétit, du sommeil, et attend avec patience la cicatrisation définitive des ouvertures fistuleuses. Sa tête, telle qu'on l'observe maintenant, a été modelée pour le riche musée de l'hôpital militaire de Chatam, où j'ai pu constater son exacte imitation.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA HUITIÈME LEÇON (1).

DES INFLUENCES EXERCÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ SUR L'ORGANISME.

On ne connaît pas les effets d'un courant galvanique sur le sang *en circulation* ; cependant plusieurs expérimentateurs en ont obtenu la coagulation, et M. Pravaz a oblitéré ainsi l'artère carotide et la veine jugulaire.

On admet généralement que l'électricité a la propriété d'exalter les fonctions des surfaces exhalantes ; sous son influence, on a noté une hypersécrétion des glandes salivaires, lacrymales, intestinales ; on a dit également que l'absorption devient plus active.

Electricité d'induction. — Les courants d'induction sont fournis soit par une pile, soit par un aimant, c'est-à-dire par des appareils *électro-dinamiques* ou *électro-magnétiques* ; les uns et les autres se composent d'un fil de cuivre rouge recouvert de soie et roulé en spires serrées, de manière à former une bobine au centre de laquelle on place un fer doux ou un aimant. Vous trouverez, dans le numéro de ce mois des *Archives générales de médecine*, un mémoire de M. Duchenne, dans lequel sont exposés la construction et le mécanisme des divers appareils connus sous les noms d'appareils de Pixii, de Clark, de Dujardin, de Breton.

L'électricité d'induction fournit constamment des courants interrompus, et chaque intermittence se compose de deux courants en sens contraire ; mais le courant qui se produit à la fin est le seul qui exerce une action physiologique sur l'homme.

L'électricité d'induction ne produit jamais sur la peau d'autre action que l'érection des papilles ou un peu d'érythème.

La sensation qui accompagne la contraction musculaire est moins vive par l'électricité d'induction que par le galvanisme.

Enfin, messieurs, un progrès fort important vient d'être accompli par M. Duchenne, de Boulogne, dans l'application de l'électricité ; ayant constaté que les effets produits sont essentiellement différents suivant que la peau et les excitateurs sont parfaitement secs ou plus ou moins humides, cet habile expérimentateur a trouvé le moyen, comme nous vous l'avons déjà dit, de limiter l'action électrique soit dans la peau, soit dans un muscle ou même dans un seul faisceau musculaire, et vous verrez en lisant le remarquable rapport fait à ce sujet à l'Académie de médecine par M. Bérard les précieux avantages que l'anatomie et la physiologie ont déjà retirés du mode d'application institué par M. Duchenne.

Un mot, pour terminer, sur les différentes applications thérapeutiques de l'électricité.

L'électricité a été appliquée à un grand nombre de maladies, principalement par les médecins allemands et anglais ; le rhumatisme, la surdité, l'odontalgie, l'ophthalmie, l'amaurose, la chorée et les affections convulsives, le tétanos, l'aménorrhée, la sciatique, la scrofule, la fièvre intermittente, les ulcères, les abcès, les engelures ont été combattus à l'aide de cet agent par de Haen, Wilkinson, Syme, Floyer, Cavallo, Hay, Jallabert, etc., et vous trouverez consignés dans l'ouvrage de Mauduyt les résultats peu probants qui ont été obtenus par ces expérimentateurs.

Divers procédés opératoires ont été mis en usage, et il est nécessaire que je vous les indique brièvement.

Le *bain électro-positif*, employé jadis comme excitant, est complétement abandonné.

---

(1) *The diseases of the breast and their treatment.* London, 1850.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai ; 3, 10, 17, 28 juin ; 5, 17, 31 juillet ; 7, 14, 19, 30 août ; 6, 18, 20, 27 septembre ; 4 et 7 octobre.

n'y avais ren... Ce qu'il ... employé par Giacomini comme agent jeune ... ...ysipèle, les phlogoses chroniques, certaines ... crépitation ... névralgies.

monaire ...isation par étincelles peut être mise en usage pour stimuler légèrement la peau; mais la commotion qui l'accompagne ne permet pas de lui donner l'intensité que réclament les anesthésies profondes et rebelles, ou bien une révolution énergique. Elles peuvent servir à produire des contractions dans quelques muscles très superficiels, comme les peauciers et quelques muscles de la face; mais la douleur qu'elle provoque doit la faire rejeter de la pratique.

L'*électricité dynamique, de contact, ou galvanisme,* convient pour opérer sur la peau une révulsion énergique, une perturbation instantanée, une action analogue à celle du vésicatoire, du moxa, du cautère actuel.

On a cité plusieurs exemples d'anévrismes guéris en opérant la coagulation du sang au moyen de la galvanisation; et depuis 1831, l'électro-puncture a été employée plusieurs fois et étudiée avec soin par MM. Pravaz, Phillips, Gérard, Clavel, Pétrequin, Ciniselli, Amussat, Debout, Abeille, Velpeau, Giraldès, Boinet, etc.

M. Matteucci croit qu'un courant continu pourrait être employé avec avantage à titre d'hyposténisant dans le traitement du tétanos. M. Becquerel pense qu'on pourrait, au moyen de la galvanisation, modifier heureusement les plaies, les ulcères. Le docteur Crunel, de Saint-Pétersbourg, assure avoir appliqué avec succès le galvanisme à la destruction du cancer.

La propriété que possède le galvanisme d'exciter vivement la rétine peut être utilisée dans le traitement de l'amaurose; mais, en raison même de cette propriété spéciale, dit M. Duchenne, l'électricité galvanique doit être appliquée à la face avec circonspection. La flamme qu'elle produit est tellement éblouissante, qu'elle pourrait compromettre la vue si l'opération était trop longue, les intermittences du courant trop rapides et le courant trop intense.

Le courant galvanique intermittent peut être employé dans le traitement des paralysies du mouvement; mais les appareils doivent être très puissants, et alors ils exercent une action calorifique qui peut avoir des inconvénients. De plus, ils sont gênants à cause de leur volume, des acides qu'ils emploient, des gaz qu'ils dégagent, etc. Enfin, l'intensité de leurs courants ne peut pas être facilement et exactement graduée.

La galvanisation a été employée souvent avec succès dans le traitement des névralgies.

L'*électricité d'induction* est l'agent d'électrisation qui doit être préféré lorsque l'on veut agir sur la peau ou sur le système musculaire; l'action électrique peut être facilement, exactement graduée, et, en ayant recours au procédé de M. Duchenne, on peut, comme nous l'avons dit, limiter son action à la peau ou à un seul muscle.

Elle est appelée à rendre de grands services dans le traitement de l'anesthésie, de la paralysie du mouvement, des névralgies, du rhumatisme musculaire, des affections choréiques, de la paralysie hystérique. M. Duchenne pense qu'on pourrait l'employer avec succès pour résoudre certaines tumeurs et qu'on pourrait aussi dans certains cas l'appliquer aux organes intérieurs, tels que le foie, les poumons, le cœur, le rectum, l'œsophage, la vessie, l'utérus, le larynx et enfin aux organes des sens. Sans penser que l'on doive retirer de ce moyen tous les avantages entrevus par M. Duchenne, nous croyons qu'on ne saurait trop engager les expérimentateurs à suivre cette voie.

Bibliographie.

KAEMTZ. *Cours complet de météorologie.* Traduct. de Ch. Martins. Paris, 1843.

POUILLET. *Mémoire sur l'électricité des fluides élastiques et sur une des causes de l'électricité atmosphérique.* In *Ann. de ch. et de phys.*, 1827, t. XXXV, p. 401.

PELTIER. *Rech. sur la cause des phénomènes électriques de l'atmosphère*, etc. In *Ann. de ch. et de phys.*, 1842, t. LXXIX, p. 385.

BECQUEREL et Ed. BECQUEREL. *Eléments de physique terrestre et de météorologie.* Paris, 1847.

CHAPSAL. *Mém. sur un cas de foudre.* In *Ann. de ch. et de phys.*, 1845, t. XIII (LXXXVII), p. 269.

ARAGO. *Sur le tonnerre.* In *Ann. du bureau des longitudes* pour 1838. Paris, 1837, p. 221.

DE HUMBOLDT. *Sur les gymnotes et autres poissons électriques.* In *Ann. de ch. et de phys.*, 1819, t. II, p. 408.

MATTEUCCI. *Mém. sur l'électricité animale.* In *Ann. de ch. et de phys.*, 1834, t. LVI, p. 439. — *Rech. phys., chim. et physiol. sur la torpille.* Ibid., 1837, t. LXVI, p. 396. — *Sur le courant électrique ou propre de la grenouille.* Ibid., 1838, t. LXVIII, p. 93. — *Mém. sur l'existence du courant électrique musculaire dans les animaux vivants ou récemment tués.* In *Ann. des sciences naturelles*, 1843, t. XIX, p. 313; t. XX, p. 82. — *Leçons sur les phénomènes phys. des corps vivants.* Paris, 1847.

GAVARRET. *Lois générales de l'électricité dynamique.* Thèse pour le concours pour la chaire de physique. Paris, 1843.

REGNAULD. *De la production de l'électricité dans les êtres organisés.* Th. d'agrégation pour les sciences accessoires. Paris, 1847.

LONGET. *Anatomie et physiologie du système nerveux.* Paris, 1842. — *Traité de physiologie.* Paris, 1850.

MAUDUYT. *Mém. sur les différentes manières d'administrer l'électricité.* Paris, 1784.

DUCHENNE (de Boulogne). *Exposition d'une nouvelle méthode de galvanisation.* In *Arch. génér. de méd.*, 1850, t. XXIII, p. 258, 420; 1851, t. XXV, p. 203, 301. — *Rech. sur les propriétés physiol. et thérapeut. de l'électricité de frottement, de contact et d'induction.* Ibid., 1851, t. XXVI, p. 63.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NANCY.

Par M. BALLY, membre de l'Académie de médecine.

Non ego in meis chartis inornatum silebo.

Valentin. A de nobles qualités, Valentin joignait cet amour de l'humanité et de l'art qui porte à faire de grandes choses; à mesurer de sang-froid les écueils, à braver les dangers. Son langage était toujours instructif, et son caractère affectueux, expansif. S'il aimait beaucoup à parler science, il en parlait bien. Je n'ai point ici à tracer son éloge didactique, mais à dire quelques mots de ses œuvres, méconnues bien qu'elles soient remarquables. Il n'est pas permis, il n'est pas juste de laisser dans l'oubli les hommes qui ont consacré une longue carrière à faire le bien sans égoïsme. Honorer le mérite modeste, c'est exciter l'émulation; c'est faire éclore le génie ou le sortir de l'ombre lorsqu'il se cache; c'est provoquer le zèle, dans l'espoir que la postérité n'oubliera pas les labeurs de ceux qui consacrent leurs veilles à l'avancement des sciences, au progrès des arts.

Un physicien distingué, M. Haldat, correspondant de l'Institut, a tracé, m'assure-t-on, l'éloge de Valentin. C'est un regret pour moi de n'avoir pu me procurer cet écrit; j'y aurais trouvé de bons renseignements sur la vie privée et publique de ce médecin. Je suis donc réduit à mon ancienne intimité avec lui, et à la possession de ses œuvres, qu'il a eu la bonté de me donner.

Si je place Valentin après *Carolus Piso*, c'est pour suivre l'ordre chronologique, car il ne fut pas inférieur à son prédécesseur. Il possédait une vaste érudition, et était affilié à un grand nombre de sociétés savantes à qui il se faisait un devoir de dédier ses œuvres. C'est ainsi que son *Traité de la fièvre jaune* fut adressé à ses collègues composant le Société de l'École de médecine, société savante qui fut le lien entre la Société royale de médecine, alors éteinte, et l'Académie nationale.

Aux Antilles et aux États de l'Union américaine, il étudia avec fruit et les maux attribués aux endémies, et les ravages qu'enfantent la fureur des passions, la haine des castes, et des couleurs de la peau. Enfin il termina son odyssée à Norfolk (Virginie), où son zèle éclairé fut mis à l'épreuve dans une épidémie de fièvre jaune, typhus d'Amérique, qui enleva un sixième de la population.

Avant d'analyser avec rapidité quelques-uns de ses travaux, la gratitude m'impose le devoir de m'associer au souvenir qu'il éveille sur le vénérable Coste, l'un des trois membres de l'ancien conseil de santé. Coste avait été médecin en chef de l'armée du maréchal Rochambeau, auxiliaire des Anglo-Américains lors de la révolution qui consacra leur indépendance. Il est curieux de signaler un discours en latin que ce savant prononça, le 12 juin 1782, sur la nécessité de la réforme en médecine dans les États de l'Union américaine. Dans ce discours, modèle de pureté et d'élégance, dédié à Washingtown, cet autre modèle de la véritable grandeur, l'auteur se proposait de démontrer que la médecine philosophique des anciens est celle qui convient au nouveau monde. Vrai patriarche, Coste passa de longs jours à l'hôtel des Invalides avec sa nombreuse et intéressante famille. Son fils, jeune aiglon, avait embrassé la carrière médicale, et nous avons pu voir dans les journaux de la science ce que promettait ce néophyte, avec son style nerveux, nourri, brillant et fleuri. Hélas! il n'a vécu que l'espace d'un matin. C'est à son digne père que je dus le poste éminent que j'allai remplir à Saint-Domingue, où je désirai étudier le typhus d'Amérique qui ravageait notre armée expéditionnaire. Fatigués de la longueur du blocus, le chirurgien en chef Trabuc et le pharmacien en chef Bouvier demandèrent à se retirer à la Nouvelle-Orléans, et me laissèrent tout le fardeau du service médical administratif de l'armée et de la colonie. Puis, lorsque l'armée de terre et l'escadre épuisées par les maladies furent réduites à moins de 3,000 hommes sur 40,000, nous fûmes conduits prisonniers à la Jamaïque.

Valentin est l'auteur de l'un des meilleurs traités sur le typhus d'Amérique ou fièvre jaune. Homme loyal, dépouillé de tout préjugé, étranger à cet esprit mesquin qui rapetisse tant d'autres personnages, il disait sur les questions en litige sa pensée sans art, sans apprêt. Son ouvrage vit le jour l'an XI de la République, quatorze ans avant le mien, qui date de 1814. J'y ai puisé de précieux documents, et il m'a été d'autant plus utile à consulter qu'il y avait une grande analogie entre les épidémies dont nous fûmes l'un et l'autre témoins et les diverses phases qui les avaient accompagnées.

Valentin n'admettait point la contagion de la fièvre jaune, à laquelle je crois fermement sous l'une et l'autre espèce. Frappé deux fois par cette maladie à dix huit ans d'intervalle et témoin de deux grandes épidémies, je n'ai pu conserver le moindre doute à cet égard.

Toutefois, notre loyal auteur avoue, p. 97, que la fièvre jaune peut se communiquer dans certaines circonstances par des foyers d'infection. Ne voit-on pas, ajoute-t-il, que des fièvres de mauvais caractère et qu'on appelle vulgairement putrides-malignes, des dysenteries, se communiquent par les émanations des malades ou de leurs excrétions à ceux qui les soignent selon certaines modifications, les dispositions morales et physiques, les lieux, les saisons, le régime, etc.? Pour nous, c'est là le vrai des contagions; car admettre qu'un miasme transmet une maladie toujours identique sans aucune condition, c'est assurément ce qu'il y a de plus illogique en médecine. Devèze, l'un des médecins les plus opposés au système de la contagion, disait aussi : « Je ne nie pas que dans quelques » circonstances le malade ne puisse former un foyer d'infection autour de lui. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

Chronique et nouvelles.

L'un des membres assurément les plus âgés du corps médical européen, le docteur Joseph-Simon de La Roche, vient de mourir à Bruxelles, à l'âge 91 ans. Ce remarquable et respectable vieillard avait été pendant 25 ans médecin en chef de l'hospice de Saint-Pierre de cette ville.

— *Injections iodées.* — Nous avons reçu depuis quelques jours déjà une nouvelle lettre de M. Boinet en réponse à celle de M. Abeille. L'étendue de cette lettre sur une question à propos de laquelle nos lecteurs doivent être fixés désormais nous empêche de la publier textuellement. Nous nous bornerons donc à dire que le principal argument que M. Boinet fait valoir dans cette lettre, c'est que le malade que M. Abeille dit avoir opéré le 17 mars 1849 ne l'a été, en réalité, que le 30 avril de la même année; et que d'ailleurs, l'observation de ce malade est nécessairement inexacte, ainsi qu'on peut s'en assurer en la lisant dans la *Revue Médicale* (année 1849, page 116). M. Boinet démontre ensuite que M. Lugol n'a jamais employé les injections iodées telles qu'on les emploie maintenant; et quant aux travaux de M. Borelli, M. Boinet ne les connaissait pas et ne les connaît pas encore.

— Nous avons également reçu de M. Borelli un travail que nous publierons très prochainement.

LE SOUAD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 120. — JEUDI 16 OCTOBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 120.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Monneret). Observation et réflexions dans un cas de transfusion. — CLINIQUE ÉTRANGÈRE. Convulsion partielle soulagée par la belladone. — De l'usage et de l'abus de la belladone dans l'iritis aigu. — Académie de médecine, séance du 14 octobre. — FEUILLETON. Description méthodique des pièces d'anatomie pathologique renfermées dans le Musée Dupuytren.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1851.

Séances des Académies.

Trois rapports, l'un de M. Londe, l'autre de M. Malgaigne, le troisième de M. Boutron-Charlard, et deux lectures par MM. Monneret et Legroux, ont soutenu l'intérêt de la séance d'hier à la rue des Saints-Pères.

M. Londe est venu rendre un tribut public d'éloges mérités à un travail du vénérable M. Gillkrest, inspecteur général du service de santé des armées britanniques ; travail dans lequel le savant médecin combat l'opinion de la contagion de la fièvre jaune et l'inutile institution des quarantaines, créée par l'ignorance et la pusillanimité des gouvernements, et plus encore des peuples, pour ne pas dire aussi un peu des médecins.

M. Malgaigne avait à rendre compte du remarquable mémoire de M. le docteur Parise sur les étranglements internes, dont nous avons publié, au commencement de cette année, la partie essentielle. M. Malgaigne a exposé avec clarté l'état de la question et les lumières nouvelles que M. Parise a apportées, et il a fait au savant et modeste chirurgien militaire l'honneur de proposer le renvoi de son travail au comité de publication. L'Académie s'est empressée de voter cette conclusion, et elle a en outre placé l'auteur en bon rang sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Tant que l'Académie ne récompensera que des travaux du genre de ceux que M. Parise met trop rarement au jour, nous n'aurons que des félicitations à lui adresser, et la science ne pourra que s'en applaudir.

M. Boutron-Charlard, succédant à M. Malgaigne, a su donner un véritable intérêt à l'analyse d'une série de recherches chimiques faites par M. Bouis sur les eaux minérales d'Olette. Ce rapport, qui renferme des détails peu susceptibles d'être analysés, nous fait regretter que M. Boutron n'use pas plus souvent de ses privilèges de rapporteur.

Ces trois rapports une fois terminés, M. Monneret est monté à la tribune pour lire la relation de l'observation de transfusion dont nous avons parlé dans notre avant-dernier numéro.

Les critiques que nous avons été obligé d'adresser depuis quelque temps à M. Monneret nous faisaient vivement désirer l'occasion de lui prouver qu'il n'y avait rien de systématique dans ces critiques, et que nous n'hésitions jamais à décerner des éloges mérités. Le respect de la vérité nous force à confesser que cette occasion ne s'est pas encore présentée hier. Il est difficile de se décider à une opération avec plus de légèreté, de la concevoir d'une manière plus défectueuse, de la discuter avec moins de sens que ne l'a fait M. Monneret. Si nous voulions critiquer à notre tour d'une manière complète le travail du savant médecin, nous serions obligé de le prendre pour ainsi dire phrase à phrase, car il n'y en guère qui ne soient contraires à la logique ou aux faits, sans parler de celles qui blessent plus ou moins la langue. Nous laissons cette tâche à nos lecteurs, et dans ce but nous avons mis sous leurs yeux l'observation textuelle de M. Monneret. Contentons-nous ici d'en indiquer les erreurs capitales.

Le but que M. Monneret s'est proposé en venant lire son travail à l'Académie, c'est, il l'a déclaré lui-même, de prémunir les praticiens « contre les décevantes illusions qui se » rattachent encore à la transfusion, et de faire valoir les ar- » guments scientifiques d'après lesquels il croit devoir la » proscrire. »

Avant de se prémunir, les praticiens feront certainement les réflexions suivantes :

Quels sont les motifs de M. Monneret pour proscrire à tout jamais la transfusion ? Sont-ce les considérations de pathologie humorale auxquelles il se livre à la fin de sa note, et qui avaient, suivant lui, échappé à ses prédécesseurs ? S'il en est ainsi, il est bien fâcheux que M. Monneret n'ait pas songé plus tôt à ces considérations ; car il était sans doute partisan de la transfusion quand il l'a pratiquée, et s'il avait moins tardé à peser les arguments scientifiques qui ont dissipé ses illusions, il aurait encore dans ses salles une malade qui a maintenant franchi la barrière du Père-Lachaise. — Est-ce à l'insuccès qu'il a éprouvé que M. Monneret doit son illumination soudaine, et cet insuccès sert-il de base à l'anathème que M. Monneret a lancé contre la transfusion ? S'il en est ainsi, nous reconnaissons qu'il faut peu de chose pour transformer en haine l'amour de M. Monneret. Faire à l'aventure une opération mal indiquée, la faire sans raison ou plutôt contre toute raison, d'après un procédé différent de ceux qui ont produit un assez grand nombre de succès, et s'autoriser d'un résultat obtenu par de tels moyens pour condamner tous ceux qu'on a obtenus par des moyens plus heureux, c'est se placer dans des conditions peu favorables pour donner des conseils aux praticiens, et surtout pour les faire accepter. Voilà ce que ces praticiens se diront tout d'abord ; avouons qu'ils seront bien dans leur droit.

La science possède au moins treize succès complets, dont M. Monneret aurait pu lire la nomenclature dans le savant *Traité de Physiologie* de M. le professeur Bérard, obtenus par la transfusion pure et simple, et M. Monneret, sur la foi, *toute puissante* pour lui, de Müller, va recourir à un procédé aventureux que jamais personne n'a mis en usage chez l'homme. — Bien plus, M. Monneret admet que le sang ne se compose pas seulement de globules, de fibrine, d'albumine, etc. ; qu'il y a quelque chose de plus, *une vie propre ;* que le sang extrait des vaisseaux n'est que le *cadavre du sang* circulant, et c'est pour rendre ce sang moins cadavéreux que l'honorable novateur s'en va le battre, le décanter, le passer au filtre, absolument comme s'il s'agissait d'un réactif chimique qu'on va verser dans un verre à analyser. Et quelles sont les raisons de M. Monneret pour se livrer à toutes ces manipulations ? Elles se réduisent à une seule : l'élément fibrineux du sang se coagule inévitablement, au moins en partie, dès qu'il est sorti des vaisseaux, et qu'il suspend promptement les fonctions dès qu'on l'y introduit de nouveau. Mais pourquoi M. Monneret s'en rapporte-t-il à sa théorie chimico-physiologique plutôt qu'aux treize cas de guérison dans lesquels les fonctions n'ont nullement été suspendues, tant s'en faut ; aux cas beaucoup plus nombreux encore dans lesquels il y a eu une amélioration plus ou moins prolongée ; et enfin aux très nombreuses expériences faites sur les animaux, et qui prouvent que la prétendue coagulation, si elle a lieu réellement, n'a guère l'influence que lui reconnaît M. Monneret, à moins qu'on ne lui donne le temps d'acquérir des proportions visibles, appréciables pour tous les yeux ? Voilà l'unique raison qui a fait préférer à M. Monneret son procédé à celui qui avait réussi en d'autres mains.

Quant aux raisons qui lui font proscrire désormais tous les procédés, il nous suffira d'une simple énumération pour les réduire à leur juste valeur.

Les guérisons qu'on a observées ne sont pas dues à la transfusion, dit M. Monneret, par la raison décisive qu'on n'a pas injecté aux malades autant de sang qu'ils en avaient perdu. Une telle objection se comprendrait si la transfusion avait la prétention de faire instantanément passer le malade de l'extrême agonie à une santé florissante ; mais la transfusion ayant seulement pour but de suffire pendant quelques instants à l'entretien de la vie pour permettre à l'organisme de réparer ses pertes, l'objection ne mérite pas même une réfutation.

Autre objection. — Le sang d'un individu diffère toujours assez du sang d'un autre individu pour ne pouvoir être transfusé sans de grands dangers pour celui qui le reçoit. — Et les treize cas de guérison ? Et les nombreuses expériences chez les animaux ?

Mais voici une troisième objection.

Chez les animaux, dit M. Monneret, toutes les transfusions réussissent. — Voyez la page 217 et suivantes du tome III du *Traité de Physiologie* de M. le professeur Bérard pour rectifier cette erreur.

C'est à cela que se réduisent les motifs qui portent M. Monneret à proscrire à tout jamais la transfusion. Nous avons déjà fait observer qu'il était fort à regretter que ces motifs ne l'eussent pas frappé plus tôt. En effet, non-seulement M. Monneret a opéré une transfusion par un procédé hasardeux, mais encore il nous paraît l'avoir pratiquée dans un cas où elle était loin d'être *formellement indiquée,* comme il le dit dans un passage de sa note.

La transfusion, quoique nous la croyions moins dangereuse que M. Monneret, doit, suivant nous et suivant la presque totalité des médecins éclairés, être réservée pour les cas de danger imminent, suite d'une perte rapide de sang. C'est dans ces cas surtout qu'elle a produit d'admirables succès. Mais pratiquer la transfusion dans des cas de maladies chroniques, où la cause de l'anémie est constamment présente et continue d'agir, dans des cas de scorbut surtout, et bien plus, dans des cas où une mort prochaine ne menace pas les malades, c'est abuser d'un moyen extrême que ses plus grands partisans s'abstiendraient de mettre en pratique dans de telles circonstances.

Or, toutes ces circonstances étaient réunies chez la malade de M. Monneret ; car il nous est impossible d'admettre qu'une femme atteinte d'une maladie chronique pendant la vie, et dont le cadavre *était chargé de graisse* (ce sont les expressions de M. Monneret), fût en danger de mort imminente avant l'opération.

— L'Institut a entendu un rapport de M. Valencienne dont nous extrairons quelques passages intéressants.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MONNERET.

Observation et réflexions dans un cas de transfusion.

Voici le travail que M. Monneret a lu mardi à l'Acadé-

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

N° 28. (Desault.) La fracture existe sur le pariétal droit, vers son angle supérieur et postérieur ; la table externe a subi dans ce point une perte de substance triangulaire près de laquelle on a appliqué une couronne de trépan ; on y remarque en outre une fêlure circulaire qui occupe la moitié antérieure et interne de la perforation. A la face interne du crâne, dans le point correspondant à la fêlure de la table externe, on trouve dans une partie la table interne complétement détachée ; dans l'autre, au contraire, les fibres ont plié, les deux lames de tissu compacte, sont plus éloignées l'une de l'autre que dans l'état normal ; cet écartement est de près d'un centimètre. L'os a manifestement plié à sa circonférence, et on voit que la portion des fibres osseuses qui ne se sont pas rompues est peu considérable. M. Denonvilliers, dans sa description des pièces, a fait suivre cette observation d'un très bon exposé du mécanisme d'après lequel cette lésion a dû se produire.

N° 28 *a.* (M. Colson.) Cette pièce a la plus grande ressemblance avec la précédente, et n'en diffère que par une plus grande étendue de la lésion. Cette fracture a été produite par une pierre dans un éboulement ; elle occupe la partie postérieure et inférieure de l'occipital gauche. Il existe une fêlure circulaire de la table externe avec enfoncement peu considérable. Deux couronnes de trépan ont été appliquées ; et, comme ici la fêlure externe est complète et circulaire, on retrouve à la face interne, dans les trois quarts inférieurs de la circonférence de la fracture, la table interne complétement détachée ; le diploé est à nu, tandis que l'autre partie est pliée comme dans le fait de Desault, et l'espace qui sépare les deux lames de tissu compacte se trouve augmenté. Deux couronnes de trépan ont été appliquées sans succès. (*Comptes-rendus de la Société de chirurgie*, p. 56. — 1848.)

N° 29. (Lassus.) Voûte du crâne donnée sans renseignements, et sur laquelle existe une large perforation de la moitié droite du coronal ; sur la demi-circonférence antérieure de cette ouverture, on a appliqué quatre couronnes de trépan.

N° 29 *a.* (M. Denonvilliers.) J'ai cru devoir rapprocher cette pièce des précédentes, quoiqu'elle n'appartienne pas complétement à la même catégorie de faits.

Ce crâne a été pris sur un jeune homme qui avait reçu un coup de feu tiré de haut en bas. La balle avait labouré les parties molles et fait à la partie postérieure et droite du crâne une plaie en gouttière de 3 à 4 centimètres de longueur. Plus de quinze jours se passèrent sans accident ; mais une diminution de la sensibilité et de la motilité survenue dans le côté gauche décida M. Denonvilliers, vers le vingt-cinquième jour, à appliquer un couronne de trépan dans le point où la balle avait frappé. A l'extérieur du crâne, il n'existe sur cette pièce aucune trace de fracture. Au moment où la pyramide fut retirée, il sortit par le trou qu'elle avait fait une assez grande quantité de liquide sanguinolent ; et après quelques tours de trépan, l'opérateur fut très étonné de voir l'os céder avant que l'opération fût complétement terminée. La rondelle ainsi détachée est formée par la table externe seule ; il s'échappa alors une quantité considérable du liquide déjà indiqué, au sein duquel se trouvait une pièce d'os mobile formée par la table interne fracturée et complétement détachée de l'externe. Cette pièce osseuse, que l'on peut voir sur ce crâne, représente un carré long. Pour en faciliter l'extraction, elle fut divisée en trois fragments. Le malade succomba le dixième jour à une méningo-encéphalite. Le crâne a été présenté à la Société de chirurgie dans sa séance du 23 août ; et voir, pour les détails de l'observation, le *Compendium de Chirurgie*, tome II, page 573.

QUATRIÈME ESPÈCE. — *Fracture du crâne avec perte de substance ou grand fracas.*

Dans une quatrième espèce, M. Denonvilliers a classé les fractures avec perte de substance ou grand fracas des os : ce sont les nos 30, 31, 32, 33, 34 et 35. Toutes ces fractures ont un caractère commun, la perte d'une portion variable des os du crâne.

Des six pièces que je viens d'énumérer, sur les trois premières la lésion siége à la partie antérieure du crâne ; c'est le coronal principalement sur lequel la fracture a porté, et, dans toutes trois, c'est sur le côté gauche ; mais l'étendue de la lésion est bien différente. Sur les trois dernières pièces, à savoir, les nos 33, 34 et 35, c'est la partie postérieure qui est le siége de la lésion, et, chose remarquable, c'est au côté droit qu'elle a le plus d'étendue, et, sans être bornée exclusivement au pariétal, c'est lui qui, dans ces trois pièces, a eu le plus à souffrir.

N° 30 (Desault). Sur ce crâne la fracture est avec perte de substance, de la largeur d'une pièce de cinq francs ; elle est située au côté gauche, au niveau de l'angle antérieur et inférieur du pariétal. C'est le coronal qui a été brisé, et, selon toute probabilité, la fracture a été produite par un mécanisme analogue à celui des pièces de l'ordre précédent ; le fragment a été enfoncé en dedans ; la table interne aura plié, car elle nous offre une perte de substance d'une étendue plus considérable que l'externe. Deux couronnes de

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre ; 2 et 9 octobre.

n'y avais ren[illegible]
jeune C[illegible]es. Ce qu'[illegible]pos du fait de transfusion que
[illegible]épitation [illegible] dans notre avant-dernier numéro.
monaire [illegible]

[illegible]s est beaucoup occupé à une certaine époque de la transfusion du sang. Elle a été pratiquée de nouveau dans ces dernières années avec des résultats divers; mais les opérateurs, en donnant toute leur attention au procédé opératoire, ont négligé pour la plupart d'aborder les discussions importantes que soulèvent les questions de pathologie humérale qui en sont inséparables; et cependant c'est à ce point de vue physiologique et médical qu'il faut se placer si l'on peser en connaissance de cause les avantages et le danger de la transfusion. En publiant les remarques qui m'ont été suggérées par un fait de ce genre que j'ai eu occasion d'observer récemment, je me propose surtout de mettre les praticiens en garde contre les décevantes illusions qui se rattachent encore à la transfusion du sang, et de faire valoir les arguments scientifiques d'après lesquels je crois devoir prescrire cette opération. Je vais d'abord présenter le récit fidèle et circonstancié de la maladie contre laquelle j'ai voulu diriger ce traitement hasardeux.

Une jeune femme, âgée de vingt-huit ans, nommée Blandine (Palmire), qui habitait depuis plusieurs années Paris, où elle était en service, entra à l'hôpital Saint-Antoine, à la salle Sainte-Cécile, n° 17, le 4 octobre 1851, avec tous les symptômes d'une anémie portée à un degré extrême et compliquée des signes du scorbut.

Dans son enfance elle avait des épistaxis abondantes et rapprochées, qui diminuèrent à partir de l'âge de dix-huit ans, époque où les règles s'établirent sans aucune espèce d'accidents. A vingt et un an elle contracta une pneumonie qui fut traitée par deux saignées générales, et une application de sangsues et de vésicatoires. Dans la convalescence de ce mal, elle aperçut pour la première fois sur les membres et le tronc des taches pourpres qui se dissipèrent au bout de quelques semaines. Les règles, un instant dérangées, reparurent ensuite régulièrement durant une année. A cette époque, une métrorrhagie assez abondante survint sans cause connue, dura un mois, et produisit une très grande faiblesse. Elle reparut plusieurs fois pendant les six dernières années, et le nombre des épistaxis qui, persistaient toujours, augmentait dans l'intervalle des règles, comme si ces deux hémorrhagies se suppléaient l'une l'autre. L'écoulement sanguin ne pouvait être rapporté ni à une fausse couche, ni à une grossesse antérieure; les renseignements fournis par la malade et l'exploration ultérieure des organes génitaux ne laissèrent aucun doute sur ce point. Toutefois, le tissu glandulaire des mamelles était hypertrophié, mais ne sécrétait aucune quantité de lait.

On chercherait vainement dans l'hygiène les causes de l'altération du sang. L'alimentation a toujours été bonne, suffisante, l'habitation salubre. La malade a résidé au Havre pendant six ans, et c'est à cette époque que la pneumonie, la métrorrhagie et les taches scorbutiques se sont manifestées pour la première fois.

Elle n'a jamais éprouvé de dérangements notables dans les fonctions digestives. La diarrhée, qui était assez fréquente, ne persistait que sept à huit jours et ne tardait pas à être remplacée par un état contraire de l'intestin, surtout pendant la durée des métrorrhagies.

Tel était l'état de la malade au moment de son entrée dans mon service. Il n'y avait plus depuis longtemps d'autre hémorrhagie que celle qui se faisait par l'utérus; elle était constituée par un suintement rosé peu abondant, qui durait depuis un mois et qui avait plutôt les caractères d'une métrorrhagie active.

Le 5 octobre, je fus frappé tout à la fois de la décoloration excessive de la peau et des membranes muqueuses et de l'embonpoint que présentait la malade. Les parties charnues, nullement œdématiées, offraient au doigt une résistance qui rappelait la turgescence que l'on rencontre chez un certain nombre de chlorotiques. Les gencives et la muqueuse buccale, décolorées, ne laissaient voir ni ramollissement, ni tartres scorbutiques; sur tout le corps étaient à peu près également disséminées de nombreuses taches vermeilles et noirâtres de petite dimension, à contour déchiqueté et tout à fait identiques à celles du scorbut. D'autres, plus larges, noirâtres, de 3 à 4 centimètres, constituaient de véritables ecchymoses bleuâtres; les unes sont cutanées, les autres se continuent avec des indurations plus profondes évidemment dues à des hémorrhagies intra-musculaires et sous-cutanées. Les ecchymoses scorbutiques sont en plus grand nombre sur les membres que sur la poitrine et le ventre.

Les sens et l'intelligence étaient un peu affaiblis, troublés, comme dans l'anémie; le sommeil presque nul; agité, interrompu par des plaintes continuelles poussées sans motifs; faiblesse musculaire si grande que les moindres mouvements pour boire ou pour changer de place déterminaient une syncope. La température de la peau du tronc et des extrémités dépassait notablement celle de l'état normal. Le pouls précipité, à 112, très faible dans la radiale, tandis que les artères carotides étaient vivement soulevées à chaque diastole; souffle intermittent dans les vaisseaux exclusivement; reflux dans les veines jugulaires externes, qui sont petites et distendues par le sang. Battements du cœur faibles, accompagnés d'un bruit de souffle systolique très léger.

Tous les viscères jouissaient de l'intégrité la plus complète; l'appétit était presque nul, la soif vive; il existait de la constipation, du météorisme; l'urine était pâle, anémiée.

Le lendemain, 6 octobre, malgré le traitement tonique, qui consistait dans l'emploi du vin de Bordeaux, de quinquina, des acides minéraux, des bouillons et des potages, l'état général et local s'était aggravé. La pauvre anémique avait été prise, dans la soirée, d'une syncope à la suite de laquelle elle avait vomi de la bile et tous les aliments. Quoique ayant conservé toute sa lucidité d'esprit, elle s'agitait sans cesse dans son lit, se plaignait d'étouffer, et, en effet, elle respirait avec rapidité, 48 à 52 fois par minute, et soupirait continuellement. Le pouls radial, presque insensible, battait 154 fois par minute. Voici les autres symptômes observés: météorisme médiocre; soif vive, incessante; vomissements répétés; rate volumineuse; urine pâle; suspension de la métrorrhagie. — Mêmes toniques; potions stimulantes avec ammoniaque et les eaux distillées de cannelle, de menthe.

Le 7 octobre, la malade ressemblait à un cadavre; les symptômes indiqués plus haut s'étaient encore accrus, et la mort était imminente. C'est en présence d'un spectacle aussi douloureux, en voyant menacée d'une mort prochaine une femme jeune encore et qui n'avait aucune affection incurable, que je me demandai s'il ne fallait pas tenter un effort suprême et essayer un de ces traitements hardis qui recèlent le dernier espoir des médecins; mais il fallait, avant tout, être bien sûr que l'anémie n'était ni causée, ni entretenue par une de ces lésions viscérales qui sont au-dessus des ressources de l'art. Après un examen approfondi de toutes les fonctions, et malgré les difficultés qu'opposait au diagnostic l'affaiblissement extrême de la malade, j'arrivai à cette conviction que les épistaxis, la métrorrhagie, les taches et les ecchymoses scorbutiques n'étaient point la cause de l'anémie. Ces diverses hémorrhagies me parurent se rattacher elles-mêmes à une altération primitive et spontanée du sang, dont elles n'étaient que le symptôme. Ces déperditions lentes, répétées de sang, qui remontaient à la première enfance, avaient peut-être, en modifiant la nutrition, préparé graduellement et à la longue cette anémie irrémédiable que j'avais sous les yeux.

Sans pénétrer plus avant dans la discussion que pourrait soulever ce point de diagnostic, je dirai seulement que l'étude récente des altérations du sang prouve d'une manière péremptoire que la maladie du sang qui fait l'anémie est tout à fait distincte de celle qui détermine les hémorrhagies. La première est, comme chacun le sait, la maladie de l'élément globulaire; la seconde consiste dans la lésion des quantités de fibrine: par conséquent, si la diathèse hémorrhagique a amené à la longue une altération telle de la nutrition que l'élément globulaire a été lui-même attaqué à son tour, on ne doit, dans tous les cas, voir dans ces deux altérations du sang qu'une complication et non l'effet d'une maladie sur l'autre.

Quoi qu'il en soit, l'altération du sang était primitive, indépendante de toute maladie viscérale; l'embonpoint et la nutrition étaient assez bien conservés; je pensai que la transfusion du sang était formellement indiquée; qu'on gagnerait aussi du temps, et qu'on permettrait à l'estomac de se rétablir assez complétement pour accomplir le travail de la digestion. Tel fut l'avis de plusieurs collègues. Je confiai au talent de M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, le soin de pratiquer sans retard l'opération.

Elle fut faite le 7 octobre à neuf heures du matin, en présence de M. Barth et des élèves de l'hôpital.

Le procédé suivi par M. Chassaignac fut très simple. L'extrémité d'une seringue à hydrocèle fut introduite dans la veine céphalique gauche, et maintenue par une ligature; une autre fut placée sur le bout inférieur du vaisseau, dans la crainte d'une hémorrhagie. Le liquide que je fis injecter fut du sang défibriné, ou, en d'autres termes, de la sérosité du sang avec les globules et les éléments qu'elle tient en dissolution. Je m'expliquerai plus loin sur ce point capital de l'opération. 120 grammes de sérosité furent injectés graduellement, et avec une seule interruption de deux minutes au plus.

La malade resta calme pendant toute la durée de l'injection, et n'éprouva aucune sensation particulière. Le pouls reprit très vite assez de force pour faire dire aux assistants qu'il ressemblait à celui d'un sujet pléthorique.

L'excitation du système vasculaire ne me parut pas devoir être portée plus loin. La malade but avec plaisir un bouillon qui fut bien supporté.

Vers dix heures, la scène changea complétement. Le refroidissement des mains et des pieds, survenu inopinément, nécessita l'application de corps chauds qui ne tardèrent pas à réchauffer la malade; mais à partir de cette époque, elle resta en proie à une grande agitation, continua à se plaindre et à bâiller; puis elle fut prise d'une soif ardente et but successivement deux tasses de bouillon, un demi-pot de limonade vineuse et de bière. Ces boissons furent toutes conservées par l'estomac, tandis que les jours précédents elles étaient presque immédiatement rejetées. Le pouls restait fort, l'intelligence présente. Cependant, peu à peu un affaiblissement graduel survint; le pouls s'anéantit; la malade cessa de se plaindre, et trépassa à la manière d'une femme qui meurt d'une maladie de consomption.

Nécropsie, pratiquée le 9 octobre, 40 heures après la mort, en présence de nombreux élèves.

Le cadavre ne présente aucune trace de décomposition; le même nombre de pétéchies et d'ecchymoses couvrent la surface du corps, qui est chargée de graisse dans toutes les parties.

Le péricarde est vide; le cœur mou, flasque, de dimension naturelle, ne co[illegible]tenant aucun gaz, non plus que les vaisseaux, ainsi que j[illegible]m'en suis assuré d'une manière précise.

Dans l'oreillette [illegible]oite se trouve un caillot petit, mou, rougeâtre, pauvre en fibrine, et en tout semblable à ceux que présentent les cadavres des sujets qui succombent à des maladies très diverses. Le ventricule droit renferme aussi un caillot petit, mollasse, formé, comme le précédent, au moment de la mort. Les cavités gauches sont entièrement vides. A la surface du cœur sont de nombreuses pétéchies; le tissu musculaire a la couleur d'une feuille morte; il est exsangue, et se déchire sous la moindre pression des doigts. La veine cave offre à son entrée dans le cœur un caillot noir et mou, peu volumineux; la veine-cave abdominale est tout à fait vide, ainsi que les autres vaisseaux. Dans la veine céphalique gauche, qui a reçu le sang injecté, existe un caillot fibrineux, pâle, grêle, entouré d'une sérosité rougeâtre, facile à briser, et en tout semblable à un caillot pareil que j'extrais de l'autre veine céphalique. Faible coloration rosée et par imbibition de l'aorte.

J'ai examiné le sang au microscope pendant la vie, et j'ai fait la même étude sur le sang et les caillots après la mort. Je n'apprendrai rien de nouveau à ceux qui sont familiarisés avec les études microscopiques, en disant que les globules et la fibrine ne m'ont offert aucune altération spéciale.

D'anciennes adhérences avaient oblitéré incomplétement

---

trépan ont été appliquées, l'une sur le frontal, l'autre sur le pariétal.

N° 31 (Larrey). Crâne ayant appartenu à un blessé de la bataille d'Essling. La fracture a été produite par un coup de feu. La balle a frappé au côté gauche, directement au-dessus de l'angle orbitaire externe de l'os malaire; elle a brisé dans ce point le coronal, qui présente une ouverture arrondie de 22 millimètres de diamètre. L'apophyse orbitaire externe est fracturée au niveau de son articulation, ainsi que la portion externe du coronal qui forme la voûte orbitaire; elle est, en outre, déprimée vers la cavité oculaire. La balle, s'étant arrêtée sur la dure-mère, a pu être extraite. M. Larrey avait cru à un écartement des sutures; mais on ne trouve rien sur la voûte crânienne qui puisse le faire croire. (*Voir*, pour les détails, l'ouvrage publié par M. Denonvilliers, page 44.)

N° 32 (M. Bouchacourt). Ce crâne a appartenu à un homme de trente-deux ans; la lésion a été produite par les éclats d'une boîte d'artifice trop fortement chargée. Ce n'est que le trente-deuxième jour après l'accident, malgré le désordre considérable que présente la tête, que le malade mourut. Les symptômes et les lésions cérébrales sont du plus grand intérêt; mais le cadre que je me suis tracé ne me permet pas de les consigner ici. Je renvoie, pour ces détails, à l'observation qui a été publiée dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 1838, page 13.

Les os nous présentent les altérations suivantes: La lésion existe du côté gauche; elle n'est pas seulement bornée au crâne, elle s'étend même à la face. Presque toute la moitié gauche du coronal a été enlevée; par conséquent la voûte orbitaire de ce côté manque à peu près complétement, à l'exception cependant des petites ailes du sphénoïde qui sont intactes. L'os maxillaire supérieur a été fracturé en dedans de son articulation avec l'os malaire, et parallèlement à cette articulation. La grande aile du sphénoïde est parcourue par plusieurs fissures qui se prolongent jusqu'au trou maxillaire inférieur. Je néglige avec intention de rapporter plusieurs autres fractures qui n'ont rien de bien intéressant. Outre ces solutions de continuité récentes, on remarque sur la mâchoire supérieure des lésions anciennes.

N° 33 (J. Cloquet). Crâne sur lequel existe, au niveau de la bosse pariétale du côté droit, une fracture ovalaire avec enfoncement des os du crâne; elle a près de 9 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 4 dans son diamètre vertical. Cette portion osseuse, ainsi circonscrite, est complétement détachée dans sa circonférence inférieure, et même enfoncée; mais à son bord supérieur la fracture est moins complète. Dans certains points elle occupe les deux lames, tandis que, dans d'autres, elle n'occupe que la lame externe, le diploé; la lame vitrée est pliée. C'est surtout à sa partie postérieure que cette disposition s'observe. La portion d'os ainsi détachée est elle-même brisée en plusieurs fragments, et, à sa face interne, le fragment osseux le plus considérable présente une fêlure qui n'occupe que la table interne. De l'angle postérieur part une fracture linéaire qui, traversant la suture lambdoïde, se propage sur l'occipital dans une longueur de 4 centimètres; de l'angle antérieur part une autre fracture linéaire avec écartement assez considérable, qui va se terminer à l'angle antérieur et inférieur du pariétal.

N° 34. L'étendue de la lésion sur ce crâne est considérable; au milieu de la suture sagittale il existe une fracture ovalaire dont le grand diamètre est légèrement oblique; elle intéresse à la fois les deux pariétaux; elle a 9 centimètres dans le sens de son obliquité, et 6 dans son plus petit diamètre. La fracture n'est pas complète pour le pariétal droit; dans ce point elle ne s'étend pas au delà du diploé; la table interne a seulement plié pour se prêter au déplacement de la portion opposée; le fragment osseux, ainsi circonscrit et comprenant dans son centre la suture intra-pariétale, est lui-même brisé en trois fragments.

De ce point central partent deux fractures, dont l'une descend perpendiculairement en arrière en disjoignant le reste de la suture sagittale; elle traverse la suture lambdoïde, divise la portion écailleuse et droite de l'occipital pour aller se terminer au niveau de la fosse condylienne de ce côté. La seconde, divisant le pariétal en deux moitiés inégales, va se terminer sur la suture écailleuse du temporal. Malgré tous ces désordres, les os nous démontrent que le malade a pu vivre encore quelque temps.

N° 35. La fracture que l'on observe sur ce crâne a également une étendue considérable; les os qui en sont le siége sont en partie soudés et cicatrisés. Cette pièce, qui vient de l'ancienne Académie de chirurgie, nous offre une réunion de fracture avec des écartements considérables. Je vais les résumer brièvement, en renvoyant pour plus de détails à la description donnée par M. Denonvilliers, page 53. La ligne médiane du crâne a, en grande partie, supporté cette vaste lésion; la suture sagittale est complétement disjointe dans ses trois quarts postérieurs; dans certains points le pariétal gauche a dû même subir des pertes de substance; l'occipital est divisé verticalement sur la ligne médiane avec un grand écartement du bord de la fracture; le pariétal droit est également fracturé et soudé, ainsi que le coronal de ce côté. L'os, qui est très mince, présente à sa face interne de nombreux pertuis dus à sa grande vascularisation, ainsi que des productions osseuses nouvelles.

Cinquième espèce. — *Ecartement des sutures.*

Le Musée n'en compte que trois exemples; savoir: les n° 36, 37 et 38, desquels on peut rapprocher les n° 31 et 35 déjà décrits, ainsi que la pièce n° 41. Il est facile de comprendre que cette lésion dans la contiguïté du système osseux doit toujours être accompagnée d'une seconde lésion dans la continuité. La détermination de l'espèce peut alors offrir quelque difficulté, qui consiste dans l'appréciation de la lésion principale. Depuis la publication des maladies des os faite par M. Denonvilliers, le nombre des pièces avec disjonctions des sutures ne s'est pas augmenté.

deux cavités pectorales; les deux poumons, grisâtres, ...ment privés d'air et de sang, ne crépitaient plus et ...ient la sensation d'un corps mou qui se laisse facilement déchirer; ils rappelaient par leur couleur et leur consistance les poumons qui ont été comprimés pendant longtemps par un épanchement; la sérosité qui s'écoulait à la pression était incolore et ne renfermait point d'air; à peine était-elle rougie par un peu de sang. Nulle part de trace d'emphysème, d'hémorrhagie ou d'induration d'une autre nature.

Le cerveau est pâle; sa consistance augmentée. L'estomac, distendu par des gaz et des liquides, est couvert de nombreuses pétéchies à sa face interne. L'intestin, d'un blanc mat, renferme une matière séro-bilieuse abondante; ses vaisseaux sont invisibles.

L'épiploon et le mésentère sont chargés de graisse; le foie, les reins, les ganglions du mésentère privés de sang. La rate, presque triple, conserve sa consistance et sa couleur naturelles; aucune trace d'hémorrhagie dans son tissu.

L'utérus et son col étaient sains; leur cavité remplie par un caillot petit, rougeâtre, dense, qui se prolongeait par deux cornes dans l'orifice interne de chaque trompe. L'ovaire gauche avait la grosseur d'un œuf de poule et renfermait trois kystes; le plus volumineux pouvait contenir une noix; sa cavité était pleine d'un sang noir fluide; dans les deux autres, beaucoup plus petites, se trouvaient deux caillots sanguins plus résistants; ces trois kystes n'étaient autre chose que les vésicules de Graef; plusieurs autres renfermaient de la sérosité; le tissu de l'organe était en outre infiltré de sang. L'autre ovaire était sain.

Remarques. — Toutes ces lésions cadavériques, sans exception, appartiennent à l'anémie, qui était parvenue à un degré qu'il est rare d'observer. Il est impossible d'y découvrir une altération que l'on puisse attribuer à la transfusion. Je craignais que quelque hémorrhagie ne se fût produite dans le poumon ou dans un autre viscère; il n'y avait rien de semblable. J'ai vainement cherché dans le cœur et les gros vaisseaux les concrétions fibrineuses qui se forment pendant la vie et qui, arrêtant la circulation, auraient déterminé la mort; il n'en existait nulle part. Faut-il donc rapporter la promptitude avec laquelle la mort a eu lieu aux pogrès de l'anémie, qui était arrivée à son terme le plus extrême? La transfusion y est-elle pour quelque chose? C'est à ces deux questions que je vais répondre, sans la moindre réticence et comme il convient de le faire à des hommes qui se placent uniquement au point de vue de la science.

Je dois d'abord faire remarquer qu'il ne s'est manifesté, pendant l'opération et immédiatement après, aucun de ces phénomènes redoutables qui attestent une grave perturbation dans l'organisation, et que l'on trouve indiqués dans la relation d'un certain nombre de faits du même genre. Les symptômes furent, au contraire, assez favorables pour faire croire au succès de l'opération; l'affaiblissement graduel, les plaintes, l'agitation, le collapsus et l'anéantissement de la circulation étaient les mêmes symptômes que ceux qui avaient été observés chez la malade les jours précédents; on peut donc *soutenir* qu'ils n'étaient, en définitive, que le résultat de l'anémie, et que telle est la seule cause de la mort. Je ne crois pas devoir me ranger à cette opinion, qui a été émise et défendue par plusieurs de mes confrères. Le mélange de deux sangs, ou plutôt la pénétration plus intime de ce liquide dans le parenchyme et dans le système nerveux, loin d'y avoir produit une stimulation favorable à l'accomplissement des fonctions, me paraît les avoir stupéfiées, et j'en dirai plus loin la cause.

On peut objecter que le procédé opératoire est défectueux et qu'il est la cause principale de l'insuccès que j'ai subi; il est donc nécessaire d'insister sur ce point essentiel dans l'histoire de la transfusion. Voici comment j'ai opéré. J'ai extrait 400 grammes environ de sang à un jeune homme âgé de vingt ans qui se plaignait de pesanteur de tête; sous tous les autres rapports, il jouissait d'une santé parfaite. Le sang, reçu dans une palette dont la température avait été élevée à 40° centigrades, fut soumis au battage jusqu'à ce que la fibrine se fût séparée. Le sang ainsi défibriné fut passé à travers un linge et introduit, dans un état de fluidité parfaite, à une température de 38° centigrades, dans la veine céphalique. Celle-ci reçut 120 grammes de sang. Ainsi donc j'ai, après mûres réflexions, transfusé non pas le sang, mais la sérosité du sang avec l'albumine, les sels et les globules.

Les travaux anciens et récents des physiologistes ont mis hors de doute l'action vivifiante des globules sanguins. Ils ont établi que c'est la richesse plus ou moins grande du sang en globules qui détermine le degré de force et d'activité fonctionnelles. Hunter l'a formellement reconnu, et les expériences de MM. Prevost, Dumas, Dieffenbach et Bischaoff ont prouvé que l'injection de la sérosité avec les globules suffit pour rendre la vie aux animaux qui vont succomber. Les recherches plus récentes encore de M. Brown-Séquart sont confirmatives de ces expériences. Enfin, Muller conseille très expressément, dans les cas où l'on juge la transfusion indispensable, d'employer du sang défibriné. « Les globules, dit-il, n'ont subi aucun changement, le sang demeure complétement fluide, et on évite ainsi la principale difficulté de la transfusion, la facilité avec laquelle le sang se coagule en passant d'un sujet dans un autre. » (*Manuel de physiologie*, t. I, p. 113.)

J'ajouterai quelques autres considérations à celles qui ont été présentées par le célèbre physiologiste dont l'autorité est *toute-puissante* pour moi.

Dans les divers procédés que l'on suit pour opérer la transfusion, on cherche par tous les moyens possibles à ne faire pénétrer que du sang fluide. Tantôt on fait tomber ce sang dans une palette échauffée, et on vient l'y puiser avec une seringue; tantôt on le reçoit à la sortie de la veine, et on l'injecte immédiatement avec un instrument semblable à la seringue du docteur Hundell. Ce dernier procédé est le seul auquel on doive recourir. Quel que soit celui qu'on adopte, il faut savoir que le sang cesse de posséder ses propriétés normales dès qu'il a abandonné le vaisseau qui le renfermait. La fibrine n'est plus dans son état de dissolution parfaite. Elle commence immédiatement à se séparer sous forme d'un liquide blanc et brillant. On ne l'aperçoit pas encore à l'état solide et sous la forme d'un caillot limité et distinct qu'elle prendra plus tard; elle ne constitue alors qu'un vaste réseau aussi volumineux que le sang lui-même, parce qu'il n'est pas encore contracté et réduit à sa plus petite dimension; mais on peut affirmer que cette propriété si remarquable qu'a la fibrine de se contracter existe dans les gouttelettes de sang qui vient de sortir du vaisseau. Je l'ai constatée pour ma part un assez grand nombre de fois dans le sang et dans la fibrine qui était tenue en dissolution dans la sérosité limpide que je retirais de la poitrine par la thoracentèse. Il est facile de comprendre le danger auquel expose cette solidification rapide que rien ne peut faire éviter, si ce n'est le battage opéré avec le sang extrait de la veine. Cette fibrine, en passant dans les vaisseaux, ne tarderait pas à y provoquer des obstructions mortelles. Les morts subites attribuées par les auteurs à la pénétration de l'air dans les vaisseaux me paraissent dépendre de cette cause.

En défibrinant le sang, on se prémunit contre ce funeste accident, mais on ne fait encore pénétrer dans les vaisseaux qu'un sang altéré. C'est là une grave objection que l'on peut diriger contre le procédé que j'ai suivi; cependant, il faut reconnaître que la sérosité et les globules possèdent des propriétés vivifiantes incontestables et que l'élément globulaire est moins susceptible de s'altérer que la fibrine. On a même prétendu qu'il restait longtemps intact; mais cette assertion ne me paraît pas fondée; j'ai vu avec tous les micrographes qu'une goutte de sang ne peut pas être séparée de son vaisseau sans qu'à l'instant même les globules ne s'altèrent. Le mouvement, les dissolutions salines et sucrées et quelques autres substances les mettent à l'abri de ces altérations pathologiques; mais il est impossible de songer à employer de tels agents pour la transfusion. Lorsqu'on retire la fibrine du sang, les globules ne subissent pas une altération plus marquée que si l'on employait du sang pur et avec ses divers éléments. J'étais donc fondé à me servir de ce sang, qui en définitive était moins altéré que celui que l'on injecte d'ordinaire, puisque je me débarrassai de la fibrine, dont la présence a tant d'inconvénients. La liqueur du sang dont j'ai fait usage n'était pour moi qu'une sorte d'agent momentané de stimulation, et je ne l'ai jama... ...ne est en effet parfaitement justifiée présentation exacte du sang contenu ... ...phique du règne organique sur ... fait général parfaitement

Ce qui rendra toujours la transfusion du ... êtres vivants par le tion antiphysiologique, ce n'est pas seulement par... ...tes que introduit un sang dont les globules et la fibrine et probablement d'autres principes immédiats sont altérés, mais parce qu'on ajoute à un organisme un liquide qui a été élaboré, modifié, préparé par un organisme qui ne ressemble pas à l'autre. Il y a dans le sang autre chose que de l'albumine, de la fibrine, des globules, des propriétés physiques, chimiques et microscopiques: il possède une vie propre. Les remarques pleines de sagacité que l'on doit à Hunter sur ce sujet en disent plus que toutes les dissertations auxquelles on pourrait se livrer.

Ainsi, tout en considérant comme très légitimes les efforts qui ont été tentés pour rendre la vie à l'aide de la transfusion, je ne puis m'empêcher de dire qu'un médecin hésitera toujours à la pratiquer lorsqu'il se rappellera que le sang dont il va faire usage pour rendre la vie est un sang privé de vie, altéré, le cadavre du sang normal; il pensera que ce sang étranger n'a avec les nouveaux organes qui vont le recevoir aucun rapport d'origine, de sensibilité; enfin qu'il ignore entièrement si ce liquide pourra être supporté sans accidents par les nouveaux vaisseaux qui sont forcés de l'accepter. Mais, dira-t-on, cette opération a réussi dans un certain nombre de cas: lorsqu'on examine de près et en remontant aux sources les faits cités par les auteurs; lorsqu'on se débarrasse des interprétations fournies pour expliquer les insuccès et que l'on juge avec impartialité, on trouve alors que, même dans les cas où la guérison a eu lieu, il n'est pas certain qu'elle ait été produite par la transfusion. En effet, on est frappé tout d'abord de la minime quantité de sang qui a été injectée chez les malades guéris, et l'on se demande si on doit la considérer comme la cause du rétablissement. Tout au plus peut-on dire qu'elle n'a pas été nuisible chez un certain nombre de malades qui auraient guéri si on avait compté davantage sur les ressources offertes par la nature. Pour que la transfusion déterminât une résurrection incontestable, il faudrait que la quantité de sang injectée fût assez grande pour remplacer le liquide absent. Or, c'est ce que l'on n'a jamais fait. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les remarques précédentes ne s'appliquent qu'à l'homme et non aux animaux, chez lesquels toutes les espèces de transfusion réussissent.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

Convulsion partielle soulagée par la belladone.

La nommée Derinck appartient à la classe ouvrière aisée; elle est âgée de vingt-deux ans, et habite le village d'Halluyn (Belgique). Sa mère nous raconte que son enfant, à l'âge de douze ans, fut atteinte de convulsions cloniques générales occasionnées par une forte frayeur. Le médecin appelé pour lui procurer ses soins eut recours à des déplétions sanguines répétées et abondantes. Le traitement fut long et la maladie rebelle. Après quelques années de souffrances, la convulsion, au lieu d'être générale, finit par ne plus atteindre que le côté droit du corps, et eut lieu à la moindre émotion. Celles-ci se répétaient fréquemment, parce que l'enfant était nerveux et gâté de ses parents.

A chaque année à la saison du printemps, la malade, obligée de tenir le lit pour plusieurs semaines, eut des redoublements d'accès convulsifs.

La menstruation, chez la nommée Derinck, s'est déclarée à l'âge de seize ans; depuis cette époque elle a toujours été régulière, mais presque imperceptible; aussi, à chaque époque menstruelle, les phénomènes morbides redoublent en intensité.

C'était dans le courant du mois d'août 1845 que je vis la malade pour la première fois; elle tenait alors le lit depuis six semaines, et la dernière époque menstruelle datait de treize jours; les convulsions alors étaient bornées au côté droit de la figure (elles étaient cloniques) ainsi qu'au bras droit, duraient à peu près dix minutes et se répétaient presque de demi-heure en demi-heure. Quelquefois le membre in

---

L'écartement des sutures dans les trois pièces décrites sous les nos 36, 37 et 38, a été observé sur des crânes d'adultes, chez lesquels la soudure des sutures devait être par conséquent assez avancée. Cette disposition est surtout très évidente pour les deux premiers. Ces crânes nous offrent encore un caractère commun; c'est que sur les trois, la lésion porte spécialement sur la suture sagittale; elle est accompagnée de fractures, et l'on peut remarquer que la disjonction des os est d'autant plus considérable que la fracture est plus étendue; il est facile de comprendre qu'il en devait être ainsi, le crâne formant un sphéroïde creux composé de plusieurs os; il ne peut y avoir d'écartement possibleentre eux sans solution de continuité.

N° 36 (Larrey). Crâne d'un jeune chasseur qui, à l'hôpital du Gros-Caillou, dans un accès de délire, s'est jeté d'un second étage sur le pavé. L'occipital dans sa partie écailleuse est brisé en plusieurs fragments; les deux pariétaux, dans leur partie postérieure, sont également fracturés d'une manière linéaire à gauche. L'écartement des bords de cette fracture est considérable.

La suture sagittale est écartée, disjointe dans ses quatre cinquièmes antérieurs; son cinquième postérieur, compris entre les deux fractures du pariétal, n'est pas sensiblement écarté; la suture fronto-pariétale est également disjointe dans toute son étendue avec écartement d'un demi-centimètre.

N° 37. La lésion est moins étendue que dans la pièce précédente; elle est bornée à la moitié antérieure de la suture sagittale et à la suture fronto-pariétale gauche dans une étendue de 3 centimètres; dans ce dernier point, on a appliqué une couronne de trépan. De chacune des extrémités de cet écartement des sutures part une fracture; celle de l'angle antérieur, qui est plus considérable et avec grand écartement, occupe le frontal du même côté; celle de la partie postérieure, linéaire, peu considérable, d'une longueur de 3 centimètres, occupe le pariétal droit et nous offre dans un point un exemple de fissure incomplète des os occupant la table interne.

N° 38 (Desault). Il existe sur ce crâne une disjonction de la suture sagittale dans toute sa longueur; l'écartement est assez considérable, surtout à la partie moyenne. A l'extrémité postérieure de cette suture, on voit une fracture de l'occipital. Le coronal est le siége de trois fêlures; on en observe une quatrième sur le pariétal droit; trois couronnes de trépan ont été appliquées, deux sur le coronal près de la suture sagittale, une troisième sur le pariétal gauche.

Sixième espèce. — *Fractures de la base du crâne.*

Ces pièces sont au nombre de huit, nos 39, 40, 40 *a*, 40 *b*, 40 *c*, 41, 42 et 43; sur les six premières, c'est le rocher qui est le siége de la fracture principale; ce résultat pourrait étonner si l'on ne tenait compte que de l'aspect de cet os, qui est la portion la plus épaisse et qui paraît la plus compacte de la boîte crânienne. Mais son tissu, en apparence très résistant, est au contraire cassant, fragile et de plus il est creusé de nombreuses cavités qui diminuent sa force de résistance; la position du rocher et la direction de sa pyramide, comme l'a très bien fait observer M. le professeur Denonvilliers dans le *Compendium de chirurgie*, peuvent encore contribuer à la plus grande fréquence de ces fractures. Un fait non moins intéressant, c'est qu'elles semblent se produire sous un type très régulier, ou bien elles sont parallèles au bord antérieur du grand axe du rocher, ou bien elles sont perpendiculaires à son axe. Dans le premier cas, nos 40, 40 *a*, 40 *b*, 40 *c*, on est vraiment étonné de la similitude de ces fractures; dans toutes ces pièces le rocher se trouve divisé en deux parties inégales: l'une antérieure, qui ne contient qu'une partie de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe; l'autre postérieure, plus étendue, renferme le canal de Fallope, le conduit auditif interne, l'oreille interne en entier et une partie de l'oreille moyenne. Dans le second cas, nos 39 et 41, il peut arriver, n° 39, que la solution de continuité ait lieu à la base du rocher; ou, comme sur le n° 41, au contraire, vers le sommet, immédiatement en dedans du conduit auditif interne. Il serait curieux de rechercher la cause de ces différences dans la direction de la fracture. Un interne distingué des hôpitaux, M. Bauchet, s'est occupé de cette question, et il est arrivé, je crois, à des résultats assez concluants qu'il se propose de publier plus tard. Mais, si l'on recherche sur ces pièces le lieu probable de la lésion, on trouve pour les nos 40 *a* et 40 *b* que la violence a porté au niveau de la région temporale; la fracture serait alors directe. Pour la pièce n° 41, c'est au contraire la région occipitale qui aurait eu à subir le choc, seulement il aurait porté du côté opposé à la fracture du rocher. Il peut encore se faire, comme sur les pièces nos 40 et 40 *c*, qu'elle soit double, c'est-à-dire qu'elle occupe le bord antérieur des deux rochers, et sur ces deux pièces la solution de continuité du sphénoïde s'est faite au niveau de sa lame carrée. La base du crâne se trouve alors plus ou moins complétement divisée en deux segments, un antérieur, l'autre postérieur.

Les deux dernières pièces, nos 42 et 43, n'appartiennent pas à la même catégorie de faits; celle du n° 42 est relative à une fracture de la lame criblée de l'ethmoïde, très probablement produite par un coup de pointe de sabre qui a passé par les fosses nasales. La pièce n° 43 mérite d'attirer particulièrement l'attention de l'observateur: elle appartient aux fractures par perforation; la lésion a été produite par une baguette de fusil, qui a traversé d'avant en arrière la base du crâne sans avoir déterminé de lésion grave du cerveau. Ce trajet bizarre ne se comprend que difficilement, et un point non moins important à signaler, c'est que l'adhérence du corps étranger aux os est telle qu'il est même encore aujourd'hui par de fortes tractions impossible de le retirer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

n'y avais ren[illegible]; mais alors l'accès était violent jeune [illegible]es. Ce qu'il [illegible] dut être maintenue par plusieurs per- [illegible]épitation [illegible] accès commençait par les muscles de la face, [illegible] plus tard ceux du bras droit; celui-ci était considérablement atrophié, et présentait une rétraction des muscles fléchisseurs des doigts; l'intelligence, peu développée, resta intacte pendant la convulsion, et la malade n'a jamais accusé de céphalalgie.

Le médecin traitant avait eu recours sans succès aux saignées générales, à l'application de sangsues à la vulve et aux antispasmodiques. La malade était exténuée; elle n'avait pas fermé l'œil depuis plusieurs semaines.

Dans ces circonstances, j'eus soin de m'abstenir des antiphlogistiques, parce que la malade était bien loin d'être sanguine. Je prescrivis en pilules 1 grain d'extrait de belladone dans les vingt-quatre heures; les convulsions diminuèrent en intensité, et il y eut quelques heures de repos. Le lendemain on augmenta la dose d'extrait de belladone, et l'amélioration fit des progrès rapides. Au sixième jour de ce traitement elle prenait 3 grains d'extrait de belladone, et les convulsions avaient complétement cessé. Chaque fois que les convulsions, par après, avaient des tendances à reparaître, on parvint à les arrêter par la belladone.

Pour prévenir de nouvelles atteintes, je prescrivis à la malade des exercices modérés, des pilules de fer, à cause du teint anémique et du bruit de souffle que l'on constatait au cœur.

Six mois après la guérison apparente de la malade, j'ai vu la mère, qui assurait que l'état de sa fille était satisfaisant. Depuis cette époque j'ai perdu cette malade de vue, ses parents étant allés habiter les environs de Paris.

Réflexions. — La maladie de la demoiselle Derinck eut pour cause une frayeur, et les premières atteintes étaient générales et cloniques. Il serait curieux de savoir si ces premières atteintes peuvent être considérées comme dues à une véritable épilepsie; les données nous manquent pour résoudre la question. En cas d'affirmative, le fait serait intéressant au point de vue de l'histoire de l'épilepsie; il permettrait de considérer l'épilepsie comme pouvant quelquefois se terminer ou tout au moins être masquée par des convulsions cloniques partielles.

Chez la nommée Derinck, l'atrophie du bras droit, siége de la convulsion partielle, et la rétraction tendineuse des fléchisseurs témoignent d'un dérangement dans l'innervation, qui par sa durée seule faisait supposer une cause profondément enracinée dans l'économie. Une lésion organique quelconque occupant les organes de l'innervation était, à notre avis, la supposition la plus vraisemblable et presque la seule admissible.

Cette lésion organique devenait la raison d'indications urgentes à remplir, et ne pouvait nous réduire à l'inaction, sous le prétexte que l'épine morbide, étant inamovible, ne saurait être atteinte par les faibles ressources dont nous disposons.

S'il s'agissait, par l'administration d'un remède, d'enlever au cerveau un tubercule, un carcinome, il faudrait convenir que la prétention serait absurde; mais, dans les symptômes que le tubercule ou autre production morbide produit, il y a à considérer un autre élément, c'est-à-dire l'irritation de l'organe qui est favorisée par la lésion organique. Un remède quelconque ne pourrait donc avoir d'autre prétention que de réduire au silence une lésion organique, s'il ne parvient pas à la guérir. N'est-ce pas de la sorte que nous traitons plusieurs asthmes, les hypertrophies du cœur, etc.?

L'extrait de belladone dont il a été fait usage provenait des meilleures pharmacies; cette condition mérite attention dans ce sens qu'il y a des praticiens qui prétendent administrer ce médicament à haute dose, et déclarent ne jamais avoir rencontré des phénomènes d'intoxication. Cette sécurité est fallacieuse et pourrait bien donner lieu à de terribles mécomptes, une fois que l'on s'aviserait de puiser l'extrait à une autre source. C'est la raison pour laquelle il est convenable de débuter par de petites doses, et d'augmenter graduellement avec la précaution de bien observer l'effet du médicament.

Dans les maladies nerveuses en particulier, il serait impossible de préciser d'avance la dose que l'on pourra employer, on est même parfois obligé de prescrire des doses à même d'empoisonner une personne saine, précisément parce que la maladie nerveuse neutralise l'effet du médicament, anéantit son action. Celle-ci, une fois qu'elle devient sensible, se substitue aux symptômes morbides; de manière qu'un médicament à une dose donnée guérirait tantôt une personne, et tantôt produirait chez cette même personne des symptômes intoxicants effrayants. (*L'Observateur de Courtrai.*)

DE L'USAGE ET DE L'ABUS

De la belladone dans l'iritis aigu.

Par M. Gerhard.

C'est une pratique universelle que l'emploi de la belladone sur tout œil frappé d'iritis. Elle est même devenue banale au point de se soustraire à la discussion; et beaucoup de médecins, à coup sûr, en usent par routine sans s'être rendu compte des effets directs et indirects qu'ils en peuvent attendre. M. Gerhard ne vient pas en proscrire l'administration. Il avertit seulement de ne point la commencer tant que l'iritis est à l'état aigu; et cela pour deux motifs: d'abord parce qu'elle ne peut vaincre, à cette période, les contractions morbides de l'iris; en second lieu, parce qu'elle a des inconvénients réels.

Il importe donc de distinguer l'état hypersthénique de l'iritis, celui pendant la durée duquel la belladone reste impuissante contre les contractions de la membrane iridienne. Or il se reconnaît à une douleur plus ou moins vive dans le fond de l'orbite, douleur qui revêt la forme pulsative ou celle d'élancements aigus qui se propagent vers le front et les tempes; à la photophobie et au larmoiement; à une fièvre, qui peut cependant manquer, surtout chez des personnes peu sensibles. Ajoutez à ce tableau les signes physiques, décoloration, déformation de l'iris.

Lorsque, au contraire, on voit ces symptômes céder, on peut, sans s'inquiéter du changement de couleur de l'iris, essayer l'intillation d'une goutte de solution de belladone exactement filtrée. Mais, si la douleur que produit cette application se prolonge au delà d'un quart d'heure, il faut en conclure que l'œil est encore trop surexcité, et différer en conséquence de quelques jours la continuation de cette médication.

Beaucoup de praticiens, craignant l'action irritante locale de la belladone, se bornent à l'employer sur le front et la tempe, sous forme de pommade en frictions. Mais comme elle n'agit alors qu'après avoir été absorbée, il en résulte qu'elle produit souvent le narcotisme; et la congestion vers la tête qui accompagne cet état augmente nécessairement l'inflammation de l'œil. D'autre part, la dilatation pupillaire, quand elle est provoquée de cette manière indirecte, demande, avant de se faire un espace de temps assez long.

Entièrement d'accord avec M. Gerhard sur l'irritation locale que produisent les instillations de belladone, et le peu d'effet qu'elles ont pour combattre la contraction iridienne dans la période suraiguë de l'inflammation, nous devons cependant faire une réserve sur ce qu'il dit du narcotisme. Ce serait, ce nous semble, une opinion exagérée, quoique partant de données rationnelles, que de soutenir que l'effet dilatateur de la belladone appliquée près de l'œil ne saurait s'effectuer, si ce n'est par l'intermédiaire d'une intoxication fâcheuse de tout l'organisme. Les praticiens ont trop souvent l'occasion d'observer l'innocuité de cette influence pour se laisser facilement effrayer sur ses suites. — Moins sûre, moins prompte, il est vrai, que l'instillation directe, cette pratique doit donc être conservée justement pour les cas où l'on craindrait les mauvaises suites de l'irritation exercée par le médicament porté sur la conjonctive.

(*Gaz. médicale de Strasbourg.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 octobre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs échantillons d'eaux minérales, de remèdes secrets, de plusieurs états de vaccinations, et enfin de deux rapports sur des épidémies de fièvre typhoïde et de variole, par MM. Famon, médecin à Thérouane (Pas-de-Calais), et Guillotin, médecin à Montmédy.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Huile iodée et huile de foie de morue.

A propos du rapport de M. Guibourt, M. Champouillon informe l'Académie qu'il a obtenu les résultats suivants par l'administration de l'huile de foie de morue chez les phthisiques:

51 malades à la première période, 24 guérisons, pas de décès.
37 malades à la deuxième période, 9 guérisons, 3 décès.
14 malades à la troisième période, 6 guérisons, 4 décès.
75 autres phthisiques traités par l'iodure de fer, l'iodure de soufre, l'iodure de potassium et la teinture d'iode, n'ont éprouvé aucune amélioration.

Sondes coudées.

M. Le Roy proteste contre la réclamation de M. Mercier.

Fièvres intermittentes.

M. Chanavat, de Lyon, adresse un long mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes. Ce travail, non susceptible d'être analysé dans un compte-rendu, est renvoyé à l'examen de M. Gibert.

RAPPORTS.

Etranglements herniaires.

M. Malgaigne lit un rapport sur un mémoire de M. Parise relatif aux étranglements herniaires par un nœud diverticulaire. M. le rapporteur propose de renvoyer le remarquable travail de M. Parise au comité de publication et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. (Adopté.)

Eaux minérales.

M. Boutron-Charlard lit un rapport sur un travail de M. Bouis, professeur de chimie à Perpignan, relatif aux eaux d'Olette (Pyrénées-Orientales). Remercîments à l'auteur, inscription sur la liste des candidats. (Adopté.)

Fièvre jaune.

M. Londe lit un rapport sur un travail de M. Gillkrest, inspecteur général du service sanitaire des hôpitaux militaires britanniques, relatif à la contagion de la fièvre jaune. L'auteur soutient l'opinion de la non-contagion et l'inutilité des quarantaines. M. le rapporteur approuve cette manière de voir et propose de remercier M. Gillkrest de son importante communication. (Adopté.)

LECTURES.

Transfusion.

M. Monneret donne lecture d'une observation de transfusion. (*Voir* ci-dessus.)

Sirop de castoréum.

M. Legroux, pharmacien à Paris, adresse une note sur le sirop de castoréum, pour lequel il propose la formule suivante:

Eau distillée de valériane.	1,000	grammes.
Eau distillée de laurier-cerise.	500	—
Sucre blanc	3,000	—
Castoréum grossièrement pulvérisé.	75	—

M. P. faire fondre le sucre dans les eaux distillées, puis verser bouillant sur le castoréum; laisser digérer pendant 24 heures; passer à travers un blanchet le sirop refroidi, puis le filtrer.

— La séance est levée à quatre heures un quart.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 121. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 121.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau procédé de ligature des polypes du rectum.

M. le docteur Faure, ancien interne distingué des hôpitaux, nous communique l'observation d'une opération de ligature d'un polype du rectum faite par un nouveau procédé, ou plutôt à l'aide d'une pince à polypes ordinaire modifiée. Cette modification pouvant rendre des services réels à la pratique, nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la note que nous a remise M. Faure.

Une jeune fille de quinze ans, bien portante quoique peu développée, était affectée depuis quatre ans d'une tumeur au fondement, qui s'était accrue progressivement.

Quand je la vis pour la première fois, le 25 juin dernier, cette tumeur était grosse comme une noix, fongueuse, saignant facilement, très douloureuse, et sortait par l'anus sous le moindre effort de défécation, quelquefois même à la suite d'une toux un peu forte. Habituellement, on pouvait la réduire avec facilité; mais s'il arrivait qu'elle s'engorgeât une fois sortie, alors elle causait des souffrances violentes et donnait même lieu à de véritables accidents d'étranglement. Par le toucher rectal, qui jusque-là avait été négligé, je reconnus l'existence d'un pédicule long de 5 à 6 centimètres, presque aussi gros que le petit doigt, et qui s'insérait à la partie antérieure du rectum, dans la direction du plan postérieur de la cloison recto-vaginale, en s'élargissant de manière à faire dans le rectum, à son point d'insertion, une sorte d'éminence ayant au moins 2 centimètres de diamètre.

Après quelques préparations préalables (léger purgatif, bains, lavements), je pratiquai l'opération. Il me suffit d'un lacet formé d'un fil de soie blanche ciré en double, et d'une pince à polype ordinaire, c'est-à-dire dont les cuillers étaient percées d'un œil.

Je fis avec le lacet un nœud simple qui fut mis tout ouvert entre les cuillers de la pince. Par chacun des trous de celle-ci, j'engageai ensemble un bout du lacet et une anse prise sur la circonférence du nœud. Cette anse, destinée à retenir le nœud ouvert, était elle-même fixée au dehors du trou par un fil, choisi d'une autre couleur pour éviter toute confusion, et qui fut attaché à l'anneau correspondant de la pince. J'ai gravé la configuration de ce lien, pensant qu'il pourrait être employé avec succès dans un grand nombre de cas de tumeurs pédiculées à l'intérieur du corps.

Après avoir fixé la tumeur au dehors de l'anus par un fil passé à sa base et tenu par un aide, je passai le nœud autour d'elle, et au moyen d'un doigt et de la pince je pus le conduire jusqu'à la base. Une fois arrivé là, ce qu'il fut facile de constater quand les bouts de la pince heurtèrent les parois du rectum, je retirai les fils qui étaient passés dans les anses, je tirai sur les bouts du fil de soie, et les trous faisant en quelque sorte office de poulies de renvoi, je pus serrer aussi fortement que possible. Je retirai doucement les bouts du lacet, je les dégageai de la pince; je fis un second nœud que je pus aller serrer sur le premier, ayant de nouveau réintroduit les bouts dans les trous de la pince, qui fut introduite elle-même dans le rectum comme la première fois.

Cette opération, beaucoup plus facile à exécuter qu'à décrire, eut le plus heureux résultat ; il n'y eut pas le moindre accident ; la malade souffrit à peine quelques instants, et, trois jours après, les fils, la tumeur et son pédicule étaient tombés d'eux-mêmes.

Il y avait ici quelques difficultés à surmonter, en raison du volume de la tumeur et de l'étroitesse des parties ; le pédicule était assez gros pour donner lieu de redouter une hémorrhagie si on avait excisé seulement. La simplicité de l'appareil et la facilité de l'opération permettent donc de croire que ce serait peut-être la meilleure méthode, en général, à opposer à une maladie dont le traitement est, après tout, souvent dangereux ; puisque M. Velpeau, dans son *Traité de Médecine opératoire*, tout en rejetant, sans en dire toutefois la raison, l'emploi de la ligature et en conseillant l'excision, mentionne trois cas de polypes du rectum traités par excision où des hémorrhagies des plus graves vinrent mettre les malades aux portes du tombeau.

Influence de la grossesse sur la phthisie.

L'important rapport de M. Grisolle sur cette question a été l'occasion pour notre laborieux confrère M. Lobgeois de nous adresser les observations et les remarques suivantes :

A l'appui du rapport remarquable de M. Grisolle, ayant pour objet principal de détruire l'ancienne erreur suivante, à savoir : que l'état de gestation serait suspensif de la phthisie pulmonaire, je viens rapporter succinctement les deux observations qui suivent.

OBS. I. — Le 2 juillet 1850, je suis appelé près de la demoiselle H. D..., âgée de vingt-deux ans, qui se trouve depuis vingt-quatre heures dans les douleurs de l'enfantement. L'accouchement se fait peu après mon arrivée. La conception remonte à peine à sept mois ; l'enfant vit douze heures. Ce qui me frappe surtout lors de ma première et de ma deuxième visite, c'est l'état cachectique dans lequel se trouve la jeune mère. J'apprends alors que divers membres de cette famille sont morts phthisiques, que la malade a eu un premier enfant à vingt ans, que depuis cette grossesse elle a toussé souvent ; mais sa santé a été surtout altérée dans le cours de sa deuxième et dernière grossesse. La toux, les sueurs, la fièvre, les crachats dans cette dernière période de sa vie commençaient bien un travail rapide de tuberculisation, ainsi du reste que l'accouchement prématuré. Lors de ma deuxième visite, j'ausculte la malade, et je trouve des cavernes profondes dans les deux poumons vers le sommet ; j'annonce à la famille que la malade vivra tout au plus un mois ; le neuvième jour de sa délivrance, l'accouchée avait cessé de vivre. A quelque temps de là, le premier enfant succombait également à la tuberculisation pulmonaire déterminée et hâtée dans son évolution par la coqueluche.

OBS. II. — Dans les premiers jours du mois d'août même année, je suis appelé à Nouvion-le-Comte près de la dame Thiéfine, âgée de vingt-quatre ans, enceinte de cinq mois et tourmentée d'une diarrhée fort rebelle. Dans l'intérêt des conclusions et des réflexions qui suivent ces observations, je dois dire que vers le même temps je donnais mes soins à Mme Mercier, de Nouvion-Catillon, cousine germaine de la dame Thiéfine. La dame Mercier avait au sommet du poumon gauche une caverne manifeste ; cette malade, âgée de trente-quatre ans, avait deux enfants, dont le dernier a atteint l'âge de dix ans. Au mois d'août dernier, le pronostic fatal émis par moi un an auparavant s'est réalisé. Je reviens à la malade qui fait l'objet principal de cette observation : la fièvre, le dépérissement, les crachats, la toux, la diarrhée, ainsi que la parenté de la dame Thiéfine avec la dame Mercier ne m'obligeaient que trop de conclure à une phthisie ; dans cet état, j'interroge par l'auscultation l'organe respiratoire : les deux poumons présentaient de vastes cavernes ; j'annonce une mort très prochaine ; en octobre, la malade accouche prématurément ; l'enfant vit quelques jours, et deux mois après la mère succombe à la consomption tuberculeuse. Cette dame avait eu précédemment deux enfants, dont l'un, âgé de trois ans, mourut à l'époque du choléra ; l'autre au bout de huit jours.

Remarques communes à la demoiselle D. et à la dame Thiéfine. — Avant la première conception, la santé des deux malades, notamment de la dame Thiéfine, n'avait point subi d'altération.

Conclusions. 1° Chez les deux femmes qui font l'objet principal de cette communication, les dernières phases de l'évolution des tubercules se sont accomplies et pressées dans le premier cas sur le cours et sous l'influence d'une deuxième grossesse ; dans le second, sous l'influence d'une troisième grossesse, et peu après.

2° Les gestations antérieures des deux mêmes malades ont constitué des actes de spoliation qui n'ont pas été sans influence sur les phases finales de la phthisie dans le temps de la dernière grossesse. La preuve de cette vérité ressort de la mort prématurée des enfants qui ont précédé le dernier. Comme ce point de vue s'est développé dans mon esprit par suite de l'étude approfondie du rapport de M. Grisolle, j'insiste en disant que, si la vie chez ces femmes peut être représentée par huit parties, une partie a été dépensée à la première grossesse, trois parties à la deuxième, et les quatre dernières à la troisième. Il est bien entendu que je ne formule point d'une manière mathématique ces déperditions vitales. Des observations ultérieures et nombreuses pourront seules apporter sur ce point le degré de précision possible.

Comme conclusion provisoire, je dirai donc : quand la malade succombera sous l'influence d'une dernière grossesse assez rapprochée des précédentes, la vie des premiers enfants ne sera pas de longue durée, de ceux, bien entendu, qui porteront en eux le germe de la tuberculisation.

Aux conclusions qui précèdent, j'ajouterai les réflexions suivantes :

A. Comme il est rationnel de supposer que les deux enfants de la femme Mercier, qui a survécu dix ans à sa dernière grossesse, peuvent succomber à la phthisie, il sera important de voir, soit qu'il survienne des actes de spoliation, comme des maladies graves, l'acte de la fécondation ou des affections épidémiques, jusqu'à quand la vie de ceux qui porteront en eux le germe de la tuberculisation aura été prolongée.

B. Enfin d'une manière plus générale, et au triple point de vue de la philosophie, de l'hygiène et de la thérapeutique, s'il est manifeste, comme je le pense fermement, que la gestation a une grande influence sur la longévité de la femme qui doit succomber à la phthisie, il sera de la plus haute utilité de rechercher et de déterminer :

1° Les divers actes de spoliations, héréditaire ou acquis, chez les deux sexes ;

2° Les maladies sur lesquelles ces actes produisent leurs effets ;

3° Dans quelle meure ces actes opèrent.

C'est à l'élaboration pratique de ce problème si complexe que je me propose de consacrer du temps ; et sitôt que des formules pourront être tracées sur ces divers points, je m'empresserai de soumettre à l'Académie le résultat de mes travaux.

Abrasion du testicule.

A propos de la discussion sur les tubercules du testicule, un de nos savants correspondants, M. Masnata, de Cagliari, nous a écrit qu'il pratiquait depuis longtemps l'abrasion des parties exubérantes et fongueuses qui se formaient quelquefois dans les fistules et ulcères testiculaires, et nous a adressé à l'appui de son assertion l'observation suivante :

Un homme âgé de trente-six ans, célibataire, bien constitué et vigoureux, appartenant à la classe aisée de la société, fut affecté à l'âge de vingt-cinq ans d'une orchite blennorrhagique très violente, laquelle, ayant été mal soignée, donna lieu à des abcès, puis à des ulcérations d'apparence bénigne d'abord, ayant offert ensuite des caractères de malignité tels qu'on jugea nécessaire de pratiquer la demi-castration. Cette opération fut suivie d'un heureux résultat, et après le malade jouit toujours d'une bonne santé jusqu'à il y a seize mois. A cette époque, en montant à cheval, il reçut un coup au testicule qui lui restait encore (testicule droit). Il s'ensuivit un engorgement à l'épididyme et à la partie inférieure du corps du testicule ; bientôt l'organe tout entier fut affecté, et je fus alors appelé. Je cherchai à combattre l'engorgement ; mais, après un certain temps, malgré l'emploi de moyens appropriés, il survint une ulcération fistuleuse à la partie inférieure du testicule. Autant que l'état des parties me le permettait, je me suis assuré que l'épididyme était sain. Cette première fistule fut suivie d'une seconde siégeant à la partie antérieure, et le malade commençait déjà à être inquiet de sa maladie, et me pria chaleureusement de l'en délivrer, toutefois en me suppliant de lui conserver son testicule (il est sans doute inutile de vous dire pourquoi). Par les ouvertures coulait un pus de mauvaise nature (sanie). Je résolus de réunir les deux ouvertures par une incision et de découvrir le sinus fistuleux, ce que je pratiquai aussitôt.

Je trouvai la partie antérieure du testicule (moitié inférieure) rouge et d'un aspect fongueux ; j'*enlevai cette partie ;* je conservai l'épididyme et quelques portions de vaisseaux, je régularisai la plaie, et j'obtins une cicatrisation parfaite. Je ne prescrivis aucune espèce de traitement dépuratif. Il y a déjà un an que l'opération a été pratiquée, et le malade se porte toujours bien ; je l'ai vu hier. Seulement le testicule s'est atrophié à tel point que maintenant il ressemble à une petite cerise ; et quoique le malade ressente des désirs vénériens et qu'il se livre de temps en temps au coït, il n'excrète qu'une humeur claire, que lui-même m'assure n'avoir ni l'odeur, ni la consistance du sperme. Je ne vous dirai pas grand chose sur des conditions pathologiques ; je vous donne le fait tel que je l'ai observé, et je laisse à votre esprit judicieux le soin de le commenter comme vous le jugerez convenable. Bien entendu qu'en vous adressant ce fait je ne prétends nullement soulever une question de priorité.

Nous n'avons que bien peu de chose à ajouter à l'observation de notre savant correspondant. Nous croyons, autant qu'on en peut juger par la sobriété des détails de l'observation, qu'il a pratiqué dans ce cas une opération semblable à celle qu'ont conseillée A. Cooper, Curling, Velpeau, etc., et qu'en conséquence il a fait de la chirurgie rationnelle et telle que l'a font d'ailleurs tous les chirurgiens éclairés. Mais nous ne pensons pas qu'il s'agisse ici d'amputation partielle du testicule, c'est-à-dire d'une ablation de la substance même de l'organe. Au reste ce qui est resté du testicule, sans qu'on en ait rien enlevé, laisse voir facilement ce qui serait advenu si l'on avait pratiqué une véritable amputation partielle, et les praticiens pourront apprécier une fois de plus par ce nouveau fait le mérite de cette singulière innovation.

Découverte de l'acarus mâle de la gale.

Un externe attaché au service de M. Cazenave, M. Lanquetin, qui s'est beaucoup occupé de recherches sur la gale, a trouvé l'acarus mâle de la gale humaine.

Cet acarus avait échappé aux plus attentives recherches, et les travaux même les plus récents sur la gale n'en font point mention.

Son extrême ténuité explique la difficulté excessive que

n'y avais ren[illegible]es. Ce qu'il [illegible] c'est une fois au moins plus petit jeune C[illegible] [illegible] l'on trouve ordinairement dans la [illegible]répitation [illegible] monaire [illegible] peine visible à l'œil nu.

[illegible]anquetin l'a trouvé sur la main d'un homme atteint de la gale, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis.

Sans entrer pour le moment dans de longs détails sur la structure de ce sarcopte, nous citerons seulement un de ses caractères qui acquiert une grande importance au point de vue du diagnostic de la gale.

Examiné au microscope, on voit qu'il offre cette circonstance remarquable, qu'il ne peut tracer de sillons, son dos étant complétement dépourvu des épines qui servent à la progression de l'acarus femelle dans le sillon.

Dès lors, on comprend que la gale puisse exister sans la présence du sillon, auquel on voudrait attribuer une importance exclusive.

Combien de fois, en effet, le médecin n'hésite-t-il pas à se prononcer, lorsqu'il ne découvre pas le sillon et qu'il constate cependant le prurit et l'éruption papuleuse, vésiculeuse ou autre qui compliquent ordinairement la gale? Ainsi serait encore justifiée l'opinion des auteurs qui attribuent à la gale un caractère propre, une physionomie spéciale en dehors du sillon.

Nous aurons occasion de revenir sur le fait intéressant observé par M. Lanquetin.

ADHÉRENCES DES JOUES

avec resserrement des mâchoires;

Par M. Beghin, membre de la Société médico-chirurgicale de Bruges.

Au commencement de décembre 1847, M. B. De Vl... vint réclamer, contre une grave infirmité, les secours de notre honorable président, M. De Meyer, auquel j'eus l'honneur d'être adjoint.

M. B. avait été atteint, en juillet de cette même année, ou d'arachnoïdite, ou de fièvre typhoïde. Entre autres moyens qu'on mit en usage contre la maladie, il faut compter les mercuriaux. Après quelques jours de leur administration, il survint une stomatite; on ne discontinua pas l'emploi de la médication; aussi l'inflammation buccale crut en intensité et se termina par la gangrène de la muqueuse et la nécrose des bords alvéolaires des dents. Les moyens appropriés au traitement de cette nouvelle affection furent prescrits jusqu'à cicatrisation des ulcérations gangréneuses.

Malheureusement, pendant que ce travail réparateur avait lieu, on ne songea ni à la disposition anatomique des surfaces suppurantes, ni à la propriété rétractile des tissus de cicatrisation. Ainsi s'établirent des obstacles au libre exercice de fonctions importantes. Voici dans quel état nous vîmes M. B...

Les traits de la face sont altérés; les lèvres pincées contre les arcades dentaires, et leurs commissures tirées en arrière. Si on invite M. B... à ouvrir la bouche, il écarte un peu les lèvres, et laisse voir derrière elles les deux rangées dentaires retenues l'une contre l'autre; il ne peut pas abaisser la mâchoire inférieure, à laquelle il ne reste qu'un petit mouvement de latéralité : aucun effort ne parvient à l'abaisser. Une sonde de mince calibre chemine difficilement entre la joue et les dents; en haut et en bas elle ne réussit pas à dépasser le niveau du collet des dents; les joues sont accolées aux gencives. Une membrane dure, très résistante, tapisse la partie moyenne de leur surface dans toute leur étendue. Cet état est le même des deux côtés. Les dents antérieures sont vacillantes; les bords de leurs alvéoles dénudés, et la gencive ulcérée. L'haleine est très fétide.

Nul aliment solide ne peut être introduit dans la bouche; des bouillons et des bouillies poussés à travers des interstices dentaires servent à la nutrition. La phonation est difficile et très peu distincte.

Il y a faiblesse et pâleur générales, mais absence de lésions viscérales.

Nos confrères MM. Claeysens et Verriest constatèrent également cet état.

L'avis de M. De Meyer sur l'urgence et l'opportunité de la dissection et de la division des adhérences fut unanimement partagé. En effet le tissu cicatriciel offrait déjà une résistance insurmontable aux moyens mécaniques; d'ailleurs, temporiser, c'était laisser à ce même tissu la faculté de s'organiser davantage et favoriser l'ankylose de la mâchoire inférieure; enfin, la constitution de M. B..., considérablement affaiblie, exigeait une alimentation plus substantielle pour réparer ses pertes; réparation impossible dans l'état actuel.

Le patient fut donc assis sur une chaise à haut dossier, la tête appuyée contre un coussin. M. De Meyer glissa un bistouri étroit entre la joue droite et les dents, puis, retournant le tranchant de l'instrument sur la partie moyenne de la joue, il y divisa d'arrière en avant le tissu cicatriciel. Le doigt put alors écarter un peu la joue. A différentes reprises, le bistouri fut reporté derrière elle, et ramené inférieurement et supérieurement en séparant la joue des mâchoires. La même manœuvre fut répétée sur le côté gauche. Dès cet instant, à l'aide d'un petit levier, on put produire un léger écartement vertical des mâchoires et prolonger postérieurement les premières divisions. Enfin, quelques coups de ciseaux détruisirent des adhérences établies derrière les dernières molaires. L'écartement complet des mâchoires n'est plus entravé que par la roideur de l'articulation temporo-maxillaire.

A la suite de ces manœuvres il survint de la fièvre, un gonflement assez considérable de la face et des douleurs d'une certaine intensité, surtout vers l'articulation temporo-maxillaire. La diète, des cataplasmes émollients autour de la mâchoire et des boissons rafraîchissantes amendèrent ces symptômes.

A dater du troisième jour de l'opération, nous pûmes librement recourir à l'emploi des moyens choisis pour prévenir le retour de l'infirmité : les coins et l'éponge. Journellement les coins furent agrandis. A l'aide du levier ou par une forte pression sur le menton, on parvenait à les engager entre les dents molaires. Il en résultait des douleurs à l'articulation temporo-maxillaire parfois très fortes. On ne retirait les coins que deux ou trois fois par jour, et seulement pour la durée des repas. M. B... s'était habitué à les conserver pendant son sommeil.

Les éponges que M. De Meyer avaient préférées aux plaques, soit de liége, soit de plomb, étaient convenablement découpées et poussées entre les joues, les mâchoires et les dents : les coins interposés entre les arcades dentaires les empêchaient de se développer vers la bouche. Elles paraissent avoir eu cet avantage, que, rendues humides et gonflées par la salive, elles faisaient fortement bomber les joues et maintenaient ainsi les surfaces suppurantes dans un état permanent de tension.

Outre le maintien des parties en bonne position, on surveilla soigneusement le travail de cicatrisation. Presque tous les jours, on employait le nitrate d'argent pour réprimer ou modifier la vitalité des bourgeons charnus. Aussi, après quatre semaines de soins assidus de la part du chirurgien, une obéissance et un courage rares de la part du patient, la cicatrisation était achevée. La face interne des joues, séparées des mâchoires, était recouverte d'une cicatrice mince, unie et souple; les mouvements de la mâchoire étaient libres; les arcades dentaires s'écartaient de deux centimètres et demi en avant, et M. B... retournait chez lui heureux du résultat d'un traitement dont il n'a oublié ni les difficultés, ni la gêne.

C'est aussi pendant ce travail qu'ont été détachés des maxillaires les bords alvéolaires nécrosés.

J'ai cru utile de donner ces détails à cette observation, parce que rarement on obtient des réussites aussi complètes dans ces sortes de traitements. M. Velpeau dit, en effet, dans ses *Eléments de médecine opératoire*, en parlant des adhérences des joues : « En apparence, rien n'est si simple que » d'y remédier; en réalité, rien n'est cependant plus difficile. »

Le cas que j'ai décrit est certes assez compliqué. Je crois, toutefois, pouvoir attribuer le succès obtenu à l'heureuse combinaison des moyens que nous avons employés. J'ai déjà émis mon opinion sur la valeur des éponges comme corps interposés entre les joues et les mâchoires. Mais, dira-t-on, la liberté des mouvements de la mâchoire persiste-t-elle? Il y a trois ans et demi que l'opération a été pratiquée, et je puis affirmer que M. B... continue à jouir du bénéfice de la cure. Il est vrai, la cicatrisation achevée avait encore une phase à parcourir. Son tissu, obéissant à sa propriété rétractile, tendrait à revenir sur lui-même et rapprocherait ainsi les mâchoires. M. B... en fut prévenu, et pendant plusieurs mois il passa toutes ses nuits avec un coin entre les dents; plus tard, il se borna à l'y placer pendant deux ou trois heures. Je crois que, maintenant encore, il lui arrive de temps en temps d'opérer de la même manière un fort écartement des mâchoires. Il finit reste donc cet inconvénient auquel le chirurgien ne peut rien, car il est inhérent à la nature de l'infirmité pour laquelle il avait réclamé les secours de l'art.

(*Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*)

QUELQUES MOTS SUR LA STÉRILITÉ DE LA FEMME

et sur les moyens propres à y remédier.

Par M. Mistler.

M. Mistler ne considère parmi les causes de stérilité que celle qui dépend d'un rétrécissement des orifices du col. Mais il est juste de reconnaître que c'est de toutes la plus fréquente. Voici le traitement spécial qu'il propose pour ce cas et qui lui a réussi sept fois sur neuf femmes qu'il y a soumises.

Avec une bougie mince, mais un peu roide, on explore l'intérieur de la cavité du col et surtout ses deux orifices, afin de s'assurer de leur dimension. Ceci étant fait, et pour peu qu'il existe de l'érosion, des granulations ou seulement un état inflammatoire chronique de la muqueuse, on pratique une légère cautérisation avec le nitrate d'argent tant sur la surface externe qu'interne du col. Cette cautérisation a pour but de détruire les parties malades et de changer le mode de vitalité des tissus.

Après cela, on introduit à travers l'orifice externe une petite éponge préparée, de petite dimension, de forme conique et préalablement enduite d'onguent belladoné. Lorsque le col est chroniquement enflammé et hypertrophié, il faut toujours pratiquer une large friction avec le même onguent sur la partie engorgée. L'éponge est maintenue en place pendant deux à trois fois vingt-quatre heures, mais jamais plus longtemps, car elle pourrait contracter une mauvaise odeur et partant devenir une cause d'irritation. Au bout du temps voulu, on en opère l'extraction à l'aide d'un fil de soie que l'on avait auparavant attaché à sa base.

Il va sans dire que pendant le temps où le corps étranger est en place, il faut recommander à la femme un repos presque absolu et ne lui permettre le coït qu'avec beaucoup de ménagement, sinon le lui défendre complétement.

Au bout de cinq à six jours, on recommence, et ainsi de suite jusqu'à l'approche des règles. D'ordinaire M. Mistler pratique ces opérations quatre fois entre les deux époques menstruelles, et cela durant cinq à six mois. Mais, à chaque nouvelle visite, il augmente graduellement le volume de l'éponge jusqu'à ce qu'elle ait atteint les dimensions d'un tuyau de plume.

Il se peut que l'éponge ne tienne pas et qu'au moindre mouvement elle tombe dans le vagin; on en substitue alors une à double cône qui peut se maintenir en place à volonté; la longueur de chacune d'elles est de 2 c. et demi à 3 c. et demi, suivant qu'il faut ou non les introduire jusque dans l'orifice interne.

On ne saurait procéder dans ces manœuvres avec trop de ménagements; car la matrice, ordinairement peu sensible à l'état normal, s'exalte facilement quelquefois à la moindre irritation pathologique. Chez quelques femmes nerveuses, l'introduction de ces corps étrangers détermine des douleurs utérines, principalement au commencement du traitement. On doit alors en opérer l'extraction au bout de vingt à trente heures.

C'est pour avoir omis ces préceptes, en voulant pratiquer ce qu'en chirurgie on appelle le cathétérisme forcé (et cela pour céder aux instances du mari qui le priait de hâter le traitement), que M. Mistler vit une fois survenir tous les symptômes d'une métrite aiguë. La femme a conservé depuis lors une irritabilité extrême de la matrice, qui ne permet plus de songer à l'emploi des moyens externes.

DU SEL MARIN EN LAVEMENT

considéré comme moyen de diagnostiquer et de guérir les formes les plus graves de l'ivresse.

Il faut avoir pris sa part des difficultés que l'on peut rencontrer pour diagnostiquer l'ivresse et pour la distinguer des affections cérébrales sous forme comateuse, délirante ou convulsive, pour comprendre l'utilité d'avoir sous la main des moyens d'un emploi inoffensif et cependant efficace, avec lesquels on puisse, non-seulement établir cette distinction, mais aussi dissiper les symptômes graves dont l'ivresse est souvent le point de départ chez quelques individus. L'ammoniaque liquide, donnée à la dose de 6 à 10 gouttes dans un verre d'eau sucrée, est bien certainement un moyen précieux pour dissiper les accidents de l'ivresse, d'autant plus qu'il joint à une action probablement spécifique une action légèrement purgative et parfois vomitive; mais indépendamment de ce que ce médicament peut rester insuffisant en présence d'accidents très graves d'intoxication alcoolique, et qu'il n'est pas toujours facile de le faire prendre aux malades, on n'est que trop souvent placé dans des circonstances où il est fort difficile de se procurer de l'ammoniaque liquide, et cependant il faut agir.

Les médecins sauront gré à M. A. Lalaux de leur avoir fait connaître un moyen bien simple et à la portée de tous avec lequel ils puissent dissiper très rapidement les symptômes de l'ivresse; il s'agit en effet du sel marin donné en lavement. Parmi les faits rapportés par ce médecin à l'appui de cette médication, il en est un fort curieux, c'est celui d'un jeune homme de vingt ans, qui, disait-on, était tombé à la renverse sur une haie et qui à la suite de cette chute demeurait sans parole et sans connaissance, comme s'il fût mort. Membres en résolution, tête tombant alternativement dans divers sens, facies très coloré, pouls large, régulier, d'une fréquence à peu près normale, yeux fermés, insensibilité complète. L'haleine n'exhalait pas l'odeur alcoolique, la bouche n'était pas déviée. Que penser? que faire? M. Lalaux s'enquit de ce que le malade avait pu boire ou manger. Un de ses camarades répondit que l'après-midi, sans être ivre, il était égrillard. Ce médecin conclut de suite à un état d'ivresse peut-être suivi d'un coup de sang. En conséquence, coucher ce jeune homme avec la tête un peu relevée, le déshabiller, puis lui donner un lavement composé de deux fortes cuillerées à bouche de sel gris fondu dans quatre verres d'eau tiède fut l'affaire d'un moment. A peine le lavement fut-il administré que le malade commença à remuer une jambe; à une question qui lui fut adressée de montrer le siége de son mal, il porta la main à l'épigastre, puis au milieu du sternum, mais sans pouvoir articuler une parole. Aussitôt l'odeur aigre des fèces propre aux gens ivres annonça une selle, qui fut très copieuse et qui fut suivie du retour immédiat de la connaissance et de la parole. Le malade refusa de prendre un second lavement de sel; néanmoins, on put le reconduire à pied et chancelant un peu à son domicile situé à un kilomètre de là.

Le lendemain, il ne se ressentait de rien. M. Lalaux rapporte encore le fait d'un jeune homme dans un état d'ivresse maniaque, et celui d'un ivrogne qui, à chaque coup de boisson, était pris de convulsions, tous deux guéris par le même moyen et avec la même instantanéité. Quant au mode d'action de ces lavements, il est évident que, en provoquant des évacuations alvines très copieuses, ils évacuent une partie du poison retenu encore dans le tube digestif; et, soit dit en passant, M. Lalaux a vu parfois à ces évacuations alvines se joindre des vomissements que, jusque-là, le doigt introduit dans la gorge n'avait pu parvenir à déterminer; il y a donc une autre action, c'est celle exercée sur les tuniques de l'appareil digestif dont le sel marin réveille la contractilité; c'est une action à la fois stimulante et révulsive.

(*Abeille médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 29 septembre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Sur l'arracacha et le cédron.

M. Valenciennes lit un rapport étendu sur les collections importantes d'histoire naturelle faites dans la Nouvelle-Grenade par un naturaliste distingué, M. B. Lewy.

Nous extrairons de ce rapport quelques passages qui peuvent intéresser les médecins.

... L'influence du climat tempéré, presque uniforme de la Nouvelle-Grenade, dit M. Valenciennes, comparée aux variations si prononcées de nos saisons, a sans doute rendu infructueuses jusqu'à ce jour toutes les tentatives de culture de l'arracacha, cette ombellifère dont les racines à tubercules farineux sont si productives dans les parties tempérées de la Nouvelle-Grenade.

Introduite pour la première fois, par les soins de M. de Candolle,

à Genève, en 1830, et immédiatement distribuée par lui dans les principaux jardins du midi de l'Europe, dès la fin de l'année cette plante avait disparu partout sans donner de graines fertiles, quoiqu'elle eût fleuri, et sans reproduire de tubercules. Depuis lors les essais tentés sur quelques pieds envoyés à diverses époques à Paris, soit au Muséum d'histoire naturelle, soit à M. Vilmorin, n'ont jamais donné un meilleur résultat. La chaleur de nos étés en activant trop la végétation de ces plantes, paraît en être la cause principale, et l'on peut supposer que nos climats occidentaux, humides et plus tempérés lui seraient plus favorables.

Ce même insuccès a frappé, comme culture, la nouvelle tentative que M. Lewy avait faite pour doter l'agriculture française de cette plante précieuse. Quelques pieds apportés par lui avec le plus grand soin dans des caisses vitrées étaient en pleine végétation à leur arrivée; mais cette végétation, forcée sous l'influence d'une température élevée pendant la traversée, les a fait périr plus promptement encore que les individus rapportés précédemment avec moins de précautions.

L'importance de cette plante alimentaire doit cependant engager encore à tenter de nouveaux essais; mais il serait probablement préférable d'envoyer de forts tubercules entiers, tels qu'ils sont avant qu'on en sépare les bourgeons qui servent à les multiplier, simplement stratifiés dans de la terre ou dans du sable sec, en les maintenant le plus au frais possible pendant le voyage. On pourrait alors en tenter la culture sur les points de la France, tels que Brest ou Cherbourg, dont le climat, plus uniforme que celui d'aucune autre partie de la France, se rapproche davantage de cette température constante qui règne à Bogota, où les plus grands écarts annuels sont de 2 degrés, entre + 14 et + 16 degrés, uniformité que nous ne pouvons trouver nulle part en Europe, et qui sera toujours un grand obstacle à la culture, en France, des plantes de ces hautes régions, telles que l'arracacha et les quinquinas.

Parmi les autres végétaux vivants rapportés par M. Lewy, se trouvaient plusieurs variétés de manioc fort estimées dans les parties chaudes de la vallée de la Madeleine. Comme ces plantes ne peuvent pas se cultiver avec utilité dans les serres, on les a immédiatement envoyées aux pépinières centrales d'Alger, où l'on pourra tenter plus utilement quelques essais sur leur culture sous un climat qui s'est déjà prêté à l'introduction de plusieurs plantes des régions équatoriales.

L'un des végétaux de la Nouvelle-Grenade qui ont le plus attiré l'attention depuis quelques années est le cédron, grand arbre des parties chaudes de ce pays, dont les graines renferment un principe d'une amertume extrême, et sont employées avec succès comme un fébrifuge très énergique, et aussi, dit-on, contre la morsure des serpents. Cette plante, longtemps à peine connue scientifiquement, avait cependant été signalée par M. Planchon comme appartenant au genre *simaba* (simaba cedron), de la famille des simaroubées. C'était un nouvel exemple de l'uniformité des principes et des propriétés des végétaux d'une même famille naturelle.

M. Lewy, qui a fait à Bogota, sur les graines de cédron, des recherches chimiques d'un grand intérêt, a rapporté non-seulement des échantillons du bois, des feuilles et des fruits complets de cet arbre, mais un jeune pied vivant qui pourra probablement s'accroître dans nos serres, et servir un jour à le multiplier et à l'introduire dans nos colonies.

Depuis le mois de mai dernier, notre confrère M. Rayer a commencé une série d'expériences dans le but de constater l'action physiologique et les effets thérapeutiques du cédron, et des diverses substances qu'on peut en extraire par l'analyse. M. Rayer se propose de communiquer à l'Académie les résultats généraux de ses recherches lorsqu'elles seront terminées, nous nous bornerons à dire qu'elles ont confirmé un des faits annoncés par M. Lewy, à savoir: l'efficacité du cédron contre les fièvres intermittentes. Les malades auxquels le cédron a été administré étaient, la plupart, des hommes adultes ou d'un âge mûr, qui, après avoir été atteints et traités de la fièvre intermittente en Algérie, avaient été repris de fièvre quotidienne ou de fièvre tierce depuis leur retour en France. Après plusieurs essais comparatifs, il a paru constaté que les doses de poudre de cédron le plus généralement applicables étaient comprises entre 50 centigrammes et 1 gramme par jour. A cette dernière dose et à une dose plus élevée, la poudre de cédron produit assez souvent un malaise passager à l'épigastre, plus rarement des envies de vomir ou une légère diarrhée qui cesse d'elle-même avec l'emploi du remède ou en diminuant la dose. La quantité de poudre de cédron nécessaire pour la guérison d'une fièvre intermittente est variable suivant l'ancienneté de la maladie, le degré d'engorgement de la rate et le caractère des accès. Dans plusieurs cas de moyenne gravité, la guérison a été obtenue, après l'emploi de 8 grammes de poudre de cédron, en quinze jours de traitement.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

NEUVIÈME LEÇON (1).

DE LA RADIATION SOLAIRE ET DE LA LUMIÈRE ARTIFICIELLE. — DES INFLUENCES EXERCÉES PAR ELLES SUR L'ORGANISME. — DE L'HYGIÈNE OCULAIRE.

De la radiation solaire.

Si l'on pratique une ouverture dans le volet d'une chambre obscure, elle livre passage à un faisceau solaire, qui donne naissance à trois ordres de phénomènes très distincts:

1° A une élévation de température;

2° A une action chimique capable de modifier profondément les propriétés des corps;

3° A une sensation lumineuse perçue par l'organe de la vue.

Et, comme il est possible d'isoler dans le faisceau solaire des rayons capables de produire exclusivement l'un ou l'autre de ces trois ordres de phénomènes, il faut en conclure que dans l'agent qui est rayonné vers nous par le soleil il existe trois espèces de radiations:

Une radiation calorifique,

Une radiation chimique,

Une radiation lumineuse.

La radiation calorifique est certainement un des plus puissants modificateurs que les êtres vivants aient à subir l'influence. En étudiant la température atmosphérique, dont elle est la source, nous vous en avons fait l'histoire, et nous n'avons par conséquent plus à vous en parler. Il nous reste à nous occuper des radiations chimique et lumineuse.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7 et 14 octobre.

De la radiation solaire chimique.

Si l'on prépare du chlorure d'argent à l'obscurité et si on le soumet à l'action du spectre, on constate qu'il subit une altération qui commence dans la bande violette pour s'étendre, d'un côté, jusqu'au rouge extrême sans le dépasser et se propager, de l'autre côté, au delà de la bande violette, franchissant ainsi les *limites visibles du spectre* et s'étendant assez loin dans la partie obscure. De telle sorte que la radiation chimique a son maximum d'intensité dans la bande violette, qu'elle ne dépasse point le spectre du côté des rayons les moins réfrangibles; tandis qu'elle franchit, au contraire, ses limites du côté des rayons les plus réfrangibles.

Une expérience fort curieuse de Seebeck démontre en même temps et l'action chimique exercée par la radiation solaire et les modifications que lui font subir les couleurs. Si l'on soumet à l'action de la radiation solaire un mélange détonant de chlore et d'hydrogène, la combinaison s'opère assez rapidement lorsque la cloche qui renferme le mélange est de couleur bleue, tandis qu'elle n'a pas lieu lorsque la cloche est de couleur rouge. Il en résulte que les couleurs exercent sur la radiation solaire chimique une action élective analogue à celle que nous vous signalerons lorsque nous vous parlerons de la radiation lumineuse.

Enfin, messieurs, il me suffit de vous rappeler l'admirable découverte de Daguerre pour vous donner la preuve irréfragable de l'action chimique que peut exercer la radiation solaire sur les corps inorganiques; les merveilleux résultats de la photographie en sont une éclatante manifestation.

La radiation chimique exerce-t-elle une influence sur la matière organisée? Des faits nombreux et péremptoires vont nous apprendre qu'il faut répondre par l'affirmative. Si pendant longtemps ces faits ont été attribués à la lumière, si maintenant encore il est difficile à leur égard de séparer la radiation chimique de la radiation lumineuse et de la radiation calorifique, il n'en est pas moins évident que c'est à la première qu'ils doivent être rattachés dans l'état actuel de la science.

La radiation solaire chimique doit être étudiée au triple point de vue du *développement*, de la *nutrition* et de la *coloration* des êtres organisés. Suivons-la dans chacun de ces trois ordres de phénomènes.

Influence de la radiation chimique sur le développement des êtres organisés.

Il résulte d'expériences concluantes, que la radiation chimique, par sa seule présence, donne naissance à une foule d'êtres organisés appartenant à la classe des infusoires végétaux et animaux. Morren a démontré que, si deux vases de terre semblables contenant de l'eau pure sont placés, l'un sous l'influence directe de la lumière solaire, l'autre dans une obscurité complète, des végétaux microscopiques se développent dans le premier, tandis qu'aucun être organisé n'apparaît dans le second.

Si les vases contiennent de l'eau dans laquelle des substances végétales ont été mises en macération, les êtres développés dans le vase éclairé appartiennent tous au règne animal.

Si les vases contiennent de l'eau dans laquelle des substances animales ont été mises en macération, les résultats sont semblables aux précédents quant au vase éclairé; mais dans le second on voit apparaître des infusoires appartenant à l'espèce des *monas termo*, c'est-à-dire au degré le plus inférieur de l'animalité.

Si une série de vases contenant de l'eau pure est disposée de façon que les vases reçoivent une quantité de lumière de moins en moins intense, on voit des infusoires végétaux se développer d'abord dans le vase le plus éclairé, et puis successivement dans les suivants jusqu'à une certaine limite, déterminée par l'insuffisance de la lumière. Dans un vase en cristal contenant 120 grammes d'eau et ne recevant de la lumière que par une ouverture de 15 millimètres carrés, il ne se développe plus aucun être organisé. Cette curieuse expérience montre, en outre, que les infusoires sont d'autant plus élevés dans l'échelle de l'organisation que le vase est plus éclairé; de telle sorte qu'on doit admettre que de la quantité de lumière dépend le plus ou le moins de complication des êtres qui naissent sous l'influence de l'agent solaire.

Une autre observation fort intéressante démontre encore l'influence de la radiation chimique sur le développement des êtres organisés.

On avait remarqué que dans les vases en question les infusoires se développaient tantôt sur la paroi qui recevait directement les rayons lumineux, et tantôt sur la paroi opposée, et l'on constata bientôt que cette prédilection était en rapport avec le diamètre des vases employés.

Or voici comment cette circonstance s'explique. On sait que les rayons qui tombent sur un vase transparent rempli de liquide sont en partie réfléchis et en partie réfractés; de telle sorte que quand le vase se trouve dans certaines proportions les rayons lumineux peuvent s'entre-croiser vers les parois postérieures, de manière que celle-ci se trouve plus éclairée que celle qui reçoit directement les rayons solaires. Or c'est précisément dans ce cas que le développement des infusoires s'opère sur les parois postérieures.

Dans les vases cylindriques de moins de quatre pouces de diamètre, la ligne d'entre-croisement des rayons solaires a lieu entre la génératrice du cylindre et la paroi postérieure; or si dans un vase de ce genre on place dans la direction de la catacaustique une tige de verre, c'est par celle-ci que se développent les infusoires.

Il résulte en outre des expériences de Morren que les rayons rouge et jaune favorisent au même degré le développement des infusoires, que le jaune-orangé a besoin d'agir pendant un temps beaucoup plus long; que l'organisation ne se développe jamais sous l'influence du rayon vert, et qu'elle n'apparaît sous celle des autres rayons qu'autant que la couche colorante appliquée sur le verre est extrêmement mince.

Edward a montré que la radiation solaire exerce une influence très remarquable sur l'évolution des œufs de grenouille et sur le développement des têtards. Ayant placé des œufs de grenouille dans deux vases ayant la même température, mais dont l'un était éclairé, tandis que l'autre était surmonté d'un couvercle de papier noir, il vit les œufs éclore dans le premier, tandis que rien de semblable n'eut lieu dans le second. Des têtards ayant été placés dans ces conditions, ceux qui étaient exposés à la lumière se développèrent, tandis que des deux qui étaient placés dans l'obscurité, l'un persiste dans ses formes premières.

Robert Hunt a établi expérimentalement que la lumière empêche la germination des graines, tandis que les rayons chimiques l'accélèrent.

L'influence de la radiation solaire, suivant M. Morren, se fait sentir sur le développement de toute la matière organisée. Là où elle est faible on ne rencontre que les rudiments de l'organisation végétale. A mesure qu'elle augmente en intensité et en durée apparaissent des végétaux de plus en plus compliqués, et enfin des animaux qui, eux-mêmes, suivent une marche ascendante semblable d'organisation. Cette doctrine est en effet parfaitement justifiée par l'étude de la distribution géographique du règne organique sur la surface du globe terrestre, et par ce fait général parfaitement établi, que les modifications produites dans les êtres vivants par le contact des corps extérieurs sont d'autant plus importantes que l'organisation est plus simple, et d'autant plus faibles que celle-ci est plus compliquée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NANCY.

Par M. Bally, membre de l'Académie de médecine.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro du 14.)

Non ego in meis chartis inornatum silebo.

J'entends souvent répéter qu'une maladie n'est point transmissible lorsque les médecins ne la contractent pas; et s'ils succombent en grand nombre, on répond: ils vivaient dans le foyer de l'épidémie. Et si j'ajoute: j'ai reproduit par l'inoculation la maladie régnante, on oppose fièrement la même objection, sans s'inquiéter des circonstances significatives qui ont accompagné l'insertion du virus. Logique illogique fort commode, qui me sera sans doute opposée dans le fait suivant.

Ainsi que je l'ai annoncé, ayant conservé seul la direction des services médicaux de l'armée expéditionnaire de Saint-Domingue, en 1802, les registres sont restés entre mes mains. Or voici le tableau officiel de nos pertes, sans que les balles nous aient privé, que je sache, d'un seul de nos collaborateurs. L'état des officiers de santé comprend dix-huit mois, depuis le 16 pluviôse an X jusqu'au 1er vendémiaire an XII. L'armée avait reçu de France 407 officiers de santé, et nous en avions requis 175. Total, 582. Sur ce chiffre de 582, 109 avaient, pour diverses causes, été rayés des registres, et avaient abandonné l'île. La mortalité ne s'exerça donc que sur 481, dont 208 périrent. Quel nécrologe!

Quant aux infirmiers, ils succombèrent presque tous, et nous fûmes réduits à n'employer que des nègres, dont nous n'étions pas sûrs, ou des hommes qui, atteints de l'épidémie, avaient échappé à la mort. On ne prend jamais la fièvre jaune deux fois dans une même épidémie, ou lorsque l'on vit dans le même milieu sans changer de latitude.

Dans le traitement de la fièvre jaune, Valentin se proposait quatre indications: 1° empêcher et prévenir les effets des agents morbifiques; 2° calmer l'irritation; 3° combattre l'état putrescent des premières voies; 4° soutenir les forces pendant la seconde période.

Inutile, à mon sens, de signaler les divers médicaments employés, car aucun n'a eu de succès, là, pas plus qu'ailleurs. Les trois cinquièmes des malades succombent, un peu plus que dans la maladie asiatique. Dans celle-ci la thérapeutique a une supériorité, en ce qu'elle peut s'attaquer avec quelque succès aux prodromes, dont manque la fièvre jaune.

Dans les maladies épidémiques, il y a un inconnu à rechercher. C'est ce corps-poison qui infecte le sang, ou atteint le système nerveux; et par suite de cette idée fondamentale, il y a quelque chose à trouver, c'est le spécifique neutralisant. Un jour, peut-être, l'inhalation rendra raison de ce problème.

La haute intelligence de Valentin l'avait porté à aborder les questions les plus ardues, telles que le goître et le crétinisme, le croup, le tétanos, si connu dans les régions équinoxiales, surtout parmi les Nègres; les fluxions de poitrine, fréquentes dans la Lorraine. Il a fait d'excellents mémoires sur le cautère actuel appliqué sur la tête et à la nuque, sur l'introduction de nouvelles plantes dans la matière médicale. Enfin, il publia un intéressant voyage en Italie, dont le mérite toutefois a été dépassé par celui du docteur Combes, de Toulouse. Ce dernier a eu les honneurs de la traduction en italien, par les mains de la plus grande des notabilités, l'illustre de Renzi.

Croup. — Un enfant était mort d'une angine laryngée couenneuse, et à cette occasion on proposa un prix de 10,000 fr. pour celui qui traiterait le mieux cette maladie. Je n'examine pas si le mémoire de Valentin fut convenablement apprécié; ce que je veux signaler, c'est que ce médecin fut le premier qui proposa la trachéotomie; opération vulgarisée depuis, et admise comme axiome par deux hommes célèbres, MM. Bretonneau et Trousseau. Ce progrès réel, cet immense progrès, fut alors méconnu ou mal jugé.

Cautère actuel. — Le mémoire sur le cautère actuel est essentiellement pratique; il a pour base vingt-quatre histoires particulières où, lorsque le feu n'a pas opéré la guérison complète, il a obtenu au moins une amélioration remarquable dans des états morbides des plus graves.

Hernies étranglées. — Lorsqu'on remonte aux sources, il est curieux de voir combien de documents épars, négligés, oubliés, se retrouvent dans les écrivains, qui eux-mêmes les ont souvent empruntés à d'autres. Tel est l'emploi de l'éther en topique contre l'étranglement des tumeurs herniaires, procédé familier à Valentin, qui voulait qu'on l'appliquât avec prodigalité ou à grandes doses. Pour assurer le succès, il recommandait de se hâter dès que l'étranglement était reconnu. On préfère maintenant le chloroforme. L'inhalation a éclairé, de nos jours, sur l'action de ces substances, qui évidemment rompent le spasme, ou la rigidité, ou la contraction permanente.

Puisque nous abordons le chapitre des étranglements herniaires, il ne sera pas oiseux de raconter le procédé suivant, qui, s'il n'est pas nouveau, a dû être enseveli dans l'oubli, surtout en raison du temps que demande son emploi. Dans l'une de nos excursions à la Grande-Chartreuse, je fus consulté pour un religieux atteint d'un étranglement d'intestin, hernie inguinale. Toutes les tentatives pour la réduction furent inutiles, et l'on se préparait à opérer le débridement lorsque le docteur Rome, médecin de la localité, proposa un moyen qui déjà lui avait réussi. Il saisit la tumeur avec la main et la conserva ainsi pendant trois quarts d'heure. Au lieu de repousser l'intestin, il exerçait de temps en temps de légères tractions, et sa persévérance fut couronnée de succès.

Goître, héméralopie. — Voici un passage des plus intéressants que je copie en entier, parce qu'il est court et qu'il concerne deux espèces de lésions organiques dont l'étiologie échappe à mon intelligence:

« Deux affections dues aux *constitutions atmosphériques* (peut-être serait-ce mieux de dire *telluriques*) régnaient parmi les soldats en garnison à Nancy et à Besançon, le *goître* et l'*héméralopie*. Ces maladies atteignaient exclusivement les factionnaires et ceux qui faisaient un service de nuit. »

Valentin en fit le sujet d'une dissertation en 1787, *De strumâ, bronchocele et hemeralopiâ*. Quelque temps après, Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, lui demanda un mémoire détaillé sur le goître, mémoire qui lui valut une médaille d'or à son auteur. Enfin, les docteurs Colombier et Doulcet, sachant que l'on

avait guéri à Nancy 736 héméralopes, lui firent demander un travail particulier, qui fut remis à Vicq-d'Azyr en 1790.

Plantes médicamenteuses d'Amérique. — Nous n'en finirions pas s'il fallait rappeler tout ce qu'il y a d'important et de neuf dans les écrits de cet illustre praticien. Il serait fâcheux néanmoins de ne point mentionner qu'il s'est beaucoup occupé de l'action médicamenteuse de plusieurs plantes intertropicales. A cet égard, il est inférieur à Pouppée-Desportes, qui dans son précieux ouvrage a consacré le troisième volume à l'étude des médicaments nouveaux que fournit la végétation des Antilles.

Valentin a mis en usage le *phytholacca decandra* comme vomitif pour remplacer l'ipécacuanha. C'est une plante vivace, d'un beau port, naturalisée dans nos climats, et se propageant seule sur nos terrains crayeux sans être soumise aux précautions qu'indiquent les livres de jardinage. Valentin affirme que la racine fraîche, les tiges et les feuilles sont vomitives, mais que l'on mange impunément les jeunes pousses; M. Orfila place ce végétal au rang des poisons âcres. Cependant Bosc en avait mangé sans ressentir aucun mauvais effet, et les Américains de l'Union emploient les feuilles apprêtées comme les épinards.

Ceci me rappelle qu'en 1804 j'introduisis dans le régime alimentaire un végétal que je ne retrouve pas dans le *Dictionnaire des Aliments* de notre ancien collègue Aulagner, le *cactus opuntia.* Serrés de près par l'ennemi, les vivres étaient devenus rares. Le cactus opuntia me paraissant fort mucilagineux, je l'essayai comme aliment. Mon exemple encouragea mes collaborateurs, qui en firent usage jusqu'au moment du départ.

Je termine en saisissant l'occasion de parler de la manière dont les officiers de santé prisonniers à Spanish-Town furent traités. Ils y jouirent d'une entière liberté, ayant un mille à la ronde pour se promener; et après la disette du Cap, ils trouvèrent l'abondance à la Jamaïque, grâce à une paye régulière et proportionnée au chacun. Après quarante-huit ans, la reconnaissance ne s'est pas affaiblie dans mon âme, et je suis heureux de pouvoir la témoigner hautement.

CORRESPONDANCE.

Influence de la menstruation sur les fonctions digestives.

Nous recevons de notre honorable confrère M. Brierre de Boismont la note suivante :

Paris, le 13 octobre 1851.

Monsieur le Rédacteur,

En parcourant le compte-rendu de l'ouvrage de M. le docteur Tilt (*Gazette des Hôpitaux*, 11 octobre), j'ai lu cette phrase : L'influence de la menstruation sur les fonctions digestives est une question intéressante qui jusqu'ici paraissait avoir échappé à la sagacité des observateurs. Il est tout naturel que le docteur Germain ne connaisse pas mon livre sur la menstruation, qui d'ailleurs ne se trouve plus dans le commerce; mais j'ai la conviction qu'il pardonnera à l'auteur de rappeler ce qu'il écrivait il y a dix ans sur ce sujet :

« Les voies digestives peuvent présenter toutes les espèces de désordres. Ils sont si fréquents qu'ils constituent un véritable état morbide particulier à cette époque. L'anorexie est assez commune; quelques femmes ont la bouche pâteuse, mauvaise, éprouvent des rapports. Les nausées et les vomissements sont un phénomène beaucoup plus fréquent (64). Les matières vomies consistent ordinairement dans des mucosités; quelquefois cependant les aliments sont rejetés. *La constipation, si ordinaire chez les femmes, peut être remplacée par le dévoiement; nous avons observé des dames qui en étaient tellement tourmentées qu'elles ne pouvaient s'éloigner de leur maison.* L'estomac est souvent très sensible à la moindre pression, il ne peut supporter le plus léger attouchement; cette sensibilité exagérée peut se convertir en une véritable douleur : ce sont des pincements, des resserrements, des crampes. Une exhalation gazeuse abondante se produit parfois dans l'estomac, et lui occasionne un ballonnement qui oblige les femmes à enlever leur corset. » (*De la Menstruation*, p. 111.)

M. Baillarger a fait depuis longtemps la remarque que les femmes paralytiques de la Salpêtrière gâtaient à leurs époques menstruelles.

Agréez, etc. A. Brierre de Boismont.

Action de l'huile iodée.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dès que j'ai eu connaissance des heureux résultats obtenus par mon honorable confrère et ami M. le docteur Marchal (de Calvi) à l'aide de l'huile iodée, je me suis empressé d'expérimenter ce médicament; je l'ai vu souvent réussir dans les ophthalmies scrofuleuses et je l'ai toujours prescrit d'après la formule même de M. Marchal (de Calvi). Assez souvent j'ai eu occasion de porter de cette manière la dose de l'iode à 30 centigrammes par jour; je n'ai jamais dépassé cette quantité; j'ignore donc si les malades en supporteraient davantage, mais je puis dire que des enfants ont pu prendre impunément 30 centigrammes d'iode dissous dans l'huile et cela pendant plusieurs semaines. J'ajoute que chaque fois que je formule ce médicament, c'est toujours sous forme magistrale, et, comme je le fais prendre le matin à jeun, j'ai pour habitude de faire suivre ma prescription de cette recommandation : « *Ce médicament sera préparé chaque matin au moment d'être pris.* »

Je croyais donc bien sincèrement avoir agi sur mes malades avec 30 centigrammes d'iode, quand, en relisant dans la *Gazette des Hôpitaux* le rapport de M. Guibourt à l'Académie sur l'huile iodée, j'ai été frappé du passage suivant : « Nous dirons même que, si » M. Marchal a pu sans inconvénient employer d'une manière con- » tinue et par jour 30 centigrammes d'iode dissous dans l'huile, » cela tient probablement à ce que sa recommandation de préparer » le médicament chaque jour n'a pas été exactement suivie et à ce » qu'il a dû employer souvent de l'huile ayant plusieurs jours de » préparation. »

J'ai tenu à m'assurer si, malgré la prescription clairement et nettement formulée, il y avait eu *erreur* dans la préparation. J'ai prié un pharmacien, qui a fourni d'après mes ordonnances à plusieurs malades de l'huile iodée, de vouloir bien compulser ses livres en ma présence, et j'ai acquis la certitude que jour par jour l'huile iodée avait été préparée ainsi que je l'avais prescrit. Ce même pharmacien m'a rappelé un malade pour lequel on venait chaque jour chercher ce médicament; l'huile était préparée séance tenante et prise un quart d'heure après.

Je puis donc affirmer que 30 centigrammes d'iode ou plutôt 6 grammes d'huile iodée pris tous les jours pendant plusieurs semaines n'ont jamais déterminé d'accidents, cette huile ayant tout au plus quelques heures de préparation.

Agréez, etc. Dr Al. Magne,

Oculiste des crèches du département de la Seine et du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement.

Paris, le 15 octobre 1851.

Chronique et nouvelles.

Le *Moniteur* publie aujourd'hui la liste des exposants français qui ont obtenu des médailles à l'exposition de Londres. Ainsi que nous l'avions annoncé, la tactique du jury pour les instruments de chirurgie a réussi à ne laisser décerner que des médailles de seconde classe aux fabricants français, et il a ainsi fait tout ce qui dépendait de lui pour établir une égalité que repousse l'opinion de tous les hommes compétents qui ont visité l'exposition. D'après la décision du jury, des médailles ont été accordées à MM. Charrière, Luër, Burat frères (bandagistes) et Thier (fabricant de biberons).

Les belles pièces de M. Auzoux ne lui ont également valu qu'une médaille de seconde classe.

Quatre opticiens, MM. Buron, Deleuil, Bourdon et Soleil, ont été honorés de la grande médaille pour la perfection de fabrication de télescopes, de baromètres, de microscopes, etc.

Enfin, notre habile imprimeur, M. Plon, dont nous avions signalé les remarquables produits dans notre compte-rendu de l'exposition, a aussi obtenu une récompense d'autant plus honorable que l'art de la typographie est arrivé, en Angleterre, à un haut degré de perfection.

— Parmi les compagnies savantes qui s'occupent de toutes les sciences, de tous les arts, de toutes les industries utiles à l'homme, on doit placer en première ligne la *Société d'encouragement pour l'industrie nationale, fondée en* 1802.

La Société d'encouragement, qui chaque année décerne des prix ou des médailles aux inventeurs de découvertes utiles, aux contremaîtres qui ont rendu des services dans les fabriques où ils sont employés, a depuis moins de deux mois eu à s'occuper de constatations intéressantes. Elle a envoyé un de ses membres (M. Chevallier) à Clermont-Ferrand pour étudier la culture en grand du pavot et de la laitue, par M. Aubergier, et la récolte du *lactucarium* et de l'*opium*; elle a dirigé sur Neuilly (Seine-et-Marne) deux de ses membres, MM. Benoît et Chevallier, pour étudier la décortication du maïs par M. Betz, qui a trouvé le moyen d'isoler de cette semence la pellicule et le germe qui renferment une matière amère et une matière oléagineuse, lesquelles donnent de l'amertume et de la rancidité à la farine de maïs.

Elle vient d'envoyer à Lille trois de ses membres, MM. Barreswil, Chevallier et Salvetat, pour étudier, dans la fabrique de MM. Théodore Lefebvre et compagnie, les procédés salubres mis en pratique pour préserver les ouvriers cérusiers des accidents qui les atteignent.

Elle vient enfin de décider, dans sa dernière séance, que deux de ses membres, M. Dumas (son président), et M. Payen, membre du comité des arts chimiques, se rendraient immédiatement dans le département du Nord pour étudier la maladie qui a frappé les betteraves, maladie qui pourrait mettre en danger notre industrie sucrière.

La Société d'encouragement, qui tenait ses séances rue du Bac, 46, dans l'ancien hôtel de Boullongue, vient, sur l'emplacement de l'ancienne poste aux chevaux, rue Saint-Germain-des-Prés, de faire construire un local, dans lequel elle tiendra à l'avenir ses séances. Elle a fait disposer dans ce local des salles pour que les objets qui lui sont adressés puissent être exposés d'une manière convenable et visités par ceux que ces objets intéresseraient. Elle a aussi établi une *bibliothèque industrielle.*

La Société, qui comptait au nombre de ses fondateurs Berthollet, Bosc, Chaptal, Cadet de Vaux, Brillat-Savarin, Conté, Costaz, Degerando, les frères Delessert, Descrozilles, Fourcroy, François de Neufchâteau, Frochot, Guyton de Morveau, Huzard, Lasteyrie, Mérimée, Molard, Monge, Montgolfier, Mathieu de Montmorency, Parmentier, Pastoret, Prony, Régnault de Saint-Jean-d'Angely, Sylvestre, Swediaur, Ternaux, Teissier, Vauquelin, Vilmorin, Yvart, a fait d'immenses pertes; deux seuls de ses fondateurs, M. Anthelme Costaz et M. Delessert, ont survécu à leurs collègues.

La Société doit inaugurer la 50e année de son existence en prenant possession de son nouveau local; si elle ne compte plus dans ses rangs que deux de ses fondateurs, elle y trouve les fils de ces fondateurs et des hommes qui se sont dévoués à la science et qui suivent la voie qui leur a été tracée par les maîtres.

— On lit dans le *Moniteur algérien* :

« La ville d'Oran, qui a été si cruellement ravagée par le choléra, est enfin complétement délivrée du fléau. Depuis trois semaines, aucun cas nouveau ne s'est déclaré.

» Parmi les personnes qui se sont distinguées pendant le cours de cette cruelle épidémie, on cite particulièrement un honorable fonctionnaire, M. Contador. Il a montré un zèle, un dévouement qui lui ont attiré la reconnaissance de toute la population. On assure que les habitants de la ville d'Oran viennent d'adresser une pétition au ministre de la guerre pour lui signaler la belle conduite de M. Contador, et ils espèrent qu'il recevra la récompense due à ses services et au courageux dévouement dont il a fait preuve. »

— On sait combien il y a de pharmacies mal tenues; jusqu'à présent, on avait bien eu de la peine à réprimer cet abus si dangereux pour la santé publique. L'autorité communale de Bruxelles vient de prendre une mesure que nous considérons comme efficace et qui suffira, nous l'espérons, pour faire disparaître le désordre signalé dans quelques pharmacies.

Voici ce que nous lisons dans le rapport des bourgmestre et échevins adressé au conseil communal de la ville de Bruxelles :

« La commission médicale locale, dont le zèle ne nous fait jamais défaut, a visité toutes les pharmacies; elle nous en a signalé 39 comme étant très bien tenues, 11 dans un état médiocre et 5 en mauvais état; ce sont celles de MM. Vandenhuevel, Vygen, Malevé, Demees et Henry. Si ces pharmaciens ne veulent pas améliorer leur officine, nous trouverons les moyens de les signaler périodiquement au public. »

Nous faisons des vœux pour que cette mesure soit suivie dans les autres villes. (*Presse médicale belge.*)

— Le maigre budget alloué à la Faculté de médecine, loin de lui permettre le luxe, suffit à peine aux besoins les plus pressants de ce corps enseignant. Les serres du jardin botanique avaient particulièrement souffert du défaut d'entretien et en étaient arrivées au point de menacer ruine. M. le ministre de l'instruction publique, qui a eu connaissance de ce fait, a bien voulu accorder à M. le doyen la somme de dix mille francs pour y faire exécuter les réparations nécessaires. Déjà les travaux sont commencés, et tout fait espérer que vers l'époque de la rentrée les serres pourront recevoir leurs nombreux visiteurs sans les menacer d'une chute prochaine.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 122. — MARDI 21 OCTOBRE 1851. (24° ANNÉE.) N° 122. — MARDI 21 OCTOBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

MÉMOIRE

sur l'histoire naturelle, pharmaceutique et thérapeutique du chanvre indien ;

Par M. AL. CHRISTISON, président de la Société médicale d'Edimbourg.

Dans un mémoire étendu sur le cannabis indica, M. le docteur Christison vient d'étudier l'histoire complète de cette plante singulière dont on extrait le haschich. On lira avec intérêt la partie thérapeutique de ce mémoire, dans laquelle l'auteur a réuni presque tous les faits connus dans lesquels on a administré les préparations cannabiques avec quelque apparence de succès.

Le docteur O'Saugbnessy a employé les préparations de chanvre dans les maladies suivantes :

Dans trois cas de *rhumatisme*, il a observé une amélioration apparente. Dans l'un d'eux, le médicament parut produire une insensibilité très prononcée et une sorte d'état cataleptique; cet état une fois dissipé, le malade se trouva complétement revenu à la santé.

Dans l'épidémie de *choléra*, on a pensé que les préparations de chanvre avaient rendu quelques services; mais quoiqu'elles aient semblé ranimer la circulation et arrêter la diarrhée, il est douteux qu'on puisse leur attribuer aucun bon résultat définitif.

Dans un cas d'*hydrophobie*, elles amenèrent pendant quatre heures une diminution des spasmes et une grande facilité de boire; mais le malade mourut.

Plusieurs malades atteints de *tétanos* furent traités de la même manière avec un succès apparent. Dans un de ces cas, attribué à la cautérisation de la main par un mélange charlatanesque de charbon incandescent et de tabac, un état d'intoxication fut produit par de larges doses d'extrait de chanvre, et les convulsions cessèrent graduellement; mais la mort suivit la gangrène de la main.

Un autre malade consomma 134 grains d'extrait, et sortit guéri de l'hôpital.

On rapporte un troisième cas dans lequel on obtint le même résultat.

A l'hôpital de Calcutta, M. O'Brien a traité sept cas de tétanos par le même moyen, et dans quatre d'entre eux il a employé des doses de 10 grains. Le résultat a été un relâchement presque immédiat des muscles et une interruption de la tendance aux convulsions. Quatre malades ont guéri.

Dans un cas relaté par M. O'Saughenessy, et où la maladie avait pour cause des plaies suppurantes du scrotum, le chanvre n'eut aucun effet pendant les quatre premiers jours; mais à cette époque le malade devint calme; il se manifesta des paroxysmes fébriles et l'appétit se développa. Le chanvre ayant été suspendu, les symptômes s'aggravèrent. En dernier lieu, il produisit une grande excitation, et l'on fut obligé de le suspendre.

Le dernier cas est un exemple de convulsions chez l'enfant. Des doses élevées du médicament furent données, et une action narcotique amena une amélioration marquée des symptômes. La guérison eut lieu.

Il semblerait certainement, d'après ces faits, que le chanvre indien peut rendre des services dans le traitement du tétanos tel qu'on l'observe dans l'Inde. Mais il est bien loin d'en être ainsi des faits observés en Europe, et que je vais maintenant faire connaître.

Pour ne pas donner trop d'étendue à mes remarques, je me limiterai aux cas de tétanos observés dans la pratique privée et à l'infirmerie royale d'Edimbourg.

M. le professeur Miller m'a communiqué les réflexions suivantes :

« Ma propre expérience parle hautement en faveur du chanvre. Je puis maintenant citer trois cas de tétanos, terminés tous trois heureusement sous son influence, et un quatrième terminé d'une manière fatale, mais après avoir offert une amélioration marquée. Tous étaient des tétanos traumatiques.

» Le premier de ces cas est celui d'une jeune fille de sept ans, admise à l'infirmerie royale le 18 octobre 1844. Elle avait reçu, la nuit précédente, une large blessure au médius de la main droite. Il se manifesta un gonflement et une inflammation intenses, et une tendance à la flexion convulsive des doigts et du poignet.

» Le 23, la surveillante observa une sorte d'accès pendant lequel la malade devenait rigide, avait de la peine à ouvrir la bouche et à avaler, et se plaignait d'une douleur dans les joues. A la visite, elle parut être parfaitement bien. Un purgatif énergique fut ordonné, et, de peur que l'affection ne devînt un tétanos véritable, dix gouttes de teinture de chanvre toutes les quatre heures furent prescrites. La nuit suivante, les symptômes se reproduisirent, et il n'y eut aucun effet sensible produit par le chanvre. La dose du médicament fut portée à 20 gouttes, et après la cinquième dose, la malade s'endormit. Mais, le jour suivant, les symptômes s'aggravèrent encore. On prescrivit un lavement à l'essence de térébenthine, de la glace le long du rachis, et la dose de la teinture fut portée à 30 gouttes toutes les heures. Dans la soirée, il y avait de la rigidité; mais pas de contracture. Le médicament fut donné toutes les demi-heures; il se manifesta bientôt de l'assoupissement, et le lendemain, à midi, l'état de la malade était très amélioré. L'aconit fut alors substitué au chanvre; mais des attaques convulsives s'étant reproduites plus graves, on revint au chanvre, qui détermina de nouveau le retour du sommeil.

» La malade continue à aller mieux jusqu'au 25 novembre; on diminua graduellement la dose du médicament, qui produisait toujours de l'assoupissement ou même un sommeil calme chaque fois qu'il était donné; mais ensuite il parut exciter la circulation, et on le suspendit. Pendant tout le temps de son administration, son influence sur l'appétit fut des plus évidentes; le désir d'aliments était vraiment insatiable. Depuis le 25, aucun médicament ne fut administré, et la guérison fut bientôt complète.

» Le second cas, qui a été observé dans ma pratique privée, est celui d'un jeune garçon du même âge à peu près que la malade précédente, et affecté d'une fracture simple de la cuisse et d'une fracture comminutive du gros orteil. Le traitement et le résultat furent les mêmes.

» Le troisième cas a été observé sur un jeune garçon un peu plus âgé, atteint d'une fracture composée des deux os de l'avant-bras. — Même traitement; même résultat.

» Dans tous ces cas, de faibles doses ont généralement amené le sommeil et une amélioration marquée des symptômes. La durée du narcotisme n'a pas excédé deux ou trois heures; le sommeil était profond, non interrompu, et semblait être réparateur. Il n'était suivi d'aucune céphalalgie, ni d'aucun autre accident. La circonstance la plus remarquable à observer, c'est qu'une jeune fille de sept ans supporta des doses de chanvre répétées toutes les demi-heures, quelquefois plusieurs heures de suite, et capables de narcotiser un adulte. »

M. Miller est porté à attribuer principalement au chanvre la guérison qui a eu lieu dans ces cas.

Dès 1846, l'utilité du chanvre avait été constaté dans un cas de tétanos observé dans les salles du docteur Duncan. En 1847, un autre cas se présenta dans lequel le chanvre fut également administré. Le malade avait d'abord été soumis aux inhalations d'éther pendant tout un après-midi avec un avantage marqué, mais éphémère. Le chanvre fut alors donné après l'administration d'une once et demie de teinture; les effets physiologiques ne furent pas atteints. On ne persévéra point, et le malade mourut le treizième jour.

Le premier de ces cas a été soigneusement observé, et on lira avec intérêt l'extrait suivant du cahier d'observations.

James Mackay, employé aux chemins de fer, est admis dans les salles de M. le docteur Duncan le 20 octobre 1846. Il avait, depuis une semaine, une petite plaie irrégulière à la main, et le tétanos commençait lors de son admission à l'hôpital. La blessure semblait sur le point de guérir. Le malade se plaignait d'un malaise général, mais particulièrement le long du cou et de l'épine; il y avait une certaine rigidité des joues; les dents ne pouvaient pas s'écarter au delà de trois quarts de pouce; la langue ne pouvait être tirée; il y avait de la rigidité dans le cou et la partie supérieure du cou, un sentiment de brûlure autour du cœur; l'expression était anxieuse, quoique légèrement riante. La soif était intense et la déglutition difficile. Transpiration abondante. Les convulsions, de courte durée, se renouvelaient une ou deux fois par minute; pouls à 115-120. — Purgatif immédiat, et à onze heures on prescrivit de la teinture de chanvre par doses de 15 à 20 gouttes; il n'y eut qu'un effet à peine sensible: il n'y avait point eu de garde-robe, malgré l'administration d'un lavement à l'essence de térébenthine. Les spasmes devinrent plus violents et généraux; le toucher suffisait pour les déterminer. Pas de sommeil; 120 à 140 gouttes n'avaient produit aucun effet. On porta la dose jusqu'à 60 ou 80 gouttes tous les trois quarts d'heure; on prescrivit l'huile de croton comme purgatif, qui réussit parfaitement. Dans la soirée, les convulsions se calmèrent; mais il n'y eut qu'un peu d'assoupissement par intervalles. — Continuation de la même dose de teinture.

Le 22, la déglutition était facile, les spasmes moins intenses, mais aussi fréquents; 100 gouttes furent données à partir de onze heures et continuées toutes les demi-heures jusqu'à quatre heures du soir, moment où le calme fut tout à fait décidé. Il y avait cependant encore des spasmes fréquents, mais légers, et qui ne réveillaient pas le malade. A neuf heures, le sommeil cessa; des selles nombreuses eurent lieu; 130 gouttes furent données et répétées jusqu'à minuit, chaque fois que le malade toussait.

Le 23, les convulsions reprirent de la force; le chanvre avait été suspendu depuis neuf heures. On donna un gros de teinture, que l'on continua jusqu'au soir; le malade put prendre alors sans difficulté des tartines et du thé.

Le 24, à la visite, les convulsions avaient cessé; mais les symptômes du côté de la poitrine s'étaient aggravés; il y avait un râle muqueux général, des crachats spumeux et sanguinolents. Le sommeil avait été entretenu par des doses d'une drachme à une drachme et demie de teinture. Le soir, le malade était faible, mais tranquille; il avait un vif appétit.

Le 25, tout spasme avait complétement cessé, et le malade mourut évidemment suffoqué par une accumulation de mucus.

Dans ce cas, 6 onces de teinture de O'Saughnessy avaient été données en tout, équivalant à 144 grains. Cette dose était évidemment trop faible.

La conclusion la plus sage que l'on puisse tirer de ces faits, c'est que le chanvre indien mérite qu'on se livre à de nouvelles expériences sur le tétanos d'Europe, aussi bien que sur celui des pays chauds. Il serait urgent, pour donner à ces expériences toute la certitude désirable, d'essayer auparavant l'action du médicament sur une personne saine, pour s'assurer de ses qualités.

Pendant que j'étais élève à la clinique de l'infirmerie royale, en 1849, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'administrer le chanvre comme hypnotique dans plusieurs maladies, et le but qu'on se proposait a été généralement atteint sans aucun accident; mais je regrette de n'avoir recueilli alors aucune observation détaillée, mon attention n'étant pas portée spécialement sur ce sujet. Le chanvre est fréquemment donné dans les autres salles de l'infirmerie. Dans les cas de phthisie et d'autres maladies de consomption, lorsque l'opium a été administré pendant longtemps et qu'il cesse de produire le sommeil, le chanvre indien peut le remplacer avec avantage. Ainsi, dans un cas de phthisie avancée, 5 à 6 gouttes de teinture amenèrent un sommeil que tous les autres moyens n'avaient pu produire.

Le docteur Christison a employé le chanvre dans plusieurs circonstances. Il a donné les détails suivants sur deux cas qu'il a observés.

Un gentleman souffrait depuis vingt-un ans de palpitations de cœur qui éprouvaient généralement une recrudescence vers le soir. Il avait successivement usé de tous les remèdes sans en obtenir le moindre avantage. Le docteur Christison songea à lui administrer une préparation de chanvre. La femme du malade assure qu'il ne souffrit pas des palpitations de toute la nuit, quoiqu'il eût cependant la conscience qu'elles existaient. Elles cessèrent complétement à huit heures du matin, au lieu de durer vingt heures comme auparavant.

L'autre cas est celui d'un gentleman affecté d'un eczéma occupant toute la surface de la peau, et qui éprouvait de vives démangeaisons. Les doses élevées de muriate de morphine produisaient un assoupissement profond, mais augmentaient tellement les démangeaisons, que le malade était obligé de se tenir éveillé pour ne point se gratter. 25 gouttes de teinture de chanvre, renouvelées chaque soir, procurèrent six heures de sommeil pendant six semaines, jusqu'à ce que l'éruption se fut entièrement dissipée; seulement les démangeaisons restèrent telles qu'elles étaient auparavant pendant l'état de veille.

Le docteur Christison a observé que le chanvre a la propriété de produire le sommeil sans troubler, en général, les fonctions de l'estomac et des intestins. Donné dans les cas où l'opium et l'hyoscyamus ont échoué à amener le sommeil, il a souvent échoué lui-même; mais dans deux ou trois il a réussi dans ces circonstances.

Une série de cas intéressants a été publiée par M. Donovan, dans le *Dublin journal of medical and chemical science* pour 1845. Cet observateur est convaincu de l'utilité du chanvre dans les cas de névralgie. Ayant lui-même souffert d'une névralgie des différentes parties du pied, qui durait pendant un ou deux jours, et même pendant une semaine, il n'avait jamais pu trouver d'autre moyen qui le soulageât que l'immersion dans l'eau froide. Un jour, il prit 5 grammes de teinture, et en vingt minutes la douleur se dissipa. Quand il marchait, « il avait à peine la conscience du mouvement de ses jambes, et elles lui semblaient ne point lui appartenir. » Dans une autre occasion, il en prit 6 gros sans obtenir aucun effet; mais la troisième nuit, après avoir pris 12 grains d'un extrait faible, la douleur se dissipa, et un sommeil de quatre heures lui succéda. Dans plusieurs attaques, M. Donovan a obtenu les mêmes avantages du même moyen.

Un gentleman fut pris, en se mettant au lit, d'une douleur déchirante dans la mâchoire supérieure gauche, qui le tint éveillé jusqu'au matin. Après un court sommeil, il se réveilla en sursaut dans des tortures; et dans la soirée, après avoir pris la troisième dose de 15 gouttes d'une teinture faible de chanvre, il s'endormit profondément jusqu'à huit heures dans la matinée. Vers le soir, il renouvela le même remède et obtint le même résultat; il en fut encore de même la nuit suivante; mais bientôt la douleur se reproduisit aussi intense que jamais. Des embrocations avec l'alcool camphré furent alors tentées avec 20 gouttes de teinture; le sommeil se manifesta

immédiatement. Au matin, la douleur était considérablement diminuée ; elle se dissipa bientôt complétement.

Un autre gentleman souffrait cruellement d'une sciatique depuis treize semaines ; ses douleurs lui arrachaient des gémissements, des cris et des larmes ; il passait toutes ses nuits sans sommeil. La seule chose qui lui procurât quelque soulagement était une pression intense des hanches, et quelquefois le laudanum. Deux doses de chanvre, à des intervalles rapprochés, amenèrent un profond sommeil de huit heures, et, au réveil, le malade se trouva entièrement guéri ; il éprouva seulement une légère et courte recrudescence en entrant dans une chambre froide.

Dans beaucoup d'autres cas dont la relation se trouve dans le mémoire de M. Donovan, le chanvre, s'il n'a pas amené une guérison complète, a produit une grande amélioration dans la douleur ; dans plusieurs autres cependant il n'a procurés aucun bien, et même a eu des effets fâcheux. Ainsi, chez une dame qui souffrait de névralgies dans diverses parties du corps, cinq gouttes d'une teinture concentrée, qui furent données le soir, produisirent, dans la matinée suivante, des vertiges et de la faiblesse ; la malade prit de son propre mouvement cinq nouvelles gouttes, et celles-ci furent suivies d'un refroidissement général. La malade avait une frayeur extrême de la mort ; elle resta toute la journée dans un état de malaise ; la douleur ne fut point modifiée, et les phénomènes dus au médicament se reproduisirent par intervalles pendant deux ou trois jours.

Un autre malade, qui avait l'habitude de faire usage du chanvre, fut pris une fois de phénomènes alarmants de prostration ; il s'assit, très agité ; les yeux ouverts et sa tête tombant sur sa poitrine. La respiration était stertoreuse, interrompue par des sanglots ; tout le corps était agité de tremblement et semblait frissonner de froid. Le pouls resta bon pendant tout le temps ; au bout d'une demi-heure, tous les symptômes se dissipèrent.

Le chanvre indien, sous différentes formes, a été recommandé, principalement par d'anciens auteurs, contre diverses maladies, telles que la diarrhée, la gonorrhée, et en applications locales contre les hémorrhoïdes. Je ne sache pas qu'il soit employé aujourd'hui dans le même but, mais il y a une affection contre laquelle on l'a administré récemment avec avantage, c'est l'hémorrhagie utérine. Le docteur Churchill dit, dans son *Traité des maladies des femmes* :

« Nous possédons contre ces pertes excessives qui ont quelquefois lieu à l'époque menstruelle deux remèdes qui n'étaient point connus à Fothergill, l'ergot de seigle et la teinture de chanvre indien. Le premier est connu depuis longtemps pour son influence avantageuse sur l'hémorrhagie qui suit l'accouchement, mais les propriétés du second ne sont connues que depuis un ou deux ans. Elles ont été découvertes par hasard par mon ami le docteur Maguire, de Castelknook, et depuis elles ont été constatées avec succès par plusieurs praticiens de Dublin et par moi-même. La teinture de résine est la préparation la plus efficace ; elle doit être donnée à la dose de 5 à 15 gouttes dans de l'eau, répétées trois fois par jour.

» Les effets sont dans la plupart des cas très marqués, et quelquefois instantanés, et souvent complets à la troisième ou la quatrième dose.

» Dans quelques cas d'ulcères où j'ai essayé cette préparation contre l'hémorrhagie concomitante, j'en ai également obtenu des avantages marqués. »

Les effets dont vient de parler le docteur Fothergill me paraissent tenir à l'action remarquable que le chanvre exerce sur les contractions utérines et que nous allons maintenant étudier.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG.

Recherches cliniques sur le cancer utérin ;

par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

Le cancer de l'utérus est une maladie très commune, laquelle a été fréquemment et soigneusement observée par une foule d'auteurs ; et pourtant telle est la variété des œuvres de la nature, que les sujets les plus vulgaires révèlent journellement de nouveaux points de vue, de nouvelles combinaisons à qui veut les observer avec attention. C'est ce qui ressortira, je l'espère, du travail que nous osons produire sur un texte aussi commun que l'est le cancer utérin. Nous rangerons nos faits en trois catégories : la première traitera du cancer isolé du corps de l'utérus, la seconde du cancer utérin comme cause de distension rénale, et la troisième de certaines complications assez rares du cancer utérin.

Du cancer isolé du corps de l'utérus.

Il est un point de l'histoire du cancer utérin qui nous paraît laisser encore quelque chose à désirer : c'est la détermination précise du siége de la maladie. On s'est beaucoup étendu sur le cancer du col, qui est incomparablement le plus fréquent, il est vrai ; on s'est moins occupé du cancer de la totalité de l'utérus, qui est le plus souvent, il faut en convenir, la conséquence du précédent ; mais lorsqu'il s'agit du cancer *isolé du corps* de l'utérus, les détails graphiques font à peu près complétement défaut, et son histoire spéciale reste à créer.

Quelques recherches bibliographiques nous ont démontré que la dégénérescence isolée du corps de l'utérus est rare, en effet, mais moins rare peut-être qu'on ne le croit généralement, les faits de ce genre se trouvant confondus par les auteurs avec d'autres observations sous des titres collectifs. C'est ainsi que, dans le *Traité des maladies de l'utérus*, de Dugès et Boivin, on trouve à la page 41, du tome II, un chapitre intitulé : *Quatre cas de squirrhe de tout l'utérus*, parmi lesquels se rencontrent les suivants :

Premier fait. — Chez une femme où le cancer de l'utérus n'avait pas été soupçonné pendant la vie, voici ce qu'on découvrit à l'autopsie : « L'utérus avait 3 pouces de longueur ; » le corps de l'organe affectait la forme d'une poire, avait » 2 pouces de diamètre en tout sens ; on n'y reconnut qu'une » masse compacte, dure, blanche, sans la moindre apparence de cavité. *Son col était de volume et presque de* » *consistance naturelle.* »

Deuxième fait. — Chez une autre femme où le cancer passa également inaperçu, « l'utérus était petit, pâle ; à la » face externe et antérieure de l'organe s'élevaient deux pe» tites tumeurs pédiculées, charnues, du volume d'une cerise, » recouvertes par le péritoine. Une autre tumeur de même » nature s'élevait sur le fond de l'organe..... L'utérus n'avait » pas conservé la moindre trace de cavité ; son tissu était » partout de même nature, analogue pour la couleur et la » consistance à du savon blanc. *Le museau de tanche était* » *lisse, uni et du volume naturel.* »

Troisième fait. — Dans ce cas relatif à une femme de cinquante ans, les pertes sanguines, les douleurs de reins et de l'hypogastre, la maigreur, le teint jaunâtre, firent présumer une affection cancéreuse des parties génitales internes. A la nécroscopie on trouva les ovaires dégénérés ; « l'utérus » avait acquis au moins trois fois son volume ordinaire..... ; » son tissu en général était analogue à celui des ovaires » (compacte, graisseux) ; on n'y voyait pas la moindre appa» rence de cavité. *Le museau de tanche, du volume ordi*» *naire, était compacte, lisse et sans aucune altération.* »

Il est évident que dans ces trois cas la dégénérescence avait débuté par le corps de l'utérus et n'avait pas encore atteint le col de l'organe ; aussi le cancer utérin fut-il méconnu dans les deux premiers cas et supposé seulement dans le troisième.

Je n'ai trouvé de distinction catégoriquement exprimée à l'égard du cancer isolé du corps de l'utérus que dans l'article *Utérus* (cancer de l') du *Dictionnaire en* 30 *volumes*, p. 273, où M. Marjolin s'exprime en ces termes : « Le can» cer de la matrice affecte presque toujours primitivement » son col ; les cas où il envahit d'abord le corps de l'organe, » *le col restant intact*, sont extrêmement rares. » Et plus loin : « Le cancer primitif du corps de la matrice est très » rare ; il commence toujours par la surface interne de l'or» gane ; son diagnostic reste longtemps très obscur. La tu» méfaction de la matrice, les pertes utérines, les douleurs » pelviennes peuvent être produites par plusieurs autres af» fections. On ne reconnaît avec certitude la maladie que » lorsque les écoulements sanieux et d'odeur cancéreuse sur» viennent, et lorsque le col utérin, successivement détruit » de haut en bas, permet l'introduction du doigt dans l'exca» vation cancéreuse, » c'est-à-dire lorsque le cancer du corps a cessé d'être isolé. M. Marjolin continue : « L'ulcération » peut réduire l'épaisseur de la matrice en quelques points à » la tunique péritonéale ; celle-ci même peut être perforée » quelque temps avant la mort de la malade ; mais on trouve » plus fréquemment la matrice adhérant à l'intestin, à l'épi» ploon, à la paroi postérieure de la vessie. »

Ceci, qui s'imprimait en 1846, peut donc passer pour le dernier mot de la science sur l'objet qui nous occupe. Je ne prétends pas avancer beaucoup cette courte histoire du cancer isolé du corps de l'utérus ; je ne veux qu'ajouter quelques traits à cette esquisse, notamment en ce qui concerne les conséquences encore inexplorées de cette affection.

Il y a quelque temps que, lisant dans un journal une observation de cancer du col de l'utérus, donné par l'auteur comme un cas rare, je me rappelai le fait suivant consigné dans le *compte-rendu de ma clinique* publié en 1845.

Cancer du corps de l'utérus, sans altération du col, reconnu pendant la vie.

Obs. I. — Une femme de soixante-six ans, décrépite, entre à la clinique le 31 mai 1843. On ne peut en tirer que des renseignements très vagues. Elle dit avoir souffert pendant tout l'hiver de douleurs abdominales vives avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Etat actuel. — Maigreur extrême, facies d'un jaune terreux, prostration. Abdomen élevé, tendu, résonnant à la percussion, sans tumeur profonde appréciable. Diarrhée, point de fièvre. Les adoucissants et l'opium calment la diarrhée, mais le ventre demeure ballonné et sensible. Nous diagnostiquons une entéro-péritonite chronique. Après quelques alternatives, la malade succombe dans le marasme dix jours après son entrée.

Nécroscopie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le paquet intestinal météorisé. En cherchant à pénétrer dans le petit bassin, on le trouve obstrué par des adhérences du péritoine, lequel est épaissi et tapissé de fausses membranes. En détruisant les adhérences, on tombe dans un clapier rempli d'un détritus purulent de matières grisâtres, putrilagineuses, au milieu desquelles on cherche en vain le corps de la matrice. En touchant par le vagin, on trouve le col de l'utérus non altéré. En pénétrant de force par le museau de tanche, on arrive dans le foyer pelvien, et l'on constate ainsi que l'utérus est détruit jusqu'au voisinage de ses attaches au vagin. Une portion de l'intestin grêle en contact avec le magma cancéreux est dégénérée et perforée. Les autres organes sont à l'état normal.

Voilà donc un cancer bien isolé du corps de l'utérus, qui ne pouvait être soupçonné pendant la vie, vu l'intégrité du col et la péritonite concomitante. Ce n'est point une simple adhérence de l'intestin qui existe ici, mais bien une péritonite suppurée et, de plus, une perforation intestinale.

Je considérais ce fait singulier comme une de ces anomalies que les praticiens même les plus répandus ne rencontrent que rarement, lorsque, dans ces derniers temps, le fait suivant est venu se produire à ma clinique.

Cancer isolé du corps de l'utérus ; péritonite chronique ; kyste péritonéal pris pour un kyste de l'ovaire ; nécroscopie.

Obs. II. — Une femme de soixante-deux ans, douée primitivement d'une forte constitution, raconte qu'il y a sept ans environ, et sans cause appréciable, son ventre augmenta de volume graduellement et sans douleur. Elle prit plusieurs purgatifs ; mais le mal s'accroissant et la respiration devenant difficile, après deux mois de maladie elle appela un médecin qui reconnut une hydropisie enkystée et pratiqua au flanc gauche une ponction d'où s'écoula un liquide brun et bourbeux.

Au bout de six mois, l'épanchement s'était reproduit aussi considérable et aussi gênant que la première fois. Une nouvelle ponction procura l'écoulement d'un liquide moins épais que précédemment, mais encore trouble et rougeâtre. Cette seconde opération donna lieu à quelques légers symptômes d'irritation péritonéale. Entre autres moyens, des frictions mercurielles furent employées jusqu'à salivation et furent suivies d'une apparence de guérison. Néanmoins, l'abdomen ne tarda pas à enfler de nouveau, de sorte qu'une troisième ponction devenue nécessaire fut pratiquée il y a quinze jours, et donna lieu cette fois à un écoulement de sérosité citrine et parfaitement limpide. Enfin, une nouvelle récidive obligea la malade à entrer à la clinique le 1er mai 1849.

État actuel : Amaigrissement, pâleur terreuse des maladies chroniques, abdomen proéminent, formant des saillies inégales dont la plus marquée occupe le flanc droit. A la palpation, cette saillie paraît formée par une tumeur intra-abdominale, du volume de la tête d'un adulte, élastique, fluctuante, un peu mobile, mate à la percussion, plongeant dans le petit bassin, s'élevant jusqu'à trois travers de doigt de l'angle des fausses côtes droites, et s'étendant transversalement jusque dans le flanc gauche. Au-dessus de cette tumeur, on perçoit au travers des parois abdominales une surface dure, bosselée, paraissant constituée par le foie auquel elle est continue. L'abdomen mesure 85 centimètres au niveau de l'ombilic. Le toucher vaginal n'indique rien de particulier ; le col utérin présente la forme, le volume et la consistance de l'état normal ; il est un peu déprimé en bas et repoussé en arrière. Au point correspondant à la paroi antérieure de l'utérus, on perçoit, à travers l'épaisseur du vagin, une saillie élastique qui paraît dépendre de la tumeur iliaque refoulant l'utérus.

Il s'agit donc manifestement d'un kyste abdominal ; mais quel en est le siége ? Procédant par voie d'analyse, et considérant l'extrême fréquence des lésions ovariques, nous concluons à l'existence d'une hydropisie enkystée de l'ovaire droit, compliquée d'hypertrophie du foie. (Frictions iodées, etc.)

Au bout de quelques jours, le volume du ventre et les prières de la malade nous engagent à pratiquer encore une ponction, qui donne issue à deux litres d'un liquide transparent, de couleur citrine. Mais bientôt l'épanchement se reproduit de nouveau ; la diarrhée survient, la malade s'épuise. Nous combattons les symptômes à mesure qu'ils se produisent ; néanmoins la malade s'affaisse graduellement et succombe le 21 mai.

A la nécroscopie, nous constatons, à notre grand étonnement, les particularités suivantes : en ouvrant l'abdomen, on découvre une cavité formée antérieurement par le grand épiploon épaissi, adhérant à la paroi antérieure de l'abdomen, et postérieurement par le paquet des intestins grêles, dont les circonvolutions sont agglomérées et tapissées de fausses membranes. Cette cavité contient environ deux litres de sérosité citrine et limpide. Elle affecte la forme ovoïde, une des extrémités de son grand diamètre correspondant à l'ombilic, et l'autre extrémité reposant sur la fosse iliaque droite et s'étendant dans le petit bassin. En allant à la recherche de l'ovaire dans l'excavation pelvienne, on tombe dans un cloaque rempli d'un magma putrilagineux, fétide, dans lequel semble s'être fondus et les ovaires et le corps même de l'utérus, qu'on ne trouve plus, sauf une portion du segment inférieur terminé par le col utérin, parties restées parfaitement saines, en apparence. La paroi postérieure de la vessie et la partie antérieure du rectum, formant parois à ce foyer cancéreux, sont épaissies, indurées, tendant au squirrhe.

Le foie est considérablement hypertrophié, sans trace de noyaux cancéreux. Il occupe le tiers supérieur de la cavité abdominale. Toutes ces parties adhèrent plus ou moins étroitement au canal digestif par les pseudo-membranes.

Le tube digestif n'offre à l'intérieur aucune lésion notable ; il est plutôt pâle qu'injecté.

Les reins sont à l'état normal.

Rien de particulier dans les autres parties du corps.

Voilà, certes, une observation bien singulière, et l'on ne comprendrait guère *à priori* comment un cancer de l'utérus peut simuler une hydropisie enkystée de l'ovaire. Et pourtant il n'a fallu pour cela qu'une péritonite latente donnant lieu, par des adhérences, à un kyste séreux, le tout comme conséquence très-naturelle de l'inflammation résultant de la fonte cancéreuse du corps de l'utérus. Mais il a fallu aussi que le col utérin demeurât intact et mît dans l'impossibilité de soupçonner le cancer ; car cette femme n'accusait aucun symptôme appelant l'attention vers les organes génitaux que, du reste, l'exploration directe constatait exister à l'état normal. Le moyen de soupçonner même une péritonite chez un sujet qui affirmait n'avoir jamais souffert du ventre, et qui disait avoir suivi les progrès lents et indolents de cette tumeur abdominale, laquelle montrait si bien le kyste de l'ovaire ? Remarquez encore que la ponction, après avoir fourni un liquide épais, rougeâtre, comme on en rencontre dans les kystes multiples de l'ovaire, a fini par produire une sérosité citrine, limpide, et non trouble et floconneuse, comme l'est d'ordinaire le liquide secrété par le péritoine enflammé. A

travers tant de circonstances insidieuses, comment éviter l'erreur, comment remonter à la source réelle du mal? N'est-ce pas le cas de répéter avec Morgagni, qu'en fait d'observation, on est souvent trompé par les circonstances mêmes qui paraissent le plus susceptibles de vous éclairer!

En somme, voici deux cas de cancer primitif, isolé du corps de l'utérus, observés sur un nombre de 33 cas de cancer utérin que j'ai recueillis sur environ 3,000 femmes qui sont passées à ma clinique depuis bientôt quatorze ans.

Ces deux faits de cancer isolé du corps utérin sont remarquables en ce que :

1° Le col de l'organe paraissait intact, bien que le corps fût arrivé au plus haut degré de désorganisation, à celui de la fonte cancéreuse ;

2° Les désordres consécutifs ne se sont pas bornés à des adhérences avec les organes circonvoisins ; ils ont consisté, dans les deux cas, en une péritonite grave, chronique, et de plus :

3° Dans le premier cas, il y a eu complication de perforation intestinale ;

4° Dans le second, la péritonite a donné lieu à cette singulière disposition, qui simulait, à s'y méprendre, un kyste de l'ovaire ;

5° En raison de toutes ces particularités, le cancer du corps utérin a dû nécessairement passer inaperçu.

C'est ce qui fait aussi que les observations de ce genre sont plus curieuses qu'utiles à connaître ; car si elles sont appelées à figurer avantageusement dans une collection de cas rares, elles demeurent stériles pour la pratique, vu l'absence de signes qui puissent faire soupçonner le point de départ des accidents ; de sorte que, les mêmes cas échéants, l'erreur serait également inévitable. Cependant, savoir que de tels faits existent suffit déjà pour induire à les supposer lorsque de pareilles circonstances viendront à s'offrir. Le cancer isolé du corps de l'utérus ne peut être diagnostiqué que lorsqu'il a cessé d'être isolé, c'est-à-dire lorsque le col participe à la dégénérescence, comme l'a fort bien dit M. Marjolin. Cependant il peut être considéré comme très probable, alors que coïncident les signes locaux indiquant une altération du tissu du corps de l'utérus, à savoir : l'augmentation de volume, les déformations, les douleurs, les pertes sanguines, etc., et les signes généraux qui caractérisent la cachexie cancéreuse : l'amaigrissement, la coloration pâle et jaunâtre de la peau, etc. Mais on est tellement habitué à voir le cancer utérin débuter par la désorganisation du col, que toutes les fois qu'il procède autrement, il passe presque nécessairement méconnu. Puissent nos observations rendre les praticiens plus attentifs. Ce n'est qu'en surprenant pour ainsi dire la maladie à son degré de simplicité qu'on peut espérer parvenir à débrouiller les cas où, comme dans nos deux observations, les progrès de la dégénérescence utérine ont entraîné la péritonite chronique qui, désormais, masque complètement l'affection primitive. (*Gaz. Méd.*)

DU TRAITEMENT DES TUMEURS HÉMORRHOÏDALES

par les mèches introduites dans le rectum.

En 1838, M. Fleury a publié, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur l'emploi des mèches destinées à combattre la constipation idiopathique, c'est-à-dire produite par l'atonie, la paralysie pour ainsi dire des fibres musculaires de l'intestin ; constipation qui souvent a son origine dans l'abus des lavements, et qui ensuite trouve en elle-même la raison de son existence et de sa ténacité, par suite de la distension que fait subir à l'intestin l'accumulation des matières fécales.

Depuis treize ans le moyen préconisé par M. Fleury a été expérimenté par un grand nombre de médecins, et il y a peu de mois M. Noël Guéneau de Mussy proclama son efficacité dans un article publié par l'*Union médicale*.

Mais l'application de cette méthode à un grand nombre de malades a conduit M. Fleury à en faire usage dans d'autres circonstances encore, et nous croyons rendre service aux praticiens en leur faisant connaître les bons résultats qui ont été obtenus dans le traitement d'une maladie qui ne fait que trop souvent le désespoir des malades et des médecins.

Tout le monde sait que les individus qui portent depuis plusieurs années des tumeurs hémorrhoïdales internes sont souvent exposés à des accidents très incommodes, très douloureux, et même parfois assez graves pour compromettre l'existence des malades et pour rendre nécessaire une opération chirurgicale qui, elle-même, n'est point dépourvue de douleurs et de dangers.

Sous l'influence des efforts de défécation, de la marche, de la station debout, les tumeurs hémorrhoïdales internes franchissent l'anus, subissent un étranglement plus ou moins considérable, et deviennent le siége de douleurs extrêmement vives qui rendent la locomotion impossible ; il n'est pas rare de voir survenir de la fièvre, du délire et des accidents nerveux qui, chez quelques femmes, acquièrent une intensité extrême.

Souvent on observe une complication très fâcheuse ; c'est celle qui résulte de la présence d'une fissure ou de petites crevasses superficielles formées en grand nombre sur la surface des tumeurs hémorrhoïdales.

Ces crevasses deviennent fréquemment le point de départ d'ulcérations plus profondes, d'hémorrhagies sans cesse renouvelées, de lésions graves qui plongent les malades dans l'anémie, simulent un cancer du rectum, et ne laissent au médecin que le choix entre le cautère actuel, la ligature, l'excision, la pince-cautère récemment proposée, ou tout autre procédé chirurgical, auquel le malade ne se résigne pas facilement.

Les divers accidents que nous venons d'indiquer en peu de mots seront efficacement combattus ou prévenus par une méthode de traitement fort simple, mise en usage depuis plusieurs années par M. Fleury, et à laquelle ce médecin est redevable de nombreux et remarquables succès.

Après avoir refoulé avec les doigts les tumeurs hémorrhoïdales, on introduit dans le rectum une mèche qui doit y demeurer pendant vingt-quatre heures, et qu'à cet effet on maintient à l'aide d'un tampon placé sur l'anus et d'un bandage en croix qui ne gênent nullement la déambulation.

Tous les matins la mèche est retirée, le malade va à la garde-robe et la mèche est immédiatement replacée.

Au début, le volume de la mèche doit être peu considérable, et on enduit celle-ci avec du cérat opiacé et belladoné, afin de diminuer les douleurs, parfois assez vives, que provoquent les premières applications. — Cérat blanc, 30 gr. ; extrait aqueux d'opium, 1 gr. ; extrait de belladone, 2 à 4 gr.

Au bout de peu de jours le volume de la mèche est graduellement augmenté et porté rapidement à une grosseur suffisante pour que l'introduction ne se fasse point sans quelques efforts. Le cérat calmant est remplacé par une pommade astringente contenant du ratanhia, du tannin ou de l'oxyde de zinc. Si son usage provoque de la douleur, on lui substitue pendant un jour ou deux le cérat calmant et on y revient de nouveau.

Sous l'influence de la compression produite par les mèches et de l'action topique exercée par la pommade astringente, les tumeurs hémorrhoïdales subissent une modification telle, qu'à l'aide de ce traitement continué pendant un mois ou six semaines M. Fleury a pu débarrasser complétement plusieurs malades des accidents qui empoisonnaient pour ainsi dire leur existence, leur rendaient impossibles la marche et l'exercice de leur profession, et les plaçaient, après l'usage inefficace d'un grand nombre de moyens rationnels ou empiriques et charlatanesques, en présence d'une opération chirurgicale douloureuse et non exempte de dangers.

SUR UN CAS D'EMPOISONNEMENT

par le phosphore.

Dans le compte-rendu de la Société des sciences médicales de Gannat (Allier), M. le docteur Trapenard, secrétaire de la Société, rend compte du fait suivant, sur lequel il a été fait un savant rapport à la Société par M. le docteur Boudant.

V..., âgé de cinquante-quatre ans, très irascible et continuellement surexcité par ses habitudes d'ivrognerie, prend la résolution de mettre fin à ses jours. Le 7 juillet 1848, un pot de pâte phosphorée lui est délivré sur sa demande et son reçu. Le 8, il s'étourdit au moyen de deux bouteilles de vin blanc et d'un demi-litre d'eau-de-vie, et ingère peu après, seule ou étendue sur du pain, la moitié de la pâte contenue dans le pot. Sept à huit heures après ce fatal déjeuner, V... accuse une soif ardente et une chaleur vive dans la bouche, l'arrière-gorge, l'œsophage et l'estomac. De l'eau prise abondamment n'apporte aucune amélioration. A ces accidents succèdent des douleurs atroces, qui sont elles-mêmes bientôt suivies de vomissements continuels. MM. Audiffred et Danval sont alors appelés, et ignorent, comme la famille, la cause de la maladie. Le pouls est dur, fort et fréquent. (Large saignée ; boissons émollientes ; cataplasmes sur l'épigastre.) — Léger amendement d'abord ; mais pendant la nuit, les phénomènes précités reparaissent avec plus de véhémence encore, et se compliquent d'ardeurs d'urine avec dysurie. (30 sangsues à l'épigastre ; potion calmante ; eau de seltz coupée avec de l'eau.) — Point d'amélioration ; les douleurs, atroces dans l'estomac, le deviennent bientôt dans les intestins. Nos deux confrères, avertis le 10 de l'empoisonnement par le phosphore, redoublent d'efforts, mais inutilement ; V... succombe en trois jours au milieu d'affreuses tortures.

MM. Boudant, Trapenard et Lefort sont alors juridiquement chargés d'examiner les restes de V..., de procéder à telles recherches nécropsiques et chimiques qu'ils jugeront convenables, et d'en faire un rapport dont votre secrétaire a cru devoir ne pas trop réduire l'analyse.

Examen du cadavre. — Point de traces de violence extérieure ; physionomie calme ; membres roidis et contractés ; un peu de mucosité au méat urinaire ; muqueuse buccale rouge et enflammée ; la coloration de la surface externe de l'estomac et des intestins annonce une inflammation profonde de ces organes. Les liquides de l'estomac sont recueillis ; sa muqueuse cramoisie, ardoisée presque partout et ramollie en certains endroits, présente, non loin du pylore, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à bords gonflés et brunâtres, et qui laisse voir la membrane musculaire mise à nu. Une seconde ulcération moins large, plus à gauche et offrant d'ailleurs les mêmes caractères, se fait remarquer encore sur la grande courbure. La muqueuse de tout l'intestin grêle porte les traces de l'inflammation la plus aiguë. On remarque çà et là quelques élevures gaufrées, le gonflement et l'hypertrophie des valvules conniventes ; mais point d'excoriation, ni de ramollissement. Les colons sont exempts de tous vestiges inflammatoires, qui reparaissent au rectum d'autant plus nombreux qu'on se rapproche davantage de l'anus.

Rien de notable au foie, aux reins, à la rate, au pancréas, aux poumons et aux bronches ; la vessie est vide, contractée, et présente çà et là un peu d'injection hypérémique et non inflammatoire de sa membrane muqueuse. Le ventricule gauche du cœur est dans un état d'hypertrophie considérable. La membrane interne des valvules auriculo-ventriculaires du cœur droit est évidemment ramollie et se détache aisément à la pression.

Analyse chimique. — Les réactifs préalablement essayés et reconnus purs, les expériences ont été faites sur une portion du foie, une portion de l'estomac et les liquides de ce dernier organe. 150 grammes de foie placés dans une capsule de porcelaine avec 200 grammes d'acide nitrique très concentré, on a fait bouillir pour chasser le plus d'acide possible. La matière, réduite au quart de son volume et reprise par l'eau distillée, a été filtrée et soumise aux réactifs suivants :

Hydrogène sulfuré, point de réaction ;

Nitrate d'argent, précipité jaune très clair ;

Sulfate de magnésie, précipité blanc soluble dans un excès d'acide ;

Introduite dans un appareil de Marsh, point de tache arsenicale.

Soixante grammes d'estomac, traités de la même manière, fournissent exactement les mêmes résultats. Les liquides contenus dans l'estomac, pesant environ 45 grammes, soumis aux mêmes réactifs, ont donné les mêmes caractères ; seulement, il a été constaté que les précipités obtenus par l'estomac étaient plus abondants que ceux du foie, et ceux-ci plus abondants que ceux des liquides de l'estomac.

La présence du phosphore ou des sels convertis en acide phosphorique par les réactifs était évidente ; mais, pour ne laisser aucun doute, le phosphore a été isolé d'une portion de l'estomac par les moyens ordinaires : 200 grammes de cet organe, traités par 400 grammes d'acide nitrique, ont été évaporés jusqu'à siccité, puis traités par de l'eau distillée, filtrés et soumis à une nouvelle et complète évaporation. Ce dépôt, mêlé à huit fois son volume de charbon végétal et soumis à une haute température, a mis à nu du phosphore avec tous ses caractères.

Conclusion. — Les experts ont conclu que le foie, l'estomac et les liquides trouvés dans cet organe contenaient du phosphore à dose suffisante pour déterminer la mort, et que c'est à cette cause que doivent être attribuées les lésions anatomo-pathologiques qu'ils ont décrites.

Après cette lecture, le docteur Boudant ajoute qu'il est d'autant plus heureux de présenter cette observation à la Société, que ses recherches n'ont pu lui faire découvrir aucun autre exemple d'empoisonnement par le phosphore, du moins analogue à celui-ci.

Il lui est répondu par le docteur Laronde que divers journaux de médecine ont récemment publié deux cas d'empoisonnement par le phosphore, occasionnés par l'imprudence d'enfants qui ont succombé après avoir mâché des allumettes chimiques.

M. Lefort explique que, s'il a conclu avec les médecins experts à la cause de la mort par le phosphore découvert en quantité considérable dans les organes de V..., c'est qu'il savait à l'avance que la victime avait employé cette substance pour se suicider. Ce n'est pas qu'il témoigne du moindre doute sur les expériences faites et sur cette grande quantité de phosphore combiné qui a été mis à nu ; mais le phosphore ne pouvant être découvert à l'état libre dans l'économie, puisque, dans cette condition et selon les expériences du médecin piémontais Giulio, il passe rapidement à l'état d'acide phosphorique, d'une part ; et d'un autre côté, tous les organes de l'homme contenant du phosphore diversement combiné, il pense que la question de savoir si le phosphore mis à nu est du phosphore normal ou du phosphore ingéré est des plus difficiles à résoudre. Pour son compte, il n'accepterait pas la responsabilité de cette solution devant la justice. Il insiste d'autant plus sur cette opinion que les quantités du phosphore normal sont indéterminées, qu'elles varient selon les individus et les maladies, et que ces variations morbides peuvent peut-être donner lieu à des phénomènes semblables à ceux observés chez V...

Selon le docteur Boudant, il est impossible d'élever le moindre doute sur l'exactitude des conclusions du rapport, en présence des lésions anatomiques et de la grande quantité de poison constatés.

Le docteur Laronde s'étonne que les deux médecins appelés n'aient rien observé du côté des organes génitaux pendant la vie, la substance en question étant un de nos aphrodisiaques les plus puissants.

Le docteur Choisy est surpris que les organes de V... n'aient pas exhalé l'odeur caractéristique du phosphore et regrette que le sang n'ait pas été analysé. Répondant ensuite à M. Lefort, il lui paraît d'abord impossible que les sels de phosphore, faisant normalement partie de l'économie, quelles que soient leurs variations, puissent donner lieu à un état pathologique quelconque. Puis, abordant la question de la constatation du phosphore ayant agi à titre de poison, il pense que, si l'analyse chimique faite avec soin établit péremptoirement qu'une portion donnée de plusieurs organes fournit une quantité de phosphore centuple, par exemple, de la quantité normale, l'expert ne peut se refuser à admettre l'empoisonnement, surtout si l'on rapproche de cette donnée les commémoratifs, les symptômes observés et les lésions cadavériques.

Il est demandé à M. Lefort, par le docteur Rodes, s'il n'existe pas dans la science des procédés chimiques sûrs pour découvrir la présence du phosphore dans l'économie alors qu'il y a agi comme toxique.

M. Lefort répond au docteur Rodes que la chimie ne possède pas de procédé pour démontrer péremptoirement que du phosphore a été introduit dans l'économie après un certain laps de temps ; au docteur Choisy, que le phosphore seul répand une odeur alliacée en brûlant et que ses acides ou ses sels sont privés de ce caractère. Il a peut-être exagéré l'action du phosphore normal en disant que dans certaines conditions il peut en naître des états pathologiques graves ; mais il est toujours convaincu que, scientifiquement, un chimiste ne peut jamais affirmer devant la justice qu'un empoisonnement a eu lieu par le phosphore.

M. Danval, l'un des médecins d'abord appelés, pense que les habitudes d'ivrognerie de V... et la grande quantité d'eau-de-vie ingérée peuvent expliquer les phénomènes observés et avoir causé la mort.

Votre président résume la discussion : l'expert ne doit rien négliger pour établir sa conviction : symptômes observés

pendant la vie, lésions cadavériques, résultats mathématiques de l'analyse chimique, tout doit entrer en ligne de compte. Mais, lorsque tous ces éléments se réunissent pour établir l'empoisonnement, l'expert ferait acte de faiblesse ou tout au moins d'excès de prudence s'il ne déclarait pas son appréciation à la justice, sauf à l'émettre sous forme dubitative. Si les propriétés aphrodisiaques du phosphore ont été en défaut dans ce cas, c'est que la substance a été prise à dose trop élevée, que des organes importants ont été affectés d'une manière foudroyante en quelque sorte et que l'action simplement excitante sur les organes génitaux n'a pas eu le temps de se produire. Il fait enfin observer à M. Lefort que l'acide phosphorique n'est jamais à l'état libre dans l'économie, mais bien à l'état de combinaison.

Cette discussion importante à divers titres ne se termine pas après ce résumé, tant l'assertion de M. Lefort paraît déplorable à presque tous les membres de la Société au point de vue de la science et de la justice. Les docteurs Choisy, Laronde, Trapenard et Boudant attaquent inutilement l'opinion de M. Lefort, qui persiste à décliner la compétence de la chimie pour la solution de la question en litige.

Proposition est faite par le docteur Choisy à M. Lefort, qui l'accepte, de faire des expériences chimiques sur des organes sains afin de déterminer la quantité moyenne de substances phosphoriques de chacun d'eux.

L'opinion que la mort de V… peut être attribuée à l'alcool est reprise par M. Danval. Il s'appuie sur l'exemple d'un homme mort après un excès de liqueurs spiritueuses et dont l'autopsie fit découvrir une perforation de l'estomac.

Le docteur Choisy réplique alors que l'abus répété des spiritueux peut bien occasionner dans les voies digestives des états pathologiques divers, mais il est impossible d'admettre que des corrosions semblables à celles qui ont été décrites dans le rapport soient le résultat de l'action alcoolique. Quant à l'exemple cité de perforation de l'estomac, il en dénie formellement la production à l'alcool. Ce n'est là qu'une simple concomitance qui lui rappelle plusieurs faits analogues dont il vous rend compte.

Le docteur Boudant s'explique jusqu'à un certain point l'opinion de M. Danval par le souvenir d'un malade qu'ils ont soigné ensemble et dont la position avait quelque chose d'analogue à celle de V… pendant la vie. Cependant, il croit que le collègue Danval s'exagère l'action de l'alcool sur la muqueuse gastro-intestinale.

M. Boisy nous dit, à propos des ruptures spontanées de l'estomac que le docteur Choisy a indiquées comme infiniment rares, que cet accident s'observe fréquemment chez le cheval en raison de la disposition anatomique de l'ouverture cardiaque. Deux muscles s'entre-croisant sont en effet placés à cet orifice et agissent pendant les contractions de l'estomac dans une direction telle que plus ses contractions sont puissantes, plus l'ouverture œsophagienne est hermétiquement fermée. C'est ce qui explique l'impossibilité des vomissements et la grande difficulté des éructations chez cet animal.

Là ne s'est pas encore arrêtée la question du phosphore; une partie de la séance suivante lui a été consacrée. Plusieurs d'entre vous ont renouvelé plus vive et plus saisissante l'argumentation produite précédemment.

La justice peut-elle, oui ou non, être éclairée par la chimie dans un cas analogue?

De nombreuses considérations scientifiques et médico-légales ont été développées à ce sujet sans dégager complétement l'inconnu du problème posé. Les expériences récentes de MM. Bussy et Chevalier sur la matière des allumettes chimiques, délayée dans l'eau et donnée à des animaux, ont été rappelées par le docteur Boudant.

M. Lefort a énoncé que, selon M. Devergie, il se produisait dans le cadavre une quantité de phosphore combiné d'autant plus considérable que les tissus sont dans un état de décomposition plus avancée, et il a tiré de cette donnée un nouvel argument en faveur de cette opinion. Si le phosphore en effet se génère par la putréfaction animale, comment arriver à l'appréciation d'une quantité moyenne de cette substance contenue normalement dans nos organes, alors qu'on n'opère, en médecine légale, que sur des cadavres plus ou moins putréfiés selon une foule de circonstances?

Le docteur Secretain a considéré comme une erreur capitale, ou du moins que rien ne justifie, l'opinion de M. Devergie telle qu'elle est rapportée par M. Lefort. Il pense que la décomposition animale peut bien favoriser le développement, la traduction extérieure du phosphore existant déjà dans nos organes, mais qu'elle ne peut nullement le produire, le créer là où il n'existait pas préalablement.

En somme, cette question difficile, soulevée par la société, a, sous quelques rapports, reçu des développements assez complets pour faciliter la recherche de sa solution chimique et tout au moins pour fixer d'une manière particulière l'attention des savants soucieux des services que leur science peut rendre à la justice humaine. Au point de vue médico-légal proprement dit, les éléments de conviction ou du moins de forte présomption sont si nombreux, qu'un fait semblable se présentant, le concours tel quel de la médecine légale serait encore extrêmement précieux aux hommes à qui incombe le pénible devoir de juger les criminels.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 octobre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— A propos de ce procès-verbal, M. Chassaignac donne des détails micrographiques sur la tumeur fibreuse ramollie dont il a présenté les débris à la Société de chirurgie. Le tissu de cette tumeur, examiné au microscope, est bien du tissu fibreux.

Correspondance.

La Société de chirurgie a reçu une lettre de M. le ministre de l'instruction publique. Le bureau se rendra auprès de M. le ministre pour y répondre directement.

M. Andrew Smith, directeur général du service de l'armée anglaise, envoie, en échange de nos mémoires: 1° les nos 2, 3, 4, 5 des planches d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée*; 2° le catalogue des préparations d'anatomie pathologique du *Musée de l'armée* à Fort Pitt.

— M. Palmers, de Philadelphie, présente une jambe artificielle de son invention, qui semble fort ingénieuse, d'une grande légèreté, mais dont le mécanisme a besoin d'être étudié, et sera ultérieurement le sujet d'un rapport.

Rapport.

M. Debrou, au nom d'une commission composée de MM. Lebert et Demarquay, fait un rapport sur le travail de M. Pravaz, de Lyon, ayant pour titre: *De l'influence de l'air comprimé comme moyen curatif des déviations de l'épine tenant à une maladie du thorax.*

La discussion et l'admission des conclusions de ce rapport sont remises à la séance prochaine.

Communication.

M. Guersant présente à la Société un trocart explorateur pour pénétrer dans le cul-de-sac rectal quand il existe une imperforation de l'anus. Lorsque l'opérateur cherche à établir un anus artificiel dans la région anale, et qu'il se sert d'un trocart pour reconnaître par une ponction préalable la position du rectum, on reconnaît qu'on est dans l'intestin par l'écoulement de matières fécales. Le chirurgien éprouve souvent de grandes difficultés pour conduire par le point traversé par le trocart une canule, sur laquelle, pour prévenir cet inconvénient, M. Guersant a fait faire une rainure sur la gaîne du trocart. Cette rainure sert de guide au histouri, et de la sorte l'opérateur n'est point obligé de remplacer la canule de l'instrument explorateur par une sonde cannelée. Seulement, pour rendre cette canule plus utile et plus maniable, M. Guersant, après avoir enlevé le poinçon du trocart, le remplace par une espèce de petite tige s'adaptant parfaitement, à l'aide de quelques tours de vis, à l'instrument laissé au sein des tissus. Cette tige, faisant suite à la canule, sert à conduire facilement la canule de gomme élastique qu'on se propose de laisser dans le rectum.

Luxation du coude datant de sept semaines. Réduction.

M. Chassaignac communique l'observation d'un enfant qui, à la suite d'une chute, éprouva plusieurs lésions, dont une fut complétement méconnue. Je veux parler de la luxation complète du coude en arrière. Au bout de sept semaines, l'enfant est présenté à M. Chassaignac. Notre collègue se met en devoir de réduire. Dans une première tentative de traction il échoue, malgré le sommeil anesthésique; c'est alors qu'il emploie le procédé suivant. Pendant que l'extension est exercée par des aides, il applique la paume de la main sur l'olécrane déplacé et le pousse ainsi de derrière en avant. Grâce à cette manœuvre, la réduction fut promptement obtenue.

M. Boinet. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que l'idée d'exercer une pression sur l'olécrane pour obtenir plus facilement la réduction dans la luxation du coude n'est pas nouvelle. M. Maisonneuve l'a mise en usage à l'aide d'une serviette passée autour du cou, et dont la partie moyenne repose sur l'olécrane.

M. Morel. La pression sur le coude peut se faire à l'aide des deux pouces; il a vu M. Gerdy recourir à la moyenne avec succès.

M. Larrey fait observer que l'on ne doit plus attribuer une valeur trop exclusive au choix des procédés mécaniques dans la réduction des luxations récentes, depuis l'emploi simultané des agents d'anesthésie. Ne suffit-il pas en effet, bien souvent, des moindres efforts, des plus légères tractions combinés avec le chloroforme, pour réduire telle luxation, qui résisterait peut-être aux manœuvres les plus puissantes et les mieux dirigées, sans l'intervention de la méthode anesthésique? C'est donc à l'application de cette merveilleuse découverte que l'on doit le moyen le plus sûr de réduction, puisqu'il supprime la douleur et neutralise l'action musculaire.

M. Chassaignac. Malgré l'usage du chloroforme, qui rend généralement la réduction des luxations faciles, il est encore avantageux dans les luxations anciennes d'avoir recours à certains procédés plutôt qu'à d'autres. Je pourrais m'appuyer sur le fait que je viens de rapporter plus haut, mais il en est un autre qui m'a frappé.

Il y a quelque temps, j'essayai de réduire une luxation de l'épaule datant de six semaines. Ne pouvant y parvenir par le procédé du talon, secondé par l'action du chloroforme, j'eus recours au procédé du talon renversé, c'est-à-dire que je fis ces tractions en haut, le pied étant posé sur l'épaule dont l'humérus était luxé. Je pus de la sorte obtenir une réduction que j'avais vainement cherchée par un autre procédé.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Concours. — Le jury de concours pour la nomination aux quatre places de médecin du bureau central, vacantes en ce moment, est composée de MM. Guéneau de Mussy père, Bally, Louis, Nonat, Chomel, Jadioux, Denonvilliers, Laugier, Roux, titulaires; MM. Andral, Morel-Lavallée, suppléants.

Les candidats, au nombre de trente et un, sont: MM. Bergeron, Boucher de la Ville-Jossy, Bernard (Charles), Chammartin, Cahen, Chappotin de Saint-Laurent, Champeaux, Durand-Fardel, Delpech, Frédault, Foucaud, Fournet, Frémy, Gabaldat, Guibout, Hillairet, Hervieux, Homolle, Lassègue, Letellier, Milcent, Matice, Moutard-Martin, Oulmont, Poterin du Motel, Piogey, Racle (Ch.-Victor), Racle (Victor-Alexandre), Richard, Sée, Sanson (Alphonse).

Le jury de concours pour l'internat est composé de MM. Bernutz, Guéneau de Mussy (Noël), Piorry, Voillemier, Guersant, titulaires; MM. Baillarger, Boyer (Philippe), suppléants. Les candidats inscrits sont au nombre de 198.

— Par décrets individuels, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur:

MM. Erhel, Mauger, Fleury, Thibaut, chirurgiens de 2e classe de la marine.

AVIS. MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours à l'École pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenus que la réunion pour la distribution des heures et des amphithéâtres aura lieu lundi 27 octobre, à midi, à la Faculté de médecine.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 123. — JEUDI 23 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 123. — JEUDI 23 OCTOBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur les séances des Académies. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Quelques réflexions à propos d'une observation de purpura hemorrhagica. — Recherches expérimentales sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques. — Académie de médecine, séance du 21 octobre. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1851.

Séances des Académies.

On se rappelle qu'il y a quelques mois, sur l'invitation de M. le ministre des affaires étrangères, dont tout le monde connaît le zèle pour le bien public, l'Académie de médecine nomma une commission pour aller étudier, sur les lieux, les causes d'insalubrité du village de Gargenville, situé près de Mantes, dans le département de Seine-et-Oise. Ce village, sis au sein d'une contrée des mieux cultivées et des plus salubres, est désolé presque chaque année par quelque épidémie; et onze fois, pendant les dix-huit dernières années, le nombre des décès y a excédé celui des naissances, circonstance triste et curieuse, qu'on n'observe qu'accidentellement, à deux ou trois exceptions près, dans les plus mauvais départements de la France. Telle est la condition fâcheuse qui avait excité la juste sollicitude de M. Baroche, et qui lui avait fait invoquer les lumières de l'Académie. C'est au nom de la commission, nommée à la demande de M. le ministre, que M. Grisolle a porté hier la parole devant l'Académie. L'honorable rapporteur, après avoir rendu un compte exact des consciencieuses et intelligentes recherches auxquelles la commission s'est livrée pour atteindre le but de sa mission, a conclu en conseillant à l'autorité municipale quelques précautions d'hygiène générale, telles que l'enlèvement dans les rues des substances en putréfaction, la translation du cimetière, qui se trouve situé au centre du village, etc. Avec le savant et judicieux M. Villermé, nous ne pouvons que donner notre entière approbation aux principes hygiéniques professés par M. Grisolle et aux précautions qu'il a conseillées; mais avec M. Villermé, nous devons déclarer aussi qu'on se ferait très probablement une grande illusion si l'on espérait, à l'aide de ces précautions, tarir la source des épidémies qui ont si cruellement affligé Gargenville. Sans doute il ne peut qu'être avantageux pour un village, comme pour toute agglomération d'hommes, de tenir propres les rues et les habitations, d'éloigner des maisons les lieux servant à l'inhumation des corps; mais toutes ces causes ont bien peu d'influence sur le développement des épidémies, si tant est qu'elles en aient une quelconque. C'est à des influences bien plus puissantes, et malheureusement bien moins appréciables, que les épidémies doivent être rapportées, et l'on peut répéter, à propos de ces causes, ce que M. Clot-Bey proclamait il y a quelques jours à peine dans le sein même de l'Académie : Nos connaissances sur l'étiologie des épidémies peuvent se résumer par un seul mot : rien. Nous ne pousserons cependant pas le scepticisme aussi loin que le célèbre médecin de Marseille : nous croyons, nous espérons du moins, que les recherches persévérantes des médecins ne resteront pas éternellement stériles, surtout en ce qui concerne l'étiologie des épidémies circonscrites comme celles qui ont affligé le village de Gargenville, comme le fléau d'Orient lui-même; mais nous croyons aussi que la science ne pourra devoir un progrès de ce genre qu'à l'observation constante et intelligente des médecins placés sur le théâtre même des épidémies et, par cela même, en mesure d'apprécier toutes les conditions de géographie, de géologie et de météorologie médicales d'où dépendent nécessairement les épidémies.

— Encore un nouveau succédané du quinquina, ou du moins un ancien succédané tiré de l'oubli. Mais celui-ci, il faut le dire, se présente avec des garanties qui doivent le faire accueillir avec bienveillance, si ce n'est avec une confiance entière. C'est sous les auspices de M. Aran qu'il a fait son apparition à l'Académie. La note lue par notre honorable confrère, dépouillée de tout enthousiasme, est un exposé clair et précis des expériences qu'il a tentées avec le nouveau fébrifuge, le chlorhydrate d'ammoniaque, et ces expériences sont tellement satisfaisantes, qu'on aurait volontiers pardonné à M. Aran un peu plus de confiance qu'il n'en a montré. Nous sommes loin toutefois de lui faire un reproche de sa réserve; nous l'imiterons même, et nous attendrons le résultat d'observations ultérieures avant de nous prononcer définitivement. Mais nous n'hésiterons pas à conseiller dès aujourd'hui des essais, au moins dans les cas qui ne sont pas d'une gravité extrême, d'un médicament dont le plus grand inconvénient ne peut être qu'un insuccès.

— La note lue par M. Chevallier sur la nappe d'eau sulfureuse qui paraît couler au-dessous de Paris même a reporté l'attention sur un fait important de thermologie qu'il pourrait être d'un grand intérêt d'étudier avec un grand soin.

— Malgré l'intérêt des communications précédentes, nous avons vu le moment où l'absence des orateurs inscrits allait obliger M. le président à lever la séance à quatre heures. Mais M. le secrétaire perpétuel a toujours par devers lui un petit tiroir qui renferme de quoi intéresser l'Académie près de chômer. L'habile écrivain y a eu recours aujourd'hui, et l'Académie a dû regretter que le précieux tiroir ne s'ouvre pas plus souvent. M. Dubois nous a raconté avec un charme vraiment grand plusieurs épisodes de l'histoire de l'illustre Académie de chirurgie. Il nous a parlé avec une grande finesse et une MALICIEUSETÉ à peu près égale, qu'on nous pardonne le mot, des médiocrités remuantes qui même, dans cette célèbre compagnie, l'avaient quelquefois emporté sur le vrai mérite; il nous a parlé des fautes d'orthographe de certains académiciens; en un mot, il nous a dit une foule de choses, fait une foule d'allusions qui auraient certainement eu un succès moins général, quoique non moins mérité, si, par un privilége inhérent à leur constitution, quelques académiciens n'avaient pas le don d'être sourds et aveugles à propos. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici quelques-uns des passages du fragment de M. Dubois; mais l'honorable secrétaire s'est montré d'une coquetterie qui ne nous permet pas une seule citation.

— La séance de l'Académie des sciences n'a pas été moins intéressante pour nous que celle de l'Académie de médecine. Mais, à l'exception de l'intéressant travail de MM. Demarquay, Duméril et Lecointe, nous sommes obligé d'en renvoyer le compte-rendu à notre prochain numéro, ainsi que les quelques réflexions qui l'accompagneront.

H. de Castelnau.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Quelques réflexions à propos d'une observation de purpura hemorrhagica.

Par le docteur Ulysse FOURNIER, de Bordeaux.

Depuis plus d'un demi-siècle on voit moins souvent le scorbut exercer ses ravages dans les populations; mais aussi une maladie qui lui ressemble beaucoup, le *purpura*, vient-elle faire un plus grand nombre de victimes qu'elle n'en faisait autrefois. Soit que cela tienne à ce que les anciens confondaient ces deux affections sous un même nom; soit qu'une application plus intelligente des bons principes de l'hygiène ait pu arrêter l'une de ces maladies tout accidentelle dont les causes sont bien connues et qui n'ont eu aucune prise sur la même affection générale ou organique, si je puis m'exprimer ainsi, le plus souvent héréditaire et dont les causes sont encore à l'état d'énigme; soit que cela tienne à une volonté de la Providence, à une de ces révolutions de l'organisme qui font que la syphilis a respecté nos pères, et que la lèpre et plusieurs affections de cette nature étaient beaucoup plus communes chez les anciens qui connaissaient quelques principes d'hygiène, que chez nos chiffonniers de Paris qui n'en connaissent aucun; quoi qu'il en soit, dis-je, le fait existe; et moi, qui, sans avoir parcouru une longue carrière médicale, ai pu voir et observer beaucoup, j'ai vu plusieurs cas de *purpura simplex, senilis, hemorrhagica;* je n'ai vu qu'un seul cas de véritable scorbut. Malgré la fréquence, et, il faut le dire, la gravité du *purpura*, les auteurs modernes me paraissent ne pas s'en être assez sérieusement occupés. Son histoire philosophique et sa thérapeutique sont encore à faire.

Je ne viens pas aujourd'hui combler cette lacune, et peut-être préjugerais-je de mes forces si je tentais de le faire. Je viens seulement présenter une curieuse observation de *purpura hemorrhagica*, avec les déductions qu'elle comporte.

Le jeune F. M., de Faujeux, d'un tempérament lymphatique, ayant la peau blanche, les cheveux blonds, la figure couverte d'éphélides, est né dans les meilleures conditions de fortune, d'un père parfaitement bien constitué et d'une mère frêle, chez qui la moindre coupure détermine un écoulement de sang assez difficile à arrêter, quoique pourtant elle ne se rappelle pas avoir eu de taches de purpura ni d'hémorrhagies spontanées rebelles. Il a deux sœurs, l'une de dix-huit, l'autre de vingt-deux ans, très bien constituées, et qui n'ont offert aucun symptôme de la maladie dont il est lui-même atteint, tandis qu'il a perdu son unique frère, à l'âge de dix ans, à la suite d'une hémorrhagie intestinale symptômatique d'un *purpura hemorrhagica*. Venu au monde avec une oreille à l'état rudimentaire, le jeune F. M. n'a rien offert de bien particulier jusqu'à l'âge de deux ans. Mais à partir de ce moment on s'aperçut qu'il survenait de temps temps sur les membres inférieurs de petites taches noirâtres qui disparaissaient au bout de sept ou huit jours, après avoir passé successivement par les nuances verdâtre et jaunâtre tout comme le font les ecchymoses ordinaires. L'apparition de ces taches était accompagnée d'un peu de malaise, d'inquiétude.

Une pression un peu forte sur une partie quelconque du corps donnait lieu à la même apparition, sans phénomènes généraux. Cet état resta stationnaire jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans; alors les taches se montrèrent plus fréquemment; elles furent plus nombreuses et plus larges; il commença à se faire quelques épistaxis assez rebelles; la moindre égratignure donnait lieu à un écoulement de sang difficile à arrêter. A cette époque, il lui survint au cuir chevelu une petite tumeur noirâtre, du volume d'un noyau de cerise, mais de très mauvais caractère, au dire des médecins qui le soignait alors; si bien qu'il jugea convenable de l'enlever. Quel ne fut pas son étonnement, lorsqu'il vit qu'aucun moyen ne pouvait arrêter la petite hémorrhagie survenue après l'opération, et que la plaie, irritée par divers hémostatiques, se transformera peu à peu en un ulcère saignant de 7 à 8 centimètres de diamètre. Le sang ne cessa de transsuder qu'au bout de trois semaines ou un mois.

Quelques années plus tard, moi-même, ayant été obligé de lui appliquer des sangsues au-dessous des angles de la mâchoire pour une angine très intense, j'eus la plus grande peine du monde pour arrêter l'écoulement de sang qui se faisait par les piqûres. Les hémostatiques ordinaires, tels que l'amadou, l'alun, etc., ayant été impuissants, j'embrochai la base de chaque petite plaie avec des aiguilles à insectes, les plus fines que l'on puisse trouver, et je jetai des fils tout autour; mais au bout de quelques heures la peau était détruite, et le sang transsudait déjà entre elle et la ligature. Pensant que cela tenait à ce que j'avais trop serré les fils, j'appliquai au-dessous de nouvelles ligatures, en prenant la précaution d'étrangler très peu les tissus, assez pourtant pour que le sang ne coulât plus; le même phénomène morbide se reproduisit, seulement un peu plus tard. Ce n'est qu'au bout de dix jours que je pus arrêter ces hémorrhagies en faisant appliquer les doigts d'un aide pendant cinq ou six heures, recouverts d'un morceau d'amadou, sur chaque plaie. Cette compression graduée, douce et intelligente, a été ce qui a le mieux convenu à ces tissus d'une organisation si bizarre, si incomplète.

Ces divers phénomènes morbides, sans exercer une grande influence sur le développement du corps, semblèrent aller en augmentant jusqu'à l'âge de huit à neuf ans. C'est alors, en 1847, que je commençai à donner des soins à cet enfant.

Lorsque je le vis pour la première fois il était atteint d'une épistaxis assez abondante qui durait depuis huit jours, avec quelques moments d'arrêt, et contre laquelle on avait employé inutilement tous les moyens simples dont on se sert en pareil cas; le pouls était pourtant encore assez plein, fréquent, la peau chaude, la figure un peu injectée, le sang sorti des narines très rouge, bien coagulé; la langue était saburrale; le ventre un peu tendu, sans être douloureux; la constipation opiniâtre. Je fis garder au malade le repos le plus complet dans une position demi-assis dans le lit. Je prescrivis une diète rigoureuse (ce que l'on ne faisait pas auparavant, parce que l'on pensait qu'il fallait vite réparer les forces que le malade perdait); j'ordonnai pour boisson de la limonade froide, une potion astringente et calmante, avec l'extrait de ratanhia et le sirop diacode.

Je fis appliquer une chaleur liquide, révulsive, sur les membres inférieurs, et j'insufflai dans la narine de l'alun calciné. Immédiatement il se forma un caillot assez dense et assez volumineux pour obstruer cette narine; le sang s'épancha encore un peu dans la fosse nasale correspondante (ce que sentait fort bien le malade), se coagula, et l'hémorrhagie fut arrêtée complétement. Il s'écoula par l'autre narine un peu de sérosité sanguinolente provenant du caillot, mais en très petite quantité, et pendant peu de temps. La position de l'enfant et la direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant qu'a le plancher des fosses nasales à cet âge expliquent en partie comment le sang n'a pas continué à couler dans l'arrière-gorge, et comment la sérosité sanguinolente a plutôt filé dans l'autre fosse nasale que dans le pharynx. Sous l'influence de ces moyens la fièvre diminua; la face devenue pâle, l'accablement parut un peu plus marqué; mais la faim se fit bientôt sentir. Je permis du bouillon froid. Deux ou trois jours après je donnai un léger purgatif, qui fit rendre

une grande quantité de matières bilieuses et beaucoup d'ascarides vermiculaires. Nous élevâmes peu à peu à une alimentation nutritive et à des remèdes toniques et astringents à la fois. Le caillot se détacha au bout du sixième jour ; il avait été presque réduit à la couche desséchée qui fermait les narines.

Je me suis un peu étendu à propos de cette épistaxis, parce que le moyen que j'ai employé cette première fois pour l'arrêter m'a toujours réussi chez ce malade. Je rappellerai même à cette occasion que la dernière fois que j'en ai fait usage chez lui, c'était pour un saignement de nez qui durait depuis vingt-deux jours. La quantité de sang perdue avait été évaluée approximativement à près de 90 grammes par jour. Un médecin distingué d'une des villes importantes du Midi, à qui avait été confié le malade, avait employé une foule de moyens sans succès. Les résultats de ma médication furent presque immédiats.

Indépendamment de ces épistaxis, le malade présentait encore sur diverses parties du corps, et principalement sur celles qui sont le plus exposées à l'action des agents extérieurs, des taches larges, foncées, livides, irrégulières; on aurait dit des ecchymoses déterminées par une contusion. Ces taches disparaissaient assez vite; car, comme nous le verrons plus tard, l'absorption se faisait, chez notre malade, avec une activité étonnante. Il est, pour moi, incontestable que, si ces taches ont apparu quelquefois spontanément, d'autres fois aussi elles ont été produites par un coup, une pression un peu forte, par le frottement même d'un corps dur, tel qu'un petit couteau, des boulettes, mises dans la poche de son pantalon.

Mais bientôt le sang ne se contenta plus de se répandre dans le derme, il vint aussi constituer des foyers sanguins dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous-aponévrotique, et même inter-musculaire. Ces tumeurs sanguines, un peu foncées, ressemblant au thrombus de la saignée, et passant comme lui par diverses phases de couleur, de volume et de consistance, devinrent d'autant plus fréquentes et nombreuses que le système musculaire prit plus de développement et d'action. Quand ces tumeurs sanguines apparaissaient spontanément, elles déterminaient, comme les saignements de nez, un peu d'inquiétude, de l'agitation, de la fièvre, des nausées, quelques envies de vomir; plus tard, un affaissement passager. Les tumeurs, qui ne faisaient éprouver, les premiers jours, que la douleur de la distension, devenaient réellement douloureuses quand l'absorption commençait à se faire. La peau rougissait un peu; elle était très chaude. Quand les tumeurs avaient été nombreuses, comme quand l'épistaxis avait été abondante, l'enfant gardait pendant quelque temps le teint chlorotique; mais il reprenait bientôt sa gaieté et ses amusements.

J'ai remarqué que les saignements du nez étaient d'autant plus rares que les tumeurs sanguines se montraient plus souvent.

La chute d'une dent de la première dentition détermina une légère hémorrhagie assez longue à arrêter. C'est le seul phénomène qui se soit passé du côté de la bouche; jamais les gencives n'ont été tuméfiées, boursoufflées, saignantes, comme dans le scorbut; il n'a pas existé cette mauvaise odeur que l'on remarque chez les personnes atteintes de cette dernière affection. Il n'y a jamais eu de ces ulcérations spontanées, scorbutiques, d'un aspect sanieux, repoussant.

Non-seulement les agents extérieurs, mais encore les fortes impressions morales, avaient de l'influence sur l'apparition de tous ces phénomènes; ainsi, une violente colère faisait venir presque immédiatement ou des tumeurs sanguines, ou une épistaxis. C'est à une pareille cause que j'ai attribué ce saignement de nez qui dura vingt-deux jours.

La nature faisant presque à elle seule les frais de la résolution des tumeurs sanguines, je me contentais, pour modérer et régulariser son action, d'appliquer quelques fomentations d'alcool camphré étendu d'eau, et de combattre l'élément gastrique lorsqu'il y avait indication; et lorsque la fièvre avait cessé, je faisais faire des lotions d'eau froide sur tout le corps, et j'insistais beaucoup sur le régime analeptique et sur la médication tonique astringente, dont les principaux agents étaient le ratanhia, le cachou, le fer, le sirop de Portal, le vin antiscorbutique, et surtout les bains de mer. Sous l'influence de tous ces moyens, les épistaxis et les tumeurs sanguines devinrent moins fréquentes et moins intenses; l'enfant grandit comme les enfants de son âge, son intelligence se développa, et il paya même son tribut aux diverses épidémies de rougeole, de scarlatine et de suette miliaire qui vinrent visiter les contrées qu'il habitait.

A onze ans la maladie changea pour ainsi dire de forme, sans changer de caractère. Les phénomènes qui eurent lieu alors se passèrent du côté des articulations; c'est qu'en effet, outre l'action vitale organique qui se fait à cet âge dans ces parties, l'enfant, jouant beaucoup, courant, exerçant ses membres de toutes les façons, les principaux frottements, les plus grands tiraillements avaient lieu dans les articulations. Après quelques phénomènes généraux analogues à ceux dont j'ai déjà parlé, on voyait une ou plusieurs articulations (le plus souvent les genoux) devenir roides, gonflées, dures, tendues, tantôt couvertes d'une ecchymose, tantôt sans aucun changement de couleur à la peau, dont, du reste, la température n'était pas élevée pendant les premiers jours. La pression ne déterminait qu'une douleur légère, c'était la douleur de la distension des tissus. Quand la résolution commençait à se faire la douleur était beaucoup plus vive et la chaleur assez forte; l'ecchymose disparaissait comme celle de l'entorse; lorsqu'il n'y avait pas d'ecchymose, la résolution se faisait sans que la peau changeât presque de couleur. Au fur et à mesure que la tension diminuait, on sentait dans le genou, sur les côtés de la rotule, une fluctuation très évidente. Sous l'influence du repos, de la diète et de lotions avec l'alcool camphré ou une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque, la résolution était complète au bout de sept à huit jours, et l'enfant reprenait ses jeux et ses amusements.

Evidemment il y avait là un épanchement de sang, tantôt intra et extra-synovial à la fois, tantôt intra-synovial seulement. Ce qui le prouve encore, c'est la forme qu'avaient les articulations ecchymosées, beaucoup plus gonflées là où la synoviale peut être distendue qu'ailleurs. Ainsi, au genou, c'était au-dessous du tendon du triceps et sur les côtés de la rotule; au coude, sur les côtés de l'olécrane, que la tuméfaction était le plus apparente.

Dans toutes les articulations, excepté les genoux, la résolution s'est toujours faite complètement et avec une grande rapidité; ici, au contraire, quand l'épanchement sanguin se fut montré sept ou huit fois, l'articulation resta gonflée, principalement sur les côtés de la rotule et au-dessus. Non douloureuse, sans changement de couleur à la peau, elle offrit une fluctuation très évidente, elle présenta enfin tous les caractères d'une hydarthrose.

J'ai quelquefois fait disparaître ce gonflement par une compression exercée avec des bandes de flanelle. Comment ces hydarthroses se sont-elles produites? Est-ce par le fait d'une arthrite rhumatismale ou d'une autre nature, que nous aurions prise pour un épanchement sanguin? La marche de cette affection, ses symptômes, les diverses colorations de la peau, les circonstances au milieu desquelles nous l'avons vue apparaître, ne nous permettent pas de croire que nous avons commis une erreur de diagnostic. Je veux bien admettre que la présence du sang épanché autour et au dedans de l'articulation ait irrité suffisamment la synoviale pour lui faire sécréter une certaine quantité de synovie, qui, venant se mêler à ce sang, l'aura pour ainsi dire dissous, et en aura augmenté le volume. Mais il s'est passé d'autres phénomènes : le sang a joué ici le rôle qu'il joue dans la formation de certains kystes; la matière colorante et solide de ce liquide a été absorbée seule, et le sérum est resté dans l'articulation. Cette absorption isolée a été peut-être favorisée par le mélange de la synovie avec le sang; car il est bon de remarquer que les premiers épanchements sanguins se sont résorbés complétement, et que ce n'est que lorsque, par leur fréquence, ils ont facilité l'activité des absorbants, qu'il en reste une hydarthrose. Plus tard, l'hémorrhagie intra-articulaire ne recommença dans ces articulations que lorsque l'hydarthrose avait disparu, ou tout au moins grandement diminué. Toutes ces hémorrhagies s'accompagnaient, comme l'épistaxis, comme l'apparition de taches purpuriques, d'un léger embarras gastrique et d'un petit mouvement de fièvre.

Depuis l'apparition de ces épanchements sanguins dans les articulations, les saignements de nez et les tumeurs sanguines sont très rares; on pourrait presque dire qu'ils ont disparu. L'hydarthrose du genou devient de plus en plus rebelle. Les extrémités articulaires osseuses y ont pris un très grand développement, sans pourtant qu'elles aient éprouvé la moindre déformation. Cela devrait-il être attribué à une irritation incessante que le phénomène morbide dont nous avons parlé déterminerait sur cette partie du squelette? ou bien à un état primitivement maladif de l'os? ou à la présence dans leur intérieur de tubercules? ou bien, enfin, y aurait-il là seulement un excès de nutrition déterminé par l'activité considérable que déploie le système capillaire dans cette partie? Je pense que la première et la dernière de ces hypothèses suffisent pour expliquer le phénomène.

D'après les caractères que j'ai donnés des épanchements sanguins intra-articulaires et des hydarthroses qui en ont été la conséquence, personne, je crois, n'est tenté de confondre ces affections avec le gonflement douloureux et la roideur articulaire que l'on observe chez les scorbutiques à la troisième période de la maladie: ici, en effet, je le répète, on n'a jamais vu la peau de l'articulation passer successivement, quelques jours après que le gonflement avait commencé, par la couleur bleuâtre, verdâtre et jaunâtre; jamais, dans le gonflement œdémateux des scorbutiques, on n'a trouvé une véritable fluctuation : une hydarthrose.

Ces divers phénomènes, leur marche, ne permettent pas non plus de confondre ces épanchements sanguins avec une arthrite rhumatismale ou traumatique, une entorse, ni une tumeur blanche.

Indépendamment des divers points du corps que j'ai signalés comme étant le siége de ces hémorrhagies, je dois dire que j'ai distingué une fois, dans la fosse iliaque droite de notre malade, une tumeur profonde, non mobile, du volume d'un gros œuf de poule, un peu plus douloureuse que les autres tumeurs sanguines, survenue pendant la nuit après de l'insomnie et de l'agitation. Cette tumeur était aussi évidemment de nature sanguine; car la résolution, qui se fit en sept ou huit jours, n'eut lieu qu'après que la peau des environs fut devenue violacée et jaunâtre.

Sauf quelques intermittences dans le traitement, le malade a été soumis jusqu'ici, plus ou moins régulièrement, à un régime analeptique et à la médicamentation tonique dont j'ai déjà parlé. Je l'ai envoyé prendre des bains de mer sur le littoral de la Méditerranée, et je lui ai ordonné des lavements avec une très petite quantité de sublimé pour combattre son affection vermineuse. Sous l'influence de ces moyens, les taches purpuriques ont presque complétement disparu; les hémorrhagies nasales sont devenues très rares; les tumeurs sanguines ne se montrent que de loin en loin; les épanchements intra-articulaires sont beaucoup moins fréquents; mais l'hydarthrose du genou persiste.

De tous les agents que j'ai employés, incontestablement celui qui a rendu le plus de services à notre malade, ce sont les bains de mer; leurs effets furent presque immédiats et assez prolongés. L'interruption de ce moyen pendant un été fit reparaître les accidents morbides qui avaient disparu la première fois qu'ils furent administrés.

Au moment où j'ai cessé de voir le malade, il y a environ six mois, il était dans un état d'amélioration très satisfaisant et qui laissait espérer une guérison prochaine.

Indépendamment de l'intérêt que peut offrir cette observation à cause de sa rareté, je crois qu'elle nous permettra, à part ses caractères divers et tranchés qui en font un prototype de l'espèce, de résoudre ces deux questions : Quels sont la nature et le siége du *purpura hemorrhagica?* Cette affection est-elle identique avec le scorbut; n'en est-elle qu'un degré? Afin de donner une solution satisfaisante sur ces questions, qui ont été assez agitées et diversement résolues, j'appellerai à mon aide quelques autres observations de purpura que j'ai faites, mais que je ne rapporte pas ici parce ce serait trop long, et que, du reste, elles ressemblent beaucoup à celles que l'on trouve dans les auteurs.

Avant que cette tendance à l'humorisme qu'ont les savants de notre époque se fût montrée, les médecins distingués avaient cru, les uns que cette affection tenait à un affaiblissement de la fibre, à un défaut de l'un des vaisseaux; les autres, à une décomposition du sang, à sa défibrination. Tous les auteurs modernes, je crois, captés par ces belles expériences chimiques et microscopiques sur le sang faites par MM. Magendie, Dumas, Frémy, Andral et Gavarret, ont accepté la dernière de ces opinions, et, chose bien extraordinaire, ils ont invoqué à leur aide des expériences qui n'avaient pas été faites; ainsi M. Andral, sur lequel ils s'appuient, n'a jamais analysé le sang d'une personne atteinte de purpura, il n'a analysé que le sang d'un scorbutique. Les quelques analyses que nous connaissons démontrent le contraire de cette opinion; ainsi, M. Rodes a inséré dans le *Recueil des Mémoires de méd., de chir. et de pharm. militaires*, p. 179, t. LXIX, 1845, le résultat de l'analyse du sang recueilli chez trois malades atteints de *purpura hemorrhagica*. Dans le premier cas de pourpre chronique, datant de six mois, sans fièvre, accompagné de pétéchies, d'ecchymoses, d'épistaxis, de boursouflement et d'hémorrhagie des gencives (certainement c'est plutôt là un cas de scorbut que de *purpura hemorrhagica*), une première saignée fut faite, et elle donna les chiffres suivants : fibrine, 1,315; globules, 121,112; matériaux organiques du sérum, 79,778; inorganiques, 8,864; eau, 788,931. Les chiffres du second, qui était un véritable cas de purpura fébrile avec épistaxis, étaient : fibrine, 2,7659; globules, 112,0528; matériaux inorganiques, 9,533; organique, 85,793; eau, 789,855. Un troisième cas de pourpre fébrile, sans hémorrhagie, donna : fibrine, 1,923; globules, 142; matériaux inorganiques du sérum, 7; organiques, 74; eau, 733.

Comme on le voit, la fibrine n'a ici que faiblement oscillé autour de son chiffre physiologique, si ce n'est chez le premier malade, qui, comme je l'ai déjà dit, était atteint de scorbut et non de purpura. Si vous ajoutez à ces analyses celles que M. Marchal (de Calvi) vient de communiquer tout récemment à l'Académie de médecine, et d'après lesquelles il résulte qu'il a trouvé dans le sang des hommes atteints de *purpura hemorrhagica* une augmentation absolue et relative de la fibrine; si, d'un autre côté, on se rappelle que les caillots de notre malade étaient d'un beau rouge-vermeil, très denses, non diffluents, comme le sont ceux des scorbutiques; que celui sorti de la veine des malades atteints de purpura, et qui ont fait les sujets des observations de M. Breschet rapportées dans la *Gazette médicale*, avait les mêmes caractères, on demeure convaincu que l'opinion des humoristes modernes est tout à fait hypothétique. Sans doute le sang des purpuriques peut être altéré; il l'est même, il doit l'être, parce que l'harmonie parfaite qui règne dans toutes les parties du corps ne permet pas de croire qu'un organe, un tissu soit malade sans qu'il y ait un retentissement dans tous les autres. Mais comment l'est-il? L'est-il primitivement et toujours, comme ont de la tendance à le croire les auteurs modernes? L'est-il par la diminution de la fibrine et l'augmentation du principe alcalin, comme le croient encore ceux qui confondent le purpura avec le scorbut? Nous ne le pensons pas. Les analyses de M. Andral ont démontré qu'il existait des sels abondants dans le sang des scorbutiques, qu'on y trouvait même de l'alcali à l'état libre; or on n'a jamais rencontré cela dans le sang des personnes atteintes de purpura. Le sang de ces dernières est altéré en même temps et à la fois que la trame des tissus; il l'est, non par la quantité de la fibrine, mais par la qualité, fatalement en rapport avec une manière d'être spéciale de l'organisation des tissus, et aussi avec l'agrégation de tous les autres éléments du sang. Comment déterminerons-nous cette altération qualitative de la fibrine et des tissus? Dirons-nous qu'ils ne sont pas assez contractiles, qu'ils ont perdu la faculté plastique, la faculté organisatrice? Cela pourra satisfaire un moment notre esprit; cela ne le convaincra pas, et jamais le microscope et tous les agents physiques et chimiques ne parviendront à résoudre cette question de qualité. Sans doute il peut venir un moment où la fibrine, dont la régénération semble être en rapport avec la fréquence de petites émissions sanguines, aura augmenté de quantité, comme cela est arrivé dans le cas de M. Marchal, où les globules auraient diminué de nombre par le fait des hémorrhagies fréquentes, et alors des agents physiques et chimiques nous serviront pour constater ces altérations consécutives et pour en calculer l'intensité; mais au delà leur action sera impuissante.

La modification organique des tissus, leur altération physiologique morbide peut-elle être plus facilement déterminée que celle du sang? La difficulté est presque aussi grande; mais en analysant les divers phénomènes de l'observation que nous avons donnée et de celles que chacun de nous avons présentes à notre mémoire, peut-être parviendrons-nous à formuler des altérations sans pourtant en donner la dernière raison d'être. Dans cette analyse nous aurons en vue, pour en faire la comparaison, les phénomènes de scorbut, et nous aurons ainsi résolu à la fois la question du siége du purpura et de ses différences avec cette dernière maladie.

Le purpura, et surtout le purpura hemorrhagica, est une affection chronique, quelquefois héréditaire. Dans le journal de médecine d'Hufeland, cahier de mai 1811, Courbruch rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle les enfants mâles

seulement sont atteints d'hémorrhagies très graves, funestes pour quelques-uns, survenant spontanément ou à la suite de la plus légère blessure. Bateman rapporte une histoire analogue. Cette maladie montre, dans quelque condition de la vie que l'on se trouve, comment souvent dans l'enfance ses causes sont très diverses ou plutôt sa véritable cause est encore inconnue; tandis que le scorbut n'a jamais autant de chronicité, n'est jamais héréditaire (*Compendium de médecine*, p. 497, vol. VII), se montre rarement chez les enfants et a des causes qui sont parfaitement connues, presque toutes externes. Lorsqu'une éruption on une hémorrhagie se fait chez un purpurique, il y a fièvre; le scorbut est toujours apyrétique, et si Stalh, M. Lordat et beaucoup d'autres ont admis un scorbut actif, cela tient à ce qu'ils ont confondu le scorbut avec le purpura; cette fièvre, qui est souvent éphémère, a pu faire croire à quelques auteurs que cette maladie est aiguë et passagère; si l'on interroge pourtant les individus atteints de *purpura simplex*, de *purpura senilis* ou *hemorrhagica*, on acquiert la certitude que tous ou presque tous, car la maladie peut avoir passé inaperçue, ont eu à diverses époques de leur vie de pareilles éruptions.

Chez le scorbutique, dont le sang est certainement très fluide et même décomposé, un petit coup, une pression légère, un frottement ne déterminent pas d'ecchymoses comme chez notre malade et chez tous ceux dont parlent les auteurs allemands. Ce phénomène ne tient donc pas à un état diffluant du sang; il ne peut tenir qu'à une modification spéciale des solides. Et a-t-on du reste dans le scorbut les mêmes difficultés pour arrêter les hémorrhagies qui surviennent après une coupure?

La différence qu'il nous est facile d'apprécier dans les modifications successives qu'éprouvent les tissus chez les scorbutiques et chez les purpuriques avant que l'hémorrhagie ait lieu, nous permet de dire que, si chez l'un les solides sont primitivement affectés, chez l'autre ce n'est que secondairement. Ainsi, voyez ce qui se passe dans les gencives, dans les cicatrices des scorbutiques: c'est un travail morbide qui commence, qui se développe avant que l'hémorrhagie ait lieu; il y a douleur, gonflement, boursouflement avant que le sang s'écoule au dehors; il y a ici une épine, un sang âcre, alcalin qui est venu préalablement modifier les parties. Les ecchymoses, les tumeurs sanguines donnent lieu quelquefois à des abcès sanieux, comme Lind en rapporte quelques cas. Dans le purpura, au contraire, aucun phénomène préventif n'a lieu; souvent la cause déterminante de l'hémorrhagie est externe.

Si dans la congestion il n'y a encore qu'accumulation de sang dans les capillaires avec conservation du mouvement des globules; si dans l'inflammation il y a accumulation de sang dans les capillaires avec perte du mouvement des globules; dans une hémorrhagie quelconque, pour si petite qu'elle soit, il faut qu'il y ait rupture des capillaires avec ou sans accumulation préalable de sang et extravasation de ce liquide. Dans le scorbut cette rupture est déterminée par l'action ulcérative du sang, si je puis m'exprimer ainsi, qui, d'une ténuité extrême, s'échappe par les ouvertures infiniment petites qu'il s'est créées. Dans le purpura cette rupture se fait par la fluxion, l'impétuosité de l'ondée sanguine sur les parois de canaux d'une organisation infiniment fragile. Ce sont là des hémorrhagies, comme les appelle M. Lordat, par défaut de résistance des solides. Je nie toute espèce d'imbibition dans l'un et l'autre cas.

Si les hémorrhagies ont de la difficulté à s'arrêter, malgré que le sang soit plus plastique que celui des sujets atteints de scorbut, chez qui pourtant cette tendance n'est pas aussi grande, cela tient à ce que les vaisseaux, à cause de leur ténuité et de leur faiblesse, sont plongés dans un état d'inertie ou de spasme dès qu'ils sont rompus ou fortement irrités; ce phénomène est assez analogue à celui de l'hémorrhagie utérine après l'accouchement. Or, pour qu'une hémorrhagie quelconque cesse, il faut une certaine constriction, un resserrement des vaisseaux, qui par ce fait servent de charpente aux premiers dépôts de lymphe plastique.

Ainsi, fluxion et défaut de résistance des solides, telles me paraissent être les conditions des hémorrhagies du purpura. La fluxion peut survenir sous l'influence d'une cause locale ou générale, et, suivant le cas, elle est avec ou sans fièvre. Les pressions légères, les frottements qui ont déterminé des hémorrhagies chez notre malade ont-ils agi en amenant la fluxion ou en rompant les vaisseaux? La première hypothèse semble être plus en rapport avec la nature de la cause; il est vrai de dire que dans beaucoup de cas les vaisseaux ont pu être déchirés, rompus sans que la peau ait été endommagée, et alors la fluxion consécutive n'a fait qu'entretenir l'hémorrhagie sans l'avoir déterminée.

L'irritabilité très grande des sujets atteints de purpura, irritabilité dont on se rend parfaitement compte par l'organisation délicate des tissus et la qualité du sang, qui après quelques hémorrhagies renferme nécessairement moins de globules qu'à l'état normal, nous explique l'apparition de la fièvre fluxionnaire, de cette fièvre qui ressemble beaucoup à celle des maladies éruptives et à celle des hémorrhagies par pléthore. Cela est d'autant plus vrai que cette fièvre semble être plus fréquente, qu'il y a eu antérieurement un plus grand nombre d'hémorrhagies; d'un autre côté, cette fièvre est d'autant plus intense et plus pénible que l'apparition des ecchymoses a eu de la difficulté à se faire. Chez le jeune F. M... cette fièvre n'était jamais très intense, tandis qu'elle était insupportable chez une dame de soixante ans très impressionnable et chez qui l'éruption se faisait difficilement. Ce qui prouve que l'irritabilité joue un très grand rôle dans cette fièvre, c'est que je n'ai pu chez cette dernière dame en modérer l'ardeur que par de petites doses d'opium; et lorsque l'hémorrhagie, soit intestinale, soit bronchique, s'était déclarée chez elle, ni les astringents, ni les toniques, ni les émollients ne pouvaient les arrêter, pas même les modérer; je n'y parvenais encore que par de petites doses d'opium. Je ne sache pas qu'on se soit jamais bien trouvé d'un pareil remède contre le scorbut.

Dans cette dernière maladie, les articulations, surtout celles du genou, sont douloureuses, un peu tuméfiées, œdémateuses; mais c'est à la même condition que les douleurs musculaires, que les douleurs de toutes les parties qui sont exposées à une fatigue. Aucun observateur n'a remarqué les symptômes d'un épanchement sanguin comme dans le purpura. Sans doute ces cas sont très rares; si bien que M. Lordat dit, dans son *Traité philosophique des hémorrhagies*, p. 54, qu'il ne connaît aucun exemple d'épanchement sanguin dans la cavité des membranes synoviales; tandis qu'il n'est pas d'autres tissus, il n'est pas d'autres organes qui n'aient été le siége d'une hémorrhagie spontanée. L'auteur de la *Nosographie philosophique* publiée en 1801 et une foule d'autres savants tiennent le même langage. Pourtant, en recherchant dans les annales de la science, en rencontret-on quelques exemples; et, sans compter les cas où MM. Teissier et Bonnet, de Lyon, ont trouvé de la sérosité sanguinolente dans des articulations restées longtemps en repos par suite d'une fracture ou autrement, voyons-nous dans les livres des hémorrhagies de Latour trois observations rapportées l'une par lui-même, l'autre par Aumont et la dernière par Pelet; ces observations sont très incomplètes, fort vagues; néanmoins on rencontre assez d'analogie pour les rapporter à la même cause et pour rattacher cette cause au purpura. Du reste, n'aurait-on pas enregistré ces cas, que le fait est désormais acquis à la science par mon observation.

Enfin, les bains de mer ont produit de très bons effets contre le *purpura hemorrhagica*; quel est le praticien qui oserait les ordonner contre le scorbut? Walter d'abord et beaucoup de médecins de notre époque ensuite n'ont-ils pas soutenu que l'air de la mer était une des causes principales du scorbut? Et n'est-ce pas cette croyance qui a fait distinguer sous le nom de scorbut de mer le véritable scorbut pour le différencier du scorbut de terre, qui n'est autre chose que le purpura? Au reste, une médication alcaline quelconque peut-elle convenir à un sang surchargé de principes alcalins?

Pour résumer les considérations que je viens de soumettre à l'appréciation des savants à propos de mon observation, je dirai que le *purpura hemorrhagica* diffère complétement du scorbut par ses causes, ses modes de manifestation, sa marche, ses accidents, la composition du sang des sujets qui en sont atteints et par son traitement. Que si le scorbut semble tenir essentiellement à une altération des liquides et principalement du sang, le purpura semble être caractérisé par une altération des solides en général et du système capillaire en particulier.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

sur les modifications imprimées à la température animale par l'introduction dans l'économie de différents agents thérapeutiques;

Par MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe.

Cinquième Mémoire. — *Considérations générales.*

(Lu à l'Académie des sciences.)

Dans quatre mémoires successifs, les auteurs ont exposé les résultats relatifs aux variations de la température constatées par l'emploi des agents thérapeutiques dits excitants, des évacuants (soit vomitifs, soit purgatifs), des sédatifs, et enfin des stupéfiants. Ce cinquième mémoire comprend les conclusions générales et des considérations sur les causes de la température animale déduites de leurs expériences.

Ces considérations sont résumées dans les propositions suivantes:

I. Un grand nombre de médicaments, portés dans les voies digestives ou dans le torrent de la circulation, impriment des modifications évidentes à la température animale. Sous l'influence des uns, elle est déprimée; sous l'influence de certains autres, elle est augmentée et, le plus souvent, dans des limites assez étendues pour en permettre une facile constatation à l'aide du thermomètre.

II. De ces deux phénomènes, augmentation ou diminution franche et graduelle de la chaleur dès le début de l'expérience jusqu'à sa fin, le premier a été plus rarement noté que le second.

III. Souvent des oscillations sont venues, pendant le cours de plusieurs expériences, donner en quelque sorte la mesure tantôt du progrès de l'action produite par les médicaments sur l'économie, tantôt de la résistance plus ou moins énergique opposée par la force vitale au trouble qui lui était apporté. Ainsi, la température, après avoir augmenté d'un degré, peut diminuer d'une quantité semblable ou supérieure, puis revenir à son chiffre initial, ou même le dépasser. Ces oscillations sont une preuve manifeste de l'influence que les médicaments exercent sur la température animale.

IV. Après avoir signalé, comme il vient d'être dit, la marche souvent irrégulière des phénomènes qui démontrent cette influence, les auteurs étudient ses effets définitifs, afin de résoudre cette question: Jusqu'à quelles limites la température propre des animaux peut-elle varier?

A. Les conclusions relatives à sa *diminution* sont les suivantes:

1° Elle a été, dans une observation, de 13° après l'emploi du sulfate de cuivre; 7° à 8° ont été notés avec l'iode, le sublimé corrosif et l'acétate de morphine; 5°,3 avec l'huile de croton tiglium et 3° avec l'atropine. Comme il est facile de le comprendre, la mort a été la conséquence inévitable de ces expériences. Ainsi, au delà de 4 degrés, le refroidissement est mortel.

2° Il l'est le plus souvent à 3 degrés, quand la réaction vitale n'est pas assez puissante. Au contraire, l'animal résiste si cette réaction est franche et rapide; elle produit alors des effets aussi heureux que ceux auxquels le médecin doit souvent le salut presque inespéré de ses malades, et dont la manifestation a été plus d'une fois provoquée avec succès dans les épidémies de choléra, où la perte du calorique est précisément un des symptômes les plus redoutables.

3° Si le poison est très énergique, la mort peut survenir malgré cette réaction, à laquelle succède alors un nouvel abaissement.

4° Enfin la violence et la rapidité des phénomènes d'intoxication peuvent être telles, que la mort ait lieu avant la manifestation complète du trouble de la température animale. Aussi, dans des circonstances semblables, mais vraiment exceptionnelles, l'animal a-t-il succombé avec une diminution de deux degrés à peine, et dont les effets n'auraient point été à craindre, si la substance avait été moins active ou donnée à plus faible dose.

B. Relativement à l'élévation de la température, voici quelles sont les conclusions:

1° Jamais elle n'a été comparable à sa diminution. Ainsi l'administration des médicaments les plus variés, et aux doses les plus diverses, n'a dans aucun cas fait monter la colonne de mercure de 2°,9 au delà du chiffre initial; cette élévation n'a même été notée qu'une fois. Onze fois seulement dans les 125 expériences que ce travail renferme; elle a varié entre 2° et 2°,7; mais souvent elle est restée au-dessous de ces nombres. La calorification ne peut donc pas être activée autant qu'elle peut être déprimée.

2° Un faible accroissement de la température a plusieurs fois précédé la mort; il est donc un signe alarmant, puisque, dans des limites encore plus restreintes que celles de son abaissement, il peut faire prévoir une issue funeste.

V. En ne tenant compte que de l'action des médicaments sur la chaleur animale, on peut les diviser en trois catégories.

a. La première comprend ceux qui, à toute dose, l'augmentent: tels sont, par exemple, parmi les substances dites altérantes, l'iodure de potassium et tous ceux qui appartiennent à la classe des excitants, comme s'en sont assurés les auteurs par des essais fréquemment répétés avec la strichnine, le seigle ergoté, le phosphore, les cantharides, le sulfate de quinine et l'acétate d'ammoniaque.

b. A la deuxième catégorie, il faut rapporter tous les produits pharmaceutiques dont l'effet constant, à doses variées, est de diminuer la chaleur: c'est-à-dire, au nombre des altérants, l'iode et le sublimé corrosif; parmi les évacuants, le sulfate de cuivre qui est un vomitif très énergique et tous les stupéfiants, tels que le cyanure de potassium, la codéine, l'acétate de morphine, le laudanum, la belladone et son principe actif l'atropine, la jusquiame et le datura stramonium.

c. Dans la troisième catégorie, enfin, on doit réunir les substances qui exercent sur la calorification une action variable, selon les doses employées. Les purgatifs, dont l'action est la plus prompte (coloquinte, gomme-gutte, huile de croton tiglinm), administrés à doses non toxiques, augmentent la température après l'avoir déprimée pendant les deux ou trois premières heures; mais cette dépression est permanente et graduelle jusqu'à la fin, avec des quantités nécessairement mortelles. Il en est de même avec l'acide arsénieux.

Les substances qui dans cette catégorie offrent le plus d'intérêt sont l'émétique et l'ipécacuanha. Cinq ou dix centigrammes du premier de ces vomitifs augmentent la chaleur, qui est fortement déprimée au contraire lorsque ces nombres sont dépassés, et qu'on en donne jusqu'à 50 centigrammes. Avec l'ipécacuanha, les résultats sont opposés. Il est vrai que son mode d'action, quoique ce soit aussi un vomitif, est certainement différent, comme le prouve l'usage que le médecin en fait dans bien des cas spéciaux.

VI. Parmi les médicaments qui modifient la caloricité, soit en l'excitant, soit en la déprimant, il en est dont la rapidité d'action est très frappante; ce sont particulièrement les stupéfiants, dont l'influence sur l'innervation est si remarquable.

VII. Il convient de rapprocher de cette observation un fait révélé par les nombreuses autopsies cadavériques pratiquées à la suite des expériences. Ce fait, qui nous semble bien digne de fixer l'attention des physiologistes, consiste dans l'aspect particulier offert par les ganglions nerveux du grand sympathique. Après cinq expériences avec le sublimé corrosif, toutes caractérisées par le refroidissement souvent fort considérable de l'animal, et toutes suivies de mort, le tissu de ces ganglions était manifestement injecté. De même d'autres médicaments qui ont fortement déprimé la calorification ont produit une hypérémie des ganglions nerveux. Elle a été notée 23 fois sur 33 cas où cette dépression fut constatée.

En trouvant 2 fois sur 3 environ un état spécial et toujours identique des ganglions chez les animaux où le refroidissement a été l'un des symptômes consécutifs à l'administration de certains médicaments, les auteurs se demandent si ce système nerveux ne joue pas une rôle important dans la production de la chaleur animale.

En considérant, comme cela doit être, que le foyer de la chaleur animale n'est pas concentré dans l'appareil pulmonaire, mais qu'il est disséminé dans tous les points de l'organisme où il se fait, dans le sang, un échange continuel d'oxygène et d'acide carbonique, on doit nécessairement reconnaître que cet acte, qui s'accomplit dans l'intimité des tissus, ne peut s'exercer dans sa plénitude que sous une influence nerveuse.

Or, d'où cette influence indispensable pourrait-elle émaner, si ce n'est du système nerveux ganglionaire, qui peut et doit être considéré comme le régulateur des fonctions de la vie de nutrition? Si les ganglions d'où émergent les nombreux filets accolés à chacune des ramifications artérielles subissent une altération pathologique propre à enrayer leur rôle fonctionnel relatif à la nutrition interstitielle à laquelle

ils président, et qui occupe une place si importante dans l'accomplissement des actes vitaux, la calorification ne pourrait sans doute plus se produire que d'une façon imparfaite.

Cette supposition est presque entièrement confirmée par les expériences de MM. Aug. Duméril, Demarquay et Lecointe. Les résultats qu'ils ont obtenus tendent à faire attribuer à l'influence nerveuse du grand sympathique, comme l'a déjà dit M. Chossat, une grande part à la production de la chaleur animale.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 octobre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose :

1° D'une lettre avec envoi d'un mémoire de M. le docteur Picard, médecin de l'hôpital de Louviers, sur une épidémie de fièvre typhoïde;

2° D'une seconde lettre dans laquelle M. le ministre consulte l'Académie sur la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de modifier l'ordonnance du 29 octobre 1849, et d'interdire la vente de substances vénéneuses et en particulier le sublimé corrosif employé pour l'embaumement des corps et qui peut être la cause de difficultés insurmontables dans les recherches médico-légales (commissaires : MM. Orfila, Bussy, Caventou, Chevallier et Poiseuille);

3° D'une lettre de M. le directeur des Beaux-Arts annonçant que M. le ministre de l'intérieur a décidé qu'une statue en marbre de Larrey serait exécutée pour être donnée à l'Académie;

4° Le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pendant les mois de juin et juillet derniers.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Quetelet, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, lettres et arts de Belgique, informe l'Académie de médecine que celle-ci recevra en échange de ses mémoires ceux de l'Académie belge.

Asphyxie des nouveau-nés.

M. Marchant, de Charenton, adresse un mémoire sur l'insufflation pulmonaire dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Choléra.

M. Tavernier (de la Nièvre) adresse une observation de choléra sporadique asphyxique terminé par la mort.

RAPPORTS.

Hygiène publique.

M. Grisolle, au nom d'une commission composée de MM. Boutron-Charlard, Fr. Dubois et Grisolle, lit un rapport étendu sur la topographie médicale et les causes d'insalubrité de Gargenville, village du département de Seine-et-Oise qui est dévasté depuis plusieurs années par des épidémies répétées. Les recherches de la commission ne l'ont amenée à découvrir d'autres causes d'insalubrité que la présence du cimetière au centre de la ville, le mauvais état d'une boucherie et le nombre considérable de tas de fumier répandus dans le village. La commission conseille à l'autorité municipale, par laquelle elle a été consultée, de faire disparaître ces causes d'insalubrité. (Adopté.)

Eau sulfureuse à Belleville.

M. A. Chevallier lit une note sur la présence sous le sol de Paris d'une eau minérale sulfureuse.

En 1843, M. Lacarrière, faisant faire des fouilles rue de Vendôme, vit ces fouilles envahies par une masse d'eau sulfureuse qu'on fut obligé d'épuiser à l'aide de pompes pour pouvoir continuer la construction.

La source fournissait de 12 à 1,500 litres par heure. De nombreux travaux furent faits sur ces eaux par MM. Pelouze, Bourières, Barruel, Rivière, O. Henry et A. Chevallier.

D'après ces chimistes, cette eau contenait de l'acide hydrosulfurique libre, de l'hydro-sulfate de chaux, de l'hydro-sulfate d'ammoniaque, des sulfates de soude, de magnésie, de chaux, des carbonates de chaux et de magnésie, des chlorures de sodium, de magnésium et de calcium, de silice, d'oxyde de fer et une matière organique. Elle marquait 32, 33 et même 46° au sulfhydromètre.

Diverses opinions furent émises sur l'origine de ces eaux : les uns prétendaient que le lieu d'où sourdait cette eau était un ancien fossé et que les détritus et ordures qui y avaient été jetés pour le combler avaient donné naissance à la sulfuration de cette eau; d'autres prétendaient que cette source provenait d'une *maladrerie* qu'il y aurait eu dans ce lieu; d'autres, enfin, soutenaient que cette eau était due à des infiltrations d'eaux vannes perdues par les fosses d'aisance.

L'opinion qui eut le plus de mérite et le plus de croyance fut que cette eau, qui était analogue à celle d'Enghien, *s'était sulfurée* par l'action des matières organiques qui se trouvent en contact avec le gypse dissous dans ces eaux.

M. Rivière, adoptant cette dernière opinion, combattit et réfuta toutes les autres d'une manière victorieuse; il démontra qu'il n'avait jamais existé sur ce lieu de *maladrerie*; que, si les fosses d'aisance avaient répandu leurs eaux vannes dans la masse d'eau, il s'en trouverait dans les puits environnants; enfin, cet auteur pensait que cette eau n'était point de formation locale.

M. Barruel établissait que l'eau de la rue Vendôme était une *eau sulfureuse accidentelle*, qu'elle devait ses propriétés au sulfure de calcium, que cette eau provenait sans doute des environs de Belleville ou de Ménilmontant.

En 1851, M. Lapostolet, propriétaire d'une usine impasse Saint-Laurent, à Belleville, fit faire un forage dans un puits déjà existant qui avait 29 mètres 33 centimètres de profondeur. La sonde étant arrivée à 46 mètres 66 centimètres, il surgit aussitôt une nappe d'eau qui s'éleva à 4 mètres au-dessus du niveau du puits.

Cette eau, examinée par M. Chevallier, fut reconnue sulfureuse, mais beaucoup moins que celle de la rue de Vendôme: elle se mêlait à l'eau de la première nappe et ne marquait que 4 à 5° au sulfhydromètre. On constata que la quantité fournie était de 35 litres par minute ou 50,400 litres par jour; pendant plus de trois semaines jour et nuit cette source a donné les mêmes quantités d'eau.

Cette eau ne pouvant être utile à M. Lapostolet, on fit un autre forage, qui amena une autre nappe d'eau non sulfureuse, mais qui se mêlait à la nappe précédemment ouverte.

Un autre percement fut fait, qui permet d'avoir d'un côté l'eau pour alimenter la fabrique, de l'autre l'eau sulfureuse non mêlée d'eau étrangère.

La note que M. Chevallier vient de lire à l'Académie a pour but de démontrer que l'eau sulfureuse trouvée dans le dernier forage pourrait être employée dans l'usage médical au profit de l'hôpital Saint-Louis, où elle pourrait être conduite facilement et à peu de frais.

Fièvres intermittentes. — Sel ammoniac.

M. Aran, médecin des hôpitaux, lit une *Note sur l'emploi du sel ammoniac (chlorhydrate d'ammoniaque) dans le traitement des fièvres intermittentes*. C'est après avoir lu, dans une collection de mémoires publiés dans le dernier siècle, une dissertation adressée par G. Muys en 1716 à la Société royale de Londres, que M. Aran s'est décidé à expérimenter de nouveau le sel ammoniac dans les fièvres intermittentes. Muys a consigné, en effet, dans cette dissertation, intitulée: *De salis ammoniaci præclaro ad febres tertianas et quotidianas intermittentes usu*; 28 observations détaillées de fièvres tierces, doubles quotidiennes et quotidiennes, guéries en deux ou trois jours par l'administration du sel ammoniac à la dose de 1 gros, 1 gros 1/2, donnés en une seule fois, très peu de temps avant l'accès; et sur ces 28 fièvres ainsi guéries, 2 seulement ont récidivé.

M. Aran a employé le sel ammoniac dans 14 cas de fièvres intermittentes seulement; il en avait réuni un plus grand nombre; mais, sur 25 fiévreux reçus dans ses salles, il en eut onze chez lesquels la fièvre n'a pas résisté au repos ou aux vomitifs. Des 14 autres fièvres, il faut encore en défalquer une, fièvre rémittente symptomatique d'une tuberculisation intestinale et d'une néphrite albumineuse, dans laquelle les accès ont été suspendus; mais la fièvre a persisté. Restent donc 13 cas de fièvres intermittentes traités par le sel ammoniac, à savoir : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière; 10 étaient compliquées d'état cachectique; 6 avaient été contractées en Afrique. De ces 13 fièvres, 7 avaient résisté aux vomitifs; 2, coupées par l'arsenic, avaient récidivé deux fois pendant le séjour à l'hôpital. 4 autres malades n'ont pu être traités par les vomitifs, parce que leur état de maladie ou de faiblesse semblait contre-indiquer l'emploi de ce moyen; 1 parce qu'il était près de quitter l'hôpital.

Le mode d'administration du sel ammoniac suivi par M. Aran a été le suivant dans presque tous les cas: les malades ont pris, à l'époque la plus éloignée de l'accès, tous les jours, pendant deux, trois, quatre, cinq jours, six et sept jours même dans quelques cas plus rebelles, la potion suivante en deux fois, à deux heures d'intervalle :

Hydrochlorate d'ammoniaque.	8	grammes.
Eau distillée de menthe.	50	—
— de fleurs d'oranger.	50	—

Après chaque prise, on donnait aux malades une petite tasse de café sucré, suivant le précepte de Muys, afin de faire disparaître le goût amer, salé et cuivreux que laisse la potion. M. Aran a renoncé à donner le sel ammoniac à l'approche de l'accès, comme le faisait Muys, parce qu'il a observé deux fois des vomissements. L'efficacité de la médication n'est nullement modifiée par ce changement dans le mode d'administration.

Contrairement à ce qui a été écrit sur les effets physiologiques des sels ammoniacaux, M. Aran n'a observé aucune modification dans l'état général ou local des malades soumis à ce traitement; les effets physiologiques ont été absolument nuls, et dans deux cas seulement il y a eu des vomissements, la potion ayant été administrée très près de l'accès. Tous les malades ont accusé une augmentation d'appétit. Muys avait fait la même remarque.

Les résultats thérapeutiques ont été on ne peut plus satisfaisants: les 13 fièvres ont été coupées, 7 au premier accès, 4 au deuxième, 1 au troisième et une autre au quatrième accès. Le premier accès a été sensiblement modifié dans sa durée et dans son intensité dans les 4 cas où la fièvre a été coupée au deuxième accès; dans les deux autres, il n'en a pas été ainsi, et l'une de ces fièvres a passé, avant de guérir, du type tierce au type quotidien. Quant aux récidives, M. Aran n'en a encore observé qu'une chez un jeune homme en proie à la cachexie paludéenne et affecté d'un énorme gonflement de la rate. M. Aran n'a pas constaté que l'hydrochlorate d'ammoniaque eût une influence bien marquée sur ce gonflement.

M. Aran n'a pas eu à traiter de fièvre quarte; mais une jeune femme du service de M. Guillot, affectée d'une fièvre quarte rebelle au quinquina, n'a pu être guérie par le sel ammoniac.

Ces faits, dit en terminant M. Aran, rapprochés de ceux de Muys, sont bien de nature à encourager les praticiens à reprendre les expérimentations avec le sel ammoniac. Le prix peu élevé de ce médicament, son administration facile, son innocuité, le recommandent surtout aux médecins qui pratiquent parmi les populations rurales. Reste à savoir si le sel ammoniac comptera autant de succès dans les contrées marécageuses, où les fièvres sont endémiques, qu'il en a eu dans le climat parisien. C'est à l'expérience à nous l'apprendre.

Académie de chirurgie.

M. Fr. Dubois lit un nouveau fragment historique sur l'Académie royale de chirurgie.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

Chronique et nouvelles.

Par suite du nouveau numérotage de la rue des Saints-Pères, l'Académie de médecine est maintenant au n° 39, et les bureaux de notre journal au n° 40.

— Par décret du président de la République, M. Golias, chirurgien de marine de première classe, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— La mort vient d'enlever à la science, à sa famille et à ses amis le docteur Alfred Lembert, médecin des épidémies au département de la Seine, et l'auteur de la *Méthode endermique*, couronnée par l'Académie des sciences.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Godefroy, chirurgien aide-major commissionné au 43e de ligne, est replacé chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Sedan.

M. Bebin, chirurgien major de 2e classe au 8e hussards, est désigné pour passer au 23e léger.

M. Ollagnier, chirurgien-major de 2e classe au 14e léger, est désigné pour passer au 8e hussards.

M. Heysch, chirurgien-major de 2e classe au 2e chasseurs, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Oran.

M. Pau-Saint-Martin, chirurgien-major de 2e classe aux ambulances de la division d'Oran, est désigné pour passer au 2e chasseurs.

M. Bonduelle, chirurgien-major de 2e classe au 25e de ligne, est désigné pour passer au 12e de ligne.

M. Lenoir, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour passer à l'hôpital de Mont-Louis.

M. Laforêt, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer, est désigné pour passer à l'hôpital de Lyon.

M. Herbin, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Mont-Louis, est désigné pour passer à l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer.

LE SOUED.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 124. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 124. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1851.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous ne devons pas laisser passer le compte-rendu de l'intéressante séance de l'Académie des sciences sans présenter quelques réflexions sur les faits qui s'y sont produits. Parmi ces faits, les physiologistes et les chirurgiens remarqueront ceux qu'a communiqués M. Clavel; les recherches auxquelles s'est livré cet habile observateur, qui trahissent une grande sagacité, méritent en effet toute l'attention des hommes auxquels importent les progrès de la physiologie et de la chirurgie oculistiques.

Mais un travail qui intéresse surtout le pathologiste est celui de M. Alv. Reynoso. Disons d'abord que les faits communiqués par ce savant expérimentateur sont en eux-mêmes pleins d'intérêt, et qu'ils constitueront, si des expériences ultérieures viennent à les confirmer, une véritable acquisition scientifique. Mais si ces faits doivent être accueillis favorablement par les médecins, en est-il de même de l'interprétation que leur a donnée M. Reynoso? Nous ne le pensons pas. L'habile expérimentateur, qui nous paraît être plutôt chimiste que médecin, a obéi à une tendance trop fréquente aujourd'hui et trop favorisée, à l'Institut spécialement, pour que nous négligions toute occasion sérieuse de nous élever contre elle. Cette tendance, c'est de voir seulement dans une fonction tel ou tel acte chimique, et dans une maladie telle ou telle modification chimique des éléments *fluides* de l'économie. C'est ainsi qu'au lieu de se contenter de ce fait que l'asphyxie détermine le passage du sucre par les urines, M. Reynoso dit : L'asphyxie ou l'absence de respiration produit le diabètes. Là est l'erreur. Entre un homme qui accidentellement urine du sucre sous une influence physique, chimique, ou même sous l'influence d'un trouble organique de cause moins matérielle, et un homme affecté de l'ensemble de symptômes qui constitue le diabètes, il peut y avoir la différence qu'il y a entre deux individus dont le sang manque de globules, et dont l'un a été fortement saigné ou soumis à la diète, et dont l'autre est en proie à une cachexie cancéreuse. Cette différence, les chimistes ne s'en inquiètent guère, et elle leur échappe facilement; mais le médecin, habitué à tout observer, à juger des maladies par l'ensemble de leurs manifestations et non par quelque phénomène isolé, le médecin en est frappé, et il doit vivement s'en préoccuper s'il veut cultiver son art avec quelque succès.

Que M. Reynoso, que ceux dont il n'a fait que suivre la voie expérimentent encore, qu'ils analysent mieux qu'on ne l'a fait avant eux les éléments fluides de l'économie dans l'état de santé et dans l'état de maladie, rien de mieux; la science leur sera redevable de faits curieux, intéressants et peut-être même utiles; mais s'ils veulent rester dans les limites de la raison et de la vérité, qu'ils ne cherchent point à tirer de leurs analyses des inductions pathologiques et surtout thérapeutiques; car alors ils s'égareraient nécessairement dans des régions où ils n'auraient rien pour les guider. Un seul exemple justifiera cette critique. M. Reynoso, conduit par ses expériences à trouver que le fœtus qui ne respire pas a du sucre dans les urines, se croit autorisé à considérer tous les fœtus comme diabétiques!

— M. Abeille croit encore à la possibilité des accidents par les inhalations de chloroforme, et il a communiqué à l'Académie une note intéressante dans laquelle il annonce que l'électricité est le meilleur moyen connu à opposer à ces accidents. Son savant collègue M. Sédillot, de Strasbourg, n'est pas de cet avis. Nous l'avons entendu soutenir avant-hier, à la Société de chirurgie, que le chloroforme ne tue jamais. Il a également émis, touchant les hémostatiques, quelques assertions sur lesquelles il nous faudra revenir; mais nous attendrons pour cela que le procès-verbal de la séance puisse être mis sous les yeux de nos lecteurs en même temps que nos remarques.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Observations et réflexions sur la carie du temporal.

La carie du temporal est une affection qui emprunte surtout ses dangers aux rapports du rocher avec les organes importants qui sont en contact avec lui; soit que, comme le cerveau et les méninges, ils n'aient de contact avec l'os que par une de ses faces; soit que, comme une foule de nerfs et de vaisseaux, ils parcourent dans l'intérieur même de celui-ci un trajet plus ou moins long. Les principaux effets de la carie du temporal sur les organes circonvoisins ont été observés tantôt isolément, tantôt réunis en plus ou moins grand nombre; mais je ne sais si l'on possède encore un exemple bien constaté de celui d'entre eux tous qui est le plus grave, ou du moins le plus immédiatement mortel. Je veux parler de la perforation de la carotide interne pendant son trajet dans le canal carotidien. C'est un exemple de ce fait que je désire communiquer; et il me paraît d'autant plus important à faire connaître, qu'il peut établir une indication thérapeutique, celle de lier immédiatement la carotide primitive si l'on était appelé à temps pour recourir à ce moyen, sur lequel cependant il ne faudrait pas fonder l'espoir d'arrêter sûrement et durablement une pareille hémorrhagie.

Voici un résumé de l'observation recueillie à ce sujet :

Le nommé Baudoin, teinturier, âgé de cinquante ans, fut pris, il y a environ six mois, d'un violent rhume, à la suite duquel il éprouva des douleurs de tête tellement intenses, qu'il fut dans la nécessité de suspendre son travail. Les douleurs augmentaient d'intensité le soir principalement, et surtout quand le bâillement et la mastication avaient lieu. S'il se baissait, il éprouvait des vertiges, des éblouissements, et la chute était imminente.

Ces premiers accidents furent suivis d'une surdité du côté droit, qui depuis six semaines était devenue complète. Il y avait en même temps écoulement abondant de pus par l'oreille droite; paralysie de la moitié droite de la face, et par conséquent déviation en haut de la commissure gauche des lèvres; douleurs profondes dans tout le côté droit de la tête; insomnie complète; accès de fièvre tous les soirs. Enfin, faiblesse générale telle, qu'il eût été impossible au malade de faire cinquante pas sans se laisser tomber.

Du côté de la poitrine, on reconnut une matité sous-claviculaire très prononcée à droite et à gauche; de plus, les signes caractéristiques de l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit.

Depuis le 10 février, époque à laquelle le malade fut observé, jusqu'au 5 mai, les accidents restèrent à peu près les mêmes, sauf toutefois une différence dans l'aspect de l'écoulement auriculaire. De franchement purulent qu'il était d'abord, il devint sanguinolent et purulent à la fois, prenant une couleur analogue à celle du chocolat.

Le 6 mars, à sept heures du soir, une hémorrhagie abondante remplaça l'écoulement sanguin purulent. Le tamponnement du conduit auditif ayant été pratiqué, le sang se fit jour dans la cavité pharyngienne par l'ouverture de la trompe d'Eustachi. Une saignée est pratiquée. L'hémorrhagie s'arrête.

Le lendemain 8, elle reparaît avec une intensité beaucoup plus grande, à ce point que les personnes étrangères à la médecine qui se trouvaient auprès du malade ont rapporté que le jet de sang qui s'échappait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt.

La mort eut lieu avec une telle rapidité qu'aucun secours ne put être apporté à l'hémorrhagie.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Le crâne est scié avec précaution. On trouve sous la dure-mère un énorme caillot sanguin, partie dans la fosse cérébrale antérieure, partie dans la moyenne. Une carie d'un pouce à peu près d'étendue en tous sens occupe la partie supérieure du rocher dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal. La paroi supérieure osseuse de la caisse du tympan est détruite aussi bien que la membrane du tympan elle-même. Un stylet introduit dans le bout supérieur de la carotide interne vint sortir par le point carié de l'os. Il en fut de même d'un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale. Il était donc hors de doute qu'une rupture de la carotide interne s'était faite dans le point correspondant à la carie.

Maintenant à quoi attribuer la cause de cette carie elle-même? Est-ce à un tubercule? On n'en trouve pas de trace dans la substance osseuse du rocher.

Le cerveau présenta une particularité remarquable. En passant le doigt à sa surface, on sentait une crépitation tout à fait semblable à celle que fait éprouver le contact du poumon. En examinant avec plus d'attention, on voyait une quantité considérable de bulles d'air ou de gaz sous les enveloppes. La pie-mère se détachait de la surface du cerveau avec une extrême facilité sans se rompre. Cette membrane, vue par transparence, laissait apercevoir des bulles qui semblaient avoir leur siége dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Les deux poumons étaient farcis de tubercules à tous les degrés. Plusieurs cavernes existaient dans le sommet du poumon droit. Les deux poumons adhéraient dans presque toute leur surface aux parois de la poitrine.

Comparée aux autres affections destructives de nos tissus, telles que le cancer, l'ulcération syphilitique, l'ulcération esthioménale, etc., la carie donne très rarement lieu à des hémorrhagies, parce que habituellement le travail ulcératif qui la constitue s'arrête là où la substance osseuse cesse. Ce travail de destruction n'envahit pas les parties molles, tandis que le cancer, par exemple, envahit, sans distinction de tissu, tout ce qui se trouve devant lui. Aussi la production des hémorrhagies du genre de celle que nous vous avons rapportée fait-elle naître une question sur le mécanisme de sa production. Est-ce bien la destruction ulcérative qui, s'attaquant du dehors au dedans aux parois du vaisseau, y a déterminé une perte de substance, ou bien encore l'ouverture de la paroi vasculaire, devenue friable par un travail de sub-inflammation chronique, le déchire-t-elle mécaniquement sous l'action de quelque portion d'os anguleuse devenue mobile par le fait de la carie? C'est là une question qui ne pourrait être résolue que par l'examen attentif de la solution de continuité artérielle examinée dans un certain nombre de cas. Or les exemples d'hémorrhagies foudroyantes pareilles à celle dont il vient d'être question sont fort heureusement trop rares pour que l'on puisse répéter assez souvent un pareil examen. Nous en sommes donc réduits sur ce point à des conjectures; c'est assez dire qu'il convient de s'abstenir et d'attendre de nouveaux faits.

L'exemple rapporté par M. Huguier pour la jugulaire, celui que je viens de décrire pour la carotide interne démontrent assez combien il importe de faire ses réserves quand on établit le pronostic d'une carie siégeant au fond du conduit auditif, puisqu'une cause de mort aussi inopinée vient s'ajouter à celles qui tiennent 1° à l'inflammation suppurative des méninges, 2° à la possibilité d'un épanchement sanguin encéphalique.

Il faut encore en déduire cette autre conséquence pratique, que, dans l'exploration au moyen d'un instrument rigide, tel qu'un stylet ou une sonde cannelée, du fond d'un conduit auditif suppurant, on doit s'imposer une réserve extrême, n'employer même que l'algalie de femme, et encore avec de grands ménagements, dans la prévision d'une déchirure possible de parois vasculaires. En effet, ce qui s'est produit spontanément pourrait, à bien plus forte raison, se déclarer sous l'influence d'une pression causée par un instrument plus ou moins aigu. Il y a même à se demander si ce n'est point à une cause de ce genre, qui n'aurait pas produit son effet immédiat, qu'a été due, après quelques jours, l'hémorrhagie foudroyante dont il a été question.

SUR LE MÉCANISME DE LA VISION.

A monsieur le Dr SERRES (d'Uzès.)

Mon très honoré confrère et ami,

Dans la première lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser sur le mécanisme de la vision, j'ai cherché à expliquer pourquoi l'image des objets extérieurs devait arriver et se peindre renversée sur la rétine, pour que, conformément aux lois de tous les autres sens, elle fût aperçue ou plutôt sentie droite.

Il paraît que je n'ai pas su être assez intelligible, puisque vous avez jugé qu'à la première analyse l'explication que je donnais tombait d'elle-même. Cette analyse, que vous avez faite, est une confirmation éclatante de l'opinion que j'ai émise; et en la lisant j'ai dit, comme Galilée : et cependant l'œil n'est que l'organe du toucher des rayons lumineux; et comme tel, il est soumis à toutes les lois communes du toucher par la peau.

Nous sommes, vous et moi, parfaitement d'accord sur tous les phénomènes physiques qui expliquent comment l'image d'un corps, en traversant les membranes et les humeurs transparentes de l'œil, arrive renversée sur la rétine. Sur ce point, nous n'avons rien à ajouter à ce que les ouvrages de tous les physiciens avaient surabondamment et mathématiquement démontré; je ne pouvais donc pas avoir à discuter sur ce premier point. Mais un de nos confrères a prétendu que l'image renversée, que l'on aperçoit distinctement peinte sur le fond concave de la conjonctive, que cette image, dis-je, était redressée par la réflexion des rayons lumineux sur le fond concave de l'œil. Cette dernière image, ni vous, ni moi, ni l'auteur de cette explication, ne l'avons jamais vue, cela pourrait suffire pour abandonner cette explication physique; mais, puisqu'elle est défendue par son auteur, il faut la réfuter de manière à n'avoir plus besoin d'y revenir. La seule cause de l'erreur physiologique de ceux qui cherchent à trouver une image droite dans l'intérieur de l'œil vient de ce qu'ils supposent qu'en arrière de la rétine il y a un œil à la fenêtre qui regarde une image.

Quant à l'erreur physique, en voici la réfutation : pour que des rayons lumineux puissent être réfléchis de manière à

former une image, il faut qu'ils tombent sur un corps poli qui puisse renvoyer à un centre commun les rayons incidents. Que trouve-t-on dans l'œil? Une membrane noire (la choroïde), grenue (1), c'est-à-dire un corps organisé de la manière la plus ingénieuse pour absorber les rayons lumineux, s'opposer à leur réflexion dans l'œil, faire, en un mot, dans le globe oculaire ce que font les opticiens lorsqu'ils colorent en noir les tubes des lunettes d'approche. Il n'est donc pas possible d'admettre l'explication de notre confrère.

J'arrive maintenant à l'objection que vous avez faite à l'explication que j'ai donnée. Je copie textuellement :

« Notre confrère et ami M. le docteur Gensoul (de Lyon) » établit de la façon la plus ingénieuse que, l'œil étant un » organe du toucher, ses impressions doivent être soumises » aux mêmes lois que le toucher qui s'exerce par la peau ; » que, de même que la main nous fait aisément connaître » dans quel sens sont dirigés les corps qui arrivent au con- » tact de la peau qui la recouvrent, de même la rétine ou » l'expansion nerveuse sur laquelle tombent les rayons lumi- » neux transmet au cerveau l'impression qui la touche. Sans » doute, dans une foule de circonstances, les choses se pas- » sent comme le dit M. Gensoul ; mais la plupart du temps » nous ne pourrions connaître la véritable situation des ob- » jets si cette connaissance résultait de l'assimilation absolue » du sens de la rétine à celui du toucher, et en voici la » preuve : Lorsque la main est horizontalement placée en » pronation, nous savons que le corps frappant sa face pal- » maire vient d'en bas, que celui qui en frappe la face dor- » sale vient d'en haut ; cela est incontestable, et voilà tout » ce que nous pouvons savoir. Mais essayer maintenant » d'entrer dans des détails plus précis, savoir, par exem- » ple, si la direction du corps dans son choc a été perpendi- » culaire, oblique, et, dans ce dernier cas, connaître le de- » gré de cette obliquité de direction ; nous défions l'aveugle » le plus habitué à discerner ses sensations tactiles de don- » ner à ce sujet le moindre renseignement un peu ex- » plicite. Si l'action est lente, on pourra bien peut-être par » la manière dont la peau sera refoulée, dont le tiraillement » s'opérera, éprouver une impression qui, élaborée par l'in- » tellect, nous fera connaître le sens de l'effort supporté par » la surface tactile ; mais si c'est une piqûre simple, rapide, » comme celle d'un insecte, la distinction est alors impossi- » ble ; et si c'est un projectile lancé par l'explosion de la » poudre, elle sera plus impossible ; et si c'est un agent » poussé avec la vitesse connue de la lumière, bien plus im- » possible encore. Eh bien ! si le toucher des rayons lumi- » neux par la rétine est identique à celui des corps aigus et » autres par la main, la difficulté d'apprécier le sens du tra- » jet du corps impressionnant est la même pour la main et » pour la rétine. Cette raison est donc radicalement insuffi- » sante pour expliquer le phénomène de la vision droite, » l'image des objets étant renversée sur la rétine ; elle tombe » d'elle-même à la première analyse qui en est faite. En ré- » sumé, on est touché sans savoir comment. Est-il présuma- » ble que la nature ait voulu abandonner à ce point d'imper- » fection le mécanisme de la vue? Nous donnerons bientôt la » preuve expérimentale que son œuvre est complète, bien » plus, qu'elle est parfaite, et qu'au sentorium arrivent des » images dans la véritable situation des corps qui les ont » produites sur la rétine. »

Vous avez parfaitement démontré que la peau la plus sensible ne pourrait jamais percevoir les impressions rapides, violentes ou très douloureuses, comme une balle ou un coup d'épée, et vous en tirez la conclusion que la rétine ne peut pas percevoir la sensation de corps aussi aigus, aussi rapides que les rayons lumineux. Vous ajoutez que la nature n'a pas pu abandonner à ce point le mécanisme de la vue. Eh bien! veuillez me permettre de vous rappeler que, lorsque les rayons lumineux sont trop intenses, lorsqu'un corps est trop éclairé, on ne peut en apprécier la forme. Quel est l'œil qui affronterait les rayons du soleil, ou le phosphore brûlant dans l'oxygène, pour en apprécier la forme, s'il n'était garanti par un corps semi-opaque? Voilà la ressemblance pour l'intensité du choc produit par une balle ou tout autre corps violemment contondant.

Dites-moi si, lorsqu'un corps passe rapidement devant vos yeux, il vous est possible d'en reconnaître la forme, souvent même la couleur? Si vous avez été quelques instants lancé à toute vapeur sur les rails d'un chemin de fer, avez-vous pu reconnaître le pays que vous avez traversé? Voilà l'identité pour les impressions rapides. La ressemblance est complète ; seulement la sensibilité de la rétine, qui est un épanouissement nerveux, ne peut être comparée à celle de la peau ; pas plus que la peau ne peut être comparée au nerf auditif, qui perçoit les plus légères ondulations de l'air ; et, cependant, le mécanisme physiologique est tellement semblable que les ondulations de l'air, plus grossières que les ondulations lumineuses, pourraient être perçues par la peau. En plaçant la main sur la peau d'un tambour ou sur le fond d'un chapeau, lorsqu'une détonation a lieu, les vibrations sont très distinctement appréciées par le toucher ; aussi l'analogie du toucher des rayons sonores par le nerf auditif et du toucher appliqué à la forme et à la température des corps par la peau ne peut être méconnue. Si le son est trop fort, on n'en peut distinguer la nature et la direction ; s'il est trop rapide, on en calcule difficilement le point de départ. J'en dirai autant pour l'odorat et le goût ; il faut toujours un certain temps pour apprécier la saveur ou l'odeur des corps. De là la distinction sentir et toucher, goûter et humer, sentir et humer, entendre et écouter, voir et regarder.

(1) Les physiologistes ont, jusqu'à présent, regardé la choroïde comme remplissant seulement la fonction d'une chambre noire ; mais la nature me paraît lui avoir départi une seconde fonction, qui consiste à amortir l'acuité des rayons très lumineux qui touchent la rétine ; aussi les albinos voient les objets d'une manière imparfaite, parce qu'ils manquent de la chambre noire et souffrent d'une manière pénible lorsqu'ils sont au grand jour, la rétine étant chez eux dépouillée de son noir choroïdien, qui est l'épiderme de la rétine.

Après avoir fait la critique des idées que j'avais émises sur le mécanisme de la vision, vous donnez une explication du phénomène de la vision, dans une position droite, de l'image peinte renversée sur la rétine, et vous appuyez cette théorie sur un fait d'observation parfaitement constaté ; le voici : Si, à travers les paupières fermées, l'on comprime méthodiquement à l'aide d'un corps de petite dimension, à surface plane, de forme déterminée, triangulaire, par exemple, et tenu de façon que la pointe soit tournée en bas et la base en haut, on aperçoit une image lumineuse dont la pointe sera en bas et la base en haut. Ce fait, très curieux et jusqu'à ce jour inexpliqué, se comprend facilement si l'on réfléchit que toute pression sur une cavité sphérique se transmet au point diamétralement opposé lorsque la pression n'a pas été assez violente pour rompre le point frappé, comme dans les fractures ou les épanchements du crâne par contre-coup. La rétine, touchée par les ondulations des humeurs de l'œil, reçoit l'image renversée du corps percuteur.

Vous voyez, mon cher confrère, que les armes dont vous vous servez me sont d'un grand secours, et que l'explication des faits en apparence les plus inintelligibles se donne sans effort lorsque l'on a rencontré la vérité.

Permettez-moi quelques réflexions sur l'explication que vous avez essayé de donner. Vous avez supposé que les filets nerveux qui partent de la rétine sont innombrables, forment dans l'intérieur de ce nerf une série d'entre-croisements des filets nerveux, analogue en tous points à l'entre-croisement des rayons lumineux dans le corps vitré au delà duquel elle arrive renversée sur la rétine. Cet entre-croisement des nerfs explique, selon vous, la sensation de l'image droite lorsqu'elle arrive au cerveau. A cela, il n'y a qu'un mot à répondre : Nul n'a vu et ne peut voir ce million de filets nerveux répondant au million de rayons lumineux nécessaires pour former une image. Vous avez voulu sortir du domaine de la physiologie pour entrer dans celui de la psychologie ; cette dernière science est l'inconnu. Qui pourra dire que le sensorium commun, l'âme, a une forme, un diamètre, un côté droit, un côté gauche, une partie haute et une basse? Le cerveau n'est qu'un renflement nerveux, un organe de transmission à la partie intellectuelle, que nous ne pouvons ni mesurer, ni peser, ni apercevoir avec les sens qui nous ont été accordés. Si un jour il apparaissait un être qui eût un sens de plus que l'homme, tel, par exemple, que la faculté de lire la pensée des hommes, cet être serait plus au-dessus de nous par ses facultés que nous ne sommes, par les nôtres, au-dessus des animaux.

Agréez, etc. GENSOUL.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Par M. POTONNIER.

Voici une observation que l'on rapprochera avec intérêt d'un fait du même genre que nous publierons très prochainement.

Véronique Lemay, rachitique, se maria à vingt-six ans. Le 15 juin 1845, M. Potonnier, appelé auprès de cette femme enceinte pour la première fois et à terme, reconnut au détroit supérieur un vice de conformation qui réduisait son diamètre antéro-postérieur à 2 pouces et demi ou 2 pouces trois quarts. Il lui fallut pour terminer l'accouchement écraser entre les cuillers du forceps la tête qui se présentait en première position du sommet.

Quoique avertie, pour le cas d'une seconde grossesse, de s'adresser au médecin dès le septième mois, elle accoucha de nouveau au bout d'un an, et il fallut encore sacrifier l'enfant.

Enfin, devenue enceinte vers le 25 novembre 1846, elle vint consulter M. Potonnier, qui, après avoir fait constater le rétrécissement du bassin par MM. les docteurs Legouais et Thibeaud, donna rendez-vous à la malade pour le sixième mois révolu.

En effet, elle arriva le 25 mai 1847 se mettre à sa disposition, et voici comment il procéda à l'imitation du docteur Cahen.

Il laissa tomber dans 150 grammes d'eau pure 25 gouttes de résinéone de goudron à la place de l'eau de goudron, qui contient une proportion assez sensible d'acide. Puis, ayant ajusté à la canule d'une seringue à injections ordinaires une algalie de femme, il versa dans la seringue 75 grammes de ce liquide. Alors, la femme étant couchée sur le dos, il glissa avec l'index et le médius gauches l'algalie de manière à la faire pénétrer de 6 à 8 centimètres entre la partie antérieure de l'œuf et la paroi correspondante de l'utérus. Mais, par une cause qui ne fut pas reconnue, le liquide ne pénétra que très incomplétement. Il fallut donc retirer l'appareil, charger de nouveau la seringue et enfoncer l'algalie un peu plus en avant. Cette fois, et en poussant doucement le liquide, il entra en entier. La quantité introduite fut de 90 à 105 grammes. Il n'y eut pas de douleur.

Au moment de l'injection, 27 mai 1847, à neuf heures et demie du matin, le col paraissait être dans le même état que chez les femmes au terme de sept mois.

A dix heures, la malade ressentait de la pesanteur dans les reins. A dix heures et demie, c'était un engourdissement qui s'étendait jusque dans le bas-ventre. A onze heures de véritables douleurs de reins existaient. On ne lui permit qu'alors de quitter la position prise pour faire les injections.

A midi, douleurs de reins et de bas-ventre revenant de demi-heure en demi-heure. Elles se rapprochent de plus en plus, au point qu'à deux heures elles se renouvellent toutes les dix minutes. A trois heures et demie, elles sont encore moins éloignées, et M. Potonnier s'assure que l'orifice est entièrement dilaté et les membranes bien tendues par les eaux.

A quatre heures et demie du soir, il rompit les eaux et reconnut une présentation des pieds en première position. Au bout de dix minutes, l'enfant n'avançant pas malgré la continuation des douleurs, il alla chercher les pieds et les amena au dehors ainsi qu'une partie du tronc. Il dirigea alors la tête dans le sens du diamètre transverse du détroit supérieur ; mais comme il trouvait de la résistance, dans la crainte de compromettre la vie de l'enfant par des tractions mal calculées, il se décida à appliquer le forceps. La tête éprouva encore de la difficulté à franchir le détroit supérieur, mais ensuite elle sortit très aisément. C'était une fille, qui était violacée et sans respiration ; mais, au bout de cinq à six minutes de soins, elle revint à elle. La délivrance eut lieu au bout d'un quart d'heure, et à cinq heures du soir, sept heures et demie après le commencement de la manœuvre, la femme fut replacée dans son lit dans l'état le plus satisfaisant et son cœur bondissant de joie d'avoir près d'elle son enfant plein de vie.

Les suites de couches furent des plus heureuses ; presque pas de fièvre de lait. Au bout d'un mois, son mari écrivait : « Ma femme se porte à merveille, ainsi que ma petite fille ; depuis le jour qu'elle a pris le sein pour la première fois, elle n'a cessé de teter avec avidité. »

Cette enfant a maintenant deux ans, et elle jouit toujours d'une santé parfaite. (*Journ. de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure.*)

CHOLÉRA. — PANARIS ÉPIDÉMIQUE.

Quoique le choléra ait fort heureusement disparu aujourd'hui de nos possessions d'Afrique, on ne lira pas sans intérêt les renseignements suivants que nous transmet un de nos honorables correspondants sur le choléra de l'hôpital militaire de Mostaganem.

Cette note démontre que le fléau, quoique se présentant sous des formes plus bénignes en apparence, ne perd rien cependant de sa gravité sous le rapport des victimes qu'il fait. La note de M. Tassard est intéressante aussi par ce fait curieux qu'elle mentionne, à savoir : que sur 82 cas de choléra traités, 40 se sont développés sur des malades de l'hôpital ; or, on sait combien les cas développés dans nos hôpitaux ont été rares. On remarquera aussi que, dans ces cas, la mortalité a été bien plus considérable que dans les autres, ce qu'on aurait d'ailleurs pu prévoir, la maladie se développant dans une organisation déjà détériorée, mais ce qu'il n'était cependant pas inutile de prouver par des faits.

La dernière phrase de la communication de M. Tassard doit aussi attirer l'attention des médecins. On oublie assez généralement ce fait singulier au premier abord, que le panaris se développe quelquefois épidémiquement. Ce fait, il est vrai, n'a été que fort rarement observé ; mais il suffit qu'il l'ait été d'une manière positive pour qu'il doive trouver sa place dans l'histoire des épidémies et dans toute doctrine médicale. Or, Ravaton l'a observée de la manière la moins équivoque. Nous-même nous avons eu l'occasion d'observer deux fois, pendant notre séjour dans la prison de Saint-Lazare, une petite épidémie de panaris, dont il nous a d'ailleurs été impossible de trouver la cause.

Il faut donc accepter ce fait comme acquis et s'efforcer, dans l'occasion, d'en observer les détails et d'en trouver l'origine. Les détails que pourrait nous fournir M. Tassard seraient certainement lus avec un grand intérêt.

Si Mostaganem a été la dernière ville atteinte par le choléra qui vient de ravager toute la province, elle est aussi la dernière à s'en débarrasser. L'épidémie qui depuis quelque temps a abandonné toutes les autres localités s'est concentrée sur cette cité et quelques colonies agricoles voisines.

Le fléau épidémique, à l'exemple des années précédentes, y perd en intensité ce qu'il y gagne en durée. Et bien que depuis le 20 août les cas qu'on y a observés aient été peu nombreux, on en compte cependant chaque jour de nouveaux, comme chaque jour aussi on enregistre quelques décès.

Les derniers jours de septembre n'avaient point donné de malades ; on espérait que là se termineraient les ravages que depuis trois ans l'épidémie fait parmi la garnison et la population civile, lorsque tout à coup une nouvelle recrudescence, survenue dans les premiers jours d'octobre, est venue tromper toutes les espérances et plonger de nouveau la ville dans le deuil.

Cette recrudescence, qui, à son début, avait principalement frappé sur la garnison et la population civile, ne s'exerce plus aujourd'hui que sur les malades en traitement à l'hôpital militaire. C'est ce qui a engagé MM. les officiers de santé traitants à renvoyer à leurs domiciles ou à leurs casernes plusieurs malades convalescents ou atteints d'affections légères ; car tous les soins et les précautions hygiéniques, pris dès longtemps à l'avance, paraissent insuffisants pour conjurer le mal.

Le personnel de l'hôpital, qui s'élève à un chiffre de 70, est *à peu près le seul* qui n'ait point ressenti d'atteinte.

Si l'épidémie a présenté quelques cas intenses, en quelque sorte foudroyants, ce n'a été là qu'une rare exception. La grande majorité des cas, sans être très bénins, se sont plus rapprochés par leurs symptômes et leur forme d'une forte cholérine que d'un vrai choléra.

Les guérisons assez nombreuses qui ont eu lieu sont dues autant à cette cause qu'à la méthode thérapeutique suivie. On peut dire aussi que le chiffre des malades sauvés se serait accru si l'épidémie n'avait frappé la plupart du temps sur des hommes déjà affaiblis par des privations, des fatigues, ou épuisés par des maladies antérieures.

Les colonies agricoles environnantes qui ont eu le plus à souffrir sont Aboukir, Aïn-Tedlès et Souk-el-Mitou.

Le chiffre des cholériques traités depuis le 20 août, jour de l'invasion, jusqu'à ce jour s'élève à 82 et se trouve réparti comme le tableau ci-joint l'indique.

Si les esprits n'étaient point complétement absorbés par

cette grande épidémie, nous pourrions entretenir vos lecteurs d'une autre maladie moins meurtrière, mais qui ne manque pas d'une certaine gravité : c'est la conjonctivite purulente qui depuis deux mois sévit partout, fait quelques borgnes et même des aveugles.

Le grand nombre de panaris que nous avons vus dans le service des blessés depuis quelque temps mériterait bien aussi qu'on en parlât, tant pour leur gravité que pour la cause à laquelle ils doivent être rattachés.

Nombre de cholériques traités à l'hôpital militaire de Mostaganem depuis le 20 août 1851 jusqu'au 9 octobre inclus.

CORPS QUI ONT FOURNI LES MALADES.	ENTRÉS.	GUÉRIS.	MORTS.	RESTANTS.
4e chass. d'Afrique.	24	6	10	8
68e de ligne. . . .	41	14	24	3
Train des équipages.	2	1	1	»
Tirailleurs indigèn.	1	1	»	»
Civils Européens indigents.	14	1	10	3
Totaux. . . .	82	23	45	14

Sur ces 82 cas de choléra qui ont été traités à l'hôpital militaire, 40 ont été fournis par les malades en traitement dans les divers services, et sont ainsi répartis pour chacun d'eux :

Fiévreux, 31 cas ; blessés, 7 ; vénériens, 2. Sur ce nombre, 8 sont guéris, 27 sont morts et 5 restent en traitement.

DE L'ARUM TRIPHYLLUM.

dans la phthisie pulmonaire ;

Par M. A. Poitevin, ex-chirurgien de la marine, médecin à Mobile (États-Unis).

Dans un premier article sur l'emploi de l'arum dans la phthisie pulmonaire, j'ai rapporté deux observations de guérison, et j'eusse pu en ajouter une troisième. Je vais le faire aujourd'hui, et je donnerai les détails d'un fait encore plus récent ; mais auparavant je veux revenir sur les deux malades de mon précédent article.

Le cas de la première observation, publiée en mai 1850, était celui d'une demoiselle à laquelle j'avais administré l'arum, et dont la guérison datait de neuf mois. Je dois dire que cette demoiselle est encore en vie à cette heure (février 1851) ; seulement elle est moins bien qu'elle n'était lorsque je cessai mes visites en août 1850. Pendant un voyage que je fis à la Nouvelle-Orléans, une hémoptysie survint à la suite d'une suspension des régles causée par une impression de froid ; cette hémoptysie continua une semaine, au dire d'un confrère, qui, pensant qu'il serait dangereux de l'arrêter, se contenta de faire prendre quelques doses de Sedlitz. J'arrivai près d'elle peu après ; je me rendis maître de l'hémoptysie, et j'administrai l'arum, qui apporta le même soulagement que quatorze mois auparavant. Mais la frêle constitution de cette demoiselle, l'hérédité et la grande anémie dans laquelle l'a jetée cette hémorrhagie ne me laissent aucune illusion sur sa fin prochaine. L'arum sera-t-il assez puissant pour la sauver ? J'en doute ; cependant, grâce à cette aroïdée, j'ai vu les plus graves symptômes disparaître en quelques jours. Pendant quatorze mois la malade a cessé de présenter le facies d'une phthisique ; tout à coup une hémoptysie la surprend ; la pauvre fille se meurt, et l'arum vient encore calmer la toux, modifier l'expectoration, rendre les forces et l'arracher pour ainsi dire à une agonie inévitable.

On pourra, avec quelque raison, m'accuser d'une prédilection aveugle et trop exclusive pour l'arum ; mais je ne crois pas que l'huile de foie de morue ou la phellandrie puissent prétendre à de pareils effets.

Quant au jeune professeur qui faisait le sujet de ma seconde observation, M. B..., il est encore à Mobile. J'avais discontinué mes soins le 8 avril 1849 : deux ans se sont donc écoulés depuis que l'arum a été administré à ce phthisique. Je ne pense pas qu'il soit guéri pour toujours ; car il n'a pas abandonné le professorat, cause première de sa maladie, et nous savons tous que l'enseignement est fatal aux tuberculeux.

Voici maintenant mes deux nouvelles observations :

Obs. III. — M. P... est âgé de vingt-neuf ans ; il avait une bonne constitution ; ses parents sont robustes. Je l'ai connu deux ans avant sa maladie, et son excellente santé était loin de me faire présumer le développement ultérieur de la phthisie. Ce jeune homme était gras, coloré, d'une poitrine large. Pendant l'été de 1848, il a été obligé de se rendre à trois lieues dans la campagne. La chaleur était de 25° Réaumur. Un *grain,* composé d'une forte pluie, le mouille jusqu'aux os, et le vent passe au nord-est ; il éprouve un frisson, hâte le pas de son cheval et arrive chez lui pour se coucher, car il souffre d'un point de côté. Un de mes amis, médecin distingué, le traite de sa pneumonie ; mais la convalescence se prolonge indéfiniment, et la toux, qui n'a pas cessé, provoque des crachats épais, sanguinolents. A différentes reprises, il est forcé de garder le lit. Il a eu deux hémorrhagies pulmonaires abondantes. Il vient à moi dans le courant de septembre 1848 ; alors la fièvre l'agite tous les soirs ; il lui survient des sueurs à la poitrine et à la paume des mains ; il a la migraine. Le teint, de vermeil qu'il était, prend la couleur du parchemin. Ses crachats, depuis la dernière hémoptysie, sont jaunes, purulents. La diarrhée l'affaiblit au point de l'empêcher de se tenir debout. Autour des yeux un cercle noir et profond lui donne l'expression qu'Hippocrate a si bien décrite. Du côté gauche, à la partie sous-claviculaire, la respiration est soufflante et la pectoriloquie imparfaite ; au côté droit, on entend distinctement du râle sibilant, mais il n'est pas constant et manque quelquefois pour revenir ensuite. Je lui prescrivis une cuillerée d'arum tous les matins et tous les soirs pendant quinze jours, de plus un verre de décoction de quinquina uni au polygala à boire dans le courant de la journée. La fièvre et la diarrhée s'arrêtent au second septénaire de ce traitement ; la toux devient plus rare et les crachats sont moins gris ; l'appétit se fait sentir, et le malade demande à se promener en voiture, puis à pied. Je fais continuer l'arum cinq semaines, ainsi que la décoction de quinquina comme tonique.

Depuis ce temps-là jusqu'à aujourd'hui la santé s'est bien soutenue, le teint est resté pâle. M. P... tousse deux ou trois fois par jour, vaque à ses affaires et a plus de force que je n'en ai moi-même. Le poumon gauche est resté imperméable à son sommet ; le droit n'offre plus de râles.

Ce serait trop s'avancer que de déclarer le malade guéri parfaitement ; mais le résultat n'en est pas moins frappant. Peut-on consciencieusement ne pas reconnaître la supériorité de l'arum triphyllum sur tous ceux employés jusqu'ici contre la phthisie pulmonaire ? Je ne me dissimule pas que l'arum pourra échouer dans certains cas : plus tard, peut-être, pourrai-je connaître les conditions indispensables pour son succès ; mais d'ici là, peut-être aussi, il ira grossir le nombre des remèdes aujourd'hui oubliés qui ont eu comme lui leur temps de vogue. On ne peut cependant blâmer l'enthousiasme qui les a accueillis à leur entrée dans la thérapeutique : on a tant besoin de croire à un dictame, alors que chaque jour voit s'éteindre tant d'existences ! Le sous-carbonate de potasse, l'acide prussique, le chlore, l'iode, etc., etc., ont eu tour à tour leur jour de défaite, voire même la digitale, ce puissant contro-stimulant qui ralentit le pouls, diminue la force vitale, la digitale dans la phthisie, dont l'anémie est le signe typique !... la digitale qui a fait périr une phthisique de Strasbourg.

En attendant, je désirerais que mes confrères d'Europe l'essayassent ; car les médecins américains ne l'emploient pas, et beaucoup d'eux ignorent son existence dans la matière médicale, ce qui porterait à croire que les observations de MM. Bigelow et Barton sont peu encourageantes, ou bien qu'eux-mêmes, doutant des vertus de l'arum, n'ont pas eu assez de confiance pour le recommander à leurs élèves.

Obs. IV. — M. M..., marchand à Mobile, est un jeune homme de vingt-trois ans, de haute taille, blond, musculeux, d'une fraîcheur de teint peu ordinaire. Il n'a jamais été malade. Il y a bientôt deux ans qu'il s'exerçait à la gymnastique, lorsqu'un jour, après avoir tourné le trapèze, il fut pris d'un vomissement de sang ; le rétablissement fut de courte durée, et depuis ce temps il a pâli et a gardé un peu de toux.

Je suis appelé en décembre 1850. Je le trouve dans l'état suivant : toux fréquente ; expectoration jaune, épaisse et très abondante ; dyspnée ; pas de fièvre nocturne, ni de sueurs ; la peau est sèche, chaude ; les yeux caves ; il éprouve, dit-il, dans le côté gauche de la poitrine une sensation de pesanteur et quelquefois une douleur lancinante qui dure quelques minutes ; il a maigri depuis deux mois ; pas d'appétit ; la mélancolie et les tristes pressentiments l'assiégent. Son frère est mort de la phthisie il y a huit mois ; il craint de subir le même sort. Chaque jour ses forces diminuent ; rien ne peut le distraire ; les pommettes sont rosées, ce qui contraste singulièrement avec le reste de son visage, qui est jaune-paille ; le poumon gauche gargouille dans son tiers supérieur, tandis que la respiration ne s'entend pas à la base ; pas de pectoriloquie sensible, car aussitôt que le malade a craché, de nouvelles mucosités obstruent les rameaux bronchiques ; le poumon droit a perdu un peu de son élasticité.

Après dix jours de l'emploi de l'arum le malade est mieux, sa mélancolie se dissipe, la toux est diminuée, les crachats sont moins abondants et moins épais. M. M..., qui ne s'attendait pas à ce bien-être, insiste pour retourner à son magasin, où il trouve, me dit-il, le plus agréable passe-temps ; mais il est bientôt obligé de garder la chambre, car la toux est devenue aussi intense qu'auparavant. Il attribue cette rechute à la poussière qui se dégage des caisses qui renferment la faïence arrimée avec de la paille. En effet, l'atmosphère de ce magasin est chargée d'une poussière qui provoque l'éternument. A différentes reprises, je lui donne l'arum, qui apporte toujours le même bienfait ; mais aussitôt soulagé, le malade retourne à ses occupations. N'espérant plus pouvoir l'en empêcher, je lui fais sentir la gravité de sa maladie, et je lui conseille une fois pour toutes d'aller en Europe, l'obligeant ainsi de fuir le lieu qui devait être un obstacle aux effets de l'arum et à la durée de son amélioration.

Pendant quelques semaines, je l'ai tenu au régime. Il est parti, il y a peu de jours ; et je ne crains pas de dire qu'il est en état de faire ce voyage sans aggravation, attendu que sa santé est presque rétablie. (*Journ. des Conn. méd. chir.*)

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 octobre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Fonctions des muscles obliques de l'œil.

M. Clavel adresse un deuxième mémoire sur les muscles obliques de l'œil.

Dans un premier mémoire sur les muscles droits, M. Clavel a cherché à démontrer comment ces muscles, en se contractant, ont pour objet non-seulement de dévier les pupilles vers tous les points de l'orbite, mais encore de faire subir diverses modifications au globe oculaire, de l'allonger ou de le raccourcir, selon la distance des objets à examiner, de contribuer aux mouvements de l'iris, des procès ciliaires et du cristallin ; enfin, de donner au moi les moyens d'apprécier l'ouverture de l'angle optique, et par suite les distances. Ce deuxième mémoire traite de l'action des muscles obliques, action plus controversée encore que celle des muscles droits.

On sait que, d'après Portal, le grand oblique tourne l'œil de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas ; que le petit oblique tourne l'œil de dedans en dehors, et le retire vers l'angle interne de l'orbite en le portant en avant, si bien que la pupille est tournée en haut et en dehors. C'est cette opinion, qui a rallié le suffrage d'anatomistes éminents, que M. Clavel a cherché à combattre par ces considérations :

1° Les mouvements attribués aux muscles obliques sont déjà produits par les muscles droits, et forment un double emploi parfaitement inutile.

2° Chez certains animaux, tels que le lapin et le mouton, les muscles obliques, au lieu de s'insérer sur le segment postérieur du globe de l'œil, s'insèrent sur son grand diamètre transversal, et ne sauraient alors dévier la pupille.

3° Ce dernier mode d'insertion se présenterait également chez l'homme si le grand oblique ne passait sur le droit supérieur, qu'il gênerait ou soulèverait incessamment dans ses contractions, et si le petit oblique ne devait s'insérer sur la même ligne que son antagoniste.

4° Enfin, sur le vivant, quand l'orbite contient des veines et des artères distendues par le sang, l'œil est poussé en avant, et l'attache des muscles obliques sur lui n'a pas lieu, par rapport à leur point, sur un plan aussi postérieur que cela nous apparaît sur le cadavre.

M. Clavel a cherché, en outre, à démontrer que la contraction simultanée de ces muscles se borne à produire une légère traction en avant. Il établit, avant tout, que la contraction et le relâchement des obliques sont entièrement soustraits à la volonté, et ne peuvent contribuer à des mouvements volontaires, puisque l'action de ces muscles a principalement pour objet d'opérer un acte indispensable à la vision, la rotation de l'œil sur son axe antéro-postérieur.

On peut constater par l'observation sur soi-même que les deux pupilles fixées sur un objet ont, par les muscles droits, le moyen de rester dans la même position relative, quand la tête se tourne à droite et à gauche, en haut et en bas ; puis, qu'avec les muscles obliques, le diamètre vertical de la rétine reste le même, par rapport à l'horizon, lorsque la tête s'incline sur les épaules.

Quand un mouvement de rotation sur l'axe antéro-postérieur s'opère dans un œil, fait remarquer M. Clavel, le même mouvement, sous peine de diplopie oblique, doit s'opérer dans l'autre œil ; mais pour que cela ait lieu, le muscle grand oblique droit est tenu d'entrer en contraction avec le petit oblique gauche, et réciproquement. Si l'on suppose, en effet, les deux grands obliques se contractant simultanément, ils inclinent forcément en dedans les diamètres verticaux des deux yeux ; il y a diplopie, et les images, confondues par leur base, se renversent en dehors, par suite de l'action croisée de tout ce qui concerne la vision.

L'auteur fait entrevoir l'application que l'on peut faire de ces notions physiologiques à la ténotomie oculaire. Nul raccourcissement ou contracture d'un muscle droit ou oblique ne peut exister sans qu'il y ait diplopie. En bouchant alternativement les yeux, il est facile de voir celui dont les fonctions sont altérées. Si la fausse image reste droite, c'est un muscle droit qui doit être coupé ; de même l'opération doit s'adresser à un muscle oblique si la fausse image est inclinée. L'inclinaison du diamètre vertical de l'œil indiquera le muscle qui gêne la rectitude de la vision, etc.

Effets de l'électricité comme moyen thérapeutique contre les accidents produits par les inhalations de l'éther et du chloroforme.

M. Abeille, médecin en chef de l'hôpital militaire d'Ajaccio, adresse un mémoire sur les effets de l'électricité comme moyen thérapeutique à employer contre les accidents produits par les inhalations d'éther et de chloroforme. Voici les conclusions qui résument ce mémoire :

1° Les accidents qui résultent parfois des inhalations de l'éther et du chloroforme dépendent de troubles imprimés aux systèmes nerveux et consécutivement aux fonctions qu'ils régissent, comme le sommeil, l'insensibilité et le relâchement musculaire obtenus au point désiré pour soustraire les malades aux douleurs des opérations, n'arrivent que par un trouble momentané du système cérébro-rachidien.

2° L'électricité, mise en jeu au moyen d'aiguilles implantées sur divers points du corps et notamment sur l'axe cérébro-spinal réveille promptement le malade, dissipe l'insensibilité et met immédiatement en jeu les muscles en état de relâchement.

Elle constitue, d'après nos expériences, le moyen le plus prompt, le plus sûr, le seul sur lequel on puisse compter pour rappeler à la vie des malades chez qui les inhalations chloroformiques auraient dépassé les limites prévues par le médecin. C'est, à notre sens, le moyen thérapeutique auquel on doit s'adresser immédiatement et sans perdre de temps dans ces circonstances déplorables ; et, pour compléter notre pensée, nous dirons que c'est un véritable remède spécifique.

Présence du sucre dans les urines.

M. Alvaro Reynoso adresse une note dans laquelle il se propose de démontrer par des expériences que l'interruption de la respiration détermine le passage du sucre dans les urines, tout comme la section du pneumo-gastrique, laquelle section, dit M. Reynoso, agit aussi en empêchant la respiration de brûler le sucre en excès.

Si notre explication était exacte, ajoute-t-il, nous devrions trouver d'autant plus de sucre que l'animal soumis à l'éthérisation avait une respiration plus active, car il paraît plus de sucre non brûlé. Nous avons observé, en effet, que chez les herbivores il passe moins de sucre que chez les carnassiers. Chez deux hommes soumis à l'éthérisation, le plus vigoureux est celui qui donne le plus de sucre.

Enfin, il était curieux de voir si dans d'autres circonstances d'asphyxie on verrait aussi les animaux devenir diabétiques. Des lapins strangulés et noyés nous ont donné du sucre dans les urines ; mais aussi il faut dire que nous n'en avons pas obtenu dans tous les cas, probablement parce que ces moyens d'asphyxie entraînent de nombreuses causes perturbatrices dans l'économie.

Ainsi, un animal vivant qui ne respirerait pas serait diabétique. M. Bernard a, en effet, prouvé que dans le fœtus il y a toujours du sucre dans les urines.

En éthérisant l'homme ou les animaux, on constate aussi la présence du sucre dans leurs urines.

Ces expériences établissent la relation qui existe entre la respiration, l'influence nerveuse et le sucre des urines.

Chaleur animale.

MM. Lecointe, Duméril et Demarquay adressent un résumé gé-

néral de leurs expériences sur l'influence des agents thérapeutiques sur la température animale. (Voir le précédent numéro.)

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA NEUVIÈME LEÇON (1).

Influence de la radiation chimique sur la nutrition.

Vous savez tous combien est puissante l'influence de la radiation solaire sur la nutrition des végétaux : « La lumière, dit M. Martins, exerce sur les végétaux une action non moins réelle que la chaleur; vainement vous placerez une plante dans les conditions de température les plus favorables, si la lumière lui manque, elle s'étiole et dépérit. » Je sais bien que cette assertion a été considérée comme trop absolue; qu'on lui a opposé quelques exemples exceptionnels de végétaux vivants dans des cavernes, dans des lieux où règne une obscurité complète; qu'on a voulu dépouiller la radiation solaire chimique et lumineuse au profit de la chaleur; mais il vous sera facile de vous convaincre que ces objections n'ont pas une valeur sérieuse.

Priestley, Spallanzani, de Saussure, Sennebier, de Candolle, MM. Boussingault, Surcow, Dumas ont démontré expérimentalement l'action de la radiation solaire sur la respiration, l'absorption et l'exhalation, c'est-à-dire sur les principales fonctions qui s'accomplissent dans le sein des individus appartenant au règne végétal.

Plongés dans l'obscurité, pendant la nuit, les végétaux exhalent de l'acide carbonique emprunté en partie au sol et en partie produit aux dépens de l'oxygène de l'air; sous l'influence solaire, les végétaux immergés sous l'eau ou exposés à l'air libre dégagent de l'oxygène qui provient de la décomposition du gaz acide carbonique répandu dans l'atmosphère ou absorbé avec les liquides qui le tiennent en dissolution, cette décomposition s'accomplit dans le sein de toutes les parties vertes, et exige l'absorption préalable de l'acide carbonique et des rayons solaires chimiques, ceux-ci représentant l'élément réducteur, celui-ci étant l'élément réductible, et les parties vertes constituant l'appareil de réduction; tandis que, l'oxygène provenant de la décomposition de l'acide carbonique est exhalé dans l'atmosphère, le carbone reste fixé dans le végétal.

« Or, dit M. Sappey, l'absorption des rayons chimiques ne peut plus être mise en doute depuis la découverte importante de M. Daguerre. On sait, en effet, que les images daguerriennes sont dues à l'impression des radiations chimiques; or les parties vertes des végétaux ne sont point reproduites dans l'appareil daguerrien; dès lors il faut admettre que les rayons chimiques ne sont pas réfléchis par les surfaces vertes, mais qu'ils y sont, au contraire, absorbés et retenus. Ce phénomène remarquable d'absorption nous explique pourquoi les parties vertes des végétaux, qui seules jouissent du privilége de fixer les rayons chimiques, sont aussi les seules qui possèdent le pouvoir de décomposer l'acide carbonique; pourquoi, lorsque les rayons cessent d'intervenir, la décomposition cesse de s'accomplir; pourquoi, enfin, le pouvoir réducteur du spectre chimique offre de si grandes différences dans son intensité, suivant qu'il provient de la lumière solaire, de la lumière diffuse, de la lumière artificielle, de la lumière lunaire ou sidérale, ou bien de la lumière décomposée. »

L'action la plus énergique appartient à la lumière solaire directe; les lumières diffuse, artificielle et réfléchie exercent des influences de plus en plus faibles; la lumière lunaire paraît être dépourvue de toute action.

Mais, tandis que les parties vertes des végétaux opèrent une carbonisation, leurs parties colorées sont le siége d'une décarbonisation; elles empruntent de l'oxygène à l'air atmosphérique, le combinent avec une partie de carbone qui se trouve dans leur substance, exhalent de l'acide carbonique, et ici encore la radiation solaire exerce une influence remarquable et active l'absorption de l'oxygène.

Si une plante garnie de ses feuilles et ayant ses racines plongées dans un vase plein d'eau est exposée successivement à l'obscurité, à la lumière du jour et au soleil, on constate que les racines n'absorbent que très peu dans l'obscurité, qu'elles absorbent davantage à la lumière du jour et beaucoup plus encore au soleil; mais si, dans la production de ces phénomènes, on doit accorder une part à la radiation chimique, il est probable que la plus importante appartient à la radiation calorifique.

Nous en dirons autant pour l'exhalation, qui est d'autant plus active que la radiation solaire est plus intense, et qui est presque nulle dans l'obscurité.

Nous ne vous parlerons pas des phénomènes qui s'accomplissent dans la direction des tiges, les mouvements des fleurs et des feuilles, parce que l'on n'en connaît pas les véritables agents. Il est probable qu'il faut faire intervenir ici la radiation calorifique, l'humidité et divers modificateurs météoriques.

La radiation chimique n'est probablement pas étrangère au sommeil des plantes, à la production des émanations dangereuses qui se dégagent du rhus toxicodendron et du mancenillier; mais la science n'a pas encore suffisamment élucidé ces intéressantes questions.

L'influence de la radiation chimique sur la nutrition des animaux n'est pas encore très nettement établie. Est-ce à l'action directe de la radiation solaire sur toute la surface de leur corps qu'il faut attribuer la rareté, chez eux, des déviations organiques que l'on rencontre si fréquemment chez l'homme? Les sauvages, à l'état de nudité, sont remarquables par la beauté et la régularité de leurs formes; M. de Humboldt, qui pendant cinq ans en a vu des milliers, n'a jamais observé chez eux une seule difformité naturelle. Les peuples du Midi ont une conformation plus régulière et plus belle que les peuples du Nord.

On a cité encore, en faveur de l'influence de la radiation solaire sur la nutrition, les phénomènes que l'on observe chez les hommes qui sont habituellement soustraits à son action. Les individus dont les habitations sont mal éclairées, les portiers, les prisonniers, les mineurs, les marins qui passent leur vie dans la cambuse, sont petits de taille, mal conformés, lymphatiques, rachitiques, chloro-anémiques, scrofuleux, phthisiques. Mais ici intervient un modificateur fort complexe, et il est difficile de déterminer rigoureusement dans quelles limites agit la radiation solaire.

Influence de la radiation chimique sur la coloration. — Vous connaissez, messieurs, l'action si remarquable que la radiation solaire exerce sur la coloration des végétaux; la fleur la plus éclatante perd son brillant coloris lorsqu'elle se développe à l'abri des rayons lumineux, et cette influence est aussi marquée sur les parties vertes, sur les feuilles que sur les pétales parées des nuances les plus sérieuses et les plus vives.

La coloration verte est d'autant plus prononcée que la plante absorbe plus de carbone et de rayons chimiques; elle diminue d'autant plus que le végétal est plus rarement visité par le soleil ou soumis davantage à l'influence de la lumière diffuse, et elle disparaît complétement au milieu d'une obscurité permanente. La couleur verte des plantes est donc intimement liée à leur respiration.

C'est dans les pays où la lumière est le plus intense que l'on trouve les oiseaux aux couleurs les plus vives, et celles-ci se montrent de préférence sur le dos, tandis que les plumes cachées sous le thorax, sous l'abdomen, sous les ailes, sont beaucoup moins colorées. Il en est de même chez les insectes et un grand nombre d'animaux. Chez les quadrupèdes du Nord, le pelage blanc ou gris est très commun; et souvent il n'a qu'une durée égale à celle de l'hiver.

Une influence analogue est-elle exercée sur la coloration de la peau humaine?

Les nègres n'existent point au delà de la zone torride, et la couleur de la peau devient de moins en moins foncée à mesure qu'on s'éloigne de l'équateur. D'après M. de Humboldt, les nègres de basse condition sont plus noirs que ceux qui se garantissent contre l'ardeur des rayons solaires. Chez les Maures et les peuples orientaux, les femmes qui sont continuellement renfermées sont plus blanches que les hommes. A Ceylan, les habitants des plages découvertes ont le teint plus basané, plus brun que les habitants des bois. Les hommes qui travaillent pendant la nuit ont ordinairement le teint blafard.

Vous savez tous combien la peau brunit sous l'influence de la lumière solaire, et combien le teint des femmes de la campagne, par exemple, diffère de celui des femmes du monde.

Mais l'élévation de la température n'est-elle point, comme le pense Blumenbach, l'agent qui, dans ces circonstances, modifie la coloration de la peau? On ne saurait l'admettre, car la chaleur artificielle est sans action. Les forgerons, les verriers, les cuisiniers ont souvent la peau très blanche; tandis que le laboureur, exposé à une température plus base, mais à une lumière plus intense, l'a très brune; les parties du corps protégées par les vêtements devraient être plus colorées que celles qui sont exposées à l'air, et c'est précisément le contraire qui a lieu; les Lapons, les Esquimaux, les Groënlandais, ont la peau très brune, malgré le froid extrême auquel ils sont exposés, et l'on ne peut expliquer ce fait que par l'intensité de la lumière que réfléchissent des neiges perpétuelles.

Toutes ces considérations nous autorisent à conclure que la radiation chimique exerce une influence remarquable sur la coloration de la peau humaine; mais il faut reconnaître néanmoins que cet agent n'est pas le seul qui intervienne, et que son action ne peut dépasser certaines limites.

La coloration de la peau est modifiée par certains phénomènes physiologiques, tels que la grossesse, par un grand nombre de maladies, et l'on a cité des exemples de négritie accidentelle. Les nègres et les blancs conservent la couleur qui leur appartient, quel que soit le climat qu'ils habitent, et nous verrons plus loin que ce n'est pas aux influences de la lumière que l'on peut attribuer les colorations distinctives des races humaines.

Pour nous résumer quant à l'appréciation des agents qui président aux divers phénomènes que nous venons d'énumérer, nous dirons, avec M. Sappey: « Ces phénomènes paraissent s'opérer soit sous l'influence exclusive du spectre chimique, soit sous l'influence combinée des spectres chimique et lumineux. Nous disons sous l'influence combinée de ces deux spectres; car, bien que des faits multipliés nous fassent incliner vers la première opinion, nous devons reconnaître qu'il y aurait quelque témérité, peut-être, à l'adopter d'une manière absolue. Si ces deux spectres, en effet, ont été isolés dans les expériences physiques qui ont permis de constater les propriétés de chacun d'eux, ils ne l'ont pas été dans celles qui ont été entreprises pour déterminer l'influence de la lumière sur les êtres vivants. La théorie indique nettement que tous ces phénomènes doivent être rapportés aux irradiations chimiques; mais l'expérimentation nous laisse dans le doute sur ce point, et jusqu'au moment où elle viendra le dissiper, nous comprenons qu'un esprit rêveur juge convenable de ne point séparer dans la production de ces phénomènes l'influence des deux spectres chimique et lumineux. »

Quoi qu'il en soit, il découle de ce qui précède certains préceptes hygiéniques dont il importe de tenir compte. Si pendant toute la durée de sa vie l'homme a besoin d'être exposé à une lumière suffisante, si le séjour habituel dans un lieu mal éclairé ou obscur a toujours pour lui des inconvénients plus ou moins graves, c'est surtout pendant les premiers âges de la vie, pendant la période d'accroissement et de développement, que l'influence de la lumière est utile et nécessaire. Les enfants élevés dans des lieux obscurs sont ordinairement d'une taille très petite, mal conformés, chétifs, étiolés, rachitiques, scrofuleux, phthisiques, chlorotiques, anémiques, et dans les cas de ce genre l'insolation est le meilleur remède qu'on puisse opposer aux troubles de la nutrition et aux lésions organiques qui en dérivent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14 et 18 octobre.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis quelque temps on a observé des accidents dus à la rupture de sondes en gutta percha. Ces accidents pouvant jeter de la défaveur sur une innovation qui me paraît appelée à rendre de grands services à la pratique, j'espère, monsieur, que vous voudrez bien me prêter l'appui de votre publicité pour éclairer l'opinion des praticiens sur la véritable cause de ces accidents.

Cette cause réside tout entière dans la falsification de la gutta percha. Cette substance, qui sert aujourd'hui à des usages si variés, ayant tout à coup trouvé un écoulement inespéré, il est arrivé que les expéditeurs ont ajouté des substances étrangères, et qu'elle nous est arrivée en France altérée. Cette altération n'ayant pas d'abord été soupçonnée, un certain nombre de sondes ont été fabriquées sans qu'on ait préalablement purifié la gutta percha, et ce sont seulement les instruments ainsi fabriqués qui ont pu donner lieu à des accidents. Quant aux sondes fabriquées avec la gutta percha pure, elles jouissent toujours des avantages qui leur ont été reconnus dans les rapports de MM. Civial et Robert. M. Robert possède des sondes qui servent depuis quatre ans, et qui sont encore aujourd'hui aussi bonnes qu'au moment où je les lui ai présentées.

Depuis le mois d'août dernier, époque à laquelle j'ai découvert la fraude en question, je ne fabrique aucune sonde sans avoir préalablement purifié la gutta percha; je puis donc assurer que depuis cette époque il n'a été livré au commerce aucune sonde capable de produire les accidents observés par quelques chirurgiens. Je prie les personnes qui auraient des sondes antérieurement à cette époque de vouloir bien me les renvoyer, je m'empresserai de les échanger contre des sondes garanties.

Une autre cause a pu contribuer aussi à produire les accidents observés, c'est la contrefaçon. Pour éviter le nouvel inconvénient, j'ai dû mettre mon nom sur tous les articles qui sortent de ma fabrique.

Permettez-moi, en terminant, monsieur le rédacteur, d'annoncer à tous les chirurgiens des hôpitaux de France et de l'étranger que je mets gratuitement à leur disposition toutes les sondes nécessaires pour se convaincre de la vérité de toutes les assertions énoncées dans cette lettre.

Agréez, etc. Cabirol.

Paris, le 23 octobre 1851.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 125. — MARDI 28 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 125. — MARDI 28 OCTOBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Bazin). De l'acné varioliforme. — Société de chirurgie, séance du 15 octobre. — Chronique et nouvelles.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

De l'acné varioliforme.

La plupart des auteurs définissent l'acné : une éruption *pustuleuse*... Cette définition est mauvaise; elle exclut au moins deux des variétés admises par eux, l'acné *punctata* et l'acné *sebacea* ; il n'y a pas de pustules dans ces deux variétés.

On a parfaitement senti qu'il était impossible de séparer les formes *punctata* et *sebacea* de la forme *pustuleuse* pour en constituer des espèces à part. Elles ont la même origine, un siége identique, se manifestent dans les mêmes conditions, sont modifiées par les mêmes agents thérapeutiques, coexistent souvent même avec l'acné pustuleuse; en faire séparément l'histoire, c'eût été s'écarter de la nature et s'exposer à un reproche de logique : on ne l'a pas tenté (1). Mais, comme il fallait soumettre l'acné à la classification étroite de Willan, classification bonne au point de vue de la séméiotique, mauvaise au point de vue de la pathologie, on a mieux aimé donner une définition conforme à la classe qu'une définition qui pût embrasser toutes les variétés de l'espèce.

Quant à nous, qui sommes loin de vouer un culte à la classification du pathologiste anglais, nous définirons l'acné : une affection des cryptes cutanés caractérisée par l'hypertrophie de ces cryptes avec altération de la matière sébacée, qui, tantôt retenue dans les cavités folliculaires, détermine une éruption à la peau, et qui, d'autres fois, s'épanche au dehors en formant des enduits lamelleux ou crustacés.

Cette définition sépare l'acné des tumeurs mélicéritiques, loupes, etc., qui ont aussi pour siége les follicules sébacés. Elle s'applique non-seulement à toutes les variétés admises jusqu'à présent par les dermatologistes, mais encore à une forme qui paraît avoir été omise dans tous les traités spéciaux, et de laquelle nous voulons simplement aujourd'hui entretenir nos lecteurs.

Nous appelons cette nouvelle variété acné *varioliforme* ou *ombiliquée*, à cause de sa ressemblance avec les pustules de la variole ou de la varioloïde. Cette ressemblance était tellement frappante dans l'une de nos observations qu'un médecin de la ville, fort capable d'ailleurs et parfaitement initié à la connaissance des maladies de la peau, n'hésita pas à regarder comme atteinte de la variole la jeune femme qui portait sur la face et sur le cou cette éruption de varus ombiliqué.

C'est vainement que nous avons cherché dans les auteurs anciens ou modernes la description de cette remarquable forme de l'acné; sans doute elle aura été confondue avec les petites excroissances désignées sous le nom de *verrues*. Quelques passages même des auteurs anciens sembleraient indiquer que cette espèce de varus n'a pas échappé à leur sagacité. Lorry dit en faisant l'histoire de l'acné : *Celsus vero naturæ non segnis observator distincte edicit alios sponte decidere et per se sanari....* ce qui peut s'entendre tout aussi bien de l'acné ombiliquée que de la végétation décrite par les anciens sous le nom de *verruca pensilis*.

En 1844, une jeune femme entra dans mon service, à l'hôpital de Lourcine, pour y être traitée d'un catarrhe utérin. Je ne tardai pas à découvrir qu'elle portait, sur la partie antérieure de la poitrine, une éruption ombiliquée qui tout d'abord me frappa, à cause de ses caractères spéciaux. Ancien élève de l'hôpital Saint-Louis, je ne me souvenais pas d'avoir entendu Biett ou Alibert faire la description d'une pareille éruption. Je recommandai à mon interne de rédiger cette observation avec le plus grand soin et de chercher si, dans les syphiliographies anciennes, il ne retrouverait pas cette éruption décrite sous le nom de syphilide *verruqueuse*. Je prescrivis des bains alcalins et des lotions alcalines. Sur ces entrefaites, une indisposition m'obligeant à m'absenter de l'hôpital, M. Huguier fut appelé dans mes salles, et mon externe s'empressa de lui montrer cette malade, qui, quelques jours après, et sans que j'en eusse connaissance, passait dans son service. M. Huguier avait reconnu, dans l'éruption qu'elle portait sur la poitrine, une affection qu'il avait antérieurement observée sur les parties sexuelles de la femme, et qu'il désignait sous le nom assez barbare d'*ecdermoptosis*. Suivant lui, c'était une hypertrophie pure et simple des follicules sébacés, qui, trouvant de la résistance dans les couches profondes et fibreuses de la peau, étaient repoussés au dehors. A cette affection il ne connaissait qu'un seul remède, l'excision ou l'énucléation du follicule hypertrophié. C'est par ce procédé tout chirurgical qu'il guérit notre malade.

En rapportant ce fait, je n'ai nullement l'intention de contester à M. Huguier le droit de priorité. Je tiens uniquement à rectifier les paroles qu'il m'a prêtées au sujet de cette maladie. Je n'ai pas dit, comme il l'a prétendu : L'éruption que cette fille porte sur la poitrine est une syphilide verruqueuse, mais j'ai dit : Les syphiliographes anciens pourraient bien avoir donné la description de cette éruption ombiliquée sous le nom de *pustules verruqueuses* ; ce qui est bien différent. Il faut ou que M. Huguier ait été mal informé, ou qu'il ait mal compris le sens de mes paroles. J'avais prescrit les préparations alcalines dans l'espérance de modifier cette affection, dont j'ai reconnu de suite la véritable nature, et cet espoir n'était que trop fondé, comme j'en ai acquis la preuve plus tard, en employant ces mêmes préparations avec succès dans un cas tout à fait pareil.

Au surplus, on va voir que mon opinion sur la nature, la marche et la thérapeutique du varus ombiliqué diffère en beaucoup de points de celle de mon honorable collègue M. Huguier.

L'acné varioliforme n'est point aussi rare qu'on pourrait le supposer tout d'abord. Il en est de cette affection comme de beaucoup d'autres, qui échappent à l'observation quand l'attention n'a pas été appelée sur elles. Nous sommes certain qu'à l'avenir tout médecin, s'il le veut, sera à même d'en rencontrer quelques cas dans sa pratique. Nous voyons journellement, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, passer devant nos yeux des sujets qui portent sur le corps des cicatrices tellement caractéristiques, qu'il nous est impossible de conserver le plus léger doute sur l'existence antérieure, chez ces individus, de l'acné varioliforme.

Etiologie. — Le sexe féminin prédispose peut-être à cette affection. C'est au moins ce qui semblerait résulter de notre observation particulière; cependant, avant de se prononcer, il faut un nombre plus considérable de faits. — L'âge paraît exercer une certaine influence : tous les sujets chez lesquels nous l'avons rencontrée jusqu'à présent étaient au-dessous de trente ans. Le tempérament lymphatique, les conditions originelles ou acquises de la tuberculisation et de la scrofule nous ont paru aussi pouvoir être rangés au nombre des causes prédisposantes. Les faits ultérieurs viendront appuyer ou infirmer cette manière de voir. Dans un cas, le développement de l'acné varioliforme a coïncidé avec la première éruption mensuelle.

Siége. — L'acné ombiliquée peut, comme l'acné simplex, s'observer sur toutes les parties du corps; mais c'est à la face et au cou qu'on la rencontre le plus ordinairement. Sur les quatre faits annexés à ce mémoire, trois fois elle a eu pour siége la face, une fois seulement la partie inférieure du tronc et les membres abdominaux. Nous avons dit plus haut que M. Huguier l'avait observée tout d'abord sur les organes sexuels de la femme, et que sur une fille de l'hôpital de Lourcine c'était à la partie antérieure de la poitrine que s'était montrée cette éruption.

Marche de l'éruption; évolutions. — Sur un point quelconque de la peau, le plus souvent à la face, sur le cou, sur les mains, le tronc ou les membres inférieurs, on voit apparaître une petite éminence papuleuse, presque imperceptible, plus sensible au toucher qu'à la vue, dure, aplatie, épidermique, comme demi-transparente, moins colorée que les papilles environnantes, éminence qui va chaque jour en grossissant, mais lentement, et faisant chaque jour des progrès insensibles. A la loupe on aperçoit déjà l'ombilic central et le pourtour demi-transparent formé par le soulèvement des couches épidermiques; l'engorgement folliculaire s'accroît, devient de plus en plus proéminent, et en quelques semaines, de l'hémisphère d'un grain de mil, il a acquis les dimensions d'un grain de chenevis ou d'un pois. Il forme alors une petite tumeur arrondie, offrant ordinairement à son centre un cercle ombilical distinct, parfaitement visible à l'œil nu, et mieux encore à la loupe. Le point central est noirâtre, d'un gris cendré ou d'un blanc sale, quelquefois comme formé par une substance crayeuse, rugueuse, qu'on voit, dans quelques cas, sortir du follicule, soit spontanément, soit par une pression un peu forte entre les doigts, sous forme de filament ou d'appendice vermiforme. Ce n'est autre chose que la matière sébacée concrète qui remplit et distend le follicule. L'orifice du follicule est un contour arrondi, sorte de margelle en dehors de laquelle existe un cercle transparent ou semi-transparent parfaitement visible à la loupe, nullement vésiculeux, et formé par le soulèvement des couches épithéliales. Au-dessous de ce cercle on voit la base du follicule, opaque et ayant ordinairement la couleur de la peau environnante. Dans quelques cas, le bouton folliculaire ressemble à une verrue ou à un petit nœvus. On dirait, au premier abord, qu'il n'y a pas d'ombilic; mais en examinant le bouton avec attention, soit à l'œil nu, soit, ce qui vaut mieux encore, à l'œil armé de la loupe, on distingue bien nettement l'ouverture ombilicale sur la partie inférieure ou sur le côté du bouton.

Au fur et à mesure que ce bouton subit ses évolutions, il en survient d'autres qui grossissent de la même manière, en telle sorte que l'on peut simultanément observer à la face, sur un point, des follicules arrivés à leur état de parfait développement, et sur un autre, des boutons folliculaires qui commencent à poindre. Le développement de ces boutons se fait ordinairement sans que le malade éprouve le moindre prurit. Ce n'est que par le toucher ou par la vue qu'il s'aperçoit de leur existence.

Le temps que chaque bouton met à parcourir ses périodes varie beaucoup. Il en est de même du temps que met à se faire l'éruption successive des follicules.

Variétés. — Eruptions concomitantes. — Le nombre des boutons folliculaires est aussi extrêmement variable. Nous en avons compté jusqu'à 40 sur la figure. Les follicules sont tantôt parfaitement isolés, uniques, individuels, et d'autres fois réunis par 2, par 3 ou par 4. En un mot, l'éruption est discrète ou cohérente.

L'acné ombiliquée existe seule ou conjointement avec d'autres variétés d'acné. Le jeune homme qui fait le sujet de notre quatrième observation portait de l'acné simplex et acuminée sur le dos du nez, de l'acné varioliforme sur le tronc et les membres inférieurs, et, sur les épaules, des pustules plus arrondies, plus déprimées que celles de l'acné ordinaire, d'un rouge vif à la base, sans ombilic, et formant en quelque sorte le passage de l'acné simplex à l'acné varioliforme.

Terminaisons. — L'acné varioliforme une fois développée et abandonnée à elle-même, a une durée très variable encore. Quelquefois les follicules, remplis de matière sébacée concrète, dure ou comme cornée, persistent indéfiniment, et restent en quelque sorte à l'état stationnaire; d'autres fois les malades arrachent les boutons avec les ongles, ce qui arrive surtout chez les enfants; mais le plus ordinairement les boutons disparaissent d'eux-mêmes.

La guérison spontanée de l'acné varioliforme offre une série successive de phénomènes qui constituent assurément la partie la plus intéressante de son histoire.

Cette guérison a lieu de deux manières :

1° Par l'évacuation spontanée du follicule et son inflammation adhésive;

2° Par l'étranglement et la mortification du follicule.

A. Le follicule distendu par la matière sébacée peut s'enflammer; alors le bouton devient rouge à la base, et sensible ou même douloureux à la pression. On peut y voir l'ombilic avec son point central, le cercle épidermique semi-transparent du sommet et le cercle rouge enflammé de la base. Les produits de l'inflammation folliculaire, lymphe et pus, s'ajoutent à la matière sébacée, agrandissent l'ouverture du follicule, sortent au dehors et forment une croûte brunâtre ou demi-transparente, couleur sucre-d'orge, adhérant à la peau. Cette croûte se détache au bout de quelques jours et laisse à sa place une cicatrice légère, ou plutôt une maculature cicatricielle étroite, quelquefois à peine perceptible. En touchant cette cicatricule, on y sent une certaine dureté, mais non une induration circonscrite et proéminente, comme dans l'acné indurata.

B. Si l'inflammation folliculaire éliminatoire est plus intense, la rougeur et la tuméfaction gagnent les parties environnantes dans un rayon qui varie entre quelques millimètres et deux ou trois centimètres. La douleur est brûlante et augmentée par la plus légère pression, par le frottement des draps du lit. Les phénomènes inflammatoires locaux sont d'autant plus prononcés que l'on se rapproche davantage du follicule. Ainsi, la peau qui circonscrit la base du follicule est d'un rouge-foncé livide; tandis que, sur les limites de l'inflammation, elle est simplement rosée. Le cercle ombilical du bouton acnéique ne s'agrandit pas; il semble se rétrécir, et rentre en dedans.

On ne voit pas, comme dans le cas précédent, un magma de matière purulente et sébacée faire irruption par l'ouverture folliculaire. Bientôt le centre de toute la partie enflammée brunit, noircit, forme une eschare. Un sillon s'établit entre cette croûte noirâtre et la circonférence inflammatoire, sillon qui s'élargit chaque jour davantage. L'eschare tombe enfin, et à sa place reste une surface d'un brun rougeâtre, un peu enfoncée, bridée, qui, avec le temps, et au fur et à mesure que disparaissent la rougeur, la tuméfaction et les derniers vestiges du travail inflammatoire, constitue une cicatrice des plus remarquables. Ce n'est qu'après un temps fort long, quinze à dix-huit mois peut-être, que la cicatrice est tout à fait parfaite, qu'elle a acquis tous les caractères qui lui sont propres.

Caractères des cicatrices. — La cicatrice de l'acné ombiliquée est gaufrée, rayonnée comme celle de la vaccine et de la variole, d'une régularité parfaite, peu profonde, n'entamant que les couches les plus superficielles de la peau, arrondie, à bords nets, comme taillés à pic, blanchâtre, offrant çà et là, notamment à la circonférence, de petites dépressions ou points plus enfoncés et plus colorés que le fond cicatriciel, tout à fait semblable à la dépression que laisserait sur la peau un cachet fortement appliqué.

Examinée à la loupe, cette cicatrice est rougeâtre, son fond paraît papillaire, mais les papilles sont aplaties, et les sillons inter-papillaires peu marqués. — Les points les plus enfoncés paraissent comme de petits godets ou de petits cônes creux sur lesquels les papilles aplaties et allongées se rendent en rayonnant au point central de la dépression conique. On voit assez ordinairement sortir un poil très fin du

(1) Les auteurs du *Compendium de médecine* rejettent l'acné sebacea par la raison qu'il n'y a pas de pustules dans cette variété.

fond de ces petites dépressions. Je pense que le centre de la cicatrice, où l'on ne trouve pas de points enfoncés, répond au bouton folliculaire qui a été détruit entièrement, et les petites dépressions aux couronnes de follicules sébacés qui entourent la base de chaque poil.

Les cicatrices de l'acné ombiliquée varient pour le nombre, la forme et l'étendue.

On en trouve une ou deux sur une région du corps; sur un autre point, on les trouve pour ainsi dire confluentes. — La forme est toujours arrondie; les petites sont circulaires ou ovalaires; les grandes ont la forme d'un large ovale dont le grand diamètre est dirigé le plus souvent dans le sens transversal. Quelquefois elles offrent une bride ou sorte de pont qui les partage en deux. Ce pont ne me paraît être autre chose qu'une languette tégumentaire, restée intacte, entre deux follicules atteints d'inflammation gangréneuse. Les petites cicatrices n'ont que quelques millimètres de diamètre; les grandes cicatrices ont jusqu'à douze ou quinze millimètres dans leur plus grand diamètre, et huit à dix dans le plus petit.

Les cicatrices de l'acné varioliforme diffèrent, par leur régularité parfaite, de toutes les cicatrices en général; par leur variété d'étendue, par leur enfoncement à peu près uniforme sur toute l'étendue de la cicatrice, par la largeur des petites dépressions dont elles sont parsemées, elles se distinguent des cicatrices de la vaccine et de la variole.

L'acné varioliforme de la face et du cou affecte de préférence le premier mode de guérison spontanée; celle du tronc et des membres abdominaux, des parties où la peau est épaisse et peu extensible, le second mode de terminaison.

Anatomie pathologique.—Nous avons voulu savoir quelles étaient les parties constituantes du bouton dans l'acné ombiliquée. Rien de plus facile et de plus simple que cette recherche anatomique. Un bouton folliculaire est excisé, coupé verticalement en deux, et examiné à la loupe et au microscope. On voit alors facilement la matière sébacée qui remplit le follicule parfaitement reconnaissable à son aspect finement granuleux. On voit le point où finit cette matière et où commencent les couches épithéliales de la paroi interne du conduit folliculaire.

Diagnostic. — L'acné ombiliquée ne peut donner lieu à aucune méprise quand on a été une fois initié à la connaissance de cette affection.

La *verrue*, le *porreau* se distinguent par l'absence de l'ombilic. L'*acné syphilitique* a un siége spécial, une forme différente, souvent une coloration toute spécifique. Les éruptions *varioleuses* en diffèrent essentiellement par leur marche et par les troubles généraux dont elles sont presque toujours accompagnées.

Enfin, les cicatrices de l'acné varioliforme, avec leurs caractères spécifiques, distingueront encore rétrospectivement cette affection des *brûlures*, de la *vaccine* et de la *variole*, de l'*ecthyma cachecticum*, du *rupia*, des *syphilides* et des *scrofulides*.

Pronostic. — Cette affection n'a pas de gravité. Elle laisse souvent après elle des cicatrices; mais, comme nous l'avons dit, ces cicatrices n'ont pas lieu ordinairement sur la face, on les trouve le plus souvent sur le tronc et les membres, et spécialement sur la partie dorsale.

L'acné varioliforme, de même que les autres variétés d'acné, constitue plutôt une difformité qu'une maladie. Dans les quatre observations que nous rapportons, trois fois le traitement a été réclamé parce que cette affection semblait disgracieuse et nuire à l'harmonie des traits. Une seule fois le malade est entré à l'hôpital à cause de la souffrance que lui faisaient éprouver les follicules enflammés.

Traitement. — La thérapeutique de cette affection doit être presque uniquement locale. Cependant il nous a paru avantageux de modifier la constitution du malade par l'emploi des amers, de quelques laxatifs, des préparations ferrugineuses et iodurées, des bains alcalins ou sulfureux.

Quant au traitement local, il varie suivant que l'acné varioliforme est simple ou compliquée d'inflammation éliminatoire. Dans le premier cas nous avons eu recours avec le plus grand succès à l'huile de cade pure (1), dont nous imbibions chaque jour, ou seulement tous les deux ou trois jours, les boutons au moyen d'un pinceau de charpie, aux lotions et aux pommades alcalines. Dans le second cas il nous a suffi, pour arrêter la marche de l'inflammation éliminatoire, de fendre avec le bistouri du sommet à la base le bouton folliculaire. Par cette petite opération on fait cesser la douleur, et on évite les cicatrices. Nous préférons l'incision à l'excision, qui est plus douloureuse et laisse toujours après elle une petite tache cicatricielle.

Les émollients en bains, lotions et cataplasmes doivent être mis en usage si l'on n'a pu prévenir à temps l'inflammation par le débridement des follicules enflammés.

Nature. — L'inflammation est un caractère accessoire et non un phénomène nécessaire de l'acné. Aussi n'avons-nous pas défini cette affection une éruption pustuleuse ou inflammation des follicules sébacés, mais bien une hypertrophie des follicules avec éruption à la peau, sans dire quelle était cette éruption. C'est qu'en effet l'éruption acnéique ne consiste quelquefois qu'en points noirs (acné *punctata*), d'autres fois en pustules acuminées (acné *simplex* et *indurata*), ou bien en simples boutons sébacés (acné *varioliforme*).

(1) L'huile de cade (*oleum à junipero*), si vantée par les anciens dans le traitement des maladies de la peau chez l'homme, rejetée plus tard de la médecine humaine et remise en honneur dans ces dernières années, est un médicament précieux qui mérite sous tous les rapports de figurer en première ligne dans la thérapeutique des affections de la peau. Mais pour en tirer tout le parti possible, il faut éviter de la confondre avec l'huile de goudron que l'on donne dans la plupart des officines pour la véritable huile de genevrier; il faut, en second lieu, ne pas craindre de l'employer hardiment. Nous l'appliquons presque toujours pure et sans ménagement sur les éruptions chroniques lichénoïdes, psoriasiques, eczémateuses, etc.; nous l'employons aussi à l'intérieur, mêlée à l'extrait de douce-amère, et nous ne craignons pas d'en porter graduellement la dose à 20 et 30 gouttes par jour.

Quant à ceux qui ne voudraient absolument voir dans l'acné qu'une inflammation folliculaire, nous leur dirons simplement que, parvenus à leur plus haut développement, les boutons de l'acné varioliforme s'enflamment, et qu'à ce moment on est bien obligé de compter cette affection parmi les variétés de l'acné.

Nous traiterons ailleurs la question pathogénique et nosologique, celle de savoir ce qu'est l'acné, quelle place elle doit occuper dans les cadres nosologiques.

Obs. I. — *Acné varioliforme de la face et du cou. — Guérison par les préparations alcalines.*

Ravenel (Clémentine-Apolline), vingt-sept ans, passementière, demeurant chaussée Clignancourt, 10, à Montmartre, née à Beauvais (Aisne), entrée à l'hôpital Saint-Louis le 31 juillet 1849, salle Saint-Thomas, 38.

Mariée depuis neuf ans, Clémentine Ravenel n'a jamais eu d'enfant; elle a fait deux fausses couches à trois mois de grossesse; elle est bien réglée, n'a pas de leucorrhée; elle est grande, maigre, brune, à peau blanche, nette et lisse, et dit n'avoir jamais été malade.

Il y a cinq ans, apparition sous le nez d'un bouton qui a l'aspect d'une verrue; il se fend, une matière blanchâtre s'en échappe; puis il disparaît sans laisser de trace. Il y a huit mois, bouton semblable sous le menton; ce bouton, d'abord unique, est bientôt suivi d'éruption analogue sur le front, sur les joues, sur les parties latérales et postérieures du cou; partout ailleurs la peau est parfaitement nette.

La première idée que donne la vue de cette éruption est celle d'une varioloïde en commencement de dessiccation; les boutons sont irrégulièrement disséminés; ici agglomérés comme dans la variole, là écartés, laissant entre eux une peau parfaitement saine. Leur volume est très variable: les uns ne sont pas plus gros que des têtes d'épingle, les autres ont les dimensions d'une lentille ou d'un pois; on en voit un plus volumineux à la tempe; il est irrégulièrement ovoïde. Tous ces boutons sont ombiliqués, leur contour est de la couleur de la peau environnante, leur base n'est point enflammée; ils sont durs au toucher, comme les tubercules de la varioloïde. En les pressant après les avoir incisés, on en fait sortir une matière sébacée blanche. Les plus gros paraissent évidemment formés de la réunion de plusieurs follicules, dont le produit se dresse à la surface comme autant de pointes blanches dans l'intervalle desquelles la peau est transparente.

On prescrit les lotions alcalines et les bains alcalins. La malade passe deux fois par jour sur tous les boutons de la face et du cou une éponge fine imbibée du solutum ci-dessous:

Eau commune.	500 grammes.
Carbonate de potasse. . .	2 —

Elle prend tous les deux jours un bain alcalin.

Cette jeune femme, s'ennuyant à l'hôpital, demande sa sortie au bout de quelques jours. Elle ne fait chez elle qu'un séjour de six semaines environ et rentre à l'hôpital Saint-Louis, où elle est de nouveau soumise à notre observation (pavillon Gabrielle).

Depuis un mois, elle est, dit-elle, fortement enrhumée; elle tousse, crache, a des sueurs abondantes la nuit, est considérablement amaigrie. L'examen de la poitrine nous fait craindre une évolution de tubercules dans le poumon droit. La percussion donne, en avant sous les clavicules et en arrière sur l'omoplate, un son beaucoup plus obscur à droite qu'à gauche; nous entendons en avant des craquements secs et en arrière quelques craquements humides; nous prescrivons:

1° Contre l'acné varioliforme des frictions avec la pommade ci-dessous:

Axonge.	30 grammes.
Carbonate de potasse. . .	3 —

2° Contre la tuberculisation pulmonaire commençante une série de vésicatoires volants sur le côté droit de la poitrine; l'huile de morue à la dose de 30 grammes par jour et portée graduellement à 120 grammes.

Clémentine Ravenel continue ce traitement pendant trois mois à peu près, et sort de l'hôpital parfaitement guérie de son acné varioliforme et des accidents qu'elle avait offerts du côté de la poitrine.

Obs. II. — *Acné varioliforme de la face, du cou et du dos des mains. — Guérison spontanée sans cicatrices.*

Alinot (Eugénie-Philippine), née à Paris, y demeurant chez ses parents, rue du Vertbois, n° 20. Six ans, lymphatique, cheveux châtains, traits parfaitement réguliers, peau blonde, de constitution délicate, sujette à s'enrhumer; a eu la rougeole il y a deux ans, et la variole ou la varioloïde en nourrice. Elle a été vaccinée, mais le vaccin n'a pas pris. On l'a retirée de nourrice à six mois, quand on s'est aperçu que la nourrice était enceinte. La mère de cette enfant est d'une constitution faible et enceinte pour la quatrième fois. La grand'mère a craché du sang à diverses reprises; elle a perdu une sœur de phthisie pulmonaire.

On remarque sur la figure d'Eugénie, au-dessus du sourcil droit, une petite cicatrice enfoncée qui paraît avoir été produite par un bouton variolique.

Il y a dix-huit mois à peu près, la mère s'aperçut que son enfat portait à la figure des boutons analogues à ceux de la petite vérole. Ces boutons se seraient montrés tout d'abord en assez grand nombre, et presque simultanément. Les premiers boutons avaient leur siége au menton, sur les joues; plus tard, il en survint d'autres sur le front, les sourcils, les bulbes des oreilles, les ailes du nez, puis aux mains. La grand'mère a fait voir ces boutons à un médecin de Belleville, qui voulait les cautériser, mais qui d'ailleurs rassura parfaitement la famille, et tellement même que pendant cinq à six mois on n'y fit plus attention. Cependant, comme ils grossissaient et qu'il en poussait de jour en jour de nouveaux, la mère se décida à m'amener son enfant vers le mois de juillet 1850.

A cette époque, la figure d'Eugénie était couverte d'une trentaine de boutons dispersés çà et là Tous ces boutons étaient ombiliqués, et offraient un petit bourrelet transparent autour du point central. On aurait dit une variole discrète. Cependant, en les examinant d'un peu près, on distinguait facilement au centre de quelques-uns de ces boutons un filament vermiforme blanchâtre de quelques lignes de longueur, filament qui n'était autre chose que de la matière sébacée. Tous étaient ombiliqués, et offraient un petit bourrelet semi-transparent autour du point central; la base était rouge et enflammée sur quelques-uns, et, sur d'autres, elle était de la couleur de la peau environnante.

Désirant savoir ce que deviendrait cette éruption abandonnée à elle-même, j'engageai la mère à ne rien faire et à me ramener son enfant au bout de quelque temps. Je revis la jeune Alinot au mois d'octobre: Une éruption eczémateuse s'était montrée sur le cuir chevelu, et l'inflammation s'était emparée de tous les boutons folliculaires; de petites croûtes avaient remplacé les pustules ombiliquées. Déjà le bouton de l'oreille était tombé, et c'est à peine si l'on pouvait, par une petite tache cicatricielle, reconnaître le point précis qu'il avait occupé.

Aujourd'hui, 2 février, l'enfant ne présente qu'un seul bouton parfaitement développé; il siége à la base de l'aile du nez du côté gauche. On voit sortir de son centre un petit appendice vermiforme. Sa base n'est pas rouge. Le bourrelet qui entoure l'ombilic central est légèrement transparent.

On remarque sur la joue gauche et sur le front quelques petites pustules acuminées d'acné miliaire, et çà et là de petites cicatrices presque imperceptibles; sur les mains, et notamment sur la base du pouce gauche, à la face dorsale, se voit une petite dépression rougeâtre avec un point plus enfoncé vers le milieu.

Obs. III. — *Acné varioliforme de la face et du cou. — Guérison par l'huile de cade.*

Troté (Amélie), treize ans, née à Paris, île Saint-Louis. Le père est aliéné depuis six ans. La mère est délicate, lymphatique, sujette à s'enrhumer; demeure avec ses enfants, rue des Vinaigriers, n° 15.

Amélie est elle-même d'une constitution faible, lymphatique; elle a été rachitique dans son enfance. Depuis dix mois elle a eu, à deux reprises, un commencement de menstruation.

C'est à peu près lors de la première apparition des règles qu'Amélie a remarqué sur sa figure de petits boutons arrondis, variables en grosseur depuis la tête d'une épingle ordinaire jusqu'au volume d'un petit pois; ces boutons ne lui ont jamais occasionné de démangeaisons, et si parfois il lui arrivait de les gratter ou même de les arracher, c'est uniquement parce que cela l'*ennuyait* d'avoir ainsi des boutons sur la figure.

Aujourd'hui, 15 janvier, on compte plus de 40 boutons sur la figure de cette petite fille; ils sont dispersés çà et là sur les différentes parties de la face et du cou. On en voit un sur la paupière supérieure gauche, à son tiers externe; il a le volume d'un petit pois, il est ombiliqué. L'ombilic est entouré d'un petit bourrelet transparent, et laisse voir au centre un point blanchâtre, crayeux. En pressant fortement la base du follicule, on fait sortir un filament vermiforme blanchâtre, de matière sébacée. On en voit un autre sur le dos du nez, quatre ou cinq sur la lèvre supérieure, huit sur le menton; sur la lèvre inférieure, au-dessous du bord libre, à la partie externe, un fort gros qui résulte de l'agglomération géminée de quatre follicules simples; d'autres se remarquent sur le cou, sur l'oreille droite, etc. Tous ces boutons sont ombiliqués, et, sur quelques-uns, il est facile, avec la loupe, de distinguer nettement du sommet à la base le point central blanchâtre, en dehors un petit bourrelet demi-transparent, et, au-dessous, la base du bouton ayant la couleur de la peau environnante ou une teinte un peu plus foncée.

L'huile de cade est prescrite en applications extérieures au moyen d'un petit pinceau de charpie avec lequel on touche les boutons tous les trois ou quatre jours.

10 mars. Quelques boutons ont été arrachés; d'autres ont disparu complétement sous l'influence des applications répétées d'huile de cade. Enfin, quinze à vingt boutons subsistent encore; mais ils sont réduits au tiers ou au quart de leur volume primitif. A la place des boutons qui ont complétement disparu on trouve de très petites taches rougeâtres.

Sur la partie latérale et supérieure droite du cou existe un petit bouton arrondi, de la grosseur d'un grain de chenevis, rougeâtre, ne paraissant pas avoir d'ombilic; mais si on le relève un peu et qu'on examine à la loupe sa partie inférieure, on reconnaît de suite l'orifice folliculaire. Sur la joue gauche on remarque un gros follicule, rouge à la base, par l'orifice duquel on voit s'échapper de la matière sébacée; au bord interne de la paupière supérieure et en dehors, un autre follicule, accompagné d'érythème et d'infiltration séreuse de la paupière.

20 mars. Il ne reste que dix ou douze boutons très petits. On les prendrait assurément pour des boutons varioliformes commençants, si on ne les avait vus très gros avant les applications d'huile de cade.

Obs. IV. — *Acné varioliforme du tronc et des membres inférieurs. — Guérison spontanée. — Cicatrices.* (Observation recueillie et rédigée par M. Magnan, interne de l'hôpital Saint-Louis.)

Douliez (Louis-Désiré), âgé de seize ans, tourneur en bois, entré à l'hôpital Saint-Louis le 11 décembre 1850.

Sa mère vit encore et se porte fort bien. Son père est mort à l'âge de quarante-cinq ans d'une affection de poitrine (à ce qu'il croit). Il a un frère qui tousse et crache beaucoup.

Ce malade a les cheveux blonds, le teint pâle; il est d'une constitution faible, à système musculaire peu développé. Il déclare n'avoir jamais fait de maladie; il ne tousse ni ne crache; il porte aux bras plusieurs cicatrices de vaccine régulière. On en compte deux au bras gauche, une seule au bras droit.

Sa mère lui a appris (et nous a confirmé) qu'à l'âge de dix-huit mois il s'est développé sur les parties antérieures et latérales du genou gauche des boutons et des croûtes qui, à leur chute, ont laissé les cicatrices que l'on y rencontre aujourd'hui.

Jusqu'au mois de janvier 1850, aucune éruption. A cette époque il a découvert, en prenant un bain, à la partie inférieure et externe de la cuisse gauche, un bouton ombiliqué à son centre, régulièrement arrondi, ressemblant assez bien, pour la forme, à un bouton de variole, sans douleur et sans changement de couleur à la peau. Ce bouton a grossi lentement, et au mois de septembre il avait à peu près la largeur d'une pièce de 20 centimes. C'est alors qu'il est devenu rouge et douloureux. A peu près à la même époque est survenu un engorgement des ganglions de l'aine, engorgement qui a persisté.

Ce jeune homme s'est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et six bains sulfureux ont été prescrits (un par semaine). Des croûtes ont alors succédé au bouton enflammé; leur chute a laissé à nu une surface d'un brun violacé. A mesure que ce bouton accomplissait son évolution, il en paraissait d'autres dans son voisinage. Le malade en a compté neuf depuis le quart inférieur de la cuisse jusqu'au genou du côté gauche.

Depuis qu'il est à Saint-Louis, quatre nouveaux boutons ont poussé: un au creux du jarret gauche, un deuxième au genou droit, un troisième au-dessus de la malléole interne, le quatrième à la cuisse du côté droit. Une remarque faite par le malade, c'est que parmi ces boutons ceux qui sont rouges s'affaissent dans la journée, et paraissent plus pleins, plus saillants vers le soir.

Etat actuel, 17 janvier 1850. Quelques pustules d'acné simples, très petites et peu saillantes, existent au front et sur l'aile du nez à droite, sans aucune espèce de prurit; sur la nuque on trouve sept

ou huit boutons gros comme une forte tête d'épingle, disséminés, rouges à leur base, acuminés, dont le sommet présente un point blanchâtre. Au dos on en remarque d'autres moins saillants, mais plus larges, peu nombreux et accompagnés de points noirs (acné *punctata*); leur siége est niveau des fosses sus-pineuses; plus bas se voient cinq ou six petites cicatrices, irrégulièrement ellipsoïdes, déchiquetées sur leurs bords, déprimées à leur centre; sur la partie antérieure du tronc, pustules et points noirs au nombre de quinze ou vingt autour des mamelons. Cette éruption, ainsi que celle de la nuque et du dos, est le siége d'un léger prurit, surtout le matin.

Rien dans les aisselles; sur les bras, des boutons commencent à paraître; ils sont très petits, papuleux, sans changement de couleur à la peau, et causent une démangeaison à peine sensible.

Rien aux avant-bras et aux mains.

Au-dessous de la fesse droite on trouve un bouton rosé très saillant, aplati, irrégulièrement sphérique, de la grosseur d'une petite lentille, paraissant comme pédiculé à sa base. A la cuisse gauche et sur la face postérieure se voient deux plaques juxta-posées, dont l'une est recouverte d'une croûte d'un jaune brun ayant à peu près 2 centimètres de long sur un de large; l'autre, arrondie, présente à son centre une croûte jaune, paraissant assez mince et entourée d'une auréole légèrement violacée. En dehors et au-dessous on en trouve deux autres plus larges, plus saillantes, avec une croûte noirâtre. Ces quatre plaques sont le siége d'une démangeaison vive.— Au-dessous se trouve un bouton légèrement rouge, ombiliqué, de la grosseur d'une lentille, ayant exactement la forme des boutons de la variole. Il ne cause pas de douleur, son centre est blanc; par la pression on en fait sortir de la matière sébacée. Au pli du jarret gauche, autre pustule semblable, mais plus petite de moitié au moins.

A la jambe gauche, sur la région antérieure et externe, à trois pouces au-dessous de la rotule, autre bouton parfaitement caractérisé, ressemblant à celui de la cuisse par la forme et par le volume.—Un peu au-dessus de la malléole interne, à droite, autre bouton semblable à celui du creux du jarret.

Cicatrices. — Les cicatrices, très remarquables par leur aspect, se voient en grand nombre au genou gauche. Elles sont enfoncées, à bords comme taillés par un emporte-pièce. Le fond est chagriné et offre de petites dépressions comme celles que pourraient produire les cachets dont on se sert journellement pour sceller les lettres. On distingue, à travers une couche épidermique très mince, les vaisseaux du derme; aussi le fond des cicatrices est-il un peu rouge; leur forme est ovalaire généralement; quelques-unes sont arrondies. La plus large est placée au-dessous de la rotule; elle a à peu près 10 lignes dans son plus grand diamètre, qui est transversal, et 5 à 6 dans son diamètre longitudinal. Une autre, moitié moins large, se voit sur la rotule même. Les autres, plus petites, sont disséminées par groupes de 8 à 10 tout autour de la rotule.

22 janvier. Les deux boutons de la cuisse et de la jambe signalés plus haut ont changé d'aspect, leur sommet a blanchi, leur base est rouge et enflammée; il y a de la douleur à la pression.

30 janvier. La période inflammatoire a continué. Aujourd'hui le bouton de la jambe est surmonté d'une croûte noirâtre et entouré d'une auréole d'un rouge violacé. Celui de la cuisse est moins avancé. La peau tout autour est rouge, saillante, tendue comme dans un furoncle; le milieu présente une légère dépression avec une croûte très petite. Le malade a observé qu'il sortait parfois de ce bouton, ainsi que du précédent, une matière blanche sous forme de petit ver.

6 février. Un bouton a été coupé afin de l'examiner au microscope. Il consiste en une cavité contenant une substance qui a tous les caractères de la matière sébacée.

Le bouton situé à la jambe gauche a changé d'aspect. Au centre se trouve une croûte, et tout autour de cette croûte la peau a une teinte d'un rouge bleuâtre; elle présente une légère induration. La croûte centrale, de forme quadrilatère, semble comme plaquée sur la surface autour de laquelle existe l'induration signalée; les bords, blanchâtres, sont légèrement soulevés. En un mot, elle commence à se détacher.

19 février. Le bouton placé au pli de la fesse droite a été fendu du sommet à la base afin d'empêcher l'étranglement. Depuis l'époque à laquelle on a pratiqué l'incision (8 février), nous n'avons pas observé d'inflammation, et ce bouton s'affaisse et disparaît chaque jour davantage. Le malade est entré au pavillon Saint-Mathieu, où il occupe le n° 26.

Remarques. — Nous n'avons rien changé à la rédaction de cette observation. Elle a été imprimée telle qu'elle nous a été remise par son auteur. Il est bon d'observer toutefois que la partie la plus intéressante de l'histoire du malade manque entièrement, c'est-à-dire tout ce qui s'est passé en décembre et au commencement de janvier relativement à l'évolution des quatre plaques de la cuisse gauche. M. Magnan ne pouvait pas en rendre compte, puisqu'il n'a été chargé de recueillir le fait que vers le 15 janvier. Nous ferons une autre remarque: une foule de petits détails ont échappé à l'attention de l'observateur; le mode de formation des croûtes n'est pas suffisamment expliqué; les taches violacées, où déjà commencent à paraître les traces d'une cicatrice, ne sont pas indiquées; les languettes ou ponts de certaines cicatrices sont passées sous silence, etc., etc.; mais enfin, quoique incomplète, cette observation n'en donne pas moins une idée concise de la marche de l'acné varioliforme et du travail d'élimination spontanée des follicules.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 octobre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'il a été reçu avec les membres du bureau en audience particulière par M. le ministre de l'instruction publique, auquel ont été remis les volumes des Mémoires et du Bulletin. M. de Crouseilhes, dans cet accueil plein de bienveillance, mais à la veille de quitter le ministère, a promis que le département de l'instruction publique encouragerait de tout son pouvoir les travaux de la Société de chirurgie.

— M. DEBOUT termine son rapport sur les travaux et les titres scientifiques de M. Pravaz, de Lyon.

Voici une analyse rapide du travail de M. Pravaz et du rapport de M. Debout.

M. Pravaz, de Lyon, au commencement de cette année, est venu lire à la Société de chirurgie un travail sur les déviations du rachis tenant à la présence d'un épanchement pleurétique résorbé; une commission, composée de MM. Lebert, Demarquay et Debout, rapporteur, a donné dans la dernière séance les conclusions de son rapport, et M. Pravaz a été nommé membre correspondant à l'unanimité.

Dans le travail qui nous a été lu par M. Pravaz, on ne trouve pas seulement une observation très curieuse de déviation du thorax tenant à une ancienne pleurésie guérie sous l'influence de l'air comprimé, mais encore des faits de déviation, de lésions avec déformation du thorax liés au rachitisme avec ou sans gibbosité qui ont également cédé à l'action du bain d'air comprimé associé à une gymnastique spéciale.

Suivant notre savant confrère, ce moyen orthopédique est incontestablement bien supérieur à toutes les machines imaginées contre ce genre d'hétéromorphie.

Le mode d'action du bain d'air comprimé est complexe; il agit:

1° En déplissant, en agrandissant les cellules pulmonaires; M. Pravaz combat par des raisonnements empruntés aux sciences exactes les objections qui ont été faites à sa théorie;

2° Par l'influence que l'air comprimé exerce sur l'hématose et sur la constitution tout entière.

M. Pravaz termine son mémoire par l'exposé des faits qu'il a observés, et dont les dessins et les plâtres ont été présentés à la Société de chirurgie.

Rapport.

M. DEBOUT, rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail de M. Pravaz, fait un rapport très étendu sur les travaux de cet habile chirurgien; de plus, il fait l'historique des recherches qui ont été faites sur les déformations de la poitrine consécutives aux pleurésies, et démontre que jusqu'au travail que M. Pravaz a communiqué à la Société de chirurgie rien n'avait été fait pour remédier à ce genre d'hétéromorphie. Il examine ensuite les théories émises par M. Pravaz sur le mode d'action de l'air comprimé dans le redressement du rachis et le rétablissement de la capacité de la poitrine du côté déformé. Suivant M. Debout, le bain d'air comprimé agirait plus dans l'espèce particulière d'hétéromorphie signalée par Laënnec en activant les fonctions internes du poumon et facilitant ainsi la résolution des lésions organiques secondaires à l'épanchement pleurétique, comme les mouvements forcés d'une articulation malade peuvent ramener l'articulation à ses fonctions normales.

Extrait du rapport de M. Chassaignac sur la candidature de M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault.

M. CHASSAIGNAC, rapporteur d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Chassaignac, fait un rapport sur les travaux de M. Mascarel, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Les exemples de tétanos observés par M. Mascarel, dit M. le rapporteur, viennent corroborer les faits qui démontrent que l'exposition au refroidissement à la suite des lésions traumatiques arrivées au terme de leur cicatrisation est une cause déterminante du tétanos.

La première observation se rapporte de toute évidence à une hématocèle; la nature du liquide, les concrétions fibrineuses, la consistance des enveloppes, tout prouve qu'il s'agissait bien évidemment ici d'une collection primitivement sanguine.

Il y a une distinction pratique très importante à faire entre l'hématocèle et certaines hydrocèles à liquide coloré et ayant au premier abord plus ou moins d'analogie avec les restes d'un épanchement sanguin. Dans l'hématocèle, le liquide renferme toujours des concrétions albumineuses ou fibrineuses qui sont comme autant de corps étrangers à l'intérieur de la cavité vaginale. Dans les hydrocèles colorées, au contraire, le liquide est d'une homogénéité parfaite. Substance intime, couleur, consistance, tout y est identique dans chacune des parcelles du liquide.

Les hydrocèles, qu'elles soient colorées ou non, mais quand ce sont bien des hydrocèles, comportent un traitement identique. L'hématocèle ne doit pas être soumise d'emblée au même mode de traitement.

On doit de toute nécessité soumettre à un lavage préalable toute hématocèle qu'on voudrait traiter par l'injection iodée.

Un espace de quinze jours n'est pas un délai suffisant pour prononcer qu'une injection iodée a manqué son but.

Il n'est que deux circonstances où il soit permis de tenter une opération nouvelle après une injection iodée, c'est: 1° dans le cas d'une suppuration imminente; 2° dans le cas où, l'épanchement qui succède à toute injection dans la tunique vaginale s'étant dissipé, on le voit se reproduire. Là on peut prononcer qu'il y a positivement récidive.

L'emploi de la teinture d'iode non mitigée exerce sur les tissus une influence nuisible, ainsi que cela résulte de plusieurs faits déjà signalés à la Société de chirurgie.

L'observation de calcul nasal due à M. Mascarel constitue une communication d'un grand intérêt et par sa rareté et à raison du soin avec lequel elle a été recueillie.

Cette observation, rapprochée de celles qui ont été réunies dans un travail très bien fait dû à notre honorable secrétaire M. Demarquay, nous a vivement intéressé en ce qu'elle confirme plusieurs des points déjà établis dans les recherches de notre collègue. M. Mascarel est disposé à croire que le cornet inférieur, dont on n'a plus retrouvé de traces dans la narine occupée par le calcul, a pu servir de noyau à ce dernier. Nous n'avons trouvé aucun exemple semblable parmi les faits analysés par M. Demarquay. Nous y avons vu qu'une racine dentaire, qu'un noyau de cerise, etc., etc., avaient pu déterminer la formation d'un calcul, mais nous n'avons pas trouvé d'exemple de concrétions formées autour d'un sequestre osseux provenant de la fosse nasale elle-même.

Observation de calcul dans les fosses nasales. — Erreur de diagnostic. — Extraction. — Guérison.

Mme Delaveau, propriétaire à Obterre, département de l'Indre, n'ayant jamais été malade, jouissait encore d'une bonne santé, lorsqu'il y a sept ans, étant entrée dans une étable, elle reçut sur le côté droit du nez un coup de corne de taureau. Ce coup, qui ne fut pas assez fort pour la terrasser, entraîna cependant un petit écoulement de sang par la narine. Elle ne consulta personne et ne fit aucun traitement.

Un mois s'était écoulé, que Mme Delaveau ressentait toujours une petite douleur dans la partie blessée, et cette douleur augmentait par la pression. Les choses étaient restées dans cet état pendant huit à dix mois, époque à laquelle un écoulement nasal plus abondant et plus fétide du côté droit que du côté gauche se manifesta. Ce fut alors que Mme Delaveau consulta un médecin, qui prescrivit des bains de vapeur aromatiques et des inspirations d'eau chaude mucilagineuse.

Plus tard, environ un an après l'accident, cette dame crut ressentir dans la narine un petit corps flottant qu'elle chercha plusieurs fois à faire saisir, mais en vain. Peu préoccupée de ce nouvel état, elle abandonna tout aux soins de la nature pendant deux ans.

Cependant l'écoulement par la narine malade continuait toujours plus abondant et plus fétide, la région nasale tout entière prenait de la tuméfaction, et cet état s'étendait jusqu'à la joue et à la paupière inférieure du même côté; le petit corps flottant dans la narine avait perdu sa mobilité, et ne la recouvrait faiblement qu'à de longs intervalles et dans les efforts d'éternument. Plusieurs médecins furent successivement consultés, et tous se bornèrent à des moyens palliatifs et à des soins de propreté. La santé d'ailleurs était encore bonne; mais l'abondance de la suppuration, jointe à son extrême fétidité, amena progressivement le dégoût, l'amaigrissement et le marasme. Voici dans quel état nous trouvâmes cette malade le 15 juin 1850, sept ans après le coup dont nous avons parlé.

En entrant dans la chambre de la malade, accompagné du docteur Fouliou, chambre assez vaste, du reste, et bien exposée, une odeur *sui generis*, et que nous primes pour être celle de la gangrène, nous vint au nez. Nous apprîmes que toutes les personnes du voisinage évitaient d'approcher du lit de cette femme, tant l'odeur était repoussante. Nous eûmes la pensée, *à priori* et d'après tout ce qui nous avait été raconté, que nous nous trouvions en présence d'un *noli me tangere*, pour lequel l'art était impuissant. Cependant il fallait explorer. C'est une pauvre femme, faible, pâle, décolorée, étendue le plus souvent dans son lit, n'ayant plus ni appétit, ni sommeil, et dont toute la maladie est concentrée au milieu de la face.

Une tumeur du volume d'un petit œuf occupe le côté droit du nez, et s'étend depuis l'orifice de la narine jusqu'à la paupière inférieure du côté correspondant. Ce voile membraneux est rouge, boursouflé, et se confond, au grand angle de l'œil, avec une plus petite tumeur qui paraît être formée par la distension du sac lacrymal; il y a épiphora. Mais la principale tumeur, dont la base correspond à l'apophyse montante du maxillaire supérieur, est rouge, très douloureuse à la pression et le siége d'élancements. Deux fistules existent, l'une près le grand angle de l'œil et sans communication avec le sac lacrymal, l'autre à peu près au milieu du sillon de séparation du nez et de la joue; toutes deux laissent échapper une matière puriforme dont le contact sur la joue a produit un érythème avec excoriation. Le pourtour de la narine du côté droit et la peau de la lèvre supérieure sont également le siége d'érosions douloureuses entretenues par l'écoulement abondant et incessant d'un ichor d'un jaune grisâtre, d'une odeur *sui generis* et extrêmement repoussante. Un stylet d'argent plongé dans ce liquide est au même instant noirci par la production d'une couche de sulfure d'argent. Le même instrument, introduit d'abord par la narine et ensuite par l'une et l'autre fistule, permet de reconnaître la présence d'un séquestre; et comme cette exploration est très douloureuse, c'est à grand'peine si on peut constater qu'il y a de la mobilité. Cependant, après des explorations successives, nous constatons facilement que le corps étranger est mobile. Dès ce moment nous concevons la possibilité d'une opération, et le 16 juillet 1850 elle est pratiquée, après avoir convenablement préparé la malade.

Opération. — L'opération fut des plus simples; après un léger débridement de la narine, une pince à pansement fut introduite dans la direction du corps étranger, qui fut saisi après quelques tâtonnements et ramené au dehors, entraînant après lui une légère hémorrhagie et une grande quantité de la matière ichoreuse dont nous avons parlé. Nous pratiquâmes de nombreuses injections d'eau tiède; celles-ci ramenaient quelques débris de la couche calcaire qui enveloppait le corps étranger. Le doigt auriculaire, introduit dans la cavité nasale, permit de constater que cette dernière était dégarnie d'une partie de la totalité du cornet inférieur et libre de toute production morbide. — Injections émollientes souvent répétées; potages gras, vin vieux étendu d'eau.

Les 17 et 18 juillet, il n'y a pas de fièvre; l'odeur infecte a beaucoup diminué, ainsi que l'écoulement; l'appétit se développe.

Les 20, 22 et 26 juillet, la malade est très satisfaite; elle reprend ses forces; les digestions s'opèrent bien; le sommeil est parfait.— Injections d'eau d'orge miellée.

Le 7 août, l'écoulement nasal prend les caractères du pus de bonne nature; les pustules sont presque taries, les deux tumeurs nasales sont affaissées, la peau a perdu sa rougeur inflammatoire; l'épiphora a cessé. La malade est dans l'état le plus satisfaisant et est entièrement rétablie à la fin du mois d'août, si ce n'est qu'elle conserve encore beaucoup de faiblesse.

Aujourd'hui, 1er septembre 1851, quatorze mois après l'opération, Mme Delaveau se porte bien, et ne conserve aucune difformité.

Description du corps étranger. — Au premier aspect, ce corps étranger ressemble à un séquestre qui aurait longtemps séjourné au milieu d'une cavité en suppuration.

Irrégulièrement hérissé de crêtes et d'aspérités, sa forme aplatie permet de lui considérer deux faces et quatre bords. Son poids est de 7 grammes 1 décigramme; son plus grand diamètre est de plus de 3 centimètres. De ses deux faces, l'une est plane et sillonnée par de petites aspérités; l'autre, opposée à la première, est beaucoup plus irrégulière et surmontée de deux éminences; l'une plus petite, à facettes anfractueuses, et partant raboteuse; l'autre se détache en forme de promontoire au-dessus de la première, et est comme criblée d'une multitude de petites stalactites qui paraissent reposer dans un tissu spongieux et dur. La couleur de ces éminences est d'un gris sale, le reste du calcul est jaunâtre et d'un jaune d'ocre sur l'un de ses bords. Deux de ceux-ci seulement se rencontrent à angle droit; les deux autres se confondent en deux ou trois lamelles, comme tranchantes, jaunâtres et grisâtres, irrégulièrement découpées et hérissées de petites stalactites.

Sous la couche jaune et grise qui enveloppe le calcul, couche corticale d'un demi-millimètre à un millimètre d'épaisseur, et qui s'écaille sous la pression d'une pince à pansement, se trouvent plusieurs couches successives et concentriques qui deviennent tout à fait blanches, puis couleur de café non torréfié, et enfin, au centre, présentent un aspect lamellaire comme raréfié et d'une couleur plus foncée.

En pratiquant un trait de scie suivant l'un des diamètres, on trouve que la couche corticale se laisse facilement pénétrer, puis la scie pénètre plus difficilement en se rapprochant de ces lamelles que nous avons décrites. Au reste, le calcul se casse aisément, et il est impossible de reconnaître, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, aucun rudiment de substance osseuse. Désirant conserver cette pièce dans son intégrité, nous nous sommes abstenu de la soumettre à l'analyse chimique.

Réflexions. — D'après les détails dans lesquels nous sommes entré en commençant le récit de cette observation et d'après la nature de la cause (choc extérieur), on est conduit à admettre que le coup de corne de taureau porté sur l'un des côtés du nez de Mme Delaveau a pu et dû provoquer la formation d'un séquestre

dans les fosses nasales, séquestre formé probablement aux dépens de l'un des cornets, l'inférieur; car celui-ci n'a pu être retrouvé après l'opération. Ce séquestre, tout spongieux, sera devenu le noyau d'un calcul qui, dans l'espace de six à sept ans, a pris les proportions que nous avons indiquées. C'est un fait nouveau à ajouter à ceux que M. Demarquay a recuillis, et dont il a publié une note dans les *Annales de la Chirurgie française.*

Ce fait nous a paru intéressant au sujet des erreurs de diagnostic auxquelles il a donné lieu; erreurs commises sans doute en grande partie par l'odeur *sui generis* extrêmement fétide dont était accompagnée l'abondante suppuration qui se faisait à la fois et par les fistules, et surtout par la narine du côté droit.

De tels désordres avaient donné lieu à une fièvre de consomption et qui semblait conduire promptement la malade au tombeau, lorsque, l'extraction du corps étranger une fois faite, tous les graves accidents s'arrêtèrent et l'équilibre de la santé se rétablit peu à peu. Il y a maintenant plus de quatorze mois que l'opération a été faite, et rien d'anormal ne s'est présenté ni dans l'état général, ni dans les fosses nasales.

Si les praticiens de la province sont bien moins placés que ceux des capitales pour recueillir et rassembler des faits plus ou moins assimilables, il est vrai de dire aussi que les premiers ont le précieux avantage d'avoir presque toujours leurs malades sous les yeux, de les connaître souvent depuis longtemps et même depuis l'enfance, et, dès lors, de pouvoir recueillir des données complètes et entières sur les causes, la marche, la terminaison immédiate et éloignée de leurs maladies.

Observation de corps étranger (une pipe) avalé par un malade, qui a déterminé des accidents graves, et a causé la mort cinq jours après avoir été rendu avec les selles; par M. Gosselin.

Les annales de la science ne renferment, à ma connaissance, aucune observation dans laquelle un corps étranger ait été retiré de l'intestin grêle par une entérotomie. Hévin rapporte bien, dans son mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage, trois cas dans lesquels un couteau a été retiré avec succès de l'estomac par l'opération de la gastrotomie. Il conseille l'entérotomie, sans en citer aucun exemple, pour les cas dans lesquels un corps étranger se serait arrêté dans l'intestin grêle au lieu de s'arrêter dans l'estomac. Boyer donne le même conseil, sans citer non plus de fait à l'appui. L'un et l'autre, d'ailleurs, ne donnent d'autres signes, pour reconnaître la véritable situation du corps étranger, que la douleur à la pression et parfois une saillie anormale; ni l'un, ni l'autre n'indiquent à quel moment l'on ne doit plus compter sur l'issue spontanée du corps étranger, et l'on peut se décider à l'opération grave de l'entérotomie.

Dans l'observation qu'on va lire, j'ai été sur le point de pratiquer cette opération; le corps étranger avait été avalé depuis plus d'un mois, les accidents étaient graves, la mort était imminente. Seulement je ne pouvais déterminer si le corps étranger était encore dans l'estomac ou s'il était arrêté dans l'intestin grêle; je ne sentais nulle part de saillie anormale, et la pression n'éveillait pas de douleurs en un point fixe. J'eus recours alors à la percussion plessimétrique, à l'aide de laquelle je crois avoir reconnu à deux reprises différentes le corps étranger dans la région iliaque droite. Je me serais déterminé sans hésitation à me laisser guider par cette exploration si, le jour même où je l'avais faite, ce corps n'avait été expulsé spontanément. Malgré cette issue, la mort eut lieu quelques jours après: sous ce rapport, le fait me paraît encore digne de l'attention de la Société de chirurgie.

Jannot (François), âgé de quarante et un ans, terrassier, d'une taille et d'une force ordinaires, mais d'une santé habituellement très bonne, s'était imaginé, depuis une dizaine d'années, de parier de temps à autre avec ses camarades qu'il avalerait sans être incommodé divers corps étrangers. Il s'était ingéré une fois une pièce de cinq francs; plus tard, une petite cuiller à café; une autre fois, un couteau fermé. Ces objets avaient passé sans occasionner d'accidents, et avaient été rejetés par l'anus deux ou trois jours après.

Fort de cet antécédent, Jannot parie, le 27 juillet 1851, qu'il avalerait une pipe avec laquelle il avait déjà fumé quatre ou cinq fois. Le pari (consistant en une pièce de 2 francs) est tenu, la pipe est ingérée. Dès le lendemain, le malade est pris de coliques, de vomissements, de diarrhée, d'insomnie. Il entre pendant quelques jours à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, qu'il habitait. Malgré les soins éclairés qui lui furent prodigués, il continua à souffrir; les vomissements de matière bilieuse revenaient cinq, six ou sept fois chaque jour: il y avait sept ou huit garde-robes liquides. Une fièvre continue, une sécheresse habituelle de la peau, une perte complète d'appétit, l'insomnie s'ajoutèrent aux symptômes précédemment indiqués, et ne tardèrent pas à amener un amaigrissement et un dépérissement des plus prononcés.

Dans cette situation, le malade se décide à venir réclamer les secours de la chirurgie à Paris, et se fait amener à l'Hôtel-Dieu le 30 août, trente-quatre jours après l'ingestion du corps étranger. On le couche dans le service de M. Roux, que je remplaçais en ce moment (salle Sainte-Marthe, 13).

Le lendemain, 1er septembre, nous constatons les symptômes suivants:

Vomissements bilieux toutes les cinq ou six heures; quatre à cinq garde-robes, quelquefois plus, tous les jours. La langue est rouge et sèche: soif continuelle; pouls faible et à 110, peau chaude; amaigrissement, perte des forces; le facies exprime la souffrance et rappelle celui des individus minés par la phthisie. Le malade ne peut sortir de son lit, il lui serait impossible de se tenir sur ses jambes.

J'explore avec la main la paroi abdominale, qui se laisse très facilement déprimer, à cause de l'extrême maigreur du malade. Je ne trouve nulle part de résistance qui paraisse indiquer la présence du corps étranger; je ne détermine en aucun point de douleur vive. Je reste, en conséquence, dans l'incertitude sur la question de savoir si le corps étranger a franchi ou non l'estomac, et je prescris de l'eau de riz, des lavements de tannin, du diascordium.

Le 2, à la visite du matin, même état. Je questionne et j'explore attentivement pour savoir si la prostration est due réellement à la gastro-entérite provoquée par la pipe, et s'il n'y aurait pas quelque autre lésion; je n'en trouve aucune. Je m'assure bien, en particulier, que cet individu n'est point phthisique. Je songe alors à une opération; mais je suis arrêté par l'ignorance dans laquelle je me trouve sur le siége du corps étranger. Je n'avais pas de plessimètre; la percussion avec le doigt ne m'indique rien. Je reviens le soir, à quatre heures, muni du plessimètre, et je constate et fais constater aux élèves qui m'accompagnaient une matité très marquée dans la région iliaque droite; cette matité se dirigeait transversalement dans la direction de la fin de l'iléon. Je répète plusieurs fois la percussion sur ce point et sur les parties voisines comparativement, et je trouve toujours la même chose. Je pense dès lors que le corps étranger est à la fin de l'intestin grêle, et je me promets, s'il ne sort pas d'ici à deux ou trois jours, et si la percussion m'indique qu'il reste à la même place, de prendre l'avis de M. Roux, celui de quelques-uns de nos collègues, et, si mon opinion est adoptée, d'inciser la paroi abdominale et d'aller à la recherche du corps étranger.

Le lendemain 3, à la visite du matin, je fais de nouveau la percussion plessimétrique, et je ne trouve plus la matité qui était si évidente la veille au soir. Je pense dès lors que le corps étranger s'est déplacé; en effet, il est rendu à trois heures de l'après-midi, au milieu d'une garde-robe liquide, et sans provoquer de douleur à l'anus.

Nécropsie. — Du côté du ventre, péritonite générale extrêmement légère, mais intense sur la face convexe du foie, et occupant les deux tiers à peu près de cette face, avec fausses membranes et épaississement de la capsule de Glisson au niveau du siége de la lésion; rien du côté du foie.

Du côté du tube digestif, les lésions ne sont point celles que l'on rencontre dans les cas d'ingesta. La muqueuse intestinale est à peine grisâtre. Du côté de l'estomac, on trouve deux points légèrement rougeâtres; dans l'intestin grêle, deux ou trois points rougeâtres et comme villeux. Enfin, le colon présente, au niveau de la réunion ascendante et transverse, des ulcérations récentes; dans la troisième portion, des ulcérations dont les unes sont récentes et dont les autres, déjà en voie de cicatrisation, semblent appartenir à des lésions antérieures et occupent surtout la partie inférieure.

La plèvre du côté droit était le siége d'un épanchement qui occupait la gouttière costo-diaphragmatique et d'une inflammation qui pouvait tenir soit au voisinage de la péritonite sous-diaphragmatique, ou bien encore à la sympathie qui existe entre les affections des séreuses. Enfin, le lobe inférieur du poumon du côté droit présentait les traces d'une pneumonie au second degré commençante, et trois cavités qui, à l'aspect de leurs parois irrégulières non tapissées de membranes pyogéniques, avaient dû contenir un liquide de couleur lie-de-vin. Enfin, du côté du cœur, épanchement peu abondant dans le péricarde, dont les parois, nullement altérées, semblaient indiquer qu'il appartenait à une lésion ancienne, plaque laiteuse occupant le sommet et la partie postérieure du sac séreux.

Cavité crânienne. — L'autopsie n'a pas été faite.

Discussion.

M. Chassaignac ne voit pas dans le fait rapporté par M. Gosselin une indcation à la gastrotomie. Pour qu'il y eût indication, il faudrait, suivant lui:

1° Avoir constaté l'impossibilité où serait le malade de rejeter le corps étranger au dehors;

2° Et un obstacle complet au cours des matières.

M. Gosselin. On ne peut être amené à pratiquer la gastrotomie que par la gravité des accidents et par la certitude de trouver le corps étranger. Si, dans le cas actuel, j'avais pu pratiquer la gastrotomie, j'aurais peut-être arrêté les accidents et prévenu la mort du malade.

Anatomie pathologique — Carie du temporal. Lésions consécutives du cerveau et des vaisseaux du crâne.

M. Huguier présente une pièce d'anatomie pathologique très remarquable.

Une femme âgée de cinquante ans entra le 26 septembre 1851 dans le service de M. Huguier pour se faire soigner d'un mal d'oreille datant de deux ans.

L'oreille droite était le siége d'un gonflement considérable, et laissait écouler en abondance un pus très fétide. Le conduit auditif externe était détruit; la conque était remplie de fongosités molles et saignantes. La malade était de plus affectée d'une paralysie de la face. Point de paralysie des membres; intelligence obtuse.

Deux jours après son admission à l'hôpital, M. Huguier retira de l'oreille malade un corps mollasse qu'il reconnut être l'extrémité d'une sonde que la malade s'était introduite pour empêcher son oreille de se fermer. Ce morceau de sonde, en caoutchouc, avait une longueur de 2 centimètres.

Le 5 octobre, il se fit une hémorrhagie abondante par l'oreille. Elle se reproduisit le 7 au matin.

Mort dans la journée.

Autopsie, faite avec soin par M. Huguier.

Le cerveau, au niveau de la fosse temporale droite, présente une teinte gris-noirâtre et est ramolli, comme putréfié. Le temporal, troué, laisse passer une partie du cerveau; le cervelet passe également en partie à travers la perforation du rocher, presque entièrement détruit par la carie. La substance cérébrale, ramollie et détruite au niveau du ventricule latéral, a laissé une certaine quantité de sang passer dans ce ventricule, et de là dans tous les autres ventricules cérébraux. Le sang avait été fourni par l'ulcération des sinus pétreux inférieur et supérieur et par le golfe de la veine jugulaire, largement ouverte en arrière.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Vassillière, médecin ordinaire de 1re classe à l'hospice civil d'Arras, est désigné pour passer à l'hôpital militaire de Toulon.

M. Grellois, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Toulon, est désigné pour passer à l'hôpital militaire de Metz.

M. Fernet, médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Metz, est désigné pour passer à l'hospice civil d'Arras. (*Moniteur de l'armée.*)

— M. Delange, médecin en chef de l'hôpital de Caen, adjoint au maire de cette ville depuis longues années, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 126. — JEUDI 30 OCTOBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 126. — JEUDI 30 OCTOBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la TOUSSAINT, le journal ne paraîtra pas samedi prochain.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1851.

Séances des Académies.

La communication faite à la dernière séance de l'Institut par M. Reynoso, et sur laquelle nous avons appelé l'attention de nos lecteurs, a eu, outre son mérite intrinsèque, celui de provoquer une lecture importante de M. Flourens. Dans sa nouvelle note, le savant secrétaire perpétuel, précisant encore davantage ce qui semblait ne pouvoir être plus précis, a rendu compte d'une série d'expériences aussi délicates qu'ingénieuses, et desquelles il résulte que la partie des centres nerveux qui préside aux mouvements respiratoires, la partie que l'auteur appelle le *point premier moteur* de ces mouvements est circonscrite par une étendue d'environ 2 millimètres et demi. C'est vraiment quelque chose de merveilleux de voir qu'on peut, chez un animal, piquer les divers points de la moelle allongée sans altérer essentiellement la respiration, tandis qu'il suffit de piquer le point si limité indiqué par M. Flourens pour qu'en un instant les mouvements respiratoires soient abolis. Au point de vue de la localisation des facultés, il y a dans ces nouvelles expériences un sujet de sérieuses méditations, mais qui ne deviendront probablement très fécondes que lorsqu'on aura pu faire pour plusieurs fonctions ce que M. Flourens vient d'accomplir pour les mouvements respiratoires.

MM. Waller et Budge ont continué l'exposé de leurs intéressantes recherches sur l'influence du grand sympathique des 3e, 4e, 5e et 6e paires sur les mouvements de l'iris, et M. Mialhe est venu reprendre la narration de son roman sur l'absorption, l'excrétion, l'assimilation, la dissolution et la non-dissolution de l'albumine; roman qui ne manque pas, tant s'en faut, d'une certaine ingéniosité, et qui serait une œuvre scientifique assez remarquable si, à la place de toutes les assertions, l'auteur avait mis des preuves.

— L'Académie de médecine peut ajouter une séance fructueuse de plus aux dernières séances. Après deux consciencieux rapports, l'un de M. Jobert sur une modification à l'opération de la trachéotomie, l'autre de M. Larrey sur un pied artificiel, M. Devilliers fils a lu un travail qui n'offrait rien de bien neuf au fond, mais qui avait le mérite d'appuyer d'observations nouvelles une doctrine thérapeutique salutaire, celle qui veut que, dans les cas de syphilis chez une femme grosse, on ne s'abstienne pas d'un traitement antisyphilitique dans la vaine crainte que ce traitement provoque l'avortement, ainsi que l'ont pensé à tort un petit nombre d'auteurs.

Le travail de M. L. Fleury, outre son grand mérite pratique, s'est fait remarquer par son originalité. Les observations qui servent de base à ce travail sont à la fois des plus importantes sous le rapport de la thérapeutique, et des plus curieuses sous le rapport physiologique. S'il est vrai, en effet, comme il n'est guère permis d'en douter, d'après les faits observés par M. Fleury, que l'existence d'un phimosis puisse donner lieu aux symptômes les plus bizarres et les plus graves, depuis l'impuissance jusqu'à un état qui touche de près à l'aliénation mentale, il serait du plus grand intérêt pour le physiologiste de suivre l'enchaînement des phénomènes qui lient la cause à l'effet.

Y a-t-il entre les faits signalés par M. Fleury et ceux qu'a communiqués il y a quelques mois M. le docteur Lisle des analogies intimes? Cela nous paraît probable, et, dans tous les cas, utile à rechercher. Ce sera une belle tâche pour le rapporteur s'il se sent disposé à l'entreprendre; car M. Fleury n'a effleuré qu'à peine ce côté de la question. Préoccupé avec juste raison des conséquences pratiques importantes qui découlaient de ces observations, c'est sur ces conséquences qu'il a surtout voulu fixer l'attention de l'Académie, et ce n'est pas nous qui le blâmerons de cette tendance. Nous regrettons même de ne pouvoir reproduire toutes les observations qui servent de base à son travail, et d'être obligé de nous borner à un extrait de la partie dogmatique, qui d'ailleurs est l'expression exacte des faits.

Malgré l'heure avancée de la séance, M. Fleury a été remplacé à la tribune par M. Dublanc, qui a donné lecture d'un travail intéressant sur les semences et l'huile de croton. Nous publierons prochainement ce travail.

H. de Castelnau.

DU PHIMOSIS CONGÉNITAL AU POINT DE VUE MÉDICO-CHIRURGICAL.

Par M. le docteur L. FLEURY, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Nos lecteurs liront avec un vif intérêt l'extrait suivant de l'important travail lu à l'Académie de médecine par M. le docteur Louis Fleury. Nous devons déclarer en même temps que nous avons reçu depuis assez longtemps, sur le même sujet, un travail original de M. le docteur Borelli (de Turin), qu'il ne nous a pas été possible d'insérer encore, mais que nous publierons sous peu de jours.

Les pathologistes qui ont accordé quelques développements à l'histoire du phimosis accidentel, à l'étude de ses causes, de ses symptômes, de son traitement, n'ont fait que mentionner à peine le phimosis congénital. Les ouvrages de pathologie externe, ou même les traités spécialement consacrés à l'étude des maladies des organes génito-urinaires sont également laconiques sous ce rapport.

Un fait qui s'est offert à moi, en 1840, ayant attiré mon attention sur le phimosis congénital, j'ai recueilli depuis dix ans un grand nombre d'observations, d'après lesquelles je crois pouvoir établir, aujourd'hui, que ce vice de conformation a une importance pathologique digne d'être signalée aux praticiens, à la sagacité desquels il est vraiment étonnant qu'elle ait pu échapper jusqu'à présent.

La disposition vicieuse du prépuce, soit qu'elle ne se présente pas avec ses caractères les plus tranchés, soit en raison de certaines conditions individuelles, peut n'exercer aucune influence fâcheuse sur les fonctions génératrices, non plus que sur la santé générale du sujet, et alors elle n'est accompagnée, en effet, que des légers inconvénients qui ont été indiqués par les auteurs. La matière sébacée s'amasse entre le prépuce et le gland, et si les soins de propreté ne sont pas très exacts et très rigoureux, on voit souvent se développer un herpès præputialis, une balanite plus ou moins intense, quelquefois même des ulcérations superficielles placées soit sur le gland, soit sur le prépuce, où elles deviennent la cause de douleurs assez vives, et parfois d'un engorgement des ganglions de l'aine; quelquefois le coït donne lieu à des tractions douloureuses ou même à un frottement assez énergique pour produire des excoriations ou des vésicules herpétiques; mais dans d'autres cas, que je suis autorisé à considérer comme très fréquents, le phimosis congénital donne lieu à des phénomènes beaucoup plus nombreux, plus importants, plus complexes, plus graves, que l'on peut diviser en trois catégories distinctes.

Les uns, entièrement locaux, portent sur les fonctions génito-urinaires et sur une partie des organes qui président à ces fonctions : la verge, la prostate et la vessie.

Les autres exercent leur action sur l'encéphale par l'intermédiaire des organes et des fonctions de la génération.

Les troisièmes enfin sont sympathiques, et se font sentir sur l'innervation générale, et par conséquent sur l'économie tout entière.

Nous allons étudier séparément ces trois ordres de phénomènes en nous appuyant toujours sur des observations, et non sur des vues *à priori*.

A. *Phénomènes relatifs aux fonctions et aux organes de la génération.* — Le phimosis congénital exerce parfois sur le sens et les fonctions de la génération une influence très remarquable qui peut être portée tantôt dans une direction, tantôt dans la direction diamétralement opposée, suivant que le vice de conformation est plus ou moins prononcé, et par conséquent se traduire par des phénomènes entièrement différents, selon qu'ils se lient à l'*excitation du sens génital*, ou bien, au contraire, à sa *dépression*.

1° *Excitation du sens génital.* — Les auteurs ont indiqué l'excitation du sens génital parmi les phénomènes qui peuvent être produits par le phimosis congénital, et ils l'ont attribuée à l'irritation déterminée par la matière sébacée accumulée entre le prépuce et le gland. « J'ai vu un homme, dit J.-L. Petit (*Œuv. chirurg.*, édit. de 1837, p. 695), qui avait le priapisme et qui véritablement avait des désirs effrénés qui pouvaient avoir pour cause l'agacement du gland par l'âcreté de l'humeur sébacée. » Or, il suffit d'avoir observé un seul malade pour être convaincu de l'inanité de cette explication, et si J.-L. Petit eût soumis le sujet dont il parle à des soins de propreté qui eussent rendu impossible l'accumulation, le séjour prolongé et par conséquent l'*âcreté* de l'humeur sébacée; la persistance des phénomènes n'eût pas tardé à lui montrer que la cause n'était pas là où il la plaçait. Recouverte par le prépuce et lubréfiée par la matière sébacée, soustraite au contact de l'air, au frottement des vêtements, la surface du gland, chez les individus atteints de phimosis congénital, est beaucoup plus fine, plus *muqueuse*, plus sensible, plus irritable, à ce point que si l'opération est pratiquée

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques, sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

N° 39. Sur cette pièce, la fracture occupe à la fois les fosses moyennes et postérieures de la base du crâne; M. Denonvilliers considère cette lésion comme occasionnée par le contre-coup d'une violence qui aurait porté sur la région mastoïdienne droite; dans ce point, en effet, on trouve que l'angle postérieur et inférieur du pariétal, l'occipital et la portion écailleuse du temporal sont divisés en plusieurs fragments. La force qui a produit ces premières fractures s'est propagée obliquement de droite à gauche et d'arrière en avant jusqu'au niveau de la partie moyenne du corps du sphénoïde. On rencontre donc dans ce trajet les désordres suivants :

« 1° Une fracture transversale, partant de la fosse condylienne postérieure, sépare complétement le condyle du reste de l'occipital; elle continue ensuite sa marche transversale, passe au-devant de l'apophyse mastoïde de manière que le rocher soit complétement séparé par sa base du reste du temporal; ce rocher a même été perdu.

» 2° Le corps du sphénoïde est divisé obliquement d'arrière en avant, de droite à gauche par une fracture qui part, en arrière, de l'extrémité postérieure du sinus caverneux et se termine derrière le trou optique gauche; de là part un second rayon, qui se rend au trou déchiré antérieur du même côté en traversant le sinus caverneux. La lame supérieure du corps du sphénoïde est seule intéressée par cette solution de continuité.

» 3° Une petite portion de la pointe du rocher gauche a été également divisée, ainsi que la demi-circonférence postérieure du trou maxillaire supérieur.

» 4° Dans la fosse condylienne gauche, on remarque également une fracture transversale. »

N° 40. Cette base du crâne provient de l'ancienne Académie de chirurgie; elle est divisée par une fracture linéaire en deux moitiés, une antérieure, l'autre postérieure. La fracture, à gauche, commence au niveau de l'angle postérieur et inférieur du pariétal, passe par le trou auditif externe, qu'elle divise verticalement au niveau de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, suit la scissure de Glasser, le bord antérieur du rocher et arrive au trou déchiré antérieur, qui est considérablement agrandi; le corps du sphénoïde est transversalement fracturé au niveau de sa lame carrée. Sur le côté droit de la base crânienne, on retrouve une seconde fracture qui a exactement parcouru la même ligne qu'à gauche, mais les désordres sont moindres et la solution de continuité est sans écartement; elle est à l'état rudimentaire pour ainsi dire. La lame criblée de l'ethmoïde et les deux voûtes orbitaires sont également fracturées; il y a donc pour chaque côté de la base du crâne une symétrie parfaite dans cette lésion.

N° 40 *a* (M. Gosselin). Base du crâne ayant appartenu à un homme de trente-cinq ans, terrassier, qui fut renversé dans un éboulement de terre; il ne perdit point connaissance sur le coup; mais le lendemain, lorsque M. Gosselin visita le malade, qui jouissait alors de toute sa raison, il ne put obtenir de lui aucun renseignement sur les diverses circonstances de son accident. Vers le quatrième jour des symptômes cérébraux se manifestèrent, l'ouïe était devenue très dure du côté gauche; il s'écoulait du sang par l'oreille, et l'on constata, en faisant souffler fortement ce malade, le passage de l'air à travers la membrane du tympan; l'attention du chirurgien étant attirée sur la possibilité d'une fracture, il découvrit de ce même côté gauche, un peu au-dessus de la racine du pavillon de l'oreille, une plaie d'une longueur de 9 centimètres; par une interrogation plus complète, il put obtenir comme renseignements qu'en même temps que la charge d'un wagon renversait ce malade, la porte de ce même wagon lui tombait sur le côté gauche de la tête et était la cause probable de cette plaie. La mort est survenue quinze jours après l'accident; l'écoulement sanguinolent qui se faisait par l'oreille était devenu séreux.

L'autopsie démontra que la base du crâne était le siége de nombreuses fractures. Du côté gauche, par lequel s'était fait l'écoulement sanguin de l'oreille, se trouve une fracture qui commence à la portion écailleuse du temporal, divise en deux moitiés le conduit auditif interne, marche parallèlement au grand axe du rocher, dont elle suit le bord antérieur jusqu'au trou déchiré; c'est la plus considérable. Il existe en outre un grand nombre de fractures secondaires par leur étendue, qui est plus limitée; les unes sont situées du côté droit, les autres sur le côté gauche; les premières sont plus nombreuses et occupent la portion écailleuse du temporal, le corps

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre; 2, 9 et 16 octobre.

les sujets éprouvent ordinairement pendant une quinzaine de jours une sensation pénible ou même des douleurs assez vives provoquées par le contact de l'air et de la chemise, et ces phénomènes ne disparaissent que lorsque le tégument a perdu les caractères que nous venons de lui assigner pour se rapprocher de ceux qui appartiennent à la peau. Or, *lorsque le phimosis n'est que médiocre, lorsque le prépuce peut se porter naturellement au delà du gland*, il en résulte que la sensibilité exagérée de celui-ci est encore excitée par le contact de l'air, par le frottement des vêtements ou des draps du lit, par celui qui s'exerce contre les parois du vagin dans l'acte du coït, et c'est à cette circonstance qu'il faut rapporter, selon moi, les érections fréquentes diurnes et nocturnes auxquelles sont sujets les individus atteints de phimosis et qui parfois deviennent un véritable état morbide. Souvent aussi ces phénomènes se rattachent à une sensation de prurit, de chatouillement, de titillation qui se fait sentir dans le gland ou à l'extrémité du prépuce d'une façon plus ou moins intense et continue. J'ai vu plusieurs malades continuellement *agacés* par cette sensation, qui les maintenait presque constamment dans un état de désir vénérien et de demi-érection, et c'est en agissant de cette façon que le phimosis congénital médiocre devient une cause fréquente de masturbation chez les enfants et même chez les adultes.

Ici l'auteur cite une observation très curieuse à l'appui de cette assertion.

Dans le cas que je viens de rapporter, ajoute M. Fleury, l'excitation du sens génital était le seul phénomène produit par le phimosis, et c'est pour cette raison que j'ai placé ici cette observation; chez plusieurs autres malades le phimosis, sans exciter au même degré l'organe de la génération, avait donné lieu à des phénomènes plus complexes et plus graves en vue desquels l'opération a été spécialement pratiquée; mais chez tous il existait cependant des érections fréquentes et fatigantes, qui ont disparu après l'excision du prépuce.

Lorsque l'excitation des organes génitaux ne dépasse point certaines limites, elle n'entraîne pas après elle d'accidents fâcheux; mais, lorsque les érections sont trop fréquentes, elles donnent lieu à une irritation des organes génito-urinaires, à des pertes séminales volontaires et involontaires, qui finissent par donner lieu à tous les phénomènes pathologiques que l'on sait être la conséquence des abus de masturbation et de la spermatorrhée. M. Lallemant énumère parmi les causes déterminantes directes de la spermatorrhée la masturbation, les excès vénériens, les érections trop prolongées, les amas de matière sébacée, et il ne fait que mentionner le phimosis naturel parmi les causes prédisposantes; nous croyons que, fort souvent, c'est au vice de conformation qu'il faut rattacher ces différentes causes et par conséquent la spermatorrhée elle-même. Cette opinion n'est point une simple hypothèse; elle s'appuie sur des faits qui ne laissent point de place au doute.

L'auteur ajoute ici une nouvelle observation fort intéressante, et il continue ainsi :

Chez un autre malade, des pertes séminales diverses avaient lieu sans érection sous la seule influence de la vue, de l'approche d'une femme ou d'une conversation avec elle; elles résistèrent pendant plusieurs années à un grand nombre de médications diverses, et ne disparurent qu'après l'opération d'un phimosis congénital.

2° *Dépression du sens génital.* — Dans d'autres cas, et spécialement *lorsque le phimosis est très prononcé, lorsque le prépuce recouvre complétement le gland même pendant l'érection*, ce vice de conformation donne lieu à des phénomènes diamétralement opposés à ceux que nous venons de décrire; et, loin d'exciter les désirs vénériens, de provoquer des érections, de rendre les sujets très enclins au commerce des femmes, il produit une espèce d'anaphrodisie très curieuse, qui n'a pas été décrite jusqu'à présent, et qu'il m'a été donné plusieurs fois d'observer.

Le volume de la verge et celui des testicules est ordinairement très petit dans les cas de ce genre, circonstance que l'on peut expliquer et par la compression exercée par le prépuce, et par le repos dans lequel l'organe reste plongé; les désirs vénériens sont peu prononcés; les érections sont rares et peu intenses; le plaisir vénérien est à peu près nul, ou même remplacé par une douleur plus ou moins vive qui, tantôt produite par les tractions exercées sur le prépuce, se fait sentir pendant toute la durée du coït, et tantôt, due à l'obstacle apporté à la libre et facile expulsion du sperme, ne se manifeste qu'au moment d'une éjaculation tardive, incomplète, peu énergique, et a son siége soit à l'extrémité de la verge, soit, et plus fréquemment, vers le périnée et à la région prostatique.

Or, indépendamment des sensations douloureuses qui accompagnent le coït, et qui finissent par en dégoûter les sujets, on peut expliquer l'anaphrodisie par la disposition anatomique que présente l'organe de la génération. En effet, le prépuce recouvrant constamment le gland, même pendant l'érection et le coït, il en résulte que cette portion de la verge est toujours soustraite aux causes excitatrices de l'érection et des désirs vénériens, et en particulier au contact de l'air, au frottement des vêtements, des draps, des parois vaginales : dernière circonstance qui explique aussi pourquoi, même en l'absence de toute sensation douloureuse, le plaisir vénérien est beaucoup moins intense ou même nul. D'un autre côté, la compression exercée sur la verge par le prépuce, et à laquelle nous avons attribué en partie le peu de développement de l'organe, doit entraîner l'afflux du sang dans les corps caverneux, et par conséquent rendre les érections plus rares, plus difficiles, moins énergiques, et les désirs vénériens moins fréquents et moins impérieux.

Ici, l'auteur rapporte une observation qui présente un tableau complet de tous les phénomènes qu'il vient d'indiquer; elle démontre que ces phénomènes sont sous la dépendance immédiate du vice de conformation, et elle offre un exemple très remarquable de la transformation complète que subit le sujet par le fait de l'opération.

3° *Lésions diverses des fonctions et des organes génito-urinaires.* — Indépendamment des phénomènes que nous venons d'indiquer et qui se rattachent principalement au sens génital, le phimosis donne souvent lieu à des accidents plus ou moins graves du côté des organes génito-urinaires. La compression exercée sur la verge, les douleurs qui accompagnent l'érection et l'éjaculation, l'obstacle opposé à l'expulsion du sperme provoquent et entretiennent une irritation qui se traduit par des uréthrites chroniques, des engorgements de la prostate, l'irritation des conduits éjaculateurs, et forme un ensemble de symptômes fort incommodes pour le sujet. J'ai vu plusieurs malades qui, après avoir pendant de longues années éprouvé tous ces accidents fâcheux et enduré des traitements multipliés et pénibles, ne furent guéris de leurs incommodités qu'après avoir subi l'opération destinée à les débarrasser d'un phimosis congénital très prononcé, cause méconnue de tous les phénomènes morbides.

Jusqu'à présent nous avons vu l'influence du phimosis congénital s'exercer exclusivement sur les organes des fonctions de la génération; mais, dans d'autres cas, elle porte également ou même principalement sur les organes et les fonctions urinaires. On observe alors des envies fréquentes d'uriner se faisant sentir la nuit comme le jour, interrompant le sommeil des sujets, rendant leurs nuits agitées, troublées par des rêves, des cauchemars, des érections fatigantes; la miction n'expulse qu'une très petite quantité d'urine dont l'émission est souvent accompagnée d'un ténesme vésical plus ou moins douloureux; les malades éprouvent parfois des douleurs vers l'extrémité libre de l'urètre, de la pesanteur périnéale, des sensations douloureuses de diverses natures qui sont quelquefois exaspérées par la marche, l'usage de la voiture, et qui, dans plusieurs cas, ont fait croire à l'existence d'un calcul vésical.

B. *Phénomènes encéphaliques.* — Plusieurs des malades chez lesquels le phimosis avait produit une grande excitation des organes génitaux, des érections fréquentes, des excès de masturbation ou de coït, des pertes séminales, etc., éprouvaient des migraines, des douleurs de tête plus ou moins violentes qui se faisaient principalement sentir vers la région postérieure du crâne et la naissance du cou. Chez tous, ces douleurs ont disparu peu de temps après l'opération qui avait mis fin aux accidents dont la céphalée n'était elle-même qu'une conséquence. Ce résultat prévu ne mériterait certainement pas les honneurs d'un paragraphe spécial; mais la réaction exercée par les organes génitaux sur l'encéphale acquiert dans quelques cas particuliers une importance très grande qui devient la source d'indications nouvelles et fort curieuses.

C. *Phénomènes nerveux généraux et sympathiques.* — Nous voici arrivé à la partie la plus intéressante et la plus neuve de ce travail, et en annonçant que dans certaines circonstances le phimosis congénital donne lieu, chez l'homme, à des phénomènes nerveux généraux et sympathiques, à des troubles fonctionnels, à des accidents *hystériformes* offrant la plus grande analogie avec ceux que produisent, chez la femme, certaines affections utérines, les déplacements en particulier, et qui sont connus sous le nom de *névropathie générale*, d'*état nerveux*, j'émettrai une proposition que les praticiens n'accepteront peut-être que sous bénéfice d'inventaire, mais qui, pour moi, résulte incontestablement d'un grand nombre de faits.

Et que l'on ne s'y trompe point, les phénomènes dont je parle ne sont pas liés à une spermatorrhée existant chez un sujet atteint d'un phimosis congénital; c'est en l'absence de toutes pertes séminales involontaires, ou seulement concomitamment avec des pollutions peu fréquentes, que ces accidents se montrent; c'est par lui-même que le vice de conformation les produit, et uniquement en raison de l'action qu'il exerce sur les organes génitaux, et sympathiquement sur l'innervation générale. Voici ce que l'observation m'a appris à cet égard.

Chez les sujets âgés de vingt à trente-cinq ans, d'une constitution grêle, d'un système musculaire peu développé, d'un tempérament nerveux très prononcé, le phimosis congénital produit parfois une double action, dont l'une, primitive, s'exerce sur les organes génitaux, et l'autre, consécutive, sur le système nerveux général et la circulation capillaire.

Les phénomènes locaux appartenant aux organes de la génération sont quelquefois peu saillants et bien loin d'être en rapport avec les accidents généraux intenses, graves, dont ils sont accompagnés, et dont ils sont, suivant moi, la cause.

Les malades éprouvent à l'extrémité du prépuce et au niveau du gland, une sensation habituelle et parfois presque continue de démangeaison, de fourmillement, de titillation, qui les excite à porter souvent la main à la verge et à la soumettre à des mouvements de pression, de frottement, de traction destinés à modérer la sensation incommode dont elle est le siége, ainsi qu'à satisfaire le besoin de se gratter que fait naître le prurit; par suite de cette manœuvre souvent répétée et de l'excitation des organes, ceux-ci sont rouges, d'une sensibilité exagérée, et souvent lorsque le prépuce est ramené en arrière du gland, celui-ci ne supporte point sans douleur le contact de l'air. Ces phénomènes ont lieu malgré les soins de propreté les plus minutieux et en l'absence de toute accumulation de matière sébacée; ils sont néanmoins exaspérés par la présence de cette dernière, et c'est là une des raisons pour lesquelles les accidents atteignent leur summum d'intensité pendant la nuit et le matin, jusqu'à ce que les soins de toilette aient été pratiqués.

La sensation dont les organes génitaux sont le siége provoque souvent des érections, des manœuvres de masturbation, des pertes séminales nocturnes involontaires accompagnées d'érection et de rêves érotiques; mais dans d'autres cas il n'existe en l'absence de toute érection, de toute pensée libidineuse, que des espèces de désirs vagues qui deviennent très fatigants pour le malade, et le jettent dans une inquiétude, un agacement, une excitation extrêmement désagréables et pénibles. Parfois les sujets sont réveillés pendant la nuit, au milieu de leur sommeil, par une sensation tout à fait semblable à celle qui accompagne le paroxysme vénérien, et cependant il ne s'écoule point de sperme par l'urètre; l'état des urines ne permet pas de supposer que la semence a été versée dans la vessie, et cependant encore le sujet éprouve consécutivement une prostration, une faiblesse, un accablement non moins prononcés que s'il avait subi d'abondantes pertes séminales.

Ces accidents locaux, appartenant exclusivement aux organes et aux fonctions de la génération, sont accompagnés, comme nous l'avons dit, de phénomènes généraux beaucoup plus graves et se rattachant à l'innervation et à la circulation capillaire générale.

La circulation est irrégulière; les malades ont des palpitations, des congestions vers la face et l'encéphale; le sang se porte brusquement tantôt vers un organe, tantôt vers un autre, le foie, le poumon; le pouls est tantôt fort, fréquent, dur, tantôt, au contraire, lent, petit et mou.

Les troubles nerveux sont les plus remarquables, présentent une très grande variété et appartiennent également au système cérébro-spinal et au système ganglionaire. Les né-

---

et la grande aile du sphénoïde, la voûte orbitaire et la portion condylienne de l'occipital; du côté gauche, elles sont seulement au nombre de deux, et situées dans les points déjà indiqués sur le côté droit, à savoir : la voûte orbitaire et le condyle de l'occipital.

N° 40 *b* (M. Trélat). Portion gauche d'une base du crâne prise sur un homme de quarante ans qui fut apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, pendant que M. Gosselin faisait temporairement le service. On trouvera l'observation de cette pièce intéressante publiée dans les Bulletins de la Société anatomique (1850, page 386). Cet homme était tombé dans un escalier; il avait perdu connaissance, et du sang s'était écoulé par l'oreille immédiatement après l'accident. A la visite, M. Gosselin constata l'existence d'une plaie dans la région temporale gauche, à trois travers de doigt au-dessus du pavillon de l'oreille. La perte de connaissance était encore à peu près complète; il y avait résolution des membres; la sensibilité ne paraissait pas entièrement abolie. Pendant l'examen, le malade fut pris de violents accès convulsifs, qui présentèrent assez nettement le caractère d'une légère attaque d'épilepsie. M. Gosselin établit, d'après les symptômes que l'on trouvera relatés dans l'observation, que le malade était affecté d'une fracture longitudinale du rocher; la mort a eu lieu environ un mois après l'accident. L'autopsie vérifia la justesse du diagnostic. Outre un grand nombre de lésions des parties molles, des vaisseaux, du cerveau et de ses enveloppes, le crâne présenta la fracture suivante : elle commence à la suture temporo-pariétale, descend vers le conduit auditif externe, qu'elle traverse de haut en bas et d'arrière en avant, de manière à passer juste au-devant de la membrane du tympan. Suivant ensuite la scissure de Glasser, elle marche, parallèlement à l'axe du rocher, le long de son bord antérieur, traverse le trou déchiré, le sinus caverneux, et sépare toute la portion basilaire du sphénoïde en passant au niveau de la lame quadrilatère, et s'arrête dans le sinus sphénoïdal droit, près de l'apophyse clinoïde postérieure. La membrane du tympan est perforée au sommet du manche du marteau; mais cette perforation s'est très probablement produite pendant la dessiccation de la pièce, car au moment de l'autopsie cette membrane était intacte.

N° 40 *c* (M. Coffin). Fracture de la base du crâne sur la cause de laquelle il m'a été malheureusement impossible de me procurer aucun renseignement. Cette fracture occupe une étendue considérable; car la base du crâne est complétement divisée en deux segments, l'un antérieur, l'autre postérieur, et la direction qu'a suivie la solution de continuité est des plus remarquables; elle commence à droite au niveau de la partie postérieure de la portion écailleuse du temporal, et se dirige ensuite obliquement de haut en bas et d'arrière en avant pour gagner la partie antérieure du conduit auditif externe, suit la scissure de Glasser, marche ensuite parallèlement au bord antérieur du rocher. Arrivée au trou déchiré antérieur, elle divise transversalement le corps du sphénoïde au niveau de sa lame carrée, et on la retrouve sur le côté gauche de la base du crâne; seulement, de ce côté, elle n'a pas suivi exactement la même direction qu'à droite; elle marche bien d'abord parallèlement au bord du rocher jusqu'à l'hiatus de Fallope, puis dans ce point elle se dévie en avant pour aller rejoindre la portion écailleuse du rocher. Il est à regretter que pour une pièce aussi importante on soit privé de renseignements sur la cause de pareils désordres.

N° 41 (M. Desgranges, 1775). Base du crâne sur laquelle existe une fracture linéaire d'une étendue considérable; elle commence au niveau de l'angle inférieur et postérieur du pariétal gauche. A ce niveau l'os a pris une coloration brunâtre; il est très vasculaire, et il existe un commencement de nécrose de la table externe. Cette altération me semble assez bien indiquer que c'est sur cet endroit qu'a porté la violence, et au point de vue du mécanisme de la fracture, ce fait n'est pas sans importance. La solution de continuité se dirige ensuite de haut en bas, de gauche à droite, jusqu'au trou occipital qui n'a pas été suffisant pour limiter la fracture; car sur le côté droit de ce trou on la retrouve de nouveau sur le condyle; elle traverse ensuite le trou déchiré postérieur, et divise le rocher perpendiculairement à son axe, à 2 millimètres en dehors du conduit auditif interne pour se terminer en avant au niveau de l'hiatus de Fallope. La fracture du rocher est nette et faite comme avec un instrument tranchant; sur chacun des fragments se trouve une moitié de limaçon.

N° 42 (M. Larrey). A l'intérieur du crâne, dans la fosse moyenne et antérieure sur le côté gauche, il existe une perte de substance longitudinale qui intéresse à la fois la lame criblée de l'ethmoïde et la base des petites ailes du sphénoïde; elle a une longueur de 3 centimètres, et dans certains points 1 centimètre dans le sens transversal. Il est probable que cette lésion a été produite par un coup de pointe de sabre qui a pénétré par la narine droite. De ce côté, en effet, une petite portion de l'apophyse montante a été coupée; les cornets inférieurs et moyens sont détruits; la lame perpendiculaire, au niveau de son insertion à l'ethmoïde, est détachée. Il est probable que le sabre a pénétré obliquement de bas en haut, d'avant en arrière et de droite à gauche.

(*La suite à un prochain numéro.*)

vralgies et les viscéralgies sont fréquentes. En première ligne se placent la gastralgie et la névralgie faciale, puis viennent les douleurs du foie, de la vessie, du thorax, des membres inférieurs. Le principal caractère de ces accidents est d'être irréguliers, fugaces, de se déplacer facilement et de se porter brusquement d'un point à un autre. La gastralgie fait néanmoins souvent exception à cette règle, et fréquemment elle est continue, tenace et très intense. Du côté de la motilité, on observe ordinairement de la faiblesse musculaire, principalement dans les membres inférieurs, des lassitudes spontanées, de la brisure dans les articulations. Du côté de la sensibilité, les malades accusent les sensations les plus diverses et les plus bizarres : des fourmillements, des picotements, des chatouillements, des démangeaisons, des titillations qui se font sentir alternativement sur les différents points du corps, et parfois sur l'enveloppe cutanée tout entière. Les uns sentent une chaleur interne qui les brûle, qui les dessèche; les autres sont étreints dans une enveloppe qui les comprime et qui embrasse la tête dans un cercle de fer. Ceux-ci éprouvent une plénitude interne qui leur fait croire que l'enveloppe cutanée est devenue trop étroite pour les contenir et qu'elle va se rompre. Ceux-là ont la sensation d'un vide intérieur qui leur fait dire que leurs organes, et principalement le cerveau, le cœur et l'estomac, ballottent et nagent dans de l'eau. Ces sensations sont parfois très réelles; mais souvent aussi elles sont exagérées, ou même imaginaires, et elles se rattachent alors à une véritable hypochondrie, dont il sera question tout à l'heure.

Du côté des facultés intellectuelles et morales, il existe constamment des troubles graves; les malades sont obligés de renoncer à toute espèce de travail intellectuel; la moindre contention d'esprit amène une congestion vers la tête, de la fatigue, du trouble dans les idées; j'en ai vu des plus intelligents qui étaient devenus incapables même de parcourir leur journal ou de prendre part à une conversation suivie, et qui avaient été contraints de renoncer à la gestion de leurs affaires, à l'exercice de leur profession. Le caractère devient bizarre, capricieux, mélancolique; la sensibilité est exagérée à un point extraordinaire; j'ai vu des hommes énergiques s'indigner contre eux-mêmes et faire des efforts désespérés, mais inutiles, pour combattre une impressionnabilité mise en jeu par les causes les plus légères, les plus futiles, et se traduisant par des émotions extrêmement vives et parfois même par des larmes.

Enfin, dans quelques cas extrêmes, on voit se développer une névrose parfaitement dessinée qui jette les malades dans une hypochondrie plus ou moins profonde, ou qui les rend sujets à des accidents hystériformes caractérisés par des *attaques de nerfs*, des mouvements convulsifs, la boule et le clou hystériques, des accès de larmes, en un mot, par tous les phénomènes qui appartiennent à cette singulière affection qu'on appelle l'hystérie, et dont l'existence, chez l'homme, ne reconnaît souvent pas d'autre cause qu'un phimosis congénital; nouveau et curieux sujet d'études étiologiques bien digne de fixer l'attention des praticiens et des nosographes.

Chez aucun des malades qu'il m'a été donné d'observer, l'existence d'un phimosis congénital n'avait été recherchée, ni constatée; tous se sont adressés à moi pour combattre par une médication hydrothérapique des accidents nerveux considérés par divers médecins comme une *névralgie*, une *névropathie générale*, une *névrose*, une *hypochondrie*, et traités vainement pendant plusieurs mois ou même plusieurs années par les antispasmodiques, les toniques et tous les agents thérapeutiques usités en pareille circonstance. La cause et la nature véritables des accidents m'échappèrent également chez le premier malade soumis à mon observation; mais le hasard m'ayant fait découvrir le phimosis après deux mois d'un traitement hydrothérapique resté inefficace, l'idée me vint de pratiquer la résection du prépuce, et ce ne fut pas sans étonnement que je vis cette opération être suivie de la disparition graduelle de tous les accidents et d'un retour définitif à un état de santé complétement satisfaisant. Ce premier fait fut pour moi une indication précieuse et à l'aide de laquelle j'arrivai de prime abord, chez les malades suivants, à la connaissance de la cause organique des phénomènes morbides; dans ces derniers temps, il m'est arrivé plusieurs fois de dire aux malades, après avoir entendu leur exposé symptomatique, et avant toute espèce d'examen : « *Vous devez avoir un phimosis congénital, et c'est probablement à ce vice de conformation qu'il faut rapporter tous les accidents que vous éprouvez* », et chaque fois l'inspection est venue justifier mon diagnostic, comme le succès est venu légitimer l'opération à laquelle j'ai soumis les sujets.

Pour résumer le travail qu'on vient de lire, j'établirai les propositions suivantes :

1° Le phimosis congénital a une importance pathogénique qui a été à peu près complétement méconnue jusqu'à présent et qui cependant doit fixer l'attention des praticiens.

2° Le phimosis congénital donne lieu à trois ordres de phénomènes morbides :

a. A des accidents se rattachant aux organes génitaux, au sens génital et aux fonctions de la génération. La verge et les testicules présentent un volume très peu considérable; la muqueuse du gland est fine, rouge et d'une sensibilité très exagérée; le coït est douloureux, l'éjaculation incomplète, difficile et souvent accompagnée d'une vive douleur périnéale. Les érections fatigantes et des pollutions nocturnes se rencontrent fréquemment, ainsi que des écoulements urétraux se reproduisant après les coïts les plus purs. Le sens génital est tantôt excité au point de produire des érections presque continuelles, des désirs vénériens immodérés, des manœuvres de masturbation, des pertes séminales involontaires; tantôt, au contraire, il est pour ainsi dire éteint, et l'on observe une anaphrodisie plus ou moins complète.

b. A des accidents se rattachant aux organes urinaires et principalement caractérisés par des envies très fréquentes d'uriner.

c. A des troubles variés du système nerveux offrant la plus grande analogie avec ceux que l'on observe chez les femmes atteintes d'une affection utérine, d'un déplacement en particulier, principalement caractérisés par de la gastralgie, des palpitations, de l'hypochondrie et des accès hystériformes, et dont la véritable cause a été jusqu'à présent complétement méconnue.

3° La résection du prépuce est le seul moyen de faire disparaître l'ensemble symptomatique que nous avons décrit; cette opération a été suivie d'un succès complet 23 fois sur 27. Quatre malades ont été soustraits à mon observation très peu de temps après l'opération et par conséquent avant qu'il m'ait été possible de me prononcer sur le résultat définitif de celle-ci.

4° Quelque médication qu'on mette en usage avant d'avoir fait disparaître le vice de conformation, on ne parvient point à faire cesser les accidents. Après l'opération, les toniques, les antispasmodiques et spécialement l'hydrothérapie peuvent au contraire rendre de grands services.

POIDS DU CERVEAU AUX DIFFÉRENTES ÉPOQUES DE LA VIE.

Par le docteur Th.-B. Peacock.

L'auteur continue les recherches qu'il a entreprises à une autre époque et celles publiées sur le même sujet par M. Reid. D'après les nouvelles tables qu'il publie, et qui portent sur 30 hommes et 16 femmes morts de toute autre affection qu'une maladie du cerveau, et sur l'examen de 6 cerveaux à l'état pathologique, dont 4 chez l'homme et 2 seulement chez la femme, on voit que dans l'état normal et chez l'adulte le poids moyen de l'encéphale est chez l'homme de 50 onces 6 gros (1,621 grammes), et chez la femme de 44 onces 7 gros et demi (1,438 grammes), ce qui se rapproche beaucoup des premières mesures données par M. Peacock, à savoir : 50 onces 3 gros chez l'homme (1,612 grammes) et 44 onces 14 gros chez la femme (1,474 grammes). Mais le fait vraiment curieux de ces recherches, c'est celui qui montre l'accroissement graduel du cerveau jusqu'à la période de l'âge adulte, jusqu'à 20 ou 25 ans; pendant l'âge adulte, c'est-à-dire de 25 à 50 ans, il conserve environ le même poids, et après il décline considérablement. Il y a bien quelques exceptions à cette règle, mais ces exceptions sont rares, ce qui prouve combien peu les frères Wenzel et après eux Hamilton étaient fondés à dire que le cerveau avait atteint son maximum de développement avant ou à l'âge de 7 ans. Les exceptions portent surtout sur les personnes qui ont succombé avec une gêne considérable de la circulation et chez lesquelles le cerveau reste gorgé de sang quoi qu'on fasse; de même le cerveau est généralement plus lourd chez les personnes mortes de maladies aiguës que chez celles qui ont succombé après des maladies chroniques. Dans les cas de maladie de l'encéphale, le volume du cerveau est généralement augmenté : ainsi nous voyons chez un sujet de 11 ans, mort de chorée en six semaines et pesant seulement 38 livres, le poids du cerveau être de 56 onces 4 gros; quant au poids des différentes parties de l'encéphale, nous trouvons pour le cerveau : chez l'homme, 39 onces; chez la femme, 33 onces; pour le cervelet : chez l'homme, 4 onces 6 gros; chez la femme, 4 onces 3 gros; pour le pont de Varole et la moelle allongée : chez l'homme, 1 once 1 gros; chez la femme, 1 once.

Nous croyons utile de reproduire le tableau suivant, qui indique l'augmentation graduelle de poids suivant l'âge dans chaque sexe.

Poids moyen du cerveau aux différentes époques de la vie chez l'homme et chez la femme.

	CHEZ L'HOMME.				CHEZ LA FEMME.			
Ages.	Nombre de sujets.	Moyenne. Onces.	Gros.	Grains.	Nombre de sujets.	Moyenne. Onces.	Gros.	Grains.
De 1 à 2 ans	3	30	7	»	3	31	1	3
2 à 3	4	44	1	»	9	37	5	»
3 à 5	6	43	13	16	4	41	»	5
5 à 7	4	45	4	25	5	41	4	»
7 à 10	6	46	14	33	2	40	6	»
10 à 15	13	47	15	2	3	40	10	6
15 à 20	11	49	5	»	18	45	4	1
20 à 25	21	50	13	9	15	46	1	8
25 à 50	133	50	3	8	69	45	»	6
50 à 90	53	48	9	4	23	43	»	3

(*London journ. of med.* et *Archiv. génér. de méd.*)

EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA PICROTOXINE,

principe actif de la coque du Levant,

Par le docteur Glover.

Par un grand nombre d'expériences faites sur différentes classes de vertébrés, M. Glover croit avoir démontré que la picrotoxine produit des symptômes presque analogues à ceux qui dépendent de l'hydrophobie.

Nous rapporterons quelques-unes de ces expériences, en les rapprochant d'un travail récent publié par MM. Brown-Séquart et Bonnefin.

1° 20 grains de picrotoxine sont donnés à un chien : après vingt minutes ils produisent de la salivation, des tremblements, auxquels font suite de l'opisthotonos, des convulsions et une grande difficulté de respirer; après quoi l'animal guérit.

2° 40 grains donnés à un chien amènent des mouvements rétrogrades et de giration, le tétanos saisit l'animal. L'autopsie montre un cerveau en état de congestion, particulièrement à sa base, avec beaucoup de sérum sanguinolent dans les ventricules; l'irritabilité musculaire était détruite.

3° 5 grains de picrotoxine donnés à une grenouille ne produisirent aucun effet pendant 50 minutes, après lesquelles l'animal éprouva de l'opisthotonos.

4° 5 grains de la même substance furent jetés dans l'eau où se trouvait un poisson doré : l'animal devint très excité, et sauta hors de l'eau deux ou trois fois. L'auteur appelle l'attention sur ce que ce poison simule, par ses effets, ceux que produit l'enlèvement graduel du cervelet et des tubercules quadrijumeaux, et il assure que cette substance amène une augmentation dans la température animale. Point de coma dans tous ces cas. (*London méd. Gaz.*, janvier 1851, p. 29.)

Dans une thèse récente (29 août 1851), MM. Bonnefin et Brown-Séquart ont de nouveau étudié l'action de la picrotoxine. Ces deux observateurs ne pensent pas, comme M. Glover, qu'il y ait de l'analogie entre les tremblements, l'agitation convulsive et la roideur tétanique qui se montrent alternativement chez les animaux empoisonnés par la picrotoxine, et les phénomènes observés par M. Flourens après l'ablation d'un ou de deux tubercules quadrijumeaux. Les mouvements déréglés, bizarres qu'on voit chez les animaux empoisonnés par la picrotoxine ne ressemblent que par leurs désordres à ceux qui ont lieu après l'ablation du cervelet; mais ils en diffèrent en ce qu'ils ont les caractères des mouvements convulsifs, tandis que ceux qui ont lieu après la simple extirpation du cervelet sont des mouvements volontaires incontestables. D'ailleurs, ces mouvements se produisent dans le train postérieur des animaux à sang chaud auxquels on donne un poison après leur avoir coupé transversalement la moelle épinière au dos. M. Bonnefin n'a jamais trouvé, comme M. Glover, de congestion notable de l'encéphale et de ses membranes.

Les conclusions de ce travail, commun à MM. Brown-Séquart et Bonnefin, sont que :

1° La picrotoxine ne paraît pas agir directement sur les muscles, ni pour les exciter ni pour accroître l'énergie de leur irritabilité;

2° Que la picrotoxine ne paraît pas plus agir sur les nerfs moteurs ou centrifuges que sur les muscles eux-mêmes;

3° Qu'elle ne paraît point agir ni en excitant, ni en accroissant l'excitabilité des nerfs centripètes ou sensitifs;

4° Enfin qu'elle occasionne des convulsions par suite de son action sur les parties des centres nerveux qui sont capables de produire des mouvements sur une excitation extérieure. Cette substance n'agirait donc pas directement, mais par l'excitation réflexe du centre cérébro-rachidien. C'est ce qui paraît démontré par l'expérience suivante. Si l'on enlève à une grenouille l'encéphale tout entier, y compris la moelle allongée, de façon qu'elle ne puisse pas avoir de mouvements spontanés volontaires ou respiratoires, et qu'on l'empoisonne avec de la picrotoxine, on ne voit survenir de phénomène convulsif que si l'on touche à l'animal; mais après cela, si l'animal reste à l'abri de toute excitation, il rentre dans le repos, pour n'en ressortir que sous une nouvelle excitation. Dans un autre cas, sur un cochon d'Inde qui avait eu la moelle coupée transversalement à la hauteur de la douzième vertèbre dorsale, la picrotoxine ayant asphyxié l'animal, on fit une incision à la trachée, et on pratiqua par cette voie l'insufflation pulmonaire. Une minute après la dernière expiration, l'animal était revenu à lui avec des mouvements convulsifs, excessivement variés et rapides, surtout dans les membres postérieurs. Ces mouvements paraissaient produits par l'excitation que la respiration produisait sur les parois de l'abdomen et l'extrémité supérieure des cuisses. Ils appartenaient à la catégorie des mouvements réflexes convulsifs.

(*Archives de Médecine.*)

MOYENS DE RECONNAITRE LA RÉSINE DE JALAP,

la résine de gaïac et la colophane dans la résine de scammonée;

Par M. Thorel, pharmacien à Avallon.

En émettant précédemment l'opinion que la scammonée ne devrait être employée dans la thérapeutique qu'à l'état de résine, j'ai bien entendu que cette résine ne serait préparée que par le pharmacien lui-même, et pour les besoins de son officine.

Toutefois, dans le cas où il y aurait impossibilité matérielle de la faire, et, par suite, obligation de prendre la résine de scammonée dans le commerce, il est nécessaire qu'on soit à même de reconnaître la pureté de cette résine.

Pour que la fraude puisse passer inaperçue, il faut que la substance ajoutée s'y trouve en très petite quantité, ou bien qu'elle possède à peu près le même mode d'action. Dans ce dernier cas, ce pourrait être la résine de jalap, comme étant moins chère et presque aussi active, qui aurait été employée à la falsification; elle n'en serait pas moins condamnable, puisque la substitution d'une chose à une autre est toujours un acte de mauvaise foi, et plus blâmable encore, lorsqu'il s'agit de médicaments.

Je propose, pour reconnaître cette fraude, un moyen basé, d'une part, sur l'insolubilité absolue de la résine de jalap dans l'éther sulfurique rectifié, et, d'autre part, sur la solubilité en toute proportion de la résine de scammonée dans ce même liquide.

D'autres falsifications plus coupables pourraient être essayées, soit par l'addition de la résine de gaïac, soit par la colophane ou par d'autres substances inertes.

La résine de gaïac serait facilement découverte en se servant de la solution gommeuse que j'ai indiquée comme un des plus sûrs réactifs (*Répertoire de pharmacie*, t. IV, année 1848), ou encore par l'emploi du gaz nitreux ou du chlorure mercurique.

Plusieurs réactifs peuvent déceler la présence de la colophane ou de la poix-résine dans la résine de scammonée. D'abord l'essence de térébenthine, qui dissout à la température ordinaire la colophane, et qui laisse à peu près intacte la résine de scammonée.

Mais le réactif le plus sûr, à cet effet, est l'acide sulfurique; il possède la propriété de dissoudre plusieurs résines,

en modifiant plus ou moins leur composition. Si l'on verse un peu de cet acide sur de la colophane, il se manifeste immédiatement et au simple contact une couleur rouge très intense; le même acide versé sur la résine de scammonée pure ne produit, au contraire, aucun changement immédiat; ce n'est qu'au bout de quelques minutes et au contact de l'air qu'elle se colore, mais faiblement et d'une couleur lie-de-vin; tandis que, dans le premier cas, la couleur est d'un rouge écarlate très foncé.

On reconnaîtra, par ce moyen, un vingtième de colophane dans la résine de scammonée; il suffira, pour cela, de verser, sur 25 ou 30 centigrammes de résine mise dans un mortier de verre ou de porcelaine, 4 à 5 grammes d'acide sulfurique du commerce et de donner un tour de pilon. Si la résine de scammonée contient de la colophane, le mélange rougira tout de suite au premirr contact; si la résine de scammonée est pure, au contraire, le liquide ne se colorera que plus tard.

Nul doute qu'on ne puisse également bien découvrir la falsification de cette même résine par d'autres substances.

(Répert. de pharm.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 octobre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adnpté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de deux états des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Yonne et du Gers; d'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le canton de Gray, par le docteur Fromartel; d'un rapport de MM. Fernand, Fabre, Gambournac, de Juvigny et Rippart sur l'épidémie cholérique du département du Cher; de quatre rapports sur les maladies qui ont régné en 1850 dans les arrondissements de Fougères, Vitré, Saint-Malo et Redon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Elle comprend les pièces suivantes :

Spirée ulmaire.

M. Ohriot adresse des documents sur l'utilité de la spirée ulmaire dans le traitement de l'hydropisie.

Tannate de quinine.

M. Lefèvre, de Rochefort, adresse une note sur l'efficacité du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

Anévrisme vrai.

M. Chapel, de Saint-Malo, adresse une observation de ligature de l'artère carotide primitive pour un anévrisme *vrai* de l'artère carotide externe. — Le malade, paraissant devoir guérir de l'opération, est mort d'un ramollissement du cerveau.

Purpura hemorrhagica.

M. Fournier, de Bordeaux, adresse une observation de purpura. (*Voir* notre numéro du 23 courant.)

Maladies articulaires.

M. Chéneau adresse une note sur l'emploi de l'iode en vapeur dans le traitement des maladies articulaires, pour lesquelles l'amputation est jugée le plus souvent indispensable.

Candidatures.

MM. Depaul, Jacquemier et Colombe informent l'Académie qu'ils se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

RAPPORTS.

Trachéotomie.

M. Jobert lit un rapport snr une observation d'opération de trachéotnmie pratiquée par M. Maslieurat-Lagemard et dans laquelle ce médecin a employé un procédé particulier de dilatation de la plaie; ce procédé consiste dans l'application d'un instrument en fil de fer trempé à ressort et semblable aux ophthalmostats qui tiennent les paupières écartées.

Pied artificiel.

M. Larrey lit un rapport favorable sur un pied artificiel imaginé par M. de Beaufort et qui est employé avec avantage depuis un an à l'hôtel des Invalides. Cet appareil consiste dans une forme en bois ayant l'apparence d'un soulier ordinaire, avec cette différence que les trois quarts postérieurs de la semelle forment une convexité dans le sens antéro-postérieur, ce qui donne, suivant l'auteur et suivant le rapporteur, plus de solidité à la marche et à la station, plus de facilité aux mouvements, et ce qui empêche le mouvement de faucher.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées.

LECTURES.

Phimosis congénital.

M. le docteur L. Fleury, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, lit un travail sur le phimosis congénital. (Voir ci-dessus un extrait de ce travail.)

Croton tiglium.

M. Dublanc, chef du laboratoire à la pharmacie centrale, lit un exposé de recherches sur les semences et l'huile de croton. Nous publierons ce travail.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 octobre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Détermination du point vital de la moelle allongée.

M. Flourens lit, à l'occasion de la communication faite par M. Alvaro Reynoso dans la dernière séance, la note suivante :

« Je profite de l'occasion que m'offre cette citation de M. Reynoso pour définir avec une précision nouvelle le point de la moelle allongée que j'appelle le point, le nœud vital, le point premier moteur du mécanisme respiratoire.

» Je disais, dans un mémoire présenté à l'Académie en 1827, que ce point avait 3 lignes à peine d'étendue, et je croyais alors beaucoup dire. Je puis dire plus aujourd'hui : il a à peine une ligne.

» J'ai fait représenter sur deux figures de cerveaux, l'une d'un cerveau de chien, l'autre d'un cerveau de lapin, les deux limites supérieure et inférieure du point vital telles que me les donnent mes dernières expériences.

» La limite supérieure passe sur le trou borgne; la limite inférieure passe sur le point de jonction des pyramides postérieures. Entre ces deux limites est le point vital. De l'une à l'autre de ces limites il y a à peine une ligne.

» Je fais souvent l'expérience en procédant par des sections transversales.

» Si la section passe en avant du trou borgne, les mouvements respiratoires du thorax subsistent.

» Si la section passe en arrière du point de jonction des pyramides, les mouvements respiratoires de la face (le mouvement des narines et le bâillement) subsistent.

» Si la section passe sur le point du V de snbstance grise, inscrit dans le V des pyramides ou le bec de plume, les mouvements respiratoires du thorax et de la face sont abolis sur-le-champ et tous ensemble.

» Je fais souvent aussi l'expérience d'une autre manière : je me sers d'un petit emporte-pièce dont l'ouverture a à peine un millimètre de diamètre.

» Je plonge cet emporte-pièce dans la moelle allongée, en ayant bien soin que l'ouverture de l'instrument réponde au V de substance grise et l'embrasse. J'isole ainsi tout d'un coup le point vital du reste de la moelle allongée, des pyramides, des corps restiformes, etc., et tout d'un coup les mouvements respiratoires de la face sont abolis.

» J'ai fait représenter sur les deux figures du cerveaux un petit cercle qui embrasse la pointe du V de substance grise.

» Ce petit cercle marque à la fois et la véritable place et la véritable étendue du point vital.

» On voit que ce point, premier moteur du mécanisme respiratoire, et nœud vital du système nerveux (car tout ce qui, du système nerveux, reste attaché à ce point vit, et tout ce qu'on en sépare meurt) n'est, ainsi que je l'ai répété bien des fois, pas plus gros que la tête d'une épingle.

» C'est donc d'un tel point que dépend la vie du système nerveux, la vie de l'animal, par conséquent; en un mot, la vie.

» Les physiologistes m'ont souvent demandé de leur indiquer par un terme anatomique la place précise du point que je nomme le point vital.

» Je leur réponds : La place de ce point vital est la place marquée par la pointe du V de substance grise. »

Influence du grand sympathique et des 3e, 4e, 5e et 6e paires sur les mouvements de l'iris.

MM. Waller et Budge adressent de nouvelles observations sur la partie intra-crânienne du nerf sympathique et sur l'influence qu'exercent les 3e, 4e, 5e et 6e paires sur les mouvements de l'iris.

Nous en extrayons les passages suivants, qui en résument les résultats principaux :

L'immobilité de la pupille et une légère dilatation sont les seuls effets qu'on observe après la section du nerf optique. La section des 3e, 4e et 6e paires de nerfs ne produit aucun effet sur la pupille après la section du nerf optique. Si, en outre, on fait la section du sympathique au cou, on a supprimé toute connexion entre le cerveau et l'œil, excepté celle fournie par la 5e paire.

La section de la cinquième paire faite alors, soit sur la branche ophthalmique, soit sur tout autre point jusqu'à son origine apparente sur le pédoncule, cause toujours une constriction considérable de l'ouverture de la pupille. Cette constriction de la pupille se fait toujours d'une manière graduelle et lente; souvent une ou deux minutes se passent avant qu'elle se déclare, et le même délai s'observe avant qu'elle atteigne son maximum de constriction. Si, au lieu de diviser, on irrite ce nerf mécaniquement, on aperçoit, surtout en pinçant l'ophthalmique à sa partie interne, une constriction s'accomplissant de la même manière, mais moins complétement, et disparaissant entièrement au bout de quelques minutes. L'étendue de la constriction par la section complète est ordinairement considérable : la pupille, de trois lignes, se réduit à une; mais, par la simple irritation, la constriction qui se produit est moindre.

L'irritation galvanique ou mécanique du bout central ne produit aucun effet sur la pupille de l'autre œil. Les mêmes phénomènes s'observent en divisant les nerfs de l'autre œil après l'ablation complète des hémisphères cérébraux.

Après la section du trijumeau, on observe un affaiblissement de sensibilité et de pouvoir moteur sur tout le corps; mais, en outre, on trouve, du même côté de la tête, la perte de sensibilité de la peau, de la face, de la conjonctive, comme après la section de la cinquième paire. Il se produit en même temps une constriction de la pupille plus ou moins considérable, qui n'est pas permanente. Sur le côté opposé de la tête, la sensibilité se manifeste d'une manière très évidente. Par rapport aux parties inférieures du corps, la plus grande perte de sensibilité se fait sur le côté opposé à la section, tandis que le mouvement est plus faible du même côté. L'irritation de la cinquième paire, à son origine dans le bulbe, a été suivie d'une constriction de la pupille moins forte et moins durable qu'après la section de cette partie; mais cette opération est trop promptement mortelle pour donner des résultats significatifs.

Sur le tronc du trijumeau, depuis sa partie postérieure au rocher, le galvanisme produit la constriction pupillaire; mais, en arrière du rocher, les effets sont peut-être moins nets, à cause de la facile désorganisation de cette portion du tronc et de la difficulté de l'isoler des parties voisines. Les autres parties du nerf qui sont en rapport avec l'os et la dure-mère, et qui sont facilement atteintes, sont celles sur lesquelles il convient d'agir pour obtenir des résultats concluants.

Après la section du nerf optique, la section de la troisième paire ne cause aucune altération dans la grandeur de la pupille; son action s'épuise très rapidement, et l'irritation galvanique cesse alors de produire aucun effet sur l'iris.

La quatrième paire et la sixième ont toujours paru, dans toutes ces expériences, n'exercer aucune influence sur la pupille.

Si, au lieu d'attendre la disparition de la constriction par la cinquième paire, on galvanise immédiatement le nerf sympathique pendant que la pupille n'a qu'une ligne ou une ligne et demie de diamètre, on trouve ordinairement l'action de ce nerf impuissante pour surmonter celle du trijumeau. Si, après que le trijumeau est découvert, et qu'on a constaté le pouvoir du sympathique de dilater la pupille, on pratique la division de la cinquième paire à des points successivement plus rapprochés de l'œil, on découvre que, jusqu'à la partie antérieure du ganglion gassérien, le sympathique conserve toujours son pouvoir sur la pupille. Mais, quand la section a passé cette limite antérieure, toute action du sympathique sur la pupille est perdue. Ce qui se déduit de cette expérience, c'est que toutes les fibres motrices de l'iris qui viennent du sympathique passent par le ganglion de Gasser. On peut constater de la même manière que ces fibres accompagnent les fibres de la branche ophthalmique, car, en faisant la section de cette branche à un point quelconque, on paralyse de la même manière l'action du sympathique cervical. La galvanisation locale du nerf trijumeau fournit encore d'autres preuves de la connexion du sympathique ciliaire avec le ganglion de Gasser. Comme les auteurs l'ont mentionné en parlant de la troisième paire, si l'on galvanise ce nerf non coupé sur un animal vivant, on obtient, au bout de quelques minutes, une constriction graduelle et lente de la pupille, qui peut durer pendant 25 à 30 minutes avant de disparaître. Si le nerf est récemment coupé, ou l'animal encore fortement irritable, on n'aperçoit aucun changement dans la grandeur de l'ouverture pupillaire, probablement à cause d'un état d'équilibre entre le pouvoir de dilatation du sympathique et celui de cnntraction de la cinquième paire. Plus tard, sur le même animal, la galvanisation en avant du ganglinn gasserien cause une dilatation de la pupille graduelle et fort considérable.

Etat de l'albumine dans l'économie.

MM. Pressat et Mialhe adressent un travail dans lequel, après avoir rappelé qu'ils pensent avoir établi dans de précédentes recherches que nulle matière ne peut entrer dans l'économie ou en sortir sans avoir été probablement dissoute, ils exposent que l'albumine qui se conduit à l'endosmose comme les matières non solubles n'est réellement point dissoute dans l'économie, mais seulement tenue en suspension. Ce n'est qu'accidentellement qu'elle s'y trouve en dissolution, et alors elle subit l'endosmose comme toutes les substances solubles. Les auteurs rapportent plusieurs expériences qu'ils croient concluantes à l'appui de leur manière de voir.

M. Rigault, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

LE SOUED.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 127. — SAMEDI — MARDI 4 NOVEMBRE 1851. (24e ANNEE.)
N° 127. — SAMEDI — MARDI 4 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1851.

LES HÉMOSTATIQUES. — LE CHLOROFORME.

La Société de chirurgie ayant fait à M. Sédillot l'honneur de violer sa constitution pour engager une discussion scientifique avec cet honorable chirurgien, c'est bien le moins que nous puissions faire que de consacrer quelques lignes à l'examen des communications qui ont servi d'aliment à cette discussion. Ces communications, nous devons le dire, n'ont pas été tout à fait telles que devait nous les faire espérer la réputation du savant professeur de Strasbourg. Nos lecteurs pourront juger dans un instant si nos impressions nous ont trompé.

La première communication de M. Sédillot a eu pour objet l'eau hémostatique de M. Pagliari, eau dont l'auteur a généreusement fait connaître la composition à M. Sédillot, avec prière de garder le secret jusqu'à ce que les effets de cette eau soient bien constatés.

Dans cette communication, M. Sédillot s'est borné à déposer la relation des faits que nous avons publiés il y a quelques mois, et à combattre par cet argument le doute que M. Flourens et nous-même avions émis touchant l'efficacité des hémostatiques en général et de l'eau de Pagliari en particulier.

« M. Flourens a déclaré que la physiologie ne permettait pas d'admettre l'action des liquides hémostatiques; c'est là une grande erreur. Les hémorrhagies s'arrêtent par la formation d'un caillot obturateur et par l'occlusion secondaire des artères. Supposez un liquide capable de solidifier rapidement le sang et de faire adhérer aux tissus environnants, et vous aurez un agent hémostatique d'une incontestable efficacité. »

M. Sédillot a prêté à M. Flourens une idée qui n'est pas exactement celle du savant secrétaire perpétuel. M. Flourens, non plus que nous, n'a point dit d'une manière absolue que la physiologie *ne permît pas d'admettre* l'action des hémostatiques. Il a dit, et nous avons dit que les connaissances anatomiques et physiologiques étaient peu favorables, *à priori*, à ce mode d'action. M. Sédillot répond : « Supposez un liquide capable de solidifier...., etc. » C'est résoudre la question par la question; car ce qui est difficile à comprendre, c'est précisément la solidification du sang dans des vaisseaux. En effet, pour qu'une substance quelconque coagule le sang, il faut qu'elle agisse directement sur ce liquide. Or d'un vaisseau ouvert le sang s'échappe incessamment, sans interruption. On peut bien comprendre qu'un hémostatique coagule rapidement le sang sorti des vaisseaux; mais comment admettre qu'il puisse coaguler celui qui est encore dans les vaisseaux eux-mêmes, pour peu que la circulation soit active, c'est-à-dire le courant rapide dans ces derniers? et comme c'est le sang intra-artériel qu'il faut coaguler pour former un caillot *obturateur*, il en résulte que l'on s'explique très difficilement, *à priori*, l'action prétendue des hémostatiques. Il y a une autre action que l'on comprendrait davantage, pour les petits vaisseaux du moins, c'est l'action astringente, constrictive; mais c'est justement de cette action que les hémostatophiles, et M. Sédillot lui-même, se préoccupent le moins.

Mais nous avons eu l'occasion de le dire souvent, et nous le répéterons encore, le raisonnement, chez nous, cède le pas aux faits : ce sont donc les faits qui nous décideront. Ceux qu'a publiés M. Sédillot, et que nos lecteurs connaissent, sont fort insuffisants encore pour prouver l'efficacité du nouvel hémostatique. Nous attendons, en conséquence, ceux qu'il nous a promis, et regrettons seulement, en attendant, que l'honorable professeur n'ait pas cru utile d'user de la générosité de l'inventeur pour mettre quelques confrères de Paris à même de confirmer les résultats de la clinique de Strasbourg.

La seconde communication de M. Sédillot était relative au chloroforme. Les points capitaux de cette communication ont été les assertions suivantes: que le chloroforme bien administré ne tue jamais; que, pour employer le chloroforme convenablement, il fallait le faire respirer toujours par le nez, et amener les malades à l'état de résolution complète avant de commencer l'opération; qu'enfin on pouvait prolonger indéfiniment cet état sans danger pour les malades.

De toutes ces assertions, il n'y en a pas une qui satisfasse complètement un esprit judicieux et impartial; il y en a une surtout qui est particulièrement dangereuse pour les malades et pour les médecins: c'est celle qui exprime cette erreur, que le chloroforme bien administré ne tue jamais. Elle est dangereuse pour les malades en inspirant à l'ignorance et à la crédulité une confiance aveugle; elle est dangereuse pour les médecins, en permettant à la malveillance des clients et à l'ignorance des magistrats de mettre toujours sur le compte de l'incapacité ce qui peut souvent n'être attribué qu'à un hasard malheureux. A ce dernier reproche, qui lui a été fait par M. Huguier, M. Sédillot a répondu qu'une question judiciaire ne pouvait être opposée à la vérité. Sur ce point, nous sommes entièrement de son avis. En tout et toujours nous préférons la vérité; mais à une condition, c'est que ce qu'on donne pour la vérité la soit bien réellement, et ne ressemble point à celle de M. Sédillot, qui est bien réellement une erreur. Nous n'en voudrions pour preuve que cette autre assertion de M. Sédillot, qui dit : « On a vu la mort survenir dès les premières aspirations de chloroforme. » Or, dans quels cas a-t-on vu cela? Précisément dans les cas où, comme dans celui de M. Gorré, par exemple, on a fait usage du procédé de M. Sédillot, c'est-à-dire où l'on s'est contenté de mettre sous le nez des patients un mouchoir imbibé de chloroforme.

M. Sédillot a fait une troisième communication, relative à l'urétrotomie, qui nous a paru conçue dans un meilleur esprit que les deux précédentes; mais, la Société ne s'en étant point occupée sérieusement, nous n'essaierons pas de suppléer à son silence.

H. de Castelnau.

MÉMOIRE
sur l'histoire naturelle, pharmaceutique et thérapeutique du chanvre indien;

Par M. AL. CHRISTISON, président de la Société médicale d'Edimbourg.

Suite et fin. — *Voir* le numéro du 21 octobre.

Le chanvre indien paraît posséder une remarquable puissance pour augmenter la force des contractions utérines; comme je n'ai lu jusqu'à ce jour aucune observation sur ce sujet, je pense que la relation suivante de quelques expériences tentées à l'hôpital de la Maternité d'Edimbourg sera accueillie avec quelque intérêt.

Une femme, à son premier accouchement, prit 40 gouttes de teinture une heure avant la sortie de l'enfant; l'ouverture du col était alors de l'étendue d'un schilling; il y avait des indurations autour, et les parties étaient très sensibles. Les douleurs devinrent rapidement très fortes, les membranes furent rompues, les eaux lancées à distance, et bientôt la tête s'engagea. Ensuite l'utérus se contracta bien.

Une autre femme, à son premier accouchement, prit 1 gros de teinture lorsque le col de l'utérus était rigide et avait la dimension d'une demi-couronne. Aussitôt après, l'accouchement fut très rapide.

Une autre, à son premier accouchement, prit la même quantité de teinture, le col ayant les mêmes dimensions. L'accouchement avança avec rapidité, et l'enfant sortit au bout d'une heure et demie. Il y eut ensuite des douleurs vives.

Une quatrième prit 3 gros de teinture à doses fractionnées, qui accélérèrent et augmentèrent les douleurs à un tel point qu'on eut quelques alarmes, et que le chloroforme fut nécessaire pour produire l'insensibilité.

Bientôt après, ayant porté particulièrement mon attention sur cette action du chanvre indien, je le donnai dans plusieurs cas à l'hospice de la Maternité, et j'observai ses effets sur l'intensité des douleurs et sur la durée des intervalles. Voici comment je procédai :

La durée des douleurs et celle des intervalles furent d'abord notées; la teinture d'extrait de chanvre de M. Robertson fut ensuite donnée, et, après quelques minutes, la durée des douleurs et des intervalles fut notée de nouveau. Dans le tableau suivant, cette durée est représentée par minutes et secondes.

AVANT L'ADMINISTRATION DU CHANVRE.		APRÈS L'ADMINISTRATION DU CHANVRE.	
Douleurs.	*Intervalles.*	*Douleurs.*	*Intervalles.*
1er CAS.		Après 8 gouttes :	
65"	»	50"	4'45"
		1'45"	5'45"
		Après 12 gouttes données au bout d'une demi-heure :	
		1'45"	4'
		2'45"	4'
		1'	
IIe CAS.		Après 17 gouttes :	
50"	3'20"		
57"	1'50"	1'15"	15"
57"	2'32"	20"	1'58"

PREMIER CAS. — C'était un accouchement naturel après une huitième grossesse. Le travail durait depuis vingt-quatre heures lorsqu'on administra le chanvre; il se termina quatre heures après. A la suite de la première dose de 8 gouttes, on n'observa que peu d'effet; mais après la seconde dose de 12 gouttes, la durée des douleurs fut augmentée, et leurs intervalles diminués. A la quatrième ou cinquième douleur le produit fut expulsé, et le chanvre ne fut pas donné de nouveau.

DEUXIÈME CAS. — C'était une seconde grossesse. 17 gouttes de teinture furent données à la seconde période de l'accouchement. La seconde douleur qui eut lieu après l'administration du médicament fut augmentée et l'intervalle raccourci. Il n'en fut pas de même de la troisième; mais les suivantes furent très énergiques et la délivrance eut bientôt lieu.

TROISIÈME CAS. — *Première grossesse.* — Le médicament fut donné à la seconde période de l'accouchement; le fait capital observé fut l'accroissement considérable de l'intensité des douleurs; leur durée fut aussi augmentée légèrement et les intervalles raccourcis dès la seconde dose. 20 gouttes furent données d'abord et ensuite 30. Vingt-quatre heures plus tard une nouvelle dose de 12 gouttes fut donnée, et les tranchées furent excitées au point que la malade dit souffrir autant que dans les premières douleurs du travail.

QUATRIÈME CAS. — *Première grossesse.* — 25 gouttes de teinture furent administrées après la terminaison de la première période l'accouchement. Les douleurs et leurs intervalles furent raccourcis et l'intensité des premières augmentée. Après une ou deux douleurs, l'effet se dissipa, et 30 gouttes de médicament furent données après une demi-heure; la troisième douleur qui suivit cette dose fut très intense, et elles se succédèrent ensuite pendant plusieurs heures sans interruption. Comme il y avait une malformation du bassin, le chloroforme fut administré et l'accouchement terminé à l'aide du forceps.

CINQUIÈME CAS. — *Première grossesse.* — Le chanvre fut donné pendant la seconde période d'abord à la dose de 30 gouttes, ensuite à la dose de 35 gouttes une demi-heure plus tard; la malade fut délivrée pendant l'action du médicament. L'effet de la première dose fut surtout le raccourcissement des intervalles et la prolongation des douleurs; mais l'effet sur la durée des intervalles fut beaucoup plus marqué après la seconde dose. La patiente trouva que les douleurs devinrent plus intenses, et l'examen permit de constater que la tête du fœtus était en effet poussée avec plus de vigueur.

SIXIÈME CAS. — *Première grossesse.* — 30 gouttes de teinture furent données à la seconde période du travail et l'effet fut très dessiné. Lors de l'administration du chanvre, le travail n'avait fait aucun progrès depuis une heure. Avant l'administration de la teinture, la patiente était nerveuse et très excitée, et, quoiqu'elle se plaignît beaucoup des douleurs, le toucher ne faisait sentir que des contractions faibles et la tête de l'enfant se déplaçait à peine. Mais, à la seconde douleur qui suivit la prise du médicament, les contractions devinrent très fortes, la tête fut poussée énergiquement en bas et le fœtus fut expulsé au bout de dix minutes. Il n'y eut aucune influence sensible sur la durée des douleurs et des intervalles.

SEPTIÈME CAS. — *Sixième grossesse.* — La première période n'était pas entièrement terminée, lorsque 32 gouttes de teinture furent données; l'action fut très dessinée. La patiente déclara que la seconde douleur qui suivit la prise du médicament fut la plus forte qu'elle eût encore éprouvée. Une heure et demie après, 40 gouttes furent encore administrées; mais l'effet espéré ne fut pas produit. Au bout de cinq quarts d'heure on donna encore 50 gouttes. Aucune action ne se manifesta; les douleurs devinrent irrégulières et les intervalles longs. On abandonna la malade aux seules forces de la nature.

Dans ce cas, il sembla s'établir une tolérance du médicament; car, bien que 120 gouttes de teinture eussent été prises, aucun effet physiologique ne fut produit.

Dans tous ces cas donc, la durée des douleurs ou des intervalles n'a pas été constamment modifiée; mais dans les observations I, II et IV, la prolongation des douleurs et le raccourcissement des intervalles furent évidents. Dans l'observation V, un raccourcissement des intervalles correspondait

à chaque prise du médicament. Ce phénomène fut en général plus remarquable que la prolongation des douleurs. En résumé, cependant, je n'attache qu'une importance limitée à ces résultats. Mais le fait sur lequel il ne peut exister de doute, c'est l'accroissement considérable de l'*intensité* des douleurs sous l'influence du chanvre, à l'exception toutefois de la dernière observation, dans laquelle, une fois les premiers effets produits, aucune action ne se manifesta plus. Ce fut la seule exception.

Il est digne de remarque que dans aucun de ces cas les effets physiologiques du chanvre ne furent observés. Aucune excitation, aucune action toxique, aucune tendance au sommeil ne se manifesta.

Comme conclusion, je constate qu'il semble y avoir une différence évidente entre le mode d'action du *cannabis indica* et celui de l'ergot de seigle. Ainsi, tandis que l'effet de ce dernier se produit après un temps considérable, celui du chanvre se manifeste au bout de deux ou trois minutes. Secondement, tandis que l'action de l'ergot se prolonge pendant longtemps, celle du chanvre se borne aux quelques douleurs qui en suivent l'administration. Troisièmement, l'action du chanvre est plus énergique et peut être plus sûrement produite que celle de l'ergot.

Il y a donc peu de doute que le *cannabis indica* ne puisse rendre des services essentiels en provoquant les contractions utérines dans les accouchements laborieux.

Des expériences ultérieures montreront dans quelles limites ces effets se manifestent, et quels sont les cas auxquels il convient d'appliquer ce médicament.

Mode d'administration. — Le *cannabis* peut être administré de plusieurs manières : l'extrait, sous forme de pilules, produit l'effet le plus gradué et permet d'éviter le goût désagréable de la solution. Mais sous cette forme l'action est plus incertaine. L'émulsion suivante a été préconisée : Un scrupule d'extrait trituré dans un mortier chaud avec un gros d'huile d'olive, à laquelle on ajoute une demi-once de mucilage et sept onces et demie d'eau distillée (Bromfield). Mais le procédé le plus simple est d'administrer la teinture, qui est versée goutte à goutte dans un peu d'eau et avalée immédiatement. L'eau peut être édulcorée avec du sucre, ou bien aromatisée par la teinture de cardomon, par exemple. La teinture ordinaire contient trois grains d'extrait pour un gros d'alcool rectifié.

L'extrait peut être donné à la dose de 1 à 6 grains, et la teinture à celle de 10 à 30 gouttes pour les cas ordinaires. Une dose moindre que 30 gouttes n'a qu'un faible effet sur les contractions utérines. Des doses élevées, telles que 1 ou 2 gros répétés plusieurs fois, peuvent être données dans le traitement du tétanos, maladie dans laquelle il existe une grande tolérance pour le médicament.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Paralysie de la sixième paire guérie à l'aide de la cautérisation de la conjonctive.

Dieffenbach a eu l'idée de traiter la paralysie musculaire de l'œil à l'aide de la cautérisation de la conjonctive avec un crayon de nitrate d'argent. Cette méthode, en faveur de laquelle M. Ch. Deval a publié plusieurs cas de guérison, m'a paru assez rationnelle; car l'inflammation locale qui résulte de l'action du caustique sur une partie si rapprochée du muscle doit être un stimulant assez énergique pour réveiller la contractilité musculaire.

Le fait qui suit paraît du moins se prêter à cette interprétation.

Obs. — Victey (Michel), quarante ans, d'une forte constitution, tempérament éminemment sanguin, ayant une excellente vue habituelle, a eu en 1832 une sciatique à droite qui a duré deux ans. Il n'est pas très sujet à des maux de tête; seulement il a parfois une migraine qui dure deux jours avec un léger tressaillement des paupières, spécialement du côté droit. Il y a un mois, il a eu des étourdissements assez forts; tous les objets paraissaient tourner, surtout lorsque le malade fermait l'œil gauche. Ces étourdissements ont duré deux jours. Le malade a été saigné une fois et purgé deux fois. Il y a eu un peu de soulagement.

Etat actuel. — Le 13 septembre 1850, les deux yeux, examinés séparément, distinguent aussi bien l'un que l'autre les caractères d'imprimerie. A gauche, l'œil a tous ses mouvements normaux; la pupille est seulement un peu large et mobile, ce qui paraît être l'état normal.

A droite, il y a un strabisme interne; la pupille est plus rétrécie, bien qu'immobile également.

L'œil se dirige en haut, en bas, en dedans, mais il ne peut se diriger en dehors. Le muscle droit externe est donc paralysé.

Les objets ne paraissent pas inclinés, l'œil gauche étant fermé; seulement cette expérience provoque de grands étourdissements.

Il existe un *strabisme convergent fixe* de l'œil droit. Lorsque le malade regarde à un pied de distance, les objets sont vus *simples*; au delà ils paraissent *doubles*.

1° Frictions matin et soir avec la teinture alcoolique de noix vomique;

2° Collyre avec :

Eau distillée.	30 grammes.
Acétate de strychnine. . . .	0,10

3° Purgatif salin.

Le malade ferme instinctivement l'œil droit pour éviter la diplopie; cet œil ne paraît pas plus sensible à la lumière que l'autre.

Le 20 septembre, cautérisation avec le nitrate d'argent de la muqueuse au niveau du muscle droit externe. L'état du malade n'a pas varié.

Le 26, il est survenu une conjonctivite œdémateuse assez aiguë par suite de la cautérisation; elle persiste encore aujourd'hui. Mais je fais la remarque que l'œil commence à reprendre ses mouvements en dehors; ainsi, il peut suivre le doigt jusqu'au milieu de l'orbite, ce qui était impossible auparavant; la diplopie est également moins prononcée : les deux images sont plus voisines l'une de l'autre. — Collyre marin; purgatif salin.

Le 10 octobre, les mouvements en dehors dépassent l'axe antéro-postérieur de l'orbite. La vision double n'a lieu que lorsque les objets sont présentés à droite et en dehors de cet axe. Lorsqu'elle a lieu, les deux objets ne sont pas vus sur le même niveau. Des deux images, *celle de gauche paraît plus élevée de deux travers de doigt que celle de droite.* J'excise un tubercule qui a résulté de la cautérisation. — Même collyre, qui servira en même temps pour frictions.

Le 15 novembre, l'œil droit jouit de toute l'étendue de ses mouvements en dehors. Les deux axes oculaires sont parallèles; il n'y a plus de diplopie, excepté lorsqu'on présente un objet tout à fait à droite et en dehors de l'axe visuel ordinaire : alors l'image placée à droite est située *plus bas* que l'autre qui est à gauche. Il n'y a plus de traces du tubercule excisé.

Note sur la valeur symptomatique d'une lésion fonctionnelle de l'œil qui a été désignée sous les noms de myodesopsie, mouches volantes, corps voltigeants, etc.

Morgagni, Travers, Ward, Delachire, Pitcairn, Langenbeck, Demours, etc., ont donné du phénomène singulier qui consiste dans la perception de corpuscules imaginaires placés à une certaine distance des yeux des explications bien différentes. Aucune ne saurait résister à une critique un peu sérieuse. Je m'abstiens de toute discussion.

Je me suis moi-même assez patiemment occupé de ce sujet, et j'ai cherché à m'expliquer la nature de ce vice de la vision, son origine, sa valeur symptomatique, et je crois être parvenu à me rendre exactement compte d'une lésion fonctionnelle très fréquente, laquelle préoccupe vivement les personnes qui en sont affectées, en leur faisant concevoir des craintes mal fondées pour l'avenir.

Je suis parti de ces données fournies par les observateurs les plus exacts, Demours, Mackenzie, etc., et complètement confirmées par moi :

Les mouches volantes n'existent jamais dans l'axe visuel, elles sont toujours placées sur l'un de ses côtés;

Elles disparaissent à un demi-jour, sous un ciel sombre, à la lumière artificielle; c'est par un beau temps, à une lumière bien vive, qu'elles se montrent avec leurs caractères les plus tranchés;

Leur forme varie sensiblement avec l'action différente de la lumière sur l'œil;

Elles paraissent comme projetées brusquement en haut lorsque le malade regarde dans cette direction, après avoir eu surtout la précaution de fermer préalablement les paupières; puis elles descendent peu à peu, et disparaissent même parfois d'une manière complète.

De tout ceci « j'ai conclu que la myodesopsie était le résultat du passage de rayons lumineux à travers le tissu semi-transparent de l'iris, et dans un point très circonscrit qui se trouve accidentellement dépourvu de matière pigmenteuse. »

La sensation de corpuscules voltigeant dans l'air résulte dès lors de l'image que projette sur la rétine la trame nervoso-vasculaire de l'iris, dont la texture se trouve être considérablement grossie par la lentille cristalline presque accolée à la fissure de l'uvée.

Cette théorie explique :

Pourquoi les mouches volantes sont placées latéralement à l'axe visuel;

Pourquoi elles apparaissent au grand jour, qui fait contracter l'iris et agrandit l'hiatus de l'uvée;

Pourquoi leur forme varie selon le degré de contraction de l'iris, c'est-à-dire d'après les dimensions de la fissure uvéenne;

Pourquoi elles paraissent après un mouvement brusque des yeux qui s'accompagne toujours d'une oscillation contractile de l'iris, pour diminuer ou disparaître ensuite lorsque la pupille s'agrandit de nouveau.

Une démonstration plus directe restait à faire, je l'ai tentée.

S'il est vrai, me suis-je dit, que la myodesopsie soit le résultat de la pénétration de la lumière dans le fond de l'œil par une fissure de l'uvée, apparente surtout pendant la contraction de l'iris, il est de toute évidence que les mouches volantes doivent disparaître pendant la dilatation artificielle de la pupille provoquée par la belladone.

L'expérience a pleinement confirmé mes prévisions : « La mydriase artificielle guérit instantanément la myodesopsie, et les mouches volantes reviennent avec les mouvements de l'iris. »

J'ai voulu appeler l'attention sur un point encore obscur de pathologie spéciale qui n'est pas dépourvu d'intérêt. Je n'ai eu en vue ici que la *myodesopsie essentielle*, celle qui n'offre aucune gravité; j'établirai plus tard que, dans la *myodesopsie symptomatique* du glaucome, par exemple, l'altération de texture de l'iris qui se révèle, surtout au début, par un ou plusieurs points brunâtres, rend parfaitement compte de ce phénomène resté inexplicable, et confirme de tout point ma théorie.

Mais qu'il me soit permis de faire remarquer tout d'abord l'importance qu'acquiert pour le diagnostic différentiel le moyen nouveau que je viens d'indiquer.

En effet, la dilatation artificielle de la pupille permettra désormais de reconnaître d'une manière plus certaine si l'on a affaire à des mouches volantes proprement dites, ou à des taches brunâtres désignées sous le nom de scôtomes et qui se rencontrent dans les opacités partielles de la cornée, dans la cataracte commençante, etc.; car les mouches volantes disparaissent avec la mydriase, tandis que les scôtomes persistent ou acquièrent même des caractères plus prononcés.

NOTE SUR UN FAIT DE DENTITION TARDIVE.

Par M. le docteur A. Legrand.

Voici ce que je lis dans un vieux *Traité des dents* (2e édition; Paris, 1746, t. I, p. 33), publié par Pierre Fauchard, au sujet de la venue tardive des dernières molaires dites *dents de sagesse* : « Quelquefois ces dernières dents ne viennent qu'à l'âge de cinquante ans et plus, et j'ai observé que ces dernières molaires, lorsqu'elles venaient dans un âge avancé, causaient quelquefois des fluxions et même des abcès aux parties voisines, ce qui ne peut provenir que du tiraillement qui arrive aux fibres charnues de la gencive, que la couronne de la dent force à s'écarter en écartant aussi l'alvéole. »

Il y a déjà quelque temps que j'avais lu ces lignes pour la première fois; ce fut à l'occasion de phénomènes semblables rapportés par la *Gazette des Hôpitaux* (Année 1849, p. 570 et 574). Cependant quelque doute existait encore dans mon esprit, avec d'autant plus de raison que le même journal, je crois, avait démenti un fait semblable de dentition tardive qu'il avait mis en avant sur la foi d'un de ses correspondants.

Aujourd'hui le doute n'est plus permis.

En effet, j'ai été consulté dans les derniers jours du mois de juin 1851 par une dame âgée de cinquante à cinquante et un ans, ayant cessé d'être menstruée déjà depuis quelque temps, mais jouissant habituellement d'une bonne santé; j'ai été consulté, dis-je, pour une douleur vive et continue qu'elle ressentait à l'extrémité droite du bord alvéolaire supérieur. Quoique cette dame n'eût que vingt-huit dents, je ne crus pas à la possibilité d'une dentition si tardive. Mais il fallut bien que, dans les premiers jours du mois d'octobre suivant, je me rendisse à l'évidence, quand je reconnus de chaque côté, au lieu indiqué plus haut, la couronne d'une molaire peu volumineuse qui commençait à franchir la gencive. Comme cette dentition s'accompagnait d'une douleur continuelle et empêchait la malade de prendre des aliments, ce qui avait déterminé un amaigrissement considérable, je consultai MM. Jobert et Velpeau sur l'opportunité de l'avulsion. Ce dernier, s'étant bien convaincu, après un examen attentif, de la présence d'une molaire, s'est rangé à l'avis du premier, et la dent a été extraite, non sans de grandes difficultés, le 15 octobre 1851, par un dentiste anglais.

Ainsi se trouve confirmée la réalité de phénomènes de ce genre, assez rarement observés pour qu'ils aient été contestés par un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels se trouvait un des consultants nommés plus haut.

J'ajouterai que Fauchard n'a rien exagéré en traçant le tableau des désordres que causent souvent ces dentitions tardives; car il est difficile de bien exprimer l'état vraiment fâcheux dans lequel se trouve encore aujourd'hui la personne qui fait l'objet de cette note.

CONSIDÉRATIONS

sur l'emploi simultané du chloroforme et du seigle ergoté dans les accouchements,

Par M. Beatty.

M. Beatty commence par justifier l'usage du chloroforme administré pour prévenir les douleurs de l'enfantement. Selon lui, il est, dans ce cas particulier, tout à fait exempt de dangers; et cela pour deux motifs. D'abord la malade est toujours alors dans la position horizontale, situation où l'on observe que les accidents suite de chloroformisation arrivent le moins fréquemment, et où il est nécessaire de consommer moins du liquide anesthésique pour produire le sommeil. En second lieu, on sait que l'action du chloroforme est mieux supportée lorsque l'estomac est en état de vacuité. Or, quand on emploie le chloroforme chez les femmes en couches, ce n'est jamais dès les premières douleurs, et par conséquent l'estomac a déjà eu, en général, le temps de se vider des aliments qu'il contenait.

Nous ne craignons pas, vu la timidité de nos compatriotes à cet égard, de reproduire les règles que M. Beatty trace pour l'application du chloroforme à l'obstétrique. D'ordinaire, il ne commence les inhalations que lorsque le col utérin est presque complètement dilaté. Il verse alors 2 grammes du liquide sur un mouchoir qu'il tient à 5 ou 6 pouces de la figure de la patiente; il l'approche peu à peu, de plus près en plus près, jusqu'à ce que les bords du mouchoir couvrent les joues. Dans les cas de travail simple, il ne va jamais jusqu'à produire l'insensibilité; mais, dès que la respiration devient embarrassée, il éloigne le mouchoir et attend pour le rapprocher que ces effets se soient dissipés; de cette manière la malade ne perd jamais la conscience de ce qui se passe; seulement elle est débarrassée des douleurs utérines ainsi que de celle des reins.

S'il est arrivé en chirurgie des accidents par suite de l'emploi du chloroforme, on peut, dit-il, les rapporter soit à l'impureté du liquide, soit à une dose excessive, soit à l'état de plénitude de l'estomac, soit enfin à la position verticale du malade.

Dans beaucoup de cas le travail, sans aucune cause qui lui mette absolument obstacle, est long, fatigant, *tedious labour*. L'indication du chloroforme y devient donc très justifiée; mais comme il a pour effet de ralentir les contractions expultrices, ce résultat de son action augmenterait encore la cause qui constitue une complication. En pareille circonstance, M. Beatty recommande d'administrer simultanément le seigle ergoté. Cet agent active alors les contractions que l'influence du chloroforme rend moins fortes.

Voici quelques-uns des faits cités par lui comme exemples des avantages de cette association.

Mrs. W..., déjà mère de plusieurs enfants, était très inquiète et redoutait de succomber durant sa couche actuelle.

Elle désirait beaucoup d'être soumise à l'action du chloroforme. Le travail commença dans la matinée; mais à dix heures du soir il avait fait très peu de progrès. M. Beatty donna alors 4 grammes d'ergot de seigle, en deux doses, à un quart d'heure l'une de l'autre. Bientôt après les contractions devinrent énergiques; au bout de vingt miuutes, la patiente, agitée, sans repos, était en plein travail. Elle demandait avec instance le chloroforme, et on l'employa de la manière qui a été indiquée précédemment. Presque immédiatement après, le calme s'établit sans qu'elle cessât d'avoir conscience de ce qu'elle éprouvait; elle continuait à parler raisonnablement, témoignant la plus grande satisfaction du résultat des inhalations.

A minuit et demi, elle accoucha d'un enfant mâle bien portant. Elle fit alors savoir qu'elle avait eu conscience de chaque contraction, ainsi que des efforts qu'elle faisait pour pousser, mais qu'elle n'avait point souffert.

L'auteur fait remarquer avec raison que, en dissipant l'inertie utérine, le seigle ergoté a créé ici une indication à l'emploi du chloroforme, ou du moins a permis d'y recourir.

Mrs. F... était enceinte pour la première fois. Très désireuse de profiter des avantages du chloroforme pour son accouchement, elle avait obtenu la promesse de se le faire administrer. Les douleurs commencèrent très faibles, de telle sorte que, au bout de vingt heures, le col n'était dilaté que comme une pièce d'une demi-couronne. Le bassin était spacieux et les parties molles relâchées.

La malade pressait beaucoup pour qu'on commençât les inhalations; mais les douleurs n'étant pas suffisamment fortes pour justifier ce parti, on donna l'ergot de seigle, qui activa le travail de manière que, au bout de vingt minutes, il était pleinement établi. On put alors pratiquer les aspirations de chloroforme, qui furent continuées deux heures, au bout desquelles elle mit au monde un enfant vivant.

Jusqu'ici l'on voit que l'ergot a mis le travail en train dans des cas où sa lenteur n'eût pas permis la chloroformisation. Il manquait un exemple où l'action anti-contractile trop puissante du chloroforme eût été visiblement corrigée par le seigle ergoté.

Voici un fait où les choses se sont effectivement passées ainsi.

Mistress P..., grosse pour la seconde fois, eut, à terme, des douleurs vives et si bien prononcées que, en quatre heures, le col était presque entièrement dilaté. Comme elle avait exprimé le désir d'être chloroformisée, on jugea le moment venu d'y procéder. On poussa les inhalations jusqu'au point de produire le sommeil, qui dura une heure. En sortant de cet état, les contractions ne recommencèrent point, ce qui détermina M. Beatty à ordonner le seigle ergoté. Elle en prit 4 grammes de la façon ordinaire; tes douleurs redevinrent en peu de temps plus fortes et plus fréquentes; et lorsqu'elles se furent établies de nouveau, on reprit l'usage du chloroforme.

Il n'y eut dès lors plus d'interruption dans la suite des contractions. Tout se passa de la manière la plus satifaisante. Une heure après avoir recommencé le chloroforme, l'accouchement se termina heureusement.

— On ne peut qu'applaudir à l'idée de cette utile association, et garder le souvenir des cas où M. Beatty s'en est servi avec succès pour l'appliquer, à son imitation, lorsque l'occasion s'en présentera. Le seul écueil à éviter dans cette pratique serait, à notre sens, la tentation de la généraliser outre mesure.

En ayant sous la main d'un côté un agent excitant, de l'autre un moyen de dépression, l'accoucheur se croira peut-être en mesure de doser à son gré la force contractile dont il a besoin. Mais l'organisme humain n'est ni une équation qu'on puisse maintenir exacte au moyen de modifications correspondantes apportées à chacun de ses termes, ni une palette où la teinte trop claire se corrige à l'instant par l'addition d'un peu de couleur plus foncée. Réservons donc ce secours pour les cas où, contre toute prévision, l'un des deux agents aurait été employé inopportunément ou poussé trop loin; mais ne nous faisons pas de l'art de les atténuer l'un par l'autre une habitude banale, dont quelques succès ne sauraient en aucune manière autoriser la vulgarisation.

(*The Dubl. quat. journ.* et *Gaz. méd.*)

OBSERVATION D'UNE HYSTÉROTOMIE,

ou opération césarienne vaginale, dans un cas d'absence du col de la matrice pendant le travail de l'enfantement;

Par M. Bobillier, D.-M.-P. à Dunkerque.

Dans la nuit du 18 juin 1850, je fus mandé par mon confrère Menebo pour donner mon avis sur un cas d'absence ou de déviation telle du col de la matrice, qu'on ne le trouvait nulle part chez une femme qui accouchait pour la première fois. En effet, je touchai cette femme, je ne sentais que la tête au-dessus des parois de la matrice qui étaient très distendues; mais point d'ouverture ni en avant, ni en arrière, ni sur les côtés: les douleurs étaient si violentes que les parois de la matrice menaçaient de se déchirer. L'indication était positive et urgente, il fallait faire un passage à l'enfant: je fis mettre la femme sur les genoux, et me servant de l'index de la main gauche, je dirigeai la pointe d'un bistouri à lame allongée, et j'incisai depuis l'angle sacro-vertébral jusqu'en dedans de la symphyse du pubis dans l'étendue de quatre pouces et demi. Il s'écoula peu de sang, les contractions de la matrice se soutinrent pendant quelque temps, la tête semblait vouloir s'engager dans l'ouverture faite par l'incision; mais bientôt elles cessèrent tout à fait, nous appliquâmes le forceps; mais la tête se trouvant encore en travers ou très obliquement, elle fut mal saisie, elle ne descendit pas, et nous fûmes obligé de terminer l'accouchement par la version. L'enfant était mort. Après une telle opération et les manœuvres qui venaient d'avoir lieu, on pouvait craindre pour l'existence de notre primipare; il n'en fut rien, elle n'eut même pas de fièvre, et elle se rétablit aussi promptement qu'après une couche ordinaire.

L'occlusion paraissait complète. Cependant cette femme, avant d'être enceinte, était bien réglée, et la conception avait eu lieu; il n'y avait donc pas occlusion, mais probablement une déviation si grande, qu'il a été impossible de trouver l'ouverture du col; et cette déviation, rien n'a pu l'expliquer, puisqu'il n'y avait pas d'obliquité de matrice. Elle n'avait non plus éprouvé aucune inflammation antécédente qui aurait pu en être la cause. Quoi qu'il en soit, ce cas d'hystérotomie peut être mis au nombre des cas heureux, et je me félicite qu'il me soit échu.

OBSERVATION D'UNE TUMEUR HYDATIQUE ÉNORME DANS LE VENTRE.

Ponction et extraction du kyste hydatique en totalité. Guérison par les injections iodées.

Par le même.

Le nommé Bomelard, marin, âgé de trente-six ans, portait depuis longtemps une tumeur énorme dans la région ombilicale; elle faisait des progrès rapides et avait déjà 70 centimètres de diamètre; percutée, elle offrait un son mat; ses alentours, occupés par les intestins, étaient sonores; le nombril était effacé; la peau, très amincie dans cet endroit, menaçait de faire rupture, et cette rupture pouvait avoir lieu dans le ventre. Ces considérations me déterminèrent à faire la ponction avec un trocart; il en sortit une grande quantité de sérosité limpide. Après avoir retiré la canule du trocart, un lambeau du kyste hydatique se présenta à l'ouverture, je l'agrandis et je pus attirer une grande portion du kyste semblable à de fausses membranes. Une grande quantité d'acéphalocystes sortirent pendant plusieurs jours, et je pus extraire jusqu'à la dernière portion du kyste hydatique. J'établis alors une compression pour rapprocher les parois de cette tumeur; je fis tous les jours une injection iodée, et peu à peu le diamètre de la tumeur diminua; deux mois après elle était réduite à un très petit volume, et l'ouverture que j'avais entretenue avec une mèche se cicatrisa; on ne sentait dans le ventre qu'un peu de dureté qui a disparu avec le temps. Depuis, ce marin se porte bien et a fait plusieurs voyages en mer. (*Rev. méd.-chir.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 octobre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La Société a reçu un travail de M. Laforgue, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse. Dans ce travail intéressant, M. Laforgue, après s'être livré à quelques considérations sur les hydatides en général, rapporte une observation curieuse d'hydatide du foie guérie par une opération chirurgicale.

Fracture comminutive de l'humérus par un coup de feu. — Hémorrhagies consécutives. — Désarticulation scapulo-humérale.

M. Larrey a reçu d'un jeune chirurgien de l'armée d'Afrique, le docteur Sistach, une observation de plaie d'arme à feu dont il donne une analyse succincte.

Il s'agit d'une fracture grave de l'humérus par une balle, qui, extraite aussitôt, se trouva divisée en trois fragments. Les fatigues du transport et les émotions de la guerre ne permirent des soins réguliers qu'au septième jour de la blessure. Elle offrait trois plaies au bras, dont deux par contre-ouverture, une fracture comminutive de l'humérus avec saillie des fragments sous la peau et une tuméfaction considérable.

M. Lebas, chirurgien en chef de l'hôpital de Djidjeli, tenta vainement la conservation du membre. Deux hémorrhagies consécutives nécessitèrent la désarticulation du bras, qui fut faite d'après le procédé de Larrey sous l'influence du chloroforme. On réunit la plaie par première intention; les forces, très affaiblies, se rétablirent graduellement, et la cicatrisation définitive au quarante-cinquième jour permit à l'amputé de sortir de l'hôpital deux mois après sa blessure.

La source de l'hémorrhagie parut provenir de l'humérale profonde, érodée par l'un des nombreux fragments osseux qui avaient intéressé l'humérus dans toute l'étendue de son tiers supérieur.

L'auteur de cette observation y joint quelques réflexions judicieuses: d'abord sur les hémorrhagies qui compliquent les plaies d'armes à feu et sont bien plus souvent primitives que consécutives, contre l'opinion généralement établie.

Ainsi, d'après M. Sistach, sur 350 blessés reçus à Djidjeli en mai 1851, on n'a observé que 2 cas d'hémorrhagie consécutive. Il se rappelle avoir vu des résultats analogues au Val-de-Grâce en février et juin 1848.

Il apprécie ensuite la valeur des amputations promptement faites plutôt que différées eu égard aux conditions mêmes dans lesquelles se produisent les hémorrhagies.

Il aurait pu, enfin, à ce double point de vue, rappeler l'important précepte de l'extraction immédiate des esquilles mobiles susceptibles de déterminer des hémorrhagies par érosion et de nécessiter l'amputation consécutive.

Rapport.

M. Giraldès. Messieurs, vous avez chargé MM. Larrey, Demarquay et moi de vous rendre compte du travail que vous a adressé M. Birkett, de Londres, afin d'obtenir le titre de membre correspondant.

Ce travail, messieurs, comprend trois observations d'hématurie traumatique suivie de guérison. Cette maladie était occasionnée par une contusion violente de la région lombaire et des flancs.

La première observation a pour sujet un jeune homme âgé de dix-neuf ans, qui est tombé du haut d'un toit qui s'écroulait; dans sa chute, il reçut une violente contusion dans la région lombaire et se fractura la mâchoire inférieure.

La deuxième observation a pour sujet un homme de trente-sept ans qui tomba à la renverse sur une poutre.

Enfin, la troisième observation a rapport à un jeune garçon de quinze ans, qui en courant tomba sur un bloc de granit.

Dans ces trois cas, la contusion s'est faite sur des corps arrondis et durs, et dans un cas la chute d'un lieu élevé a dû ajouter à l'intensité du choc celle de la gravité de la blessure; la nature des corps contondants et l'intensité du choc ont produit une lésion plus ou moins profonde et donné lieu à des accidents primitifs et consécutifs d'une gravité différente.

Dans ces faits, on a observé la série de symptômes qui accompagnent souvent les lésions violentes de l'abdomen, à savoir: douleurs et anxiété, perte de connaissance, sueurs froides, petitesse du pouls, pâleur et constriction du visage, diminution dans la chaleur naturelle des extrémités.

Je viens, messieurs, de vous présenter le résumé des trois observations d'hématurie traumatique qui vous ont été adressées par M. Birkett.

Ces faits, comme vous pouvez le voir, présentent un certain intérêt pour l'histoire des blessures des reins. Ils viennent montrer que dans beaucoup de cas ces organes, quoique placés dans une région profonde, peuvent être atteints par une contusion violente de la région lombaire sans que l'organe tégumentaire présente la moindre trace de violence extérieure. Dans ce cas, le rein aussi bien que le poumon, le cœur, le foie, les intestins, la vessie et même la veine-cave peuvent être contus, lacérés par des pressions, des chocs violents sans qu'on puisse constater une lésion bien remarquable de l'organe tégumentaire.

Au point de vue clinique, cette circonstance est d'une grande valeur; car elle fait sentir combien le chirurgien, dans des cas de cette nature, doit tenir compte des symptômes généraux ou locaux qui se manifestent s'il veut arriver à établir un diagnostic précis et à instituer un traitement convenable.

Dans les trois faits d'hématurie dont nous venons de donner le résumé, l'hémorrhagie a suivi de très près la contusion de la région lombaire; elle n'a pu être produite que par une contusion des reins.

L'auteur de ces observations s'abstient de toute remarque à cet égard, et il se borne à relater les faits, à exposer la série des symptômes qui se sont développés, sans déduire de ces faits aucune conséquence.

Cette méthode, d'exposer les observations débarrassées de toute remarque touchant le diagnostic ou le traitement, est celle qui est suivie en général par la majorité des chirurgiens anglais. On ne saurait donc adresser aucun reproche à M. Birkett, et les critiques qu'on pourrait opposer à cette manière de procéder incombent plutôt à l'école à laquelle il appartient.

Votre commission a pensé qu'il était de son devoir de vous faire connaître la valeur scientifique du chirurgien qui sollicite vos suffrages.

M. Birkett se présente dans les meilleures conditions possibles. Ce chirurgien est auteur d'un mémoire couronné en 1848 par le Collége royal des chirurgiens d'Angleterre; cette monographie porte pour titre: *Des maladies du sein et de leur traitement*. Ce travail, de 250 pages, accompagné de onze planches, renferme des détails importants sur les kystes et sur les tumeurs hypertrophiques de la glande mammaire. Dans ce moment, il s'occupe de la composition d'un autre travail qui doit servir de complément au premier, une *Monographie des kystes de la région mammaire*.

M. Birkett, depuis 1849, occupe la position importante de chirurgien adjoint d'un des premiers hôpitaux de Londres; il est aujourd'hui le premier chirurgien adjoint de Guy's Hospital. Il occupe également, à l'Ecole de médecine de Guy's Hospital, la place de professeur d'anatomie.

Votre commission a l'honneur de vous proposer:

1° Le dépôt aux archives des observations de M. Birkett;

2° D'accorder le titre de membre correspondant à M. John Birkett, chirurgien adjoint de Guy's Hospital.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Birkett est nommé membre correspondant.

Communications.

M. le professeur Sédillot assiste à la séance. Invité par M. le président à faire quelques communications, il s'exprime dans les termes suivants:

Messieurs,

J'ai voulu profiter de mon séjour à Paris pour assister à une de vos séances. Je lis comme tous les chirurgiens vos travaux avec le plus grand intérêt, et, puisque vous le désirez, j'attirerai un instant votre attention sur quelques points de chirurgie dont je me suis dernièrement occupé.

Comme la plupart des chirurgiens, j'ai longtemps mis en doute l'action des liquides hémostatiques; mais aujourd'hui je suis convaincu de la possibilité d'en tirer un parti avantageux, et il m'a été démontré que l'eau de M. Pagliari, de Rome, jouissait d'une véritable efficacité.

J'ai annoncé dans un mémoire sur ce sujet adressé, à l'Académie des sciences, que je continuerais ces recherches, et je suis dès à présent en mesure de faire connaître la composition du liquide hémostatique de M. Pagliari, qui me l'a révélé avec une libéralité scientifique digne des plus grands éloges.

On sait combien les hémorrhagies consécutives sont dangereuses; la ligature des artères au-dessus du point où elles ont été déjà entourées d'un fil amène fréquemment, sous l'influence des mêmes prédispositions organiques, les mêmes accidents, et les malades finissent par succomber.

Les hémostatiques préviendraient ce fâcheux résultat, et je connais des exemples de succès obtenus dans des conditions analogues par l'emploi de la poudre de *Matico*, arrosée avec la décoction de la même substance.

On a répété que la physiologie et l'anatomie pathologique ne permettaient pas d'admettre l'action des liquides hémostatiques; c'est, je crois, une grande erreur. Les hémorrhagies s'arrêtent par suite d'un caillot obturateur et de l'occlusion secondaire des artères. Supposez un liquide capable de solidifier rapidement le sang et de le faire adhérer aux tissus environnants, et vous aurez un agent hémostatique d'une incontestable efficacité.

Je publierai très prochainement, au reste, la deuxième partie de mon mémoire, et j'aurai l'honneur de l'adresser à la Société.

Depuis que l'usage des anesthésiques a été introduit dans la pratique chirurgicale, des communications nombreuses ont été faites à l'Académie des sciences, à l'Académie de médecine; des commissions ont été nommées pour examiner tous les travaux qui ont été adressés à ces corps savants. Jusqu'à ce jour aucun rapport n'a été fait; il pourrait être réservé à la Société de chirurgie, composée de praticiens instruits et distingués, d'évoquer la question et de la juger au point de vue pratique. Si j'en crois un journal de médecine et ce que j'ai vu, un grand nombre de nos confrères employaient le chloroforme de telle façon qu'il cesse d'être utile au

malade et au chirurgien, sous le prétexte d'éviter les dangers qui peuvent être attachés à l'anesthésie complète. Dans une lettre adressée à M. Amédée Latour, je me suis inscris en faux contre cette doctrine, et je n'ai pas craint d'avancer que cet agent, convenablement administré à l'état de pureté, ne tue jamais, l'action en fût-elle longtemps prolongée.

J'ai pu le donner sans danger pendant deux heures; et, en Angleterre, M. Sympson l'a administré pendant vingt-quatre heures, et a trouvé des imitateurs. Quand le chloroforme détermine des accidents, c'est qu'il est impur ou qu'il a été mal administré.

Les malades ne se soumettent pas à une opération et à l'action du chloroforme sans une vive anxiété; il faut les rassurer, agir avec lenteur et les habituer à l'odeur des anesthésiques. En versant quelques gouttes seulement de chloroforme sur le mouchoir dont je me sers, et le maintenant à une certaine distance du malade, on voit ce dernier se calmer peu à peu; la respiration, ordinairement précipitée par la crainte, se régularise; on évite la toux et les spasmes, et lorsque la confiance a reparu, on imbibe largement le mouchoir et l'on précipite l'anesthésie.

Nous jugeons dangereux de forcer le malade à respirer seulement par la bouche, parce que nous avons rencontré plusieurs personnes dont la respiration devenait extrêmement gênée dès qu'on interceptait le passage de l'air dans les narines, et cette gêne aurait certainement été portée à un degré dangereux si à cette cause on eût encore ajouté l'irritation et le spasme, résultant souvent des vapeurs chloroformiques.

Nous évitons généralement la période d'excitation, qui nous a paru plus fréquente chez les hommes adonnés aux boissons alcooliques.

J'attends toujours, pour commencer les opérations, que la résolution musculaire soit obtenue et que les malades n'exécutent aucun mouvement sous l'action des instruments.

Agir autrement me paraît irrationnel, car on se prive du plus grand bénéfice des anesthésiques, l'immobilité des opérés, et l'on ne se met pas à l'abri des accidents, puisqu'on a vu la mort survenir dès les premières aspirations de chloroforme.

Si je ne craignais d'abuser des moments de la Société, j'appellerais un instant son attention sur l'urétrotomie périnéale. Cette opération, jadis employée, disparut en quelque sorte en France sous l'influence des travaux de Chopart. Il n'en est pas de même en Angleterre, où actuellement elle est souvent pratiquée non-seulement pour guérir les rétrécissements durs, calleux, infranchissables, mais pour la cure des rétrécissements dilatables. M. Syme s'est déclaré partisan de cette manière de traiter les rétrécissements. Je crois qu'on adoptera en partie cette méthode, en la restreignant aux rétrécissements inextensibles et à ceux que l'on ne parvient pas à franchir. J'en ai obtenu dans de pareils cas de très beaux succès.

Voici le résumé de deux observations.

Premier fait. — M. X..., capitaine, âgé de quarante-sept ans, a été sondé à Lyon pour la dernière fois en 1840. Depuis six ans il n'urine plus qu'avec les plus grandes difficultés. Toutes les tentatives de cathétérisme faites depuis quatre mois avec des bougies tordues ou non, avec ou sans chloroforme, ont été infructueuses, quoique renouvelées par plusieurs personnes. L'urine est purulente et ne coule plus que goutte à goutte, chassée de derrière en avant par la main du malade en comprimant le périnée.

Opération le 11 juillet 1851. — L'opération a duré une heure et un quart. Le 25 août, la plaie du périnée est complétement fermée, et le malade urine depuis ce moment avec la plus grande facilité. Les sondes Mayor nos 3 et 4 traversent le canal au niveau de l'incision périnéale sans y rencontrer d'obstacle. La fièvre a disparu, l'embonpoint renaît, et après quinze jours d'intervalle la sonde a traversé le canal sans difficulté.

Second fait. — Un pharmacien suisse, âgé de quarante-huit ans, atteint depuis 1835 d'un rétrécissement, et depuis une année d'une fistule urinaire, a été sondé avec avantage en 1836 par M. Wurtzer, de Bonn; cautérisé en 1851 par M. Faenkel, d'Alberfeld. Je l'opère le 22 juillet 1851. Le malade, qui n'avait pu être sondé depuis plusieurs mois, était parvenu à introduire dans le rétrécissement une bougie filiforme, et je profitai de cette heureuse circonstance pour pratiquer l'opération de la boutonnière. Le malade est resté complétement privé de sensibilité et de mouvement pendant une heure cinq minutes; 128 grammes de chloroforme ont été consommés; aucun accident n'entrave la cure, qui est complète le 20 août. A cette époque la fistule est fermée, et le canal reçoit librement les sondes Mayor nos 3 et 4. Le malade quitte Strasbourg le 2 septembre complétement guéri.

L'opération de la boutonnière présente de grandes difficultés quand l'urètre est imperméable, comme cela existait chez notre premier malade. Pour détruire le rétrécissement qui existait vers la région du bulbe, j'ai dû fendre cet organe sans inconvénient; et pour ne pas perdre la partie de l'urètre qui était continue avec la partie antérieure du rétrécissement, je maintins les lèvres du canal écartées avec de petites pinces érignes, et un jet d'eau fut poussé de manière à bien apercevoir les tissus. Je parvins aussi à introduire l'extrémité très mince d'un stylet cannelé en argent, sur lequel je fendis l'obstacle. Je portai alors un second stylet dans l'urètre pour me servir de conducteur. Je fis glisser entre eux une sonde en gomme élastique dans la vessie, et m'étant assuré de la liberté du passage, je retirai la sonde et en engageai une très grosse à courbure fixe par l'orifice de l'urètre. Le bout de l'instrument apparut bientôt à la plaie périnéale; engagé entre les deux conducteurs métalliques laissés dans la partie postérieure de l'urètre, je le fis parvenir sans difficulté dans la vessie.

On voit que les stylets d'argent dont je fis usage remplacèrent dans ce cas les conducteurs mâle et femelle que les anciens employaient dans l'opération de la taille. Si l'on ne découvrait pas l'orifice du rétrécissement, il faudrait ouvrir l'urètre en arrière, en se guidant sur le bord antérieur de la prostate; mais c'est une véritable complication.

Discussion.

M. Maisonneuve. Je crois que M. Sédillot a été mal renseigné relativement à l'emploi du chloroforme, au moins à Paris. Il est vrai qu'ici plusieurs chirurgiens haut placés se hâtent d'opérer avant que le malade soit arrivé à la période de résolution, se laissant effrayer par les spasmes et l'agitation qui surviennent chez tous ou presque tous les malades pendant la première période. Quant à moi, je crois qu'il ne faut opérer que lorsque cette première période est passée et que les malades respirent largement. C'est d'ailleurs, je le sais, la pratique généralement suivie par la Société de chirurgie.

M. Sédillot. C'est avec une grande satisfaction que j'entends M. Maisonneuve se déclarer partisan de l'anesthésie complète; mais je crois qu'il n'a pas accordé assez d'importance aux nombreuses dissidences qui se sont révélées à cet égard. Un des dangers que j'avais annoncés est arrivé, et l'on a vu dans un hôpital un amputé du bras s'échapper des mains des chirurgiens avant la ligature des artères, et il fallut le poursuivre et le saisir pour achever l'opération.

Je nie que la période d'irritation se montre chez tous les malades, ou chez la plupart des malades. L'excitation signalée par M. Maisonneuve survient plus particulièrement, il est vrai, chez les hommes habitués aux alcooliques.

M. Chassaignac. Je n'applique l'instrument tranchant sur des tissus vivants qu'autant que la chloroformisation est complète. J'ai soin que le chloroforme que j'emploie soit pur; j'attache surtout, pendant la chloroformisation, une grande importance au pouls. Je n'ai point examiné la respiration avec autant de soin que M. Sédillot. Je préfère faire respirer les malades par les narines plutôt que par la bouche. Je crois que de la sorte l'action du chloroforme est plus prompte et que le malade est plus à l'abri des spasmes.

M. Sédillot. La période d'excitation, ainsi que je le disais il y a un instant, manque le plus souvent; mais lorsqu'elle survient, il faut néanmoins continuer l'action du chloroforme, mais avec beaucoup de prudence. On peut, dans quelques cas, amener la résolution en faisant faire quelques larges inspirations si la respiration n'est pas gênée; autrement il est plus prudent d'attendre un moment et de reprendre la chloroformisation quand l'agitation commence à cesser.

M. Guersant. J'emploie beaucoup le chloroforme chez les enfants, soit comme moyen d'examen, de diagnostic, soit dans le but d'amener l'insensibilité nécessaire aux opérations. Je vois très rarement la période d'excitation survenir, et je n'opère, comme la plupart de mes collègues, que lorsque l'insensibilité est complète.

M. Forget. Je m'élève contre la formule trop générale de M. Sédillot. Le chloroforme ne tue jamais. Cette formule est en opposition avec les faits. Pour être admis à dire que l'on peut donner le chloroforme sans danger, il faudrait pouvoir donner la mesure de l'agent anesthésique que l'on peut administrer à chaque individu en raison de son idiosyncrasie. Malgré la pureté du chloroforme, il peut arriver des accidents, et je citerai tout de suite ce qui récemment est arrivé à M. Rigaud, qui pratique la chirurgie sur le même terrain que M. Sédillot, et qui emploie le même chloroforme. Peut-on opérer, dans la période d'excitation, avant que l'éthérisation soit complète? Les expériences physiologiques qui démontrent qu'à cette époque la sensibilité est abolie répondent d'une manière affirmative. M. Velpeau, M. Simonin, d'autres chirurgiens et moi-même avons opéré durant cette période sans danger pour le malade.

M. Sédillot. La formule par laquelle j'exprime ma pensée relativement à l'application du chloroforme me paraissait trop inattaquable, puisqu'elle comprend les questions de durée et d'indication. On parle de la durée de l'emploi de l'agent anesthésique; mais cette durée est indéterminée. Tant que l'individu respire bien, le chloroforme peut être donné. On me dit encore, on tue avec le chloroforme. Sans doute on tue; mais ce n'est pas le chloroforme qui donne ce triste résultat, c'est sa mauvaise application. Les expériences physiologiques auxquelles on faisait allusion ont sans doute beaucoup de valeur; mais il ne me paraît pas inutile de rappeler que la clinique, dans des sujets de ce genre, est le dernier terme de l'observation, et que ses expériences l'emportent sur celles pratiquées sur des animaux.

Quant aux accidents relatés par un de mes collègues, je ne pourrais ni ne voudrais avoir à m'en occuper.

J'ai publié dans mon mémoire l'observation d'un malade qui avait été en danger de succomber; mais dans ce cas le chloroforme fut mal administré. C'est assez dire que d'autres que moi ont dû rencontrer de pareils faits.

Doit-on opérer un malade pendant la période d'excitation, quand l'individu crie, chante, s'agite? Eh bien, non. Le chloroforme ainsi appliqué perd ses deux avantages : l'immobilité et l'insensibilité complète, résultats immédiats d'une bonne chloroformisation. Autrefois, à cause de la douleur, le chirurgien sacrifiait un peu la sûreté à la dextérité; maintenant c'est la dextérité qu'il faut sacrifier à la sûreté. L'emploi du chloroforme permet au chirurgien de pratiquer des opérations qu'il ne faisait point autrefois. Mais c'est à la condition d'obtenir un repos et une immobilité complets qui permettent au chirurgien d'agir avec une grande sûreté.

M. Huguier. Au point de vue médico-légal, la proposition de M. Sédillot peut être la source de graves inconvénients pour le chirurgien, si l'on admet que le chloroforme ne tue jamais; car, comme des accidents mortels sont survenus et qu'ils peuvent se reproduire, il en résulte que le chirurgien sera poursuivi et souvent condamné. La question du chloroforme n'est point encore complétement jugée; les chirurgiens ne sont d'accord ni sur la manière de l'administrer, ni sur la dose, ni sur la durée de son application. Eh bien! en présence de ces incertitudes, doit-on toujours pousser l'administration des anesthésiques jusqu'à la résolution? Sans doute il importe souvent de le faire; mais à quoi bon aller si loin lorsque l'opération est facile et ne doit durer qu'un instant?

M. Giraldès. Les accidents qui surviennent pendant l'anesthésie peuvent être rapportés au chloroforme et à son mode d'administration.

Depuis que je suis les règles de chloroformisation indiquées par le professeur de Strasbourg, je vois moins souvent survenir la période d'excitation. Je suis parfaitement de l'avis de M. Sédillot, qu'il ne faut point opérer pendant cette période. Les malades s'agitent, s'échappent, et, tout en courant de graves dangers eux-mêmes, peuvent compromettre le chirurgien.

M. Sédillot. Je n'admets pas qu'une question judiciaire puisse être opposée à la vérité. Nous nous trompons tous, et le plus sage est celui qui fait le moins de fautes. La magistrature, en France, sait, en général, sainement juger les cas qui lui sont soumis, et il ne faut peut-être pas que les hommes de l'art soient absolument libres de tout faire sans aucune responsabilité. J'ajoute, en terminant, que jamais je n'ai vu de malade réfractaire au chloroforme, et qu'il ne m'est jamais arrivé d'accident.

Cette discussion, dans laquelle la plupart des membres de la Société se sont hautement déclarés les partisans de l'anesthésie complète, aura, j'espère, une heureuse influence sur la pratique chirurgicale, en lui inspirant plus de sécurité et en la ramenant aux conditions rationnelles et efficaces de l'emploi des anesthésiques.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

Par décrets individuels, M. Nacquart, ancien chirurgien militaire, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion-d'Honneur.

— La séance solennelle de rentrée de la Faculté et la distribution des prix auront lieu demain, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre. On sait que M. Roux doit prononcer l'éloge historique de Boyer et de Bichat.

— L'Ecole de pharmacie de Paris fera sa rentrée le 5 novembre. Les élèves sont prévenus que le registre d'inscription sera ouvert le 3 novembre et clos le 15 du même mois.

— Voici une petite narration comme en font encore de temps en temps les journaux sérieux qui se disent les organes de la civilisation :

« Il n'est bruit dans une commune voisine de Bernay que d'un accouchement extraordinaire. Une femme P..., après plusieurs heures d'une couche laborieuse, a mis au monde un enfant dont la tête, fortement développée, avait un œil au milieu du front; on remarquait dans cet œil deux prunelles bien distinctes et de couleur différente. Une peau imitant la crête d'un dindon, longue de 4 centimètres, remplaçait le nez; les lèvres étaient naturelles, mais un os aplati fermait entièrement la bouche.

» Cet enfant, ou plutôt ce monstre, qui avait la marque des deux sexes, est mort en venant au monde.

» Le médecin qui a assisté à cet accouchement a emporté l'enfant pour l'envoyer à l'Académie de médecine à Paris. »

Inutile de dire que le *phénomène* n'est pas encore arrivé à l'Académie.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements le mardi 4 novembre 1851, à quatre heures, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, 4.

Les opérations obstétricales seront étudiées pendant le mois de novembre, au cours de onze heures du matin.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 128. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 128. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 5 NOVEMBRE 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une grande partie de la séance de l'Académie de médecine a été occupée par un long et très intéressant rapport de M. Chevallier sur un mémoire de M. Bouchut, dont nous avons longuement entretenu nos lecteurs il y a quelques mois, et qui est relatif à l'hygiène des ouvriers occupés à la fabrication et à l'emploi de l'oxyde de zinc. Les nombreux détails statistiques dans lesquels est entré M. Chevallier sont d'une grande importance pour l'hygiène publique; ils sont malheureusement difficiles à résumer, et nous devrons attendre, pour les faire connaître à nos lecteurs, que l'auteur les ait fait imprimer dans le *Bulletin* ou ailleurs.

L'Académie a encore entendu avec un intérêt bien mérité une lecture de M. Aubergier sur la culture de l'opium indigène, et une autre, de M. Hutin, sur les douleurs singulières, et jusqu'à ce jour inexpliquées d'une manière satisfaisante, que les amputés éprouvent quelquefois à l'extrémité de leurs moignons. Nous ferons connaître prochainement le résumé complet des recherches de l'honorable chirurgien en chef des Invalides. Quant au travail intéressant de M. Aubergier, nos lecteurs en ont déjà lu la substance dans une note que nous avons publiée dans le numéro du 24 juillet.

Il nous est pénible d'avoir à signaler dans la correspondance une pièce malheureusement émanée d'un confrère en journalisme, M. Chrestien, de Montpellier, et dont l'inconvenance égale le peu de mérite scientifique. L'Académie, sans avoir égard aux injures grossières dont elle a été l'objet, a néanmoins nommé des commissaires pour examiner le nouveau travail de M. Chrestien. Puisse cet écrivain, probablement plus... malheureux que méchant, profiter de la leçon de civilité puérile et honnête que l'Académie lui donne par cet acte de condescendance! H. de Castelnau.

SÉANCE SOLENNELLE DE RENTRÉE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La Faculté a fait aujourd'hui sa rentrée avec la pompe accoutumée, et au milieu d'un concours de savants étrangers et d'élèves, dont le nombre est toujours trop grand pour le vaste amphithéâtre de l'Ecole.

Ainsi que nous l'avions annoncé, M. Roux a été chargé de porter la parole au nom de la Faculté, et il a saisi cette occasion pour tracer l'éloge historique de Boyer et celui tant promis de Bichat. Nous étions peut-être de ceux qui pouvaient craindre que M. Roux ne se laissât entraîner par la fécondité de son imagination au delà des limites permises dans un discours d'ouverture. Nous sommes heureux de déclarer que nos appréhensions ne se sont point réalisées. M. Roux a lu pendant deux heures; mais personne ne s'en est aperçu, et nous pouvons dire qu'on a entendu avec regret la dernière phrase de son remarquable discours. M. Roux peut ajouter à ses nombreux triomphes un triomphe de plus, que nous ne voulons point chercher à atténuer par des remarques sur les légères imperfections de son œuvre vraiment littéraire.

Les justes et unanimes applaudissements qui ont couvert les dernières paroles de M. Roux une fois apaisés, M. Malgaigne a proclamé dans l'ordre suivant les noms des lauréats :

PRIX DE L'ECOLE PRATIQUE.

Premier grand prix (médaille d'or). — M. Orfila (Augustin-Félix), de Madrid.
Deuxième premier prix (médaille d'argent). — M. Blin (Louis-Alexandre), de Saint-Quentin (Aisne).
Second prix. — M. Chassin (Guillaume), de Verteillac (Dordogne).
Mention honorable. — M. Buisson (Adrien-Stanislas), de Paris.

PRIX CORVISART.

Pas de premier prix.
Deuxième prix. — *Ex æquo* à MM. Durosier (Louis-Michel-Paul) et Robinet (Joachim-Auguste).

PRIX MONTYON.

Prix. — M. Piogey (Gérard).
Mention honorable. — M. Viguès (Antoine).

PRIX DES ÉLÈVES SAGES-FEMMES.

Pas de prix.
Mention honorable. — Mme Caroline Rosemberck.

Lorsque M. le secrétaire de la Faculté a fait entendre le nom cher à la science de M. Orfila, M. le doyen, en décernant au jeune lauréat la médaille qui doit perpétuer le souvenir de son premier succès, lui a adressé les paroles suivantes :

« M. Orfila, ce premier succès nous fait présager que vous porterez dignement un nom cher à l'enseignement dans l'école de Paris. Les acclamations qui ont accueilli ce nom vous montrent que telle est la pensée de vos condisciples. C'est aussi la pensée de vos maîtres, et je suis heureux d'être ici leur interprète. »

La pensée si heureusement, si délicatement exprimée par M. Bérard était aussi la nôtre, et nous aurions été heureux de la témoigner comme un faible encouragement au jeune et laborieux lauréat. Mais comment parler après M. Bérard!

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE.

L'heure avancée nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro le compte-rendu de cette séance.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

De quelques convulsions partielles.

I. *Du tic.* — Il est plusieurs formes de convulsions partielles qu'on n'a pas le droit de ranger dans les convulsions ordinaires; parmi elles, on doit ranger la convulsion partielle indolente de la face, qui se caractérise par des mouvements convulsifs dans les muscles qui reçoivent les filets du nerf facial, convulsions qui reviennent toutes les cinq ou dix minutes, mais qui ne s'accompagnent d'aucune espèce de douleur : c'est le *tic indolent*. Ce tic ne change pas ordinairement de place; cependant, on l'a vu chez le même malade occuper successivement un bras, une jambe, d'autres fois les muscles de la langue et du cou et y produire des mouvements involontaires. Nous disons involontaires, et cependant les convulsions du tic indolent peuvent jusqu'à un certain point être maîtrisées par la volonté du sujet, ou même par la volonté d'un autre lorsqu'il tient constamment en éveil l'attention du malade. Ce tic indolent est difficile à guérir.

Le tic douloureux est différent de celui dont nous venons de donner une idée. Il débute ordinairement au visage par une douleur vive, analogue à celle qui précède les attaques d'épilepsie. Cette douleur, partant du trou sous-orbitaire ou mentonnier, s'irradie dans toutes les parties qu'enserre le facial; cette douleur vient subitement et dure plusieurs secondes et jusqu'à deux et trois minutes. Dans le plus grand nombre des cas, cette forme de névralgie s'accompagne de mouvements convulsifs seulement du côté malade; ces mouvements sont aussi rapides que la douleur, qui l'est elle-même à tel point que les plaintes du malade s'exhalent par ces mots : « Ah! que j'ai souffert! » Cette forme est essentiellement incurable et ne ressemble en rien à une névralgie ordinaire. On la considère comme sous la dépendance d'une prédisposition épileptique, aussi bien qu'on regarde l'angine de poitrine comme le résultat d'un vice épileptique dans les nerfs du cœur et du plexus brachial. Toujours est-il que tic douloureux et névralgie ne doivent pas être considérés comme synonymes; le tic est un mouvement convulsif avec acuité et soudaineté dans la douleur; elle persiste pendant un temps beaucoup plus long dans la névralgie. L'opium à très haute dose est le seul moyen palliatif qu'on ait conseillé.

Parmi les tics non douloureux, ceux qui siégent au visage ou dans le même ordre de muscles doivent être regardés comme épileptiques, mais sans aura douloureux; dans ces cas, la section du nerf facial ne doit produire aucun effet. Lorsque le tic change de place et qu'on le voit occuper successivement les yeux, le bras, le cou, on peut espérer de le guérir.

Il y a quatre ans, nous fûmes consulté pour un jeune homme de dix-neuf ans, fort bien d'ailleurs et de corps et d'esprit, qui avait l'habitude de jeter toujours sa tête en arrière; il était en butte aux moqueries des personnes qui le voyaient, et désirait beaucoup guérir. Il fut soumis à des mouvements réguliers exécutés sous l'influence de la volonté, et pendant un temps assez long, tous les jours. Dès le premier jour, nous constatâmes une modification énorme; et, après un temps qui n'a pas été excessivement long, les mouvements de la tête ont disparu, et il n'est plus resté que quelques rares mouvements convulsifs dans la jambe. Il faut, pour ces malades, une volonté ferme comme pour les bègues; mais, avec cela, on les guérit en régularisant sous l'influence

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

N° 43 (M. Larrey). Cette pièce, très intéressante au point de vue du trajet du corps étranger, nous offre une lésion produite par une baguette de fusil. Le 23 mars 1820, un soldat, faisant l'exercice à feu au Champ-de-Mars, reçut la blessure suivante, après laquelle il put encore se relever, faire un trajet de cinq quarts de lieue en partie sur une charrette, en partie à pied; arrivé à l'ambulance, on voulut extraire la baguette, qui se brisa; le malade expira deux jours après l'accident.

Voici le trajet de la baguette : le frontal, sur la ligne médiane, à 1 centimètre et demi au-dessus de la racine du nez, est perforé par le corps étranger, qui dans tout son trajet se porte obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, parallèlement à la base du crâne et un peu de gauche à droite. Après avoir percé le coronal et brisé le sommet de l'apophyse crista-gallé, il se trouve placé sur le côté droit de la lame criblée; il vient ensuite perforer le corps du sphénoïde au niveau du trou optique, sur le côté du sinus caverneux, il ressort à travers la partie interne du trou déchiré antérieur, passe au-dessous du sommet du rocher, puis perfore la base du condyle droit de l'occipital, pour ressortir ensuite par la fosse condyléenne postérieure. Dans tout le trajet à travers la base crânienne, le cerveau n'a dû être lésé que dans la partie qui correspond à la lame criblée de l'ethmoïde. On a fait des tentatives violentes pour extraire le corps étranger, qui s'est brisé au niveau de la lame criblée, et, comme on ne pouvait retirer l'extrémité postérieure, M. Larrey a pratiqué sans succès, au niveau de la partie postérieure et interne de la sortie du corps étranger, une couronne de trépan, et aujourd'hui la baguette est encore fortement adhérente aux os.

SEPTIÈME ESPÈCE. — *Fractures du crâne anciennes et guéries.*

N° 44 (M. Baron). Cette portion de crâne a été trouvée sur un homme qui, six ans avant sa mort, reçut un coup de pied de cheval au front; depuis cette époque, il eut plusieurs accès de délire, mais sans trace de paralysie. La lésion est située au côté droit immédiatement au-dessous de la bosse frontale; la table interne de l'os, légèrement repoussée à l'intérieur du crâne, où elle fait une saillie doublement mamelonnée, n'était pas adhérente à la dure-mère dans ce point. La dépression que l'on observe à la table externe est ovalaire; elle a 3 centimètres dans son plus grand diamètre et 2 dans son plus petit. Elle est bien plus profonde que ne le comporte la saillie de la table interne, et elle a dans ce point contracté des adhérences avec les parties molles. Il faut donc admettre, ce que démontre du reste le corps de l'os, que le diploé s'était laissé fortement déprimer, et par suite les deux lames de tissu compacte se trouvent rapprochées.

N° 45 (Béclard). A la partie moyenne du frontal, et un centimètre et demi au-dessus de la racine du nez, existe une large dépression losangique ayant 4 centimètres de diamètre dans tous les sens; elle est revêtue de tissu compact; M. Denonvilliers l'a considérée comme une cicatrice d'ancienne fracture. Dans son milieu, se trouve un sillon vertical qui se retrouve également à l'intérieur du crâne. A la partie inférieure de ce sillon, se trouvent deux ouvertures : l'une supérieure, plus petite, communique avec la cavité crânienne; la seconde, plus large, communique dans les sinus frontaux.

N° 46 (M. Cruveilhier). Sur cette portion de la voûte du crâne, au niveau de la bosse pariétale, existe une large déperdition de substance osseuse dont les bords sont cicatrisés. Cette perte de substance ovalaire a 6 centimètres de diamètre dans le sens de l'ovale, et 2 dans l'autre. A la face cérébrale on voit que la table interne de l'os a subi une perte de substance assez considérable, qui a été en partie réparée par une production osseuse nouvelle. Cette pièce est sans renseignements.

N° 47 (Desault). Sur ce crâne, les sutures sont en partie soudées. Vers l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, il existe une dépression avec perte de substance dans une partie de la circonférence; il en résulte que l'ouverture a la forme d'une demi-lune ayant un bord externe taillé à pic, tandis que l'interne, mince, est précédé d'une dépression, comme si l'os avait été coupé en biseau aux dépens de sa table externe. A la partie interne du crâne, au côté interne de la perforation, il existe une portion osseuse de la largeur d'une pièce de deux francs, qui est dépourvue de table interne, et dans toute la circonférence il existe de nombreux sillons, traces d'une grande vascularisation. Une fente linéaire, longue de 4 à 5 centimètres, existe sur le coronal. L'intérieur du crâne est semé de petites masses osseuses irrégulières.

N° 48 (Desault). La partie gauche du coronal, dans la portion qui avoisine la suture fronto-pariétale, est, à l'extérieur, un peu déprimée, rugueuse, inégale et parsemée d'un grand nombre de petits pertuis. A l'intérieur, on trouve dans le point correspondant à cette légère dépression une saillie qui semble formée par le refoulement de la table interne; son étendue est plus considérable; elle va de la suture fronto-pariétale à la bosse frontale; elle est mame-

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre; 2, 9, 16 et 29 octobre.

de la volonté les mouvements de tous les muscles du corps.

II. *Des contractures des enfants et des nourrices.* — Nous avons souvent rencontré chez les femmes récemment accouchées ou allaitant leur enfant, ou même chez les enfants, une maladie bizarre dont nous allons essayer de donner une idée.

La femme ainsi affectée prétend que subitement, lorsqu'elle veut prendre son enfant, elle ne peut pas fermer ses mains, qui restent roides ainsi que les bras, de telle sorte que les mouvements de préhension exacte ne sont pas possibles. En même temps la malade éprouve une légère douleur dans le bras, l'épaule et le cou; mais cette douleur est temporaire: elle dure un quart d'heure, une demi-heure, une heure, et reparait ainsi deux fois, dix fois, jusqu'à vingt fois dans les vingt-quatre heures. Ce que nous avons décrit dans le bras existe aussi quelquefois dans les jambes, et les malades ne peuvent ni se tenir debout, ni marcher; les jambes et les cuisses sont d'une roideur très prononcée. D'autres fois les mâchoires sont immobiles, la langue est roide en parlant, l'articulation de certains sens est très difficile, et, enfin, quelquefois les muscles du pharynx sont tellement contracturés que la déglutition est rendue impossible. La mobilité de ces contractures musculaires a fait penser qu'elles pourraient être de nature rhumatoïde. Il y a dans l'évolution de ces symptômes ceci de remarquable: que, si la malade reste couchée sur le côté droit, par exemple, et que la circulation soit gênée dans le bras droit, la contracture y parait aussitôt; si la malade change de côté, la contracture en change aussi; si la malade s'assied et que la circulation des jambes soit gênée, la contracture apparait dans les jambes; en un mot, si on comprime un membre chez un sujet affecté de cette disposition, toute la portion qui est au-dessous du point de compression est aussitôt contracturée.

Cette affection s'accompagne quelquefois d'un léger mouvement fébrile, rarement d'accidents du côté du cœur. Dans certaines circonstances on observe un état cachectique et une pâleur qui rappelle la cachexie spéciale au rhumatisme chronique; cette affection dure de quinze jours à quatre mois; quelquefois sa durée parait illimitée. On observe quelquefois des accidents nerveux concomitants se rapprochant d'une affection cérébrale ou médullaire; elle est facile à guérir. La médication instituée a été la saignée du bras, et le sang a été couenneux. On a aussi conseillé les préparations de quinquina données comme dans la fièvre intermittente, et cela pour combattre la leucophlegmasie et l'œdème qui disparaissent assez facilement. Si on interrompt brusquement le traitement, il n'est pas rare de voir la maladie se reproduire avec sa forme première.

Nous avons dans le service un petit malade de dix ans, fort intelligent, ayant joui toujours d'une bonne santé, mais malade actuellement depuis vingt jours. Il raconte qu'il a été pris à cette époque de fièvre avec vomissements et diarrhée, qui ont plus ou moins persisté. Il y a trois jours, la fièvre persistant encore un peu, il a éprouvé de la roideur dans les mains; il a été saigné, et la roideur n'a pas reparu. Il est pâle, bouffi, mais ne présente pas d'albumine dans les urines. Si l'on comprime l'un des membres de cet enfant, après une minute à peine, il éprouve au-dessous de la ligature de l'engourdissement d'abord, puis des contractures se manifestent aux extrémités, et finissent par occuper tout le membre. Si l'on comprime seulement l'artère humérale dans l'aine au bout de quelques instants, mais d'un temps plus long que dans le cas précédent, il se produit des contractures douloureuses. Du reste, pas de fièvre et pas de lésion appréciable au cœur.

Quelle est la nature de cette affection? Nous n'en savons rien; elle a une durée assez longue, mais c'est toujours sans péril. La mobilité dont elle jouit a fait penser à quelque chose de rhumatoïde; peut-être serait-ce une affection rhumatismale du névrilème ou du cordon de la moelle épinière, ou peut-être un rhumatisme siégeant sur le système nerveux et analogue au rhumatisme fixe de la névralgie. De même qu'il y a des arthrites mono-articulaires et poly-articulaires, il y a des névrites mono et poly-névrosiques, et alors on peut admettre une autre forme de rhumatisme nerveux parcourant tout l'ensemble de ce système. Le traitement est d'ailleurs le même que celui du rhumatisme articulaire aigu. Les inductions théoriques sur la nature de la maladie sont donc justifiées par le résultat thérapeutique. L'enfant dont nous parlions tout à l'heure a été saigné et évacué par le calomel. Maintenant quelques toniques, et la guérison sera complète.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL.

Du traitement de la chorée par la gymnastique.

On se rappelle les détails intéressants publiés il y a quelques mois dans la *Gazette des Hôpitaux* sur les résultats obtenus à l'hôpital des Enfants et à la Salpêtrière par l'application des exercices gymnastiques à diverses affections nerveuses et aux scrofules.

M. Becquerel, informé des succès remarquables obtenus par cette méthode de traitement, se proposa de la mettre en usage chez une jeune fille atteinte de chorée de la forme la plus grave, et demanda, en conséquence, à M. le directeur de l'assistance publique, l'autorisation de faire venir à la Pitié M. Laisné, le professeur zélé et intelligent qui a établi le beau gymnase de l'hôpital des Enfants. L'autorisation ayant été accordée avec empressement, le traitement fut appliqué à la jeune malade, et voici comment M. Becquerel rend compte de la maladie et du résultat obtenu.

La nommée Genny (Adèle), âgée de dix-sept ans, est entrée dans mon service pour une chorée (danse de Saint-Guy) des plus intenses. Non-seulement la chorée existait dans les membres, mais elle avait frappé les organes de la voix, et la parole était devenue inintelligible.

Pendant l'espace de trois mois, j'essayai, chez elle, d'une manière suivie, toutes les méthodes thérapeutiques connues dans la science.

Ainsi, la belladone, la strychnine, la valériane, le sulfate de quinine, le quinquina, le fer, le tartre stibié à haute dose, l'opium à haute dose.

Puis, à l'extérieur, les bains tièdes prolongés, les bains sulfureux, les bains et affusions froids, l'électricité.

Toutes ces méthodes n'eurent aucun succès, ne produisirent aucune amélioration, et la malade était exactement dans le même état. Elle maigrissait, et la menstruation s'était arrêtée.

A cette époque, ayant entendu parler des résultats de M. Laisné à l'hôpital des Enfants, j'annonçai que, si on ne pouvait la soumettre à ce traitement, j'étais décidé à ne pas la conserver, attendu que je la regardais comme complétement rebelle à toutes les autres méthodes thérapeutiques.

D'après le désir de M. le directeur général de l'assistance publique, M. Laisné vint à l'hôpital de la Pitié, examina cette jeune fille, et annonça qu'il se chargeait de la guérir en un mois.

Depuis, M. Laisné, animé d'un zèle remarquable, vint constamment et presque toujours deux fois par jour exercer lui-même cette jeune fille.

Sous l'influence de ce traitement, que je crois inutile de décrire ici, la guérison eut réellement lieu en un mois, et elle fut progressive.

A l'instant de la cessation du traitement, la jeune Genny était complétement guérie, s'exprimait avec une parfaite liberté de langage, n'avait aucun mouvement, avait repris tout son appétit, et avait beaucoup plus d'embonpoint qu'avant l'emploi de la gymnastique.

En un mot, je considère la guérison de cette jeune fille comme *un très bel exemple de guérison de chorée*, et, sous ce rapport, je crois qu'on ne saurait trop adresser de remercîments à M. Laisné.

Je dois toutefois ajouter un autre fait. Il se trouvait en même temps dans mes salles une autre jeune fille également âgée de dix-sept ans, atteinte d'une double maladie. Elle était fortement bistérique et chlorétique. Depuis un mois je traitais les violentes crises par des bains d'affusions froides et l'opium, et la chlorose par le fer, lorsqu'elle vint me demander comme une faveur de suivre les mêmes exercices que sa camarade, qui les commençait alors. M. Laisné y ayant consenti, je n'y vis aucune objection, et j'accordai la permission demandée.

Voici quelle fut l'influence de ce traitement:

Les attaques violentes qui avaient lieu tous les deux ou trois jours s'éloignèrent d'abord, puis disparurent complétement. La menstruation revint une fois.

A l'époque de la cessation du traitement gymnastique, l'une des deux maladies, la névrose musculaire, avait momentanément disparu; mais l'autre affection, la chlorose (de coloration, bruits de souffle cardiaques et vasculaires) avait persisté dans toute son intensité, malgré l'emploi simultané de fer et de quinquina.

Ce que je craignais arriva. Au bout de quinze jours de la cessation du traitement gymnastique ces attaques hystériques reparurent aussi intenses qu'avant. Depuis trois semaines nous en avons eu trois.

C'est pour cette jeune fille que M. Laisné, d'accord avec sa famille, a fait demander son admission à la Salpêtrière, afin de pouvoir y continuer le traitement gymnastique pendant un temps suffisamment long.

RECHERCHES CHIMIQUES, PHARMACEUTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

sur l'huile et les semences de croton tiglium;

Par M. DUBLANC,

chef du laboratoire à la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris.

Des travaux d'un grand intérêt scientifique ont été publiés sur la nature chimique des semences de croton tiglium, de la famille des euphorbiacées.

Après avoir rapidement analysé ces travaux, M. Dublanc continue ainsi:

En face de l'incertitude qui règne encore après tous ces travaux, il y a lieu de poser les questions suivantes:

L'huile de croton renferme-t-elle un acide volatil à basse température?

Cet acide est-il un principe de son action, et peut-il l'assurer, si on le conserve sans l'huile, ou la diminuer, si on laisse son évaporation s'opérer?

Tel est le point de départ de l'étude à laquelle je me suis livré, le problème que j'ai entrepris d'éclairer et de résoudre.

Extraction de l'huile.

Les semences de croton revêtues de leurs enveloppes, divisées au moulin et soumises à l'action de la presse dans les conditions que le *Codex* indique, fournissent directement une certaine proportion d'huile. En divisant le résidu de cette expression dans un poids d'alcool double du sien, et soumettant de nouveau à la presse, on retire un liquide qui est un mélange d'huile et d'alcool. La distillation au bain-marie de ce liquide laisse une nouvelle quantité d'huile qui est jointe à la première, et toutes deux sont filtrées après un repos suffisant.

La première période de cette opération donne l'huile naturelle, dans l'état où elle existe dans les semences. Elle est d'un couleur ambrée peu foncée; elle est visqueuse et d'une odeur particulière; elle est très âcre, et son application sur la peau produit une irritation dont l'intensité dépend de la quantité et du temps pendant lequel elle est restée appliquée. Par exemple, une seule goutte agit au bout de douze heures.

En trempant dans cette huile un papier bleu de tournesol, il devient rouge et montre qu'elle est peu acide. La couleur rouge acquise par ce papier réactif, quoique faible, résiste à l'action de l'air et à celle de la chaleur de l'étuve.

L'huile retirée à l'aide de l'alcool dans la seconde période de l'opération est légèrement plus colorée, plus visqueuse et un peu plus acide aussi que l'huile de simple expression. Le papier bleu qui s'y colore conserve l'impression de l'acidité dans les mêmes circonstances que plus haut.

Ce procédé d'extraction, qui est celui du *Codex*, donne en huile 25 pour 100 du poids de la semence employée.

Une des opérations précédentes fournit déjà l'occasion d'une remarque sur la question de l'acidité de l'huile de croton. Quand on distille l'alcool employé pour la seconde ex-

---

lonnée dans son milieu. Dans ce point, l'épaisseur du coronal est de 23 millimètres; du côté droit, où elle est également très considérable, elle n'est que de 13. Il semble, sur cette pièce, qu'il y ait eu fracture avec enfoncement. La pièce osseuse ainsi déprimée aurait été elle-même fracturée dans son milieu.

N° 48 *a* (M. Poumet). Portion d'une voûte du crâne sur laquelle on observe à la face externe, vers la partie moyenne du pariétal droit, à peu de distance de la suture fronto-pariétale, une dépression assez considérable, résultant de la cicatrice d'une ancienne fracture. A l'intérieur on retrouve une saillie qui comprend dans sa partie moyenne le sillon de la branche principale de l'artère méningée moyenne.

N° 49 (M. Cruveilhier). Il existe dans ce crâne, à la partie supérieure et un peu latérale gauche, au niveau du pariétal, une plaque osseuse oblongue qui commence en arrière à la suture lambdoïde, et s'étend en avant sur la partie supérieure du frontal. Cette plaque, qui fait une saillie de 4 centimètres environ, est d'un blanc mat; de sa circonférence partent un grand nombre de sillons divergents creusés dans la table externe. Cette pièce a été recueillie sur une femme qui disait avoir reçu un coup dans son enfance, et avoir été trépanée; mais on ne trouve pas la plus légère trace de trépan.

HUITIÈME ESPÈCE. — *Fractures des os de la face.*

Je les diviserai en fractures de la mâchoire supérieure, n°s 50, 51 et 51 *a*; en fractures de la mâchoire inférieure, n°s 52 et 53. Parmi les os de la mâchoire supérieure, ceux qui se fracturent le plus ordinairement sont les os propres du nez et l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur; c'est ce que nous démontrent les trois pièces que je vais décrire, et j'ajouterai que c'est principalement au niveau de leur articulation avec le coronal que siége le plus ordinairement cette fracture. Les solutions de continuité du maxillaire supérieur sont fort rares, et c'est à peine si elles ont été étudiées.

Les fractures de la mâchoire inférieure sont, au contraire, plus communes à elles seules que celles de tous les autres os de la face; elles peuvent siéger tantôt sur le corps de l'os, ou sur une portion de la branche de la mâchoire. Dans ce dernier cas, c'est ordinairement au niveau du col du condyle qu'est le siége de la fracture (*voir* le n° 52). Nous avons déjà vu cependant, à l'occasion des os coxaux que M. Gariel avait observés, une fracture verticale de cette branche; mais, dans ce cas, la fracture était incomplète. La pièce a été malheureusement perdue.

N° 50 (M. Petit). La fracture siége au niveau de la racine du nez. La partie du frontal qui s'articule avec les os propres du nez et les apophyses montantes du maxillaire a été brisée en plusieurs fragments. A gauche, il n'y a pas eu de déplacement. A droite, au contraire, la lésion est plus étendue et le déplacement plus considérable; une portion de l'os unguis et du coronal vient faire dans l'orbite, au niveau de l'angle interne, une saillie d'un centimètre environ; l'os propre du nez, de ce côté, est également fracturé à sa partie inférieure. De chaque côté, le canal nasal a conservé sa forme et ses dimensions. A l'intérieur du crâne, l'apophyse crista-galli et la portion de la lame criblée qui la supporte ont complétement disparu.

N° 51 (Desault). Sur cette pièce, la paroi antérieure des sinus frontaux a disparu dans une grande étendue. La perte de substance est de 4 centimètres dans le sens transversal et de 3 dans le sens vertical; les bords de cette perte de substance sont un peu rugueux; le fond de la cavité des sinus est formé par la lame interne du coronal qui est restée intacte; les deux os propres du nez n'ayant plus d'articulation supérieure, mais seulement soutenus de chaque côté par les apophyses montantes, paraissent descendus légèrement. Comme sur la pièce précédente, la lésion est plus étendue à droite qu'à gauche. De ce côté, en effet, une portion de l'os propre du nez a été disjointe de l'apophyse montante, qui est transversalement fracturée au niveau de sa partie supérieure; le fragment inférieur de cet os est enfoncé en dedans. L'os unguis, de ce côté, a été également brisé; on n'en retrouve plus de trace. Il n'y a aucun désordre à l'intérieur du crâne.

N° 51 *a* (M. Pasquier). La fracture, sur cette pièce, porte à la fois sur la mâchoire supérieure et sur l'inférieure. Les os propres du nez dans leurs deux tiers inférieurs sont littéralement broyés, et cela des deux côtés; ils sont transformés en esquilles, ainsi qu'une portion du bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur; dans leur tiers supérieur, ils sont restés articulés avec le coronal. A gauche, l'apophyse montante, à sa partie supérieure, est fracturée transversalement, ainsi que la partie supérieure de l'os unguis. Au niveau de l'articulation de ce dernier avec la lame vitrée, on remarque une fracture verticale qui, venant rejoindre la tubérosité de l'os maxillaire supérieur, la circonscrit dans son entier pour aller rejoindre le fond de la fente ptérigo et sphéno-maxillaire; mais cette fracture n'intéresse que la portion extérieure de l'os maxillaire et pénètre dans la cavité du sinus. A droite, la lésion est moins importante; l'apophyse montante est fracturée sans déplacement au niveau de son articulation supérieure, ainsi que la lame vitrée de l'ethmoïde.

Au niveau de la bosse frontale du côté gauche, le coronal est brisé en plusieurs fragments; une partie même est enfoncée, et, à l'intérieur du crâne, la table interne qui a plié s'est brisée dans son milieu et fait un relief qui a dû intéresser le cerveau. De ce point part une fracture linéaire qui se porte obliquement d'avant en arrière, de gauche à droite, et parcourt la portion orbitaire du coronal, divise en deux moitiés à peu près égales le chiasma des nerfs optiques et vient se terminer sur la selle turcique.

La mâchoire inférieure, dans son corps au niveau de la canine, est verticalement fracturée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

pression, on remarque que le produit distillé n'est point acide, il est sans action sur le papier bleu de tournesol. L'huile qui reste dans le bain-marie a retenu l'acide et en donne des signes aussi sensibles qu'elle les présentait avant la distillation. Si on recueille le résidu de l'expression des semences après en avoir retiré l'huile, et qu'on le soumette à la dissolution avec de l'eau ou avec de l'alcool, on ne rencontre encore aucune trace d'acide dans l'eau ou dans l'alcool distillé. On peut difficilement se refuser à reconnaître une certaine importance dans ces phénomènes en ce qui touche l'existence d'un acide volatil dans l'huile de croton.

Toutefois, l'autorité qui a donné naissance à cette opinion exige des faits contradictoires plus nombreux que nous cherchons à lui fournir.

On a extrait de l'huile de croton en faisant agir l'éther sur les semences. La liqueur éthérée tenant l'huile en suspension était acide; elle a été déposée dans un vase à deux ouvertures. L'une d'elles donnait entrée à un tube droit qui plongeait jusqu'au fond du liquide et pouvait y laisser arriver l'air extérieur. L'autre communiquait avec un système d'appareil :

1° Un tube à boule de Liebig, contenant de la teinture bleu-de-tournesol;

2° Un autre tube, à boule également, contenant de l'alcool;

3° Un tube à angle se rendant dans un vase de grande capacité, plein d'eau, et devant servir, en donnant un écoulement inférieur au liquide, à exercer un appel de l'air et à le faire passer à travers la couche épaisse d'huile éthérée, pour conduire les principes volatils en présence des liqueurs destinées à les retenir.

L'appareil étant monté, on l'a mis en jeu en déterminant l'écoulement de l'eau contenue dans le grand vase. Le vide commencé, on a fait arriver l'air au fond de la liqueur éthérée, et son passage a été entretenu jusqu'à l'évaporation complète de l'éther. L'air a donc agité le liquide assez longtemps pour entraîner à l'état de vapeur en dissolution tout l'éther qui composait le mélange. Cependant, la teinture de tournesol opposée au passage des vapeurs d'éther et de l'air n'a pas changé en rouge sa couleur bleue, comme cela fût arrivé si les principes volatilisés eussent contenu un acide. L'alcool pareillement traversé par le courant n'a fixé aucun corps de nature acide.

L'air, saturé d'éther, parvenu dans le vase pour y remplacer l'eau, n'avait aucune propriété acide; son action sur les paupières ou sur les narines déterminait une irritation très vive, annonçant la présence d'un principe âcre mais neutre. Une autre expérience fut faite avec le même appareil, ayant toujours pour but de faire passer une grande quantité d'air à travers l'huile de croton.

Cette fois seulement, au lieu de faire arriver l'air dans une solution concentrée d'huile dans l'éther, le courant fut établi dans de l'huile pure. Le réservoir d'eau fut aussi modifié, en ce qu'au lieu d'être entièrement rempli on y laissa un espace vide dans la partie supérieure pour recevoir une petite éponge imbibée d'huile, et une seconde imbibée d'éther. Les choses étant dans cet état, on mit le liquide en écoulement, et l'air se précipita à travers l'huile, arrivant par le fond de la couche et sortant par la surface en déterminant une ébullition prolongée.

La masse d'air employée dans cette opération ne fut pas au-dessous de 2 centimètres.

La teinture de tournesol des boules de Liebig ne se trouva pas modifiée. L'huile retirée de la petite éponge par expression n'était ni acide, ni âcre, ni corrosive. Quant à l'éther, apparemment qu'une trop grande quantité d'air l'avait dissous et entraîné, car il avait laissé l'éponge sèche. Ne doit-on pas regarder ces deux épreuves comme concluantes, et admettre que si l'huile de croton contenait un principe acide volatil, soit entraîné par l'éther la première fois, soit entraîné par l'air la seconde, et obéissant à sa propre volatilité, il aurait quitté son dissolvant huileux, et aurait manifesté sa présence dans les corps ou dans l'espace préparé pour le recevoir? Il n'est résulté de ces expériences que la présomption d'un principe volatil actif, mais de nature incoercible. Des faits d'un autre ordre conduisent aux mêmes conclusions.

Si, après avoir divisé des semences de croton, on les soumet à la distillation avec de l'eau ou avec de l'alcool, les produits distillés de ces opérations ne sont point acides. Au contraire la matière fixe qui reste dans l'alambic présente d'incontestables signes d'acidité.

On remarque le même phénomène dans la distillation de la liqueur alcoolique qui provient de la seconde expression des semences dans l'extraction de l'huile. L'alcool qu'on recueille n'est point acide, et l'huile qu'il abandonne conserve ce caractère.

De l'huile de croton conservée dans une étuve pendant un long intervalle n'avait pas perdu de son acidité, très faible dans l'origine. Son action sur la peau semblait moins vive qu'avant son séjour dans l'air chaud... N'étant pas parvenu à dégager le principe acide de son union avec l'huile, il y avait à voir si on ne réussirait pas mieux à le concentrer dans une des parties de l'huile elle-même. Les auteurs disent, en effet, que l'huile peut être séparée en deux, une fade et l'autre âcre. Sur ce point l'indication existe; mais le laconisme dans lequel elle est exprimée ne satisfait pas complètement.

Pour entreprendre les expériences relatives à cette question, on a retiré l'huile des semences par le moyen de l'éther.

Les semences de croton tiglium donnent environ 35 p. 100 d'huile par l'expression ; elles en fournissent de 52 à 55 p. 100 par l'éther. Cette opération doit se faire par déplacement. Dans cette circonstance, l'éther que l'on retrouve par la distillation n'est point acide et l'huile possède toutes ses qualités. Lorsqu'on met en contact une quantité déterminée d'huile de croton avec dix fois son poids d'alcool à 95 degrés, l'alcool dissout 6 p. 100 de son poids, et l'huile perd 50 p. 100 du sien.

La portion d'huile insoluble a perdu sa couleur, son odeur, une partie considérable de son âcreté et son acidité tout entière.

La portion d'huile dissoute séparée de l'alcool par l'évaporation libre ou retenue est plus visqueuse, plus colorée, plus âcre et aussi plus acide.

L'huile qui n'a point été dissoute par l'alcool peut encore céder quelques parties à une nouvelle quantité d'alcool, et perdre toutes les propriétés qui formaient son caractère. L'action de l'alcool sur l'huile, observée sur des volumes respectifs, présente des différences qui permettent de la suivre dans sa marche et jusqu'à ses limites. Vingt volumes d'huile étant agités avec cent volumes d'alcool à 95° jusqu'à ce que la colonne d'huile cesse de diminuer, on constate une réduction de cinq volumes d'huile dissoute dans l'alcool, à raison de 1 de la première pour 20 du second. Dans une opération suivante, où l'alcool est renouvelé, la colonne d'huile ne s'abaisse plus que de trois volumes au lieu de cinq. A la quatrième opération, l'huile ne perd plus qu'un seul volume. Ce serait aussi la proportion qu'elle céderait à de nouvelles quantités d'alcool et à de nouveaux lavages, attendu que ce degré de solubilité appartient à l'huile, telle que l'a constituée l'action de l'alcool en lui enlevant les principes qu'elle peut abandonner et qui lui étaient étrangers. Amenée à cet état d'homogénéité, cette huile est légèrement ambrée; elle est sans odeur, ni saveur, ni acidité; on la conserve dans la bouche sans en éprouver nulle sensation. Elle se dissout en toute proportion dans l'éther. Sa pesanteur spécifique comparée à celle de l'eau est de 92.

Ainsi se trouve confirmée jusqu'à l'évidence l'existence d'une huile entièrement inerte et douce, comme partie constituante de l'huile fournie par les semences de croton.

Tous les principes actifs suivent la partie de l'huile qui se dissout dans l'alcool; aussi se montre-t-elle plus fortement chargée de toutes les propriétés réparties auparavant dans les deux parties réunies.

Mais ces principes actifs sont-ils eux-mêmes inséparables de la portion d'huile qui leur sert de véhicule? Après avoir été rapprochés par le mécanisme des dissolutions, sont-ils susceptibles d'être isolés plus complétement encore, et de perdre une plus grande quantité de l'huile qui les réunit? Cette voie d'élimination pourrait se trouver en faisant agir le plus fort dissolvant des éléments actifs dans une proportion d'huile relativement beaucoup plus considérable. Dans cette condition, l'alcool employé comme dissolvant pourrait exercer son action par préférence et par une sorte d'élection de principes à l'exclusion des autres.

Pour tenter cet essai, on a eu recours à l'expérience suivante :

On a pris 2 kilogrammes d'huile de croton tiglium; on y a introduit et mis pendant plusieurs jours un demi-kilogramme d'alcool à 95° : une séparation bien déterminée a eu lieu. La portion supérieure, formée d'alcool et d'huile, était loin de représenter la quantité employée. Ce phénomène a son explication dans la proportion d'alcool que l'huile ellemême peut dissoudre et qui est de 10 p. 100. Après avoir séparé la partie surnageante du liquide, il fallait en distraire l'alcool. La chaleur était pour cela d'une application simple autant que naturelle, mais elle pouvait avoir l'inconvénient fort grave d'agir en même temps sur des principes dont la concentration eût favorisé la vaporisation. L'emploi de l'eau écartait cette crainte et devait faire atteindre le but en se mêlant à l'alcool sans pouvoir se mêler à l'huile. Quoique prévue, une difficulté se présenta dans l'exécution de cette opération. Le mélange forma émulsion, et la séparation des corps entre eux aurait exigé une quantité d'eau trop considérable. En versant de l'éther dans le liquide jusqu'à dépasser ce qui pouvait se dissoudre, l'huile fut élevée à la surface et fut débarrassée de l'éther par son exposition à l'air. Pendant que durèrent cette opération et les manipulations nécessaires, les émanations manifestèrent leur puissante énergie. Les yeux, les narines, les lèvres furent douloureusement affectés, et la face fut couverte d'une rougeur de forme érysipélateuse.

L'huile fournie par ce procédé est d'un brun noir, sans transparence; elle est épaisse; son odeur est très forte et son acidité très prononcée. Déposée sur la peau, elle y fait naître la douleur en peu d'instants; et, après la vésication qu'elle produit, elle détermine une eschare.

Elle est soluble en toutes proportions dans l'alcool à 95° et dans l'éther à 56°.

Son mélange avec neuf dixièmes d'huile d'olives forme un liquide dont l'action est encore supérieure à celle de l'huile retirée des semences de croton.

En raison de faits de cette nature, il est possible de concevoir la mobilité des éléments actifs de l'huile de croton et d'espérer de parvenir à les isoler d'une manière plus complète. Cependant beaucoup de tentatives sont restées jusqu'ici infructueuses entre mes mains. En poursuivant l'étude des réactions chimiques sur ce corps, je soulèverai peut-être encore un coin du voile. Je me propose de faire de ces recherches la seconde partie de cette note. Les renseignements fournis par cette étude fixent assez clairement les propriétés de l'huile de croton pour qu'il soit permis d'y trouver une application aux opérations de la pharmacie.

Applications thérapeutiques et pharmaceutiques.

Jusqu'à présent il n'existe qu'une préparation pour laquelle le pharmacien fait usage de semences de croton. Cette préparation a pour but l'extraction de l'huile de croton.

Le guide que tout praticien de conscience et de bon sens doit suivre, le *Codex*, à qui toute soumission est due jusqu'à ce que les progrès réalisés et généralement constatés obtiennent à leur tour le droit de devenir la règle de tous, le *Codex* indique un mode opératoire pour obtenir l'huile de croton.

Nous avons eu l'occasion déjà de décrire le procédé en disant le moyen que nous avons employé pour nous procurer l'huile nécessaire à nos premières expériences. Ce procédé est d'abord l'expression simple et ensuite l'expression avec l'alcool pour auxiliaire.

Il y a un mode régulier dont le produit peut être regardé comme constant et donner la confiance que le médicament fait dans ces conditions jouit de propriétés certaines. Mais les difficultés qui résultent du besoin d'un appareil à forte expression et les combinaisons de l'économie donnent lieu de craindre que le procédé du *Codex* ne soit pas toujours suivi avec fidélité. Ce qui donne un certain poids à cette crainte, ce sont les remarques faites assez souvent que l'huile de croton varie dans ses effets, tantôt actifs, tantôt inactifs. La nature des semences peut être pour quelque chose dans l'inconstance de cette action; mais la variation des procédés peut également y avoir une part.

Dans l'intention de corriger les causes d'incertitude que produit le procédé classique, des pharmaciens, qui sont pénétrés du louable désir d'assurer aux médicaments la stabilité de leurs effets, ont proposé des modifications. Il n'y a pas longtemps (1849) que M. Dominé, qui exerce avec distinction la pharmacie à Laon, dans le but de mettre ses confrères à même d'extraire l'huile sans pression et d'écarter les dangers qui se rencontrent dans la fraude, proposa d'avoir recours à la méthode du déplacement. Le liquide qu'il a jugé convenable d'employer pour obtenir l'huile se compose d'une partie d'éther sulfurique à 56° et de trois parties d'alcool à 95°; il a annoncé que les avantages de ce procédé se constataient par la quantité et par la qualité du produit.

Dans tous les cas, les opérateurs et les auteurs se sont toujours beaucoup préoccupés de la présence de l'acide crotonique dans l'huile et du rôle qu'il avait à remplir comme agent collectif des propriétés du médicament.

Maintenant que nous sommes éclairés sur les phénomènes attribués à la volatilité de l'acide crotonique, on peut se croire autorisé à hasarder quelques critiques sur les procédés en usage.

Et d'abord, en examinant le procédé du *Codex*, on voit qu'il se partage en deux époques. Dans la première, l'huile s'obtient de la simple expression ; dans la seconde, elle est accompagnée d'alcool. Si la première huile est exactement telle que la semence la renferme, il n'en est pas tout à fait de même de la seconde. Puisque les matériaux les plus actifs, très solubles qu'ils sont dans l'alcool, peuvent abandonner l'huile pour se fixer dans l'alcool, il doit arriver que ces matériaux se trouvent en plus grande quantité dans l'huile de seconde expression que dans celle de la première. L'inconvénient sera d'autant plus grand qu'il restera plus d'huile dans le tourteau, à défaut d'une presse de grande force. Une différence dans la nature de l'huile pourra être plus grande encore si l'on s'écarte du procédé du *Codex*. C'est ainsi que nous connaissons un de nos confrères qui, dans un esprit de délicatesse et d'exactitude fort honorable, ne fait usage dans son officine que de l'huile que les semences lui donnent par une simple expression.

Lorsqu'avec un autre point de vue, mais avec des motifs pareillement puisés dans des pensées d'exactitude, on fait servir un liquide alcoolique éthéré, le principe actif, dont la solubilité relative l'emporte toujours sur l'huile, accompagne celle qui se trouve déplacée, en abandonnant celle qui résiste à l'action du liquide.

Soit alors qu'on se conforme au procédé du *Codex*, soit qu'on lui préfère le déplacement avec l'alcool et l'éther, les produits ne représentent pas rigoureusement l'huile que la semence de croton fournit directement par l'expression, celle qui est la seule homogène, et qui peut être considérée comme un type.

Puisque l'éther est le dissolvant parfait de l'huile contenue dans la semence et qu'il agit sur elle sans opérer aucune élimination de parties, il doit être le seul corps qu'on puisse employer pour que l'huile obtenue soit semblable à celle que donne l'expression, c'est-à-dire qu'avec toute l'huile on ait tous les principes de son action. En introduisant 100 grammes de semences de croton, mondées de leurs enveloppes et bien divisées dans un appareil à déplacement, et faisant traverser de l'éther jusqu'à ce que quelques gouttes reçues sur un papier n'y laissent plus de trace de corps gras, le liquide exposé à l'air, ou distillé à une très basse température, laisse pour résidu une huile très homogène, très active, qui représente 50 à 55 p. 0/0 du poids des semences mondées.

Nous proposons ce procédé à l'expérimentation des médecins, afin qu'il puisse prendre place dans le *Codex* quand le moment sera venu de rajeunir ce livre. Il est inutile d'ajouter que jusqu'à cette époque il ne doit autoriser aucune substitution, et que son emploi ne devra avoir lieu que sur une demande spéciale.

Les expériences que nous avons pratiquées sur nous-même dans le cours prolongé de cette étude nous ont mis sur la voie d'une application des semences de croton qui pourrait être utile, mais qui n'a pas été faite. Une semence de croton décortiquée pèse 1 décigramme en moyenne. Si on la divise très exactement seule, ou mieux avec une partie égale de corps gras, axonge ou huile, cette semence, étendue en pulpe grasse sur un morceau de sparadrap et appliquée sur la peau, développe une action plus vive que l'huile en nature.

Les proportions de semences mondées et de corps gras, toujours égales, étant élevées suivant l'étendue de la surface qu'on voudrait soumettre à son action, le phénomène se produira avec certitude dans la mesure de la sensibilité de la peau.

Il résulte des expériences et des faits consignés dans cette étude :

1° Que l'huile de croton ne renferme pas d'acide volatil;

2° Que l'acide sensible dans cette huile est fixe ou retenu

par l'huile, qui ne s'en sépare même pas à la chaleur de 100° et par distillation ;

3° Que le principe volatil âcre qui existe dans l'huile de croton n'est pas de nature acide, et qu'il se refuse jusqu'à présent à être extrait ;

4° Que les principes actifs de l'huile de croton sont susceptibles d'abandonner une partie de l'huile pour se concentrer dans l'autre ;

5° Que l'huile de croton n'est pas d'une composition homogène, mais formée d'une partie inerte dont l'alcool ne dissout que le dixième, et d'une autre beaucoup plus soluble entraînant avec elle les principes actifs ;

6° Que le plus grand degré de concentration des principes actifs du croton peut se réaliser par l'action d'une petite quantité d'alcool sur une grande quantité d'huile ;

7° Que l'éther employé par la méthode de déplacement pourra être préféré aux moyens en usage pour obtenir l'huile ;

8° Que la pulpe de semence de croton appliquée sur la peau, seule ou avec un corps gras, peut favorablement suppléer à l'action de l'huile.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 novembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un *Précis linéaire philosophique et pratique* sur un agent préservatif spécifique du choléra asiatique, par le docteur Massart, de Napoléon-Vendée.

Le même ministre transmet un rapport sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans diverses communes de l'arrondissement de Saint-Lô, par MM. les docteurs Sebire et Mondezert.

Eaux minérales de Belleville.

M. Beaude, médecin inspecteur des eaux minérales de la Seine, écrit à l'Académie que, d'après les recherches auxquelles s'est livrée la commission dont il fait partie, l'eau minérale sulfureuse de Belleville, dont M. Chevallier a entretenu l'Académie, est sulfurée par le sulfhydrate de chaux dû à la décomposition du sulfate de chaux par les substances organiques.

Cautères.

M. Chrestien, de Montpellier, adresse un mémoire sur les cautères. (Commission : MM. Bricheteau, Hervez de Chégoin.)

Asphyxie.

M. Plouviez, de Lille, adresse un mémoire sur la valeur des agents conseillés contre l'asphyxie en général, et contre l'asphyxie déterminée par l'éthérisation et la submersion.

Symptômes d'étranglement.

M. le docteur Liégey adresse l'observation d'un malade qui a présenté des symptômes d'étranglement terminés par la guérison, et que l'auteur attribue à une névrose.

Fièvres intermittentes.

M. Padioleau, de Nantes, informe l'Académie qu'il a obtenu d'excellents résultats de la préparation suivante, qui n'est qu'un vieil opiat, dans le traitement de fièvres intermittentes.

Sel ammoniac.	12 grammes.
Sel d'absinthe.	12 —
Sel de tamarin.	12 —
Chardon bénit.	12 —
Quinquina en poudre.	64 —
Sirop d'absinthe.	Q. S.

Divisez en 12 parties égales.

M. Brunet prie l'Académie de vouloir bien faire décacheter un paquet qu'il a déposé le 5 novembre 1844, et dans lequel il croit démontrer par des faits l'efficacité du sous-carbonate d'ammoniaque dans le traitement des fièvres intermittentes.

Emploi de l'iode dans diverses maladies.

M. Goin, médecin-directeur des eaux de Saint-Alban, informe l'Académie qu'il emploie avec succès l'iode dans diverses maladies, telles que la phthisie, l'ozène, la syphilis constitutionnelle, etc. Il le porte en général sur les parties malades à l'aide de petites capsules ouvertes dans un des points de leur surface et qui peuvent s'appliquer dans les cavités et laisser échapper l'iode en vapeur par suite de la température des parties au sein desquelles elles sont plongées.

Insufflation pulmonaire.

M. le docteur Marchant, médecin adjoint de la maison d'Alfort, adresse un second mémoire sur l'insufflation pulmonaire. (Commissaires : MM. P. Dubois et Danyau.)

Candidature.

M. Lenoir se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Gymnastique.

M. le directeur de l'assistance publique adresse à l'Académie une série d'observations qui ont été faites par M. A. Becquerel sur l'influence de la gymnastique sur diverses maladies. (*Voir* ci-dessus.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit trois rapports défavorables sur des remèdes secrets. (Adopté.)

Hygiène publique.

M. Chevallier lit un rapport étendu sur un mémoire de M. Bouchut, ayant pour objet l'application aux arts et à l'industrie de l'oxyde de zinc en remplacement de l'oxyde de plomb. La commission propose le renvoi du mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Culture de l'opium.

M. Aubergier lit un mémoire étendu sur la culture de l'opium. Nous ferons connaître dans notre prochain numéro les passages de ce mémoire qui ne se trouvent pas déjà consignés dans une note que nous avons publiée antérieurement.

Douleurs dans les moignons des amputés.

M. Hutin lit sur ce sujet un mémoire intéressant dont nous sommes obligé de renvoyer l'analyse à notre prochain numéro.

PRÉSENTATIONS.

Muscles interosseux.

M. Bouvier présente une main dans laquelle il a disséqué les muscles interosseux pour démontrer que ces muscles sont des extenseurs des deux dernières phalanges.

Bandages.

M. Bourgeaud présente un bandage propre à comprimer les hernies et qui n'est qu'une application particulière d'un système général de bandages contentifs et compressifs applicables à tous les cas médicaux et chirurgicaux.

— La séance est levée à cinq heures.

ERRATUM. — Dans le compte-rendu de la dernière séance nous avons annoncé qu'un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le canton de Gray avait été adressé par M. Fromartel ; c'est par M. le docteur *Gourdan de Fromentel*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray (Haute-Saône), qu'il faut lire.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans votre excellent journal du 4 octobre 1851, n° 115, la lettre de M. le docteur M.-C. Retzius relative à des notes du *Traité de la spédalsked* (page 233) par les docteurs norwégiens Danielssen et Boeck.

Je prends la liberté de vous adresser ces quelques lignes pour ma justification vis-à-vis du docteur Retzius, et je vous prie d'être assez bon, monsieur le Rédacteur, pour m'en accorder l'insertion dans votre journal.

Tout ce que M. le docteur Retzius a écrit dans vos colonnes n'est que la vérité pure et simple. C'est pour cela qu'il n'y a pas le moindre inconvénient de ma part de le déclarer publiquement et de faire connaître à la fois comme les choses se sont passées.

Occupé depuis longtemps de la lèpre, dont malheureusement les germes existent encore dans la Ligurie et le comté de Nice, malgré les mesures hygiéniques qui ont été prises et des prix que moi-même et un illustre philanthrope de mon pays avons offerts pour encourager les hommes de l'art à des études spéciales, je jugeai convenable, d'après l'avis de plusieurs de mes respectables collègues, de m'adresser aussi au savant docteur Retzius, qui jouit ici comme ailleurs de la plus haute renommée. Cette sommité médicale eut la bonté de m'écrire une communication très intéressante sur la maladie en question, ayant eu en même temps la complaisance de m'adresser sa lettre en langue italienne. A l'occasion du Congrès scientifique de Milan, je crus qu'il était de mon devoir, pour le bien de la science et de l'humanité, de donner communication à mes respectables confrères de la lettre particulière que j'avais reçue de la part de M. le docteur Retzius. Sans attacher aucune importance à sa rédaction, sans vouloir entrer dans aucune question de priorité et bien moins dans aucune polémique, car enfin je serais tenté de faire observer que MM. les docteurs Danielssen et Boeck, qui ont visité exprès l'Italie, auraient dû nous fournir tous les éclaircissements que cette maladie demande, je peux bien déclarer que la lettre du docteur Retzius, très simple en elle-même, ne renfermait pas le moindre indice d'avoir été *plagiaire* sous aucun rapport.

Veuillez recevoir, etc. D[r] Benoît TROMPEO.

Turin, ce 29 octobre 1851.

Chronique et nouvelles.

Voici les sujets des prix proposés par la Faculté de Paris pour être décernés l'année prochaine dans la séance solennelle de rentrée :

Prix fondé par Montyon. — Il y aura, tous les ans, un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en *une médaille d'or*, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1852 ne seront pas reçus passé le 1[er] août de la même année.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1852, la question suivante :

« Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques » de la Faculté, quels sont les effets des préparations de scille? »

Du 15 août au 1[er] septembre 1852, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui aura été désigné;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

— M. le docteur L. Fleury, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient de recevoir de S. M. le roi des Belges la croix de chevalier de l'ordre de Léopold. On sait que l'Académie royale de médecine de Belgique avait déjà accordé une première récompense aux nombreux et utiles travaux de notre savant confrère, en le nommant membre correspondant.

— Un fait des plus rares et des plus intéressants à la fois vient de se passer dans les salles de l'Hôtel-Dieu (service du docteur Devay), c'est un cas de *transfusion du sang* chez une jeune femme réduite à un état d'épuisement complet par des hémorrhagies foudroyantes. L'opération fut habilement et promptement pratiquée avec le sang fourni par M. Lardet, interne de service. Sous l'influence bienfaisante d'un sang chaud et riche, on a vu cette malade recouvrer ses sens et le mouvement. Aujourd'hui, la malade se trouve dans un état satisfaisant et donne quelques espérances.

(*Gaz. méd. de Lyon*).

— M. Antoine Machet, maître en chirurgie, ancien chirurgien-major aux armées de la République, est mort le 1[er] de ce mois à Saint-Hilaire-le-Grand (Marne), où depuis longtemps il avait fixé sa résidence et où il exerçait avec un zèle et un désintéressement qui ne se sont jamais démentis.

M. le docteur Scure, de Suippes, s'était chargé de retracer les principaux faits de la carrière si bien remplie de M. Machet, et il l'a fait en des termes qui ont vivement ému l'auditoire réuni sur la tombe de notre digne confrère.

— M. Guersant commencera, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres, 149, son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants aujourd'hui jeudi 6 novembre et le continuera toute l'année.

Tous les jours les visites à 8 heures.

Les jeudis, leçons et opérations de 8 à 10 heures.

Consultations tous les jours à 8 heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche.

— *Cours de pathologie médicale.* — M. Bouchut, médecin des hôpitaux de Paris, commencera ce cours le mardi 11 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 129. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1851.　　　(24e ANNÉE.)　　　N° 129. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 7 NOVEMBRE 1851.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE.

Par une coïncidence assez fâcheuse, et qu'on aurait pu si facilement éviter, l'Ecole de pharmacie ouvrait ses portes pendant que M. Roux prononçait son beau discours. Au personnel de l'Ecole s'était associée, pour cette solennité, la Société de pharmacie, qui tient ses séances le premier mercredi de chaque mois, dans le local même où avait lieu la cérémonie.

Sous la présidence de M. Bussy, M. Soubeiran, qui est tout à la fois professeur et secrétaire général de la Société de pharmacie, a lu une *Notice sur l'état actuel de la pharmacie en France*, travail remarquable, dans lequel les pharmaciens et les élèves trouveront des aperçus et des conseils utiles. Il a ensuite fait connaître les programmes de deux sujets de prix proposés par la Société de pharmacie : l'un sera décerné au meilleur travail sur l'acide racémique, l'autre au chimiste qui fera connaître la meilleure analyse des fruits du nerprum.

M. Cap a lu une *Notice historique sur Belon*, naturaliste qui vivait dans le seizième siècle. Dans cette notice, M. Cap a relevé les erreurs quelquefois commises par les bibliographes, et il a cité plusieurs exemples assez piquants, que les honorables amateurs de manuscrits et de bouquins ne liront pas sans fruit.

M. Guibourt a ensuite fait connaître le résultat du concours qui a eu lieu dans le mois d'août dernier, entre les élèves de l'Ecole pratique. Voici le résultat de ce concours dans lequel les élèves doivent faire preuve de connaissances en physique, en chimie, en toxicologie, en minéralogie, en botanique et en histoire naturelle.

Premier prix (médaille d'or). — M. Pressoir (Charles-Antoine), né à Angers (Maine-et-Loire).

Deuxième prix (médaille d'argent). — M. Adam (Alexandre-Hippolyte), né à Paris.

Deuxième second prix (médaille d'argent). — M. Lefranc (Edmond), né à Meaux (Seine-et-Marne).

Un *accessit* a été accordé à M. Pimpernelle (Louis-Hippolyte), né à Fécamp (Seine-Inférieure).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Parmi les fractures très nombreuses qui ont été traitées dans le cours de cette année à l'hôpital Saint-Antoine, il en est quelques-unes qui nous ont paru dignes d'occuper un instant l'attention des praticiens, autant à cause de la rareté des faits que de certaines particularités qui intéressent le diagnostic et le traitement de ces lésions. De ce nombre est un cas d'enfoncement simultané des deux os maxillaires supérieurs avec fracture des os du nez et fractures multiples du maxillaire inférieur. On jugera de la rareté de ce fait en lisant dans l'ouvrage de M. Malgaigne, p. 373, que ce professeur n'en connait qu'un seul exemple, observé par Wiseman chez un enfant de huit ans.

Voici l'observation de l'hôpital Saint-Antoine.

Fractures par écrasement de la face avec complication de plaies multiples pénétrant dans la cavité buccale.

Bressemberger, boulanger, cinquante et un ans, rue des Carrières, 4, à Vincennes, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 1er septembre 1851.

Nous apprenons comme antécédents de ce malade, qui ne peut pas parler et qui était complétement ivre au moment de l'accident, qu'une roue de grosse voiture lui a passé sur la face : et, en effet, nous reconnaissons que cette partie est convertie en une espèce de sac de noix présentant un écrasement général, en sorte que partout où l'on porte la main on trouve de la crépitation et de la mobilité.

En procédant à un examen détaillé, dans lequel nous sommes obligé d'apporter beaucoup de ménagements à cause de l'état très douloureux du malade, nous constatons :

1° De larges ecchymoses en relief sur le front et aux tempes, particulièrement à gauche;

2° Une double ecchymose sous-conjonctivale occupant l'hémisphère inférieur des globes oculaires. D'après le déplacement en masse des deux os maxillaires, il est assez difficile d'admettre qu'il n'y ait pas quelque fracture du plancher de l'orbite; mais nous n'avons pas eu à cet égard d'autre donnée que la double ecchymose.

3° Les deux os propres du nez sont fracturés et forment une pièce qui se meut transversalement, comme le ferait un os sésamoïde. Ils offrent une dépression transversale à environ 8 millimètres au-dessous de la racine nasale.

4° Les deux os maxillaires supérieurs ont subi une dépression d'ensemble qui les reporte en arrière, et, quand on introduit le doigt sous la voûte palatine, qui forme une espèce de polyèdre anfractueux et concave, on a à peine introduit la longueur de deux phalanges que le doigt est arrêté par la paroi osseuse postérieure du pharynx. Il y a donc un raccourcissement antéro-postérieur de la voûte palatine d'à peu près 3 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur de cette voûte, à partir des dents incisives jusqu'à l'épine nasale postérieure, est réduit à 4 centimètres tout au plus. Quoique l'os maxillaire, fracturé aussi lui, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, ait subi dans sa courbe une dépression manifeste avec un peu de relief vers les condyles, qui semblent comme repoussés en dehors de chaque cavité glénoïde, cependant la mâchoire supérieure est débordée par l'inférieure dans une proportion notable.

5° La mâchoire inférieure est fracturée dans son corps et dans ses branches. La fracture du corps, située à droite, est obliquement dirigée de bas en haut et de dehors en dedans, de manière que la ligne de fracture vient tomber entre la canine et l'incisive latérale droite; la canine est déviée; elle fait un tel relief en avant que le malade en a sollicité plus tard l'extraction.

Il y a de plus une fracture de la branche de l'os immédiatement au-dessus de la dernière molaire.

Enfin, nous avons tout lieu de croire, sans avoir pu le constater d'une manière positive, à cause de la difficulté d'exploration résultant des fractures multiples du même os, qu'il en existe une au col du condyle droit.

Considéré dans son ensemble, l'aspect général de la face se résume ainsi :

Aplatissement notable du profil de la face, proéminence du menton, écrasement du nez, dépression profonde de la mâchoire supérieure et en outre élargissement de la face à la hauteur des condyles.

L'isthme du gosier offre aussi lui une déformation très marquée. La luette est fortement déviée à gauche et touche la base de la langue. L'arcade droite du voile est beaucoup plus large que la gauche. La rangée dentaire inférieure déborde de beaucoup en avant la supérieure.

Ce malade avait en outre une fracture du radius droit près du poignet.

Un traitement antiphlogistique très énergique a été employé.

Toutes ces fractures se sont guéries dans l'espace d'un mois, et le malade, apporté le 1er septembre à l'hôpital, a pu être présenté à la Société de chirurgie le 1er octobre.

Mais plusieurs désordres sont restés dans les fonctions et la conformation des parties fracturées, ce sont :

1° La déformation du nez;

2° La dépression de toute la mâchoire supérieure, qui est rentrante;

3° L'impossibilité d'un abaissement complet de la mâchoire inférieure; l'écartement des rangées dentaires ne peut aller qu'à 4 centimètres; l'imperfection de la mastication, qui ne peut se faire qu'à droite dans une petite étendue;

4° Par suite de la déformation du nez et de la diminution notable des dimensions antéro-postérieures du pharynx, la respiration et la déglutition sont difficiles.

Telle est l'observation de cette fracture, si complexe qu'elle n'a peut-être pas son analogue chez un homme de l'âge de notre malade : il a cinquante et un ans. Les faits mentionnés par M. Malgaigne ont été observés chez des enfants, et l'on sait quelles sont à cet âge l'énergie et la souplesse de ressources de la puissance réparatrice pour toute espèce de lésions.

L'observation suivante est bien aussi un exemple de fractures multiples terminées heureusement. La fracture absolument symphysaire du maxillaire inférieur, quoique beaucoup moins rare que la dépression simultanée des deux maxillaires supérieurs, est toujours un fait qui intéresse quand on le rapproche de l'assertion de Boyer, qui en niait tout bonnement la possibilité.

Fracture verticale de la symphyse du menton. — Fracture de plusieurs côtes du côté gauche avec emphysème. — Epanchement sanguin considérable et crachement de sang. — Fracture de la cuisse gauche consolidée d'abord avec un raccourcissement de 5 centimètres, traitée par l'appareil de M. Martin, avec rétablissement de la longueur du membre et absence complète de claudication.

Becker (J.-P.), journalier, vingt et un ans, demeurant à Montreuil, est apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 14 juillet 1851, au n° 30 de la salle Saint-François.

Cet homme est tombé d'une hauteur de 60 à 70 pieds dans le puits d'une carrière. Les personnes qui l'apportent à l'hôpital et qui l'ont relevé après sa chute nous apprennent qu'il est resté quelque temps dans un état d'insensibilité complète.

Y a-t-il eu syncope? Y a-t-il eu congestion cérébrale? Le

FEUILLETON.

EXTRAIT DU DISCOURS DE M. ROUX.

BICHAT.

La partie du discours de M. Roux destinée à nous faire connaître dans Bichat, non pas le savant et l'écrivain qui sont jugés depuis longtemps, mais l'homme lui-même. Cette partie devait être et a été celle qui a offert le plus d'intérêt. C'est donc la seule que nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

On a tant dit de Bichat déjà qu'il était du nombre de ces êtres privilégiés dont la nature est avare, et qu'elle produit de loin en loin seulement pour les progrès des arts et des sciences, que j'ose à peine répéter un tel éloge devenu banal, parce qu'il a été appliqué à d'autres qui ne le méritaient pas autant. Mais ce que je puis dire avec vérité, c'est que Bichat possédait tout ce qui peut faire naître de justes regrets après que nous avons cessé d'être. Vos âmes, j'en suis sûr, se rempliront d'une douce émotion, quand vous saurez que Bichat était un homme bon par excellence. Incessamment livré qu'il était à des travaux sérieux, vous vous le représentez peut-être grave, austère, toujours concentré et abstrait, par nature ou par besoin, comme quelques-uns cherchent à le paraître par calcul; non, on le voyait toujours expansif, et enclin à une certaine gaieté. Il était d'ailleurs doux, affectueux, simple dans son ton, dans ses manières, sans vanité, sans orgueil aucun, comme sans envie, d'un commerce facile, et, comme je l'ai déjà fait entendre, fidèle à l'amitié.

Bichat avait une taille moyenne : on pouvait prévoir qu'avec le temps il aurait acquis un certain embonpoint qu'il n'avait pas encore. Sa chevelure, d'un brun clair et légèrement ondulante, ne couvrait qu'à demi un front large plutôt qu'élevé, et qui, s'il n'était pas de ceux sur lesquels on croit voir empreint le sceau du génie, décelait néanmoins une grande intelligence. Ses yeux avaient de la vivacité; et sa figure, sur laquelle le fléau dont la vaccine nous a presque complétement délivrés avait laissé quelques marques, n'était ni très belle, ni disgracieuse : elle avait au plus haut degré l'expression de la douceur, de la bonté, et surtout d'une grande quiétude d'âme. Je doute que jamais les traits d'un orgueil présomptueux, ni d'une sombre jalousie, ni seulement même d'une ambition désordonnée, eussent pu y trouver place. Sa physionomie, très mobile, réflétait seulement quelquefois avec une grande promptitude ou bien la tension de son esprit vers quelque sujet nouveau de méditations et de pensées, ou bien le contentement que lui faisait éprouver un travail accompli, et le besoin de douces distractions. Il avait les allures vives. Sa parole n'était ni très harmonieuse, ni très facile, encore moins éloquente; souvent même, en professant, les mots lui manquaient pour bien rendre sa pensée, et il ne reprenait le cours d'une période commencée qu'après avoir porté ses regards en haut, et fait entendre un cri particulier qui frappe encore mon oreille. Mais il y avait dans sa manière de dire de l'abondance, de la chaleur, l'accent d'une profonde conviction, le sentiment que ce qu'il disait avait un certain caractère de nouveauté. Et s'il est vrai, comme d'aucuns le prétendent, que l'écriture d'un homme peut fournir quelques indices de son caractère, voire même du genre de son esprit, peut-être devinerait-on ce qu'était Bichat sous ce double rapport en parcourant les feuilles manuscrites qu'il a laissées, où les mots tracés sans art semblent avoir eu quelque peine à suivre la pensée. Au reste, ces feuilles manuscrites, à l'exception de deux discours, ne sont que celles de ses ouvrages imprimés : c'est qu'en effet Bichat ne composait point à l'avance; c'était au jour le jour, et par petites fractions, le plus souvent incomplètes, et pour être livrées immédiatement à l'impression, que s'écoulaient de sa pensée et de sa plume toutes ses œuvres si remplies de faits et de considérations brillantes.

Parmi quelques particularités de la vie de Bichat qui peuvent le mieux justifier ce que j'ai dit de la bonté de son âme et de la droiture de son caractère, il en est que je n'ai jamais fait connaître que dans des conversations intimes : elles auront pour vous, messieurs, l'intérêt de la nouveauté. Il en est d'autres dont j'ai cru devoir faire le récit lors de la cérémonie qui eut lieu en 1845 (*Gazette des Hôpitaux*, 20 novembre 1845), quand on transporta les restes inanimés de Bichat au cimetière de l'Est. J'en reproduirai ici une ou deux seulement; surtout je garderai le silence sur celle qui m'avait conduit à rappeler les paroles si belles et si simples qu'on trouve à la fin de la préface des *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, paroles dont maintenant on comprend à peine le sens et l'application, et par lesquelles Bichat répond à des critiques qu'il n'avait pas méritées.

Quelle droiture et quelle simplicité ou quelle pureté d'âme, quelle abnégation de tout sentiment d'orgueil dans le trait suivant : Ce devait être en 1800 ou 1801, il y a cinquante ans juste. Notre Faculté avait alors le titre d'Ecole de médecine; une chaire d'anatomie y était devenue vacante. M. Duméril avait des droits incontestables à cette chaire; il l'obtint, en effet, par le vœu des professeurs de cette époque. Bichat, qui n'était encore connu que par ses succès dans l'enseignement particulier et par son *Traité des membranes*, avait aussi convoité les suffrages des professeurs. Ne nous séparons pas, dit-il à son ami Duméril; faisons nos visites ensemble; nous ferons valoir en présence l'un de l'autre nos titres respectifs. Quel trait touchant de confiance! Combien de tels hommes étaient dignes d'être unis par l'amitié! Je me plais à croire qu'ils ont eu en semblable occurrence des imitateurs parmi les hommes de nos jours.

L'orgueil, la présomption, qui ne sont jamais excusables, qu'on tolère cependant et qu'on comprend jusqu'à un certain point chez

blessé a, en outre, une plaie de tête à la partie postérieure et latérale droite du crâne.

On constate l'existence de toutes les fractures mentionnées au titre de l'observation, moins la fracture de la symphyse, qui n'était accompagnée d'aucune déformation, et ne s'est révélée à nous qu'au bout de quelques jours.

On saigne le malade; on le sonde. La plaie de tête est pansée par occlusion. Un appareil à fracture de cuisse est appliqué.

Le 15 juillet, on sonde le malade. Bruit de gargouillement à la région précordiale. L'emphysème ne fait pas de progrès. Cet homme est atteint d'une hernie crurale à droite, mais qui est antérieure à l'accident. Il y a encore quelques crachats sanguinolents.

Le 16, le malade a été pris de délire cette nuit. Il a beaucoup d'oppression.

M. Trastour fait une saignée. Pouls moins dépressible qu'hier, à 108; alcoolature d'aconit; frictions sur les membres avec l'eau-de-vie camphrée.

Le 17, on resserre les attelles fémorales. Je fais remarquer le notable raccourcissement du membre fracturé.

Le 18, dans l'après-midi, délire violent qui a nécessité l'emploi de moyens contentifs. Pneumo-thorax très prononcé à gauche, et qui paraît s'être produit pendant les efforts du malade pour se dégager des liens, qu'on a été obligé de lui appliquer. — 40 sangsues derrière les oreilles. Pilules d'opium. On ne peut pas donner de lavement au laudanum.

Le 19, le malade a pris deux pilules d'opium de 5 centigram. chacune; il n'a plus de délire. C'est aujourd'hui seulement, et en cherchant à voir la langue en déprimant avec force le menton, qu'on s'aperçoit que la pression sur l'os maxillaire semble entr'ouvrir dans son milieu l'arcade dentaire inférieure. On saisit alors chaque moitié du maxillaire inférieur, et l'on imprime des mouvements qui font reconnaître une fracture complétement exempte de tendance au déplacement, et si exactement placée sur la ligne médiane, qu'elle tombe entre les deux incisions moyennes, qui ont seulement un peu perdu de l'exactitude de leur juxtaposition. — Emploi d'une simple fronde de sparadrap. Point d'opium. Pilules aloétiques pour combattre une constipation opiniâtre.

Le 20, selles abondantes.

Le 21, le malade parvient toujours, quoi qu'on fasse, à relâcher son appareil à fracture de cuisse. On est obligé de lui lier les mains. La fracture du maxillaire a si peu de tendance au déplacement, qu'on la laisse sans appareil.

Le 24, nul accident, nulle fièvre.

Le 27, même état. Il semble que la fracture du maxillaire se consolide.

Le 28, le malade souffre à l'os maxillaire. On revient à l'usage de la fronde de sparadrap.

Nous avions eu de grandes difficultés à combattre pour maintenir la coaptation de la fracture de cuisse. Dans le commencement l'agitation involontaire du malade, plus tard son opiniâtreté à défaire chaque nuit l'appareil nous avaient préparé à l'idée d'une réunion peu brillante; mais nous ne nous attendions pas à un raccourcissement aussi considérable. Il était de 5 centimètres. Nous ne pouvions laisser le malade dans cet état, et quoique la consolidation dans cette position vicieuse fût assez avancée pour que les fragments tinssent avec une assez grande solidité l'une à l'autre, je priai M. Martin de vouloir faire usage pour ce malade d'un appareil à extension, dont il avait entretenu la Société de chirurgie. Sous l'action de ce mécanisme puissant, le membre fut ramené à sa longueur normale.

Le cal fut sans aucun doute fracturé, mais non pas par cette fracture sèche qui se serait produite dans un cal ancien. Il y eut élongation avec un peu de craquement; voilà tout. Je dois dire que l'élongation complète n'eut lieu qu'en deux séances; 3 centimètres furent regagnés le 9 août, et le reste le 11 du même mois. Après la première, aussi bien qu'après la seconde de ces élongations, l'appareil fut parfaitement supporté. M. Martin ayant publié la description de cet appareil, nous ne la reproduirons pas ici.

Le 2 septembre, on enlève l'appareil. Le cal est volumineux et fait relief sous la peau. La mensuration comparative des deux membres ne donne pas une différence sensible de l'un à l'autre.

Le 24, le malade marche très bien. Il est présenté à la Société de chirurgie complétement exempt de claudication.

Nous ne saurions trop appeler l'attention des chirurgiens sur l'utilité de l'appareil si ingénieusement combiné par M. Martin. Cet appareil est destiné à rendre de signalés services. Il a été pour l'avenir de notre malade d'un bienfait immense. Presque toutes les fractures de la partie moyenne de la cuisse ne guérissent qu'avec un raccourcissement. A coup sûr, ce raccourcissement n'est pas souvent aussi considérable que celui auquel nous avons eu affaire; mais, petit ou grand, il entraîne toujours de la claudication. Lorsque M. Martin présenta son appareil à la Société de chirurgie, la répugnance bien légitime des chirurgiens pour tout appareil qui, dans le traitement des fractures, ne peut être établi extemporanément, avait peut-être empêché de juger aussi favorablement qu'il le mérite le mécanisme dont nous avons parlé. Mais tout chirurgien jaloux d'obtenir un résultat aussi important que l'absence de la claudication doit se dépouiller de toute prévention et faire bon marché de la qualité des moyens en face du but, qui, une fois atteint, dédommage amplement des difficultés qu'on peut avoir à se procurer tous les moyens d'action nécessaires.

HOTEL DES INVALIDES. — M. Hutin.

Recherches sur les causes des douleurs que les amputés des membres éprouvent dans leurs moignons.

Chacun sait que les amputés des membres ressentent dans leurs moignons des douleurs d'une nature particulière, dont la cause n'a point encore été recherchée ou nettement assignée. Il y a fort peu d'exemples d'amputés qui, après quelques années, échappent complétement à ces souffrances, tout à fait distinctes de celles que déterminent l'ostéo-myélite, le spina ventosa, la névrite, ou toute autre affection connue du moignon.

Tantôt sourdes et continues, tantôt lancinantes, saccadées et augmentées par la marche ou par certaines positions, ces douleurs ont cela de commun, que les temps de brouillard et d'humidité les font apparaître avec une constance qui ne se dément pas ou les exaspèrent. Sur 522 amputés que j'ai examinés depuis six ans à l'hôtel des Invalides, 472 avaient des douleurs de l'une ou l'autre de ces deux classes; 24 n'en ont encore jamais éprouvé, et 36 sont dans ce moment de transition où, ne souffrant pas précisément, ils ont néanmoins, à certaines époques, une gêne accidentelle, présage de douleurs futures.

Quelle est la cause de ces souffrances que l'on ne peut rapporter à aucune affection apparente des tissus? C'est ce que j'ai voulu rechercher après la mort.

Quand on examine un moignon cicatrisé depuis longtemps, et non douloureux pendant la vie, voici ce que l'on trouve: la cicatrice est placée plus ou moins près du bout de l'os, suivant la méthode opératoire adoptée, la perfection avec laquelle elle a été suivie, la rétraction des chairs, les accidents survenus pendant le travail de réparation, etc. L'extrémité transversale du moignon est rarement matelassée de chairs, du moins dans toute son étendue. La portion recouvrant l'os au point de section est formée uniquement par la peau et le tissu fibreux. Celui-ci, mince et à mailles serrées, est le rendez-vous de toutes les parties molles; c'est à lui qu'aboutissent les muscles, les nerfs, les vaisseaux, tout ce qui n'est pas l'os, qu'il capuchonne lui-même. Les muscles perdent, en s'en approchant, leur couleur et leur consistance. Les vaisseaux se convertissent en cordons fibreux; ou bien, s'ils restent canaliculés, leur cavité est occupée par un prolongement fibroïde qui semble n'être que de la fibrine épaissie, facile à enlever si l'on fend le cylindre vasculaire sur sa longueur, circonstances déjà notées par MM. Nélaton et Notta. Les nerfs, altérés dans leur forme, se confondent avec le tissu terminal, soit en se perdant directement avec lui, soit en s'anastomosant préalablement entre eux, comme l'a dit Larrey. Les os s'arrondissent à leur extrémité sciée comme un dé à coudre ou comme un doigt de gant. C'est cette extrémité que recouvre le tissu fibreux commun. Dans les moignons formés par deux os, il s'établit de l'un à l'autre une arcade d'union, ou bien ils restent libres.

Telles sont, en résumé, les dispositions normales que l'on trouve après un certain temps dans les moignons heureusement formés. Je ne les ai rencontrés à ce degré de simplicité que sur un petit nombre de cadavres d'amputés, et c'était sur des individus qui n'avaient pas éprouvé le genre de douleurs dont nous nous occupons; jamais sur d'autres. Chez tous ceux dont l'existence avait été tourmentée par ces souffrances, j'ai constamment observé un ordre de choses différent. Ici j'ai toujours vu dans les nerfs ou dans les os, le plus souvent dans les uns et les autres, soit des productions pathologiques, soit des rapports fâcheux, dont quelques-uns remontaient jusqu'au jour de l'opération.

Les nerfs présentent fréquemment à leur extrémité coupée des renflements dont les planches de Larrey et de M. Cruveilhier donnent la parfaite image. Ces renflements sont d'une exquise sensibilité; leur pression, pendant la vie, détermine à travers la peau des douleurs telles, que les amputés peuvent en éprouver jusqu'à des syncopes. Quoique se confondant avec le tissu terminal, ils jouissent d'une certaine mobilité, et obéissent dans certaines limites aux tractions musculaires. Quelquefois ils se terminent en s'aplatissant dans leur ensemble; quelquefois ils envoient dans les tissus voisins des radicules qui leur donnent de la ressemblance avec certaines plantes culinaires, les poireaux, par exemple. Ces radicules paraissent être des filets nerveux échappés à la cicatrisation d'ensemble du bout du nerf.

L'inflammation des os, longtemps regardée comme une maladie assez rare, a été mise en évidence par M. Gerdy, et le jour qu'il a jeté sur cette question n'est pas un de ses moindres titres à la reconnaissance publique. L'ostéite ne constitue pas seulement par elle-même une cause de douleur; elle amène à la surface des moignons des changements auxquels on a fait peu d'attention. Le plus souvent ceux-ci se trouvent surmontés d'éminences plus ou moins aiguës, plus ou moins saillantes. Ces projections osseuses apparaissent avec le temps, et se montrent sous des formes variées. Tantôt elles se prolongent en éperons; tantôt elles ont la forme de stalagmites; ou bien ce sont des aiguilles, des crochets, des griffes, des croissants, etc. Il est rare de les trouver dans les premières années qui suivent l'amputation; elles apparaissent avec le temps. Cette circonstance tient sans doute à ce qu'elles ne sont pas dues uniquement à l'ostéite résultant de la maladie ou de l'opération, mais encore à celle que détermine l'usage d'un appareil prothétique arrivant à la suite de la première.

Il n'est pas rare de voir en un jour de bataille des membres entièrement séparés du tronc par un boulet. Si l'opération n'est par régularisée, il reste quelquefois des esquilles qui se soudent à l'os, et les pointes qu'elles présentent fournissent à l'observation des prolongements analogues aux précédents.

Si nous cherchons ce qui peut résulter des dispositions précédentes, nous trouverons qu'elles amènent le même résultat, les douleurs dans les moignons.

Il faut reconnaître avant tout que des tissus tronqués ne peuvent plus jouir de la même intégrité. En second lieu, le corps humain est très hygrométrique; la distension éprouvée par les tissus gonflés par l'absorption de vapeurs d'eau et par la diminution de la transpiration change les rapports des parties, les soumet à une pression d'autant plus active dans ses résultats, qu'elle est encore aidée par l'inflexibilité de l'os, par les aponévroses et les téguments. L'état électrique de l'atmosphère a également une puissante action sur les organes; mais cette action est différente de celle qui m'occupe, et reste étrangère à mon sujet.

Tout en reconnaissant l'impressionnabilité du corps aux variations atmosphériques, il ne faut pas oublier que cette aptitude n'est pas la même chez tous les sujets. Cela explique pourquoi certains amputés en souffrent plus que d'autres.

M. Cruveilhier, dans ce beau monument d'anatomie pathologique que lui doit la science, se demande si

---

les hommes supérieurs, étaient des sentiments étrangers à Bichat, et pourtant il avait la conscience de ses forces; mais il fallait la deviner. Du moins la voyait-on percer dans des communications intimes, au milieu d'un entretien plaisant et sans objet, plutôt qu'elle n'éclatait au grand jour ou dans de graves circonstances. « J'irai loin, je crois, » me dit-il un jour; nous étions en tête-à-tête : c'est la seule fois que, dans des rapports qui ont duré quatre années, de telles paroles soient sorties de sa bouche en ma présence.

Il s'occupait à peine du sort d'un ouvrage qu'il venait de terminer, de l'impression que cet ouvrage avait pu faire naître; et, quand en sa présence des conversations s'engageaient à ce sujet, avec quelle bonhomie, quelle urbanité il entendait les observations critiques, avec quelle simplicité il défendait ses vues, ses opinions! C'est qu'à l'époque où il vivait, qui fut si féconde en hommes remarquables et en grandes choses, il n'y avait point cette ardeur à faire parler de soi qui imprime à notre temps, il faut le dire, un triste et fâcheux caractère. Les hommes travaillaient pour la science bien plus que dans leur intérêt personnel et sans songer beaucoup à la fortune.

Combien souvent il lui est arrivé de faire par bonté d'âme, presque sans murmurer et sans que son amour-propre parût en souffrir le moins du monde, le sacrifice de ses vues, de quelques passages de ses ouvrages, ou même d'un long travail accompli, quand le hasard avait permis qu'on en remarquât les imperfections! Je sais un long article dans la première partie de ses *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, je ne crois pas devoir dire lequel, qui a été tout à fait métamorphosé d'après des observations critiques que lui fit le libraire qui devait être l'éditeur de cet ouvrage.

Mais rien ne le peint mieux sous ce rapport que le trait suivant. On le sait, un sien cousin, homme d'avenir et comme Bichat enlevé à la fleur de l'âge, M. Buisson et moi concourions à la rédaction de son *Anatomie descriptive*. Nous travaillions sur de petits plans qu'il nous traçait, sur des notes qu'il nous donnait. Nous en étions au deuxième volume : Bichat avait composé lui-même pour l'organe de la voix de longues considérations préliminaires dans lesquelles, oubliant trop peut-être que la parole a été donnée à l'homme avec l'intelligence et que la voix a une bien autre destination que celle des animaux, il cherchait à établir des rapports trop intimes, trop absolus entre cette fonction et les fonctions reproductives. Buisson avait été élevé dans les principes de la piété la plus fervente et de l'orthodoxie la plus pure. Par une circonstance fortuite, l'épreuve qui contenait ces considérations tombe sous ses yeux avant d'avoir été corrigée par Bichat : Buisson la lacère, se fâche sérieusement, déclare qu'il ne veut pas être désigné en tête du volume comme ayant participé à la rédaction et refuse pour l'avenir toute collaboration. Mais la paix fut bientôt rétablie entre les deux cousins. Bichat céda aux exigences de l'amitié, fit le sacrifice de ses premières pensées, et composa un autre article, qui n'est plus qu'une pâle copie du premier.

Et puisque je parle d'une comparaison dont je suis le seul juge, à la vérité, qu'il me soit permis d'indiquer le sujet d'une autre, facile pour tout le monde, et que j'engage à faire quiconque trouverait une sorte d'intérêt à lire les dernières lignes que Bichat a écrites, les derniers mots qu'il a tracés. Ils sont au bas de la dernière page de la description des nerfs des ganglions, dans l'*Anatomie descriptive*. Bichat avait voulu se charger seul de la description de ces nerfs. Il en était là. Il rappelle, en employant le pronom personnel *je*, la division générale des nerfs, indique la marche qu'il va suivre dans l'histoire de ceux des ganglions. Dès la page qui suit, le style a une autre couleur; puis les divisions du sujet ne sont plus nettement tranchées comme elles auraient dû l'être: ce n'est plus Bichat qui continue; c'est Buisson, son cousin, qui, trop attristé peut-être par la perte qu'il venait de faire, oublie un peu la manière de notre maître commun. Il la retrouve cette manière, et la reproduit avec bonheur dans le 4e volume, qui contient tout l'appareil vasculaire, comme j'ai tâché, mais moins heureusement sans doute, de l'imiter dans le 5e volume dont Buisson n'avait pas voulu se charger, à cause de la description qu'il aurait eu à faire des organes destinés à la génération. Ce n'est pas Bichat toutefois, qui, tout rempli qu'il pouvait être d'admiration et d'amour pour l'auteur de toutes choses, aurait jeté au milieu d'une description tout anatomique du cœur une exclamation presque mystique, juste et belle en elle-même, mais qui a le tort de n'être point à sa place, et d'être applicable aux œuvres les plus minimes de la création comme aux plus grandes.

Le trait suivant, bien qu'il se rapporte absolument aux rapports intimes de Bichat avec ceux qui l'entouraient, et bien aussi qu'il soit futile à quelques égards, peint encore le caractère et l'âme de Bichat sous plusieurs côtés également favorables. Ce même Buisson, son cousin, que Bichat aimait tant, malgré l'opposition grande de leurs pensées, de leurs goûts, de leurs habitudes, s'y trouve encore en scène, comme dans une autre que je raconterai ensuite. L'un des deux, ai-je besoin de dire que c'était Buisson? avait le théâtre en horreur; Bichat l'aimait beaucoup, au contraire; c'était un de ses grands délassements. Et combien souvent il lui arrivait, à l'issue d'une représentation où il avait ri aux éclats sans pouvoir se contenir, ou bien qui l'avait vivement intéressé, de consacrer le reste de la nuit à composer des pages qui étaient attendues le matin à l'imprimerie! Ses théâtres favoris étaient celui qui existe encore au Palais-National, où la foule se portait pour entendre les lazzis d'un certain acteur en vogue à cette époque; et le Théâtre-Français, sur lequel notre divin Racine et notre inimitable Molière avaient alors de si brillants interprètes. Je l'y accompagnais souvent; Buisson jamais. Un jour, tout plein encore du charme qu'avait eu pour lui une représentation d'*Athalie*, à laquelle nous avions assisté la veille, il m'en parla en présence de son cousin, et, par distraction, lui demanda s'il a vu quelquefois représenter *Athalie*; puis, sur une réponse négative, il le plaint d'avoir des goûts si aus-

es renflements nerveux signalés plus haut ne sont pas un *moyen de protection pour les extrémités des nerfs*. Loin de les regarder comme des agents protecteurs, je les considère, au contraire, comme très nuisibles. Sœmmering, en attribuant les tourments des amputés à la compression exercée par ces corps hygrométriques sur la substance nerveuse voisine, est plus dans le vrai. Toutefois, une telle action médiate n'est pas la source la plus directe du mal. La pression de ces renflements, dont j'ai signalé tout à l'heure l'exquise sensibilité, est bien plus capable de la faire naître. Sous ce double point de vue donc, ils sont d'abord une cause génératrice de douleurs; ils le deviennent encore lorsque, confondus, comme ils le sont, en tout ou en partie, avec le reste du tissu terminal, ils se trouvent tiraillés par les mouvements partiels ou généraux du moignon. Nous les verrons plus loin placés dans d'autres circonstances, dont ils recevront aussi les plus fâcheuses influences.

Lorsque les deux os d'un moignon sont soudés par une arcade régulière et bien établie, leur écartement forme une cage protectrice aux renflements et aux tissus de toute nature qui s'abritent entre eux contre les pressions accidentelles. Quand cette soudure n'existe pas, les os se rapprochent dans certains cas, et les parties molles interposées peuvent être serrées entre les deux tiges; cela se voit surtout à l'avant-bras, dans les mouvements de pronation et de supination.

Les végétations anormales des os piquent les tissus dont elles sont recouvertes. Si une cause quelconque exagère leur contact, si ces végétations surtout rencontrent les nerfs ou leurs tubercules pathologiques, elles agissent comme les corps étrangers les plus agressifs. En temps ordinaire, leur présence éveille ou augmente la gêne dont se plaignent les amputés; dans les jours d'orage, de brouillards ou de neige, elles exaltent leurs tourments. Puis, suivant qu'elles s'appuient sur tels ou tels filets du tronçon nerveux, elles déterminent cette douleur partielle ou localisée si étrange aux yeux des gens du monde, que les amputés rapportent à la portion du membre absent que ces filets animaient avant l'opération.

Les projections osseuses agissent encore autrement, quand elles ont la forme de crochet, de serres, etc. Si des renflements nerveux sont développés entre elles et l'extrémité du moignon, elles forment à ceux-ci des espèces de barrières, des arrêts qui les maintiennent en place pendant que les tissus auxquels ils tiennent sont entraînés par les contractions musculaires. Cette résistance aux tractions est nécessairement une source de souffrances.

Les petites fourches terminales que l'on trouve sur quelques moignons dont les deux os sont soudés à une certaine hauteur, au lieu de l'être à leur extrémité, agissent de la même manière, si des renflements nerveux se développent dans l'écartement de leurs branches ou au delà.

L'étendue et la direction des cicatrices influent sur les douleurs des amputés. S'il existe au moignon un tissu inodulaire fortement déprimé dont la direction croise un nerf de quelque volume, ce qui arrive quand des abcès ou toute autre cause ont nécessité des incisions, la rétraction ou la pression de ce tissu tendent à appliquer ce nerf contre l'os, et ne le compriment pas impunément.

Enfin, la conicité des moignons est aussi une cause de douleurs. Dans ce cas, les nerfs sont moins abrités contre les causes signalées. Leur compression ou celle de leurs bourrelets, l'action des végétations osseuses, les tiraillements des tissus sont, en effet, beaucoup plus énergiques sur ces espèces de fuseaux dans lesquels la peau et les os se rapprochent davantage.

(M. Hutin, à l'appui de ce qui précède, rapporte en quelques mots l'autopsie de 74 amputés morts à l'hôtel des Invalides, dont il présente un bon nombre de moignons. Ces amputés offraient tous des particularités d'après lesquelles M. Hutin a établi les principes qui précèdent et les conclusions suivantes.)

Nulle altération anormale autre que celles ci-dessus relatées n'existait sur les moignons dont j'ai fait ou fait faire l'examen.

Les productions pathologiques signalées se sont retrouvées sur tous les sujets qui avaient eu des douleurs pendant leur vie.

Aucune d'elles, au contraire, ne s'est rencontrée chez ceux qui n'en avaient jamais ressenti.

Je me crois donc autorisé à regarder ces lésions comme des causes très prochaines du mal, sans dire qu'elles soient les seules.

Quelles déductions pratiques peut-on tirer de là? Malheureusement, si l'anatomie pathologique peut gagner quelque chose à la connaissance de la cause des douleurs des moignons, il n'en est pas de même de la thérapeutique. On ne peut pas dissoudre les renflements nerveux, ni les projections osseuses. On ne parvient pas à rendre aux nerfs cicatrisés la liberté qui en préviendrait les tiraillements. Leur section seule, ou celle des brides qui les retiennent dans certains cas, amènerait peut-être ce résultat; mais alors une nouvelle cicatrisation pourrait engendrer les mêmes accidents. La résection du bout de l'os ou une amputation nouvelle auraient les mêmes suites possibles.

La seule chose, à mon sens, que la chirurgie puisse gagner peut-être à connaître les dispositions anatomiques précitées, c'est la conviction qu'elle doit s'abstenir de tourmenter les amputés pour les guérir d'un mal incurable. Le rôle du chirurgien doit se borner à soustraire les moignons aux vicissitudes atmosphériques en les enveloppant de molleton, de peaux de moutons..., etc.; à recommander aux amputés d'éviter de leur imprimer des mouvements brusques ou forcés; de ne pas les comprimer ou les fatiguer; d'avoir toujours des appareils prothétiques parfaitement adaptés au volume des rudiments de membres qui les supportent; et à faire, du reste, cette médecine des symptômes qui allège les souffrances devenues trop aiguës, par des topiques émollients ou narcotiques appropriés.

SUR DE NOUVEAUX AGENTS

qui seraient propres à remplacer les mercuriaux comme antisyphilitiques.

Note de M. Edouard Robin, suivie de recherches expérimentales par M. le docteur Vicente.

Une précédente note, destinée à prendre date, contient le passage suivant :

« Dans les maladies syphilitiques, les mercuriaux n'ont point, je crois, un mode d'action particulier; ils agissent en se combinant avec le virus et le transformant en composé nouveau inerte dans la circulation. Nombre de substances font des composés analogues avec les matières organisées; nombre de substances doivent avoir, comme les mercuriaux, le pouvoir antisyphilitique; et, d'après mes recherches, toutes celles qui ont été mises en usage avec un véritable succès appartiennent en effet à la classe qui vient d'être désignée, c'est-à-dire à celle des antiputrides par combinaison.

» De là l'explication des propriétés antisyphilitiques des arsenicaux, des préparations d'or, d'argent, de plusieurs composés de fer, d'antimoine; de là aussi la possibilité de remplacer les mercuriaux par des substances organiques, qui probablement auront moins d'inconvénients.

» Parmi les composés métalliques inusités dans ces maladies, ceux dont l'essai me paraîtrait offrir le plus d'intérêt sont le bichromate de potasse, le sesquichlorure de fer, etc. »

Sur mon invitation, un praticien distingué, M. le docteur Vicente, a bien voulu étudier expérimentalement l'action du bichromate de potasse. Une première observation a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (19 juin 1851); en voici une seconde, relative à une guérison rapidement obtenue sans aucune intervention des mercuriaux et dans un cas très grave.

Observation de syphilis constitutionnelle.

Le bichromate de potasse, présenté comme antisyphilitique par M. Edouard Robin, a-t-il réellement cette propriété?

Voici la seconde observation de syphilis constitutionnelle guérie au moyen du bichromate de potasse.

Encouragé par les heureux résultats de la première, publiée, comme nous venons de le dire, dans le n° 70 de la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons continué l'emploi de ce nouvel agent thérapeutique; l'effet antisyphilitique a été plus remarquable encore.

Le sujet de l'observation est un Espagnol appartenant à une classe élevée de la société. N'ayant pas voulu se faire traiter par les médecins de Madrid, il est venu me consulter le 4 juillet dernier.

Antécédents. — Dans les premiers jours de mars 1851, à la suite de rapports sexuels, notre malade vit au bout de quelques jours se développer, à la partie externe du prépuce, un chancre induré, qui fut cicatrisé en huit jours au moyen du nitrate d'argent. Satisfait de ce résultat, le malade ne suivit aucun traitement. Jamais il n'a pris de mercure.

Six semaines après l'apparition du chancre induré, son corps se couvrit de taches rouges, éruption qui fut précédée et suivie d'une céphalée intense et accompagnée de douleurs de reins, de pâleur de la face, de faiblesse générale et d'inappétence. Une alopécie s'est étendue jusqu'aux sourcils après avoir presque dégarni toutes les régions poilues, à l'exception de la barbe.

Quelques jours après la manifestation de la roséole syphilitique, le malade commence à sentir de la douleur à l'œil gauche; elle acquiert promptement de l'intensité et s'accompagne d'une vive rougeur. On applique 40 sangsues à deux reprises différentes; on emploie en même temps les topiques émollients et les purgatifs; la rougeur de l'œil diminue, mais la vision reste nulle. Le médecin conseille vainement un traitement mercuriel; le malade s'y refuse de la manière la plus absolue; c'est alors qu'il vint à Paris. Voici dans quel état :

Présence de la cicatrice du chancre prépucial; persistance de la roséole syphilitique, de la céphalée frontale, de l'alopécie et des autres phénomènes mentionnés. L'éruption exanthématique est presque aussi saillante que les boutons de la syphilis papuleuse. Engorgement très prononcé des ganglions cervicaux postérieurs, conjonctive injectée, forte contraction et immobilité de la pupille, qui est irrégulière et présente dans la partie supérieure interne comme une espèce de froncis; enfin tout ce qui caractérise l'iritis syphilitique.

Traitement (4 juillet) :

1° Bichromate de potasse, 1 gramme;
Extrait de gentiane, Q. S. pour faire 80 pilules.

Le malade a pris une pilule au moment de se coucher, et aussitôt après un verre d'eau et de sirop de gentiane.

2° Emplâtre d'extrait de belladone sur le front; frictions sur la tempe et au-dessous de la paupière inférieure avec la pommade de belladone.

3° Régime tonique, abstinence de liqueurs alcooliques, de café et d'aliments salés.

Les 4, 5 et 6 juillet, les pilules de bichromate ont été parfaitement tolérées.

Le 7, je fais prendre au malade une pilule le matin, à jeun, et l'autre le soir, cinq à six heures après le dîner. La pilule du matin produit pendant trois jours des nausées et quelques vomissements; la pilule du soir ne détermine aucun phénomène particulier.

La pupille est toujours très contractée, irrégulière et immobile; le malade ne peut lire, ni même distinguer la forme des objets les plus gros.

Le 8 (cinquième du traitement), il prend une pilule de bichromate de potasse avec quantité égale d'extrait gommeux d'opium (1/4 de grain) comme correctif. La pilule du soir est toujours bien supportée, sans contenir d'opium.

Les 9, 10 et 11, plus de nausées; les deux pilules passent bien. Le malade peut distinguer l'heure à sa pendule, mais à une distance très courte; il lui est impossible de pouvoir lire aucun imprimé, si ce n'est le titre en gros caractère d'un journal. La contraction et l'immobilité de la pupille, ainsi que son irrégularité, continuent comme au premier jour. Néanmoins déjà commence la desquamation de la syphilide exanthématique, et la céphalle frontale a disparu complétement.

Du 12 jusqu'au 16 (treizième du traitement), le malade

ères, attaque son rigorisme, et s'étonne qu'un esprit si cultivé d'ailleurs ne veuille pas comprendre combien le jeu de la scène et une belle diction ajoutent au charme de la poésie et à l'expression des nobles sentiments. La dispute va loin, et j'ai vu le moment où, en ma présence, à propos non pas d'une question scientifique, mais d'une question de morale et de goût, la bonne harmonie allait encore cesser entre Bichat et l'un de ses collaborateurs. Elle ne cessa pas cependant; et Bichat, pour conclure la paix, et pour flatter en même temps le goût qu'il connaissait à son cousin pour la bonne littérature, lui donna en cadeau, le lendemain du jour où la querelle avait eu lieu, une belle édition des œuvres de Racine. Une chose en rehaussait le prix; c'était une lettre remplie de bontés et fines plaisanteries, en même temps que des paroles les plus affectueuses, et finissait par ces mots : « Je t'en prie, excuse-moi, et conserve-moi ta bonne amitié. »

Combien encore Bichat fit abnégation de tout amour-propre, de toute prétention, et quelle bonté de caractère il montra quand Buisson, arrivé au terme de ses études médicales, et qui, sans les circonstances du temps, aurait préféré les ordres sacrés, auxquels il avait été primitivement destiné, eut à composer sa dissertation inaugurale! Cette dissertation, une des plus remarquables incontestablement qui soient sorties de l'école de Paris au commencement de ce siècle, et qui a pour titre : *De la division la plus naturelle des phénomènes physiologiques considérés chez l'homme*, devait être, et elle fut, en effet, une sorte d'examen critique des vues auxquelles sont consacrées les recherches de Bichat sur la vie et la mort. Buisson y attaque vivement la première partie, dont un grand nombre de passages contrariaient ses sentiments religieux. Bichat est prévenu du projet de son cousin. Tout autre l'aurait combattu, et n'aurait pas voulu en quelque sorte paraître prêter la main à l'abaissement de ses doctrines les plus chères : Bichat agrée le travail de son cousin, l'en félicite, en corrige les passages qui ne le concernaient pas, ne réclame aucun changement dans ceux où il était le plus maltraité. C'est lui qui a pourvu aux frais de l'impression.

On retrouve cette grande élévation d'âme qui distinguait si éminemment Bichat jusque dans les circonstances qui ont précédé la fin de sa vie, et je n'ai jamais pu éloigner de mon esprit cette triste pensée que peut-être il a été victime de sa fidélité au culte de l'amitié et de la reconnaissance. Oui, et je puis le dire, maintenant que les temps sont éloignés et que les hommes ne sont plus, il y a eu quelque négligence apportée dans le traitement de la maladie à laquelle il a succombé; on n'a pas cru cette maladie assez tôt aussi grave qu'elle l'était réellement; on s'est trop peu inquiété d'un délire qui s'est déclaré assez promptement, parce que ce délire portait sur des choses futiles en apparence, parce que, dans ce délire, Bichat paraissait s'occuper beaucoup de deux tragédiennes en renom à cette époque, ou du moins dont les débuts avaient un grand éclat.

Sa maladie était la fièvre ataxique d'alors, la mieux caractérisée, ou comme nous dirions maintenant, une fièvre typhoïde à forme encéphalique, qui s'est terminée de la manière la plus funeste au commencement du quatorzième jour. Dès le début, Bichat désira qu'un médecin fût appelé près de lui; il en eut deux, Corvisart et M. Lepreux, qui était sous-chef à l'Hôtel-Dieu et ami tout particulier de Corvisart. Sa confiance eût été en Pinel, dont l'esprit se rapprochait tant du sien, dont la science lui plaisait, et qu'il considérait comme le plus éminent d'alors, en médecine pratique comme en médecine philosophique; telle était du moins sa conviction profonde. Si jamais je tombais malade un peu gravement, m'avait-il dit nombre de fois, je voudrais que ce fût M. Pinel qui me traitât. Mais il vivait plus avec Corvisart qu'avec Pinel; mais Corvisart avait été l'ami intime de Desault, et Bichat lui-même en recevait de grands témoignages d'intérêt; mais une commensalité fréquente existait entre Corvisart, la veuve de Desault et Bichat. Malheureusement il y avait incompatibilité d'humeur et de vues médicales entre Corvisart et Pinel; on ne pouvait invoquer leur concours; il fallait opter entre les deux. Bichat, tombé malade, n'hésita pas; la conviction de l'esprit fut sacrifiée aux sentiments du cœur.

C'est à Corvisart qu'il confia sa santé et sa vie. Corvisart dont au moins, je dois le dire, on eut à admirer la tendre sollicitude et le dévouement. Mais un autre de ses élèves chéris, Esparron et moi, qui, avec Mme Desault, n'avions pas quitté Bichat pendant sa maladie et assistions à ses derniers moments, nous avons eu pendant longtemps cette triste préoccupation d'esprit, que Pinel aurait peut-être été plus heureux.

M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés et des Orphelins, ouvrira son cours public de chirurgie le lundi 18 novembre, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, à sept heures du soir, et le continuera tous les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— M. Edouard Robin ouvrira, le 17 novembre, par la chimie, la physique et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences, au premier examen de fin d'année et au troisième examen définitif. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés, rue de La Harpe, n° 92. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, et celui de mathématiques à huit heures et demie.

Lorsque le cours de chimie sera terminé, M. Edouard Robin exposera ses recherches sur les causes de la vie dans les végétaux et les animaux, sur la respiration des végétaux, et sur les moyens de prévoir les propriétés toxiques, les propriétés physiologiques et thérapeutiques quand on connaît l'action chimique sur les matières organisées.

prend 3 pilules par jour sans éprouver ni nausées, ni vomissements. Il lit couramment le titre d'un journal, mais il lui est impossible de distinguer le sous-titre et moins encore les petits caractères. La contraction de la pupille paraît un peu moins marquée, mais l'iris est toujours immobile.

Le 19 (seizième du traitement), le malade prend 4 pilules, une le matin additionnée d'opium, une à trois heures, et deux, sans aucun correctif, en se couchant.

Le malade lit les caractères imprimés en gros qu'il ne pouvait pas distinguer trois jours avant; mais il ne peut encore apercevoir les lettres plus petites, quoique majuscules.

Nous devons noter ici que, depuis le premier jour où le malade a commencé à lire, ce qui a eu lieu entre le sixième et le huitième du traitement, tous les jours il pouvait lire successivement et graduellement à une plus grande distance, à mesure que le traitement avançait.

Le 24 (vingt et unième du traitement), nous augmentons la dose jusqu'à 5 pilules par jour, sans que le malade ait éprouvé ni nausées, ni vomissements depuis l'association de l'opium au bichromate de potasse.

Le 27, nous donnons six pilules : deux à jeun, deux cinq heures après le premier repas et deux en se couchant.

Le malade lit aujourd'hui l'imprimé dont il n'apercevait pas les lettres précédemment, mais il ne distingue pas encore d'autres caractères plus petits. L'iris reprend de la mobilité; la pupille est régulière, quoique plus petite que celle de l'œil droit.

Le 30, tout continue vers le mieux; le malade lit ce qu'il ne pouvait pas distinguer trois jours avant, mais il ne saurait encore reconnaître les caractères plus petits.

Enfin, le 5 août (trente-deuxième du traitement), le malade peut lire tout ce que je lui présente, jusqu'à la plus fine écriture.

Il a pris 160 pilules, de 1/4 de grain chacune, dans l'espace de quarante jours qu'a duré le traitement.

Cependant, comme le diamètre de la pupille reste toujours petit, bien que la vision se soit améliorée considérablement et que le malade n'aperçoive pas les objets avec autant de netteté qu'avant sa maladie, nous jugeons convenable de lui faire prendre encore un gramme de bichromate de potasse en 80 pilules.

A cette époque, le malade va à Londres, où il reste vingt-cinq jours, sans suivre aucun traitement médical. A son retour, le 8 septembre, il se remet au traitement par le bichromate, suivant les précautions indiquées plus haut.

Aujourd'hui, 3 octobre, nous avons cessé tout traitement, et le malade lit parfaitement la musique.

Maintenant, avant de tirer quelques conséquences des trois cas dans lesquels nous avons employé le bichromate, disons en résumé :

Que le sujet de cette observation n'a jamais pris de mercure;

Que le diagnostic de son infection syphilitique, depuis le chancre induré, l'alopécie, l'engorgement des ganglions cervicaux, l'éruption exanthématique, jusqu'à l'iritis syphilitique, ne peut pas être plus évident;

Que le malade ne voyait pas quand il est venu me consulter, et qu'au bout de quelques jours (entre le sixième et le huitième) du traitement par le bichromate de potasse, la céphalée frontale avait complétement disparu;

Qu'enfin, la vision s'est rétablie graduellement, à mesure que nous avancions dans le traitement;

Que ces résultats ne doivent pas être attribués à la belladone, d'abord, parce que, sortant tous les jours, le malade gardait à peine l'emplâtre du front et négligeait les frictions; ensuite, parce que la vision a commencé à reparaître lorsque la contraction de la pupille était aussi considérable qu'au premier jour. D'ailleurs, la belladone pourrait-elle guérir par elle-même une iritis syphilitique?

Donc, si ce n'est pas le bichromate de potasse qui a produit cette guérison, il ne nous reste plus qu'à l'attribuer aux efforts de la nature. Mais l'iritis syphilitique peut-elle se guérir spontanément sans les ressources de la médecine? Pour ma part, je n'ai encore observé aucune guérison de cette maladie sans un traitement antisyphilitique. Dans mon *Tractado de enfermedades venereas y syfiliticas*, j'ai consigné plusieurs observations d'iritis qui ont nécessité un traitement mercuriel de deux à trois mois de durée, sans qu'on ait obtenu avant ce terme le moindre degré de vision. Sous l'influence du bichromate de potasse, l'iritis qui nous occupe a d'ailleurs été guérie bien plus rapidement que toutes celles que j'ai vu traiter à l'hôpital du Midi, au moyen du proto-iodure de mercure.

Conclusions. — D'après les faits que présentent cette observation et la précédente :

1° Il est hors de doute pour moi que le bichromate de potasse est antisyphilitique, et qu'il agit avec plus d'énergie et de rapidité que les préparations mercurielles.

2° Dans les trois cas où j'ai administré ce nouvel agent thérapeutique, aucun des malades n'a éprouvé le moindre accident, si ce ne sont quelques nausées au commencement, surtout quand ils négligaient de boire de l'eau après la pilule pour en éviter l'effet local légèrement caustique; mais, avec cette précaution et l'addition d'opium comme correctif, l'estomac a bientôt toléré le bichromate de potasse, dont la parfaite solubilité dans l'eau permet l'administration en potion et en pilules.

Les pilules que les malades ont prises après une première digestion n'ont jamais provoqué de nausées ni de vomissements, sans doute parce que l'estomac est alors bien moins irritable qu'à l'état de jeûne.

Le bichromate de potasse étant bien soluble, son absorption dans l'économie est complète presque instantanément; de là vient la rapidité de son action thérapeutique à la dose de un quart de grain.

3° Le bichromate de potasse ne m'a pas semblé antiplastique comme le mercure; il n'a produit ni salivation, ni diarrhée, ni aucun phénomène particulier.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA NEUVIÈME LEÇON (1).

De la radiation lumineuse.

La radiation solaire lumineuse est l'excitant naturel de l'organe de la vue; c'est elle qui établit les rapports les plus importants entre l'homme et le monde extérieur, en lui dévoilant la forme, le volume, la couleur des corps qui l'environnent; en lui permettant de saisir en même temps l'ensemble et les détails de l'horizon qu'embrasse son regard; en l'avertissant en temps opportun des dangers qui le menacent; en lui désignant les objets qui peuvent lui être nécessaires, utiles, agréables ou nuisibles.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si la prééminence doit être accordée au sens de la vue ou à celui de l'audition, et je ne vous répéterai point, messieurs, tous les arguments qui ont été produits de part et d'autre; mais, sans vous occuper d'une question qui ne me paraît pas susceptible d'une solution absolue, si vous voulez songer un instant aux difficultés que présente l'éducation des aveugles de naissance, si vous voulez vous rappeler que le développement le plus extraordinaire du toucher et de l'ouïe ne remplace qu'imparfaitement la privation de la vue, vous comprendrez facilement l'importance du rôle que joue la lumière dans le développement intellectuel et moral de l'être humain.

« Sans la vue, dit M. Reveillé-Parise, l'espèce humaine perd ses plus belles prérogatives; car ne connaître ni les couleurs, ni la lumière, ni le ciel, ni la terre, c'est véritablement être une créature d'un rang inférieur à l'homme. Supposons pour un instant une race d'hommes entièrement privés de ce sens, ils ne pourraient jamais se former en société. N'ayant que des idées confuses des objets extérieurs, et notamment de leurs semblables, comment établir des rapports, des signes de communication? C'est donc au sens de la vue que nous devons les langues, les lois, les arts, les sciences, en un mot la société telle qu'elle existe... Mais à cette faculté d'accumuler dans l'intelligence une foule d'images et d'idées presque ineffaçables, nous pouvons en ajouter une autre non moins remarquable; les yeux ne sont-ils pas les plus fidèles interprètes des émotions du cœur? Les sentiments qui agitent, les passions qui tourmentent, les vices qui dégradent, les remords qui déchirent, tout est rendu trait pour trait, et ce n'est point par une vaine métaphore que les yeux ont été appelés le miroir de l'âme. »

L'action de la lumière, comme celle de tous les modificateurs destinés à agir sur les organes des sens, s'exerce non-seulement sur l'appareil dont elle est l'excitant spécial, mais encore sur le cerveau auquel est transmise l'impression reçue par l'œil, afin qu'elle s'y transforme en perception; il faut donc l'étudier à ce double point de vue.

Influence de la lumière sur l'organe de la vue.

La lumière du soleil est, comme vous le savez, une lumière blanche et composée, puisqu'il est possible d'y faire naître sept couleurs différentes, appelées couleurs du spectre, et qui sont le rouge, l'orangé, le jaune, le vert, le bleu, l'indigo et le violet; vous savez aussi que tous les corps sont éclairés soit par la lumière blanche du soleil, soit par la lumière lunaire et planétaire, soit par la lumière artificielle, et qu'ils présentent des nuances variables à l'infini selon leurs qualités physiques et chimiques, suivant la manière dont ils absorbent et réfléchissent les rayons lumineux. Les corps blancs renvoient toute la lumière qu'ils reçoivent; les corps noirs absorbent tout et ne renvoient rien; les corps gris absorbent une égale proportion de toutes les couleurs simples; les corps rouges absorbent la couleur complémentaire du rouge, les jaunes la couleur complémentaire du jaune, etc. L'influence de la lumière sur l'organe de la vue varie, par conséquent, en raison de l'intensité des rayons lumineux et de la coloration des objets éclairés.

Lorsque l'œil ne reçoit habituellement qu'une lumière très faible, lorsqu'il reste plongé pendant longtemps dans une obscurité complète, sa sensibilité s'exagère, se dénature, et il devient inapte à soutenir l'éclat du jour; la pupille est dilatée, il survient de la mydriase, de la myopie et parfois une amaurose complète; souvent l'homme subit une exaltation de la sensibilité visuelle qui lui permet, dit M. Gerdy, de distinguer dans un cachot profondément obscur jusqu'aux jointures des murailles, et l'on observe alors une nyctalopie semblable à celle de certains animaux.

Sous l'influence d'une lumière trop intense, trop prolongée, l'on voit se développer des accidents plus graves, qui varient d'ailleurs suivant l'âge des sujets, leur constitution, leur idiosyncrasie, leur état de santé, de maladie ou de convalescence, leurs habitudes, etc.

Vous savez que l'homme ne peut sans péril fixer le soleil, et qu'à cet égard il ne jouit point du privilége qui, dit-on, a été accordé à l'aigle. Buffon fut atteint d'éteropsie pour avoir longtemps regardé cet astre; Maunoir, Demours citent des cas d'amaurose, de cataracte, d'hémiopie développés dans les mêmes circonstances, et l'on a vu des nouveau-nés devenir aveugles pour avoir été exposés à une lumière trop vive; ces accidents ont aussi été produits par la vue d'un éclair. A un degré moins élevé, on éprouve un éblouissement intense, la vision est troublée, et tous les objets paraissent être colorés en rouge.

Les ouvriers qui travaillent sous l'influence d'une lumière très vive; ceux qui font usage de la loupe, de microscope, de lunettes astronomiques, sont souvent affectés d'héméralopie, de diplopie, d'hémiopie, de cataracte, d'amaurose, d'ophthalmies. Hartsoeker, Leuwenhoek, Swammerdam, Galilée, Cassini ont perdu la vue.

Lorsque l'un des deux yeux est exclusivement ou plus particulièrement mis en jeu, c'est lui que ces différentes affections atteignent.

La lumière réfléchie, quoique moins intense que la lumière directe, est une cause fréquente de maladies; mais c'est ici qu'il faut tenir compte de la couleur de la surface de réflexion. Le bleu et le vert sont facilement supportés; le jaune, l'orangé et le rouge, ne jouissent pas du même privilége, et de toutes les couleurs, c'est le blanc qui exerce les influences les plus funestes.

Les ophthalmies, l'amaurose sont souvent produites par la réverbération de la neige, du sable, de maisons blanches. Elles ont décimé les armées de Xénophon et les nôtres pendant nos guerres de Russie, d'Egypte et d'Afrique. On les a observées en 1819 sur des soldats suisses qui manœuvraient à Lyon par un soleil ardent. M. Chevallier a signalé ces accidents produits chez les compositeurs d'imprimerie par le brillant des caractères neufs. M. Réveillé-Parise rapporte qu'un grand nombre de contrebandiers perdit la vue après avoir traversé une montagne des Pyrénées couverte de neige. Vous connaissez l'acte de cruauté attribué par Galien à Denis le tyran.

Influence de la lumière sur les centres nerveux. — De tous les modificateurs destinés à agir sur les organes des sens, la lumière est un de ceux qui exercent l'influence la plus marquée sur les centres nerveux. Lorsque son action est trop intense, trop prolongée, il ne tarde pas à se manifester, du côté du système nerveux, des troubles principalement caractérisés par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation, des vertiges, de la congestion cérébrale, et quelquefois par du délire, des vomissements, de la fièvre, des convulsions, etc.

C'est pour préserver l'homme des effets funestes de l'excitation solaire que la nature a fait succéder la nuit au jour, le sommeil à l'état de veille, et qu'elle a placé entre le rayon lumineux et la rétine un voile membraneux, opaque, mobile, destiné à modérer et à suspendre l'action de la lumière. C'était chez les anciens, dit M. Gerdy, un supplice horrible que celui de couper les paupières et de laisser le patient exposé aux rayons du soleil; mais heureusement que, dans ce cas, la nature, meilleure pour l'humanité que l'humanité ne l'est pour elle-même, rapproche la peau du sourcil de celle de la joue, de manière à fermer l'œil presque complétement.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14, 18 et 25 octobre.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 130. — MARDI 11 NOVEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 130. — MARDI 11 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS :
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Anatomie pathologique d'une espèce d'angine gangréneuse.

L'observation que nous livrons à la publicité mérite de fixer l'attention du praticien, tant à cause des symptômes qu'elle nous a fournis pendant la vie que pour les désordres que l'autopsie nous a permis de constater; désordres que M. Gubler, remplaçant de M. Cazenave, pensait pouvoir rattacher, par leur nature, à la morve, mais qui, par l'inoculation à un cheval, n'ont pas produit de résultat positif.

OBS. — Un ouvrier en crins, François Charbonnier, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital le 4 septembre dernier. Nous apprenons que cet homme est peigneur et mélangeur de crins provenant de l'Amérique, qu'il remplit les mêmes fonctions depuis vingt-quatre ans, et qu'il a toujours joui d'une bonne santé. Il dit qu'il y a six jours il a été pris d'un violent mal de tête avec de l'enchifrènement et de l'écoulement séreux par le nez. Celui-ci a augmenté de jour en jour et s'est mélangé de sang et de pus, devenant assez abondant pour le gêner dans son travail; il n'a cependant cessé de travailler qu'il y a quarante-huit heures. Le mal de tête était plus intense, la face rouge, la peau chaude, la soif assez grande, le jetage nasal toujours purulent; de sorte que son camarade, ancien infirmier, croyant à l'existence d'un érysipèle, lui fait appliquer quinze sangsues à l'anus et donner des pédiluves sinapisés. En sortant du bain, il perd connaissance et, dans la nuit, il est pris de délire.

Le matin, il paraît plus calme; mais la face est gonflée, surtout autour de la mâchoire inférieure droite. Il se plaint d'un mal de gorge violent; la voix est presque éteinte; la respiration devient de plus en plus gênée, accélérée. Le côté gauche de la tête et du cou se gonfle et rougit à son tour. C'est alors, vers la fin de la journée, qu'on l'apporte à l'hôpital.

Etat actuel. — Ce qui frappe tout d'abord, c'est le gonflement des régions parotidiennes et la rougeur bleuâtre des téguments qui les recouvrent, ainsi que le côté gauche du cou; le nez y participe également. La bouche est béante, remplaçant la voie respiratoire normale qui paraît complétement obstruée. En effet, l'entrée des fosses nasales est rétrécie par le gonflement de la muqueuse de la cloison et des parois externes; elle est d'un rouge vif et est le siége d'un suintement séro-sanguinolent peu abondant en ce moment. Il dit ne pas percevoir les odeurs. Les gencives sont un peu rouges, tuméfiées, non saignantes ni ulcérées. Les piliers antérieurs du voile du palais sont gonflés et d'un rouge vif; la luette a le volume, la forme et la coloration d'une cerise; sur l'arc droit de la voûte palatine est une vésicule emphysémateuse du volume d'une amande. La loge des amygdales paraît comblée par des mucosités sanguinolentes, et le fond présente des ulcérations superficielles d'un rouge sombre, dont nous ne pouvons apprécier les limites. Les piliers postérieurs sont également tuméfiés. Le malade crache des mucosités sanguinolentes, aérées. La respiration est gênée; on entend que l'air pénètre difficilement dans la cage thoracique et en sort de même. La percussion ne donne rien; l'auscultation fait entendre faiblement les bruits respiratoires. La parole est lourde, embarrassée et presque inintelligible. La déglutition se fait, quoique non sans un peu de douleur. La peau est médiocrement chaude; le pouls a 86 pulsations, assez petites. Les facultés intellectuelles sont nettes. — Nous faisons promener des sinapismes sur les membres inférieurs, prescrivons un gargarisme alumineux et un pot de tisane commune.

Dans la nuit, nous le trouvons très agité, la respiration est plus pénible; les extrémités sont à peine chaudes. Nous le faisons se gargariser; il projette avec le gargarisme des sérosités sanguinolentes par les narines. Il nous dit avoir perdu un peu de sang par le nez; il se plaint de douleurs dans le membre pelvien gauche. — Nouvelle application de sinapismes.

Le matin, à la visite, la face et le cou sont considérablement œdématiés, comme boursouflés, d'un rouge vif; les lèvres sont bleuâtres; le gonflement de la luette et des piliers est plus grand; des mucosités sanguinolentes sont collées contre la voûte palatine; une sanie rose-pâle, sanguinolente, assez liquide s'écoule par les narines. La respiration est accélérée, courte, 40 inspirations par minute; il y a un peu de râle sous-crépitant fin au-devant, sous le sommet des poumons; 120 pulsations, petites, faibles, à peine sensibles; les extrémités sont froides, moites et cyanosées. La douleur du membre pelvien gauche est plus vive, semblable à celle des crampes.

Il meurt pendant la visite.

Autopsie 24 heures après la mort.

L'enveloppe externe est intacte; il n'y a ni plaie, ni bouton; elle est d'un blanc mat, violâtre à la face, aux oreilles, au cou et dans les parties déclives, fortement distendue par un gonflement emphysémateux, au point que le doigt qui la percute rebondit en produisant un son presque semblable à celui d'un tambour relâché et humide; il est plus sonore au niveau des grands os. La pression du doigt ne laisse pas d'empreinte, et donne une sensation de crépitation comparable à celle du froissement des poumons sains. Le scrotum est distendu comme une vessie; en le piquant, on le vide du gaz qui le gonflait.

Un liquide roussâtre, sanguinolent, mousseux, entremêlé de bulles de gaz, sort des narines.

La roideur cadavérique est assez prononcée.

Il fallait respecter la face; nous relevons un lambeau triangulaire de peau de la face antérieure du cou par une incision partant d'une région parotidienne à l'autre, en passant au-dessus des articulations sterno-claviculaires. Le tissu cellulaire sous-cutané est fortement distendu par du gaz qui s'en dégage sous forme de petites bulles; plusieurs ecchymoses existent dans ce tissu, le long du cou. Les ganglions cervicaux sont sensiblement gonflés et d'une teinte noire, violâtre; on les prendrait pour des veines. Celles-ci contiennent un sang noir, épais comme de la gelée de groseilles, d'un aspect huileux, laissant dégager de fines bulles de gaz qui le rendent un peu spumeux; leur calibre n'est point obstrué; leur face interne offre une injection rouge-sombre que le lavage n'enlève pas. Les artères carotides n'offrent rien de particulier. Les muscles sont mous, relâchés. Le tissu cellulaire interfibrillaire est distendu par le gaz.

Nous enlevons le larynx, le pharynx, l'isthme du gosier et la langue. Celle-ci est intacte, de même que la voûte palatine. Des taches rouges, ecchymotiques sont disséminées sur les piliers antérieurs; l'épithélium est enlevé sur l'arc des deux côtés, la muqueuse est ramollie, et sur l'arc droit existent de fines vésicules jaunâtres, comme des têtes d'épingle, entourées d'aréoles rouge-sombre. Deux séries de pustules semblables sont sur la face antérieure de la luette, qui est moins boursouflée que pendant la vie, et dont la coloration est d'un rouge violâtre. L'amygdale droite présente l'aspect gangreneux; elle est d'un jaune-sale violâtre; ses loges sont remplacées par trois excavations ulcéreuses, à bords tranchants, rouge-sombre, à fond grisâtre, purulent; celle de gauche est congestionnée, violâtre, sans ulcération. La muqueuse pharyngienne est ramollie, pultacée, formant de chaque côté du pharynx, derrière les piliers postérieurs, une large plaque brune jaunâtre, gangreneuse, avec intumescence lisse, sans pustules, et s'étendant jusqu'à un travers de doigt des cornes de l'os hyoïde. Des ecchymoses sous-muqueuses sont dans les replis arythéno-épiglottiques œdématiés, ainsi que dans les glosso-épiglottiques, où l'œdème est d'un jaune citrin. Le gonflement œdémateux se prolonge jusque dans les ventricules du larynx, y compris aussi les cordes vocales inférieures. Une large ecchymose s'étend, sur la face postérieure de l'épiglotte, jusque dans les ventricules. Il n'y a point de pustules caractéristiques de la morve. La trachée ne présente rien de particulier.

La face interne des bronches est d'un rouge brun que l'eau n'enlève pas; les dernières ramifications paraissent contenir du sang spumeux, noirâtre; le parenchyme pulmonaire est congestionné fortement, d'un brun noir, emphysémateux, crépitant et presque friable; en l'incisant, on en voit se dégager des bulles de gaz; il gagne assez lentement le fond de l'eau.

Le péricarde renferme un peu d'épanchement séreux citrin. Le volume du cœur est normal. Toute la surface du ventricule gauche seulement est sillonnée par un réseau transparent formé par l'injection gazeuse des vaisseaux capillaires sous-séreux. Dans les veines superficielles, on voit la colonne de sang fragmentée, interrompue par des bulles de gaz qu'on fait cheminer dans les vaisseaux. Le ventricule gauche est à peu près exsangue; celui du côté droit contient environ 50 grammes d'un sang noir de la couleur et de la consistance d'une gelée de groseilles. Les fibres charnues ont pris une teinte violâtre plus prononcée à gauche qu'à droite; elles sont d'une consistance friable et mollasse à la fois. Il n'y a rien de particulier dans les gros troncs vasculaires.

L'œsophage est normal; l'estomac est fortement distendu par du gaz et une petite quantité de liquide; des taches ecchymotiques sont parsemées à la surface interne; les plus grosses, comme des amandes, occupent la grande courbure de l'estomac; trois seulement sont le long de la petite. La muqueuse est sensiblement ramollie, surtout dans la région pylorique. On trouve encore des ecchymoses nombreuses dans l'étendue des intestins grêles, mais elles vont en diminuant, de manière que le gros intestin n'en montre presque plus.

Les veines mésoraïques sont distendues par un sang noir dont la colonne est segmentée par des bulles de gaz qu'on fait cheminer à volonté.

Le foie est un peu plus volumineux que dans l'état normal, d'un brun-noirâtre dans toute l'étendue du lobe droit et le bord contigu du lobe gauche; l'extrémité gauche de ce dernier lobe a conservé sa coloration propre. A la coupe, on trouve le parenchyme uniformément teint en brun-noirâtre; il s'en écoule un sang noir, spumeux, laissant dégager des bulles de gaz. La vésicule et la bile sont normales.

Les sinus sont congestionnés; la substance corticale n'est plus distincte de la médullaire.

La rate est mollasse, réduite presque en putrilage.

Il restait les fosses nasales à examiner; mais il nous était défendu d'attaquer la face. Alors notre ami et collègue M. Potain, qui a bien voulu nous aider dans une opération qu'on regardait comme dangereuse, imagina d'enlever la voûte osseuse du palais et d'arracher la cloison et les cornets avec la muqueuse pituitaire. Nous la trouvons réduite en un véritable putrilage, gangréneux, d'un brun noirâtre, sans trace de pustules ni d'ulcération, se détachant des os comme après une macération.

Des morceaux d'éponge sont trempés dans le putrilage de la base du crâne à l'orifice postérieur des fosses nasales.

Remarques. — Après une mort aussi rapide et dans de telles circonstances, en face de ces lésions des solides et des liquides de l'économie, n'est-on pas en droit de soupçonner la présence d'un principe septique?

Ne pourrait-on pas trouver la cause dans la profession même du sujet, qui était occupé à mélanger des crins provenant de pays étrangers? L'influence fâcheuse de la poussière à laquelle sont exposés les ouvriers en crins et les cardeurs de matelas a déjà été signalée par Ramazzini et Morgagni. Ils disent qu'elle engendre principalement le marasme et les cachexies, c'est-à-dire des états chroniques. Nous ne trouvons pas de faits auxquels nous puissions joindre celui que nous venons de rapporter.

Les antécédents, le jetage nasal, les épistaxis, l'issue fatale, la décomposition rapide, font penser à la morve aiguë même en l'absence actuelle des lésions locales. Pour trancher la difficulté, nous avons recours à l'inoculation. M. Reynal, chef de clinique de M. Bouley à l'école d'Alfort, inocule le putrilage qui recouvre les cornets et la matière recueillie dans les éponges à un vieux cheval bien portant. Le résultat reste négatif jusqu'au dixième jour, auquel l'animal est abattu et l'autopsie n'en apprend pas davantage.

Avec cet élément de diagnostic de plus, on doit rejeter l'idée de l'existence de la morve; mais est-il permis de n'y voir qu'une angine gangréneuse? La marche de la maladie et l'état du sang peuvent-ils s'expliquer de cette manière?

Nous fournissons les données du problème, à d'autres le soin de le résoudre. B. SCHNEPF,
interne du service.

CLINIQUE CIVILE.

Observation d'une lésion traumatique grave de l'avant-bras par écrasement dans une machine, guérie en cinq semaines sous l'influence des irrigations froides continues.

Par M. le docteur DELANGLARD.

Zéphirine Brun, âgée de quinze ans, d'une bonne constitution, réglée depuis plus d'un an, attachée au service d'une presse mécanique fonctionnant au ministère de la justice, eut, le 2 septembre, à onze heures et demie du matin, en travaillant, la main gauche saisie entre deux cylindres agissant comme laminoirs, et tout l'avant-bras gauche jusqu'à la région du coude fut entraîné et engagé dans la mécanique avant qu'on eût pu, par l'effort et le dévouement héroïque d'un ouvrier, arrêter la machine.

Appelé à l'instant même, j'ai trouvé la jeune fille dans cette cruelle position d'étreinte épouvantable qu'elle a subie pendant vingt-cinq minutes, temps nécessaire pour démonter et enlever les diverses pièces qui rendaient impossible le dégagement du membre.

La main et l'avant-bras fléchi sur le bras sortaient libres au dessus des cylindres au moins jusqu'au milieu de ce dernier; les régions restées engagées étaient la moitié supérieure de l'avant-bras, la région du coude, celle du pli du bras et la partie antérieure interne et inférieure du bras. La tête et la poitrine de la jeune fille reposaient sur la table située sous les cylindres dans une flexion complète, et exerçaient sur le membre thoracique, par le poids du corps, une traction très douloureuse dont on diminuait les effets fâcheux en soutenant l'épaule et le bras de la patiente.

Un des cylindres étant enlevé, le membre fut dégagé immédiatement, et je constatai les lésions suivantes :

La main, entièrement engourdie par la pression, quoique rapide, qu'elle a subie, commence à se tuméfier; le poignet, mobile, sans crépitation, est très douloureux; les mouvements de pronation et de supination sont faciles. La peau de la région de l'avant-bras est rouge et érodée dans sa portion épidermique; cette érosion est plus large et plus manifeste

vers la région supérieure et antérieure, près du pli du bras qui, dans sa partie moyenne, présente un large sillon rouge sur ses bords, d'un blanc mat à son fond ; ce sillon, long de 18 à 20 centimètres, s'étend depuis le quart inférieur de la région antérieure du bras jusqu'au delà de la moitié de la face antérieure de l'avant-bras ; il affecte par conséquent une direction parallèle à l'axe du membre ; il est le résultat de la pression exercée par l'extrémité du bord de l'un des cylindres.

Plus en arrière et en dedans, on remarque deux autres sillons de même direction, presque de même longueur, mais cependant moins profonds, et présentant les mêmes caractères de rougeur à leurs bords et de blanc mat dans la ligne formant le fond des sillons ; le premier, distant de 4 centimètres de celui du milieu du pli du bras, correspond au milieu de l'épitrochlée ; le second, dans la région postérieure et interne de l'avant-bras, longe le bord postérieur du cubitus en remontant sur le côté interne de l'olécrane ; les deux sillons sont le résultat de la pression du second cylindre.

Enfin, en dehors et en haut de l'avant-bras, vers le condyle externe de l'humérus, et presque sur l'articulation du radius, commence une large plaie par déchirure qui s'étend, en arrière, jusqu'au tiers supérieur du bord postérieur du cubitus, et laisse à découvert toute cette région du bord cubital ; la peau est refoulée en bas, et montre à nu l'aponévrose autibrachiale ; les os du radius et du cubitus ne sont pas fracturés ; les os du carpe paraissent intacts. En somme, cette plaie, oblique de haut en bas et d'avant en arrière, présente dans sa plus grande largeur un écartement de 5 à 6 centimètres, et offre 10 à 11 centimètres de longueur. Le bras est un peu tuméfié ; il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Pour apprécier la force de la pression supportée par le membre de la blessée, j'ai mesuré l'espace dans lequel il a été enserré, espace compris entre les extrémités des deux cylindres antérieurs et le bâti (pièce en fer horizontale très forte supportant les axes du quatrième cylindre).

Le cylindre intérieur, en fonte, est distant de 3 centimètres du second en bois (dit de registre).

L'extrémité du cylindre en fonte est séparée du bâti par un espace de 4 centimètres ; celle du cylindre de bois n'en est éloignée que de trois seulement ; c'est dans l'espace compris entre les deux bords du cylindre et le bâti que le bras a été engagé ; de sorte que le cylindre en bois a dû presser plus vigoureusement, et a produit le sillon antérieur le plus profond, tandis que le cylindre de fonte, qui par une disposition particulière présente deux bords aigus, a produit les deux sillons internes et postérieurs moins profonds.

Le bâti a produit par son bord assez mousse la plaie par déchirure.

L'avant-bras de la jeune fille donne à la mensuration 24 centimètres de circonférence à la région supérieure près du pli du bras, et 15 centimètres au poignet.

Aussitôt dégagée, j'ai fait placer notre jeune blessée sur une chaise ; les restes de la manche étant enlevés, et un aide soutenant l'avant-bras et la main, j'ai fait pendant trente minutes de larges irrigations d'eau fraîche sur le membre ; elles ont diminué sensiblement la douleur du poignet ; j'ai ramené la peau pour recouvrir l'os dénudé et l'aponévrose, et j'ai réuni les bords de la plaie par six points de suture entortillée ; le bras, enveloppé de linge mouillé d'eau fraîche, a été soutenu dans une écharpe, et la blessée a été par nos soins transportée chez ses parents.

Là j'ai organisé avec l'appareil de M. Charrière une irrigation fraîche continue ; la jeune fille étant couchée dans son lit garni d'une toile cirée du côté de l'épaule ; un petit châssis soutenant une forte toile recouverte de plusieurs compresses fines a été fixé près du lit, de manière à supporter le bras dans l'extension presque complète, et une simple compresse couvrant les points de suture, l'irrigation à 10 degrés Réaumur, en nappe, a commencé et a été continuée jour et nuit ; un potion calmante, la diète et un lavement, ont été prescrits.

La première nuit a été agitée, sans sommeil ; la main s'est tuméfiée considérablement, ainsi que tout l'avant-bras. La région olécranienne a présenté une tuméfaction plus considérable encore avec empâtement ; les sillons ont diminué de profondeur par l'extension de la peau du membre. Une douleur sourde s'est fait sentir dans tout le membre, qui est le siége d'une vive chaleur. Pas de fièvre. L'irrigation a été continuée et promenée sur les régions où se développait le plus de chaleur.

La deuxième nuit a été meilleure, les douleurs moins intenses. La jeune fille a dormi deux heures ; le membre est encore plus tuméfié, le gonflement a gagné la partie inférieure du bras ; pas d'engorgement dans l'aisselle, pas de fièvre. L'irrigation et la diète sont continuées.

Dès la troisième nuit le sommeil a été complet ; la douleur a diminué, mais la chaleur persiste, surtout au poignet, dans la région de l'articulation huméro-cubitale et au bras. Dans celle du biceps, la malade éprouve un sentiment de bien-être quand l'irrigation porte sur les parties où se développe le plus de chaleur ; elle ressent au contraire un setiment pénible de froid général quand l'eau fraîche s'étend sur les points qui conservent la température normale.

Le quatrième jour, le membre est un peu dégonflé, la douleur a sensiblement diminué, mais l'odeur *sui generis* de gangrène s'est manifestée à un léger degré ; il n'y a pas de fièvre. Les épingles ont été retirées ; la réunion s'est opérée vers les deux extrémités de la plaie et dans une étendue d'un tiers environ ; au centre, il n'y a pas de réunion entre les bords de la plaie, mais celle-ci est peu profonde et le recollement de la peau aux parties sous-jacentes est obtenu ; la chaleur se développe toujours beaucoup au poignet, au pli du bras et à la région inférieure de celui-ci. L'irrigation est continuée ; les compresses de dessous le membre sont changées toutes les deux heures ; la diète est maintenue.

Les cinquième, sixième et septième jours, le gonflement et la chaleur ont persisté en diminuant un peu ; pas de fièvre ; la blessée commence à prendre deux petits bouillons et à boire l'eau rougie ; aucun engorgement dans la région axillaire ; pas de sensibilité ni de dureté le long des vaisseaux brachiaux ; persistance d'une légère odeur gangreneuse et développement de petites escbares superficielles sur les bords de la plaie et sur les deux sillons correspondant au pli du bras et à l'épitrochlée. Le troisième sillon a disparu entièrement et sans laisser aucune trace ; les deux premiers n'ont plus que 7 à 8 centimètres de longueur ; l'eschare occupe toute cette étendue. Pansement à plat avec l'onguent digestif simple ; continuation des irrigations.

Le huitième jour, les règles paraissent à leur époque attendue ; le gonflement diminue notablement ; une suppuration peu abondante de bonne nature s'établit entre les bords de la plaie ; la nourriture est augmentée graduellement, les irrigations continuées, ainsi que les pansements réguliers et quotidiens, huit jours encore, pendant lesquels les règles suivent leur cours habituel.

Le quinzième jour, plus de chaleur morbide dans le membre ; le gonflement de la main, de l'avant-bras, de la région olécranienne et du bras a disparu ; les eschares sont détachées en grande partie et trois petites plaies superficielles les remplacent.

Les irrigations sont suspendues, l'alimentation augmentée ; une bande roulée est appliquée sur le membre pour prévenir le retour du gonflement et maintenir le pansement à plat, et le dix-septième jour la malade se lève portant le bras étendu sur un oreiller.

Le trentième jour, les petites plaies sont cicatrisées, sauf celle qui résulte du sillon antérieur ; la malade peut exécuter tous les mouvements possibles du bras et de la main sans douleur ni difficulté, pas de roideur dans les articulations ; la jeune fille brode pour se désennuyer ; on continue les pansements à plat avec le sparadrap jusqu'à cicatrisation complète, qui s'obtient facilement en quelques jours, et la malade se trouve complétement guérie vers le trente-cinquième jour de l'accident.

De cette observation ne peut-on pas conclure :

1° Que dans les cas de décollement de la peau et de dénudation des os la réunion par première intention doit toujours être tentée, ainsi que l'ont recommandé les meilleurs praticiens, pour obtenir le plus de cicatrisation possible, empêcher les suppurations profondes et abondantes, prévenir l'action fâcheuse de l'entrée de l'air dans les claplers qui peuvent se produire, et la nécrose qui vient toujours frapper les surfaces osseuses laissées en contact avec l'air et que la suture est toujours le plus sûr moyen d'obtenir les réunions immédiates.

2° Les irrigations fraîches et continues ont eu pour résultat, d'abord de préserver de toute fièvre traumatique, et ensuite d'empêcher le développement d'une vaste et forte inflammation, ou capable de produire une suppuration des plus abondantes et la gangrène très étendue et très profonde des parties, gangrène qui menaçait surtout la région du pli du bras, où les vaisseaux atteints par le sphacèle eussent exposé aux résorptions si fatales dans ces cas, ou eussent nécessité l'amputation dans des conditions fâcheuses.

En enlevant sans cesse l'excès de calorique, un des éléments de l'inflammation, les irrigations ne rendaient-elles pas son développement impossible, sans produire cependant dans le membre une prostration trop forte capable d'entraîner la désorganisation des tissus, ainsi que cela a été observé trop de fois dans l'application continue de la glace pour des cas analogues, ou dans des plaies graves d'armes à feu ?

La glace, en effet, par son action prolongée, est un agent anesthésique très puissant, qui d'abord détruit l'élément inflammatoire, puis, après la vie organique des tissus, les frappe par elle-même de stupeur, puis de gangrène, et produit ainsi justement l'accident contre lequel on l'oppose. Tandis que l'irrigation fraîche, laissant toujours au membre un certain degré de chaleur nécessaire à l'entretien de la vitalité, et n'enlevant que l'excès de calorique que tend à développer l'inflammation menaçante, n'a jamais l'inconvénient de produire une réfrigération trop forte et fatale à l'existence du membre.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Note sur l'arsenic, le cuivre et le plomb de tolérance vulgairement dits arsenic, cuivre et plomb normaux.

Par Ad. Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie.

Les poisons dits *normaux*, auxquels on peut appliquer avec non moins de raison la dénomination de *poisons de tolérance*, existent-ils réellement, existent-ils toujours dans les organes de l'homme ? Sans parler des controverses qui ont eu pour point de départ de regrettables mobiles, plus d'une discussion sérieuse, appuyée de part et d'autre sur des faits bien observés, s'est élevée sur le sujet qui nous occupe, et l'on n'a pu s'entendre, chacun accordant à ses propres résultats une exactitude exclusive.

Une circonstance nouvelle semblant pouvoir rouvrir la polémique, j'en profite pour rappeler l'opinion que j'exprimais en 1844 (thèse à la Faculté de médecine, p. 62) et la rendre moins incomplète. J'écrivais alors : Les faits consignés dans l'article précédent conduisent à admettre, en thèse générale, que, lorsqu'une substance métallique sera portée dans l'économie d'une manière continue, elle imprégnera les tissus dans lesquels elle pourra être retrouvée en quantité plus ou moins considérable..... Lorsque un homme succombe après avoir pris des aliments ou des médicaments contenant une haute dose de poison, nous savons, à ne pouvoir en douter, que l'absorption du poison a généralement lieu et que celui-ci peut être retrouvé dans les organes. Si la proportion du poison est faible, l'absorption n'aura pas moins lieu ; donc alors il devra se rencontrer dans le corps de l'homme, et en quantité d'autant plus considérable que l'usage du médicament ou de l'aliment aura été continué plus longtemps et que l'élimination sera moins rapide.

C'est même là qu'est l'origine et l'explication des poisons dits *normaux*. Mêlez habituellement un peu de mercure au régime alimentaire d'un animal, et son corps offrira à l'analyse du mercure que vous appellerez *normal*, si, comme cela se pratique, vous n'avez pas égard à la composition du régime. Donnez à des chiens, donnez à l'homme le plus commun des aliments, le pain, qui contient habituellement du cuivre (Sarzeau), et vous aurez dans le corps de l'homme et du chien une petite quantité de poison que vous direz encore *normal*, parce que vous n'aurez pas égard à la nature du pain, et que vous considérerez comme faisant partie intégrante du corps un principe étranger qui ne s'y trouve que parce que vous l'y portez sans cesse.

N'oublions pas que les eaux qui ont séjourné ou seulement circulé dans des vases et des tuyaux de plomb peuvent contenir une petite quantité de ce métal, que l'usage de ces eaux est général dans beaucoup de maisons, dans des villes entières ; ajoutons à cela le plomb des étamages, qui passe presque continuellement dans les mets de nos cuisines, et nous saurons également à quoi nous en tenir sur l'origine du plomb normal, en même temps que nous aurons la clef de la controverse des savants sur l'existence de ce métal dans le corps humain.

Si l'origine des poisons de tolérance est telle que je le signale, on conçoit comment tel homme, qui aura pu à une certaine époque contenir du plomb normal, n'en offrira plus à une autre époque :

1° Parce qu'il a cessé l'exercice de sa profession ou l'usage de médicaments ou de l'aliment plombifères ;

2° Parce que depuis la cessation de cet exercice ou de cet usage, le plomb qu'il avait absorbé aura été éliminé par les diverses voies excrétoires.

Ainsi, pour moi, tout corps humain doit renfermer du cuivre normal, parce que le cuivre passe du sol dans les aliments que nous prenons tous les jours, et qu'il ne peut se faire qu'en raison de la tolérance des organes qui peuvent en garder une certaine dose sans que leur structure et leurs fonctions en soient affectées ; ce cuivre ne se retrouve pas à l'analyse de ces organes.

Quant au plomb, comme il n'existe pas dans le sol et que par suite il ne peut faire partie de ses produits, ce n'est que dans des conditions particulières qu'il pourra entrer dans le régime alimentaire à cette dose infinitésimale nécessaire à son assimilation temporaire, ou, en d'autres termes, à son passage à l'état de plomb de tolérance. Toutefois, ces conditions peuvent se trouver réalisées sur une grande échelle dans les villes, à Paris, par exemple, où l'eau bue par la population n'arrive qu'après avoir circulé dans des tuyaux de plomb, qu'elle ne peut traverser sans se charger d'une quantité très minime de carbonate de ce métal, lequel est retenu par les tissus dans lesquels il s'accumule pour constituer le plomb normal.

Les résultats devront donc être, en ce qui concerne le plomb, tout opposés, suivant qu'on procédera à la recherche dans le cadavre d'un homme qui aura consommé, ou non, de l'eau ou toute autre boisson qui aura séjourné dans des vases de ce métal. La matière de la vaisselle à l'usage des individus, matière qui pourra être plombifière, devra aussi faire varier les résultats.

Donc, en somme, on peut dire d'une façon générale, que les habitants des villes auront du plomb dit normal, et que le contraire arrivera chez l'habitant des campagnes. Toutefois ces derniers pourront, en raison de la vaisselle et des étamages, offrir quelquefois du plomb normal à l'analyse.

Ces considérations tendent, comme on le voit, à concilier les résultats contraires observés par divers chimistes, et notamment par MM. Orfila et Chevallier, savants bien connus pour l'exactitude qu'ils portent dans les recherches.

Quant à l'arsenic normal, d'abord admis, puis rejeté, il faut s'attendre à le voir rentrer en scène, si la grande quantité de réactifs employés par M. Stein, qui assure avoir constaté récemment la présence de ce composé toxique dans plusieurs plantes alimentaires, n'a point apporté quelques perturbations dans des résultats que nous sommes personnellement d'autant plus disposé à admettre, que nous venons d'en trouver la confirmation dans l'examen de plusieurs terres ferrugineuses de la France et du Piémont.

Quoi qu'il advienne de l'arsenic normal sur lequel l'attention des toxicologistes va de nouveau se porter, nous estimons qu'il ne saurait jeter aucun trouble dans les recherches médico-légales, habilement et consciencieusement faites, la difficulté pouvant être tournée en appliquant à ce poison la méthode par laquelle M. Orfila est si heureusement parvenu à opérer le départ des métaux normaux ou de tolérance (cuivre, plomb) de ceux d'intoxication. Il est bien entendu qu'il ne faut pas prendre ici *méthode* comme synonyme de *procédé*, ce dernier devant se modifier suivant la nature du corps à chercher.

SUR LA CULTURE DE L'OPIUM INDIGÈNE.

Voici les renseignements que nous avons cru devoir extraire de l'intéressante communication faite à l'Académie par M. Aubergier.

C'est en faisant des études sur la culture du genre lactucaria que M. Aubergier est arrivé à cultiver les diverses espèces du genre pavot et à conclure qu'on pouvait avec avantage, et pour l'économie générale et même pour la thérapeutique, recueillir l'opium en France et dans la plupart des contrées d'Europe.

La question économique et industrielle se trouve résolue, suivant M. Aubergier, par ce seul fait qu'à l'aide des procédés qu'il a décrits soit pour pratiquer les incisions, soit pour

recueillir le suc qui s'en écoule, l'endocarpe n'étant jamais traversé, la graine reste à l'abri du contact de l'air, continue à mûrir et peut servir à la fabrication de l'huile; elle couvre alors les frais de culture. L'opium n'a plus à supporter que les frais de main-d'œuvre pour sa préparation; comme chaque ouvrière obtient au minimum 300 grammes de suc frais, ce qui équivaut environ à 75 ou 90 grammes d'opium sec, on voit que le prix de revient sera toujours inférieur au prix de vente actuel dans le commerce. Dans les premiers essais faits en 1843, chaque ouvrière obtenait tout au plus 60 grammes de suc frais. On voit quels perfectionnements successifs ont dû être apportés dans les procédés employés pour arriver à quintupler la quantité du produit.

Quant à sa valeur intrinsèque, c'est-à-dire à sa richesse en morphine, elle dépend de deux causes principales :

1° L'opium obtenu d'une même variété de pavot somnifère contient des proportions de morphine d'autant plus faibles que la capsule approchait davantage d'une complète maturité au moment de la récolte;

2° Chaque variété du pavot donne un opium plus ou moins riche en principes immédiats, à tel point que l'on peut obtenir de différentes variétés des opiums contenant des proportions de morphine comprises dans les limites de 1,5 à 17,833.

Ces faits expliquent les écarts qui existent dans la composition des opiums du commerce, écarts qui ont été mis en évidence à plusieurs reprises par les analyses de MM. Bussy, Pelletier, Payen, Chevallier. L'existence de ces écarts a été confirmée par l'analyse faite par M. Aubergier lui-même de vingt-six échantillons d'opium recueillis à autant de sources différentes, le moins riche contenant 2,84 de morphine pour 100 d'opium, et le plus riche 13 pour 100. Le rendement des autres échantillons était compris entre ces deux limites extrêmes. Il résulte de ces faits que dans l'état actuel des choses, en ordonnant 1 décigramme d'opium ou 5 centigrammes d'extrait, on peut faire prendre à un malade depuis 2 milligrammes jusqu'à 13 milligrammes de morphine.

Une conséquence qu'il semble tout aussi naturel de tirer de la richesse en morphine des opiums indigènes, c'est que l'influence du climat sur le développement de cet alcaloïde est loin d'avoir l'importance qu'on lui attribue, si même elle n'est pas tout à fait nulle. D'ailleurs, Belon n'a-t-il pas fait observer que le climat de la Natolie ne diffère pas beaucoup de celui de la France. Dans les pays chauds, la récolte de l'opium a lieu bien avant les fortes chaleurs. Enfin, M. Aubergier a vu le suc laiteux s'écouler en plus grande abondance des incisions le matin que le soir, et un soleil ardent en tarir la source.

L'influence du terrain serait peut-être moins indifférente que celle du climat. C'est sur des formations volcaniques que reposent les terrains sur lesquels le pavot réussit le mieux dans l'Asie-Mineure. M. Aubergier n'oserait pas affirmer qu'il ne doit pas le succès de ses cultures à ce qu'elles ont été établies sur le terrain volcanique de l'Auvergne.

Après avoir démontré que l'on peut obtenir, en France, des opiums reproduisant complétement non-seulement toutes les variétés d'opium du commerce, mais encore des opiums plus riches en morphine qu'aucun de ceux que nous envoie l'Orient, M. Aubergier se demande quel est, entre ces produits contenant depuis 3 jusqu'à 18 pour 100 de morphine, celui qu'il faut choisir pour l'usage médical. Sur les vingt-six échantillons qu'il a analysés, quatre seulement atteignant ou dépassant à peine le titre de 10 pour 100, c'est ce titre qu'il serait disposé à admettre comme normal, et cela d'autant mieux, qu'il présenterait une concordance avec le système décimal, qui semble n'être pas à dédaigner pour faciliter les calculs dans les formules. De plus, un opium ayant cette composition est produit régulièrement par une des variétés de pavot qui paraît le plus propre à la production de l'opium, le pavot pourpre. C'est, du reste, une question soumise au jugement de l'Académie, et sur laquelle il appartient à la commission de prononcer.

SUR LES PROPORTIONS D'IODE

contenues dans les huiles de foie de morue.

Par MM. Chevallier et Gobley.

Nous avons suivi le procédé indiqué par MM. Girardin et Presser. Il consiste, comme on sait, à saponifier l'huile par un excès d'une solution de soude caustique à 25 degrés, en faisant chauffer sans bouillir jusqu'à combinaison parfaite et en évaporant le tout jusqu'à siccité. On charbonne le savon obtenu avec précaution dans un creuset fermé; vers la fin de la carbonisation, on ajoute assez de carbonate d'ammoniaque pour carbonater l'excès de soude caustique contenu dans le mélange. Le résidu charbonneux est épuisé par de l'alcool à 96/100 bouillant, et les liqueurs alcooliques évaporées à siccité laissent un léger résidu salin consistant en iodure de potassium.

Cependant, pour arriver à plus d'exactitude que MM. Girardin et Presser, nous avons dosé l'iode que renfermaient les résidus salins, au moyen du chlorure de palladium. Nous avons pu par ce moyen connaître la quantité réelle d'iodure de potassium contenue dans les huiles de foie de morue que nous voulions examiner.

Voici les résultats que nous avons obtenus.

Un litre d'huile de foie de morue :

De H. . . .	a donné	0, gr. 10 d'iodure de potassium.
De L. . . .	—	0, 08
De Y. . . .	—	0, 04
A L. . . .	—	0, 03.

(*Journ. de Chim. méd.*)

RÉACTIF POUR DÉCOUVRIR LE SUCRE

dans les liquides animaux.

Un moyen simple et facile de découvrir la présence du sucre dans le sang, dans les urines, dans le foie, est indiqué par un médecin anglais, le docteur Donaldson. Voici ce moyen :

On prend :	Carbonate de soude cristallisé.	5 grammes.
	Potasse caustique	5 —
	Bi-tartrate de potasse. . . .	6 —
	Sulfate de cuivre cristallisé. . .	4 —
	Eau distillée.	32 —

Faites bouillir et filtrez.

Il suffit de verser quelques gouttes de cette solution dans l'urine ou tout autre liquide soupçonné d'être saccharin, et de faire chauffer le tout à la lampe, pour découvrir telle minime quantité de sucre que ce soit. Au bout de quelques minutes d'application à la chaleur, le liquide acquiert d'abord une couleur vert-jaunâtre, et devient d'autant plus jaune-rougeâtre, que la proportion du sucre est plus considérable.

(*Ibid.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 octobre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, adresse une lettre à la Société de chirurgie et la remercie du titre de membre correspondant qui lui a été accordé.

M. Birkett, chirurgien de Guy's Hospital, adresse les mêmes remercîments.

Hématocèle.

M. Chassaignac présente un malade atteint d'hématocèle et qui doit être opéré incessamment. C'est pour cette dernière raison que M. Chassaignac désirait demander les conseils de ses collègues au sujet de la particularité suivante : Le testicule, au lieu de faire corps avec la tumeur, qui est fluctuante et très ferme, en est distinct et se meut évidemment dans la tunique vaginale ou dans une portion de tunique vaginale indépendante de l'hématocèle.

Exophthalmie.

M. Chassaignac avait présenté dans la dernière séance une jeune femme atteinte d'exophthalmie due à la présence d'une tumeur placée tout entière à l'intérieur de l'orbite et paraissant en occuper la partie inférieure. L'œil avait conservé tous ses mouvements, sauf un peu de diminution dans le mouvement d'abaissement. Les sensations visuelles, quoique considérablement affaiblies, n'étaient pas complétement éteintes. Cependant l'exorbitisme était tellement avancé que le muscle orbiculaire se contractait non plus en avant comme à l'état normal, mais en arrière du globe, qu'il tendait à expulser plus complétement encore.

Cette jeune femme a été opérée hier. La tumeur, qui s'étendait jusqu'au fond de l'orbite, a été extraite en totalité au moyen de résections partielles, qui en ont amené la sortie en trois fragments, dont l'ensemble présente un volume un peu plus considérable que celui d'un testicule d'adulte.

M. Lebert. J'ai examiné avec grand soin la tumeur qui m'a été remise par M. Chassaignac; elle est formée d'une enveloppe fibreuse qui envoie des prolongements au centre de la tumeur. Le parenchyme est formé d'une substance grenue, analogue au pancréas. A l'examen microscopique, on constate des vésicules hypertrophiées qui m'ont paru être les vésicules de la glande lacrymale elle-même. Tout me porte à croire que la tumeur que j'ai examinée est formée par l'hypertrophie du lobule supérieur de la glande lacrymale.

M. Demarquay. Nous devons regretter à bien des titres que M. Robert soit éloigné de nos séances; il aurait eu, à propos de l'observation de M. Lebert, des considérations intéressantes à présenter, car je sais qu'il étudie l'hypertrophie glandulaire avec grand soin.

Amputations.

M. Giraldès lit un rapport sur un mémoire de M. James, intitulé : *Mémoire sur les causes de mortalité à la suite des amputations.*

Après avoir analysé les statistiques publiées par MM. Lacorie, Steel, Philipps, Malgaigne, etc., l'auteur du mémoire établit :

1° Que les amputations traumatiques sont plus graves que les mêmes opérations pratiquées pour des lésions organiques;

2° Que cette gravité est plus grande aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs;

3° Que cette gravité est inhérente à la nature de la blessure, qui produit un ébranlement général.

Cet ébranlement persiste pendant un temps plus ou moins long; il continue son effet après que l'amputation a été pratiquée : aussi beaucoup de cas de mort à la suite des amputations sont-ils plutôt produits par l'effet de cet ébranlement général que par l'opération elle-même.

C'est encore à cette cause qu'il faut attribuer les inflammations de mauvaise nature et autres complications graves qui accompagnent les amputations à la suite de lésions traumatiques.

Cette modification générale de l'économie à la suite de l'ébranlement, du choc, qui accompagne ces lésions, est probablement la cause de mortalité par suite de ces opérations; car elle détermine une modification dans l'état du sang et une influence très grande sur le résultat.

Discussion sur le rapport de M. Giraldès.

M. Chassaignac. Je n'ai aucune objection à adresser au rapport de M. Giraldès; mais quant à l'idée émise par le docteur James, que les lésions traumatiques auraient la propriété de constituer l'état général de l'économie dans des conditions morbides particulières, je rappellerai que cette idée a été formulée plusieurs fois dans le sein de la Société, notamment dans la séance du 11 octobre 1848. J'ai même qualifié ce fait d'empoisonnement par excès de violence mécanique, mode d'intoxication dont j'ai déduit l'existence du phénomène cadavérique de la décomposition rapide des cadavres après l'action de causes traumatiques très violentes. A ce sujet, M. Chassaignac obtient de la Société de lire un court passage d'un travail publié il y a deux ans, et qui établit très nettement :

1° La relation d'une putréfaction rapide des cadavres avec les grandes violences mécaniques;

2° L'idée d'un empoisonnement général et instantané de l'économie par le seul fait de ce genre de cause.

M. Larrey. Il me semble que l'on ne tient pas assez compte peut-être de l'expérience et des travaux d'une époque antérieure à la nôtre sur la question qui vient d'être soulevée.

La mortalité à la suite de l'amputation des membres n'a pas encore, il est vrai, été appréciée dans toutes les conditions qui s'y rattachent; mais si la valeur des recherches statistiques à cet égard acquiert de jour en jour plus d'importance, il ne s'ensuit pas qu'autrefois on ait négligé de tenir compte des principales influences qui font succomber les amputés dans les cas de lésions accidentelles.

A. Paré, Ledran, Dufouart et d'autres ont signalé quelques-unes des causes de mort et de décomposition rapide des cadavres après les grandes blessures. Ils paraissent rattacher surtout à l'ébranlement des centres nerveux ou à la commotion les effets qui compliquent d'abord la lésion locale et ensuite l'amputation, pour réagir sur les fonctions générales, par l'altération du sang, par les suppurations diffuses ou métastatiques, et par la désorganisation des viscères, surtout chez les sujets débilités par diverses causes antécédentes à la cause traumatique.

M. Maisonneuve. Un fait qui s'est passé dans mon service et qui a été reproduit par la *Gazette des Hôpitaux* pourrait rendre compte de l'empoisonnement signalé par M. Chassaignac. En effet, j'ai vu, dans une jambe qui avait été soumise à une violente contusion, survenir de la tuméfaction et de l'emphysème.

Une incision que je fus obligé de faire dans les parties tuméfiées me fit découvrir que des gaz existaient dans le système nerveux. Je prolongeai mon incision jusque dans les parties saines, et je vis les mêmes gaz dans les veines qui ne se trouvaient point au centre des parties contuses et altérées. On comprend d'ailleurs la formation de ces gaz au milieu d'éléments de putréfaction. On peut donc se demander si ces absorptions de gaz ne peuvent pas jouer un très grand rôle dans les phénomènes qui sont maintenant en discussion.

M. Chassaignac. Sans doute le fait a été depuis longtemps observé, mais l'explication n'avait point été donnée. La cause générale du fait était inconnue, et c'est seulement il y a deux ans que je l'ai déterminée dans un travail spécial.

M. Michon. M. Maisonneuve déclare que c'est dans le système veineux vivant qu'il aurait trouvé des gaz. Ce fait est important; mais avant d'être admis, il faut qu'il soit bien constaté; car il établirait que des gaz venant au dehors peuvent circuler dans le système veineux.

Taille chez l'homme.

M. Lenoir. Ma position à l'hôpital Necker, près du service des calculeux confié à M. Civiale, me donne assez fréquemment l'occasion de pratiquer la lithotomie. Je l'ai faite huit fois sur des sujets de tout âge l'an passé, et quatre fois cette année; mais je la pratique ordinairement dans des cas peu favorables au succès. Ce sont ceux qui sont réfractaires à la lithotritie, à cause du volume du calcul ou du mauvais état des voies urinaires. Toutefois, jusqu'à présent, je ne m'étais pas encore trouvé en présence d'un calcul aussi volumineux que celui que j'ai l'honneur de vous présenter. Il pèse 120 grammes. Le malade qui le portait souffrait depuis neuf ans, et depuis plusieurs mois il n'avait pas goûté un instant de repos. Il avait été soumis à l'usage prolongé des eaux de Contrexeville, et avait rendu à plusieurs reprises des fragments de calcul capables de remplir l'excavation formée par les deux mains réunies. J'opérai mon malade à l'aide du chloroforme, dont l'action fut maintenue pendant près d'une demi-heure, temps pendant lequel a duré l'opération. Le calcul était fragile, et je fus obligé d'introduire à plusieurs reprises les tenettes; le rectum fut soulevé avec le doigt, afin d'être sûr que tous les fragments étaient bien saisis. Le calcul est formé par un noyau d'oxalate de chaux autour duquel se sont déposés des couches d'acide urique et d'urate de chaux. Depuis l'opération, le malade a été très bien; il n'est survenu aucun accident, ce sur quoi on devait peu compter.

M. Guersant. J'ai eu occasion d'opérer un enfant de onze ans sur lequel M. Ségalas avait fait des tentatives de lithotritie, et j'ai pu extraire 91 grammes de matières lithiques.

Fracture. — Luxation congéniale. — Résection.

M. Maisonneuve présente trois pièces anatomiques.

La première est une fracture de jambe à sa partie inférieure. Le tibia seul est fracturé d'une manière comminutive. Le péroné est intact.

La seconde est une articulation du coude, sur laquelle on a fait une résection il y a six semaines. La mort a été occasionnée par une maladie accidentelle. L'articulation nouvelle est presque formée.

La troisième est une luxation congéniale du fémur, sur laquelle on constate tous les caractères anatomiques de ces luxations.

Après quelques observations de MM. Morel et Giraldès, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA NEUVIÈME LEÇON (1).

De la lumière artificielle.

« Dans des temps encore peu éloignés du nôtre, dit M. Briquet, la lumière artificielle, fort restreinte dans la vie privée, était nulle dans la vie publique. La coutume du couvre-feu, qui s'est étendue pendant si longtemps sur presque toute l'Europe, l'absence de lumières dans les rues et l'imperfection des moyens de l'art, mettaient l'homme dans des rapports fort peu multipliés avec elle. Aussi, à l'exception de quelques professions, s'il n'en retirait pas grands avantages sous le rapport de ses jouissances, il n'en éprouvait pas grand préjudice relativement à sa santé. La médecine d'alors devait donc peu s'occuper de son influence; mais à présent que des flots de cette lumière nous inondent de toutes parts, excitent sans cesse nos organes et puisent leur éclat dans des matières qui sont des poisons et des dangers pour l'homme, la médecine ne peut plus rester indifférente à l'action d'un agent si puissant, et l'hygiène doit veiller aux modifications qu'il peut imprimer à la santé. »

La lumière artificielle est produite par les divers instruments qui

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 16, 20, 27 septembre; 4, 7, 11, 18, 25 octobre et 8 novembre.

donnent naissance à l'étincelle électrique, par diverses combinaisons chimiques, par l'extrême élévation de température de certains corps métalliques, et enfin par la combustion de certains corps solides, liquides ou gazeux.

« L'expérience démontre, ajoute M. Briquet, que la lumière artificielle irrite et fatigue beaucoup plus les yeux que la lumière ordinaire des astres. Tous les observateurs s'accordent à regarder l'exposition trop prolongée à cette lumière comme l'une des causes les plus énergiques des phlegmasies des membranes internes de l'œil, de l'affaiblissement de la vue et de la paralysie du nerf optique. »

Cette différence s'explique par cette raison que les travaux du jour ne s'exécutent en général qu'à la lumière diffuse, tandis que ceux du soir et de la nuit s'effectuent sous l'influence des rayons directs du corps éclairant.

La lumière artificielle agit par son intensité, par la manière dont elle est répandue, par sa direction et enfin par sa composition.

La lumière insuffisante fatigue extrêmement l'œil et est une cause fréquente d'amaurose. Beer en a signalé les dangers, et si les couturières figurent pour le huitième dans le nombre des sujets affectés de maladies oculaires, M. Sichel assure que cela tient à la faible lumière à laquelle elles travaillent le soir.

L'action trop prolongée ou trop intense de la lumière artificielle fait éprouver des picotements et de la cuisson au bord libre des paupières et à l'angle interne de l'œil; ces parties rougissent; on croit sentir des graviers entre les paupières et l'œil; une sensation de compression se manifeste dans l'intérieur de l'organe; la pupille se rétracte, et les muscles des paupières et des parties voisines deviennent le siége d'une fatigue extrême.

Si l'on accorde à l'œil le repos dont il a besoin, ces accidents se dissipent; mais si l'action de la lumière se prolonge, si elle est souvent renouvelée, il survient des conjonctivites chroniques, des iritis, des cataractes, des amauroses, de l'amblyopie, etc.

Beer cite des cas de cécité produite par l'impression subite d'une vive lumière; l'amaurose a été la résultat d'une lumière électrique trop intense; pendant l'incendie de l'Odéon, la plupart des militaires de service furent frappés d'héméralopie; la vue d'une fournaise ardente, d'un corps métallique porté à une température très élevée a produit des accidents semblables.

La lumière artificielle est surtout nuisible lorsque ses rayons arrivent directement à l'œil, sans avoir été préalablement affaiblis; plus la flamme est blanche, plus elle fatigue l'œil, et après le blanc vient le rouge.

Lorsque la lumière est incertaine, vacillante, alternativement plus faible et plus intense, l'œil est obligé de modifier fréquemment ses conditions statiques, et il en éprouve une très grande fatigue.

La lumière réfléchie est très nuisible.

Enfin, certaines matières qui échappent à la combustion peuvent exercer sur les yeux une action irritante plus ou moins vive; le gaz sulfureux, l'hydrosulfate d'ammoniaque sont dans ce cas.

De l'hygiène oculaire.

« Il est constant, dit M. Réveillé-Parise, que depuis un siècle environ le sens de la vue se détériore de plus en plus, et que le nombre des aveugles va toujours croissant. Les faits, les preuves et les calculs surabondent pour démontrer la vérité de cette assertion. On évite avec soin un son qui blesse l'oreille; l'odorat n'est flatté que par des odeurs suaves; le goût ne veut que des saveurs agréables; le toucher même ne recherche que les corps polis, les formes rondes, les surfaces adoucies. Par quelle fatalité faut-il donc que la vue, d'une sensibilité bien autre que celle des autres sens, soit continuellement blessée par des excès de tout genre dans le régime; par des lumières trop vives ou peu ménagées, souvent artificielles, par une application sans relâche, par des contrastes de couleurs toujours éclatantes et tranchées, par cet amas d'objets brillants qui nous entourent, at dont les reflets lumineux frappent les yeux en tout temps, en tout lieu, et dans toutes les directions? »

Il faut ajouter cependant que, si l'oubli des règles de l'hygiène est la cause d'un grand nombre d'affections oculaires, beaucoup d'hommes y sont pour ainsi dire inévitablement exposés par les exigences de leurs professions et celles de plus en plus impérieuses des sciences, des arts et de l'industrie. Il en est ainsi, comme nous l'avons indiqué plus haut, pour les mineurs, les vidangeurs, les boulangers, les plâtriers, les tailleurs de pierre, les rémouleurs, les bijoutiers, les verriers, les miroitiers, les brodeurs, les couturières, les cuisiniers et cuisinières, les graveurs, les peintres, les hommes de lettres, les compositeurs; les individus qui se servent d'instruments d'optique, tels que loupes, microscopes, lunettes astronomiques, etc.; ceux qui sont obligés de faire usage d'une lumière artificielle très vive, qui fatiguent un œil plus que l'autre, etc.

Les préceptes de l'hygiène oculaire sont relatifs, d'une part, aux soins que réclament les organes de la vue considérés en eux-mêmes, et, d'autre part, à l'action exercée sur eux par la lumière, soit naturelle, soit artificielle. Etudions-les à ce double point de vue.

Soins que réclament les organes de la vue.

Ita valet corpus, sicut valent oculi, a dit Hippocrte. Des liens étroits unissent en effet les yeux aux différents organes, aux différentes fonctions de l'économie, et pour les conserver en bon état, il est nécessaire non-seulement de les soumettre eux-mêmes à des soins assidus, mais encore de maintenir intacte la santé générale.

Le coryza est toujours accompagné d'une irritation plus ou moins violente de la muqueuse oculaire. On doit donc éloigner toutes les causes qui peuvent lui donner naissance. C'est dans ce but qu'on recommande d'éviter le froid humide des pieds; qu'on prescrit de couvrir modérément la tête des jeunes enfants, dont les fontanelles ne sont pas encore complétement oblitérées.

Il est facile de comprendre l'influence fâcheuse qu'exercent sur les yeux les congestions habituelles de la tête; celle-ci ne doit donc pas être maintenue dans une position déclive, elle ne doit pas être trop couverte et tenue trop chaudement; il faut proscrire les vêtements trop étroits, les cravates trop serrées; il faut surveiller attentivement les flux menstruel et hémorrhoïdal, proscrire les repas trop copieux, l'usage des aliments excitants, des boissons alcooliques, combattre la constipation. M. Réveillé-Parise a vu plusieurs myopes perdre la vue par l'usage immodéré des liqueurs fortes, et » il y a mille à parier contre un, dit-il, qu'une personne affectée de rougeur et d'irritation habituelle aux yeux est naturellement constipé. » Un exercice musculaire trop violent est aussi nuisible qu'une inaction complète et prolongée. L'insolation peut, dit-on, produire l'amaurose ou la cataracte.

Tous les modificateurs qui tendent à affaiblir, à altérer l'innervation générale ont sur les yeux un effet funeste; des troubles plus ou moins graves de la vue accompagnent la chlorose, l'anémie, les hémorrhagies, les émissions de sang trop considérables, la névropathie générale, la plupart des névroses. Les passions ont une action puissante connue de tout le monde; on a cité des exemples d'une cécité soudaine produite par un accès de colère, une joie excessive, une violente frayeur. L'abus des plaisirs vénériens est très préjudiciable aux yeux, non-seulement en raison des pertes séminales trop considérables qu'il provoque, mais encore par l'ébranlement qu'il fait subir au système nerveux; et Aristote dit que, dans l'acte vénérien, les yeux sont plus exposés que les organes génitaux eux-mêmes. Les dangers du coït sont surtout à craindre pour les convalescents et les vieillards; Tissot, M. Réveillé-Parise ont vu des vieillards devenir aveugles peu de temps après avoir épousé des femmes jeunes et ardentes.

Il va de soi que les yeux doivent être soigneusement soustraits à toutes les causes extérieures et mécaniques d'irritation. Beaucoup de personnes ont la mauvaise habitude de se frotter les yeux avec les doigts, surtout le matin en se levant; on a beaucoup disserté pour savoir si les ablutions doivent être pratiquées avec de l'eau chaude ou de l'eau froide, si la température de l'eau doit varier avec la saison, etc. Sans accorder à ces questions l'importance exagérée qui leur a été attribuée, nous pensons avec Beer qu'il faut éviter de faire usage d'une eau très froide en vue de la réaction qu'elle provoque, mais que l'eau fraîche est celle qui doit être préférée en toute saison; souvent il est utile d'y ajouter quelques gouttes d'eau-de-vie, d'eau de Cologne, d'une liqueur aromatique et tonique.

Les personnes qui sont exposées habituellement à l'action d'un vent violent, d'un air chargé de gaz irritants, de poussière, de particules végétales ou métalliques doivent préserver leurs yeux à l'aide de conserves, de masques, d'un appareil protecteur quelconque.

Un des préceptes les plus importants à suivre est d'étudier soigneusement la force de ses yeux et de ne pas les soumettre à des fatigues trop considérables. « Nous regardons comme impossible, dit M. Réveillé-Parise, de déterminer d'une manière rigoureusa combien de temps les yeux peuvent être appliqués au travail; la plus grande variété règne à cet égard parmi les hommes, depuis la vue la plus faible, hors d'état de supporter la moindre tension, jusqu'à la vue la plus solide, la plus durable. Toutefois, on peut établir en principe que les yeux sont fatigués quand on observe les symptômes suivants : il semble qu'on ait besoin d'approcher davantage les objets; ces mêmes objets se brouillent; on dirait qu'un léger nuage passe devant les yeux; le bord des paupières et même l'œil rougissent; on y sent de la pesanteur, du picotement, quelquefois un léger écoulement de larmes; en suspendant un instant le travail, on éprouve un sentiment de bien-être tout particulier dans les yeux. »

Certaines occupations sont plus fatigantes que d'autres; la lecture fatigue plus que l'écriture, et l'on cite Homère, Milton, Delille, Augustin Thierry pour montrer combien les hommes adonnés aux travaux de l'esprit sont exposés aux maladies des yeux et à la cécité. Mackensie assure que certains ouvriers voient mieux le lundi que le samedi. La couture, la broderie, surtout sur des étoffes de couleur noire, la peinture, la gravure, l'usage de la loupe, du microscope, etc., etc., exigent que le travail soit fréquemment suspendu pour donner aux yeux le temps de se reposer; il faut aussi autant que possible varier la travail et exercer également les deux yeux, travailler alternativement debout et assis, etc.

C'est surtout pendant l'enfance qu'il importe de ménager les yeux et de bien diriger leur *éducation*; c'est alors principalement qu'il est nécessaire de ne pas soumettre ces organes à un travail trop assidu, trop continu, trop fatiguant. Les livres mis entre les mains des enfants doivent être imprimés en gros caractères; une distance de 10 à 12 pouces doit les séparer des yeux, et il en est de même pour l'écritura. Les enfants qui penchent trop la tête en avant sont exposés à devenir myopes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOUSCRIPTION

pour un confrère dans le besoin.

Un de nos confrères, médecin de l'université de Modène, reçu docteur, en 1842, à la Faculté de Montpellier, plus tard naturalisé Français, et qui a fait le service de chirurgien de la garde mobile depuis l'origine jusqu'à la désorganisation de ce corps, est obligé de quitter aujourd'hui sa seconde patrie, faute de pouvoir trouver des ressources suffisantes dans l'exercice de sa profession. Les amis de cet honorable confrère ont ouvert une souscription pour subvenir aux frais de son voyage; nous nous associons volontiers à cette bonne pensée : nous recevrons les offrandes, quelles qu'elles soient, qu'on voudra bien nous adresser.

Souscriptions déjà reçues :

MM. Cruveilhier.	5 fr.
Magne.	5
Martinet.	5
Petit.	5
Maroncelly.	10
Ducholet.	5
L. Aurégan.	20
Le docteur Chatin, professeur à l'Ecole de pharmacie.	5
Le professeur Andral.	5
Le professeur Roux.	5
La *Gazette des Hôpitaux*.	20
Total.	90

Electricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés; mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 131. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 131. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1851.

Séances des Académies.

M. Flourens a fait connaître dans la dernière séance de l'Académie des sciences de nouveaux faits observés par M. Reynoso, et qui sont bien dignes de fixer l'attention des médecins et des physiologistes. M. Reynoso, guidé par les vues qu'il a précédemment émises, a constaté la présence du sucre dans les urines des malades soumis à l'usage des préparations mercurielles. Jusqu'à quel point ce fait corrobore-t-il sa théorie relative à l'influence des troubles respiratoires sur la sécrétion du sucre par les reins? En d'autres termes, jusqu'à quel point les mercuriaux et d'autres médicaments considérés comme *hyposthénisants* (mot bien mal défini lui-même) troublent-ils la fonction de l'hématose et troublent-ils cette fonction de préférence aux autres? C'est peut-être ce que les expériences, fort intéressantes d'ailleurs, de M. Ed. Robin n'établissent pas d'une manière complétement rigoureuse. Mais le fait de la sécrétion sucrée sous l'influence des préparations mercurielles paraît être hors de doute, si l'on a égard à l'exactitude de M. Reynoso, et ce fait, en dehors de toute théorie, est déjà fort intéressant. Ajoutons qu'il vient entièrement confirmer nos remarques touchant la dénomination de diabètes appliquée à ces sécrétions sucrées accidentelles. Qui n'a connu des malades qui ont pris des préparations mercurielles pendant des années entières sans avoir offert, ni pendant la durée du traitement, ni plus tard, le moindre symptôme de diabètes? Est-il au contraire un seul praticien qui ait vu un diabètes se développer sous l'influence d'un traitement mercuriel? Ne nous le dissimulons donc point, les analyses chimiques, de même que les analyses anatomiques et microscopiques, nous apprendront des détails intéressants et qui pourront devenir utiles pour la médecine pratique comme pour la médecine philosophique; mais gardons-nous de caractériser une maladie par un seul détail chimique ou anatomique. Jugeons de la nature des maladies par l'ensemble de tous leurs caractères, quand nous ne pouvons pas remonter à leur cause première; faute de quoi nous ne ferons que de la médecine de détails, utile dans quelques cas exceptionnels, mais le plus souvent nuisible ou stérile, et nous ressemblerons à l'animal de la fable qui lâche sa proie pour courir après l'ombre.

M. Flourens a présenté pour son propre compte un dessin propre à faire saisir facilement la description qu'il a donnée de la partie de la moelle allongée qu'il a désignée sous le nom de *point premier moteur des mouvements respiratoires*. Nous mettons une copie de ce dessin sous les yeux de nos lecteurs.

M. Ed. Robin a envoyé une nouvelle note, qu'on lira avec intérêt, sur les rapports qui existent entre la respiration des animaux et celle des végétaux.

Enfin M. Fourcault a lu la première partie d'un long travail sur les causes du goître et du crétinisme; travail qui, de même que les précédents du même auteur, a le tort d'être trop exclusivement spéculatif.

— L'Académie de médecine a entendu un rapport de M. Caventou, qui n'a rien perdu à être promptement fait. L'Académie, conformément aux conclusions de ce rapport, a conseillé à M. le ministre d'interdire la vente des préparations mercurielles, cuivreuses et plombiques pour la conservation des corps, pour des raisons que tout le monde comprend, et que M. le rapporteur a d'ailleurs exposées avec cette clarté et cette convenance que tout le monde lui connaît. La prohibition de l'autorité devra être acceptée avec d'autant plus de respect et d'autant mieux observée, que la science possède aujourd'hui, grâce aux recherches de M. Sucquet, des matières qui ne sont nullement vénéneuses et qui préservent parfaitement les matières animales de la putréfaction.

L'Académie a encore entendu avec intérêt une note de M. Bouvier, qui aurait été écoutée avec plus d'intérêt encore si l'auteur avait eu le temps de se résumer davantage, et si, en accordant de justes éloges aux travaux d'un physiologiste laborieux, il avait mieux proportionné la valeur des épithètes à leur importance. Cette importance est sans doute très réelle, mais il ne faut pas qu'on puisse la confondre, par la manière dont on en parle, avec celle des travaux de Harvey sur la circulation, ou de Cuvier sur les révolutions du globe.

Dans cette séance, M. le président a fait à l'Académie, de la part du conseil d'administration, la proposition de diviser en deux la somme qui résulte des arrérages de la rente annuelle de 1,000 fr. léguée par M. Capuron. Sur cette somme de 2,500 fr., 1,000 fr. seront affectés à un prix ayant pour objet une question d'accouchement, et 1,500 fr. à un prix ayant pour objet une question relative aux eaux minérales. L'Académie s'est empressée avec raison d'accueillir cette proposition, qui honore doublement la mémoire du vénérable M. Capuron, à la fois accoucheur et médecin des eaux minérales.

A quatre heures et demie l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre des rapports sur les mémoires envoyés au concours. Dans ce comité, l'Académie n'a décerné qu'un prix, qui est échu à M. Richet pour son travail sur les tumeurs blanches.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. TROUSSEAU.

De la coqueluche.

La coqueluche est un catarrhe, une bronchite spécifique, spéciale et contagieuse. C'est une bronchite; car elle offre l'expectoration et les signes stéthoscopiques de cette maladie; mais c'est une bronchite spéciale, parce qu'elle n'engendre que des maladies semblables à elle-même, et se présente par séries plus ou moins nombreuses, et avec des caractères particuliers. Elle est contagieuse. Ce fait, quoique généralement admis, trouve encore des contradicteurs, et cela, parce qu'on n'est pas assez habitué à observer les différentes formes de la contagion. La contagion a lieu à distance, comme pour la variole, la rougeole, la scarlatine, ou au contact, comme la gale et la syphilis. Outre les conditions de contagion, il faut tenir compte, dans l'appréciation des faits pathologiques, des conditions de réceptivité. Les maladies contagieuses sont comme les graines végétales, une partie lève et l'autre meurt, et cela par des raisons spéciales quelquefois à la graine et quelquefois au sol. De même le levain contagieux subit des modifications inhérentes aux circonstances dans lesquelles il s'est produit et à l'individu sur lequel il a été porté; aussi la contagion n'est pas absolue, et les formes si diverses et l'époque si peu réglée des épidémies sont la conséquence de ce fait. La coqueluche reste, pour nous, une bronchite spécifique et contagieuse. La bronchite est déjà par elle-même une maladie très spéciale et ordinairement identique à elle-même; et la coqueluche s'en distingue par l'addition de l'élément névrosique, par une convulsion des muscles expirateurs et du larynx. La toux prend, elle aussi, un caractère spécial. L'enfant commence par s'ennuyer, ses yeux deviennent larmoyants; il survient du picotement à la gorge, et enfin une toux qu'il lui est impossible de maîtriser. Au lieu de tousser comme à l'ordinaire, l'enfant expire en toussant dix à douze fois de suite; les efforts de toux deviennent de plus en plus précipités; et enfin, lorsque tout l'air du poumon est expiré, il s'arrête et fait une inspiration large et rapide; il compense par une seule inspiration les pertes de plus de vingt expirations successives; cette inspiration est très bruyante, et suffirait à elle seule pour caractériser la maladie. L'enfant recommence ainsi à tousser plusieurs fois de suite, et il survient enfin un soulèvement du diaphragme qui donne lieu à une expectoration muqueuse peu abondante. Pendant ce temps la figure se contracte, les veines du cou se gonflent, le nez coule, et il survient enfin de l'abattement avec accélération du pouls. Quelquefois, pendant les efforts les plus violents, des ruptures ou des déjections urineuses ou stercorales involontaires peuvent avoir lieu. Il y a dans les phénomènes que nous venons de décrire deux choses bien distinctes : le catarrhe, caractérisé par l'expectoration; la névrose, qui se manifeste par l'état irrégulier de la respiration.

Les choses ne se passent pas toujours comme nous venons de le dire; il arrive quelquefois qu'un enfant tousse presque d'une manière incessante pendant huit, dix jours, et ce n'est que plus tard que les quintes se dessinent et que la maladie, prise d'abord pour un simple rhume, affecte ses caractères spécifiques. Le boursouflement du visage et l'inspiration un peu sifflante doivent être les deux signes les plus importants pour éclairer le diagnostic.

La coqueluche est bien, à proprement parler, une affection

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

N° 52 (M. Pigné). Le condyle gauche, qui a été fracturé, est fortement dévié en dedans; son col, avec la branche de la mâchoire, fait un angle presque droit; sa forme est entièrement changée.

N° 53 (M. Bonamy). Cette fracture a été produite par un coup de feu; on trouve encore sur les os des grains de plomb. La lésion siége sur le corps de la mâchoire du côté gauche; cet os a été divisé en trois fragments, deux latéraux et un médian; ce dernier s'est porté en dedans vers la cavité buccale; au-devant de lui existe une échancrure considérable produite par l'écartement des deux fragments latéraux; cette échancrure est convertie en trou par un ligament qui s'insère aux deux fragments osseux.

N° 54 (Desault). Ce crâne, qui a appartenu à une jeune fille, est percé de neuf couronnes de trépan distribuées trois par trois; cette jeune fille, qui était scrofuleuse, à la suite d'une chute éprouva les accidents de la commotion.

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre; 2, 9, 16, 29 octobre et 6 novembre.

ARTICLE V. — *Fractures du membre supérieur.*

Je suivrai dans l'étude de ces fractures l'ordre anatomique, c'est-à-dire que je décrirai d'abord :

1° Les fractures de l'épaule;
2° De l'humérus;
3° Du radius;
4° De la main.

J'admettrai le même ordre pour le membre inférieur; seulement les fractures du bassin, qui sont ici l'analogue de l'épaule, ayant été décrites immédiatement après celles de la colonne vertébrale, je passerai de suite à la description des fractures du fémur.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Fractures de l'épaule.*

La fracture simultanée des deux os qui constituent l'épaule est l'exception; la fracture isolée de chacun de ces os est, au contraire, la règle. Une seule pièce, le n° 66, nous présente à la fois une fracture de l'omoplate et de la clavicule; c'est le côté gauche qui en est le siége. Cette pièce nous présente, en outre, une lésion des plus intéressantes, à savoir : une luxation de la première pièce du sternum sur la seconde. Lorsque la solution de continuité porte sur un seul os, tantôt c'est la clavicule qui en est le siége, tantôt au contraire l'omoplate.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Fractures de la clavicule.*

Les pièces relatives aux fractures de la clavicule seule sont au nombre de douze, du n° 55 au n° 65. La description isolée de chacune de ces pièces ne présentant qu'un intérêt très médiocre, j'ai pensé qu'il y aurait avantage à les grouper en série de faits analogues. Toutes ces clavicules sont disposées sur un plateau qui permet de les comparer; toutes sont soudées, à l'exception du n° 59, qui nous offre un exemple de non-consolidation, quoique les fragments aient été maintenus en contact. M. Malgaigne a fait dessiner cette pièce dans son atlas. Sur presque toutes ces clavicules la fracture est simple; sur une seule, n° 65, elle est multiple.

Cinq appartiennent au côté droit, ce sont les nos 55, 59, 60, 64, 65; sept au côté gauche, nos 56, 57, 58, 61, 62, 63 et 63*a*. De la comparaison de ces os, comme l'a très bien fait remarquer M. le professeur Denonvilliers, il ressort que les désordres et les déplacements sont plus considérables à droite.

Relativement au siége de la fracture sur quatre de ces pièces, nos 55, 56, 57, 58, il existe près de l'extrémité scapulaire, en dedans des insertions des ligaments coraco-claviculaires; sur les trois premières pièces, le déplacement est considérable; le fragment externe est abaissé et dirigé en arrière; il y a chevauchement sur le n° 55. Ces désordres sont surtout très évidents. Le fragment externe est descendu à plus de 2 centimètres au-dessous du niveau de l'interne, et son extrémité acromiale est fortement portée en avant. Si sur ces trois premières pièces le déplacement est bien sensible à la vue, le n° 58 nous offre au contraire l'exemple d'un déplacement considérable qui, vu par la face supérieure de la clavicule, est à peine sensible; ce qui tient probablement à ce que l'obliquité de la fracture est inverse aux précédentes; elle est dirigée de dehors en dedans, d'arrière en avant, et les deux fragments ont à peu près chevauché directement l'un sur l'autre; l'interne se trouve placé au-dessus et en arrière de l'externe. La direction des deux fragments se rapproche tellement de la direction normale, que c'est ce qui nous explique pourquoi la forme de la clavicule, à la longueur près, est si peu altérée.

Sur les nos 59, 60, 61, 62, 63, 63*a*, la fracture occupe la partie moyenne de la clavicule, et à très peu de chose près le siége est identiquement le même. L'obliquité dans laquelle s'est produite la solution de continuité est, pour les quatre premières pièces, de dehors en dedans, d'avant en arrière et de haut en bas; il en ré-

fébrile, cependant ce n'est guère qu'au début de la maladie que la fièvre peut acquérir une certaine intensité.

Le retour des quintes de toux présente une certaine périodicité, et on a remarqué qu'elles reviennent principalement la nuit, de six heures du soir à six heures du matin. Elles se reproduisent jusqu'à vingt, trente, quarante fois dans les vingt-quatre heures. Les annales de la science rapportent des faits où les quintes revenaient jusqu'à soixante-dix fois par jour. Les accidents ordinaires des quintes de toux sont le vomissement et l'épistaxis. Le vomissement surtout est très ordinaire; aussi conseille-t-on de ne donner à manger aux enfants qu'après les quintes et dans l'espace de temps qu'on supposera devoir être le plus long entre deux quintes. Les épistaxis, quoique moins communes, n'en doivent pas moins être regardées comme un symptôme d'une assez grande gravité.

Il n'est pas rare de voir la coqueluche se compliquer des phlegmasies aiguës de la poitrine. Lorsque, sans employer une médication énergique, on verra les quintes de coqueluche s'éloigner et diminuer d'intensité, on devra juger qu'il y a une complication imminente, et cette complication sera une fièvre éruptive, ou plus souvent une phlegmasie thoracique. *Febris spasmos solvit*, a-t-on dit; cela est si vrai que non-seulement la venue d'une affection fébrile fait cesser la coqueluche, mais encore que, réciproquement, la coqueluche reprend une nouvelle intensité après que la complication a cessé, à moins toutefois qu'elle n'ait pas été par elle.

La durée de la coqueluche est très variable : un à trois mois, parfois dix mois ou un an. Elle peut exceptionnellement ne durer que trois jours. Une constitution épidémique pourra singulièrement modifier la marche et la durée de la coqueluche; elle pourra être bénigne ou grave, selon les prédispositions individuelles. Nous avons vu un enfant pris de rougeole pendant le cours d'une coqueluche assez intense, et guérir rapidement de l'une et de l'autre. On doit admettre ici que la phlegmasie morbillaire s'est substituée au catarrhe de la coqueluche, et cela de la même façon que le collyre au nitrate d'argent substitue une inflammation artificielle à la phlegmasie naturelle de l'ophthalmie catarrhale.

Ces quelques mots énoncés sur la nature de la coqueluche, voyons, et ceci est le point sur lequel nous voulons le plus insister, voyons quels sont les moyens les plus efficaces pour combattre cette affection quelquefois si tenace. Toutes les médications ont été mises à contribution; mais, selon nous, les stupéfiants sont ceux qui ont produit les meilleurs résultats.

Les vomitifs, ipécacuanha, émétique, sulfate de cuivre, ont été essayés avec quelques succès; il faut les donner au début, et répéter leur emploi à deux ou trois jours d'intervalle. Le sulfate de cuivre est surtout celui que nous préférons. Dans un cas de coqueluche qui n'était pas très net, et qui durait depuis dix jours sans que les quintes fussent bien caractérisées, nous donnâmes 4 décigrammes de sulfate de cuivre, et nous obtinmes une hyposténisation rapide, après quoi nous pûmes employer la belladone pour juger la maladie.

Les stupéfiants, nous l'avons dit, sont utiles dans la coqueluche; tout le monde est d'accord sur ce point, on ne diffère que sur le mode d'administration. Autrefois on donnait 5 centigrammes d'extrait de belladone dans une potion donnée par cuillerée toutes les heures. M. Bretonneau a conseillé de l'administrer au contraire en une seule dose toutes les vingt-quatre heures, et de commencer par des doses très faibles, 1 centigramme de poudre de racine donné le matin à jeun pendant deux jours. Au bout de ce temps on voit la pupille de l'enfant se dilater, et on observe une légère modification dans la coqueluche. On peut arriver ainsi jusqu'à des doses assez élevées en augmentant d'un centigramme tous les deux jours si la maladie reste stationnaire, et en continuant la même dose si l'amélioration augmente peu à peu. Enfin, lorsque la coqueluche a pris les proportions d'un catarrhe simple, on donnera encore de la belladone pendant un mois environ, mais seulement par intervalles, afin d'empêcher la reproduction de la maladie. Nous avons dit que M. Bretonneau conseille de donner la belladone le matin. En voici la raison.

La belladone éloigne les quintes et procure du repos; comme l'enfant se nourrit le jour, elle empêche les vomissements si fréquents quand les quintes sont intenses, et par conséquent les petits malades peuvent se nourrir convenablement, et on prévient ainsi la cacochymie si ordinaire par défaut d'alimentation. Si on ne donne la belladone que le soir, on procure bien à l'enfant un sommeil peu ou point interrompu par des quintes de toux; mais ce sommeil ne compense point le défaut d'alimentation, et il est d'ailleurs plus difficile de surveiller l'action du médicament.

La belladone peut donner lieu à quelques accidents, toujours sans gravité. Un tiers ou même la moitié des malades présentent, après cette médication, une éruption scarlatiniforme qui s'accompagne d'un peu de vague dans les yeux et d'un mouvement fébrile rarement très intense. Ces accidents apparaissent au bout de vingt-cinq à trente jours de traitement, et disparaissent sans traitement; ils sont sans gravité, mais il faut en être prévenu afin de ne pas s'en préoccuper. Le délire est encore un des accidents de la belladone longtemps administrée; il a cela de particulier, qu'il procure aux malades des visions fantastiques beaucoup moindres le jour que la nuit. Il faut, pour arrêter ces accidents, diminuer la dose, ou même suspendre complétement l'emploi de la belladone dans les cas graves.

Autenrieth prétendait guérir parfaitement la coqueluche au moyen de frictions stibiées faites sur le devant de la poitrine et du cou; sous l'influence de ces frictions, il survenait une pustulation très douloureuse qui s'accompagnait d'un mouvement fébrile assez intense. Selon cet auteur, on devait cesser l'emploi du tartre stibié lorsqu'on était arrivé à la pustulation des parties génitales, indice, selon lui, de la saturation stibiée. M. Bretonneau, ayant recueilli les impuretés de malades soumis à cette médication, y a bien constaté la présence du tartre stibié; mais que de causes peuvent avoir porté le médicament dans cette région, en dehors de l'absorption cutanée! Mais, d'abord, la pustulation stibiée est très douloureuse, et elle laisse d'ailleurs des traces indélébiles qu'il est très désagréable de conserver; aussi conseillons-nous de laisser de côté la médication d'Autenrieth, d'autant plus que la belladone produit des effets au moins tout aussi avantageux.

L'hémorrhagie nasale dans la coqueluche est, avons-nous dit, excessivement grave, surtout lorsqu'elle se répète, car les malades tombent bientôt dans la cacochymie. Généralement, ces hémorrhagies cessent avec les quintes qui leur ont donné naissance. On pourra employer, à l'intérieur, la poudre de quinquina jaune à la dose de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures; si le quinquina ne suffit pas pour enrayer la disposition hémorrhagique, on emploiera les acides à l'intérieur, et, pour arrêter l'hémorrhagie elle-même, on conseillera les injections de ratanhia ou de nitrate d'argent dans le nez; enfin, le tamponnement en queue de cerf-volant, ou avec un jabot de poulet ou de caoutchouc.

On dit quelquefois que l'hémorrhagie pulmonaire est un bon signe pronostique, il n'en est rien; car elle est toujours sous la dépendance d'une disposition hémorrhagique, résultat ordinaire d'un appauvrissement du sang causé par une alimentation insuffisante.

DEUX CAS D'ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS ARTIFICIELS

exécutés au moyen d'injections d'eau chaude.

Par M. STAENGLMAYR, à Liegenbourg.

OBS. I. — Chez une femme déjà délivrée quatre fois avec beaucoup de peine d'enfants morts amenés avec le forceps, on entreprit l'accouchement à la trente-quatrième semaine de la cinquième grossesse. Quoique le résultat ait été malheureux, il ne peut pas être mis sur le compte de l'opérateur; en effet, la mort de l'enfant peut être attribuée à l'emploi du seigle ergoté, ou à la strangulation par le cordon ombilical, ou encore plutôt à une hémorrhagie du placenta détaché trop tôt.

Presque tous les accoucheurs de notre époque sont aujourd'hui d'accord sur cette grande conquête de l'art obstétrical; il n'en est pas de même des indications de l'accouchement prématuré et de la méthode à employer, ce qui nous engage à rapporter avec tous les détails l'observation suivante :

OBS. II. — Catherine Bachsmaier, âgée de trente-quatre ans, paysanne, petite, faible, régulièrement menstruée depuis l'âge de quinze ans et accouchée heureusement quatre fois, était affectée depuis six mois d'une toux fatigante avec expectoration purulente.

Au commencement de février 1849, il se déclara un gonflement œdémateux des pieds, qui s'étendit peu à peu aux cuisses, aux parties génitales, au ventre jusqu'aux seins. Depuis huit jours, la malade ne peut ni marcher ni se coucher. Toux fréquente, très pénible; orthopnée; au toucher, qui était très pénible à cause de la tuméfaction énorme des lèvres, on trouve le col de l'utérus dur, d'un pouce de long, l'orifice de l'utérus presque complétement fermé avec une cicatrice à gauche.

Depuis cinq jours, la mère ne sentait plus les mouvements de l'enfant et demandait avec instance d'être délivrée, à quoi M. Staenglmayr se décida d'autant plus volontiers que la difficulté de respirer augmentait d'heure en heure. Pour arrêter les progrès de l'hydropisie, on fit quelques incisions aux jambes, aux lèvres et au bas-ventre, dont il s'écoula bientôt de l'eau.

L'accouchement prématuré fut entrepris le 1er mai, à la trente-deuxième semaine de la cinquième grossesse, au moyen d'injections d'eau chaude (33-34° R.) faites pendant un quart d'heure avec une seringue utérine ordinaire et répétées trois fois par jour.

Le 2 mai, soulagement notable à la suite de l'écoulement abondant de l'eau par les plaies des incisions et d'une déchirure spontanée dans l'aine droite; col de l'utérus presque complétement effacé; orifice encore fermé.

Le 3, la malade, craignant l'augmentation de l'hydropisie, ne fit pas d'injections.

Le 5, on appela de nouveau M. Staenglmayr, demeurant à cinq lieues et demie de la malade. L'œdème avait tellement diminué qu'on sentait l'utérus à travers les parois du ventre. Au toucher, on trouva l'orifice utérin ouvert, très élevé, les bords mous et tuméfiés, et à travers les membranes, peu tendues, on sentait ballotter la tête de l'enfant. On recommença les injections.

Le 6, nouvelle diminution de l'œdème; orifice utérin encore plus largement ouvert, ayant l'étendue d'une pièce de 6 livres; segment inférieur de l'utérus mince et mou. Les maux, jusqu'alors à peine perceptibles, devinrent bientôt très forts par l'emploi de deux doses de seigle ergoté (75 centigrammes) donnés de demi-heure en demi-heure. L'auteur rompit les membranes, qui étaient très épaisses; il s'écoula peu d'eau. Les maux continuèrent, et, une demi-heure après, la mère mit au monde un enfant petit, mais bien développé, qui commença aussitôt à jeter de forts cris. L'arrière-faix fut retiré un quart d'heure après. (*Med. corr. de Bav.* et *Gaz. m.*)

CAS D'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS AVEC LES OVAIRES.

Par le docteur MARTIN.

Le chirurgien Z..., appelé chez une femme qui venait de mettre au monde un enfant, attendit quelque temps avant de détacher l'arrière-faix, et, après un travail d'un quart d'heure, il amena tout l'utérus avec les ovaires. Il fut traduit devant le tribunal de Wasserbourg. La femme, *complétement guérie*, assistait à l'audience, et put voir son utérus et le placenta conservés dans l'esprit-de-vin.

« Quelque incroyable que paraisse ce cas, je puis répondre de sa véracité. » (*Ibid.*)

OSTÉOÏDE REMARQUABLE DE L'UTÉRUS;

Par M. le docteur KRAUSS.

Walpurga Enzin, à Mergentheim, non mariée, servante, atteinte depuis de longues années d'ascite, mourut le 28 mars 1850 à l'âge de soixante-seize ans, à la suite d'une péritonite.

---

sulte que le déplacement s'est opéré dans le même sens. Le fragment interne s'est porté en haut et en avant, tandis que l'externe s'est dirigé en arrière. Le chevauchement est surtout considérable pour les nos 60 et 62. Ces deux os paraissent avoir perdu près du tiers de leur longueur. Les nos 63 et 63 *a* nous offrent un exemple d'obliquité inverse aux précédentes pièces; elle est, dans les deux cas, dirigée d'avant en arrière et de dedans en dehors. Il résulte de cette disposition que c'est le fragment interne qui s'est porté en arrière, tandis que l'externe s'est porté en avant. Mais, dans tous ces cas, il est important de noter que c'est toujours le fragment interne qui est le plus élevé; il y a par conséquent eu un déplacement en haut de ce dernier.

Nos 64 et 65. Sur ces deux clavicules, la fracture occupe l'extrémité sternale. Sur le no 64, elle siége à 3 centimètres de cette extrémité; la consolidation est complète, mais peu régulière, les deux fragments ayant glissé l'un sur l'autre. Sur le no 65, la disposition est à peu près la même; mais cet os nous offre un exemple de fracture double, car cette clavicule est en même temps brisée au niveau de son extrémité externe : dans ce dernier point, le déplacement est à peu près nul.

DEUXIÈME ESPÈCE. — *Fracture simultanée des deux os de l'épaule.*

No 66 (M. Thillaye). Sur cette pièce, la fracture porte à la fois sur les deux os de l'épaule. Celle de la clavicule siége au niveau de sa partie moyenne, elle est à peu près transversale; il existe un chevauchement considérable de près de 3 centimètres : c'est le fragment sternal qui a passé en arrière. Le travail de consolidation est encore peu avancé; les extrémités des fragments sont enveloppées d'une plaque osseuse mince qui forme autour d'elles une espèce de gaîne.

La fracture de l'omoplate siége dans le corps de l'os; elle commence au-dessous de l'épine, près du bord vertébral, traverse obliquement de haut en bas la fosse sous-épineuse, et finit au bord axillaire, immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde; elle n'est pas rectiligne, elle représente un V.

La première pièce du sternum, ainsi qu'une lamelle osseuse très mince qui a été détachée de la seconde pièce, sont luxées en arrière; les ligaments antérieurs sont complétement rompus, et l'extrémité supérieure de la seconde pièce sternale forme en avant et en haut une saillie considérable. Les cartilages de la première et de la seconde côte ont suivi le manche du sternum avec lequel ils sont restés adhérents.

TROISIÈME ESPÈCE. — *Fractures de l'omoplate seule.*

No 67 (Desault). Omoplate droit. La fracture porte sur l'acromion, près du sommet, immédiatement en arrière de l'articulation acromio-claviculaire. La solution de continuité est verticale; le fragment claviculaire s'est porté en bas, d'où résulte à la face supérieure un écartement en forme de V entre les deux fragments. Quoique le malade paraisse avoir vécu assez longtemps après cet accident, il n'y a pas eu de consolidation.

No 68. Cette pièce manque.

No 69 (J. Cloquet). La fracture porte à la fois sur l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde; celle de l'apophyse coracoïde siége à la base, et le sommet se trouve porté en bas et en dehors. Le pourtour de la cavité glénoïde, dans sa partie interne et inférieure, est brisé en plusieurs fragments qui ont été légèrement repoussés en arrière; ils sont soudés au reste de l'os. Il n'existe aucun renseignement relatif à cette pièce.

No 69 *a*. Omoplate du côté gauche. La fracture est des plus complexes; elle porte à la fois sur la fosse sus et sous-épineuse, l'acromion, l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde.

La fracture de la fosse sous épineuse occupe toute l'étendue de cette région; elle commence en arrière au bord spinal de l'omoplate, suit le bord axillaire dans la gouttière qu'il présente, et arrive au niveau de l'angle antérieur, où elle divise la cavité glénoïde au niveau de sa partie supérieure. La côte de l'omoplate est verticalement brisée; il en résulte que l'angle inférieur de cet os se trouve complétement détaché et a chevauché à la face interne. L'apophyse coracoïde est doublement fracturée au niveau de son bec et de sa base, qui est complétement détachée de la cavité glénoïde; la solution de continuité se propage même, dans la fosse sus-épineuse, au delà de l'échancrure qui donne passage au nerf sus épineux.

La fracture de l'acromion, comme dans le fait cité par A. Cooper, occupe la portion de cet os qui s'articule avec la clavicule, de sorte que la lésion communique avec le centre de l'articulation. Cette fracture est verticale, sans consolidation. La clavicule n'est point luxée. Les seuls points de cette fracture multiple où il y ait consolidation sont le niveau de l'angle inférieur et la partie de la fracture de la base de l'apophyse coracoïde qui avoisine le bord supérieur de l'omoplate et se prolonge dans la fosse sus-épineuse.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Lacauchie, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital du Roule, détaché en Italie, est désigné pour rentrer à l'hôpital du Roule.

M. Garreau, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour l'hôpital de la Rochelle.

M. Cuvillon, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de La Rochelle, est désigné pour l'hôpital de Bourbonne.

M. Piton, chirurgien aide-major de 2e classe au 10e léger, est désigné pour le 15e de ligne.

M. le docteur A. Legrand vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Strasbourg.

Autopsie. — Maigreur générale, poumons et cœur atrophiés, nulle trace d'ossification dans le cœur et dans les artères. A peine trois chopines de liquide trouble, floconneux, dans la cavité abdominale, qui contenait deux poches formées par le péritoine renfermant l'une six chopines et l'autre quatre chopines d'un liquide semblable. Adhérence des intestins entre eux par des exsudations. Tous les organes du ventre atrophiés, principalement le foie, pesant à peine 20 onces. A la place de l'utérus, entre le rectum et la vessie, il existait un ostéoïde en forme de poire, à surface un peu bosselée, revêtu par le péritoine; se terminant en bas par une masse cartilagineuse du volume d'une forte noisette; la forme rappelait la portion vaginale de l'utérus, mais sans vestige d'une ouverture.

Des deux côtés de l'ostéoïde s'attachaient les ligaments étroits de la matrice avec leurs trompes; les ovaires étaient représentés par des plaques cartilagineuses, minces, étroites, en partie ossifiées. Le vagin était encore fermé par une membrane très large, peut-être l'hymen.

Dans l'ostéoïde scié en deux et d'une texture en partie poreuse, en partie plus dure, il existait une cavité à parois rudes pouvant contenir une noix.

(*Medicinisch. corr. de Wurtemberg* et *Gaz. méd.*)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACONIT;

Par M. le docteur Schabel.

Un enfant de sept ans, après avoir mangé dans un jardin quelques feuilles de cette plante qu'il prenait pour de l'oseille, éprouva des vomiturations, de fortes congestions vers la tête avec de légers délires. Un vomitif composé de sulfate de zinc et d'ipéca fut suivi d'un soulagement marqué. Les douleurs de l'estomac et des intestins diminuèrent, le ventre n'était plus sensible à la pression, seulement l'enfant resta plongé dans un état soporeux qui dura sept jours, pendant lesquels on pouvait à peine obtenir une réponse; déglutition paraissant pénible, extrémités fraîches, humides, tête très chaude; pouls fréquent, vibrant; pupilles fixes; suppression des urines et des selles.

Au troisième jour, il se déclara une infiltration de tout le corps depuis la tête jusqu'aux pieds, qui persista jusqu'au dixième jour. Dans l'intervalle survinrent des symptômes hydrencéphaliques, entre autres, de légères convulsions. La digitale, le calomel, les fleurs de zinc, etc., des frictions avec de l'onguent stibié sur la tête, furent suivis d'un plein succès.

D'après le dire du chef du pensionnat où l'empoisonnement a eu lieu, un pareil fait s'était présenté deux années auparavant. Un enfant, après avoir mangé quelques feuilles de l'aconit napel, eut un œdème de tout le corps et des convulsions dans le courant de la maladie. Il guérit aussi.

Les symptômes cérébraux qui ont prédominé dans ces empoisonnements par l'aconit confirment les expériences des homœopathes, qui, d'après leur principe, regardent le napel comme le médicament par excellence contre les inflammations en général, et principalement contre les congestions vers la tête, où il remplace le plus efficacement les saignées.

L'œdème général, que l'auteur attribue à une action spéciale de l'aconit sur la peau extérieure, nous paraît être plutôt dû à une suppression complète de l'urine et des selles, au moins pour le premier cas. (*Ibid.*)

PHARMACOPÉE SPÉCIALE;

Par M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ammoniaque.

L'alcali volatil est, avec ses composés, un agent thérapeutique le plus souvent fort actif, et qui a été mis en usage, d'ailleurs, à des titres divers.

Le sous-carbonate d'ammoniaque a été employé avec succès dans certaines formes de syphilis secondaire.

Mixture de Perilhe.

Mélisse. .	125 gr.
Follicules de séné.	15
Eau. .	1000

Faites infuser, passez et ajoutez à 340 de cet infusé :

Sucre.	125 gr.
Carbonate d'ammoniaque.	4

F. s. a.

Un demi-verre toutes les six heures.

Je me suis servi avec avantage, dans les mêmes circonstances, de cette formule :

Mixture ammoniacale.

Sirop de daphné-mezereum.	60,0
Sirop de Tolu.	125,0
Carbonate d'ammoniaque. .	15,0

F. s. a.

Une cuillerée matin et soir dans la syphilis consécutive.

Par analogie, j'ai appliqué, dans ces derniers temps, le sous-carbonate d'ammoniaque au traitement des maladies de la peau, et jusqu'ici avec des résultats favorables, contre les éruptions à forme chronique.

Sirop de carbonate d'ammoniaque.

Sous-carbonate d'ammoniaque.	2 gr.
Sirop sudorifique du *Codex*. .	200

Mêlez.

De une à trois cuillerées à soupe par jour contre le psoriasis et la lèpre vulgaire.

Pommade mercurielle composée.

Onguent napolitain. .	30,0
Chaux éteinte.	8,0
Sel ammoniac.	4,0
Soufre. .	4,0

F. s. a.

Cette pommade est employée à l'hôpital de Toulon, comme l'onguent napolitain, dans le traitement de la syphilis. Elle aurait l'avantage de moins tacher le linge et de ne pas provoquer de salivation. (Officine de Dorvault.)

Pommade de Gondret.

Suif.	30,0
Axonge.	30,0

Faites liquéfier dans un flacon à large ouverture; ajoutez :

Ammoniaque liquide.	60,0

Bouchez le flacon et agitez vivement dans l'eau froide jusqu'à refroidissement (*Codex*).

Cette pommade vésicante a été employée avec succès par Biett dans le traitement du favus.

Lotion ammoniacale.

Ammoniaque liquide. .	1 gr.
Eau de son.	500

F. s. a.

Pour lotions dans l'acne sebacea.

Cette lotion est, jusqu'ici, celle qui m'a le mieux réussi dans le traitement de cette forme si rebelle de l'acne. L'ammoniaque est encore un très bon topique dans les autres variétés, et notamment dans l'*acne indurata;* mais alors il est préférable de l'étendre dans une infusion aromatique; de petite sauge, par exemple.

(*Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 novembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose d'une simple lettre d'avis du ministère des affaires étrangères et de l'envoi des rapports faits par la commission d'hygiène de la Gironde au préfet de ce département.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Extrait d'aristoloche.

M. le docteur Sturne, de Saint-Omer (Pas-de-Calais), prie l'Académie d'ouvrir un paquet cacheté déposé par lui le 27 mai 1851, et qui contient cette énonciation : « J'obtiens la guérison de certains asthmes et de la coqueluche par l'emploi de la teinture et de l'extrait de la racine d'aristoloche. »

M. Sturne adresse aujourd'hui un mémoire à l'appui de sa proposition.

Phthisie et grossesse.

A propos du rapport lu récemment par M. Grisolle, M. A. Legrand croit devoir rappeler que, dans son mémoire sur l'*Analogie et les différences entre les tubercules et les scrofules*, il a combattu l'opinion que la *femme grosse* échappe, depuis l'instant de la conception jusqu'à l'époque de l'accouchement, aux influences morbides qui l'entourent.

Il a dit que « l'influence de la grossesse existe, mais qu'elle » existe en sens inverse de celle qu'on lui a supposée jusque dans » ces derniers temps. »

Si je suis assez heureux, ajoute M. Legrand, pour me rencontrer avec M. Grisolle quant au fait de l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur la marche de la tuberculisation pulmonaire; j'ai le malheur de différer avec lui sur deux autres points.

Ainsi, je crois que c'est un fait depuis longtemps avéré que les femmes tuberculeuses désirent généralement le mariage, s'y montrent fort ardentes et offrent malheureusement une assez grande aptitude pour l'imprégnation. J'ai avancé que, « si, chez les femmes qui » ne sont que scrofuleuses, la conception se montre peut-être » plus difficile, il faut dire que la grossesse a généralement une » marche aussi heureuse que chez la femme douée d'une meilleure » constitution. » (*Loc. cit.*, p. 318.)

Mais c'est surtout sur l'époque où l'influence fâcheuse de la grossesse se manifeste que j'ai le regret de me trouver le plus en désaccord avec le savant académicien. En effet, M. Grisolle terminait son mémoire de 1849 en affirmant qu'aussitôt après l'accouchement on voyait assez souvent la maladie organique ralentir ses progrès. *Je crois que c'est le contraire qui a lieu.* Et cette opinion a été soutenue antérieurement à la publication de mon ouvrage.

Ainsi, dès 1846, peu de temps avant l'époque où MM. Louis et Rayer faisaient connaître leurs opinions sur l'influence de la grossesse, l'auteur de la *Revue clinique hebdomadaire de la Gazette des Hôpitaux* (ann. 1846, n° 134) imprimait « que, si pendant la » grossesse la maladie de l'appareil respiratoire semblait s'arrêter, » elle reprenait une nouvelle activité une fois la malade accou» chée. »

Un peu plus tard, en 1847, M. le professeur Rostan, combattant dans ses leçons orales les opinions d'un de ses collègues (*Gazette des Hôpitaux*, ann. 1847, n° 70), disait « qu'il avait occasion d'ob» server, tant à son hôpital que dans la pratique en ville, des fem» mes tuberculeuses « chez lesquelles la maladie avait marché ra» pidement après l'accouchement. » M. Rostan s'appuyait sur une femme qui avait succombé dans son service, et dont j'ai résumé l'observation terminée par l'autopsie.

Quant à moi, voici comment je me suis exprimé dans mon mémoire *Sur les tubercules et les Scrofules*, en m'appuyant sur des renseignements puisés dans mon service de médecin vérificateur des décès. « On se fera difficilement une juste idée (dis-je page 315 » de l'ouvrage cité) du nombre de femmes qui meurent dans des » délais qui varient de quinze jours à six mois, à la suite des cou» ches les plus heureuses et offrent avant de succomber les symp» tômes les plus caractéristiques de la présence de tubercules dans » les poumons. »

Choléra.

M. Robinet transmet l'extrait suivant d'une lettre qu'il a reçue de Constantinople :

« Le choléra, après avoir ravagé Bassora et la frontière de Perse, est arrivé à Bagdad, où il exerce de très grands ravages. Il a emporté, en dix jours, 1,008 personnes. Les médecins assurent que c'est une grande épidémie.

» Le choléra va probablement remonter le Tigre, et nous l'aurons peut-être à l'automne prochain ou au commencement de l'hiver 1852-1853, si ce n'est avant.

» Le conseil de santé a décidé qu'il ne prendrait aucune mesure quarantenaire, et qu'on se bornerait aux précautions hygiéniques.

» La disette d'eau est à son comble, et rien n'annonce de la pluie. »

Opium indigène.

M. Chevallier adresse une note sur la culture de l'opium à Darmstadt, en Allemagne.

Eaux minérales.

M. Duplan, chirurgien principal des armées, adresse l'état nominatif des malades militaires traités à l'établissement thermal de Baréges.

Lithotritie.

M. Cazenave, de Bordeaux, membre correspondant, adresse trois observations de lithotritie pratiquées avec succès, quoique après l'une d'elles, chez un enfant de huit ans, on ait été obligé de faire la taille bilatérale pour extraire un gros calcul enchatonné.

RAPPORTS.

Embaumement.

M. Caventou, au nom d'une composée de MM. Orfila, Bussy, Chevallier, Poiseuille et Caventou, rapporteur, fait un rapport officiel pour répondre à une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, dans laquelle M. le ministre demande s'il ne conviendrait pas d'interdire l'emploi du sublimé corrosif dans l'embaumement des corps.

Vous avez chargé, dans votre séance du 14 octobre dernier, dit M. Caventou, une commission composée de MM. Orfila, Bussy, Chevallier, Poiseulle et moi, de vous soumettre un projet de réponse à une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, dont nous jugeons utile de vous rappeler les termes, et qui est ainsi conçue.

M. Caventou donne lecture de la lettre, et continue :

La commission s'est occupée de la question posée par le ministre, et c'est en son nom que je viens vous présenter le résultat de ses délibérations.

Messieurs, l'embaumement des corps ne peut être envisagé par le législateur comme une simple opération matérielle, dans la pratique de laquelle il n'aurait qu'à prescrire les mesures propres à sauvegarder les intérêts de l'hygiène générale et les droits de la vindicte publique; elle est aussi une œuvre morale. Il doit tenir compte de ce sentiment inné dans le cœur des hommes, et qui les porte naturellement à désirer, autant que possible, la conservation des êtres qui leur furent chers pendant la vie; elle devient dès lors une source de consolations à de cruelles douleurs.

C'est donc sous ces trois points de vue qu'il faut envisager la question des embaumements; en négliger un seul, ce serait s'exposer à compromettre ou à blesser des intérêts également précieux à la société.

Il est vrai que dans la lettre ministérielle il ne paraît être question que de permettre ou d'interdire l'emploi du sublimé corrosif dans les embaumements, auquel on pourrait avoir recours dans certaines circonstances pour dissimuler un crime et rendre sa constatation impossible; mais on y rappelle aussi la proposition du conseil de salubrité près la Préfecture de police de Paris, de défendre l'emploi de toute substance toxique pour la conservation des corps. Entre une interdiction absolue et un emploi limité, le ministre hésite et demande l'avis de l'Académie. C'est ici que l'on conçoit l'appréhension et les scrupules de l'homme d'Etat, parce qu'il envisage tous les intérêts attachés à la pratique des embaumements, et il veut recueillir tous les renseignements, s'éclairer de toutes les lumières pour y satisfaire utilement.

Sans doute que, si la science avait trouvé une substance bien innocente par elle-même, et capable néanmoins de prévenir indéfiniment la putréfaction des corps, le problème serait résolu dans ses conditions les plus essentielles; mais cette découverte, toute désirable qu'elle soit, ce qui n'est peut être pas impossible, reste encore à faire; et, il faut bien le dire, dans l'état actuel des choses, on ne peut pas embaumer sans avoir recours à des agents chimiques plus ou moins toxiques.

En effet, l'embaumement d'aujourd'hui n'a aucun rapport avec celui des anciens; ils n'ont de commun que le but et le nom; mais, dans l'exécution comme dans les résultats, la différence est immense. Autrefois on mutilait affreusement les corps pour les conserver; tous les efforts tendaient à maintenir la face avec ses traits individuels, et encore y parvenait-on rarement avec vérité. Même pour les yeux les plus indulgents, c'était toujours l'aspect lugubre de la mort.

Aujourd'hui, grâce à la chimie et à la physiologie, plus de mutilation; les corps restent dans leur entier, sans soustraction du plus petit organe, du moindre muscle, la simple injection d'une liqueur chimique dans le système circulatoire suffit pour les mettre à l'abri de la destruction et prolonger indéfiniment leur durée. C'est toujours un cadavre froid et inanimé, sans doute; mais, vu à distance, l'illusion serait encore possible; les traits physionomiques sont fidèlement maintenus; les tissus et les membres ont conservé leur souplesse. Ce n'est point la vie, mais du moins c'est l'image calme et tranquille du sommeil. Quel progrès, messieurs, et comme il répond bien aux vœux des familles et au culte de leurs souvenirs!

Quand un art est arrivé à ce degré de supériorité et qu'il a été mis en possession du public, il serait bien difficile d'en supprimer brusquement l'exercice pour rétrograder aux procédés barbares des anciens, ce qu'on serait bien obligé de faire néanmoins, si on proscrivait dans la pratique l'emploi de toute substance toxique. Mais, à notre avis, messieurs, la question n'a point cette gravité, et nous espérons fermement vous faire partager nos convictions à cet égard.

Les agents reconnus par de nombreuses expériences pour conserver le plus efficacement les matières animales font partie du règne minéral : ce sont certains sels alcalins et terreux, comme les chlorures de potassium ou de sodium, le sulfite de soude, le nitrate de potasse, les sels alumineux, etc.; mais ces composés ne conservent que pour un temps limité les matières qu'on leur confie, soit par contact immédiat, soit par injection; on a dû par conséquent y renoncer pour la conservation des cadavres au sein de la terre : les sels alumineux purs, qu'on avait crus un instant pouvoir répondre à toutes les exigences, ont été reconnus pour n'avoir une efficacité réelle que quand ils étaient associés à une certaine quantité d'acide arsenique, ainsi que cela résulte d'expériences dont l'Académie n'a pas perdu le souvenir et sur la valeur desquelles elle a rendu un arrêt qui aujourd'hui a force de chose jugée.

Dans l'état actuel de la science, il est de toute nécessité pour atteindre le but de l'embaumement des corps, c'est-à-dire leur longue conservation, d'avoir recours à certains sels métalliques, parmi lesquels nous citerons les sels de mercure, de zinc, de plomb, de cuivre et de fer; nous aurions dû commencer par les composés arsenicaux; mais leur usage est défendu, ainsi que nous allons le dire.

Tels sont, messieurs, les agents chimiques auxquels l'homme de l'art doit recourir pour la conservation des corps; leur prix modique permet de concilier avec la sûreté de l'opération l'économie désirable dans l'intérêt des familles; ils sont, à la vérité, tous toxiques, mais à des degrés bien différents, et c'est à ce point de vue que nous nous placerons pour motiver la conclusion de ce rapport.

Quelques-uns de ces composés agissent sur l'économie à petites doses avec une égergie violente : ils tuent en peu de temps; quelquefois aussi d'une manière lente, suivant les habiles précautions d'une infernale prudence; ils sont malheureusement bien connus du vulgaire, et c'est dans le but de discerner leur emploi que l'administration supérieure se préoccupe avec sollicitude pour qu'un acte de piété des familles ne serve en aucun cas de manteau au crime, afin de le soustraire à la rigueur des lois.

C'est dans ce but si utile de sûreté publique que le gouvernement a déjà proscrit l'emploi des composés arsenicaux dans les embaumements, et l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, dans son article 10, consacre cette mesure essentielle; afin d'assurer davantage l'efficacité de cette disposition, l'administration a fait plus : elle a ordonné dans une instruction en date du 19 juin 1847, adressée à MM. les commissaires de police, que toutes les fois qu'une déclaration d'embaumement leur serait faite, de prélever et de mettre sous scellés deux échantillons du liquide employé pour l'opération, de manière que l'un de ces échantillons soit laissé à la garde de l'opérateur et l'autre transmis avec le procès-verbal à M. le préfet de police pour être soumis à l'analyse, et mettre ainsi l'autorité à même de vérifier s'il y existe de l'arsenic et de constater les infractions à l'article 10 de l'ordonnance sus-citée, qui interdit l'emploi de ce toxique dans les opérations d'embaumement. Un des honorables membres du conseil de salubrité est spécialement chargé par M. le préfet de ces sortes d'analyses, et c'est ainsi qu'il fut constaté que depuis l'interdiction de l'arsenic on faisait usage assez fréquemment de sublimé corrosif et même dans quelques circonstances plus rares de dissolutions d'acétate de plomb et de sels de cuivre : et, comme les empoisonnements par ces agents chimiques, quoique bien moins multipliés que ceux produits par l'arsenic, sont néanmoins encore assez nombreux, on a pensé qu'il serait prudent de proscrire leur emploi dans les embaumements comme l'était déjà celui des composés arsenicaux.

Votre commission, messieurs, partage ces appréhensions du conseil de salubrité près la préfecture de police de Paris, mais elle croit qu'il suffit, quant à présent, de les borner à ces seuls toxiques; l'opération de l'embaumement n'en sera point pour cela entravée ni rendue impossible avec toutes ses modernes conditions de perfectibilité; car l'Académie sait parfaitement qu'il est des composés peu toxiques dont l'usage n'est point consacré comme poison, et qui néanmoins appliqués avec intelligence conservent admirablement les cadavres et peuvent suffir même à toutes les éventualités de la médecine légale.

En conséquence de ces considérations que nous ne jugeons pas nécessaire d'étendre davantage, nous proposons de répondre à M. le ministre que l'Académie croit utile d'ajouter à l'article 10 de l'ordonnance du 29 octobre 1846 un paragraphe ainsi conçu :

« Sont également interdits la vente et l'emploi des composés de » mercure, de cuivre et de plomb pour l'embaumement des corps » et la destruction des insectes. » (Adopté.)

Stéthoscope intercostal.

M. le docteur Biuncli, de Palerme, adresse un modèle de stéthoscope qu'il appelle intercostal, et qui est destiné à s'appliquer sur les espaces intercostaux lorsque les malades sont très amaigris et que l'instrument de Laënnec ne peut s'appliquer exactement sur les côtés de la poitrine.

Fièvre jaune.

M. Bouillaud transmet, de la part de M. le docteur Peixoto, de Rio-Janeiro, les documents que ce médecin a recueillis sur l'épidémie de fièvre jaune qui a régné dans le Brésil depuis 1849 jusqu'en 1851.

Eléphantiasis du scrotum.

M. Bouillaud remet encore, de la part du même médecin, une observation d'éléphantiasis du scrotum très considérable et guérie par l'ablation.

Luxation du fémur.

M. Caron du Villards adresse une observation d'une luxation sus-pubienne du fémur datant de sept mois, et réduite par des moyens mécaniques que ce médecin croit nouveaux. Ces moyens consistent dans un lit mécanique particulier, auquel sont adaptées des mouffles. (Commissaires : MM. Bégin et Malgaigne.)

A

Eaux minérales.

M. Henry lit un rapport sur une demande d'autorisation pour exploiter une source d'eau minérale sulfureuse sise à Batignolles, près Paris.

Cette eau contient comme principes volatils des traces d'azote, d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique libres, et, comme principes fixes, des bicarbonates, des chlorures, des sulfates, des azotates et des sulfures, le tout montant à 2,3874 pour 1,000 parties d'eau. M. le rapporteur conclut à l'autorisation. (Adopté.)

Le même membre lit une note sur un procédé pour *embouteiller* les eaux minérales. Ce procédé ne peut être bien compris sans une série de figures qui accompagnent cette note.

LECTURES.

Paralysie des inter-osseux de la main.

M. Bouvier communique une observation de paralysie des muscles inter-osseux de la main. (Nous la publierons dans notre prochain numéro.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 novembre 1851. — Présidence de M. RAYER.

Liaison entre les phénomènes de la respiration et la présence du sucre dans les urines.

M. Flourens communique, au nom de M. Alvaro Reynoso, une nouvelle note dans laquelle l'auteur expose des faits qui confirment ce qu'il a précédemment annoncé, à savoir : que toutes les substances qui ralentissent la respiration en diminuant l'hématose produite dans le poumon sont autant de causes qui pourraient déterminer le passage du sucre dans les urines. Suivant ce principe, ajoutait M. A. Reynoso, on doit trouver du sucre dans les urines des individus soumis à des traitements hyposthénisants. Or, d'après la belle généralisation de M. E. Robin, les substances qui après la mort préservent les corps de la combustion lente effectuée par l'oxygène humide sont à des degrés différents des hyposthénisants pendant la vie : par exemple, les sels métalliques, les éthers, les sels de quinine et en général les narcotiques.

Ayant examiné les urines de personnes soumises à des traitements de bichlorure, iodure et sulfure de mercure, sels d'antimoine, opium et sulfate de quinine, M. Reynoso a en effet trouvé du sucre.

Nous croyons à propos de cette communication devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la représentation d'un dessin que M. Flourens a déposé sur le bureau de l'Académie et qui représente le siége et l'étendue du *point premier moteur des mouvements respiratoires*.

a 1 2 3

Emploi de l'électricité pour combattre les effets trop prolongés de l'éther et du chloroforme.

M. Wartmann adresse une réclamation de priorité à l'occasion de la communication de M. Abeille sur l'emploi de l'électricité pour combattre les accidents de l'éther et du chloroforme.

Causes du goître et du crétinisme.

M. Fourcault lit la première partie d'un mémoire sur les causes du goître et du crétinisme. Cette première partie est consacrée à la réfutation des diverses théories émises sur l'influence de la magnésie ou de sels calcaires dans les eaux.

Sur le rapport que les végétaux comme les animaux présentent entre la quantité de vie et la quantité de combustion, et sur la cause essentielle de l'influence exercée par la chaleur dans la végétation.

M. Ed. Robin adresse sous ce titre la note suivante :

Dans une note précédente, je m'étais proposé, dit M. Robin, de prouver que, chez les végétaux comme chez les animaux, la combustion lente par l'oxygène humide s'effectue dans toutes les parties douées de vie, éclairées ou dans l'obscurité; qu'elle est, pour les végétaux, le seul acte véritablement respiratoire, et que la décomposition d'acide carbonique n'est encore pour eux qu'un nouveau mode de respiration de l'oxygène humide auquel se joint un acte de nutrition. Je vais plus loin dans la nouvelle note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie; les faits qu'elle présente me semblent montrer que la quantité de vie des végétaux est toujours en rapport avec la quantité de combustion qu'ils subissent. En sorte que la combustion se montre toujours, et de plus en plus, comme le principe de la vie dans les végétaux, ainsi que, d'après mes recherches antérieures, elle s'était manifestée comme le principe de la vie dans les animaux, de même qu'elle est la cause essentielle et constamment nécessaire de la putréfaction dans toutes les matières organisées, la source unique où tous les ferments puisent incessamment leur activité.

Quant à la question de savoir pourquoi, bien que toujours agent de combustion lente, l'oxygène humide exerce un rôle si différent pendant la vie et après la mort, je l'ai résolue ainsi :

Pendant la vie de l'animal, pendant celle du végétal, la combustion s'opère sur des parties qui se renouvellent et, par suite, qui offrent à son action un aliment toujours nouveau, toujours suffisant; ces parties protégent le reste de l'organisme contre la combustion lente qui l'atteindrait bientôt. Alors la combustion est entièrement bienfaisante; la chaleur, l'électricité ou le fluide vital qui en résulte devient l'agent qui met en jeu la machine organisée, la force qui l'anime, le principe de sa vie.

Après la mort, et dès que la température est suffisante, l'oxygène humide exerce, comme pendant la vie, son action comburante et sur les matières animales et sur les matières végétales; mais, outre que l'activité de la combustion n'est pas la même dans l'un et l'autre cas, l'action s'opère après la mort sur des parties qui ne se renouvellent plus. La combustion, au lieu de rester limitée, envahit le mécanisme entier; elle en opère la désorganisation, la transformation générale, qu'on nomme putréfaction. De là naissent l'humus, les matières ammoniacales, l'acide carbonique et une portion de la chaleur nécessaire à l'existence des végétaux.

En résumé, la vie de tous les êtres organisés naît de la combustion lente, et se tient en rapport avec elle; la chaleur n'exerce son influence générale sur la végétation, sur les engrais et sur la vie des animaux qu'en régissant les phénomènes de combustion lente exercée par l'oxygène humide. La découverte de ce principe, si je ne m'abuse, ne sera pas seulement le point de départ d'une transformation considérable dans les notions physiologiques relatives aux animaux et aux végétaux, d'une réforme importante en thérapeutique; il fera naître encore une nouvelle branche de culture pour les végétaux, celle qui aura pour but de remplacer autant que possible par des agents chimiques tantôt modérateurs, tantôt excitateurs de la combustion lente par l'oxygène humide, le rôle tantôt modérateur, tantôt excitateur que, par l'intermédiaire de la même combustion, la chaleur exerce dans la végétation comme dans la vie des animaux. (Commissaires : MM. Magendie, Payen, Gaudichaud.)

Chronique et nouvelles.

L'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers, qui a fourni tant de médecins distingués à la Faculté de Paris, a fait sa rentrée le 4 de ce mois sous la présidence de M. le recteur.

M. le docteur Negrier, directeur de cette Ecole, a présenté le compte-rendu des travaux de l'année; et, dans un discours aussi sagement pensé qu'élégamment écrit, il s'est attaché à démontrer l'utilité des Ecoles préparatoires. Il a ensuite rendu un juste hommage aux bienfaiteurs de l'Ecole d'Angers et entre autres à l'un de ses plus dignes élèves, le docteur P. Ollivier, qui lui a laissé un fonds considérable d'ouvrages d'une haute importance qui ont formé le noyau de sa bibliothèque; puis il a proclamé la liste des prix, qui ont été distribués dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ECOLE.

Troisième année. — Prix : M. Dulavouër (Adolphe), d'Angers, élève interne.

Accessit : M. Guignard (Jean), de Couziers (Indre-et-Loire).

Deuxième année. — Prix : M. Denau (Auguste), d'Angers, élève interne.

Accessit : M. Feillé (Jules), de Laval (Mayenne).

Prix accordés par l'administration des hospices aux élèves qui se sont le plus distingués dans le service hospitalier.

1er prix partagé entre M. Bréchet (Sosthènes), de Saint-Georges-sur-Loire (Maine-et-Loire), et M. Motet (Augustin) de La Flèche (Sarthe).

2e prix : M. Audiau (Louis-Jules), de Saint-Lambert-du-Lattay (Maine-et-Loire).

Rectification à la liste de médailles insérée dans le Moniteur du 7 novembre. — 10e section. — 3e Lüer, collection. *Ajoutez* : remarquable invention et exécution admirable de divers instruments pour les opérations de l'œil.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 132. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 132. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1851.

Sur l'homme physique et moral

DANS SES RAPPORTS AVEC LE DOUBLE MOUVEMENT DE LA TERRE.

Un homme dont nous apprécions justement l'esprit investigateur et les vues souvent ingénieuses, M. Boudin, a publié sous le titre que nous venons de reproduire une série de résultats statistiques que la critique ne peut laisser passer sans exercer ses droits, nous dirions presque sans manquer à sa mission. M. Boudin, par la position qu'il occupe officiellement, et plus encore par celle qu'il a su se faire dans la science, comme par l'activité de son esprit, ne peut manquer d'exercer une certaine influence sur le sort des questions qu'il touche, sur l'avenir des méthodes dont il se sert. Or, les méthodes se jugent surtout par les résultats qu'elles produisent. La statistique ne saurait échapper à cette destinée commune, et M. Boudin fait un fréquent usage de la statistique. Telle est la raison qui nous oblige à soumettre à quelques remarques le nouveau travail que M. Boudin vient de publier dans les *Annales d'hygiène*.

Nous le déclarons tout d'abord et sans hésiter, les esprits superficiels qui jugeraient de la statistique par l'application que vient d'en faire notre savant confrère en prendraient la plus fâcheuse idée; ceux qui la dénigrent par intérêt, par esprit de parti ou par aveuglement, trouveraient dans le travail de M. Boudin de puissants arguments.

C'est ce qu'il s'agit de démontrer.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler toutes les conditions d'une bonne statistique; mais il nous sera bien permis de dire que cette méthode ne dispense pas celui qui l'emploie des règles de la logique ordinaire, puisqu'elle n'est elle-même qu'une des parties de cette même logique. Or, à quoi doit s'attendre le lecteur quand on lui annonce des *Etudes sur l'homme physique et moral dans ses rapports avec le double mouvement de la terre?* Il s'attend évidemment à voir l'auteur de ces études prendre les deux mouvements de la terre, les isoler de toute autre action physique ou morale, et étudier les effets qu'ils peuvent produire dans cet état d'isolement. C'est ce à quoi nous nous attendions nous-même.

Au lieu de cela, qu'avons-nous trouvé? Une confusion déplorable de toutes ces influences physiques, chimiques, physiologiques et morales, toutes mises sur le compte du mouvement, un chaos dans lequel l'esprit le plus lucide et le plus droit aurait de la peine à se retrouver. Qui ne serait en effet dérayé de tous les sentiers de la logique en voyant M. Boudin rapporter à l'influence du double mouvement terrestre :

Le poids de l'homme dans les diverses régions du globe;

L'état de ses sécrétions dans ces mêmes régions;

La température;

Les naissances et les décès;

Les conceptions, et par conséquent les copulations;

Les crimes, les aliénations et les suicides;

Etc., etc., etc. !

Avec cette manière de raisonner, nous ne voyons pas ce qu'on ne devrait pas rapporter au mouvement de la terre. S'il allume sa lampe quand le jour baisse, l'homme vulgaire peut bien croire que c'est parce qu'il n'y voit plus clair; mais nous aurions le droit de lui dire qu'il se trompe, et que c'est tout bonnement parce que la terre a exécuté un tiers ou une demi-rotation.

S'il y a plus de conceptions de six heures du soir à minuit que de midi à six heures du soir, le physiologiste peut bien admettre que c'est parce qu'il y a moins de copulations dans la seconde période de temps que dans la première; mais nous aurions le droit de lui apprendre qu'il se trompe, et le nombre de conceptions dépend du nombre de degrés qu'a parcourus l'équateur, ou de la situation que la terre occupe sur l'écliptique.

Ce serait sans doute abuser de la patience du lecteur que de multiplier ces citations, pour lui faire comprendre que ce n'est point ainsi que peut se pratiquer la statistique. Nous espérons que notre savant ami, M. Boudin, le comprendra également. Avec un peu plus de patience et un peu moins d'impétuosité dans l'imagination, M. Boudin aurait tout ce qu'il faut pour cultiver avec un grand succès la statistique, et pour en faire l'instrument de découvertes fécondes. Ce qui lui manque est donc bien facile à acquérir, et je m'estimerais heureux si les courtes remarques qui précèdent pouvaient contribuer à le lui donner, ainsi qu'à préserver d'une fausse route les esprits trop ardents qui seraient tentés de se laisser entraîner par un exemple d'autant plus dangereux qu'il descend de plus haut.

H. de Castelnau.

HOPITAL BEAUJON. — M. BOUVIER.

Sur une paralysie partielle des muscles de la main.

Nous publions aujourd'hui un extrait étendu de la note lue à l'Académie de médecine par M. Bouvier, et destinée à faire connaître une nouvelle variété de paralysie, en même temps qu'à exposer de nouvelles recherches sur des fonctions nouvelles attribuées aux muscles interosseux de la main.

Je viens communiquer une observation de paralysie des interosseux de la main, affection qui n'a été décrite que tout récemment, et dont la connaissance est due à notre estimable et laborieux confrère M. le docteur Duchenne (de Boulogne). J'exposerai d'abord le fait, et je le ferai suivre de quelques considérations générales qui s'y rattachent.

OBS. — Le nommé Martin (Henri), menuisier, âgé de trente-neuf ans, s'aperçut, vers le mois de mai dernier, après un travail excessif et des efforts répétés pour soulever et manier de lourds morceaux de bois, qu'il ne sentait plus aussi distinctement et ne tenait plus aussi ferme les clous ou les outils placés entre le pouce et les autres doigts de sa main gauche, qui lui paraissait en même temps plus pesante, et dont la température lui semblait déjà depuis quelque temps abaissée. A dater de ce moment, la main maigrit de jour en jour; elle devint le siége de douleurs vives qui s'étendaient du poignet jusqu'au bout des doigts; et le malade vit le doigt auriculaire s'incliner vers la face palmaire.

Le 4 juin, jour où il fut placé dans mon service, à l'hôpital Beaujon, nous trouvâmes le volume de cette main un peu moindre que celui de la main droite; les espaces interosseux un peu déprimés, surtout le premier; les deuxième et troisième phalanges de l'annulaire et du petit doigt à demi fléchies, de manière à donner à ces doigts une forme arquée qu'ils conservaient même quand le malade, s'efforçant d'étendre toute la main, amenait, en effet, les autres doigts à une rectitude complète. Il pouvait, au contraire, fléchir tous les doigts également; par conséquent exagérer la flexion des deux derniers; mais il ne ramenait ensuite ceux-ci qu'à une extension incomplète, bien que le mouvement de leurs premières phalanges eût son étendue normale. Cependant, on n'éprouvait point de résistance en redressant leurs dernières phalanges avec la main; et, chose remarquable, le malade parvenait lui-même à effectuer ce redressement s'il pressait de l'autre main sur la première phalange et l'empêchait ainsi d'obéir à l'action des extenseurs.

Les mouvements latéraux d'abduction et d'adduction du pouce, de l'index et du médius s'exécutaient avec assez de facilité; mais ces mouvements étaient très bornés au petit doigt, et tout à fait nuls à l'annulaire. Dans l'état de repos, l'adduction l'emportait sur l'abduction pour l'auriculaire, qui restait toujours un peu écarté du quatrième doigt. Le pouce pouvait être opposé au doigt indicateur et au médius, mais il fallait de grands efforts musculaires pour le joindre aux deux autres doigts, et la chose était même quelquefois impossible à l'égard de l'auriculaire.

Le malade voulait-il, en réunissant tous les doigts à leur sommet, en former une sorte de faisceau conique, il lui était impossible de porter l'index et l'auriculaire à la rencontre l'un de l'autre; tous ses efforts n'aboutissaient qu'à les rapprocher quelque peu et à recourber leur extrémité dans le sens de la flexion.

Cherchait-il à augmenter la concavité de la face palmaire de manière à donner au creux de la main l'apparence d'une gouttière presque transversale, il ne pouvait y réussir. L'éminence thénar seule s'avançait un peu vers les quatre derniers doigts, incapable d'exécuter la flexion isolée des premières phalanges, nécessaire à la production de ce mouvement.

L'extension et la flexion du poignet, la pronation et la supination de l'avant-bras avaient lieu comme dans l'état normal.

Les douleurs qui avaient existé primitivement étaient remplacées par un simple engourdissement de toute la main accompagné d'un sentiment de faiblesse très prononcé. Quoique la peau fût sensible aux excitations douloureuses, la sensation du tact était obtuse.

Dans cet état, la main remplissait difficilement la plupart de ses fonctions. Le toucher n'était plus pour elle un guide sûr, et sa myotilité, partiellement diminuée ou abolie, ne répondait plus qu'imparfaitement aux ordres de la volonté. Les doigts avaient surtout perdu de la faculté d'exercer sur les objets, dans une certaine position, une pression sans laquelle ils nous échappent. Le malade ne pouvait, par exemple, tenir une fourchette autrement qu'en la plaçant en travers dans la paume de la main et en l'entourant de tous les doigts fléchis. On comprend que cette gêne des mouve-

FEUILLETON.

RÉVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire de la médecine en France pendant la première moitié du dix-neuvième siècle; par le docteur Félix ROUBAUD.

(1re et 2e livraisons.)

Guide général de l'étudiant en médecine, contenant les ordonnances royales, statuts et arrêtés universitaires relatifs aux études de la médecine; par Amédée AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

C'est une rude tâche que celle de l'homme qui entreprend d'écrire l'histoire contemporaine. Sa plume fût-elle trempée dans le miel le plus doux, il ne pourra manquer de blesser une foule d'amours-propres qui lui pardonneront rarement ses appréciations. De l'un, il aura trop fait la critique; de l'autre, il n'aura pas fait assez l'éloge; un troisième serait assez content, n'était que l'auteur ne lui a pas fait une hécatombe de ses rivaux, et a paru croire que ses émules ne sont pas tout à fait dépourvus de sens commun. A-t-il le désir ou la prétention d'être impartial, de rendre à chacun suivant ses œuvres, de formuler ses jugements sur les écrits, les paroles ou les actions de ceux qu'il fait poser devant lui, ce sera bien une autre affaire. On criera au scandale, à l'envie, et l'on n'aura pas assez de termes de mépris et d'injures pour accabler l'infortuné. Pour les morts il n'en est pas de même; on les critique volontiers, d'abord parce qu'ils ne peuvent plus ni se plaindre du mauvais procédé, ni s'en souvenir à l'occasion; puis parce que l'on se donne déjà un faux air de postérité impartiale qui n'est pas sans quelque douceur; enfin parce que, critiquer les morts, c'est encore une manière de faire l'éloge de quelques vivants.

Toutes ces raisons n'ont point empêché le docteur Roubaud de commencer la publication d'une *Histoire de la médecine en France pendant la première moitié du dix-neuvième siècle*, histoire dont nous ne saurions mieux faire que de lui laisser le soin d'exposer le plan et les motifs.

« On se tromperait étrangement, dit M. Rouband, si l'on croyait que j'écris cet ouvrage dans un esprit de flatterie ou de haine; mon travail n'est ni une apologie, ni une diatribe. Il ne poursuit le scandale ni par la défense outrée, ni par l'attaque impitoyable de certaines doctrines ou de certains hommes. Le temps d'ailleurs serait mal choisi pour s'armer en guerre; tandis que toutes les épées sont au fourreau, il serait ridicule d'appeler au combat des soldats sans chefs et sans discipline. Aujourd'hui toute ardeur belliqueuse est endormie, et les animosités, j'allais dire les haines suscitées par nos dernières luttes sont éteintes, et leur souvenir appartient à l'histoire seule.

» Ce souvenir pourtant, je ne l'évoquerai pas; à quoi bon troubler le repos des morts et la sénile quiétude des vivants? La science et l'humanité m'imposent un devoir plus rigoureux, et ne m'ouvrent le livre de l'histoire qu'aux pages où sont inscrits les noms qui leur sont chers.

» Je ne suis ni assez exclusif, ni assez systématique pour repousser une vérité établie par les adversaires mêmes de mes principes. Au milieu de ses divagations et de ses folies, Paracelse n'a-t-il pas le premier proclamé la spécificité de certaines maladies, et ouvert par là une voie nouvelle à la thérapeutique? La vérité, quelle que soit la source d'où elle découle, je l'accueillerai, et le mensonge, quel que soit le masque dont il se couvre, je le poursuivrai.

» Je ne me fais pas illusion sur les ennuis que je me prépare et sur les colères que je vais attiser contre moi; mais depuis cinq ans que je suis dans la presse médicale, j'ai appris à supporter les uns et à braver les autres. Je m'émeus difficilement des plaintes et des cris que poussent à la plus légère égratignure les incapacités vaniteuses, les réputations mensongères, le savoir frelaté et l'intrigue honteuse.

» Plus que jamais, je m'applaudis aujourd'hui de n'avoir contracté ni des amitiés ni des reconnaissances qui eussent forcé mon cœur à intervenir dans les jugements de ma raison. La saine critique ne s'inspire jamais aux sources trop vives du sentiment.... »

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* connaissent de longue date M. Roubaud, l'un de nos anciens et de nos plus spirituels collaborateurs. Ce qu'ils savent de sa manière et de son indépendance leur est un sûr garant de la fidélité avec laquelle il remplira son programme et de l'impartialité qui présidera au tracé des portraits scientifiques et moraux qu'il nous promet. Les vœux et l'approbation du public médical, spectateur désintéressé, l'accompagneront, nous n'en doutons pas, dans sa difficile entreprise.

Deux livraisons de son livre sont déjà publiées. Elles contiennent une introduction et le portrait de Broussais.

Pour arriver à l'exacte connaissance des doctrines médicales qui ont rempli les cinquante premières années du dix-neuvième siècle et en établir la légitimité, il a semblé à l'auteur qu'il était nécessaire de constater l'état des esprits en philosophie à la fin du dix-

ments devait à tout instant entraver l'exercice de sa profession.

Le diagnostic fut : paralysie partielle des muscles de la main siégeant spécialement dans les derniers interosseux et lombricaux et dans les muscles de l'hypothénar, dépendant d'une affection primitive des dernières ramifications du nerf cubital et en partie du médian, ainsi que de la substance musculaire elle-même. Je dirai tout à l'heure sur quelles considérations ce diagnostic était basé.

Le traitement consista d'abord dans l'emploi de bains sulfureux et de frictions avec le baume opodeldoch, auxquels je joignis au bout d'un certain temps l'électricité, qui fut appliquée au moyen de l'appareil électro-magnétique de M. le docteur Duchenne.

Déjà d'ailleurs avant l'application de l'électricité les derniers doigts s'étaient en partie redressés ; l'auriculaire jouissait de mouvements un peu plus étendus ; il s'opposait plus facilement au pouce.

L'amélioration continua le second mois ; le petit doigt se rapprocha de l'annulaire, et l'on remarquait plus de facilité dans les mouvements après chaque application de l'électro-magnétisme, dont l'effet immédiat était d'exciter des contractions distinctes dans tous les muscles affectés.

Sorti de l'hôpital le 24 juillet, le malade continua le même traitement jusqu'à la fin d'août. A cette époque, la main avait assez de force pour qu'il pût se livrer à quelques travaux peu pénibles; le petit doigt avait repris presque toute sa rectitude; la dernière phalange de l'annulaire restait encore un peu fléchie ; l'abductiou et l'adduction du doigt auriculaire étaient assez sensibles ; les mêmes mouvements étaient encore peu manifestes dans l'annulaire. L'amaigrissement de la main persistait.

Je n'ai revu Martin qu'hier 10 novembre Il reste à peine quelques traces de sa maladie. La main a recouvré tous ses mouvements ; les doigts s'étendent, se fléchissent, s'écartent, se rapprochent avec la plus grande facilité. La phalange de l'auriculaire conserve seulement une très légère inclinaison ; celle de la phalangette de l'annulaire a presque entièrement disparu. Néanmoins la main n'est pas tout à fait aussi forte que la droite et le malade y ressent encore un peu d'engourdissement.

Réflexions. — J'ai promis de justifier le diagnostic énoncé plus haut ; c'est de cette tâche que je vais d'abord m'acquitter. Naguère encore on n'aurait pu, avec les seules données que possédait la science, préciser avec certitude le siége du mal, comme il nous est permis de le faire aujourd'hui. On eût bien reconnu, à la lésion des mouvements latéraux des doigts, que leurs abducteurs et adducteurs (interosseux, adducteur du petit doigt) étaient plus ou moins affectés ; mais à coup sûr on eût mal interprété l'imperfection des autres mouvements si, à l'exemple de Bichat, de Meckel, etc., on avait attribué presque exclusivement aux longs muscles situés à l'avant-bras la flexion et l'extension de toutes les phalanges des doigts ; c'est dans ces muscles qu'on eût cherché la cause qui entravait ces mouvements dans le nerf radial, par conséquent, aussi bien que dans le médian et le cubital, qu'on eût placé le siége de la maladie. A supposer qu'avec Winslow, Sœmmering, Sabatier, Boyer, on accordât plus ou moins complétement aux abducteurs et adducteurs situés à la main le pouvoir de fléchir la première phalange des doigts et d'étendre les deux autres, en continuant toutefois de regarder, comme le font les anatomistes, les longs extenseurs et fléchisseurs comme les agents essentiels de toute extorsion, de toute flexion des trois phalanges, on se fût trouvé en présence de deux ordres de puissances musculaires en apparence semblables à ce point de vue, et pouvant l'un et l'autre concourir aux phénomènes que l'on avait eus sous les yeux. Je sais bien qu'une analyse savante aurait pu conduire à reconnaître dans certains mouvements difficiles chez notre malade précisément cette flexion et cette extorsion combinées, qui caractérisent l'action des interosseux ; mais il est permis de douter que toute difficulté eût été levée de cette manière aussi sûrement que par l'observation directe des effets résultant, pendant la vie, de la contraction de chaque muscle.

Cette détermination directe des fonctions musculaires, nous la devons principalement aux travaux de M. Duchenne (de Boulogne). Sa méthode d'électrisation, portant l'excitation à volonté sur un seul muscle, souvent sur un seul faisceau musculaire, à l'exclusion de tout autre, même des plus voisins, l'a conduit à rectifier ou à compléter, dans beaucoup de points, les idées reçues sur la physiologie du système musculaire, et à enrichir la science de faits aussi nouveaux qu'utiles.

C'est à l'aide des lumières fournies par ce moyen d'investigation qu'il m'a été facile de déterminer exactement le siége de l'affection musculaire dont je viens de tracer les caractères.

Il résulte, en effet, d'un travail de M. Duchenne non-seulement que les petits muscles de la main, à l'exception des opposants, fléchissent la première phalange des doigts correspondants et étendent les deux autres, comme l'avaient indiqué les anatomistes que j'ai nommés plus haut, mais encore que les longs extenseurs des doigts sont spécialement affectés à l'extension des premières phalanges, qu'ils n'exercent qu'une action secondaire sur la deuxième et la troisième, et que, d'un autre côté, les fléchisseurs sublime et profond n'agissent que secondairement sur la première phalange, qui a pour fléchisseurs principaux ces mêmes muscles de la main, antagonistes réels, sous ce rapport, des longs extenseurs, dont ils sont les congénères pour les articulations plus inférieures. Ceci exige quelques developpements.

Et d'abord il est clair que l'anatomie des muscles cités, que les expériences cadavériques sur leur mode d'action doivent s'accorder avec les données électro-physiologiques pour que celles-ci prennent rang parmi les vérités susceptibles d'une rigoureuse et complète démonstration.

A l'exemple de M. le professeur Cruveilhier, j'ai fait quelques recherches dans cette direction, en m'éclairant des descriptions des anatomistes qui nous ont précédés.

J'ai constaté, après notre honorable collègue, que les fibres tendineuses que l'on rapporte au tendon des longs extenseurs appartiennent en grande partie, sur les côtés des doigts, à de véritables tendons rubanés, terminant les interosseux seuls ou réunis aux lombricaux qui descendent le long des parties latérales des phalanges, se dirigent plus en arrière et s'insèrent à la troisième phalange, en confondant leur attache d'un côté à l'autre sur le milieu de cette dernière, disposition déjà signalée il y a une dizaine d'années par M. Chassaignac et d'ailleurs anciennement connue, puisque je l'ai trouvée décrite dans le *Traité d'anatomie* de Sœmmering, publié avant la fin du siècle dernier.

Un premier examen d'une pièce préparée pour démontrer ce fait m'avait fait supposer, avec M. Cruveilhier, que la totalité des muscles se terminait ainsi, et que, contrairement aux descriptions des anatomistes, les interosseux ne s'attachent pas à la première phalange des doigts ; mais une étude plus attentive m'a fait voir cette insertion de la manière la plus évidente. Elle se fait par un autre tendon très court, d'une épaisseur proportionnée à celle des muscles, plus mince dans les interosseux palmaires que dans les dorsaux, très volumineux dans l'abducteur de l'index, le plus considérable de ces muscles. Elle ne nuit pas à l'action des interosseux sur les dernières phalanges, parce que chacun des deux tendons reçoit des fibres charnues distinctes et jusqu'à un certain point indépendantes, de manière que le muscle paraît comme divisé en deux portions, l'une spécialement affectée à l'extension des doigts, l'autre à l'inclinaison latérale et à la flexion de la première phalange.

L'adducteur du petit doigt, si analogue aux interosseux, le court abducteur du pouce, leurs courts fléchisseurs envoient sur la face dorsale de ses doigts des expansions aponévrotiques qui s'unissent de même aux tendons extenseurs de leurs dernières phalanges. Ces prolongements, qui sont indiqués par Boyer et Sœmmering, et auxquels on doit en ajouter un autre que j'ai vu provenir de l'adducteur du pouce, ne sont pas, à beaucoup près, aussi importants, surtout au pouce, que les tendons phalangettiens des interosseux ; cependant, le second de ces auteurs n'hésite pas à en déduire l'extension des dernières phalanges pour l'action de ces muscles, ainsi que M. Duchenne l'a établi après ses expériences électro-physiologistes, bien qu'à mon avis l'action des muscles du pouce sur sa deuxième phalange n'ait peut-être pas encore été suffisamment analysée.

Les tendons des longs extenseurs des doigts ont des connexions avec les trois phalanges, mais surtout avec les deux dernières ; les tractions exercées sur eux dans une main détachée du bras ou dépouillée de la plupart de ses muscles produisent l'extension complète des trois phalanges. Aussi n'est il, que je sache, aucun anatomiste qui ait conçu le moindre doute sur l'effet de leur contraction par rapport à l'extension des trois jointures de chaque doigt. Et pourtant, une expérience fort simple indiquée par M. Cruveilhier, exécutée sans doute bien des fois auparavant sans qu'on en aperçût toutes les conséquences, dépouille les longs extenseurs d'une partie de la fonction qui leur est assignée. Cette expérience consiste à tirer sur ces muscles dans un membre de cadavre encore pourvu de tout son appareil musculaire. Si la main se trouve alors placée sur la même ligne que l'avant-bras, les doigts, fléchis préliminairement, commencent à peine à s'étendre que déjà le redressement des deux dernières phalanges n'a plus lieu ; la première seule s'étend sur le métacarpe en même temps que celui-ci se renverse sur l'avant-bras, et l'extrémité de chaque doigt se fléchit et se recourbe de plus en plus, en proportion des efforts de traction que l'on exerce. Il faut placer le poignet dans une forte flexion pour obtenir par ce procédé l'extension complète des trois phalanges, laquelle cesse aussitôt que la traction commence à incliner la main en arrière. C'est qu'alors on tend de nouveau les fléchisseurs sublime et profond qu'on avait relâchés par la flexion de la main, et que leur défaut d'extensibilité ramène, comme auparavant, les deux dernières phalanges d'antant plus dans le sens de la flexion que la première et le métacarpe sont plus attirés du côté de l'extension. J'ajouterai, pour confirmer encore cette explication de M. Cruveilhier, que l'extension complète est également produite si l'on retient d'une manière quelconque la première phalange sur laquelle on agit, et qu'en divisant sur l'un des doigts les deux tendons fléchisseurs, on réussit aussitôt à étendre les trois phalanges par la traction de l'extenseur.

Il est évident que, pendant la vie, ce sont surtout les interosseux qui, en arrêtant ou modérant l'extension de la première phalange, permettent aux longs extenseurs d'effectuer celle des deux dernières ; qu'en conséquence le concours des premiers est le plus souvent indispensable à l'action des seconds lorsqu'elle doit s'étendre à l'extrémité du doigt. Les interosseux, au contraire, n'ont pas besoin du secours des longs extenseurs pour produire ce même effet ; seulement ils tendent à fléchir la première phalange, et ne pourront se passer à leur tour du concours des extenseurs quand cette phalange devra rester immobile ou se porter elle-même dans l'extension. Les interosseux devront suffire, pour peu qu'elle se fléchisse en même temps que les autres s'étendront. On peut vérifier sur soi-même qu'il en est réellement ainsi, en plaçant le doigt sur un de ses tendons extenseurs que l'on sentira se soulever à chaque mouvement d'extension de la première phalange, tandis qu'il restera immobile si elle s'abaisse un peu au moment où les autres s'étendent.

C'est plutôt à l'aide de la pathologie qu'en s'appuyant sur des observations physiologiques directes que M. Duchenne a montré que, pour la première phalange, les véritables antagonistes du long extenseur ne sont pas les fléchisseurs sublime et profond qui ne s'attachent pas à cet os, mais les petits muscles de la main qui s'y insèrent. Il a vu, en effet, que, lorsque ceux-ci sont paralysés, les longs fléchisseurs des doigts sont tout à fait incapables de retenir cette phalange, qui aide à l'action des extenseurs, se renverse en arrière et finit par se luxer à demi sur le métacarpien correspondant. C'est là un grand fait qui prouve combien les interosseux en particulier sont nécessaires à la fixité de la première phalange dans le sens de la flexion ; néanmoins, il laisse quelque chose à désirer au point de vue des circonstances diverses dans lesquelles elle est mue, soit par ces muscles, soit par les longs fléchisseurs, et de l'importance relative de ces deux ordres d'agents. Appliquons maintenant ces données physiologiques au diagnostic des paralysies de la main et, en particulier, de celle dont j'ai tracé le tableau. Connaissant les attributions spéciales de chaque classe de muscles, nous ne trouverons plus le moindre embarras pour déterminer leur rôle pathologique.

Que la maladie, par exemple, ait atteint les longs extenseurs ; les doigts et le métacarpe abaissés, la première phalange constamment fléchie ; mais les deux autres pourront être complétement étendues par l'action des interosseux ; les mouvements latéraux seront conservés, les doigts pourront s'appliquer les uns contre les autres, et la main rendra encore de nombreux services. C'est effectivement ce que M. Du-

---

huitième siècle et au commencement du nôtre, et de suivre aujourd'hui les phases diverses qu'il a parcourues. Tel est le sujet de l'introduction dans laquelle M. Roubaud, avec une concision qui n'exclut pas la clarté, dresse un inventaire aussi complet que fidèle des connaissances médicales en chimie, en anatomie, en physiologie, en pathologie et en thérapeutique, au moment où Broussais, ce grand génie, vint porter la lumière au milieu des ténèbres qui obscurcissaient la science.

« De toutes parts, dit M. Roubaud en terminant cette introduction, de toutes parts se faisaient sentir des tressaillements avant-coureurs d'une révolution prochaine ; le vieux monde médical craquait de tous côtés ; les entités morbides recevaient les premiers coups de la main même de celui qui en consacrait l'existence ; le diagnostic, agrandi par Avenbrugger, s'engageait dans des routes nouvelles, d'abord avec Corvisart et quelques années après avec Laënnec ; l'anatomie pathologique, à peine née de la veille, sollicitait déjà l'attention des esprits éminents en attendant de devenir la pierre de touche d'une nouvelle Ecole ; la thérapeutique, abandonnée à tous les caprices des systèmes les plus disparates, demandait à être réglementée et ramenée au joug de la pathologie physiologique ; en un mot, la science tout entière, obéissant à l'impulsion que lui avait imprimée le travail successif de plusieurs générations, était arrivée à ce point suprême où, pour ne pas choir et s'anéantir, il était nécessaire de la réformer complétement et de lui donner de nouvelles bases et de nouveaux points d'appui. — Cette œuvre de réformation fut dévolue aux premières années de notre siècle et plus particulièrement à l'énergique génie de Broussais. »

C'est par cette grande figure du chef de l'Ecole physiologique que devait s'ouvrir et s'ouvre en effet la galerie de portraits de M. Roubaud. Nous ne referons pas ici la biographie de Broussais. Beaucoup d'entre nous l'ont connu, soit personnellement, soit par les éloquents discours de MM. Bérard et Fréd. Dubois. Mais, après sa biographie, venait l'histoire, l'appréciation de ses livres, de ses doctrines ; M. Roubaud a traité cette partie avec un talent qui ne nous étonne pas, nous qui le connaissons depuis longtemps, et qui révèle une profonde connaissance aussi bien de la médecine en général que des questions les plus ardues de la philosophie.

Peut-être ne serons-nous pas toujours d'accord avec M. Roubaud quant aux réfutations qu'il fait de certains points de la doctrine de cet homme célèbre, auquel la jeune génération ne rend pas, à notre avis, toute la justice qui lui est due ; mais nous devons avouer que dans cette appréciation l'auteur a cherché à mettre la plus grande impartialité, et qu'il a dignement rendu la part prise par Broussais au grand mouvement intellectuel du dix-neuvième siècle.

Le commencement du portrait de notre savant maître, M. Rostan, termine la 2e livraison. Nous y reviendrons quand il sera complet.

Guide général de l'étudiant en médecine, contenant les ordonnances royales, statuts et arrêtés universitaires relatifs aux études de la médecine ; par Amédée Amette, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris.

Voici un petit livre de l'utilité la plus incontestable pour les élèves en médecine, à quelque époque qu'ils soient de leurs études, qui leur présente, sous forme d'articles séparés, parfaitement distincts et concis, le résumé de toutes les ordonnances, de tous les arrêtés universitaires, décrets impériaux, de toutes les délibérations de la Faculté dont la connaissance peut leur être utile pendant les cinq années qu'ils sont tenus de passer sur les bancs avant d'obtenir le diplôme de docteur. Avec ce livre, plus d'embarras possible, plus d'incertitudes. Inscriptions, examens, concours, prix, tout y est détaillé avec le plus grand soin ; et par une heureuse innovation que nous n'avons encore vue dans aucun guide de cette espèce, des renvois placés au bas de chaque page indiquent la date et la nature de la décision officielle dont l'article est l'expression. Les fonctions qu'exerce l'auteur de ce recueil depuis plus de vingt ans l'ont mis à même de réunir plus complétement que personne les documents nécessaires pour faire un travail sérieux.

Mais toute médaille, hélas ! a son revers. Si M. Amette a cru rendre service aux élèves en publiant son *Guide de l'étudiant en médecine*, il ne s'est pas douté certainement des malédictions que ce livre, tout petit qu'il est, serait capable d'attirer sur sa tête. Que le *Guide de l'étudiant* tombe entre les mains des parents, et il est à désirer que le plus souvent il en soit ainsi, dès lors plus de ces inscriptions fabuleuses que certains étudiants de dixième année faisaient se multiplier à l'infini ; plus de ces dépenses exagérées que, sous un prétexte ou sous un autre, imposaient aux familles les bals masqués, la Chaumière et autres lieux consacrés à l'éducation extra-scientifique de la jeunesse. Hâtons-nous de dire que cette variété, l'étudiant de dixième année, tend de plus en plus à disparaître, à devenir un mythe, grâce à l'impulsion vigoureuse qu'ont donnée aux études et l'ancien doyen, que nous regrettons encore, et le doyen actuel, qui, sans le faire oublier, l'a si dignement remplacé dans la direction de la Faculté et dans l'affection des professeurs et des élèves.

Dr A. Foucart.

chenne a observé dans plusieurs cas de paralysie saturnine, où l'électrisation lui a décelé le siége exclusif de la lésion dans les muscles situés à l'avant-bras.

Au contraire, que les muscles de la main soient seuls affectés, il y aura perte non-seulement de l'abduction et de l'adduction des doigts, mais encore, en grande partie, de l'extension des deuxième et troisième phalanges, ainsi que de la flexion de la première; celle-ci sera renversée en arrière si le long extenseur vient à agir, et elle finira même par prendre cette position d'une manière permanente, en vertu de la tendance incessante qu'ont les muscles à se recouvrir progressivement quand ils ne sont plus contre-balancés par la résistance de leurs antagonistes. Mais la même cause courbera l'extrémité du doigt par la rétraction des longs fléchisseurs, qui ne sont plus combattus par leurs antagonistes réels, les interosseux et les lombricaux; les deux dernières phalanges se fléchiront d'autant plus que la première et le métacarpe lui-même seront plus portés en arrière, et, à la longue, la main presque immobile dans cette position vicieuse, prendra la forme d'une griffe, dont les usages seront beaucoup plus bornés que dans le premier cas que nous avons supposé.

Tel était l'ensemble de symptômes qu'a présentés notre malade, avec cette particularité remarquable que la paralysie des abducteurs et adducteurs n'était à peu près complète que dans les deux derniers doigts, les autres étant affectés à un degré beaucoup moindre, et que la maladie était à son début. Circonstance très heureuse pour le malade, car il lui doit la rapidité de sa guérison.

Ce serait tomber dans des redites superflues que de reprendre un à un les phénomènes de la maladie que j'ai rapportés plus haut, et de montrer leur identité avec ceux qui résultent nécessairement de la perte de myotilité dans les petits muscles de la main. On s'en convaincra aisément en relisant l'observation que tous s'expliquent de la manière la plus complète par l'existence de cette seule paralysie, à l'aide des considérations physiologiques qui précèdent.

Le nerf cubital étant le seul qui anime les muscles interosseux, les derniers lombricaux et les muscles du petit doigt, c'est à lui qu'il faut rapporter la cause immédiate de la lésion, au moins dans ce que celle-ci avait de plus saillant. Toutefois les filets du médian ont dû aussi être affectés, en raison du léger affaiblissement des muscles des premiers doigts et de la diminution générale de la sensibilité tactile.

S'il fallait une nouvelle preuve de l'exactitude de ce diagnostic au point de vue des muscles et des nerfs affectés, on la trouverait dans plusieurs observations de M. Duchenne, où la lésion traumatique du nerf cubital a été suivie de phénomènes en tout semblables à ceux que je rapporte, avec notre confrère, à la paralysie spontanée des muscles interosseux.

Quant à la nature de la maladie, je la crois très analogue à celle dont M. le docteur Aran a publié quelques cas, et dont le caractère essentiel est une atrophie rapide des muscles sans lésion des centres nerveux.

On comprendra sans peine toute l'importance d'une étiologie rigoureuse, d'un diagnostic certain, dans les cas du genre de celui qui fait l'objet de cette communication. Si l'on confondait encore, comme on a dû le faire souvent, la paralysie des longs extenseurs avec celle des interosseux, n'est-il pas évident que ce serait à l'avant-bras et non à la main, sur le nerf radial et non sur le cubital, que l'on irait porter les excitations de toute sorte? et cette erreur ne pourrait-elle pas être d'un grand préjudice pour le malade?

Il y a plus, un ordre de lésions très différent des paralysies, quoique ayant avec elles de nombreux points de contact, les contractions ou rétractions musculaires permanentes, pourrait être confondu avec la paralysie des interosseux, et il en résulterait des méprises bien autrement graves. Supposez que, dans des cas analogues à celui dont j'ai fait l'histoire, la contraction des extenseurs des doigts, la tension des tendons fléchisseurs, alors que ces muscles ne sont pas encore parvenus à ce raccourcissement réel qui les rend à peu près inextensibles, soient prises pour l'effet d'une rétraction primitive sans que l'on tienne compte de leur véritable cause, la paralysie des interosseux; supposez que le scalpel de la ténotomie, dans un de ces écarts qui ne sont pas sans exemple, vienne à diviser ces muscles, ne voit-on pas à quel point on aura aggravé la position du patient, quel contre-sens thérapeutique aura été commis? Au lieu de rendre leur action aux muscles affaiblis, on en aura privé ceux qui possédaient encore la leur, et que le seul retour des forces contractiles dans les muscles qui leur sont opposés aurait allongés sans le secours de la chirurgie. Et une autre difficulté peut se présenter encore dans ce genre d'affection: à la paralysie peut se joindre une contraction véritable de certains muscles; il faut alors diviser ce qui appartient à l'une et à l'autre pour en tirer des indications thérapeutiques judicieuses.

Ces vues, que je n'applique ici qu'à un cas particulier, à la paralysie des muscles de la main, ont une portée plus grande, et peuvent être pour ainsi dire généralisées. Ainsi, pour me borner à un seul exemple, M. Duchenne a reconnu que le pied qui répète si bien la main reproduit aussi les phénomènes que lui a présentés le membre supérieur, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer à cette partie les mêmes moyens de diagnostic dans les paralysies partielles du membre inférieur, avec ou sans contracture musculaire. Un simple coup d'œil suffit souvent avec ces données pour résoudre un problème qu'on eût pu trouver embarrassant jadis. Les orteils immobiles sont-ils abaissés et étendus, il y a paralysie de l'extenseur commun; les voit-on au contraire relever et fléchir, la paralysie siége dans les interosseux. Ces connaissances ne sont assurément pas sans utilité, lorsqu'il s'agit de se fixer sur le choix des moyens thérapeutiques.

HOPITAL SAINTE-MARGUERITE. — M. MAROTTE.

De l'emploi topique du nitrate d'argent fondu dans le traitement des névralgies.

Les médecins de notre époque, entraînés sans doute par les travaux les plus récents sur la matière, tendent, en général, à regarder les névralgies comme des affections idiopathiques, c'est-à-dire ayant leur principale, sinon toute leur raison d'exister, dans le lieu qu'elles occupent. Par une induction toute naturelle, ils sont portés à en demander la guérison aux moyens topiques. Ainsi s'explique la vogue des vésicatoires, de la cautérisation transcurrente et autres agents irritants du même genre. Les illusions sont entretenues, à cet égard, par ce fait remarquable que, dans bon nombre de cas, les névralgies cèdent, pour un temps plus ou moins long, lors même qu'elles se rattachent à une cause plus générale, telles que la chlorose, le rhumatisme, la goutte, la diathèse dartreuse, ou lorsqu'elles sont symptomatiques d'une souffrance ou d'une lésion viscérale, comme la dyspepsie, la phthisie pulmonaire, etc.

Faire disparaître une manifestation pathologique, ce n'est pas guérir une maladie; aussi, au point de vue vraiment médical, le traitement de l'affection locale symptomatique se place-t-il en seconde ligne. Mais au lit du malade, cette affection symptomatique peut primer momentanément les indications fondamentales, par l'intensité et la durée des douleurs qu'elle provoque. La médication locale devient alors précieuse; elle soulage promptement le malade sans empêcher le médecin d'instituer un traitement plus méthodique, plus radical, pour prévenir le retour de la névralgie ou de toute autre forme pathologique de même nature. D'autres fois enfin, la névralgie primitivement dépendante d'une cause générale peut avoir acquis droit de domicile sur le lieu qu'elle occupe, et exiger un traitement local, indépendamment du traitement qui s'adresse à la cause première.

Mon intention n'est pas de prouver la vérité de ces différentes propositions, de démontrer surtout les illusions de ceux qui accordent au traitement local une sorte d'infaillibilité. Je veux seulement attirer l'attention sur un agent d'irritation substitutive qui m'a paru moins douloureux, moins effrayant que le vésicatoire et le fer rouge; tout en produisant, dans la pluralité des cas, des résultats aussi avantageux; mais qui n'a pas plus qu'eux la vertu d'une panacée, et dont les heureux effets ne diminuent en rien la valeur des autres indications.

Le hasard m'a mis sur la voie de l'emploi topique du nitrate d'argent fondu. Voulant exercer les élèves à la recherche des points névralgiques, je donnai à l'un d'eux, M. Collot, interne provisoire dans mon service, le conseil de marquer, avec le nitrate d'argent, tous les points qu'il découvrirait chez une femme couchée au n° 14 de la salle Sainte-Cécile. Le conseil fut suivi, et le lendemain à la visite la malade était notablement soulagée; la plupart des points douloureux étaient enlevés.

Voici la note prise par M. Collot:

OBS. I. — Le 14 janvier 1851 est entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Cécile, n° 14, une femme nommée Huchet (Jeanne), âgée de soixante-six ans, dévideuse, demeurant à Paris, d'une constitution très forte. Elle a eu dix-sept enfants, ce qui lui a valu une chute de matrice; mais ce n'est pas pour cette affection qu'elle vient à l'hôpital. Elle accuse un mal de tête et un malaise général. La langue présente un enduit saburral; il y a un peu de constipation. Le pouls est à l'état normal; la peau est sans chaleur; elle ressent de plus des douleurs dans le dos et sur les côtés: ces douleurs sont continues, avec des moments d'exacerbation. Ces derniers ont lieu sous l'influence des mouvements et de l'inspiration. La pression fait reconnaître les points douloureux suivants:

Dans le dos, à droite, cinq de chaque côté des apophyses épineuses à l'émergence des racines postérieures; à gauche, trois seulement. Aux lombes, un de chaque côté à l'origine des nerfs sacrés; au cou, un du côté droit à l'émergence des racines postérieures cervicales. Sur les côtés, on en trouve un situé au-dessous de la mamelle à l'endroit où les nerfs intercostaux envoient un rameau cutané.

C'est pour la première fois que la malade est atteinte d'une semblable affection, qui du reste a débuté insensiblement. Il y a quatre mois qu'elle a commencé par des picotements comparés par la malade à des piqûres d'épine. D'après ce qui est raconté par cette femme, il y avait d'abord trois accès par jour, revenant à des époques irrégulières. Chez elle, on a employé des frictions camphrées, mais sans qu'il en soit résulté aucun soulagement.

Elle dit avoir éprouvé beaucoup de peines et de chagrins. Son habitation est saine, mais sa nourriture peu confortable.

Le 15, on administre à la malade:

Ipécacuanha pulvérisé.	1,50	centigr.
Tartre stibié.	0,10	—

En deux doses.

Deux bouillons, deux soupes.

Le 16, les phénomènes d'embarras gastrique sont soulagés, mais les douleurs névralgiques persistent aussi nombreuses et aussi intenses. — Une portion d'aliments.

Le 17, cautérisation superficielle de la peau dans tous les points douloureux avec le nitrate d'argent.

Le 18, les points dorsaux ne sont plus sensibles à la pression, à l'exception de deux ou trois.

Le 19, les points névralgiques qui existaient dans le dos et sur les parties latérales du tronc ont complétement disparu; trois points persistent seuls, l'un à droite au niveau de l'orifice supérieur du canal inguinal, deux à gauche dans le point correspondant au précédent et à quelques pouces au-dessus près du muscle droit.

M. Marrotte, n'ayant pas encore confiance entière au nitrate d'argent, prescrivit des vésicatoires volants et des pilules de Méglin, dont le nombre fut rapidement porté à 12 en trois doses. Les douleurs de la paroi abdominale ne tardèrent pas à disparaître et la malade sortit quelques jours après entièrement guérie.

OBS. II (recueillie par M. Th. Lévy). — Le sujet de cette observation était couché au n° 5 de la salle Saint-Augustin. C'était un homme de trente et quelques années, d'une forte constitution, qui avait contracté des fièvres d'accès dans le nord de l'Afrique. Depuis son retour en France, il avait eu plusieurs récidives. La dernière, pour laquelle il était entré à l'hôpital, consistait dans des accès quotidiens compliqués de névralgie. Celle-ci siégeait au-dessus de l'arcade sourcilière et à la région malaire du côté gauche. Dans l'intervalle des accès, il n'existait qu'une douleur sourde, permanente, augmentant par la pression et occupant les points indiqués; pendant les accès, il s'y joignait des paroxysmes douloureux.

Le sulfate de quinine triompha assez facilement de l'appareil fébrile; il parvint même à amoindrir les symptômes névralgiques, mais sans les annihiler. Ceux-ci se continuèrent conservant à peu près leur intensité première et constituant l'accès à eux seuls.

C'est alors que, sans cesser l'antipériodique, on fit usage du nitrate d'argent. A onze heures du matin, le crayon fut promené transversalement au-dessus de l'arcade sourcilière. Les douleurs ne se firent pas sentir dans ce point sur les cinq heures du soir comme les jours précédents, mais seulement à la joue. La région malaire fut soumise à son tour à la cautérisation et depuis lors toute douleur cessa. Ce qui n'empêcha pas de continuer le sulfate de quinine encore quelques jours.

Dans l'observation précédente l'élément périodique exerçait évidemment une influence sur la névralgie et sous ce rapport l'indication du sulfate de quinine primait toutes les autres. Mais, soit que la névralgie ne fût qu'une complication reconnaissant des causes propres, soit que, développée primitivement par la cause fébrile, elle eût acquis par sa durée une sorte d'indépendance, un véritable droit de domicile sur le lieu qu'elle occupait, toujours est-il qu'elle exigeait un traitement local pour lequel la pierre infernale s'est montrée des plus efficaces.

OBS. III. — *Névralgie sus-orbitaire,*

Recueillie par M. BLANC.

Dolcet, tourneur en cuivre, âgé de trente-neuf ans, d'une forte constitution, fut atteint, vers le 15 février, d'un mal à la tête assez violent et de courbature assez intense pour le forcer à suspendre ses travaux. Ces symptômes se dissipèrent à la suite de quelques purgatifs et du repos au lit pendant plusieurs jours.

Trois semaines après il se fit tout à coup, sans aucun phénomène précurseur, un écoulement par le nez de mucosités claires et limpides, et cet écoulement ne cessa qu'avec une bronchite accompagnée d'une très forte toux. Des décoctions de racine de guimauve et des sudorifiques multipliés calmèrent et guérirent le malade. Il survint alors un léger engorgement des amygdales, et une douleur vive, lancinante, limitée à la partie supérieure du front et à l'arcade sourcilière, sans rougeur et sans chaleur, sans tension ni gonflement. — 20 centigrammes d'émétique et 50 grammes de sulfate de magnésie que prit successivement D..., sur une ordonnance du bureau central, ne furent suivis d'aucun effet. C'est alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital le 26 mars.

En exerçant avec le doigt une pression sur le front et en le promenant sur toute sa surface, on trouvait des points isolés souffrants, siége d'élancements assez vifs, mais limités exclusivement à la partie gauche du front. La partie interne de l'arcade sourcilière était surtout très sensible à cette pression, ainsi que la paupière supérieure. Le lendemain de son entrée, une bouteille d'eau de Sedlitz et des bains de pieds sinapisés furent administrés, mais sans soulagement pour le malade. Le surlendemain le nitrate d'argent fut largement promené à la partie gauche du front, au-dessus des sourcils et de l'angle nasal des paupières. La douleur garda toute la journée son intensité, mais se calma dans la nuit; et le troisième jour, au matin, la pression ne dénotait plus de douleur à la partie interne de l'arcade sourcilière, ni sur la paupière; douze heures après la cautérisation, il s'était déclaré dans la fosse nasale gauche un écoulement muqueux, assez épais et très abondant.

Le 29, une nouvelle cautérisation fut pratiquée au-dessus de la première, la peau du front étant encore sensible à la pression dans ce point. Cette fois toute douleur disparut dans les vingt-quatre heures, ainsi que l'écoulement nasal.

Le malade quitta l'hôpital le 1er avril, légèrement enroué, mais sans sécrétion et sans douleurs sus-orbitaires.

Cette névralgie appartient à une des espèces les moins tenaces, à la névralgie catarrhale; c'est donc une de celles dans lesquelles l'action topique du nitrate d'argent doit être prompte et efficace.

Le caractère catarrhal n'est pas moins évident dans l'observation suivante, recueillie par M. Th. Lévy.

OBS. IV. — Joséphine Caron, âgée de vingt-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entra à l'hôpital le 7 avril 1851, salle Sainte-Geneviève, n° 2.

Elle présentait alors des phénomènes de grippe qui cédèrent facilement; mais elle ressentait en même temps des douleurs aiguës dans l'abdomen et dans les lombes, douleurs non persistantes, arrivant par accès toutes les heures environ, durant dix minutes, lancinantes, s'irradiant loin du point de départ et troublant le sommeil.

Dans l'intervalle des accès, la douleur était plus sourde; mais si l'on passait le doigt: 1° au niveau des neuf derniers trous de conjugaison; 2° sur une ligne verticale s'étendant

de la base du sein à l'épine iliaque antérieure et supérieure; et 3° sur un point situé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on déterminait des douleurs qui arrachaient des cris à la malade.

Le 10 avril, sur les dix heures du matin, le crayon de nitrate d'argent fut promené sur tous ces points de manière à déterminer une vésication légère : dès le soir, la malade ne ressentait plus qu'un peu de douleur due au frottement de la chemise sur les parties où le derme était dénudé.

Le 11, toute douleur avait disparu.

Le 15, la malade sortit parfaitement guérie.

M. Marotte cite encore plusieurs autres observations et termine ainsi après avoir rapporté trois cas d'insuccès :

Ces trois cas d'insuccès sont les seuls que nous ayons observés sur les vingt-trois malades qui ont fourni la matière de nos notes.

L'inefficacité du nitrate d'argent a tenu sans doute à la nature réfractaire des maladies, dont la névralgie n'était que le symptôme, puisque dans deux de ces cas les vésicatoires seuls ou saupoudrés de morphine n'ont pas produit une guérison plus durable.

Je répéterai donc ce que j'ai dit en commençant. Le nitrate d'argent, employé comme agent d'irritation substitutive sur les points névralgiques, n'est point une panacée; ses indications et son efficacité, comme celle de tous les moyens analogues, sont subordonnées à la valeur pathologique de la névralgie. Plus celle-ci sera indépendante, moins elle sera tenace par ses causes et par sa nature; plus la médication topique sera indiquée, plus elle aura de chances de succès, surtout de succès durable. Si la névralgie est, au contraire, sous la dépendance d'une maladie constitutionnelle et de nature réfractaire, il faut s'attendre à voir les douleurs n'éprouver aucune amélioration, ou du moins n'éprouver qu'une amélioration ou une suspension de courte durée.

Le procédé opératoire est bien simple. Il suffit de frotter à plusieurs reprises le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, sur les points qu'on veut cautériser. Il est impossible de fixer mathématiquement la durée et le nombre de ces frictions : huit ou dix suffisent en général; mais l'intensité de la douleur, la finesse ou la dureté de la peau sont les guides le plus sûrs. Si la douleur est intense, si la peau est épaisse et peu sensible, il faut évidemment cautériser avec plus d'énergie que si la douleur est récente et légère, et la peau fine et sensible; dans ce dernier cas, il faut s'arrêter dès que le malade commence à éprouver un sentiment de cuisson ou de picotement. J'ajouterai, toutefois, qu'il ne faut pas s'arrêter trop tôt par la crainte d'atteindre profondément le derme; car le nitrate d'argent est un caustique peu énergique, auquel je n'ai jamais eu de reproche de ce genre à adresser dans les cas assez nombreux où je l'ai employé.

Chez quelques malades à peau dure et peu sensible, la douleur produite par le caustique est presque nulle; l'épiderme n'est pas soulevé, ce qui n'empêche pas habituellement l'effet thérapeutique de se produire.

Le plus grand nombre éprouvent de la cuisson pendant deux ou trois heures, au bout desquelles l'épiderme est soulevé dans un plus ou moins grand nombre de points de la surface cautérisée. Il suffit d'enduire les parties ainsi dénudées d'un linge cératé pour les empêcher de coller à la chemise, et, le plus ordinairement, la peau est recouverte d'un nouvel épiderme au bout de trois à quatre jours. Les eschares ne tombent pas toujours aussi promptement; elles restent adhérentes de six à huit jours : on peut en favoriser la chute en les soulevant avec l'ongle ou une spatule. Abandonnées à elles-mêmes, elles ne se détachent quelquefois qu'au bout de huit à quinze jours, surtout dans les points où l'épiderme n'a pas été soulevé par une sécrétion séreuse ou séro-purulente.

Lorsque les eschares sont tombées, on ne rencontre ni cicatrices, ni rougeur plus ou moins persistante, comme après la cautérisation transcurrente et le vésicatoire.

Pour obtenir les effets thérapeutiques, on peut quelquefois se contenter de cautériser les foyers douloureux dans leur centre et dans une petite étendue; mais il est plus prudent d'agir sur toute la surface occupée par la douleur permanente et que l'on peut limiter par la pression du doigt.

En résumé, le crayon de nitrate d'argent, employé comme agent topique d'irritation substitutive dans les névralgies, a l'avantage :

1° D'être toujours sous la main du médecin;

2° De ne pas effrayer les malades, comme le fer rouge, et j'oserai même dire comme le vésicatoire;

3° De ne pas être aussi longtemps et aussi profondément douloureux que ces deux moyens;

4° D'avoir, en général, une action prompte et efficace;

5° De ne pas laisser de cicatrice, ni de rougeur aussi durable que les autres agents.

Son emploi et son efficacité restent d'ailleurs soumis aux indications qui règlent le traitement des névralgies.

(*Journ. des Conn. méd.-chirurg.*)

NOUVELLE MÉTHODE

pour administrer le proto-iodure de fer;

Par M. Henri Bonnewyn, pharmacien de l'hôpital et des hospices civils de Tirlemont.

L'importance, chaque jour plus grande, que prend dans la thérapeutique l'iode, et surtout l'iodure de fer, nous engage à reproduire la note suivante publiée dans la *Presse médicale belge*, en nous réservant toutefois de faire nos remarques sur quelques-unes des assertions qu'elle renferme.

« Une foule de méthodes, dit M. Bonnewyn, ont été indiquées jusqu'à ce jour pour préparer et administrer le proto-iodure de fer; aucune de toutes celles connues jusqu'ici ne me paraît à l'abri d'objections et d'inconvénients; c'est à ce double but que je m'empresse de venir combler cette lacune, en faisant connaître à mes confrères un mode opératoire, qui, tant sous le rapport de la sûreté et de l'identité de son action, que sous celui de la facilité de son administration, ne me semble laisser guère à désirer.

» Plusieurs motifs m'ont fait retarder jusqu'à présent cette publication, mais aujourd'hui je m'y suis décidé, surtout que je suis convaincu de son efficacité réelle, par un médecin distingué dans notre ville, auquel je l'ai communiqué il y a déjà un peu de temps et qui a bien voulu en faire l'essai. Il résulte de ses expériences réitérées qu'il ne peut assez se louer de l'action constante et merveilleuse sur l'organisme du proto-iodure de fer préparé et administré de cette manière, c'est-à-dire préparé par double décomposition dans l'économie même.

» Il est connu par tous les praticiens que toutes les préparations préconisées du proto-iodure de fer sont mauvaises. D'un côté le sirop de cet iodure est une préparation qui répugne généralement aux malades, et est même très-souvent rejeté; et, d'un autre côté, les pilules de ce même médicament ne sont aussi que très-rarement supportées par les malades, et lors même qu'elles sont supportées, qu'elles ne produisent que des effets très-irréguliers, quoique même, d'après le dire des médecins, elles soient préparées toujours dans la même officine (1); tandis que les personnes soumises à la nouvelle méthode d'administration iodo-ferrique qui nous occupe n'en n'ont aucune incommodité; au contraire, elles en obtiennent des effets des plus louables. Du reste, il est prouvé que le proto-iodure de fer, ce précieux agent métalloïdo-métallique, est le mieux assimilé par les organes à l'état naissant.

» Cette méthode est exécutée de la manière suivante :

N° 1.	Iodure de potassium. . . .	1 gramme.
	Eau distillée.	280 —
N° 2.	Sulph. prot. ferr. pur (bien sec).	2 gr. 30 centigr.

F. pulv. tenuiss. et divid. in dos. æq. n° 18 (2).

» On fait prendre d'abord une poudre de n° 2 dissoute, dans le moment même de l'avaler, dans une cuillère d'eau pure et sucrée, et à l'instant même on fait prendre une cuillerée à soupe de la liqueur n° 1. Il résulte qu'à chaque opération pareille il y a formation, dans l'économie, d'un grain (5 centigrammes) à peu près, du proto-iodure de fer à l'état naissant.

» Quoique les proportions ci-dessus indiquées ne correspondent qu'approximativement à leurs équivalents chimiques, elles n'ont pas manqué de produire de bons effets et de répondre parfaitement à l'attente du médecin. »

Il y a dans cette note deux parties distinctes qu'il faut apprécier séparément : le jugement que l'auteur porte sur les méthodes déjà connues d'administrer l'iodure de fer, et la valeur de la méthode qu'il propose lui-même.

Quant à la première partie, elle semble prouver que l'auteur est peu au courant des travaux récents sur l'iodure de fer et elle prouve certainement qu'il a été extrêmement mal renseigné touchant les effets de cet iodure tel qu'on l'administrait même avant les travaux de M. Gille et d'autres pharmaciens. Rien n'était plus rare, en effet, que de rencontrer des malades qui ne pussent point supporter le sirop d'iodure de fer, quand ce sirop était bien préparé. L'habile Dupasquier, de Lyon, l'a administré à des centaines de malades sans avoir jamais observé le moindre accident, et nous-même nous l'avons vu administrer dans les hôpitaux de Paris, et notamment dans le service de M. Louis pendant notre internat sous cet éminent médecin, sans avoir constaté aucun des inconvénients que signale M. Bonnewyn. On ne trouve pas plus de malades qui ne peuvent pas supporter le sirop de Dupasquier que de malades qui ne peuvent pas supporter le sulfate de quinine. Le véritable inconvénient du sirop de proto-iodure de fer, ainsi que des autres préparations antérieures aux dragées de M. Gille, c'est sa facile décomposition, ce qui en rend l'administration presque impossible en ville, et tout à fait impossible lorsque les malades sont à une certaine distance de leur pharmacien. Mais tous ces inconvénients, comme l'a constaté l'Académie, ont disparu avec la préparation de M. Gille, qui a mis entre les mains de la commission des dragées faites depuis plusieurs années, et dans lesquelles le proto-iodure de fer était aussi bien conservé que si l'on venait de le préparer à l'instant. D'ailleurs les faits, aujourd'hui très nombreux et dont quelques-uns seront publiés prochainement, démontrent qu'en effet cette nouvelle préparation agit précisément comme agissait le sirop de Dupasquier quand il était préparé et administré par lui-même.

Quant à la seconde partie de la note de M. Bonnewyn, c'est-à-dire à la nouvelle méthode d'administration de l'iodure de fer, elle est loin de mériter la préférence, nous ne dirons pas sur les dragées de M. Gille, mais sur le sirop lui-même et sur les pilules telles qu'on les faisait il y a quelques années encore. Outre qu'il est toujours fort incommode pour les malades d'avoir à prendre un médicament en deux temps, qu'ils peuvent craindre de se tromper dans l'ordre de l'administration des deux éléments, que les poudres sont désagréables et difficiles à prendre entièrement, c'est toujours une mauvaise chose en thérapeutique que de considérer l'estomac comme une cornue, et de lui laisser le soin d'effectuer les combinaisons chimiques qui devraient se faire dans le laboratoire du pharmacien; jamais on ne peut être certain, dans ces cas, de ce qui se passe dans l'estomac, et les combinaisons peuvent être tout autres que celles qu'on désire et qu'on croit prévoir. Il y aurait enfin dans la nouvelle méthode (en admettant que les combinaisons fussent telles que l'indiquerait la théorie chimique) l'inconvénient d'introduire dans l'estomac un sel au moins inutile, le sulfure de potassium, résultant de la double décomposition de l'iodure de potassium et du sulfure de fer. Pour toutes ces raisons, nous croyons que les praticiens doivent s'abstenir d'employer un médicament incommode et douteux quand ils ont entre les mains une préparation parfaitement définie, certaine et uniforme dans ses effets.

(1) Ceci se conçoit, vu que le proto-iodure de fer est très déliquescent et qu'il ne demande que quelques heures seulement pour perdre en grande partie ses propriétés normales. (*Note de l'auteur.*)

(2) Je conseille de ne faire préparer que six poudres à la fois, afin d'empêcher autant que possible la suroxydation, et de les conserver dans un endroit sec. (*Note de l'auteur.*)

Errata. — Il s'est glissé dans notre avant-dernier numéro plusieurs erreurs typographiques qu'il faut corriger ainsi :

Page 522, 1re colonne, ligne 35, *lisez :* des quatre cylindres, *au lieu* du quatrième; à la ligne 36, *au lieu de* intérieur, *lisez :* antérieur; à la ligne 41, *au lieu* du cylindre, *lisez :* des cylindres.

A la 2e colonne de la même page, ligne 48, l'alinéa doit commencer par le mot *Que*, qui a été omis. A la ligne 70, *au lieu de :* la vitalité, *lisez :* de sa vitalité.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU (MM. Piedagnel et Gosselin). Polype volumineux de l'utérus. Opération par excision. Emploi du forceps pour faire descendre la tumeur. Déchirure de la matrice. Péritonite. Mort. — Sur la résection des deux mâchoires supérieures. — Luxation incomplète des premières vertèbres dorsales réduite avec succès. — Note sur l'essence de roses. — Société de chirurgie; séance du 5 novembre. — Cours d'hygiène. — Souscription pour un confrère dans le besoin. — Chronique et nouvelles.

HOTEL-DIEU. — MM. Piedagnel et Gosselin.

Polype volumineux de l'utérus. Opération par excision. Emploi du forceps pour faire descendre la tumeur. Déchirure de la matrice. Péritonite. Mort.

Une femme de cinquante ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piedagnel, vers la fin du mois d'août, souffrait depuis un grand nombre d'années dans les reins et à l'hypogastre; les règles paraissaient irrégulièrement; un écoulement leucorrhéique adondant avait lieu dans l'intervalle; le ventre s'était tuméfié à sa partie inférieure; les forces avaient sensiblement diminué. Quelques jours avant l'entrée de la malade, une hémorrhagie assez abondante s'était montrée, avec des douleurs vives semblables à celles de l'accouchement.

M. Piedagnel constata d'abord un développement du ventre comparable à celui que donnerait une grossesse de six mois; il reconnut ensuite par le toucher, à la partie supérieure du vagin, une tumeur arrondie, volumineuse, plus dure en quelques points que dans les autres, qui donnait l'idée d'une tête de fœtus. Mais, en portant la main tout entière dans le vagin et l'engageant le plus profondément possible, on sentait une portion plus molle qui ne donnait pas la même sensation que la tête d'un enfant.

Pendant les premiers jours, M. Piedagnel pensa que les douleurs expultrices, qui étaient intenses et assez souvent répétées, auraient peut-être pour effet, sinon d'amener complétement la tumeur au dehors, au moins de la faire descendre assez pour que le diagnostic pût devenir complet. Il prescrivit seulement quelques prises de seigle ergoté, et ajourna l'idée d'un traitement chirurgical. Cet avis fut partagé par MM. Depaul et Gosselin, que M. Piedagnel avait appelés auprès de la malade.

Au bout de quelques jours, la tumeur était arrivée jusqu'à la partie inférieure du vagin, mais ne franchissait pas la vulve. Les douleurs étaient les mêmes, presque continuelles, intenses, s'accompagnant d'insomnie, d'inappétence, de fièvre, d'écoulement purulent, de prostration. Dans cet état de choses, MM. Piedagnel et Gosselin pensèrent qu'il était temps d'agir, et l'opération fut décidée pour le 6 septembre.

Il était difficile d'en arrêter rigoureusement le plan à l'avance; car le diagnostic ne pouvait être précis; on ne sentait pas les limites supérieures de la tumeur, on ne pouvait même pas arriver sur le bourrelet formé autour d'elle par le col, tant était volumineuse la tumeur qui remplissait l'excavation pelvienne. Il pouvait donc arriver que l'on eût affaire à une tumeur fibreuse non pédiculée et interstitielle, ou à une tumeur pédiculée, c'est-à-dire à un véritable polype.

Dans l'un et l'autre cas, il fallait d'abord faire descendre le plus possible la tumeur et se comporter ultérieurement suivant les dispositions que l'on constaterait, inciser la production et l'enlever par morceaux s'il s'agissait d'une tumeur interstitielle volumineuse, couper ou lier le pédicule s'il s'agissait d'un polype.

La malade étant placée en travers sur son lit, M. Gosselin implanta dans la tumeur, le plus haut possible, deux pinces de Museux; l'une d'elles fut confiée à un aide, pendant qu'avec l'autre il exécutait lui-même des tractions graduelles; les pinces furent replacées à diverses reprises un peu plus haut, de fortes érignes à manche furent en même temps implantées et confiées à d'autres aides, qui combinaient leurs tractions avec celles du chirurgien.

Ces tentatives continuées pendant environ vingt-cinq minutes ne firent descendre la tumeur que de quelques lignes et la firent arriver près de la vulve. M. Gosselin put alors, au moment où les aides soutenaient les tractions, porter la main dans le vagin derrière la tumeur, constater que le col était entièrement effacé, et que la tumeur, facile à mouvoir, n'était pas implantée sur une très large surface. Il devint évident, enfin, qu'il s'agissait d'un énorme polype pédiculé, et que les instruments employés jusque là pour le faire descendre étaient insuffisants. M. Gosselin se décida alors à se servir du forceps à accouchement, comme l'avait fait Herbiniaux dans un cas semblable et comme l'ont conseillé Baudelocque et Hervet.

Les deux branches de cet instrument furent successivement placées de la même manière que s'il s'agissait d'une tête d'enfant, puis articulées. M. Gosselin fit alors des tractions modérées en portant la tumeur alternativement d'avant en arrière, de dedans en dehors, afin de dilater la vulve. Cette manœuvre dura environ dix minutes; la tumeur s'engagea peu à peu dans la vulve, puis la franchit tout entière, et on put voir à l'extérieur un pédicule gros comme trois doigts réunis, court et implanté sur une autre saillie globuleuse, que l'on ne douta pas être la matrice renversée. On voyait parfaitement le point d'insertion.

Après avoir cherché s'il sentait quelque artère volumineuse dans le pédicule, M. Gosselin se décida à terminer par la section de ce dernier. Seulement il coupa couches par couches pour voir si quelque vaisseau important fournirait du sang et en faire la ligature avant de terminer la section. Le bistouri d'ailleurs fut porté à au moins 1 centimètre au delà de l'implantation du pédicule, afin que la lésion de la matrice renversée fût plus sûrement évitée. La section n'était pas achevée entièrement, et le chirurgien soulevait la tumeur pour s'assurer avec les doigts et avec les yeux des limites du pédicule, lorsqu'il aperçut à quelque distance de ce dernier, en arrière, une ouverture irrégulière dont les bords déchirés fournissaient du sang et par laquelle le doigt pouvait être conduit profondément. M. Piedagnel et tous les assistants auxquels M. Gosselin fit voir cette disposition purent constater que l'ouverture était placée loin de l'endroit sur lequel le bistouri avait été porté et qu'une déchirure s'était vraisemblablement opérée pendant les tractions faites pour abaisser le polype. La section du pédicule fut néanmoins achevée et la tumeur complétement séparée de la matrice. On put remarquer alors que la portion renversée de ce dernier organe ne remontait pas et l'on jugea convenable de ne faire aucun effort pour la réduire.

La journée se passa assez bien. Le lendemain, un grand frisson et un mouvement fébrile se manifestèrent. Le frisson se renouvela le surlendemain; la fièvre devint continue, la face grippée. Cependant le ventre ne fut pas douloureux, et les symptômes généraux ressemblèrent à ceux d'une infection purulente. La malade succomba le 11 septembre, cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite de l'excavation pelvienne, caractérisée par une rougeur prononcée sur les deux ligaments larges, les ovaires, la face postérieure de la vessie et par la présence d'une petite quantité de sérosité purulente. Les veines de la matrice n'étaient pas remplies de pus, et il n'y avait pas d'abcès métastatiques.

A la partie supérieure du vagin se trouve une tumeur grosse comme le poing d'un enfant, qui était formée par la matrice renversée. Sur cette tumeur, on voit très bien les restes de l'implantation du pédicule, sans aucune perforation; mais, à près d'un centimètre en arrière, se trouve la perforation à bords irréguliers qui avait été constatée pendant l'opération, et qui occupe le fond même de la matrice.

Le polype, pesé deux heures après l'opération, était du poids de 1,360 grammes (plus de deux livres et demie); sa longueur était de 20 centimètres (plus de sept pouces); sa circonférence était à la partie moyenne de 36 centimètres (treize pouces et demi), à la partie supérieure de 26 centimètres, à la partie inférieure de 24 centimètres.

Sa structure est fibreuse; mais le tissu n'est pas très dense, et contenait dans ses mailles une certaine quantité de sérosité, ce qui explique la mollesse de la tumeur et son poids peu considérable proportionnellement à son volume.

Les pièces sont déposées dans le Musée Dupuytren.

Cette observation est remarquable sous les rapports suivants :

1° Sous celui du volume de la tumeur. On connaît des exemples de tumeurs fibreuses interstitielles et sous-péritonéales plus volumineuses que n'était celle-ci; mais les observations de polypes aussi gros, surtout de polypes enlevés par une opération, sont rares. On peut rapprocher de ce fait celui d'Herbiniaux cité par Boyer, et un autre de Lisfranc (*Cliniq chir.*, t. III, p. 108). On voit dans le Musée Dupuytren un polype dont les dimensions sont analogues à celles du cas actuel, et qui a été offert par M. Scoutetten; mais nous ne savons pas s'il a été trouvé sur le cadavre ou extirpé pendant la vie.

2° Sous le rapport des douleurs expultrices provoquées par la présence de la tumeur. Ce phénomène, signalé par tous les auteurs, a été ici extrêmement marqué. Peut-être si la maladie avait été abandonnée à elle-même, la tumeur aurait-elle fini par franchir la vulve; mais le travail marchait fort lentement, et s'accompagnait de symptômes généraux graves qui menaçaient de se terminer par la mort, si l'art n'intervenait pas;

3° Par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le chirurgien d'employer le forceps, les autres instruments étant insuffisants pour attirer cette masse volumineuse au dehors;

4° Enfin par la lésion de la matrice, qui, en se laissant renverser, s'est en même temps déchirée dans un point où la distension l'avait amincie. Nous n'avons pas trouvé d'exemple semblable dans les recueils d'observations.

SUR LA RÉSECTION TOTALE des deux mâchoires supérieures;

Par M. Heyfelder, professeur à l'Université d'Erlangen.

M. le docteur Bieken a fait à la *Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* le rapport suivant, qui n'est, ainsi que le déclare l'honorable rapporteur, que la traduction à peu près textuelle d'un travail original envoyé par M. Heyfelder, membre correspondant de cette Société.

Le travail de M. Heyfelder est relatif à un sujet très important de chirurgie, la *resection totale des deux mâchoires supérieures*, et contient la relation des deux opérations que ce chirurgien distingué a faites en 1844 et en 1850.

Bien que d'autres chirurgiens avant M. Heyfelder aient fait l'opération de la résection totale d'une mâchoire supérieure ou la résection partielle de l'une ou des deux mâchoires; néanmoins, la résection totale des deux mâchoires supérieures n'avait jamais été exécutée avant lui. M. Heyfelder expose ainsi qu'il suit les deux cas dans lesquels il a eu recours à cette opération.

Obs. I. — Le 13 juin 1844, le nommé André Smidt, âgé de vingt trois ans, se présenta à la clinique chirurgicale d'Erlangen. Il était porteur d'une tumeur qui, à son rapport, avait commencé de se former, il y a un an, à la partie postérieure du palais; de là elle s'était étendue assez uniformément sur les deux mâchoires supérieures, qu'elle avait presque pénétrées. Le nez était, en conséquence, poussé en haut et en même temps aplati; le palais chassé vers la langue; le visage, œdématié et défiguré, ressemblait à celui d'un singe; la respiration et la déglutition étaient difficiles; la prononciation troublée et le sommeil inquiet. A l'exception des deux dents incisives moyennes, il n'en manquait aucune; les dents étaient saines, bien qu'elles vacillassent.

La tumeur se montrait partout solide, bosselée; elle n'était pas sensible au toucher et ne s'étendait pas au delà des deux os maxillaires supérieurs. Il n'y avait aucun symptôme de dyscrasie, et Schmidt prétendait n'avoir jamais été souffrant auparavant, et n'avoir éprouvé des douleurs lancinantes dans la tumeur que dans les dernières semaines.

La tumeur se présentant ici comme une tumeur maligne et la résection totale des deux mâchoires supérieures ayant été reconnue comme la seule ancre de salut, malgré les dangers qu'elle présentait, M. Heyfelder procéda à l'opération, le 23 juin 1844, de la manière suivante :

Le malade fut assis sur une chaise; un aide placé derrière la chaise tint de ses deux mains la tête du malade appuyée contre sa poitrine. Après avoir fait d'abord deux incisions qui s'étendaient des angles orbitaires externes jusqu'aux angles de la bouche, M. Heyfelder détacha de la tumeur toutes les parties molles jusqu'aux angles orbitaires internes et jusqu'aux os nasaux. Le lambeau ainsi formé ayant été renversé en haut sur le front et le bord orbitaire inférieur jusqu'à la fosse infraorbitaire mis à nu, l'articulation entre l'os maxillaire et l'os zygomatique fut coupée des deux côtés au moyen de la scie à chaînettes (*Kettensaege*) de Jeffray, qui fut conduite à travers la fissure inférieure de la fosse orbitaire. Le même os fut séparé de la même manière de son articulation avec l'os nasal. Cela fait, le vomer ainsi que toutes les autres articulations furent coupées avec des ciseaux solides, et l'opération fut terminée par une pression faite avec un ciseau sur la partie supérieure de la tumeur. L'opération dura environ trois quarts d'heure, le malade ayant eu trois syncopes qui avaient nécessité des interruptions assez longues.

Le malade n'avait pas perdu beaucoup de sang; la torsion et la compression suffirent pour arrêter l'hémorrhagie pendant et après l'opération. L'aspect du trou profond formé par la transformation des cavités buccale et nasale en une seule cavité était affreux.

Les plaies furent réunies au bout de deux heures au moyen de vingt-six aiguilles à insectes; on n'appliqua pas d'emplâtre, bien qu'on eût recours à des fomentations froides. Le malade avala facilement la soupe qui lui fut donnée par cuillerée.

Déjà, le quatrième jour, les deux plaies des joues étaient presque partout réunies; plus tard une légère suppuration se manifesta sur quelques points isolés. Le 5 août, l'opéré pouvait être déjà présenté à la Société physico-médicale d'Erlangen.

A sa sortie de l'hôpital, le 25 août, le malade présentait l'état suivant :

A l'extérieur, aucune difformité, les plaies étant très bien cicatrisées; à l'intérieur de la bouche on remarquait, à la ligne médiane, une fente de la longueur de trente lignes et de la largeur de trois lignes, les parties enlevées ayant été remplacées par une masse cicatrisée (*Narben-masse*) qui se présentait au toucher à la périphérie, comme une masse solide, et à l'endroit de la fente comme œdématiée. Le voile du palais ainsi que la luette se trouvaient à leurs places normales; le malade pouvait manger et boire sans gêne, et la prononciation était meilleure qu'avant l'opération. Le nez avait une forme plus naturelle, et il n'était plus poussé en haut et aplati comme auparavant; la figure ne présentait plus l'expression du singe; la respiration était libre et le sommeil tranquille.

La tumeur, dans laquelle les deux os maxillaires supérieurs étaient transformés, présentait une masse solide, dure, lardacée, sanguine et conglomérée, composée, selon l'examen microscopique, de cellules et de corpuscules munis de gaines qui étaient couchées entre des fibres; ces fibres étaient çà et

là plus prononcées qu'à d'autres places. L'examen microscopique a donc laissé, en quelque sorte, douteuse la nature de la dégénérescence.

D'après des renseignements parvenus plus tard à M. Heyfelder, ce malade a joui d'une bonne santé pendant les six premiers mois qui suivirent l'opération; mais il est mort quinze mois après, dans des douleurs atroces, à la suite d'une nouvelle excroissance qui s'était formée sur le front.

Obs. II. — Mathias Locher, âgé de cinquante-trois ans, auparavant bien portant, fut affecté, il y a douze ans, à la moitié droite de la lèvre supérieure, d'une tumeur cancéreuse qui, s'agrandissant lentement, fut extirpée au bout de trois ans. Pendant deux ans il n'y eut pas de récidive; mais alors il se développa, à côté de la plaie antérieure, près du nez, une élévation verruqueuse qui, s'accompagnant de douleurs, ne tarda pas à se transformer en un ulcère cancéreux s'étendant sur toute la moitié droite de la lèvre supérieure, sur l'aile droite du nez y compris le cartilage, et sur le palais et les deux os maxillaires supérieurs. C'est dans cet état que le malade fut reçu le 21 janvier 1850 à l'hôpital; il était, en outre, fort amaigri; la couleur du visage était terreuse et les traits décomposés.

L'opération ayant été jugée nécessaire pour la conservation de la vie du malade, elle fut pratiquée le 24 janvier. Le malade fut assis et sa tête appuyée de la même manière que dans le cas précédent. L'anesthésie ayant été produite au moyen du chloroforme, M. Heyfelder fit deux incisions obliques s'étendant du milieu des os zygomatiques jusqu'aux angles correspondants de la bouche. Par ce procédé, il fut formé un grand lambeau à angles obtus et présentant quatre coins. Le lambeau ayant été détaché de l'os maxillaire supérieur et renversé sur le front, le bord orbitaire inférieur jusqu'à la fissure orbitaire inférieure fut également mis à nu.

La plus grande partie de la lèvre supérieure et une partie considérable du nez étant malades, le lambeau était divisé en deux parties inégales, de manière qu'une grande perte de substance était inévitable. Ce qui restait encore de la cloison du nez fut coupé à l'aide de ciseaux forts, ainsi que le vomer et son articulation avec l'os ethmoïde.

Les parties molles situées à côté de l'os ayant été détachées de ce dernier jusqu'à la fissure entre l'os maxillaire supérieur et l'apophyse ptérygoïde, M. Heyfelder sépara la jonction entre l'os zygomatique gauche et l'os maxillaire au moyen de la scie à chaînettes de Jeffray, conduite à travers la fosse sous-orbitaire; les processus nasaux droit et gauche furent coupés avec le forceps à os courbé sur le plat, de Liston. Après avoir ensuite détaché le voile du palais de la voûte palatine, M. Heyfelder termina l'opération en séparant, au moyen d'un ciseau introduit dans l'ouverture nasale, les jonctions postérieures entre les os maxillaires supérieurs et les apophyses de l'os ptérygoïdien.

L'hémorrhagie fut peu considérable pendant l'opération, qui dura cinq quarts d'heure. Elle fut arrêtée à l'aide d'injections avec de l'eau glacée et de la ligature d'une artère. M. Heyfelder pense qu'une forte hémorrhagie a été évitée, parce que l'aide qui fixait la tête du malade avait en même temps appliqué les bouts des doigts contre le bord inférieur de la mâchoire inférieure immédiatement avant les insertions des masseters, et qu'il avait ainsi comprimé les artères s'irradiant aux parties entamées par l'instrument.

Immédiatement après l'opération, M. Heyfelder réunit la plaie produite par l'incision dans la joue droite, en partie par des sutures nodeuses et en partie par l'introduction d'aiguilles à insectes et par la suture entortillée. Après avoir été transporté au lit, le malade fut nourri avec du bouillon, qui lui fut alternativement injecté au moyen d'une seringue et donné avec une cuiller. Au bout de trois heures il survint une hémorrhagie assez forte de l'artère coronaire dans la plaie de la joue gauche, qui ne cessa qu'après la réunion de cette plaie par la suture. Afin de réparer le mieux possible la perte de substance occasionnée par l'enlèvement de la moitié droite de la lèvre supérieure et de l'aile droite du nez, M. Heyfelder transplanta les parties adjacentes de la peau de la joue droite et gauche. Il parvint ainsi à amener le rapprochement des deux joues, qu'il maintint au moyen de la suture entortillée.

Les sutures furent recouvertes de linges enduits de cérat, sur lesquels on appliqua des fomentations froides. En outre, on fit des injections froides par la bouche sur la plaie interne.

Le soir, le malade reçut de nouveau du bouillon avec du jaune d'œuf, pour boisson de l'eau avec du sirop de framboises. Le pouls, un peu déprimé, avait 90 pulsations. La nuit se passa tranquillement, le malade dormit paisiblement pendant plusieurs heures. Toutes les parties du visage étant tuméfiées et œdématiées, les fomentations froides furent remplacées par des fomentations avec de l'eau saturnine. Le malade fut nourri le deuxième jour comme le premier; le pouls se ralentit et s'éleva; la nuit suivante fut bonne. Le quatrième jour, une partie des sutures fut enlevée, le reste le fut le cinquième jour. Les deux plaies s'étendant des angles orbitaires externes jusqu'aux angles de la bouche étaient très bien réunies, mais la réunion tentée entre la joue droite et la gauche pour couvrir la perte de substance de la plus grande partie de la lèvre supérieure avait échoué.

La cicatrisation s'opéra très vite et d'une manière surprenante, par suite de quoi la difformité diminua également.

Le 18 février, le malade fut présenté à la Clinique et à la Société physico-médicale. Les bords de la plaie dans la joue et dans la lèvre supérieure où la réunion avait échoué étaient complétement cicatrisés. Une cicatrisation parfaite avait également eu lieu à l'intérieur de la cavité buccale. Dans la partie supérieure de cette dernière on remarque la lame perpendiculaire de l'os ethmoïde et la grande et la petite coquille de cet os. Dans le voile du palais il se trouve une ouverture rondelette du diamètre d'un pouce. Par suite du défaut de cicatrisation dans la lèvre supérieure et de l'aile droite du nez, il y a au côté droit du visage une fente longitudinale et triangulaire, dont la base correspond à la bouche et la pointe à la racine du nez.

L'opéré boit et mange avec facilité la bouillie de légumes; cependant on ne sait pas comprendre sa prononciation qui, d'ailleurs, gagne considérablement lorsqu'on obture l'ouverture du voile du palais au moyen d'une éponge, et qui s'améliore encore davantage si on ferme en même temps la fente existant dans la joue.

Se basant sur des raisons très claires, M. Heyfelder n'a pas tenté de corriger, à l'aide de la transplantation, le défaut de la joue.

Il est digne de remarque que les parties molles qui ont perdu leur point d'appui par l'enlèvement des deux os maxillaires supérieurs ne s'enfoncent plus dans la cavité buccale et n'augmentent pas ainsi la difformité. M. Heyfelder a fait la même observation chez A. Schmidt, opéré en 1844. C'est d'autant plus surprenant, que M. Heyfelder a toujours vu apparaître cette difformité par le collapsus des parties molles après la résection partielle d'une mâchoire supérieure.

L'examen microscopique de la tumeur a mis hors de doute qu'elle était un fongus médullaire.

M. Heyfelder ajoute à la relation de ces deux cas les observations suivantes:

Les deux os maxillaires supérieurs constituent presque les deux tiers du visage. Les parties molles qui les recouvrent sont, outre la peau et le tissu cellulaire adipeux, les muscles zygomatiques, buccinateurs et masseters, les muscles orbiculaires des yeux et de la bouche, qui, bien qu'ils soient blessés en partie à la résection des deux mâchoires supérieures, sont néanmoins conservés. Les artères qui s'irradient ici ne sont guère à prendre en considération dans cette opération, parce qu'elles peuvent ou être évitées ou facilement comprimées et liées après l'opération. Il en est autrement des nerfs, surtout en ce qui concerne le nerf infraorbitaire; on ne saurait pas le ménager, et il est à conseiller de le couper lorsqu'on détache les parties molles, c'est-à-dire avant la résection des os, parce que, en suivant un procédé contraire, on occasionnerait un tiraillement violent et dangereux du nerf.

Les articulations des deux os maxillaires supérieurs avec les os voisins méritent une attention particulière. La plus forte union existe entre les deux os maxillaires supérieurs eux-mêmes, dont on n'opère cependant pas la séparation lorsqu'on extirpe les deux os maxillaires supérieurs. L'articulation avec les os zygomatiques est, après celle-ci, la plus solide; vient ensuite celle avec la partie nasale de l'os frontal. Ces articulations doivent être séparées selon les règles de l'art et par des procédés énergiques, tandis que celles qui ont lieu avec les os lacrymaux, avec l'ethmoïde et avec le sphénoïde, cèdent ordinairement déjà à une pression modérée.

M. Heyfelder, avant de pratiquer la résection des deux os maxillaires supérieurs sur le vivant, a souvent fait l'opération sur le cadavre. Par là il s'est convaincu que le meilleur procédé est celui qui consiste à faire deux incisions, qui, partant des os zygomatiques, sont continuées dans une direction oblique jusqu'aux angles de la bouche. Le grand lambeau ainsi formé doit être soigneusement détaché de la surface extérieure des os maxillaires supérieurs jusqu'à l'angle orbitaire interne et jusqu'aux os nasaux avec d'autant plus de précaution qu'on se tient immédiatement à l'os et qu'on coupe en même temps le nerf infraorbitaire à l'endroit de sa sortie de l'os. Si l'on renverse après cela le lambeau détaché sur le front et si l'on a de même séparé les parties molles du bord inférieur de l'orbite, l'accès aux articulations des os maxillaires supérieurs avec les os zygomatiques et le reste de l'opération sont faciles.

Jusque-là l'hémorrhagie est ordinairement peu abondante et elle ne peut pas devenir excessive si l'aide suit exactement les règles qui ont été mentionnées dans le deuxième cas.

Il est à conseiller de ne séparer les articulations entre les os maxillaires supérieurs et les autres os de la tête et du visage que lorsque les parties molles ont été détachées des os maxillaires supérieurs dans toutes les directions. On peut cependant différer jusqu'à la fin de l'opération la dissection du voile du palais, afin de ne pas trop déranger le malade par l'hémorrhagie qui y succède.

La scie à chaînettes de Jeffray est l'instrument le plus propre pour séparer les os zygomatiques des maxillaires supérieurs. Il est bien regrettable que l'introduction de cette scie à travers la fissure orbitaire inférieure soit souvent difficile lorsque cette dernière est trop étroite. M. Heyfelder doute de la possibilité d'agrandir cette fissure à l'aide d'un trépan perforateur proposé dans ce but par M. Chassaignac: cependant il conseille de le tenir toujours prêt. Il craint aussi qu'on ne réussisse pas mieux avec l'instrument ressemblant à un poinçon proposé par M. Reid.

Lorsque la fissure orbitaire inférieure est assez large pour permettre l'introduction de la scie à chaînettes, on passe celle-ci par cette fissure autour de la symphyse maxillo-zygomatique au moyen d'une aiguille en argent courbée en demi-cercle et munie d'une ouverture. Il faut manœuvrer avec la scie de manière qu'on ne blesse pas le globe de l'œil. Il est donc nécessaire de ne pas l'appliquer dans un angle trop aigu, afin qu'elle ne s'engage pas, ce qui arrêterait l'opération.

Lorsque l'usage de la scie à chaînettes de Jeffray n'est pas possible à cause de l'étroitesse de la fissure orbitaire inférieure, la séparation doit être pratiquée à l'aide du forceps coupant de Liston et de préférence avec celui qui est courbé sur le plat.

L'ostéotome de Heine n'est pas à recommander dans cette opération.

On sépare également les processus nasaux des os maxillaires supérieurs au moyen de la scie à chaînettes de Jeffray ou du forceps de Liston. On introduit à cet effet la scie dans le canal nasal ou dans une ouverture qu'on a pratiquée auparavant dans la paroi intérieure de l'orbite au moyen d'un stylet et on la fait sortir par le nez.

Les instruments de Jeffray et de Liston rendent superflu l'usage du marteau et du ciseau, qui d'ailleurs pourraient occasionner des accidents par suite de la commotion qu'ils provoquent. La cloison nasale, le vomer et les articulations avec l'ethmoïde doivent être coupés avec des ciseaux forts. Vient enfin le moment de détacher le voile du palais de la voûte palatine. On y parvient en coupant le voile du palais avec un bistouri simple à lame étroite qu'on enfonce au côté du voile et qu'on promène jusqu'au côté opposé en le tenant en contact avec la surface de la voûte palatine.

Quant aux articulations avec les processus ptérygoïdiens, on arrive facilement à les séparer à l'aide d'un levier qu'on applique sur l'articulation des deux os maxillaires supérieurs dans l'ouverture nasale, et avec lequel on exerce une pression ou des manœuvres convenables sur cette partie.

Parmi les maladies qui fournissent l'indication à la résection, figurent en premier lieu la carie étendue, le fongus médullaire et le cancer, puis les blessures considérables. La nécrose produite par la fabrication des allumettes phosphoriques, lorsqu'elle a envahi une grande partie des os, peut aussi nécessiter l'extraction de la partie nécrosée de l'os. Celle-ci n'exige cependant pas une opération aussi grave que celle qui est indiquée par les hétéroplasties qui ont leur point de départ dans les cavités d'Highmore. Là où celles-ci existent, les résections partielles sont souvent suivies de récidives. Il faut donc leur préférer la résection totale des deux os maxillaires supérieurs.

(*Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles.*)

LUXATION INCOMPLÈTE

des premières vertèbres dorsales réduite avec succès.

On sait que la plupart des auteurs des traités classiques de chirurgie considèrent comme à peu près impossible la luxation des vertèbres dorsales sans fracture; mais, si cette luxation complète est impossible à cause des connexions étroites des vertèbres dorsales avec les côtes, ne pourrait-il pas se faire qu'il y eût un déplacement incomplet portant, par exemple, sur les apophyses articulaires? Le fait suivant nous semble de nature à faire considérer cette opinion comme probable; mais ce qui rend surtout cette observation précieuse pour nous, c'est qu'elle nous fournit un exemple de la possibilité de réduire ces luxations vertébrales non-seulement sans accidents, mais encore avec grand avantage pour les malades.

Un campagnard, monté sur un châtaignier, tombe d'une assez grande hauteur par suite de la rupture de la branche sur laquelle il s'appuyait. Dans sa chute, le dos vint frapper sur un terrain qui présentait une notable élévation; il resta étendu sur le sol sans mouvement et à demi mort.

Lorsque M. Cottini arriva près de lui, huit heures après l'accident, il le trouva couché sur le flanc droit, les extrémités inférieures repliées et immobiles, accusant des douleurs violentes à la tête, dans le dos et aux extrémités. En l'examinant avec soin, M. Cottini ne découvrit autre chose qu'une tumeur résistante, douloureuse, convexe, occupant une étendue de six pouces environ dans la région dorsale supérieure de la colonne vertébrale sans indices appréciables de fracture.

Pensant alors qu'il y avait une demi-luxation des quatre ou cinq premières vertèbres dorsales, ce médecin fit coucher le malade sur le ventre, en travers, dans son lit, passa sous la poitrine un drap plié en plusieurs doubles, dont il fit sortir les extrémités sous les aisselles; et pendant que des aides, saisissant les deux extrémités de ce drap faisaient l'extension, la contre-extension était pratiquée en tirant sur les extrémités inférieures et sur le bassin; en même temps M. Cottini appuyait avec ses deux mains sur la tumeur, exerçant graduellement une compression de plus en plus forte.

Sous l'influence de cette pratique, la colonne vertébrale reprit sa forme et la tumeur disparut sans crépitation aucune. Une pyramide de compresses trempées dans l'eau vinaigrée fut appliquée sur le siége de la tumeur, le dos fut soutenu par un oreiller résistant; une large saignée fut pratiquée.

Plusieurs jours après le malade commença à exécuter quelques mouvements avec les membres inférieurs, et l'amélioration marcha si rapidement, qu'en trois semaines il pouvait se tenir assis, et que, le cinquantième jour, il quittait le lit, en s'appuyant sur des béquilles. En quatre mois il gagna tellement, qu'il put marcher avec une canne seulement, et, un mois après, il marchait sans aucun aide. Son rétablissement a été complet. (*Gazetta med. Sarda*, 1851, et *Bull. de thér.*)

NOTE SUR L'ESSENCE DE ROSES.

M. Chevallier publie, dans le dernier numéro du *Journal de Chimie médicale*, les renseignements forts curieux qui suivent sur l'essence de roses, lesquels lui ont été fournis par un cultivateur très habile, M. Servant.

Le 9 janvier 1851 on a distillé à la vapeur 75 kilogr. de roses de Puteaux; on a obtenu, ainsi que le prescrit le Codex, 75 litres d'eau distillée. La petite quantité d'essence de roses qui était résultée de cette distillation a été recueillie avec soin au moyen de l'éolipile; elle a été mise dans un verre à expérience; elle était brune, brillante, cristallisée en petites lames; traitée par l'éther sulfurique très rectifié, la liqueur a été filtrée, évaporée dans une capsule de porcelaine à l'air libre d'abord, puis au bain marie pour chasser la totalité de l'éther. L'essence obtenue, versée encore tiède dans un tube à pied, pesait un peu plus de 2 grammes. Quelques minutes après l'essence s'est solidifiée. Dans cet état elle est limpide, incolore, transparente, très aromatique, d'une odeur excessivement suave; elle ressemble à de l'eau congelée, parsemée

de petits cristaux en aiguille; elle reste à l'état solide à 20 degrés centigrades.

L'essence de roses se trouve donc dans les fleurs, dans les proportions approximatives d'un trente-sept millième, abstraction faite de celle contenue dans l'eau distillée, qui est très odorante.

D'après ces données, il faudrait 37,500 livres de roses pour obtenir 500 grammes d'essence. La rose ayant coûté cette année, 9 juin, 40 francs les 50 kilogrammes, l'acquisition des fleurs serait évaluée à 15,000 francs.

Supposant que dans un alambic ordinaire on puisse distiller par jour 50 kilogrammes de roses, il faudrait 375 jours pour la distillation totale de ces fleurs.

Supposant encore que le combustible et les frais de distillation s'élèvent approximativement à trois mille francs, le prix total de l'essence de roses serait de dix-huit mille francs, soit 1,127 les 30 grammes. Si, toutefois, on n'avait d'autre but que d'obtenir de l'essence de roses, en négligeant l'eau distillée, on recueillerait certainement une bien plus grande quantité d'essence en cohobant l'eau sur de nouvelles fleurs; si même on distillait sans le secours de la vapeur, la proportion d'essence serait beaucoup plus élevée que celle que nous avons obtenue, car le vénérable Baumé distilla, en juin 1771, 75 livres de fleurs de roses, qui lui donnèrent 1 gros d'essence légèrement rose, semblable à du beurre.

Quelque minime que soit la quantité d'essence de roses que nous avons obtenue cette année, elle est encore très supérieure à celle recueillie l'année dernière. Cent kilogrammes de roses distillées par le même procédé, dans le même alambic, ont fourni une si petite quantité d'essence que nous avons négligé de la recueillir. En 1846, au contraire, sur 96 kilogrammes, nous avons obtenu près de 10 grammes d'essence.

L'essence de roses du commerce, qui vient d'Orient, se vend ordinairement 28 ou 30 francs les 30 grammes. Quoique les roses soient cultivées très en grand dans ce pays, qu'elles contiennent une plus grande quantité d'essence que celles de France, que la main-d'œuvre y soit presque nulle, il est probable, toutefois, que l'essence qu'on nous expédie n'est jamais à l'état de pureté, et qu'elle est probablement mêlée à des essences d'un prix moins élevé et dont l'odeur approche de celle de la rose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Hydrocèle.

M. CHASSAIGNAC présente un malade affecté d'hydrocèle congénitale.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Hématocèle.

A propos du procès-verbal, M. Chassaignac présente les enveloppes d'une hématocèle qui s'était formée entre la tunique vaginale et la tunique érythroïde.

Correspondance.

M. le ministre de la marine informe la Société qu'il souscrit pour trois exemplaires de ses mémoires et de ses bulletins, destinés aux bibliothèques des écoles maritimes.

Ponction d'un kyste hydatique du foie par le bistouri. Injections iodées.

M. BOINET rapporte qu'il a fait, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet, une injection iodée dans un kyste hydatique du foie qu'il a ouvert avec le bistouri.

Ce malade, âgé d'environ quarante ans, est entré à l'hôpital pour la tumeur qu'il porte dans la région hépatique; il est très affaibli, et convalescent d'une pleuropneumonie avec épanchement. Il présente une teinte ictérique générale et très prononcée, et éprouve beaucoup d'oppression. Cette tumeur, qui semble dépendre du foie, est volumineuse et occupe tout l'hypochondre droit; elle est molle, fluctuante, sans résistance; elle soulève la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes, et la peau, dans son point le plus saillant, est pâle, mate et le siége d'un léger empâtement. Il n'existe aucun signe de cette crépitation particulière qui dénote la présence d'acéphalokystes.

Après avoir examiné ce malade, sur l'invitation de M. Briquet, je pense qu'en présence d'un cas aussi grave, le malade éprouvant beaucoup d'oppression et paraissant voué à une mort certaine, on ne doit pas rester dans l'inaction, et que la ponction du kyste, suivie d'une injection iodée, pourra, sinon le guérir radicalement, au moins le soulager beaucoup.

En proposant cette opération, je songeais bien aux dangers d'une ponction faite avec le trocart ou le bistouri dans une pareille tumeur, et à l'épanchement péritonéal qui pouvait avoir lieu si des adhérences n'existaient pas entre les parois du kyste et la paroi abdominale; mais plusieurs circonstances me faisaient supposer que des adhérences devaient exister.

D'abord la couleur mate de la peau, son empâtement dans une étendue assez considérable, dans le point où la tumeur offre une saillie assez prononcée; la minceur des parois qui séparent le doigt du liquide contenu dans le kyste, me faisaient penser que toutes les parties avaient été le siége de symptômes inflammatoires, et qu'il existait probablement des adhérences; de plus, si on faisait coucher le malade sur le côté opposé, cette tumeur ne s'éloignait pas du point où elle était le plus saillante, et où elle semblait adhérer, et la fluctuation y restait aussi sensible.

Si d'ailleurs je m'étais trouvé en présence de signes moins probables, et si j'avais craint l'absence d'adhérences du kyste avec les parois abdominales, j'avais pensé, dans le cas où il y aurait urgence d'opérer promptement, à employer un trocart particulier très large, comme celui de M. J. Guérin, par exemple, pour les ponctions sous-cutanées, et construit de telle façon qu'on pût, à l'aide de petites érignes introduites dans le canal, ou de crochets-érignes qu'on pût faire saillir en dehors d'une canule fenêtrée, accrocher les parois du kyste et les fixer à la paroi abdominale, avec laquelle elles contracteraient des adhérences. De cette façon, on se mettrait sûrement à l'abri de tout épanchement dans le péritoine. D'ailleurs, j'ajouterai que, si cet épanchement avait lieu, il serait sans inconvénient avec de la teinture d'iode. Des faits déjà nombreux, des expériences faites par M. le professeur Velpeau sur des animaux, ont démontré l'innocuité de la teinture d'iode à un certain degré de concentration dans la séreuse abdominale.

Mais en présence du cas devant lequel je me trouvais, d'après les signes que j'ai énumérés tout à l'heure, j'avais la presque certitude qu'il existait des adhérences; aussi n'hésitai-je pas à faire une ponction dans l'endroit le plus fluctuant et dans le point où les parois abdominales paraissaient le plus amincies, avec un gros trocart, plus gros que celui dont on se sert ordinairement pour l'hydrocèle. Le trocart retiré de la canule, rien ne sortit; cependant la sensation que j'avais éprouvée au moment de la ponction ne me laissait aucun doute que j'avais pénétré dans une poche contenant du liquide. Parmi les nombreux témoins qui assistaient à cette opération, plusieurs pensèrent qu'il y avait eu erreur de diagnostic, ou que je n'avais pas pénétré dans la poche hydatique. Un stylet d'abord, ensuite une sonde cannelée introduite dans la canule, qu'ils dépassaient de plusieurs centimètres du côté du ventre, n'amenèrent, pendant plusieurs minutes, l'écoulement d'aucun liquide, malgré toutes les tentatives faites pour repousser les fausses membranes ou les hydatides qui pouvaient, en bouchant l'extrémité de la canule, s'opposer à l'écoulement de la sérosité; enfin, quelques gouttes de pus apparurent et vinrent nous avertir qu'un obstacle empêchait le reste de sortir.

Un pareil résultat, soit dit en passant, prouve que les ponctions exploratrices dont on fait souvent usage pour éclairer un diagnostic incertain peuvent dans certains cas devenir une cause d'erreur, et laisser croire qu'il n'existe pas de liquide dans une cavité où une tumeur qui en renferme.

L'apparition de ces quelques gouttes de pus, tout en me confirmant dans la pensée que j'avais pénétré dans le kyste, me donna la certitude qu'une inflammation avait existé dans cette tumeur hydatique, et qu'il devait y avoir des adhérences. Retirant aussitôt la canule du trocart, j'incisai couche par couche la paroi abdominale dans une étendue de 2 ou 3 centimètres, et le doigt porté au fond de cette plaie me fit reconnaître que je n'étais séparé du liquide, dont le flot touchait pour ainsi dire mon doigt, que par une couche très mince de tissu. Un bistouri droit fut plongé dans ce point, et aussitôt du pus en grande quantité et des hydatides nombreuses (environ 25 ou 30) s'échappèrent par l'ouverture que je venais de pratiquer et dans laquelle j'introduisis une pince à pansement pour en écarter les bords et faciliter l'écoulement de tout le contenu de cette tumeur du foie. Il est sorti 1,050 grammes de pus. Une injection iodée fut pratiquée immédiatement et laissée dans le kyste pendant cinq ou six minutes. L'injection était composée de 50 parties de teinture d'iode, 50 parties d'eau et 2 grammes d'iodure de potassium. Environ 70 grammes de cette préparation ont été injectés. Le malade a éprouvé une sensation de cuisson, de chaleur vive; mais ces phénomènes, qui ont été très supportables, n'ont duré que quelques minutes. Cette injection n'a provoqué ni fièvre, ni réaction, et pas le moindre signe d'inflammation. Le malade a éprouvé sur-le-champ un mieux sensible; l'oppression qu'il éprouvait avant l'opération avait disparu, et depuis l'évacuation de ce kyste son état s'est sensiblement amélioré. Il prend chaque jour plusieurs bouillons, des potages, et dort chaque nuit comme il n'avait pas fait depuis longtemps. Par l'ouverture, qui est restée fistuleuse, il sort encore tous les jours quelques acéphalocystes avec un peu de matière purulente. En somme, ce malade se trouve très bien et ne souffre en aucun point. Il y a aujourd'hui huit jours qu'il a été opéré; déjà la teinte ictérique a considérablement diminué, et toutes les fonctions se font parfaitement bien.

Discussion.

M. MAISONNEUVE. Je ferai observer à M. Boinet que l'idée du trocart dont il vient de parler dans sa communication ne lui appartient pas. J'ai fait construire un trocart semblable, dans le but de traiter un kyste formé par la vésicule du fiel et les kystes de l'ovaire; je crois même qu'il en existe plusieurs variétés de modèles chez M. Charrière.

M. GUERSANT. C'est avec un véritable étonnement que je vois M. Boinet faire la ponction d'un kyste hépatique sans avoir positivement la certitude que des adhérences s'étaient formées. Je suis partisan des injections iodées dans ce cas; mais je suis surpris de voir M. Boinet n'avoir aucune crainte de voir les injections iodées pénétrer dans le péritoine, quand moi j'ai eu le malheur de perdre un enfant pour quelques gouttes d'eau tiède qui étaient passées dans cette membrane séreuse pendant que je faisais une injection de ce liquide dans une poche hydatique du foie.

M. BOINET. Il y avait, suivant moi, des adhérences établies entre la face convexe du foie et les parois abdominales; la minceur de la peau, qui menaçait de se rompre, les antécédents du malade, me donnaient la certitude du fait. D'ailleurs, il existe dans la science des faits qui prouvent que les injections iodées dans la cavité péritonéale ne sont pas graves. Je citerai les expériences de M. Velpeau sur les chiens, et certains faits d'hydrocèles congénitales dans l'injection, desquelles une certaine quantité de liquide est passé de la tunique vaginale dans le péritoine, sans grand danger pour le malade.

M. GUERSANT. Je ne crois pas que l'on puisse s'appuyer, pour défendre la thèse de M. Boinet, sur ce qui se passe dans les animaux, ni sur quelques faits exceptionnels de la pratique chirurgicale, lorsque chaque jour nous démontre la gravité du passage des liquides dans la cavité séreuse abdominale.

M. CHASSAIGNAC. Je trouve le résultat de M. Boinet très beau. Ordinairement il y a fièvre et une réaction plus ou moins vive après l'incision des kystes hydatiques. Ici nous n'avons rien de cela; le malade reste calme. Toutefois, je ne partage pas l'opinion de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées faites dans le péritoine. Je rappellerai que Bérard (Auguste) fut moins heureux que M. Velpeau, et qu'une mort prompte a suivi l'injection iodée faite dans un vieux sac herniaire chez une femme.

J'ai souvent eu occasion de constater, comme notre collègue, que le trocart explorateur, après les ponctions exploratrices, ne donne souvent aucun résultat, malgré l'introduction du stylet. Pour prévenir cet inconvénient, M. Récamier a fait pratiquer des ouvertures sur les parties latérales du trocart, et, de cette façon, on évite l'erreur.

M. LARREY rappelle que d'anciens trocarts, dont la description ou l'image pourrait être retrouvée, présentent des modifications favorables à l'écoulement des fluides. Ainsi, à part le trocart à gouttière ou à cannelure de J.-L. Petit, il en est de fenêtrés dont la canule est pourvue d'ouvertures latérales, doubles ou multiples, à l'effet de suppléer à l'oblitération de son orifice ordinaire.

M. BOINET. J'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'un homme qui avait succombé à un cancer du foie, et chez lequel j'avais fait deux injections iodées, à quinze jours d'intervalle, pour une ascite. Ce malade était dans le service de M. le professeur Requin, à la Pitié. Ces deux injections n'ont donné lieu à aucun symptôme de péritonite, et l'autopsie a démontré que les lésions anatomiques qu'on a rencontrées étaient absolument les mêmes que celles que M. Velpeau avait déjà signalées chez les chiens où il avait fait de pareilles injections; c'est-à-dire qu'il n'y avait pas trace de péritonite; que les intestins étaient collés, agglutinés par une espèce de mucus, de gelée, qui n'établit aucune adhérence ni entre les circonvolutions intestinales, ni avec les parois abdominales. Dans un autre cas, chez une dame, où une injection trop concentrée avait été faite, il y eut une péritonite violente, mais qui céda facilement aux moyens employés en pareille circonstance; elle guérit en conservant dans le ventre des tumeurs, des masses dures, dues probablement à une sécrétion abondante de lymphe sollicitée par l'inflammation, indurations qui n'ont gêné en rien les fonctions nutritives.

M. DEMARQUAY. Je crois que M. Boinet aurait tort de trop s'appuyer sur les expériences faites sur les chiens pour conclure à ce qui doit arriver à l'homme. J'ai fait un certain nombre d'expériences sur ces animaux, et je me suis assuré qu'ils guérissent parfaitement des péritonites que le chirurgien fait naître. Notre collègue dit cependant que les chiens succombent quand on fait des injections avec une trop forte proportion d'iode; il y a à se demander si, dans ce cas, les animaux succombent à la péritonite ou à l'empoisonnement déterminé par la teinture d'iode donnée à fortes doses.

Polypes de l'urètre chez la femme.

M. FORGET met sous les yeux de la Société une tumeur de l'urètre qu'il a excisée chez une dame, cliente de M. le docteur Compérat; il a emporté avec la tumeur un anneau complet de la membrane muqueuse qui était à l'état de procidence très prononcée. Cette tumeur occupait le côté droit du méat urinaire, et se prolongeait par une base assez large dans l'épaisseur de la membrane muqueuse. Excessivement douloureuse et saignant au moindre contact, elle formait une proéminence du volume d'une petite noix. Sa présence occasionnait de la gêne et de la douleur en marchant; elle rendait, en outre, la miction plus lente et déviait le jet de l'urine de sa direction naturelle. Après avoir anesthésié la malade M. Forget saisit la tumeur avec une pince de Museux, la dégagea de l'intérieur du canal en l'attirant en avant, et, après avoir reconnu d'une manière précise sa limite, il l'excisa.

Les polypes de l'urètre à pédicule grêle et plus ou moins allongé ne sont pas rares chez la femme, ajoute M. Forget; mais les végétations, les tumeurs vasculaires à base large sont moins communes. A ce titre, le fait qu'il a rapporté lui a paru mériter l'attention de ses collègues. Il faut ajouter que la procidence de la muqueuse urétrale, au degré où elle existait, n'est pas non plus un fait vulgaire.

En ne bornant pas l'action chirurgicale à la simple excision de la tumeur, j'ai voulu ne pas laisser subsister sur le côté opposé du méat urinaire une sorte de soupape flottante qui, après l'opération, se fût appliquée contre l'ouverture du canal; c'est pour cela que j'ai pratiqué une véritable circoncision du tissu muqueux exubérant.

Après l'opération, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, M. Forget introduisit dans le canal une sonde assez volumineuse pour exercer une certaine pression contre les parois et devenir ainsi un moyen hémostatique. Ce qui me décida, dit-il, à prendre cette précaution, ce fut le souvenir d'un fait que j'ai observé il y a dix ans. J'avais assisté Lisfranc dans une excision d'un petit polype de l'urètre pratiquée à la femme d'un de nos confrères. Une heure après l'opération, la malade, pâle, refroidie, était tombée en syncope : appelé en toute hâte, je constatai un développement notable de la vessie, dans la cavité de laquelle le sang provenant de l'urètre s'était épanché. Pour faire cesser les accidents, il me suffit dans ce cas de comprimer le canal contre le pubis avec le doigt indicateur porté sous la symphyse.

M. HUGUIER. J'ai eu occasion d'étudier avec soin les polypes de l'urètre; dix-neuf fois sur vingt ces productions se développent à la partie inférieure du canal de l'urètre; souvent ces tumeurs sont de nature érectile; elles saignent au moindre contact. La marche, le coït les irritent; souvent elles sont l'occasion d'hémorrhagies assez graves quand on les enlève avec l'instrument tranchant. Pour prévenir cet accident, j'ai l'habitude, quand je les enlève, de cautériser la place qu'elles occupaient. Cette cautérisation a le grand avantage de prévenir le retour de la maladie, et je tamponne ensuite l'orifice vulvaire. On peut comparer ces productions polypeuses à l'épulis, qui a, comme on sait, une certaine tendance à se reproduire.

M. GUERSANT. J'ai eu cinq ou six fois l'occasion d'enlever des polypes de l'urètre sur des adultes ou sur des enfants; une fois j'ai eu à combattre une hémorrhagie assez sérieuse. Pour prévenir cet accident, je préfère maintenant la ligature.

Ponction de la vessie par la région sus-pubienne. — Lésion de la prostate.

M. MONOD présente la vessie et les organes génitaux d'un individu décédé à la Maison nationale de santé à la suite d'une affection cancéreuse de ces organes et chez lequel la ponction de la vessie au-dessus du pubis a été compliquée de la blessure de la prostate par la pointe du trocart.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, entré à la Maison de santé le 18 juin 1851, après avoir été traité en province pendant deux mois pour une rétention d'urine, présentait à son arrivée les lésions suivantes :

Tumeur au niveau de la prostate, écoulement de pus par l'urètre, urines purulentes très fétides, très difficiles à rendre. État général assez bon.

Le cathétérisme, fait avec beaucoup de ménagement, détermine cependant une hémorrhagie urétrale abondante, qui se renouvelle plusieurs fois spontanément dans le cours de la maladie. Formation d'un abcès du scrotum suivie d'une fistule et de l'engorgement du périnée. Augmentation de la tumeur au niveau de la prostate et formation d'une tumeur au côté droit de la vessie, au-dessus du détroit supérieur du bassin. Difficulté de plus en plus grande de rendre les urines par le canal.

Dans les premiers temps, M. Monod parvient à placer une sonde crochue d'un volume médiocre; mais, au bout de quelques jours, il devient impossible de faire pénétrer ni sonde ni bougie dans la vessie; MM. Le Roy-d'Etiolles et Monod mettent inutilement en usage les bougies des formes les plus variées, fines, tortillées, crochues, à tête, etc., toutes viennent buter contre la prostate ou s'engagent dans le foyer qui existe au-dessous de la vessie.

Pendant quelque temps, le malade rend un peu d'urine par la fistule périnéale. Plus tard, rétention complète, distension de la vessie. Ponction à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphyse. L'urine, parfaitement limpide, s'écoule facilement. Introduction d'une sonde par laquelle le malade rend une partie de ses urines jusqu'à sa mort, survenue à la suite d'accidents généraux de résorption purulente et de diarrhée colliquative le 24 octobre 1851, après sept mois de maladie et un mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une couche de tumeurs cancéreuses doublant la prostate et la face postérieure de la vessie, refoulant la prostate et la vessie derrière et au-dessus de la symphyse, ce qui explique une légère blessure qu'on remarque à la prostate dans l'intérieur de la vessie et qui se trouve vis-à-vis le trou fait à la vessie lors de la ponction.

La fonte purulente de ces tumeurs à la partie inférieure a déterminé la formation d'une caverne siégeant entre le rectum et la prostate; c'est dans cette caverne que s'engageaient les sondes et bougies.

L'intérieur de la vessie est peu altéré, mais ses parois sont épaissies.

M. Maisonneuve. Ce qui me frappe dans le fait de M. Monod, c'est que l'on n'ait point pu pénétrer dans la vessie. J'ai établi que, lorsque le canal est perméable, on doit toujours pénétrer dans le réservoir urinaire en se servant d'instruments convenables. Les sondes ont l'inconvénient de faire tomber le chirurgien dans les mêmes fausses routes une fois qu'elles ont été faites; tandis qu'avec des bougies à tête, coudées ou tortillées on peut suivre un point du canal plutôt qu'un autre, et on évite de la sorte les inconvénients que je signalais il n'y a qu'un instant. Toutefois, le fait rapporté par M. Monod est en dehors de toutes les règles, et il n'est pas surprenant que notre habile confrère ait échoué.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

SUITE DE LA NEUVIÈME LEÇON (1).

Préceptes relatifs à la lumière naturelle.

Nous avons indiqué les fâcheux effets qui peuvent être le résultat soit de l'obscurité, soit d'une lumière trop intense, soit d'une lumière réfléchie. Les préceptes qui en découlent sont faciles à saisir. Les enfants, les convalescents surtout, doivent être soustraits à l'action d'une trop grande lumière; les pièces dans lesquelles on se tient habituellement, les cabinets de travail, doivent être convenablement éclairés, de façon à ne pas fatiguer les yeux soit par une lumière trop éclatante, soit par une lumière insuffisante; il faut donc éviter que les fenêtres donnent sur une surface blanche, sur un mur peint à la chaux; les parois de la chambre, les meubles, les rideaux doivent être verts ou bleus.

Les personnes qui ont les yeux faibles, les voyageurs, les ingénieurs, les individus qui, par leur profession, sont habituellement exposés à une lumière solaire très intense ou réfléchie par une surface blanche, doivent, pour éviter l'éteropie, faire usage de *conserves*, c'est-à-dire de verres plans légèrement colorés en vert, ou mieux encore en bleu. Les Anglais préfèrent, avec raison peut-être, des verres teintés en noir.

Il ne faut point cependant abuser des conserves. « Ne pouvant rester constamment devant les yeux, dit M. Réveillé-Parise, on voit tantôt les objets éclairés naturellement, et tantôt dans une espèce d'obscurité alternative, ce qui porte un préjudice notable à la sensibilité de l'organe. Ajoutons que les personnes qui ont la vue tendre se munissent souvent de verres trop foncés, et les garnissent en outre de taffetas vert sur les côtés; les yeux, plongés alors dans une atmosphère chaude et humide s'altèrent, et acquièrent d'autant plus de susceptibilité et de faiblesse qu'on les a tenus plus longtemps dans l'obscurité. »

Ceci nous conduit à dire quelques mots d'une question qui rentre dans le domaine de l'oculistique, mais à laquelle l'hygiéniste ne peut cependant pas rester complétement étranger: nous voulons parler des *lunettes*.

En vertu d'une disposition particulière des parties constitutives du globe de l'œil, rattachée par quelques-uns à la partie nerveuse de l'organe de la vision, et par la presque totalité des physiologistes et des physiciens aux membranes et aux humeurs, les objets ne sont nettement distingués qu'à une distance très peu considérable ou au contraire très grande. Dans le premier cas, on dit qu'il existe une *myopie*, et dans le second, une *presbytie*.

A moins de circonstances pathologiques dont nous n'avons pas à nous occuper ici, la myopie et la presbytie affectent simultanément les deux yeux; elles sont congénitales, et plus souvent acquises suivant Aret, Boyer et plusieurs autres oculistes. La myopie survient chez des enfants ayant la mauvaise habitude de regarder de trop près, chez des individus obligés par leur profession de fixer des objets très petits, des horlogers, des graveurs, etc. Elle peut aussi être produite par l'usage intempestif de verres concaves ou convexes, de lorgnettes, l'insuffisance de la lumière, la trop grande fatigue. La presbytie se développe sous l'influence des conditions opposées, et elle est, dit-on, commune chez les cochers, les postillons, les marins, les chasseurs, qui exagèrent l'exercice de la vue à distance, et qui deviennent souvent presbytes dès l'âge de trente ans. Vous savez quelle étonnante étendue la vision acquiert chez les sauvages. La myopie, naturelle aux enfants, se montre surtout chez les jeunes gens, chez les personnes qui ont les yeux gros et saillants; elle disparaît avec l'âge, et souvent elle est remplacée par la presbytie, le contraire ayant aussi lieu quelquefois.

Les yeux affectés de myopie sont d'ailleurs meilleurs, et supportent davantage la fatigue que les yeux atteints de presbytie.

La myopie et la presbytie sont parfois compliquées d'amblyopie. L'existence de la myopie est admise lorsque les individus ne peuvent pas lire à une distance de 12 pouces; les limites inférieures varient depuis cette distance jusqu'à celle d'un pouce, et vous savez qu'alors la myopie devient un motif de réforme militaire. La presbytie présente trois degrés, suivant Gendron. Dans le premier, la vue ne peut s'exercer nettement sur un imprimé en caractères de moyenne grosseur qu'à un pied de distance; dans le second, qu'à deux pieds; dans le troisième, qu'à trois pieds.

On parvient quelquefois à diminuer ou même à faire disparaître la myopie par un exercice méthodique de la vue. « Dans la myopie acquise simple, dit M. Sichel, le malade peut ordinairement, sinon rétablir entièrement, du moins considérablement allonger la portée de sa vue; il doit donc, au début, s'abstenir complétement de l'usage des verres concaves. » L'exercice consiste à diriger les yeux sur des objets volumineux, sur des livres imprimés en gros caractères placés à des distances de plus en plus considérables.

Lorsque les verres concaves sont devenus indispensables, il faut les choisir avec soin au point de vue de la régularité des courbures, de la pureté, de la transparence, du poli, de la monture, qui doit être faite de manière que les verres soient placés à une distance convenable et ne se dérangent point par les mouvements de la tête. Il faut toujours commencer par les verres du numéro le plus bas possible, n'en augmenter la courbure que lentement, graduellement et en interrompre l'usage aussi souvent que possible.

Tout ce que nous venons de dire des verres concaves s'applique de tout point aux verres convexes que l'on emploie pour remédier à la presbytie.

M. Réveillé-Parise a fait ressortir les inconvénients des lorgnons et de toutes les lunettes qui se tiennent à la main. La main et la tête n'étant jamais fixes, dit-il, le foyer variant à chaque instant et faisant subir à la pupille des changements de diamètre rapides et subits, ces instruments finissent toujours par affaiblir les deux yeux, l'un par excès d'action et l'autre par défaut.

Préceptes relatifs à la lumière artificielle.

Sans entrer ici dans des détails qui trouveront leur place lorsqu'à propos des habitations nous nous occuperons de l'éclairage privé et public, nous dirons qu'il faut éviter avec un soin égal l'insuffisance et la trop grande intensité de la lumière; qu'il faut une flamme égale, dépourvue d'oscillations et aussi pure que possible. A ce point de vue, les bougies sont préférables aux chandelles et les bonnes lampes à huile aux bougies et au gaz.

Afin d'éviter le fâcheux effet des rayons directs, il ne faut jamais que le corps éclairant soit placé entre l'œil et le livre, le papier ou l'objet sur lequel on travaille.

Pour modérer la lumière, on peut faire usage de globes de verre dépolis, de capuchons de gaze, de réflecteurs opaques; mais ces derniers appareils ne sont pas sans inconvénients en raison du contraste qu'ils font naître entre la partie sur laquelle ils réfléchissent les rayons lumineux et l'obscurité répandue dans la pièce où ils sont placés. Les surfaces réfléchissantes sont, en général, nuisibles, et jamais, quand on lit à la clarté d'une lampe, il ne faut placer le livre dans le champ des rayons réfléchis. Le meilleur préservatif consiste à placer entre l'œil et la lumière une toile tendue, un papier huilé, une gaze, un écran quelconque destiné à intercepter les rayons lumineux directs et à ne laisser arriver que de la lumière diffuse. Les verres d'éclairage colorés en bleu ou en vert; l'emploi, quand on écrit, de papier teinté de bleu sont également des précautions utiles à prendre.

Les enfants, les vieillards et les convalescents doivent plus que tous autres être soustraits à l'action d'une lumière artificielle trop intense; il en est de même pour les sujets atteints de certaines maladies nerveuses, telles que l'aliénation mentale, l'hystérie, l'hydrophobie, etc.

Pour éviter les brusques transitions au moment du lever, Beer veut que les chambres à coucher soient éclairées pendant la nuit au moyen d'une lampe d'albâtre, et que le matin l'on n'y laisse pénétrer la lumière solaire que graduellement.

Bibliographie.

Edwards. *De l'influence des agents physiques sur la vie.* Paris, 1824.

Morren. *Essais pour déterminer l'influence qu'exerce la lumière sur la manifestation et le développement des êtres végétaux et animaux.* In *Ann. des sciences naturelles*, 1835, t. III, p. 5, 174, 224; t. IV, p. 13, 142.

Sappey. *De l'influence de la lumière sur les êtres vivants* (thèse pour l'agrégation en anatomie). Paris, 1844.

Gerdy. *Pathologie générale médico-chirurgicale.* Paris, 1851.

Réveillé-Parise. *Hygiène oculaire.* Paris, 1823.

Arlt. *Die Pflege der Augen im gesunden und Kranken Zustande.* Prague, 1846.

Sichel. *Leçons cliniques sur les lunettes.* In *Annales d'oculistique.* Paris, t. XIV, p. 193; t. XVI, p. 41.

Briquet. *De l'éclairage artificiel* (thèse du concours pour la chaire d'hygiène). Paris, 1837.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14, 18, 25 octobre; 8 et 11 novembre.

SOUSCRIPTION

pour un confrère dans le besoin.

MM. Sichel	5 fr.
Malgaigne	5
Chomel	5
Ph. Boyer	5
Denonvilliers	5
Rostan	5
Lallemand	5
Laugier	5
Cloquet	5
Piorry	5
Rayer	10
Pourrat (de Cunlhat)	1
Précédentes souscriptions	90
Total	151

Chronique et nouvelles.

— Les journaux allemands annoncent que le choléra fait en ce moment de grands ravages dans le comitat de Trenstchin, en Hongrie.

— Les actes de dévouement auxquels a donné lieu dans la province d'Oran cette cruelle maladie viennent d'être l'objet d'un rapport de M. le ministre de la guerre au président de la République. D'après ce rapport, une médaille d'honneur a été accordée aux honorables médecins dont les noms suivent:

MM. Heynemann-Moritz, médecin civil à Oran;

Barat, chirurgien de la marine à Mers-el-Kébir;

Thune, médecin civil à Mascara;

Et des mentions honorables ont été accordées à MM. Coulandon Rougier, De Larat et Grossi, médecins civils de la banlieue d'Oran.

M. Bernsdorff, infirmier à l'hôpital civil d'Oran, a reçu également une médaille d'honneur.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Antoine, chirurgien-major de 1re classe au 3e d'artillerie, est désigné pour le 11e d'artillerie.

M. Frainnau, chirurgien major de 1re classe au 11e d'artillerie, est désigné pour le 3e d'artillerie.

M. Bauvieux, chirurgien-major de 2e classe au 2e cuirassiers, est désigné pour le 9e léger.

M. Blot, chirurgien-major de 2e classe au 9e léger, est désigné pour le 2e cuirassiers.

M. Moutier, chirurgien aide-major de 2e classe à la division d'Alger, est nommé à la 1re classe à la même division.

M. Burgkly, chirurgien aide-major de 2e classe à la division d'Alger, est nommé à la 1re classe à la même division.

M. Moulinier, chirurgien aide-major de 2e classe au 2e bataillon de tirailleurs indigènes de Constantine, est nommé à la 1re classe au même bataillon.

M. Pauli, chirurgien aide-major de 2e classe au 23e léger, est nommé à la 1re classe au même régiment.

Erratum. — Nous avons déjà averti nos lecteurs que nous nous en rapportions à leur perspicacité pour nous exonérer des non-sens, des barbarismes et des solécismes que nous prêtent quelquefois les erreurs et les inattentions des typographes. C'est seulement pour renouveler cet avertissement que nous signalerons le petit barbarisme qu'on nous a fait commettre dans notre premier-Paris de samedi dernier, où l'on a remplacé cette locution: *dévoyé de* tous les sentiers de la logique par cette autre: *dérayé* de tous, etc.

Le Gérant.

Paris, Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 134. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 134. — JEUDI 20 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

OUVERTURE DU COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Rôle mécanique du tissu cellulaire dans les maladies chirurgicales, et spécialement dans les inflammations.

Dans les études médicales, il est un point sur l'importance duquel on ne saurait trop insister : c'est le diagnostic. En effet, le diagnostic, synonyme de la *connaissance de la maladie*, est indispensable pour arriver au pronostic et au traitement. Un seul exemple suffira pour démontrer la vérité de cette assertion.

Voici une tumeur ; elle peut être cancéreuse ; elle peut être graisseuse. Dans l'un et l'autre cas, le pronostic n'est pas le même ; le traitement ne différera pas moins ; il est donc très important de savoir à laquelle des deux tumeurs on a affaire.

Le diagnostic comprend des notions nombreuses. Les unes se tirent des causes et de la nature de la maladie, les autres de l'âge et de la constitution des malades, etc. Ces notions, vous les connaissez tous ; aussi ne m'y arrêterai-je pas. Mais il y en a une autre moins généralement connue peut-être, et qui est de la plus grande importance, c'est celle qui découle des connaissances anatomiques.

L'anatomie a une immense influence dans la physique et la mécanique des maladies ; il y a là une source féconde à laquelle on ne saurait trop puiser.

L'organisme humain est composé d'éléments divers qui ont à peu près tous pour point de départ le tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire est en quelque sorte la base fondamentale de l'organisme ; on le trouve partout, dans les muscles, le cœur, les poumons, etc. ; etc. Mais il est aussi le point de départ, le siége primitif de presque toutes les maladies, entre autres des maladies aiguës. Il n'y a pas une région du corps où ces maladies ne prennent un caractère particulier dû à la disposition du tissu cellulaire, ne soient modifiées dans leur forme, leur développement ou leur formation, dans leurs caractères matériels, par les dispositions spéciales du tissu cellulaire.

Le tissu cellulaire étant partout susceptible de se laisser pénétrer par les liquides, il est tout simple que ce soit là que se forment les épanchements, les infiltrations. Dans ce cas, il y aura des résistances plus ou moins grandes de la part du tissu cellulaire lui-même ou des tissus des organes voisins, qui mettront obstacle au cours des liquides dans tel sens plutôt que dans tel autre.

La pesanteur jouerait le principal rôle dans le cours de ces liquides si le tissu cellulaire était partout également spongieux, ou également dense, ou également soutenu ; mais il n'en est pas ainsi. Le tissu cellulaire se présente dans l'économie sous deux formes générales : il est en vacuoles, filamenteux ou en lamelles, sous forme de tissu cellulaire *feutré* ou de tissu cellulaire *folliacé*. Ainsi, sous la peau, le tissu cellulaire est *feutré;* près de l'aponévrose, au contraire, il est *folliacé*.

Ces deux formes jouent un très grand rôle dans les maladies en général, dans les maladies chirurgicales en particulier.

Ainsi, une inflammation qui se développe sous l'aponévrose suit les couches de tissu cellulaire placées entre les muscles; sous les muscles, elle envahit le tissu cellulaire qui double le périoste. Au milieu des membres et entre les muscles, il y a des vaisseaux qui ont chacun une gaîne de tissu cellulaire, ou qui rampent au milieu d'une traînée générale de tissu cellulaire.

Si, au-dessous de la peau, l'inflammation s'établit dans le tissu lamelleux, elle revêtira le caractère du phlegmon diffus. En effet, les liquides appelés, accumulés par l'inflammation, ont une puissance qui les oblige à se déplacer. Au milieu de tissus d'une densité variable, entre la peau qui résiste en avant et l'aponévrose qui l'arrête en arrière, l'inflammation devra fuser entre la peau et l'aponévrose.

Si l'inflammation existe dans la couche feutrée, elle tend, au contraire, à rester circonscrite. C'est ainsi que les choses se passent à peu près constamment, si quelques causes d'un autre ordre ne viennent pas arrêter ou modifier la marche de l'inflammation.

L'inflammation se propagera dans un sens plutôt que dans un autre, ai-je dit. Supposons qu'elle ait son siége au-dessus de l'aine, dans la couche folliacée; les personnes étrangères aux notions précises d'anatomie chirurgicale penseront qu'elle doit gagner et s'étendre du côté de la cuisse. Cependant le contraire arrivera ; l'inflammation montera au lieu de descendre, et le malade serait constamment debout que l'inflammation monterait de même, au lieu de descendre.

En effet, à mesure que l'on se rapproche du pli de l'aine, le tissu cellulaire devient de plus en plus dense, à cause de l'entre-croisement qui s'opère là entre la couche sous-cutanée de la cuisse et de l'abdomen ; par en haut, au contraire, le tissu cellulaire va en se raréfiant et devient de plus en plus poreux ou lamelleux.

Non-seulement ce principe est vrai pour les inflammations sous-cutanées de toutes les régions du corps, mais encore pour celles qui se développent sous les muscles, au fond des membres ; pour les infiltrations de pus, de sérum ; pour les contusions, etc.

Sous l'aponévrose des membres, l'inflammation s'étalera dans le sens des traînées cellulaires intermusculaires. C'est là que viennent s'épancher les liquides. Si l'épanchement se fait entre le corps des muscles, comme ces organes se contractent, la pression qu'ils exercent les uns contre les autres refoulera les liquides vers les masses de tissu cellulaire, parce que, de ce côté, il y a plus de porosité, ou moins de résistance.

Tous les organes, les vaisseaux, les nerfs, traversent le tissu cellulaire et en sont partout accompagnés ; s'il se forme des épanchements, s'il se développe des inflammations sur leur trajet, les vaisseaux, ayant une gaîne celluleuse, conduiront donc les liquides, les inflammations à la manière d'une sorte de filtre. Ainsi, y a-t-il une carie vertébrale, la suppuration suivra les vaisseaux ou les nerfs, soit du côté de l'aine, soit du côté de la fesse, soit du côté du périnée. Cette connaissance anatomique peut éclairer le diagnostic. En effet, si l'on voit une accumulation de pus dans certains endroits, on peut dire quel genre de vertèbre est attaqué. Un abcès par congestion sous la peau de l'aine indique que le pus a fusé sous le péritoine, le long des vaisseaux iliaques ; sous le *fascia lata*, le foyer a suivi le nerf crural en passant sous le *fascia iliaca*, etc.

Ce fait est évident pour de gros vaisseaux, il ne l'est pas moins pour les petits. Du centre des membres, il s'échappe des vaisseaux qui vont à la surface. Comme les gros troncs, ces vaisseaux, d'un calibre inférieur, sont accompagnés de tissu cellulaire ; c'est ce tissu cellulaire qui très souvent entraîne la maladie de la profondeur à la surface du membre.

Il y a, en outre, des organes ou des régions qui modifient dans certains cas la marche de la phlegmasie par leur forme propre. Ainsi, dans le jarret, il y a une masse cellulaire emprisonnée en avant par les os, en arrière par l'aponévrose, et en bas par la racine des jumeaux. Mais entre les jumeaux il y a des vaisseaux, et l'inflammation pourra les suivre dans le centre de la jambe. De plus, en haut les muscles sont séparés par une couche cellulaire assez épaisse ; telle est celle qui existe entre le demi-membraneux et le demi-tendineux d'une part, le biceps et le vaste externe d'autre part. Comme cette couche celluleuse remonte jusque vers l'ischion, l'inflammation pourra donc arriver jusque-là et remonter du jarret vers le bassin !

Si l'inflammation se développe dans un ganglion, comme tout est serré dans le ganglion, elle y restera ; mais si elle s'échappe au dehors, elle tombera dans un tissu cellulaire très poreux : de là un phlegmon diffus, de phlegmon circonscrit que l'on avait d'abord.

La mamelle est enveloppée d'une masse celluleuse considérable ; mais, le tissu cellulaire n'étant pas le même aux diverses couches de la mamelle, j'ai dû distinguer plusieurs inflammations dans cette glande, etc.

Cette manière d'envisager les rapports de l'anatomie avec la chirurgie forme, comme vous le voyez, messieurs, une science fort étendue. Je suppose que vous reconnaissiez une inflammation en avant du périnée, avec ces notions vous pourrez annoncer que l'inflammation se portera non en arrière, mais en haut. En effet, sous l'aponévrose périnéale il y a du tissu cellulaire qui vient s'étaler sur la racine des corps caverneux, de manière qu'en suivant ce trajet l'inflammation gagnera les parois abdominales. Le pronostic trouve donc son compte dans cette manière d'envisager les maladies. La thérapeutique est également modifiée. Ainsi, dans l'exemple que je viens de vous donner, pour éviter les accidents que causerait l'inflammation en gagnant les parois abdominales, on devra se hâter de faire l'ouverture des abcès, tandis que ce serait le contraire si le mal avait son point de départ dans la couche sous-cutanée de la même région.

Tel est, messieurs, un des coins ou point de vue sous lequel je voulais vous faire envisager les rapports de l'anatomie avec la chirurgie. Je tenais à commencer ainsi le cours de nos leçons de cette année pour que vous puissiez mieux comprendre ce que j'aurai à vous dire chaque jour d'un genre de maladies que l'on rencontre à tout moment, je veux parler des phlegmasies, ainsi d'ailleurs que de la plupart des autres maladies. Depuis une trentaine d'années que je professe cette doctrine, soit dans mon anatomie chirurgicale, soit au lit des malades, soit dans cet amphithéâtre, je n'ai fait que me convaincre de plus en plus de son extrême importance.

RAPPORT

sur une observation de superfétation ombilicale congénitale d'une petite fille de 14 ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire;

Par M. le Dr Th. SULIKOWSKI, de Jallancourt (Meurthe).

Voici le rapport fait à l'Académie par M. Danyau sur le fait extraordinaire observé par M. Sulikowski.

Tel est, messieurs, le titre assez bizarre du travail dont nous avons été chargé de vous rendre compte. Un résumé succinct du fait vous fera mieux connaître que le titre lui-même la nature du cas pathologique observé par M. Sulikowski, et le mérite de l'opération par laquelle il a réussi à guérir sa malade.

OBS. — Marie Drapier naquit en 1833, à Jallancourt, avec un développement remarquable de l'abdomen, qui alla en augmentant jusqu'à l'âge de dix ans. Souvent tourmentée pendant tout ce temps de coliques atroces et de dévoiement avec perte de l'appétit, du sommeil et des forces, elle resta petite, presque aussi large que haute et finit par ne pouvoir plus se transporter d'un lieu à un autre, malgré les moyens de sustentation employés pour remédier au volume et au poids de son ventre, qui descendait jusqu'aux genoux. En 1843, une rupture se fit à l'ombilic et donna issue à 12 ou 14 livres d'un liquide séreux, coagulable à la chaleur, et à plusieurs mèches de longs cheveux châtains. Cette évacuation fut suivie d'une notable diminution du volume du ventre. L'ouverture ombilicale, large comme une pièce de 5 francs, laissait apercevoir un corps charnu, résistant, vermeil, indolore, parsemé de cheveux et de dents.

Ce fut trois ans plus tard que M. Sulikowski eut occasion d'observer cette jeune fille. Il s'assura en introduisant l'index à travers l'ouverture de l'ombilic que le corps contenu dans l'abdomen, bien volumineux sans doute, était heureusement pédiculé, et il lui sembla qu'un débridement convenable permettrait d'embrasser ce pédicule dans une ligature et d'en faire plus tard l'excision. Cette proposition ne fut point agréée par le médecin de la famille. On attendit, et bientôt il s'établit des adhérences entre la tumeur et les parois abdominales. Lorsque plus tard la malade fut confiée aux soins de M. Sulikowski, il hésita à son tour, attendit plus de huit mois, et ne se décida que lorsqu'il lui fut impossible de résister aux instances réitérées des parents.

C'était en 1847; Marie Drapier avait alors quatorze ans. Elle avait à la région ombilicale une tumeur étrange, adhérente aux parois abdominales, du volume des deux poings, moitié cachée, moitié découverte, et, dans cette dernière partie, irrégulière, anfractueuse, parsemée de cheveux assez longs, de dents incisives et molaires.

Telle était la tumeur que M. Sulikowski enleva le 4 novembre, en présence et avec l'aide de MM. les docteurs Joissy, de Delmes, Mathieu, de Nomeny, et Waller, de Sogues.

La malade ayant été préalablement soumise aux inhalations du chloroforme, M. Sulikowski procéda de la manière suivante : « Pénétrant, dit-il, dans la cavité abdominale au moyen de deux incisions semi-lunaires s'étendant à quatre pouces au-dessus et au-dessous de l'ouverture ombilicale, j'incisai complétement la tumeur, divisant successivement toutes les parties molles, y compris le péritoine et l'épiploon. Du côté droit je liai l'artère et la veine ombilicales ; je divisai une espèce de ligament qui allait jusqu'à la vessie et que je pris pour l'ouraque. »

Il y eut un grand écoulement de sang, et, comme on devait s'y attendre, issue à travers cette énorme plaie de la masse des viscères abdominaux. Ce ne fut pas sans peine qu'on en obtint la réduction et qu'on parvint à réunir la plaie. Il ne fallut pas moins de quatorze points de suture entrecoupée pour opérer cette réunion. L'opérée ne se réveilla que lorsque tout fut terminé.

Le soir même de l'opération il y eut une hémorrhagie assez abondante, et en même temps apparut un ensemble de symptômes, tels que hoquets, énorme ballonnement du ventre, vomissements incessants, excrétion presque continuelle d'urine, qui semblait annoncer une mort inévitable et prochaine. Ainsi semblait devoir se justifier le pronostic des confrères de M. Sulikowski, qui avaient accusé de témérité une entreprise devant laquelle des maîtres de l'art avaient reculé.

Tous ces accidents furent heureusement dissipés par l'application d'une vessie remplie à moitié d'une eau vinaigrée et additionnée d'une bonne poignée de sel ammoniac. Hoquets, vomissements, envies d'uriner, ballonnement du ventre, hémorrhagie, tout céda *comme par enchantement* à l'emploi de ce moyen, qui fut continué ou renouvelé les jours suivants. Le quatrième jour la plaie semblait réunie ; le sixième, les sutures furent enlevées ; le huitième, l'opérée se lève; le quinzième, elle était parfaitement guérie ; elle put se promener dans le village.

Depuis trois ans la guérison de Marie Drapier ne s'est pas démentie, et cette jeune fille, autrefois si chétive et si mal portante, s'est remarquablement développée et jouit de la meilleure santé.

La tumeur enlevée si heureusement par M. Sulikowski n'est autre chose qu'un fœtus incomplet et déformé, sur lequel un premier examen a déjà permis de reconnaître :

1° Une face bien dessinée avec deux enfoncements orbitaires dépassés par un tubercule nasal, les deux mâchoires, la langue et quelques dents ;

2° Un cou que le rapprochement de l'abdomen fait presque disparaître ;

3° Un abdomen pourvu d'un ombilic très complet ;

4° Les parties génitales d'un garçon, verge et scrotum avec les deux testicules ;

6° Une enveloppe cutanée autour de toutes ces parties.

Cette masse était alimentée par une artère et une veine qui ont été liées pendant l'opération.

Tel est, messieurs, le fait communiqué à l'Académie par M. Sulikowski. Pour que rien ne manquât à l'authenticité de ce fait, l'auteur a joint à son mémoire cinq dessins et la pièce pathologique elle-même.

Dans ce que M. Sulikowski appelle tubercule nasal, on ne trouve point d'os; les maxillaires supérieurs et inférieurs font également défaut, et au niveau des enfoncements qu'il nomme orbitaires, il n'y a pas d'orbite. On n'y rencontre que des masses graisseuses, fibreuses, cartilagineuses, mêlées à quelques fragments osseux informes; si bien que, malgré la présence de trois dents bien formées, on pourrait se demander si cette face en est bien une, et si les dispositions qui la représentent ne sont pas un pur effet du hasard. Nous ne le pensons pas pourtant, et un des motifs qui nous rangent à l'opinion de M. Sulikowski, c'est la rencontre que nous avons faite derrière ce qu'il appelle enfoncements orbitaires, c'est-à-dire derrière les paupières froncées et déprimées, de globes à parois épaisses, blanchâtres, remplies d'un liquide trouble et représentant assez bien le globe oculaire.

La partie informe placée au-dessous de la face, et que M. Sulikowski considère comme l'abdomen, ne lui paraît telle, sans doute, que parce qu'en ce point cette partie présente une dépression irrégulière qu'il décore du nom d'ombilic. L'intérieur de cette masse, fendue en plusieurs sens, contient, outre les substances déjà mentionnées, une large plaque osseuse, mince dans une certaine étendue, épaisse et irrégulière ailleurs, et qu'il est impossible de rapporter à un os régulier quelconque.

Ce que M. Sulikowski regarde comme le scrotum renferme bien deux cavités séreuses et même une troisième très petite, irrégulière, non cloisonnée, toutes trois à moitié pleines d'un liquide trouble, séro-purulent; mais le scrotum ne contient pas de testicule. Enfin, ce qui représente le pénis n'est qu'un repli cutané sans orifice, sans canal, sans corps caverneux.

Au-dessous de ces rudiments de parties génitales se trouvent quelques portions d'os qui ne rappellent ni la forme des os du bassin, ni celle des os des membres inférieurs.

On n'aperçoit pas la marque des adhérences que la tumeur avait contractées avec l'ouverture qui s'était produite à l'ombilic, ni les troncs des vaisseaux coupés pendant l'opération.

Nulle part non plus on ne voit de traces d'enveloppes fœtales. Ont-elles existé? Que sont-elles devenues? Questions qui ne sont pas sans importance, mais qui sont bien difficiles à résoudre.

L'analyse que je viens de faire de l'observation très intéressante de M. Sulikowski et les détails nouveaux qu'une dissection plus complète m'a permis d'ajouter ne laissent point de doute sur la véritable nature du cas qui nous a été présenté par ce médecin. Il s'agit bien évidemment ici d'une *monstruosité par inclusion*.

Cette dénomination, plus généralement admise pour les cas de ce genre, plus simple, plus nette et plus intelligible, nous eût paru plus convenable. Le titre donné par M. Sulikowski à son observation est fondé sur sa théorie, qui, parmi toutes celles proposées, lui paraît le mieux rendre compte de la formation de cette singulière monstruosité. On peut ramener à cinq principales les explications données par les tératologues :

1° L'inclusion originelle d'un ovule dans un autre, et leur fécondation simultanée;

2° La formation d'un ovule à deux germes;

3° L'inclusion d'un ovule ou d'un très jeune embryon dans un autre embryon antérieurement conçu et déjà plus ou moins développé;

4° L'inclusion d'un ovule et d'un embryon dans un autre conçu en même temps que lui;

5° Enfin, la production de l'embryon inclus par le sujet principal (1).

En rappelant ces diverses explications si savamment exposées par l'éminent auteur du *Traité de Tératologie*, nous n'avons point eu la pensée de discuter après lui les arguments favorables ou contraires à chacune d'elles, de faire un choix à notre tour, et d'appuyer ou de combattre celui de M. Sulikowski; nous avons seulement voulu expliquer son titre, fort incompréhensible pour qui ne se rappelle pas ses théories, et fort étrange même pour ceux qui les ont présentes à l'esprit.

Fût-elle exacte (et nous ne nous chargeons pas de la défendre), cette explication ne rendrait pas plus clair le titre singulier de *superfétation ombilicale congénitale. Superfétation*, soit, au point de vue de l'auteur. Mais pourquoi *ombilicale?* Nul, que nous sachions, n'a fait connaître une espèce d'inclusion monstrueuse à laquelle cette dénomination fût exclusivement applicable. La *sous-cutanée* et l'*abdominale*, de laquelle on fait dériver la *testiculaire*, sont les seules admises. C'est à la première certainement que se rapporte le fait de M. Sulikowski; et le siége de sa tumeur dans la région ombilicale ne suffit pas pour constituer une espèce nouvelle. Quant à l'appellation de *congénitale;* n'est-elle pas tout au moins inutile. Le titre de l'observation, fort intéressante d'ailleurs, qui nous est soumise pèche donc sous tous les rapports, et nous regrettons que M. Sulikowski n'ait pas fait preuve de plus d'exactitude, de précision et de clarté sur un point qui n'est pas sans importance.

C'est assez m'arrêter, messieurs, sur un détail de forme; plusieurs points beaucoup plus importants se présentent sur lesquels je désire appeler votre attention.

Et d'abord, pour placer tout de suite l'éloge à côté de la critique, nous dirons que nous ne saurions trop louer l'heureuse hardiesse de notre confrère et le féliciter trop hautement du beau succès qu'il a obtenu. Lorsqu'on songe que, pour débarrasser cette malheureuse jeune fille, il a fallu largement ouvrir le ventre, détruire profondément avec l'instrument tranchant les adhérences de la tumeur, et que, la tumeur enlevée, les viscères abdominaux se trouvaient à découvert et se précipitaient en masse à travers la large plaie des parois abdominales, que toutes les difficultés de l'opération ont été habilement surmontées, que les accidents consécutifs n'ont pas été moins heureusement maîtrisés, on ne peut refuser un juste hommage à la décision, au sang-froid, à la dextérité et à l'habileté thérapeutique dont M. Sulikowski a fait preuve dans un cas singulièrement difficile et sans précédent dans l'histoire de la médecine opératoire.

Nous espérons que ces éloges s'adressent à un praticien non moins sage que hardi. Quelque mérités qu'ils fussent, nous les regretterions assurément si, fort de la haute approbation de l'Académie, M. Sulikowski devait un jour passer de la hardiesse à la témérité. Cette réflexion, j'allais presque dire cette restriction, nous est inspirée par quelques remarques que nous lisons après le récit de l'observation dans le mémoire de notre confrère.

Qui ne s'étonnera, en effet, de le voir, rapprochant sans raison le cas observé par lui de celui des jumeaux siamois, déclarer qu'il n'eût pas hésité un seul instant à séparer ces deux frères l'un de l'autre, et trancher avec la plus grande légèreté une question que les plus éminents physiologistes et les plus habiles chirurgiens avaient si différemment résolue! Il ne faut pas croire que M. Sulikowski se laisse arrêter par la présence dans la bande qui unissait les deux Siamois d'une portion d'intestin commune. Il n'eût reculé, à l'entendre, ni devant l'entéroraphie, ni devant l'établissement d'un anus contre nature temporaire. Quant aux accidents consécutifs d'une opération de ce genre ou de celles qui mettent bien plus largement encore le péritoine à découvert, M. Sulikowski semble si sûr de les conjurer par l'application de la vessie qu'il a mise en usage chez Marie Drapier et à la suite d'autres opérations très graves qu'il ne craint pas de dire, et ici nous citons textuellement ses paroles, « qu'aujourd'hui les opérateurs doivent marcher tout droit à la rencontre des tumeurs renfermées dans la cavité abdominale, même en cas d'anévrisme de l'aorte, sans aucun ménagement pour le péritoine. »

Nous craignons que, dans l'enivrement du succès, M. Sulikowski ne soit allé ici au delà de sa pensée; si telle devait être sa conduite, nous n'hésiterions pas à la taxer de témérité. Qu'après les opérations graves pratiquées sur le ventre, après l'opération césarienne elle-même, on ait quelquefois employé avec succès les applications d'eau froide, les mélanges réfrigérants, s'ensuit-il que la vessie conseillée par notre honorable confrère doive être considérée comme un moyen préservatif ou curatif infaillible, et que, sûr du résultat, le chirurgien puisse désormais tout entreprendre? Sans doute M. Sulikowski ne le pense pas lui-même; mais, si malheureusement il s'est formé une conviction pareille, il doit s'attendre à de cruels mécomptes.

Au lieu de s'abandonner à des exagérations que la saine pratique réprouve, M. Sulikowski n'eût-il pas mieux fait de concentrer toutes ses remarques sur le cas si curieux et si rare de Marie Drapier?

Nous ne pensons pas, en effet, que la science possède un seul fait de cette espèce. On sait quel est, dans la monstruosité par inclusion, et je veux surtout parler de celle qu'on appelle *abdominale*, le sort réservé à l'autosite. Il succombe ordinairement à la suite d'un travail qui tôt ou tard se déclare autour du parasite inclus. La guérison n'est pourtant pas sans exemple; elle a quelquefois eu lieu par l'expulsion en masse (1), ou mieux par fragments (2) du produit informe renfermé dans l'abdomen.

L'art n'a rien à revendiquer dans ces rares guérisons. Si la main du chirurgien a pu se porter avec succès sur la monstruosité par inclusion quand elle est simplement scrotale ou testiculaire, elle n'a point été assez hardie pour aller l'attaquer dans la région profonde du ventre. L'incertitude du diagnostic l'eût arrêtée sans doute; mais croit-on qu'elle eût été plus entreprenante en présence d'un diagnostic certain? N'eût-elle pas reculé devant une opération inutile en l'absence d'accidents, plus inutile encore dès qu'ils ont éclaté?

Et cependant, c'est bien une monstruosité par inclusion sur laquelle M. le docteur Sulikowski n'a pas craint de porter l'instrument tranchant; mais ne s'est-il pas trouvé, pour opérer, dans des conditions exceptionnelles bien propres à justifier son entreprise, lors même qu'elle n'eût pas été couronnée de succès? Dans la plupart des cas, le parasite, profondément caché dans l'abdomen, ne révèle sa présence qu'à un âge plus ou moins avancé, et par des douleurs dont la cause reste fort obscure et le plus souvent ignorée. La découverte presque toujours tardive d'une tumeur ne fournit pas d'indices beaucoup plus certains, soit à cause de la difficulté ou de l'impossibilité d'en déterminer la nature; soit à cause de l'extrême rareté de l'inclusion abdominale, rareté telle qu'on peut bien oublier d'en faire entrer la présomption dans une discussion de diagnostic.

Quant au cas de Marie Drapier, il était beaucoup moins obscur, et le diagnostic ayant pu être porté avec certitude, on comprend facilement qu'on ait pu songer à une opération. Loin de nous cependant la pensée, en rappelant ces circonstances favorables, de chercher à amoindrir le mérite de M. Sulikowski.

Nous ne voulons rien retrancher des éloges que nous avons déjà adressés à cet honorable praticien, et nous y ajouterons même celui de ne s'être décidé, dans une entreprise qui paraissait tout au moins hardie, que sur des données à peu près certaines. Les facilités du diagnostic que M. le docteur Sulikowski a trouvées dans les conditions exceptionnelles que nous venons de signaler ne sont pas les seules circonstances remarquables de son observation. On a été frappé dans l'analyse que nous en avons donnée de cette accumulation de liquide qui donnait à son ventre de si énormes proportions. C'est encore là quelque chose d'inouï jusqu'à ce jour dans l'histoire des monstruosités par inclusion.

Qu'était-ce que ce liquide? Où s'était-il accumulé? S'agissait-il d'une hydropisie? L'idée d'une ascite est difficile à soutenir. Comment aurait-elle pu se produire? Le parasite, qu'il fût ou non en dehors du péritoine, aurait-il agi à la façon des tumeurs dont la présence, en gênant la circulation veineuse abdominale, amène un épanchement de sérosité? L'auteur (et c'est un reproche que nous devons lui adresser) ne s'est pas expliqué sur les connexions précises de la tumeur; mais sa description lui assigne une position assez superficielle et telle que des veines importantes ne pouvaient guère être comprimées. Puis après l'évacuation du liquide la tumeur persistant, et l'ouverture s'étant trouvée close par des adhérences établies à son pourtour, pourquoi l'hydropisie ne se serait-elle pas reproduite? Une hydropisie de l'amnios, plus probable sans doute, n'est pourtant pas beaucoup mieux démontrée.

Le parasite inclus a bien, dans quelques cas, non-seulement des membranes fœtales distinctes, mais encore un fluide amniotique propre qui l'enveloppe et l'isole; mais la quantité en est bien peu considérable, et l'énorme proportion à laquelle il se serait élevé dans le cas de Marie Drapier ne serait pas une des moindres singularités de ce fait. En supposant que le kyste fœtal, nécessairement très vaste, eût subi à la longue un retrait proportionnel à la diminution du volume du ventre, n'aurait-il pas laissé au moins quelques vestiges? L'auteur, nous l'avons déjà dit, n'en fait nullement mention; et nous avons vu qu'il n'y en avait pas le plus petit lambeau adhérant à la tumeur. Mais, après tout, est-ce une raison pour en rejeter l'existence? Quelques détails malheureusement oubliés auraient dissipé toute incertitude à cet égard. Lors du premier examen, avant la formation des adhérences qui s'établirent ultérieurement entre la tumeur et le pourtour de l'ouverture ombilicale, il était sans doute facile de reconnaître si le parasite était libre au milieu des viscères abdominaux, ou s'il était contenu dans une enveloppe propre. Dans ce dernier cas, il y avait probablement adhérence de ce kyste fœtal à l'ombilic; enveloppes du ventre et enveloppes du fœtus se seraient ensemble amincies, puis rompues, et il serait arrivé ici ce qu'on a observé quelquefois, très exceptionnellement sans doute, dans une ascite simple portée à un extrême degré.

L'absence d'accidents inflammatoires depuis la rupture jusqu'à l'époque des adhérences entre la tumeur et l'ouverture ombilicale se concilie mieux avec cette dernière hypothèse. Une large communication du péritoine avec l'air extérieur, si longtemps prolongée, aurait-elle eu la même innocuité?

En admettant, ce qui est peu probable, que l'état dans lequel se trouvait Marie Drapier ne se fût pas plus ou moins prochainement terminé par la mort, c'était une bien triste existence que la sienne. Elle devra donc à M. le docteur Sulikowski non-seulement d'avoir été soustraite, par l'opération qu'il a si habilement pratiquée, aux misères dont elle était assaillie, mais encore d'avoir échappé aux dangers qui auraient pu, tôt ou tard, compromettre son existence.

— Après quelques mots de MM. Nacquart et Moreau, l'observation de M. Sulikowski et l'important rapport de M. Danyau sont renvoyés au comité de publication.

ABSENCE DE L'IODE

dans l'eau minérale de Cransac (source haute et basse),

Par M. Ad. Chatin, professeur à l'École de pharmacie.

Le dernier numéro du *Journal de Pharmacie et de Chimie* vient de reproduire une communication faite à l'Académie des sciences par M. Blondeau-Richard, et sur laquelle il nous paraît utile de présenter quelques remarques. M. Blondeau a fait une analyse des eaux de Cransac, d'après laquelle il rejette comme éléments minéralisateurs de ces eaux : 1° le manganèse, dont la présence signalée par Vauquelin y a été ensuite constatée par MM. O. Henry et Pomarède, et plus récemment par M. Rivot; 2° le fer, dont l'existence à l'état de sulfate a été reconnue en 1849, dans des recherches faites aux sources mêmes par M. O. Henry, qui est de nos jours le chimiste le plus exercé et le plus habile dans l'analyse des eaux. Par compensation, M. Blondeau-Richard trouve dans les eaux de Cransac une quantité très notable d'iodhydrate d'ammoniaque; savoir : 0,011 en août, 0,008 en avril pour la source haute, et 0,009 au moment le plus défavorable de l'année pour la source basse. L'arsenic, dont la présence dans ces eaux avait déjà été établie par M. O. Henry, y serait, d'après les recherches de M. Blondeau-Richard, à l'état de sulfure dissous par l'iodhydrate et le chlorhydrate d'ammoniaque. La proportion du sulfure arsenical s'élèverait dans la source haute à 0,00025 en août, à 0,0095 en avril.

Le professeur de Rhodez attribue à ce dernier composé une grande part dans les propriétés des eaux de Cransac, et je suis à la fois disposé et heureux d'être de son avis. Disposé, parce qu'une statistique qui ébranlera au moins les doutes des esprits les plus difficiles m'a conduit à admettre qu'un autre corps, l'iode, agit très efficacement à des doses infiniment plus petites; heureux, parce que, obligé d'opposer à ses résultats sur la présence de l'iode ceux que j'ai consignés dans des recherches encore inédites sur quelques eaux minérales, M. Blondeau reconnaîtra que je ne fais pas de son travail une critique systématique.

Les nouvelles observations de M. O. Henry ont pour effet d'établir que le fer et le manganèse font bien réellement partie des eaux de Cransac, et que le composé arsenical serait autre qu'un sulfure. Quant à l'iode, l'habile chimiste ajoute qu'il a trouvé « seulement des traces *insignifiantes d'iodure*

(1) Is. Geoffroy Saint-Hilaire, *Traité de Tératologie*, t. III, p. 321.

(1) F.-L. Fleischmann, *Der fœtus im fœtus*. Nürnberg, 1846, s. 20.

(2) Aldrovande, Lentin, Huntt d'après Is. Geoffroy Saint-Hilaire. *Tératologie*, t. III, p. 316.

qu'on aperçoit *partout* aujourd'hui, d'après M. Chatin. » Ces quelques mots, traces *insignifiantes d'iodure*, iode *partout*, sont, je l'avouerai, ce qui m'a déterminé à jeter cette note dans le débat.

Je viens de dire qu'on serait prochainement conduit, par l'ensemble de mes recherches sur l'iode, à examiner si les minimes proportions de ce corps qui existent dans beaucoup de substances y sont sans influence sur leurs qualités. Je paraîtrais récriminer en insistant plus longtemps sur une question dont ce n'est pas ici le lieu de fournir la démonstration.

Je ne puis surtout accepter le mot *partout*, employé par mon ami M. Henry, à l'occasion de mes recherches sur l'iode, car il dépasse les résultats de mes observations sur quelques points importants. Sans doute on peut dire aujourd'hui, dans un langage général : l'iode est partout. Mais dans les faits de détail, dans les analyses qui ne peuvent le plus souvent porter que sur de petites masses, sous peine d'introduire dans les recherches des causes d'erreur, on ne peut aller jusque-là. Les eaux de Cransac le prouvent.

En effet, non-seulement je n'ai pas trouvé dans les eaux de la source haute, la seule d'ailleurs que j'aie examinée, la proportion *énorme* d'iodure que signale M. Blondeau-Richard, mais je n'ai même pu y découvrir les traces les plus faibles de ce corps, et cependant je me suis mis deux fois à l'œuvre.

En sera-t-il autrement de la source basse? Je l'ignore, mais je dis non; parce que le résidu terreux, qui est de 4 grammes par litre dans la source haute, s'élève presque au double dans la source basse, et que, j'ai déduit de mes recherches sur les eaux cette loi : que la proportion de l'iode diminue dans les eaux (même ferrugineuses) à mesure que celle des sels terreux augmente. Il est vrai qu'à côté de cette règle s'en place une autre qui la balance; mais la source basse de Cransac ne rentre pas plus dans celle-ci que la source haute. Je citerai occasionnellement, comme se rapprochant des sources de Cransac par la présence du fer et le manque d'iode, les eaux de Contrexeville, d'Ottancourt, de Saint-Antoine près Saint-Marcellin, de Pré-Saint-Didier en Piémont et celle de Passy, dont s'écarte un peu la source d'Auteuil récemment analysée par M. O. Henry.

Les résultats très différents obtenus par M. Blondeau-Richard et par nous ne tiendraient-ils pas à quelque circonstance de la nature de celle que je vais rapporter? A l'époque où je commençais mes recherches sur l'iode des eaux douces, je priai un grand nombre de pharmaciens répartis sur les divers points de la France de vouloir bien m'adresser les eaux de leur pays. Un de mes bons amis, M. Masson, maire de Tullins (Isère), qui sacrifie volontiers ses affaires personnelles à des fonctions publiques dans l'exercice desquelles il a déjà réalisé beaucoup de bien, m'adressa le produit de la principale fontaine de la ville. L'analyse y ayant indiqué 0,001 d'iode, proportion bien *insignifiante*, pensera-t-on peut-être, je crus cependant devoir le prier de m'envoyer une nouvelle provision d'eau puisée et embouteillée avec toutes précautions, attendu que mon premier résultat ne pouvait être accepté que sur de nouveaux essais. Ma défiance se fondait sur l'existence à Tullins de bon nombre de goîtreux, ce qui me semblait difficile à concilier avec la présence dans les fontaines d'une proportion d'iodure de beaucoup supérieure à celle qui empêche partout ailleurs le développement de la glande thyroïde. M. Masson m'adressa donc un nouveau produit parfaitement garanti; en même temps, il m'annonça que l'élève auteur du premier envoi avait fait une *grosse maladresse !* Cette fois, je ne pus admettre dans l'eau qu'*un millième de milligramme* d'iode par litre.

Je ne terminerai pas sans dire qu'un grand mérite du travail de M. Blondeau-Richard est de bien mettre en relief par son ensemble les différences que les eaux peuvent offrir suivant les différentes époques de l'année. Ad. Chatin,

Professeur à l'Ecole de pharmacie.

Avulsion de l'œil produite par une clef.

Par le docteur Verhaeghe, d'Ostende.

Les annales de la science contiennent plusieurs observations d'yeux chassés de leur orbite par suite de violences extérieures et descendus jusqu'au milieu de la joue, où ils restaient suspendus au nerf optique ou à des portions musculaires non divisées; mais je ne sache pas que des faits de la nature de celui que je viens d'observer à l'hôpital civil d'Ostende aient jamais été publiés. Il s'agit d'un œil extirpé par l'action d'une clef de porte, et cela avec autant de netteté et de rapidité que pourrait le faire la main la mieux exercée aux opérations chirurgicales et armée des meilleurs instruments. Je vais exposer le fait tout simplement et sans autre préambule; c'est la meilleure manière pour se faire bien comprendre.

Un pêcheur d'Ostende, nommé Degruyter (Jacques), âgé de quarante-neuf ans, constitution forte, adonné à la boisson, rentra chez lui, profondément ivre, dans la nuit du 25 au 26 juin dernier. Pendant qu'il était en train de se déshabiller, il trébucha et alla tomber de tout le poids de son corps contre la porte d'entrée de la chambre. Dans cette chute la région orbitaire du côté droit rencontra l'anneau de la clef qui se trouvait fixée dans la serrure de la porte, et comme cet anneau était très aminci par un long usage, il entamma la paupière supérieure, qu'il divisa verticalement de part en part jusqu'à son bord libre, entra dans l'orbite, et, agissant comme une espèce de levier ou plutôt d'une curette, extirpa l'œil, en coupant complétement toutes ses adhérences avec l'orbite. L'organe visuel, ainsi isolé avec une force dont on se fera facilement une idée, fut chassé de l'orbite et aller rouler par terre.

Degruyter, dont l'ivresse était si profonde qu'elle ne lui permettait pas de juger de la gravité de la blessure qu'il venait de se faire, continua à se déshabiller et se mit au lit, où il ne tarda pas à s'endormir. Sa femme, en se levant le matin, fut fort étonnée de voir la quantité de sang que son mari avait perdu par une blessure de la paupière en apparence si légère; mais son étonnement se changea bientôt en frayeur, lorsqu'elle trouva sur le plancher de sa chambre un œil que tous deux reconnurent bientôt pour avoir appartenu à l'un d'eux.

Appelé à l'instant, je vis cet homme couché dans son lit, les vêtements trempés de sang, dont j'estimai la quantité à une livre environ. La paupière supérieure était fendue verticalement dans l'étendue de six lignes; l'orbite droit était veuf de l'organe visuel et rempli de sang coagulé; des lambeaux de quelques-uns des muscles oculaires pendaient entre les paupières. L'hémorrhagie avait cessé tout à fait.

L'œil était entier; ses muscles avaient été déchirés à des distances variables de leur insertion à la sclérotique; le grand oblique et le droit supérieur l'étaient à trois quarts de pouce. Le nerf optique, lui aussi, était coupé à un pouce environ de son insertion à la sclérotique.

Ayant recueilli les détails rapportés plus haut sur la manière dont cet accident avait eu lieu, je me fis représenter la clef qui venait d'opérer cette mutilation et je la trouvai courbée à angle obtus par l'effort de la chute d'un corps si lourd; son anneau, très petit, était très mince, circonstances qui expliquent parfaitement comment cet instrument avait pu agir à l'instar d'une curette et enlever l'œil après avoir fendu la paupière.

Le blessé fut conduit à l'hôpital, où il fut vu par mes confrères attachés comme moi à cet établissement.

Après avoir repoussé les lambeaux des muscles oculaires dans l'orbite, je réunis la plaie de la paupière au moyen d'un point de suture, et recouvris la région blessée de compresses trempées dans l'eau froide, qu'on eut soin de tenir constamment mouillées. Le blessé fut mis à une diète sévère et prit une bouteille d'eau de Sedlitz.

La guérison a été rapide. (*Annales d'oculistique.*)

Académie nationale de médecine.

Séance du 18 novembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Correspondance officielle.

Elle comprend :

1° L'envoi de plusieurs formules de remèdes secrets;

2° Deux rapports sur les eaux minérales de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), par M. le docteur Fuzet-Dupouget; et de Prepiac (Drôme), par M. le docteur Loubier;

3° Trois rapports : l'un sur une épidémie de dysenterie, l'autre sur une épidémie de fièvres typhoïdes, par M. le docteur Pourcelot de l'arrondissement d'Altkirch (Haut-Rhin), et le troisième sur une épidémie de dysenterie, par M. le docteur Fouquet, membre du jury médical du Morbihan;

4° Un appareil de Mme Coquillard, accompagné d'une note, et destiné à faciliter la version. (Renvoyé à M. Chailly.)

5° M. le préfet de police adresse la statistique des décès dans la ville de Paris pendant les mois d'août et de septembre derniers.

Correspondance manuscrite.

Rétrécissement de l'urètre.

M. Auguste Mercier adresse une note sur les difficultés du cathétérisme dans les rétrécissements de l'urètre et sur les moyens de les vaincre.

Céphalotomie.

M. le docteur Dujardin, de Lille, adresse une observation de perforation du crâne pratiquée par les orbites, dans un cas d'hydrocéphale.

Arsenic.

M. Jaquez, de Lure (Haute-Saône), adresse un mémoire sur un nouveau procédé pour la recherche de l'acide arsénieux dans les matières organiques animales et végétales.

Fonctions du pouce. — Muscles de cet organe.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bouvier fait la communication suivante :

J'ai dit dans le mémoire que j'ai lu mardi dernier que de nouvelles recherches me paraissaient nécessaires pour ce qui a trait aux mouvements du pouce. J'ai fait depuis des dissections qui me permettent d'ajouter aujourd'hui quelque chose de plus. M. Duchenne (de Boulogne) a découvert que les muscles de l'éminence thénar, à l'exception de l'opposant, étaient extenseurs de la dernière phalange du pouce; c'est un des moindres résultats de ses expériences électro-physiologiques, dont tant de témoins dans nos hôpitaux civils et militaires ont été à même de reconnaître l'exactitude. Aucun anatomiste; aucun physiologiste n'avait encore attribué aux petits muscles du pouce cette action sur la dernière phalange, qui semblait même peu d'accord avec les descriptions de nos traités d'anatomie, lesquels, pour la plupart, ne font pas mention des aponévroses qui unissent ces muscles au tendon extenseur. Boyer, après avoir indiqué celle du court abducteur, n'en tire aucune conséquence pour ses usages. Sœmmering dit seulement que, lorsque le premier métacarpien est fixé ou le pouce porté dans l'abduction, le court abducteur étend les phalanges de ce doigt; ce qui n'est pas tout à fait exact, puisqu'il fléchit toujours la première. Or, j'ai reconnu ces jours derniers que, ainsi que M. Duchenne (de Boulogne) l'a vu pendant la vie, on produit sur le cadavre l'extension de la dernière phalange en stimulant l'action du court abducteur ou de l'adducteur du pouce. C'est ce qu'on observe très nettement sur la pièce que je place sous les yeux de l'Académie, et qui présente d'une manière évidente les expansions latérales du tendon extenseur continues avec ces petits muscles. Ceux-ci agissent donc sur le pouce comme les interosseux, dont ils sont les analogues, agissent sur les autres doigts, avec cette différence que la dernière phalange du pouce a, en outre, un long extenseur qui lui est propre. Les muscles de l'éminence thénar semblent particulièrement affectés à l'extension de la dernière phalange coïncidant avec la flexion de la première.

Tel est le fait que je désirais faire connaître à l'Académie; il est sans doute minime; mais on en déduit une conséquence qui pourra paraître plus grave, c'est que, entre l'électrisation qui affirme et l'anatomie qui nie, on ne doit pas se prononcer trop à la hâte; il faut d'abord se demander si ce n'est pas notre anatomie qui a tort et commencer par en vérifier de nouveau l'exactitude.

Rapports.

Superfétation congénitale.

M. Danyau lit un rapport sur une observation de M. le docteur Sulikowsvi, intitulée : *Superfétation ombilicale congénitale chez une fille de 14 ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire.* (*Voir* ci-dessus.)

Syphilis des femmes enceintes.

M. Gibert lit le rapport suivant sur un travail de M. Devilliers fils.

Il pourrait sembler oiseux, au premier coup d'œil, de venir aujourd'hui appuyer sur de nouveaux faits l'utilité du traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes affectées de maladie vénérienne.

Aussi n'est-ce pas là précisément la question qui fait l'objet du nouveau travail de M. Devilliers; elle n'y est traitée, pour ainsi dire, que d'une manière incidente.

L'auteur s'est plus particulièrement proposé pour but d'apporter de nouveaux matériaux pour la solution des difficultés pratiques qui ressortent de la question principale que nous venons de rappeler, et qui se rattachent à deux chefs principaux, savoir :

1° L'époque de la grossesse la plus favorable au traitement;

2° Le mode de traitement le plus efficace et le moins sujet à inconvénients.

Tous les praticiens le savent, le traitement de la maladie vénérienne chez les femmes enceintes, chez les enfants et chez les sujets cachectiques offre des obstacles et des difficultés qu'il n'est pas toujours possible de surmonter. Je crois, pour ma part, avoir contribué dans une certaine mesure à en diminuer la gravité par l'emploi du *sirop de deuto-iodure-ioduré*, le seul sirop mercuriel inaltérable que je connaisse et qui puisse dans un assez grand nombre de cas être toléré par les trois classes de sujets que je viens d'indiquer.

Nous n'avons ici à nous occuper que de la première classe, c'est-à-dire des femmes enceintes affectées de syphilis.

Or, chez elles, il se présente deux écueils qui ont vivement préoccupé tous les auteurs de traités d'accouchements et de maladies vénériennes, savoir : le défaut de tolérance des médicaments par la mère, et la crainte de nuire au fœtus et d'en favoriser l'expulsion prématurée, toujours si fort à redouter chez les femmes vénériennes.

Pour combattre les craintes exprimées à ce sujet par les auteurs qui ont conseillé de différer le plus possible le traitement spécifique chez les femmes enceintes, M. Devilliers rappelle les observations de Mauriceau, de Fabrice de Hilden, de Cosme Viardal, de Bertin, et de plusieurs auteurs modernes, dans les écrits desquels on trouve des exemples de succès du traitement mercuriel administré dès les premiers mois de la grossesse..... Bien que dans quelques-uns de ces faits on puisse signaler des accidents chez la mère et une naissance hâtive chez l'enfant, en sorte qu'ils ne sont pas tous également probants en faveur de la thèse soutenue par l'auteur. Peût-être y aurait-il lieu d'ailleurs de s'en prendre plutôt au mode de traitement employé qu'au traitement lui-même. Ainsi, plusieurs observations de Mauriceau offrant des succès complets par l'emploi des frictions mercurielles, mode de traitement beaucoup mieux supporté par les femmes grosses que celui qui consiste dans l'administration intérieure du mercure durant les premiers temps de la grossesse.

Déjà, en 1536, Nicolas Massa, dont le témoignage est précieux à recueillir, car il s'appuyait sur une pratique étendue et judicieuse, recommandait hautement l'emploi des frictions mercurielles poussées jusqu'à la salivation chez les femmes enceintes.

Craignant avec raison la susceptibilité que présentent les organes digestifs des femmes dans les premiers mois de la grossesse, M. Devilliers pense que dans cette période le traitement externe doit être préféré à l'administration intérieure du spécifique. Il cite cependant quelques exemples de l'emploi heureux en pareil cas, soit du sublimé, soit du proto-iodure de mercure.

Les auteurs qui ont conseillé de différer le traitement mercuriel jusqu'au quatrième ou cinquième mois de la grossesse ont redouté l'avortement sollicité pour ainsi dire mécaniquement par les vomissements ou les coliques que peuvent provoquer chez la mère les médicaments stimulants.

Or, il est incontestable que plusieurs faits viennent à l'appui de cette manière de voir, et c'est pour cela que M. Devilliers conseille de préférence le traitement par les frictions mercurielles.

D'autre part, l'avortement par cause vénérienne survient le plus ordinairement dans les mois qui suivent le quatrième ou le cinquième; d'où l'indication du traitement hâtif, afin de prévenir s'il est possible cette fâcheuse disposition. Assurément on n'y parvient pas toujours; mais, lorsque l'accouchement prématuré ne s'opère que dans le huitième mois, on peut encore voir guérir la mère et l'enfant vivre lorsque le traitement spécifique a été entrepris à temps, comme cela se remarque dans plusieurs faits particuliers rapportés par M. Devilliers.

L'auteur insiste sur une circonstance assez curieuse à noter dans la marche de la syphilis chez la femme enceinte. Il n'est pas rare de voir les syphilides et surtout les symptômes génitaux (tubercules plats, ulcérations, végétations) présenter des oscillations ou même disparaître (pour se reproduire plus tard), et notamment il est assez commun de les voir s'effacer, au moins temporairement, après la parturition.

Fondé sur son expérience personnelle, M. Devilliers pense que le praticien ne doit pas s'en laisser imposer par de trompeuses apparences, et que la condition de la guérison de la syphilis chez les femmes enceintes et de la préservation de leur fruit, c'est surtout un traitement fait avec persévérance, se réglant d'ailleurs, pour les doses médicamenteuses et pour les intervalles de repos qui peuvent être jugés nécessaires, sur le degré de tolérance que présentent les organes de la femme.

M. Devilliers croit encore, en opposition avec d'autres observateurs, que l'accouchement ne doit pas apporter au traitement une interruption de plus de dix jours, surtout si la femme allaite elle-même son enfant.

En résumé, traiter la syphilis chez la femme enceinte comme chez tout autre sujet, soit qu'il s'agisse de symptômes primitifs, soit surtout, et à plus forte raison, qu'il s'agisse de phénomènes consécutifs : voilà la règle.

Avoir égard, plus encore chez elle que chez tout autre malade, à la tolérance des organes, et choisir de préférence, dans les premiers mois où cette tolérance est difficile à obtenir, le traitement par les frictions : voilà la limite que cette règle doit subir.

L'opinion de M. Devilliers se trouve conforme à celle exprimée par Bertin, et qu'il motive de la manière suivante :

« L'observation m'a prouvé (dit cet auteur, dont j'ai emprunté les propres expressions au chapitre 3 du livre V de mon *Manuel des maladies vénériennes*) que les femmes enceintes infectées faisaient plus fréquemment des fausses couches lorsqu'elles n'étaient

soumises à aucun traitement que lorsqu'elles étaient traitées pendant leur grossesse, et que, lorsque cet événement a lieu pendant le cours du traitement, il dépend quelquefois des progrès de la maladie mal traitée ou *traitée trop tard*, de l'état de cachexie et de faiblesse de la mère, des privations de tout genre qu'elle a pu éprouver, ou enfin des excès auxquels elle continue de se livrer pendant la grossesse. »

Les nombreuses observations, empruntées aux divers auteurs et à sa propre expérience, que contient le mémoire de M. Devilliers, ajoutent beaucoup à son importance.

LECTURES.

Renversement de l'utérus.

M. Depaul lit sur ce sujet un rapport étendu dont nous ferons connaître la substance.

PRÉSENTATIONS.

Syphilis.

M. Ricord présente un jeune médecin allemand qui, dans le but de se préserver de la syphilis en s'inoculant cette maladie, a contracté des chancres nombreux et très graves sur le bras, une syphilide papuleuse très intense et des symptômes de cachexie générale qui ne laissent pas que d'être alarmants.

Sur une question de M. Velpeau, le malade déclare qu'il a puisé le pus qui a servi à la dernière inoculation pratiquée sur une ulcération consécutive des amygdales.

M. Ricord dit que le caractère consécutif de cette ulcération n'était pas bien prouvé, et, sur cette assertion, on nomme une commission chargée d'étudier le fait et d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 novembre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Effets de l'ingestion des matières virulentes dans les voies digestives de l'homme et des animaux.

M. Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, lit un mémoire ayant pour titre : *Études expérimentales et pratiques sur les effets de l'ingestion de matières virulentes dans les voies digestives de l'homme et des animaux domestiques.*

L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

De toutes ces expériences il résulte :

1° Que le chien et le porc peuvent manger, sans danger pour leur santé, tous les produits de sécrétion, quels qu'ils soient, tous les débris cadavériques cuits ou non cuits, provenant d'animaux affectés des maladies contagieuses dont il a été question dans ce travail, à savoir : la morve, la maladie charbonneuse, dite sang de rate, la rage, le typhus contagieux et la péripneumonie des bêtes bovines, l'épizootie contagieuse des gallinacés ;

2° Qu'il en est de même pour les poules à l'égard des mêmes maladies, à l'exception peut-être de celle qui leur est propre, et sur laquelle il serait nécessaire, avant de se prononcer, d'expérimenter hors de l'atmosphère épizootique, ce que je n'ai pu faire dans les circonstances où je me suis trouvé ;

3° Que les matières virulentes de la morve et du farcin aigu, qui perdent complétement leurs propriétés contagieuses dans les voies digestives du chien, du porc et de la poule, les conservent, bien que moins énergiques, dans les voies digestives du cheval.

4° Que la matière virulente du sang de rate, que peuvent manger sans inconvénient le chien, le porc et la poule, donne souvent lieu à des accidents charbonneux quand elle est avalée par des herbivores, tels que le mouton, la chèvre et le cheval ;

5° Que cette immunité, à l'égard de la contagion, dont jouissent les carnivores et les omnivores alimentés avec des matières virulentes, alors que celles-ci peuvent produire tous leurs effets quand elles sont avalées par des herbivores, pourrait bien tenir à ce que les virus étant évidemment, par leur origine, des principes de nature animale, subiraient, dans des organes destinés à digérer des aliments animaux, des modifications qui, en les altérant profondément, leur feraient perdre leurs propriétés malfaisantes, ce qui n'aurait pas lieu chez les herbivores, qui, par leur organisation, ne sont aptes à digérer que des aliments végétaux ;

6° Que, quoi qu'il en soit de cette explication, il est constaté, en fait, que les porcs et les poules n'éprouvent, ni dans leur santé, ni dans la qualité des produits qu'ils fournissent à l'alimentation de l'homme, aucune altération par suite de leur nourriture avec des matières provenant d'animaux morts de la morve ou du farcin, du charbon, de la rage, et que l'homme peut se nourrir sans danger de la chair et des produits de ces animaux ainsi alimentés ;

7° Que la cuisson sur les viandes et l'ébullition sur les liquides provenant d'animaux affectés de maladies contagieuses ont pour effet d'anéantir les propriétés virulentes de ces liqueurs et de ces viandes ; à tel point que non-seulement les matières morveuses peuvent alors être avalées impunément par le cheval, le mouton et la chèvre, les débris des gallinacés morts de l'épizootie par les poules, mais encore que toutes ces matières qui sont si actives, dont la puissance contagieuse est si énergique et si certaine quand ils sont inoculés à l'état frais, restent complétement inertes, sur quelque animal que ce soit, même après leur inoculation, quand elles ont subi l'action de la cuisson ou de l'ébullition.

La conséquence pratique des faits exposés dans ce mémoire est donc :

A. Qu'il n'existe aucune raison sanitaire d'empêcher l'alimentation des porcs et des poules avec des débris des clos d'écarissage, quels qu'ils soient ;

B. Que, si concevable que soit la répugnance de l'homme à se nourrir de viandes ou de laitage provenant de bêtes bonnes, porcs moutons ou poules, affectées de maladies contagieuses, il n'y a en réalité aucun danger pour lui à manger de la chair cuite ou du lait bouilli fournis par ces animaux.

L'arrêt de développement considéré comme signe caractéristique de crétinisme.

M. Baillarger lit un mémoire sur l'arrêt de développement considéré comme signe caractéristique de crétinisme.

Il existe sur la nature du crétinisme deux opinions très différentes et qui divisent aujourd'hui les auteurs qui se sont occupés de ce sujet. La première consiste à n'admettre chez les crétins qu'un élément principal, la privation congéniale et plus ou moins complète de l'intelligence, c'est-à-dire l'idiotie. D'après la seconde, au contraire, la dégradation de l'intelligence ne suffirait pas ; il faudrait en outre la dégradation physique, un état particulier du corps. (*Sui generis habitus.*)

M. Baillarger a pensé qu'il était possible de faire cesser cet état de confusion en assignant au crétinisme un caractère unique, essentiel, l'arrêt de développement de l'organisme. Au lieu de s'attacher à constater la conformation plus ou moins vicieuse du corps, la difformité des traits, etc., l'auteur a recherché avec soin ce qui se rattachait au développement des organes et des fonctions, et en particulier tout ce qui se rapporte à la dentition et à la puberté.

Les faits recueillis dans cette voie ne lui ont pas paru seulement intéressants pour l'histoire du crétinisme, mais aussi pour celle de la physiologie pathologique.

C'est ainsi que dans certains cas il a pu constater que la seconde dentition n'était pas commencée à dix-huit et même à vingt quatre ans, et qu'il n'y avait souvent à cet âge aucun signe de puberté. Chez ces sujets la taille reste petite, la physionomie enfantine ; de telle sorte qu'on prend au premier abord ces jeunes gens pour des enfants de huit à dix ans. Ils ont, comme les enfants, la poitrine étroite, le ventre proéminant ; leurs membres sont grêles, et il n'y a aucun développement du système musculaire. Une particularité qui mérite aussi d'être noté, c'est la fréquence du pouls restée ce qu'elle est chez les enfants.

Le goître manquait dans presque tous les cas que M. Baillarger a observés, surtout dans ceux où l'arrêt de développement était le plus complet.

En résumé, le crétinisme lui paraît pouvoir être défini :

Le développement incomplet, irrégulier, et le plus souvent très lent de l'organisme.

Cette définition établit une ligne de démarcation tranchée entre les crétins et les idiots. Dans l'idiotie congéniale, en effet, la constitution acquiert son entier développement, et l'évolution cérébrale seule est arrêtée. Aucune confusion ne serait donc possible, et le mot crétinisme aurait désormais un sens précis et nettement déterminé.

Mort subite résultant de la compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde.

M. Jobert (de Lamballe) communique une observation de compression de la partie supérieure de la moelle par l'apophyse odontoïde, suivie d'asphyxie rapide et de mort. Ce qui frappe surtout dans cette observation, c'est la rapidité de la mort survenue à la suite d'un mouvement de la tête. Les ligaments altérés qui maintiennent l'apophyse odontoïde en place, s'étant rompus tout d'un coup, ont permis à cette apophyse de se porter en arrière et de comprimer la moelle épinière. Une asphyxie instantanée a été le résultat de cette compression.

M. Jobert pense que la compression a été établie d'abord dans les environs du centre vital, et puis dans ce centre où semblent se trouver réunies toutes les forces qui président à l'entretien organique et à la respiration ; et il voit, dans ce fait, une nouvelle confirmation des faits énoncés par M. Flourens relativement à ce qu'il a appelé le *point vital.*

Syphilis.

M. Auzias-Turenne continue ses communications sur la syphilisation.

Emploi du gaz oxygène dans la glucosurie.

M. Bouchardat présente une note sur l'emploi du gaz oxygène dans la glucosurie. Après avoir constaté, dit l'auteur (*Supplément à l'Annuaire de* 1846), un abaissement de température de 1 ou 2 degrés chez les glucosuriques fortement atteints, j'eus la pensée de faire respirer du gaz oxygène aux glucosuriques. J'ai fait, il y a plus de quatre ans, deux expériences dans lesquelles j'ai constaté l'influence certainement heureuse de l'inhalation du gaz oxygène pour faciliter, chez un malade dont l'urine ne contenait plus qu'une petite proportion de glucose, la complète destruction de ce principe. Je fus arrêté dans ces recherches par des difficultés d'exécution qu'ont rencontrées tous ceux qui ont voulu employer d'une manière suivie les inhalations d'oxygène dans les maladies.

Chronique et nouvelles.

Le nombre des étudiants a continué à suivre cette année la progression croissante qui avait été interrompue en 1848, et qui avait repris dès 1849, aussitôt après le rétablissement de l'ordre dans les affaires publiques.

Voici un tableau qui représente le nombre des élèves inscrits pendant la première quinzaine de novembre des onze dernières années et de l'année 1851, à la Faculté de médecine de Paris.

Du 2 au 16 nov.	1840	il a été inscrit	879 élèves,	dont	266 nouv.
—	1841	—	749	—	177
—	1842	—	791	—	194
—	1843	—	749	—	192
—	1844	—	800	—	204
—	1845	—	851	—	186
—	1846	—	903	—	215
—	1847	—	859	—	266
—	1848	—	784	—	254
—	1849	—	880	—	377
—	1850	—	1223	—	429
—	1851	—	1300	—	313

L'accroissement des deux dernières années dépasse de beaucoup l'accroissement normal qui avait lieu depuis quelques années ; cette circonstance tient en grande partie à la suppression des hôpitaux militaires d'instruction.

Une augmentation proportionnelle a eu lieu dans les deux Facultés de Strasbourg et de Montpellier.

— Les cours de la Faculté des sciences ouvriront à la Sorbonne demain jeudi, 20 courant.

— *Rentrée des Facultés de Montpellier.* — Au milieu d'un auditoire considérable, mais où les élèves se trouvaient en minorité, M. le docteur Godron, recteur de notre Académie, a ouvert la séance par une allocution des mieux pensée et dignement exprimée.

Le doyen de la Faculté de médecine a ensuite lu un rapport où, retraçant les travaux opérés durant l'année précédente, il a démontré la prospérité de cette Faculté par un surcroît d'examens et de thèses. Signalant les améliorations intérieures de l'établissement dont la direction lui est confiée, M. le professeur Bérard a judicieusement insisté sur l'achèvement prochain du magnifique *Muséum.*

M. le doyen a terminé son rapport en donnant des éloges aux élèves et aux membres de la commission médicale qui ont dignement représenté la Faculté méridionale pendant l'épidémie de suette qui naguère a désolé notre département. Il a de nouveau appelé l'attention du gouvernement sur les récompenses si bien méritées par les élèves dont il nous a été permis d'admirer l'intelligence, le dévouement et les nombreux actes de désintéressement laissés par ces nobles cœurs dans un généreux silence.

M. le doyen de la Faculté des sciences est venu ensuite égayer l'auditoire par un rapport rempli de bonnes vérités et d'une rare bonhomie.

M. le doyen de la Faculté des lettres nous a rappelé la gravité des œuvres antiques.

M. le directeur de l'Ecole de pharmacie s'est efforcé de nous convaincre de la prospérité croissante de l'établissement confié à ses excellentes intentions.

Enfin, à M. le professeur Germain a été réservé l'honneur de clore la séance par une histoire des bâtiments de la Faculté de médecine, ou plutôt des Bénédictins et des évêques qui en furent les paisibles habitants.

Disons, en terminant cette courte notice, que cette séance solennelle a été vraiment digne de notre célèbre Académie. Alquié.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro notre appréciation des séances académiques.

Le Gérant.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40.
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1851.

Séances des Académies.

L'Académie des sciences a entendu lundi dernier deux lectures qui méritent à un haut degré l'attention du public médical. La première a été faite par M. Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort; la seconde, par M. Baillarger.

Les expériences de M. Renault, importantes par leurs applications hygiéniques immédiates, soulèvent en outre des questions de philosophie médicale du plus grand intérêt.

Quant aux applications hygiéniques et économiques, elles sont explicitement indiquées dans les conclusions du travail de M. Renault, que nous avons publiées. Tout le monde en apprécie l'importance. Si l'on peut en effet, sans inconvénient, faire manger aux animaux de basse-cour la chair cuite d'autres animaux morts de maladies contagieuses, la quantité assez grande de viande perdue par suite de l'opinion contraire sera utilisée, et il en résultera une certaine économie pour l'agriculture.

Nous ne parlons pas de l'hygiène humaine, qui pourrait aussi trouver son profit à ces expériences. Mais nous croyons qu'ici les répugnances naturelles l'emporteront toujours sur les démonstrations scientifiques les plus évidentes ; et, il faut bien l'avouer, personne n'oserait blâmer ces répugnances. L'autorité agira donc sagement en défendant, comme par le passé, la vente de la viande d'animaux morts de maladies contagieuses ou même non contagieuses.

Les questions de pathologie comparée soulevées par les curieux travaux de M. Renault sont plus intéressantes encore peut-être que les questions hygiéniques immédiatement applicables.

On savait déjà que certaines maladies, contagieuses d'un individu à un autre individu de la même espèce, ne se transmettent point d'une espèce à une espèce différente ; on savait également que certains *contagium*, qui agissaient introduits par les voies de l'absorption générale, perdaient leurs propriétés quand ils pénétraient dans l'économie par les voies digestives. Les expériences de M. Renault semblent généraliser ces faits en en multipliant le nombre.

Assurément cette conclusion, que les animaux carnivores et omnivores *digèrent* la chair contagieuse des herbivores, tandis que ceux-ci ne la digèrent point et sont infectés par elle ; cette conclusion, d'ailleurs donnée avec réserve par M. Renault, n'est pas à l'abri de toute contestation; mais elle est au moins infiniment probable, et les faits sur lesquels elle est basée sont surtout dignes de toute l'attention des médecins.

En résumé, si M. Renault nous a habitué depuis longtemps à beaucoup attendre de son esprit investigateur, sagace et judicieux, on peut dire qu'il n'a jamais mieux répondu à ce qu'on était en droit d'espérer de lui.

— La lecture de M. Baillarger a également été écoutée avec un grand intérêt, et elle méritait de l'être. Ce n'est pas que l'opinion principale qui dominait dans le travail de M. Baillarger ait été la partie la plus nettement exposée et la mieux démontrée. En effet, caractériser le crétinisme par ces mots : *Arrêt de développement de l'organisme*, ce n'est point définir d'une manière suffisante ni exacte cette maladie; ce n'est point non plus concilier les auteurs qui voient le crétinisme partout où il y a privation congéniale, et ceux qui ne l'admettent que là où il y a à la fois dégradation intellectuelle et dégradation morale.

La définition n'est point exacte, parce qu'il n'y a pas, à proprement parler, chez le crétin un arrêt de développement. L'arrêt de développement se caractérise par la persistance d'un état relatif de tous les organes à un moment donné de la vie, et spécialement de la vie intra-utérine. Or, ce n'est point là ce qu'on observe chez les crétins, qui présentent souvent, au contraire, plusieurs organes aussi bien développés que dans l'homme normal ; il n'y aurait donc chez eux arrêt de développement que dans quelques organes, et à ce point de vue l'idiotie serait aussi un arrêt de développement, car il est certain que le cerveau est beaucoup moins développé chez les idiots que chez les autres hommes.

La nouvelle définition ne peut mettre d'accord les deux opinions auxquelles M. Baillarger a fait allusion, parce que ces opinions, qui ont la prétention des opinions sur la nature intime, sur la cause première du crétinisme, ne reposent l'une et l'autre que sur des phénomènes secondaires. De telle sorte que l'une des opinions pourrait être vraie, sans que l'autre fût nécessairement fausse. Expliquons-nous.

Supposons que l'ingestion d'une certaine quantité de magnésie produise le crétinisme et l'idiotie : évidemment, quelles que soient les modifications organiques qui caractérisent ces deux maladies (arrêt de développement général ou partiel), il n'en restera pas moins certain que ce sont là des affections de même nature qui ne pourront constituer que des variétés, et les signes caractéristiques de la variété seront tout à fait accessoires. Il en sera exactement de même (mais en sens inverse) si la cause qui produit les deux maladies est différente; dans ce cas, il aurait beau y avoir arrêt de développement ou absence d'arrêt de développement, que les deux maladies n'en seraient pas moins essentiellement différentes, et les opinions qui porteraient sur ce point d'une importance très secondaire.

Ce qui précède n'a point pour but de diminuer le mérite de la communication de M. Baillarger, qui renferme des faits curieux et des aperçus ingénieux ; mais nous faisons ces remarques afin qu'on ne confonde pas, comme on est trop généralement disposé à le faire, le principal avec l'accessoire, afin qu'on ne croie pas avoir traité de la *nature* du crétinisme quand on aura discuté sur le mode et le degré de développement de tel ou tel organe chez les crétins. Ce sont là des détails qu'il importe d'observer, qui pourront peut-être conduire au but qu'on doit se proposer dans l'étude de la nature de toute maladie, mais qu'il faut bien se garder de confondre avec ce but lui-même.

— Une note intéressante sur un cas remarquable de mort subite, communiquée par M. Jobert, et une autre note sur deux expériences thérapeutiques douteuses, adressées par M. Bouchardat, ont complété le butin médical de cette importante séance.

— L'intérêt de la séance du lendemain à l'Académie de médecine ne l'a guère cédé à celle de la veille. Outre la note de M. Bouvier sur les fonctions de certains muscles du pouce, M. Danyau a lu, sur un fait très rare observé par M. Sulikowski, un rapport étendu dans lequel l'appréciation, l'éloge et la critique étaient dispensés avec un tact, une mesure, un discernement, que nous ne saurions trop louer. Il nous est pénible d'ajouter que l'Académie n'a point prêté à ce rapport toute l'attention qu'il méritait. Nous devons cependant rendre grâce à M. Moreau d'avoir demandé et obtenu le renvoi du travail de M. Sulikowski au comité de publication.

Ce rapport a été suivi de la lecture d'un mémoire très bien fait de M. Depaul sur le renversement de l'utérus. Nos lecteurs pourront juger par le long extrait que nous en publions aujourd'hui du mérite de ce travail.

La syphilisation passe du plaisant au sérieux ou plutôt au lugubre. Un jeune médecin, inspiré par un dévouement aussi louable en intention que mal employé en fait, est venu montrer les tristes résultats d'inoculations qu'il a faites sur lui-même pour s'assurer s'il finirait pas se rendre réfractaire à la syphilis. Cette infortunée victime d'une ridicule théorie sera le sujet d'un prochain article.

L'Académie craignait d'avoir perdu un de ses plus aimables correspondants. Il n'en était rien. Mme Coquillard a adressé une note, comme elle en sait faire, sur un nouveau moyen pour pratiquer la version. Le conseil d'administration a pensé judicieusement que cette note incombait à M. Chailly.

H. de Castelnau.

DU RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS
qui survient au moment de l'accouchement, et en particulier à l'occasion de la délivrance;

Par M. DEPAUL, agrégé à la Faculté de médecine.

Nous publions aujourd'hui un long extrait de l'intéressant mémoire lu par M. Depaul dans la dernière séance de l'Académie de médecine :

Malgré les observations assez nombreuses qui ont été publiées, le renversement de l'utérus peut être considéré comme un malheur rare si on le compare aux autres accidents sérieux qui peuvent se développer à l'occasion de la parturition, et si l'on ne perd pas de vue qu'on l'a souvent confondu avec la simple chute de matrice.

Depuis bientôt dix-huit ans que la clinique d'accouchement de la Faculté sert à l'instruction des médecins et des élèves, un nombre considérable de naissances a eu lieu dans cet établissement, et cependant on n'y a pas encore vu un seul cas de renversement.

Je m'occupe d'accouchements depuis à peu près la même époque, et il ne m'avait pas été donné, jusque dans ces derniers temps, d'en rencontrer un exemple, soit dans ma pratique, soit dans celle d'un grand nombre de mes confrères. Pour mon compte, je m'explique facilement la rareté d'un pareil accident, malgré les manœuvres imprudentes qui sont souvent employées, en me souvenant des conditions anatomiques dans lesquelles se trouve l'utérus au moment de l'accouchement, et en songeant à la réunion de circonstances variées qui est nécessaire pour que l'inversion utérine s'accomplisse.

Quoiqu'il soit habituel de voir le renversement se produire brusquement et d'une manière complète quand il a lieu au moment de l'accouchement, les choses ne se passent pas toujours ainsi. Mauriceau et Levret ont depuis longtemps prouvé par les faits qu'il y avait des renversements partiels, incomplets ; et depuis Leroux, de Dijon, trois degrés sont généralement admis. Il est vrai de dire cependant que ces dépressions partielles et permanentes sont infiniment rares à l'occasion de la parturition. C'est surtout dans des conditions étrangères à la grossesse, dans des cas de corps fibreux ou de polypes entraînant la matrice, qu'on a pu les observer.

Chez la femme qui accouche, le renversement peut s'effectuer à deux époques différentes : au moment de l'expulsion ou de l'extraction du fœtus, et au moment de la délivrance.

Pour qu'il se produise dans le premier cas, il faut supposer l'utérus ayant perdu une partie de sa contractilité de tissu et surpris par de brusques tractions transmises par un cordon absolument trop court ou rendu tel d'une manière accidentelle, par son entortillement autour du cou ou de quelque autre partie du corps. Les choses paraissent s'être passées de la sorte dans un fait observé par Levret. On peut comprendre un résultat analogue pour certains accouchements qui se font avec rapidité, les femmes étant debout. Mais il n'en est pas moins vrai que ce n'est pas à cette époque du travail que l'accident se manifeste le plus habituellement. Dans la plupart des observations qui contiennent des renseignements suffisants, on peut voir qu'il a été dû à des manœuvres imprudentes et intempestives relatives à la délivrance. C'est ainsi que cela a eu lieu chez les deux femmes dont j'ai donné l'histoire.

Mais une circonstance paraît avoir le plus habituellement favorisé l'apparition du renversement ; je veux parler de l'inertie plus ou moins complète de l'utérus, inertie dont l'existence est prouvée dans la plupart des cas par les hémorrhagies qui se manifestèrent, et qui furent la cause première des manœuvres employées. C'est ce qui a été observé dans ma première observation. Mais des tractions imprudentes faites par des mains ignorantes sont suffisantes, ainsi qu'on l'a vu dans la seconde. La seule condition qui paraisse indispensable, c'est la persistance des connexions utéro-placentaires. Or, ces connexions sont quelquefois tellement intimes, que, même avec la main introduite dans l'utérus, il devient impossible d'établir la limite de ce qui appartient au placenta et de ce qui constitue le tissu de l'organe. Si l'on fait des efforts sur le cordon dans les cas de cette nature, on produit la rupture le plus habituellement. Mais si cette tige possède une solidité considérable, et que l'utérus, sans être relâché, ne soit que modérément contracté, on produira facilement, d'abord une simple dépression, et bientôt un renversement complet qu'aideront à s'effectuer d'une manière très efficace les efforts auxquels se livreront les femmes et l'impulsion qui sera donnée par les anses intestinales.

Il m'est arrivé plus d'une fois, dans des cas où existaient des adhérences placentaires exagérées, de produire, en faisant des tractions sur le cordon, une légère dépression du fond de la matrice, et de me convaincre qu'il ne m'aurait pas été difficile de la renverser complètement, si, au lieu d'introduire la main dans la cavité de cet organe, j'avais persisté dans mes tentatives premières.

Quant aux efforts brusques et violents auxquels la femme peut se livrer, ou qui accompagnent l'éternument, la toux, le vomissement, etc., je ne comprends pas que seuls ils puissent déprimer en godet et, à plus forte raison, retourner les parois utérines. Les opinions énoncées par Astruc et Sabatier ne me paraissent pas plus admissibles. Comparer l'utérus à une anse intestinale, et admettre que dans les deux cas la cause de l'invagination réside dans des contractions spasmodiques partielles et irrégulières, ce serait évidemment forcer l'analogie, et oublier, avec le premier de ces auteurs, dans quelles conditions s'est produit l'accident dans la plupart des faits consignés dans la science. Le volume considérable du placenta et sa pesanteur exagérée ne sauraient justifier la manière de voir de Sabatier, qui ne s'appuie d'ailleurs sur aucune observation.

Il résulte clairement de tout ce qui précède que, dans mon opinion, le renversement suppose nécessairement l'existence d'une traction opérée sur la face interne de l'organe, qui est suffisante dans la plupart des cas, mais qui doit être efficacement secondée par d'autres forces qui peuvent agir à la surface externe, et qui seules seraient impuissantes pour produire l'accident.

Une autre condition me paraît tout aussi indispensable, je veux parler du développement préalable de la matrice par une cause quelconque, et je ne trouve ni dans les faits [illegible] bliés, ni dans le mémoire que Puzos lut à l'Académie [illegible] rurgie en 1744, et dont des extraits seulement sont [illegible] les jusqu'à nous, rien qui soit de nature à faire mod[illegible], et le [illegible] opinion. Je ne puis comprendre comment le poid[illegible] un gros[illegible] rable des viscères, dû à l'accumulation de la grais[illegible], elle[illegible] femmes obèses, pourrait occasionner le renverse[illegible], et je[illegible] matrice ayant la forme et les dimensions qui lui a[illegible] fluctuant dans l'état de vacuité. Je ne connais pas d'ob[illegible] qui, sous ce rapport, supporte un examen sérieux [illegible] et si

pareille matière, même quand elles viennent d'hommes considérables, les simples assertions ne sont pas suffisantes. On a dû voir dans les deux observations précédentes combien est facile le diagnostic du renversement de la matrice quand il succède à un accouchement et qu'il a une date toute récente. Voici en effet, dans ces conditions, ce qui m'a paru de plus caractéristique.

Dans mes deux faits une perte considérable a existé, et c'est à cet accident qu'a paru se rattacher la mort de la première des femmes dont j'ai parlé; seulement, tandis que chez elle la perte avait précédé le renversement, elle en avait été seulement la conséquence chez la seconde. Il n'en est pas moins vrai que l'hémorrhagie, soit qu'elle précède, ce qui paraît être assez commun, soit qu'elle suive, joue un rôle important dans l'histoire de ce déplacement, et c'est elle qui a été plus d'une fois la cause d'une terminaison fatale. Mais c'est surtout dans l'examen du ventre et dans le toucher vaginal qu'on puise des renseignements qui ne peuvent laisser aucun doute, à moins de supposer une inexpérience complète ou une légèreté impardonnable.

En effet, tandis qu'après l'accouchement ordinaire on trouve dans la région hypogastrique une tumeur arrondie et et volumineuse dont le fond s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic et souvent même un peu plus haut, on la cherche vainement quand un renversement complet s'est produit. Le palper et la percussion conduisent invariablement à un résultat complétement négatif. Tout ce qu'on peut rencontrer, si les parois abdominales sont assez souples pour être déprimées vers l'excavation, consiste dans une petite tumeur inégale renfermée dans le bassin, qui ne rappelle en rien la forme de l'utérus, mais qui semble être formée par son orifice. Je n'ai pas besoin de dire que, quand il s'agit d'un renversement incomplet, cet organe fait encore une saillie variable au-dessus du détroit supérieur, et offre, au lieu d'une surface arrondie, une dépression en *cul de fiole*, selon l'expression de Mauriceau.

L'absence du globe utérin une fois bien constatée ne permet que deux suppositions; elle ne peut se rapporter qu'à la chute ou au renversement de cet organe. Mais, en continuant l'exploration par le vagin, la question ne tarde pas à être définitivement jugée. Dans les deux cas la matrice peut avoir franchi la vulve et pendre entre les cuisses. L'existence du col et de son orifice dans le premier cas, l'absence de ces particularités dans le second, éclaireraient suffisamment le diagnostic. Pyriforme dans les deux circonstances, la tumeur offre sa petite extrémité dans le point le plus déclive, quand il s'agit de la chute; elle est tournée en haut, au contraire, dans le renversement. D'un autre côté, la matrice ne peut s'abaisser au point de franchir la vulve sans entraîner le vagin. De sorte que ce canal disparaît en grande partie; il conserve beaucoup plus de longueur, quoiqu'il puisse diminuer quand elle est simplement retournée, et le doigt peut encore en constater l'existence dans une assez grande étendue.

On a beaucoup parlé d'un bourrelet circulaire qui existerait, dans le renversement, sur la partie la plus élevée de la tumeur, et qui serait formée par la portion vaginale du col. Il paraît avoir été rencontré en effet dans un certain nombre de cas; mais il est loin d'être constant. On a vu qu'il avait manqué dans mes deux observations; cette absence a été constatée par d'autres. Quand le placenta est encore adhérent à la surface de la tumeur, la nature du déplacement est tellement évidente, qu'on pourrait se dispenser de toute autre recherche. Mais il est bien rare qu'on soit appelé quand cette disposition existe encore. On peut trouver aussi dans la couleur et surtout dans les inégalités de la surface de la tumeur des caractères qui à eux seuls me paraissent suffisants. Ils n'ont pas manqué dans les deux cas que j'ai rapportés, et je n'hésite pas à dire qu'ils seront très utiles à ceux qui ont présent à l'esprit l'état de la surface interne de la matrice à la suite de l'accouchement. Je ne sais pas si la turgescence dont les tissus deviennent le siége ne finit pas par les faire disparaître; mais, dans tous les cas, cela ne doit être qu'après un temps assez long, puisque chez l'une de mes malades on les constatait encore vingt-cinq heures après l'accident.

La sortie de la tumeur en dehors des parties génitales (et je parle toujours du renversement complet) me semble être la condition commune, et, sous ce rapport, les deux faits observés par moi peuvent être considérés comme exceptionnels. Mais avec un peu d'habitude du toucher, le diagnostic n'est pas rendu beaucoup plus difficile par l'absence d'une saillie extérieure. Seulement, je regarde comme indispensable d'introduire la main entière dans le bassin pour contourner la tumeur dans tous les sens, et remonter sûrement jusqu'à sa limite supérieure. Les inégalités selon moi caractéristiques, la forme, les rapports, etc., tout sera aisément reconnu. D'ailleurs, en écartant les grandes lèvres, on en découvrira une partie, et on pourra voir sourdre à sa surface une quantité variable de sang de couleur habituellement noirâtre.

Je ne prévois qu'un seul cas dans lequel une erreur serait excusable : ce serait celui d'une femme qui porterait pendant la grossesse une tumeur indépendante de l'utérus (comme un kyste de l'ovaire, par exemple) et chez laquelle un renversement se produirait. Il deviendrait possible alors, si on n'examinait pas avec grand soin, de croire à l'existence d'un polype ou d'un corps fibreux. Cependant, en procédant avec méthode et en tenant compte des divers caractères précédemment indiqués, je ne doute pas qu'on ne parvînt à éviter [...]eur.

[...]st bien entendu que ce que je dis ici ne s'applique [...] renversements de date récente et que je comprends des [...]s très sérieuses pour ceux qui sont anciens.

[...]aux phénomènes généraux qui les accompagnent, [...]ts variables : les uns sont la conséquence de l'hé[...]e qui existe souvent, les autres tiennent au déplace[...]-même. Douleurs vives dans le bas-ventre, tiraille[...]es pénibles, malaise inexprimable dans la région [...]ique, vomissements, ténesme avec besoin de se livrer

à des efforts, syncopes, convulsions, etc. Il semble résulter de quelques rares observations que certaines femmes ont eu leur santé générale fort peu troublée; mais d'habitude il est loin d'en être ainsi.

Il est bon de savoir que des phénomènes d'étranglement peuvent s'y joindre, et que l'organe étranglé peut être l'utérus lui-même ou une partie de l'intestin engagée dans la cavité formée aux dépens de la surface péritonéale et serrée par l'orifice rétracté. Je n'ai pas à m'occuper ici des dangers tardifs que court encore la femme quand elle a été assez heureuse pour échapper aux accidents primitifs.

Quoi qu'il en soit, le renversement de l'utérus doit être considéré comme un des accidents les plus formidables qui viennent parfois compliquer la parturition. Il entraîne souvent la mort des femmes dans les premières heures qui suivent son apparition, et beaucoup de celles qui échappent aux accidents primitifs succombent après un temps plus ou moins long aux conséquences presque inévitables de ce déplacement. Tout est sérieux, jusqu'aux tentatives qu'on est obligé de faire pour réduire. Aussi est-ce surtout à le prévenir qu'on doit s'efforcer, et je ne crains pas d'affirmer que cela dépend, dans le plus grand nombre des cas, des soins éclairés que la femme reçoit pendant l'accouchement. Je n'ai pas à les rappeler ici.

Mais, en admettant l'accident produit, comment convient-il d'y remédier? C'est là la dernière question que je me propose d'examiner rapidement. Deux indications se présentent à remplir :

1° Réduire le renversement;

2° S'opposer à sa reproduction et combattre les conséquences qu'il peut entraîner même quand on l'a fait disparaître.

Et avant tout, dans les cas exceptionnels où le placenta est encore adhérent à la tumeur, faut-il le décoller ou le refouler en même temps que la matrice, sauf à l'extraire plus tard? Je n'hésite pas à me prononcer dans le premier sens.

Le moment le plus favorable pour agir est sans contredit le plus rapproché de celui où l'accident s'est manifesté; car, à mesure que du temps s'écoule, il survient dans les parois utérines des modifications sur lesquelles on n'a pas suffisamment insisté et qui constituent cependant plus tard une des plus sérieuses difficultés : je veux parler du gonflement et de l'induration de la tumeur qui tiennent à la constriction que le col exercé à sa partie supérieure; de telle sorte que, tandis que la masse à réduire augmente, l'ouverture par laquelle il faut la faire repasser diminue et tend à devenir plus rigide. Je sais bien que les faits rapportés par Chopart, par Ané et quelques autres prouvent qu'on a pu réussir après sept, huit jours et même après un temps beaucoup plus long; je n'ignore pas qu'on a vu la réduction s'opérer spontanément après plusieurs semaines et même après plusieurs mois, et cependant je persiste à croire que le parti le plus sage consiste à intervenir le plus promptement possible. Les rares exceptions que je viens de rappeler ne doivent servir qu'à donner un peu d'espoir dans les cas où on est appelé tardivement.

Avant de tenter la réduction, et quel que soit le procédé qu'on veuille mettre en usage, il est d'une grande importance de donner à la femme une position convenable : elle doit être placée sur le bord d'un lit, le bassin suffisamment élevé, la tête et le tronc aussi renversés que le permettra l'état de la respiration. Il faut des aides en nombre suffisant, comme pour les grandes opérations obstétricales, et il est bien entendu que l'un d'eux, si l'opérateur ne peut s'en charger, doit fixer la matrice avec une main placée sur l'hypogastre pour prévenir des tiraillements douloureux et un refoulement en masse qui serait nuisible au succès de l'opération.

Examinons maintenant comment il convient d'agir et voyons s'il faut donner la préférence à la main ou à l'un des divers repoussoirs qui ont été conseillés par les accoucheurs et qui ont la plus grande analogie avec celui qui a servi pour ma seconde malade. Beaucoup d'auteurs ne font aucune mention de ces instruments ou n'en parlent que pour les blâmer; c'est la main qui est universellement adoptée depuis longtemps; mais on a proposé de la faire agir de deux manières assez différentes :

1° En embrassant largement la tumeur, de manière que les doigts, étant distribués autour de son pédicule, puissent commencer la réduction par la partie qui est le plus rapprochée de l'orifice, en se comportant comme on le fait pour la réduction des hernies;

2° En réunissant les doigts en forme de cône et en les appliquant, comme dit Boyer, sur le centre de la tumeur, qu'on fait rentrer en poussant dans le globe même que forme la matrice.

Le premier de ces procédés a été surtout recommandé pour les cas difficiles; mais, si on consulte les observations suivies de succès, on voit que c'est le second qui a été le plus habituellement mis en usage. Sans les rejeter absolument l'un ou l'autre, voici les reproches que je crois pouvoir leur adresser, en me fondant sur l'essai que j'en ai fait dans les deux cas qu'il m'a été donné d'observer.

La tumeur est trop considérable pour que la main puisse convenablement l'embrasser, et il en résulte que les doigts, entourant incomplétement la portion du pédicule qui est voisine de l'orifice, ne servent qu'à déprimer les parois et non à les faire rentrer. Celles-ci, d'ailleurs, ont une épaisseur et une résistance qu'on ne retrouve pas dans les hernies. Agir sur le centre de la tumeur avec les doigts réunis en forme de cône me paraît beaucoup plus rationnel, et je comprends que ce moyen ait plusieurs fois réussi. La main représente alors un véritable repoussoir; mais il offre l'inconvénient d'être souvent beaucoup trop volumineux pour franchir l'orifice, et de présenter une extrémité assez inégale pour que, dans les efforts qu'on est obligé de faire, on puisse craindre de favoriser des déchirures.

Un repoussoir en forme de baguette de tambour, ayant les dimensions de celui dont je me suis servi, me paraît devoir mériter la préférence; mais le succès dépendra évidemment de l'emploi plus ou moins intelligent qu'on fera de cet instrument. Le point capital consistera dans son application sur la partie diamétralement opposée à celle occupée par l'orifice et dans des efforts prudemment exercés dans la direction du grand diamètre de la matrice. Pour obtenir ce double résultat, une précaution préliminaire est indispensable; il faut d'abord, avec une main introduite dans le vagin, explorer la tumeur en tous sens et reconnaître les rapports de ses différentes parties. On s'exposerait, sans cela, à faire agir l'instrument dans la direction des diamètres obliques ou transverses de la tumeur, dont les parois seraient rapprochées, comprimées l'une par l'autre, mais non déprimées dans la direction du col. Si la matrice retournée avait franchi la vulve, il faudrait, avant de s'occuper de la réduire, la faire rentrer en masse dans la cavité pelvienne pour éviter les difficultés que ne manqueraient pas d'opposer les parties génitales externes. Lorsque l'étranglement produit par le col aura, en gênant la circulation, déterminé le gonflement et l'induration des parois utérines, il deviendra utile, par des pressions exercées sur les divers points, de provoquer un suintement sanguin qui aura pour conséquence d'amollir et de relâcher les tissus. Je crois pouvoir établir en règle que cette manœuvre doit constituer un des temps de l'opération. Enfin, lorsque la réduction sera en grande partie obtenue, on pourra se servir des doigts avec avantage, et compléter l'opération comme pour la réduction d'une hernie. Le succès définitif sera annoncé par l'apparition d'une tumeur dans la région hypogastrique; en même temps qu'on sentira disparaître celle qui remplissait le bassin et qu'on distinguera, vers le détroit abdominal, un orifice large et béant conduisant dans la cavité utérine.

Là ne doit pas s'arrêter l'intervention du médecin; il doit prévoir la possibilité d'une rechute qui, sans être aussi menaçante qu'on a semblé le croire, pourrait cependant survenir. Il recommandera à la femme d'éviter les efforts de toute sorte; elle sera replacée dans son lit avec beaucoup de précaution, le bassin plus élevé que le tronc, et, après avoir pris la précaution d'introduire une première éponge taillée en cône jusque dans le col, d'en placer une seconde dans le vagin et de maintenir le tout avec un bandage en T; on lui administrera un ou deux grammes de seigle ergoté.

Je n'ai pas besoin de dire que pour les soins ultérieurs on se laissera guider par les circonstances, et qu'on les modifiera selon les accidents divers qui se manifesteront.

Les propositions suivantes serviront à résumer les points les plus importants de l'histoire du renversement utérin qui complique la parturition.

1° Cet accident est beaucoup moins fréquent qu'on ne serait tenté de le croire, quand on songe aux tractions intempestives qui sont souvent employées à l'occasion de la délivrance.

2° Quoique ce genre de déplacement puisse être incomplete il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas; il n'est pas rare, par exemple, de le voir porté à un point tel que tout le bourrelet appartenant au col a disparu.

3° Il me paraît difficile d'en comprendre la production par l'action de causes qui agiraient exclusivement à la surface externe de l'utérus; tandis que les tiraillements, qui, dans des conditions fort différentes, sont opérés par le cordon alors que le placenta est encore adhérent, en rendent parfaitement compte, ainsi que le prouvent d'ailleurs les faits les plus nombreux.

4° Avec un peu d'attention, son diagnostic est des plus faciles. L'absence du globe utérin dans la région hypogastrique, l'apparition dans le vagin ou hors la vulve d'une tumeur offrant certains caractères sur lesquels j'ai insisté, ne doivent laisser aucune incertitude.

5° Les phénomènes généraux qu'il provoque n'ont rien de constant, et dépendent surtout des complications qui existent quelquefois.

6° Le renversement de l'utérus est un des plus graves accidents de l'état puerpéral; il est grave par l'hémorrhagie qui le complique souvent, par l'étranglement que les intestins ou la matrice elle-même peuvent subir, par l'impossibilité ou les difficultés de la réduction et les conséquences qu'elles peuvent entraîner.

7° La réduction de l'organe constitue l'indication fondamentale; mais elle est loin d'être aussi facile qu'on paraît le croire généralement.

8° S'il est vrai que d'habitude les difficultés sont en raison du temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de l'accident, les exceptions ne sont pas rares; mes deux observations et d'autres que la science possède en sont la preuve.

9° Ces difficultés peuvent dépendre de la mobilité de la tumeur, de son volume et de sa dureté; le col, de son côté, joue aussi quelquefois un rôle très important et peut devenir le point de départ d'indications particulières.

10° Les repoussoirs, et en particulier celui dont je me suis servi, me paraissent préférables à la main, quelle que soit la manière dont on veuille s'en servir; mais une condition indispensable pour le succès, c'est qu'il soit appliqué sur le point diamétralement opposé au col, et j'ai dit comment il fallait s'y prendre pour le déterminer.

11° Lorsque la tumeur, en quelque sorte étranglée, est gorgée de sang, elle doit subir une préparation préliminaire qui consiste dans certaines manipulations destinées à l'assouplir, en la débarrassant d'une partie de ses liquides.

12° Enfin, pour prévenir une récidive, il convient de prendre certaines précautions dont j'ai parlé, telles que position, éponges dans le col et le vagin, seigle ergoté, etc.

OBSERVATIONS DE RÉTRÉCISSEMENT

de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur.

Par le docteur A. Notta (de Lisieux),

ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les théories des bruits du cœur, il en est deux qui maintenant se partagent le monde médical : l'une, déduite des expériences de MM. Marc d'Espine, Hope, Bouillaud, Williams, du comité de Dublin, etc., est adoptée par MM. Barth et Roger dans leur excellent ouvrage sur l'auscultation ; l'autre, pour ainsi dire, née d'hier, a su déjà, malgré l'autorité de ses adversaires scientifiques, rallier un grand nombre de partisans ; je veux parler de la théorie de M. Beau. Ces deux théories des bruits du cœur sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'en faire ici le parallèle, et personne n'ignore que la signification pathologique de certains bruits anormaux varie avec chacune d'elles.

D'après MM. Bouillaud, Barth, Roger, etc., la manifestation du bruit déterminé par le rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires est fixée au second temps. Pour M. Beau, au contraire, le rétrécissement auriculo-ventriculaire donne lieu à un bruit anormal au premier temps. Entre deux opinions aussi nettement formulées et aussi diamétralement opposées, le doute ne saurait être de longue durée. Déjà les faits publiés par M. Briquet, d'abord, puis par M. Fauvel et plusieurs autres observés dans les hôpitaux, ont donné gain de cause à M. Beau. Cependant, soit que leur nombre ne paraisse pas encore assez considérable, soit attachement à l'ancienne théorie, ils n'ont pas encore convaincu tous les esprits. Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître toutes les observations qui peuvent jeter du jour sur cette question. J'ai été à même d'observer un grand nombre d'affections organiques du cœur ; mais quatre fois seulement il m'a été donné de constater par l'autopsie la nature des lésions coïncidant avec le signe pathologique noté pendant la vie.

Le premier de ces faits est consigné dans tous ses détails dans les Bulletins de la Société anatomique (1848, p. 243). La pièce fut mise sous les yeux de la Société. Une commission chargée de faire un rapport sur cette observation la trouva concluante et n'hésita pas à attribuer à l'existence du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche le bruit de lime rude commençant un peu avant le premier temps, se prolongeant pendant toute sa durée, ayant son maximum d'intensité à la pointe du cœur, et ne se prolongeant pas dans l'aorte. Passant sous silence les objections que souleva cette manière de voir, nous rappelons ce fait seulement pour mémoire avant d'aborder les observations suivantes, remarquables par la reproduction des mêmes signes stéthoscopiques.

Obs. I. — Mazet (Auguste), âgé de quinze ans, entre le 26 novembre 1847 à l'hôpital Cochin.

Cet enfant, quoique toujours d'une santé délicate, n'avait encore eu d'autre maladie que la rougeole à onze ans, lorsque, il y a un an, il fut pris de douleurs dans la poitrine, de toux avec expectoration ; il ne se rappelle pas s'il avait les jambes enflées. Pour traitement, on lui appliqua des cataplasmes sur la poitrine. Il garda le lit pendant deux mois. Quatre mois après, c'est-à dire vers le milieu de juin dernier, il eut des douleurs dans les genoux et les coudes, avec tuméfaction de ces articulations ; il ne fit aucun traitement, et garda seulement la chambre pendant les premiers jours. Ces douleurs ne se dissipèrent complètement que dans le mois de septembre. Dans le courant du mois d'août, il lui est arrivé quatre fois, lorsqu'il marchait et se fatiguait un peu, de cracher une cuillerée à bouche environ de sang pur, rouge. Un peu de toux et une vive oppression accompagnaient cette hémoptysie. L'oppression devenant continue et son état de malaise persistant, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Sujet maigre, peu développé ; peau blanche et fine ; lèvres convenablement colorées ; intelligence obtuse. A la région précordiale, on ne remarque pas de voussure bien marquée. Le sternum est déjeté en avant. Le côté gauche de la poitrine est plus large que le droit. Du bord gauche du sternum au mamelon gauche, il y a 7 centimètres. La même mesure, prise à droite, donne 6 centimètres. La pointe du cœur bat au-dessous de la sixième côte, au niveau de la ligne verticale passant par le mamelon. A la percussion, on trouve une matité étendue. Les battements du cœur sont réguliers, l'impulsion est forte. A l'auscultation, on trouve, au premier temps, un bruit de souffle rude commençant un peu avant le premier temps, le couvrant tout entier, mais ne le masquant pas complétement ; le second bruit est normal. Le maximum du bruit de souffle est à la pointe ; quand on s'en éloigne, on entend plus distinctement les deux bruits du cœur ; et au niveau de l'orifice aortique on ne perçoit plus le bruit de souffle. Avec les doigts appliqués entre la sixième et la septième côte, on sent un frémissement très manifeste. Le pouls radial est très petit, régulier, 68 pulsations. Pas de toux ; pas de douleurs dans la poitrine. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien de particulier. Amaigrissement considérable depuis un an. Sueurs nocturnes. Dyspnée en montant un escalier. Les veines du cou et des membres ne sont pas dilatées et ne présentent pas de battements. Appétit. Pas de dévoiement. Très léger œdème des jambes.

1er mars 1848. Une pneumonie se déclare dans le côté droit de la poitrine. Au bout d'une dizaine de jours il entre en convalescence. Pendant les mois suivants il eut, à plusieurs reprises, des vomissements bilieux et des accès d'étouffement, qui cédèrent à l'application de quelques sangsues sur l'épigastre et sur la région précordiale. L'œdème augmenta ; la face devint bouffie ; il eut des hémoptysies. Enfin, il succomba dans les premiers jours d'août.

A l'autopsie, on trouve des adhérences anciennes assez lâches entre la partie antérieure du péricarde et la face antérieure du cœur. La face postérieure du cœur est libre ; les orifices aortique et pulmonaire, très sains, n'offrent ni rétrécissement ni insuffisance ; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est considérablement rétréci. Il a 1 centimètre de diamètre en travers et 6 millimètres seulement d'avant en arrière. Le rétrécissement est formé par l'épaississement et la soudure des bords libres de la valvule ; mais dans ce bord libre il n'y a ni concrétions osseuses ou cartilagineuses, ni productions polypiformes ; en sorte que la valvule a conservé de la souplesse, et, lorsqu'on verse du liquide par la pointe du cœur, il ne s'écoule pas par la valvule. L'orifice auriculo-ventriculaire droit est sain. Les deux poumons sont le siége d'une apoplexie pulmonaire.

Obs. II. — Mme G..., de Lisieux, âgée de cinquante ans, d'un tempérament nerveux, éprouvait depuis son enfance une gêne habituelle de la respiration. Il y a vingt ans environ, après un accouchement, elle commença à éprouver des douleurs dans la région précordiale et quelques palpitations, qui n'étaient ni violentes ni continues. Dans les dernières années, la gêne de la respiration a augmenté, et, comme auparavant, elle a toujours été beaucoup exaspérée par les rhumes. Il s'est en outre produit des accès violents survenant ordinairement tout à coup et pendant la nuit, accès pendant lesquels la suffocation est imminente et qui forcent la malade à se mettre sur son séant pour respirer. Dans ces derniers temps, Mme G... a craché du sang à plusieurs reprises et sans efforts de toux. Sentiment de constriction à la partie inférieure du sternum ; expectoration nulle habituellement, abondante à la fin des rhumes. Les palpitations et les douleurs à la région précordiale existent constamment, mais à un degré très variable. Elles sont très supportables lorsque les voies respiratoires sont libres. Les pieds sont enflés quelquefois le soir ; mais cette enflure, très légère, se dissipe par le repos de la nuit. L'examen de la poitrine fait reconnaître partout, excepté à la région précordiale, une sonorité exagérée ; cette exagération est surtout remarquable à la partie supérieure. A la région précordiale, la matité n'est pas absolue, mais elle est assez étendue, surtout de haut en bas. La pointe du cœur bat au niveau de la sixième côte. A l'auscultation, il n'y a pas de râles, seulement la respiration est un peu rude au sommet et faible à la base. Les battements du cœur sont réguliers ; les bruits sont un peu lointains. A la pointe on entend un souffle un peu rude commençant un peu avant le premier bruit et le couvrant tout entier. Il ne se prolonge pas dans l'aorte et s'entend à peine à la base. Le second bruit est normal ; le pouls est régulier. La menstruation, qui a toujours été assez régulière, est troublée depuis un certain temps, se suspendant, puis reparaissant avec abondance. Depuis que cette perturbation s'est manifestée, les troubles de la respiration et de la circulation ont augmenté, et c'est aussi depuis cette époque que l'expectoration sanglante a principalement eu lieu.

Tel était l'état de Mme G... au mois d'avril 1849, époque à laquelle elle consulta M. Valleix, qui constata tous les symptômes que nous venons de rapporter. M. Valleix conseilla l'emploi de la digitale, du datura stramonium, etc. L'année suivante, Mme G... eut une hémorrhagie cérébrale qui lui paralysa tout le côté gauche du corps. Le mouvement et la sensibilité revinrent peu à peu, mais d'une manière incomplète, lorsqu'au mois de mai 1851 une nouvelle hémorrhagie cérébrale se déclara et amena la mort au bout de trois jours. L'autopsie fut faite ; des circonstances particulières m'ayant empêché d'y assister, je priai mon confrère M. Marais de constater avec beaucoup de soin l'état des orifices du cœur.

Voici le résultat de son examen, qu'il a eu l'obligeance de me communiquer.

Autopsie. — Le cœur est un peu hypertrophié. L'orifice aortique est sain ; il n'y a ni insuffisance, ni rétrécissement. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci de plus du tiers de son diamètre. Ce rétrécissement est formé aux dépens des valvules, qui sont soudées par leur bord libre épaissi. Ces valvules ont néanmoins conservé toute leur souplesse, en sorte qu'il n'y a pas d'insuffisance. L'orifice auriculo-ventriculaire droit et celui de l'artère pulmonaire sont parfaitement sains. Le cerveau est le siége des lésions propres à l'hémorrhagie cérébrale.

La relation qui existe entre le bruit anormal qui couvre le premier bruit et le rétrécissement auriculo-ventriculaire ne saurait être méconnue dans les observations qui précèdent. Le rétrécissement existe seul, et il n'y a aucune autre lésion à laquelle on puisse attribuer le bruit morbide qui, dans tous les cas, est exactement semblable.

Le fait suivant est plus complexe ; néanmoins, le siége des bruits, leur caractère, permettant d'assigner à chacun d'eux la lésion qui lui correspond, il n'en vient pas moins à l'appui des observations précédentes.

Obs. III. — Gandy, carrier, âgé de cinquante-cinq ans, entre le 28 mars 1848 à l'hôpital Cochin.

Cet homme, d'une constitution robuste, n'a jamais eu de rhumatismes. Depuis le mois de décembre dernier seulement, il se plaint d'être essoufflé et d'avoir des battements de cœur.

Le 31 décembre, ne pouvant plus travailler, ses jambes étant enflées, il est entré dans un hôpital. Sous l'influence du repos, il éprouva du soulagement et sortit après un séjour de trois semaines.

Le 13 mars, les mêmes accidents, ayant reparu avec intensité, l'obligèrent à entrer à l'hôpital Cochin. En auscultant la région du cœur, on constatait tout à fait à la pointe gauche un bruit rude de scie masquant tout le premier temps, et commençant un peu avant la pulsation radiale. Le second temps, en ce point, est faible, et n'est accompagné d'aucun bruit anormal. A la partie moyenne du cœur on entend les deux bruits distinctement ; seulement ils sont sourds, et le premier est un peu couvert par le bruit anormal de la pointe. Tout à fait à la base du cœur, à l'origine de l'aorte, on perçoit distinctement les deux bruits ; le premier encore accompagné d'un bruit de souffle rude, mais beaucoup moins fort qu'à la pointe ; le second, suivi d'un bruit de souffle léger.

Il n'y a pas de battements dans les veines du cou. A la fin du mois d'avril le malade fut pris de pneumonie, et il succomba le 2 mai.

Autopsie. — Œdème considérable des jambes ; teinte jaune-paille de la face. Le péricarde est sain ; le cœur est un peu plus volumineux qu'à l'état normal. L'orifice aortique serait normal si les valvules sigmoïdes épaissies sur leur bord libre ne le rétrécissaient un peu. Cet épaississement des valvules détermine de l'insuffisance que l'on constate en versant de l'eau par l'aorte. Le ventricule gauche est d'abord ouvert par la pointe ; l'eau versée par cette ouverture est retenue dans sa cavité. L'orifice auriculo-ventriculaire est manifestement rétréci à la base des valvules. Celles-ci, du reste, sont libres, souples ; sur leur bord libre on remarque seulement quelques concrétions polypiformes. Les orifices auriculo-ventriculaire droit et de l'artère pulmonaire sont très sains.

Ici nous avons plusieurs lésions : un rétrécissement auriculo-ventriculaire, un léger rétrécissement aortique et une insuffisance aortique. Au premier temps à la pointe, nous constatons un bruit rude de scie, et nous n'hésitons pas à l'attribuer au rétrécissement auriculo-ventriculaire, parce qu'il est pour ainsi dire limité à la pointe, et qu'en se rapprochant de l'aorte il diminue d'intensité. Il est évident que nous aurions un résultat diamétralement opposé si ce bruit rude trouvait sa cause dans le rétrécissement de l'aorte. Au second temps nous avons un bruit de souffle léger, mais limité à la base et ne s'entendant plus à la pointe. Ce bruit anormal est donc produit par l'insuffisance des valvules aortiques, et ne saurait être attribué au rétrécissement auriculo-ventriculaire ; d'abord à cause de sa situation, et ensuite à cause de sa faible[illegible] indique une insuffisance et non un rétréci[illegible]

[illegible] trois observations que l'on vient de [illegible] souffle rude commen[illegible] complé-tement [illegible] autopsie a révélé l'existence d'un [illegible] cissement [illegible] l'orifice auriculo-ventriculaire. Deux fois cette lésion existait seule, et alors le bruit morbide signalé plus haut existait seul ; une fois le rétrécissement auriculo-ventriculaire était compliqué d'un peu de rétrécissement et d'une légère insuffisance aortique, et alors au même bruit morbide que précédemment se joignaient les signes ordinaires de ces affections.

Nous pouvons donc conclure qu'un bruit de souffle rude, localisé à la pointe du cœur à gauche, commençant un peu avant le premier temps et se continuant pendant toute sa durée, est le signe pathognomonique d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire. Ces résultats cliniques, tout à fait conformes à ceux obtenus par M. Briquet et par M. Fauvel, viennent à l'appui de la théorie de M. Beau, et concourent à nous démontrer que la systole auriculaire a lieu au premier temps comme celle du ventricule.

PERFORATION DE LA VESSIE

survenue dans des circonstances fort remarquables ;

Par le Dr Cambrelin père,

médecin du pénitencier des femmes, à Namur.

Le fait que je vais rapporter n'est pas de date récente ; s'il n'est pas unique dans les annales de la science, il est du moins assez rare pour mériter d'être conservé. On me saura gré sans doute de l'exhumer de la série d'observations que j'ai eu l'occasion de recueillir.

Sp... (Louise) est entrée dans la maison, le 17 juin 1841, pour y subir la peine de huit années d'emprisonnement. Elle est âgée de quarante-trois ans, bien menstruée, d'un tempérament lymphatique, et dit jouir habituellement d'une bonne santé.

Après être entrée deux fois à l'infirmerie pour une pleurésie et une bronchite, et en être sortie en bon état, elle y rentra de nouveau le 6 septembre, deux mois après la dernière sortie. Cette fois, je constatai une détérioration notable de la constitution : face pâle, chairs flasques, amaigrissement. La menstruation était encore régulière.

De l'ensemble des symptômes offerts par la malade, et des signes fournis par la palpation, la percussion et l'auscultation, je diagnostiquai une pleuro-pneumonie droite chronique avec tuberculose des poumons et épanchement dans la plèvre : une hypertrophie du foie et un vaste abcès froid sur les fausses côtes de ce côté.

Le 22 mai, la malade accusa pour la première fois une douleur sourde, ou plutôt une gêne dans l'abdomen, dont l'exploration n'occasionna aucune sensation pénible. J'y remarquai cependant un léger soulèvement de la paroi abdominale avec matité et fluctuation obscure à la région hypogastrique.

Je prescrivis une alimentation plus nutritive, et une décoction de baies de genévrier nitrée.

La sécrétion urinaire parut prendre un peu d'activité les jours suivants, sous l'influence de cette médication, et le 2 juin, la malade rendit des selles sanguinolentes avec un gros caillot de sang dans l'une d'elles ; mais le 14 au matin, elle dit avoir uriné beaucoup et souvent pendant la nuit, et je trouvai alors le ventre plat, indolent, sans nulle fluctuation.

Je l'avouerai, je fus étonné d'un changement si subit et si

complet dans l'état du ventre; et, ne soupçonnant pas la voie par laquelle le liquide avait pu s'échapper, n'admettant pas davantage une absorption si rapide, je pensai que je m'étais trompé en croyant à l'existence d'une ascite.

Cependant le 15, le ventre, qui jusque là était resté quasi indolent, s'était soulevé, arrondi, et le palper en était pénible. La malade y accusait des douleurs lancinantes et se plaignait d'un ténesme fatigant. Les forces avaient baissé; le pouls était devenu très petit, concentré, et la diarrhée était suspendue. — Friction mercurielle; cataplasmes émollients.

Le 19, le ventre s'est affaissé; mais il est dur, inégal, encore quelque peu douloureux à la pression. Les urines continuent de couler abondamment. L'appétit et le sommeil sont excellents.

Jusqu'au 19 juillet, l'état de la malade alla s'améliorant. Le ventre redevint indolent, assez souple, le pouls calme.

Depuis ce jour jusqu'au 26 septembre, il ne se passa rien de remarquable, si ce n'est l'apparition de quelques symptômes légers de péritonite.

Donc, le 26 septembre, je retrouvai la malade dans l'état où je l'avais laissée.

Le 1er octobre, elle accusa de nouveau des douleurs abdominales. Le ventre était tendu, arrondi et d'une sensibilité exquise au palper; pouls petit, calme; appétit. — Friction mercurielle et fomentations.

Après trois jours, tout était rentré dans l'ordre, et jusqu'au 19 tout alla bien; mais alors il y eut arrêt dans l'émission des urines, les phénomènes abdominaux reparurent, et cette fois une *fluctuation obscure* put encore être constatée.

Le 7 novembre, les symptômes pectoraux reprennent une nouvelle gravité.

Le 9 novembre, la péritonite se réveilla et fut marquée par les signes locaux ordinaires, plus le sentiment de *boules* roulant dans tous les sens et dont les mouvements étaient l'annonce de violents élancements. Après la disparition de cette attaque, le ventre resta inégal, aplati et plus douloureux à la pression qu'il ne l'était antérieurement.

Le 1er décembre, les douleurs ventrales acquirent plus d'acuité; le *jeu des boules*, comme s'exprimait la malade, si douloureux, s'accrut; les muscles de la paroi abdominale se tendirent, et l'on put encore percevoir un peu de la fluctuation que l'on avait sentie de temps en temps, et *non constamment*, depuis la dernière recrudescence de la péritonite (9 novembre).

Enfin, jusqu'au 17 décembre, jour de la mort de la malade, la phthisie marcha régulièrement vers son terme ordinaire, et la péritonite resta en permanence, modérée, mais avec des redoublements et des améliorations alternatives. La malade s'éteignit dans un grand état d'épuisement.

Autopsie. — Je n'exposerai rien des lésions nombreuses observées dans la poitrine.

Le foie, atteint de cyrrhose, était si volumineux qu'il refoulait l'estomac à gauche et s'étendait de la quatrième côte environ à la fosse iliaque du côté qu'il occupe; que le péritoine était parsemé de nombreux tubercules saillants de diverses grosseurs, les uns durs et intacts, les autres ramollis ou ulcérés. Ce sac séreux, de couleur lie-de-vin avec une nuance verdâtre dans toute son étendue, ne contenait pas de liquide. Toutes les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles et étaient réunies en masse au-devant de la colonne vertébrale par des brides ou une couche gélatineuse si peu solides que le doigt suffisait à les détruire. Aucune adhérence n'existait entre le péritoine viscéral et son feuillet pariétal. La muqueuse des intestins était enflammée et ulcérée en quelques points.

La vessie est perforée dans son fond comme avec un emporte-pièce, et ne contient pas de liquide; elle a perdu la moitié de sa capacité par sa rétraction permanente, et ses parois sont fort épaisses partout, mais sans engorgement, même au pourtour de la perforation. Cette perte de substance, régulièrement circulaire, est au moins du diamètre d'une pièce de 5 francs, et donne à l'organe l'aspect d'un entonnoir dont le bord supérieur libre serait fixé au-dessous du niveau du détroit abdominal du bassin. La cicatrisation de ses bords, en avant et sur les côtés, est complète, et elle est fort avancée en arrière, preuve de l'ancienneté de la lésion; cette cicatrisation paraît s'être opérée par le rapprochement des deux membranes de la vessie qui se sont rencontrées, l'interne en se renversant en dehors, l'externe ou séreuse en se réfléchissant vers l'intérieur de la cavité viscérale. La muqueuse vésicale, que l'on pouvait explorer par l'ouverture accidentelle, se laissait voir un peu rosée uniformément, mais bien peu, et formait des colonnes fort épaisses affectant différentes directions. — Nulle trace de tubercules, ni d'aucune autre affection morbide dans l'épaisseur des parois vésicales.

Cette large ouverture était maintenue béante dans le petit bassin par des adhérences contractées avec les parties circonvoisines, de telle manière que l'urine devait être facilement versée dans la cavité ventrale lorsque la malade prenait une position horizontale, et que tous les liquides venant de celle-ci tombaient nécessairement dans l'intérieur de la vessie lorsque la malade était debout, et sans qu'il fût possible à une seule goutte de s'insinuer dans le tissu cellulaire du bassin.

La perforation vésicale ne fut pas diagnostiquée, je dirai plus, ne fut pas soupçonnée; mais était-il possible de reconnaître son existence pendant la vie? Si certains symptômes notés dans cette observation, fort incomplète, je l'avoue, à l'endroit de la lésion cystique, avaient été plus marqués, on eût, sans doute, pu être conduit à soupçonner cette affection, quoique bien rare, si même il en existe quelque autre exemple. Ainsi, si l'ascite avait été bien manifeste et qu'elle eût disparu brusquement; si, aussitôt après, la péritonite était passée à l'état suraigu, ainsi qu'on le voit ordinairement à la suite d'un épanchement d'urines dans la cavité de cette membrane, etc., la perforation se serait présentée à l'esprit peut-être; mais ici rien de cela. J'ai bien constaté, le 22 mai 1843, l'existence d'un épanchement, mais la fluctuation était encore si peu certaine que, lorsqu'elle disparut un matin, je n'eus pas d'autre idée que celle de m'être trompé. Plus tard, et à deux reprises, l'oscillation du flot ascitique fut encore constatée, notée (19 octobre et 1er décembre), sans que je pusse affirmer que mes sens ne me jetaient pas dans une illusion! Comment, d'après cela, pouvais-je être amené à soupçonner une lésion dont nul auteur, d'après mes souvenirs, ne fait mention?

Au point de vue du diagnostic, il est un symptôme qu'aujourd'hui je considère comme précieux et que je rapportai alors à une lésion nerveuse ayant quelque similitude avec l'hystérie: je veux dire la sensation de *boules roulant* dans le ventre et l'annonçant l'explosion de douleurs aiguës. N'est-il pas évident aujourd'hui que ces *boules* n'étaient rien que la sensation occasionnée par l'urine refoulée dans l'abdomen et allant échauffer, irriter de proche en proche le sac séreux? Etudié sous ce point de vue, ce phénomène n'aurait-il pas éclairé le diagnostic et conduit à quelque indication capable non pas de guérir ou de prolonger la vie de la malade, qui a autant succombé à la maladie de poitrine qu'à la complication en question, mais de lui épargner les douleurs atroces qui marquaient l'exaspération de la péritonite par le contact des urines? N'y avait-il pas quelque raison d'espérer que le décubitus dorsal sur un lit incliné vers les pieds aurait retenu l'urine dans l'entonnoir vésical? Attentif à l'excrétion de l'urine, ne pouvait-on pas introduire le cathéter dans la vessie pour empêcher son reflux dans l'abdomen, lorsque l'on aurait cru s'apercevoir que la quantité rendue était au-dessous de ce qu'elle devait être journellement?

(*Archives belges de médecine militaire.*)

La médecine de province a perdu cette semaine deux de ses plus honorables représentants.

M. le docteur *Charpentier*, médecin à Guérigny (Nièvre), ancien médecin de la marine, retraité après trente-huit ans de service, est mort à l'âge de 71 ans. Après avoir exercé longtemps sa profession avec un zèle et un dévouement qui ne se sont jamais démentis, il ne laisse pour toute fortune à sa nombreuse famille que le souvenir des sympathies et des regrets qu'a manifestés toute la population de Guérigny.

Le second confrère dont nous avons eu la douleur d'apprendre la perte est M. le docteur *Quesnel* (de Rouen), qui a succombé dans toute la force de son activité, à l'âge de 49 ans. Il est mort à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite en saignant un malade atteint d'angine gangréneuse, et offrant des phénomènes d'infection putride. C'est donc une nouvelle victime de sa profession.

Le doyen de la Faculté nous prie de publier la note suivante:

Les élèves qui n'ont pu jouir encore des immunités qui leur ont été accordées antérieurement par M. le ministre de l'instruction publique sont priés de se présenter avant le 26 de ce mois au secrétariat de la Faculté. Toute réclamation qui serait postérieure à cette époque serait considérée comme non avenue pour l'année scolaire 1851-1852.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 136. — MARDI 25 NOVEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 136. — MARDI 25 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 24 NOVEMBRE 1851.

Société de chirurgie.

SYPHILISATION. — DU DROIT D'EXPÉRIMENTATION.

Quand j'apprenais à mes amis véritables et à d'autres qui se donnaient comme tels le fait de la *saturation syphilitique*, c'est-à-dire ce fait que la plupart des individus perdent après un certain nombre de contaminations syphilitiques, l'aptitude à contracter la syphilis, j'étais loin de me douter que ce fait conduirait à l'étrange doctrine désignée sous le nom de syphilisation; j'étais loin de prévoir surtout que le rêve d'une telle doctrine supposé possible, elle finirait par prendre assez d'importance pour occuper des esprits sérieux, par offrir assez d'attraits pour séduire des esprits faibles et faire des victimes.

La présentation qui a été faite à la dernière séance de l'Académie de médecine, les quelques détails qui ont été donnés à la Société de chirurgie sur le malade objet de cette présentation, et qu'on peut lire dans notre numéro de ce jour, prouvent que, malgré notre expérience, nous avions trop bien auguré de la crédulité publique. L'intérêt de la morale et de la dignité médicale, plus encore que celui de la science, exige donc que nous intervenions dans les débats qu'a soulevés et que soulèvera encore l'observation du médecin allemand. Nous nous efforcerons de détourner d'une voie fatale les médecins qui, sur la foi d'autorités douteuses, seraient tentés de répéter des expériences que la conscience et l'expérience réprouvent également, et nous chercherons à prémunir contre des entraînements déplorables des esprits trop confiants et des dévouements inconsidérés.

Commençons par le déclarer : pas un des faits qu'invoque l'étrange doctrine de la syphilisation n'est démontré; beaucoup sont manifestement faux. M. Cullerier, avec une franchise qu'on devrait plus souvent imiter, a dit des prétendues expériences de M. Sperino, de Turin : « Que la légèreté d'appréciation le dispute au peu d'exactitude des détails. » Nous nous associons complètement à ce jugement, si M. Cullerier a entendu par ces mots *peu d'exactitude* des détails que les faits annoncés par M. Sperino sont absolument inexacts.

Il n'était pas besoin d'expériences nouvelles pour démontrer que les chancres ne deviennent nullement moins graves à mesure qu'on les multiplie. Les exemples, malheureusement trop nombreux, d'inoculations artificielles consignées dans les annales de la science, et, avant ces expériences, l'observation clinique suffisaient pour lever tous les doutes à cet égard. L'ignorance pouvait seule tenter d'en imposer après que l'expérimentation et l'observation s'étaient prononcées d'une manière aussi catégorique. L'expérience dont M. L... est victime ne fait que produire un triste et inutile argument de plus en faveur d'une vérité qui était déjà parfaitement établie.

Est-il vrai, cependant, que la plupart des individus qui s'exposent chaque jour à la contagion syphilitique finissent par y devenir réfractaires? Oui, cela est vrai, au moins des femmes, et pour un certain temps (1). C'est cet état dans lequel se trouve alors l'organisme, et qui avait échappé avant moi aux observateurs, que j'ai désigné sous le nom de *saturation syphilitique.* Mais pouvait-on tenter de baser sur ce fait de la saturation syphilitique une prophylaxie de la syphilis, comme certains ont essayé de le faire, d'après cette fausse opinion qu'on n'avait la vérole qu'une fois dans sa vie? Une pareille idée ne pouvait venir qu'à ceux qui avaient appris grossièrement le fait de la saturation sans en apprendre ou sans en comprendre tous les détails.

D'abord la saturation syphilitique ne s'acquiert, dans l'immense majorité des cas, qu'après un temps fort long, plusieurs mois au moins, même lorsque les contagions se renouvellent à des intervalles très rapprochés; cette assertion qu'un second chancre d'inoculation moins que le premier, un troisième moins que le second, est, nous l'avons déjà dit, d'une fausseté absolue. Pour préserver quelqu'un de la syphilis, il faudrait donc commencer par la lui donner pendant plusieurs mois.

Il y a une autre assertion qui n'est pas moins fausse que la précédente dans la doctrine de la syphilisation. A en croire cette doctrine, la saturation syphilitique s'obtiendrait toujours sans danger pour les malades; c'est une des plus graves erreurs parmi toutes celles dont se compose la syphilisation. Avant d'arriver à l'état de saturation, un certain nombre d'individus succombent, soit à la syphilis constitutionnelle, soit même à la syphilis primitive, comme j'en ai recueilli plusieurs exemples et publié quelques-uns, et la mort, on le comprend sans peine, est d'autant plus à craindre, que les infections se répètent plus souvent; ce qui explique pourquoi la mortalité par suite de syphilis est plus fréquente chez les prostituées que dans toutes les autres catégories de la population. C'est aussi une des raisons qui m'ont engagé à m'élever contre l'abus des inoculations artificielles.

Or, non-seulement il dépend de chacun de se soustraire d'une manière à peu près certaine aux chances d'infection; mais alors même qu'on s'y expose, on peut y échapper, car il s'en faut qu'il y ait autant d'atteints que d'exposés, et alors même qu'on n'y échapperait pas, les accidents qu'on éprouverait seraient dix-neuf fois sur vingt, pour ne pas dire plus, moins graves que ceux qu'on s'infligerait volontairement en s'inoculant des chancres à satiété. Nous parlons ici, bien entendu, des accidents locaux. Quant à la syphilis constitutionnelle, tout le monde sait, je veux dire tous les médecins sérieux savent que l'immense majorité des individus qui ont eu des accidents primitifs, dans les conditions ordinaires de la vie, sont soustraits aux accidents consécutifs, tandis qu'il en est tout autrement des prostituées, c'est-à-dire des seuls individus qui se trouvent dans les conditions propres à acquérir la saturation syphilitique.

Tels sont les faits et les considérations scientifiques qui doivent réduire, qui, dans l'esprit de tous les médecins instruits, ont déjà réduit à leur juste valeur, au point de vue médical, les prétentions et les assertions de la doctrine de la syphilisation, si l'on peut donner le nom de doctrine à une agglomération bizarre d'idées informes et d'erreurs matérielles flagrantes.

Il reste maintenant à voir jusqu'à quel point les lois de la morale, et même celles du Code, permettent au médecin de mettre en pratique de semblables conceptions.

Si nous n'avons point prévu le seul succès que pût avoir la syphilisation, celui d'un certain retentissement, nous ne prévoyions que trop, quand nous nous élevions avec force contre la doctrine de l'inoculation et surtout contre les expériences fallacieuses et illicites des inoculateurs, nous ne prévoyions que trop les résultats auxquels elle conduirait. Après ceux qu'elle a déjà produits, en voici un autre : la syphilisation est une fille à la fois naturelle et légitime de l'inoculation.

Lorsqu'on a soutenu que des inoculations de chancres, de bubons, de blennorrhagies étaient des expériences innocentes et permises, tandis que j'ai prouvé qu'à l'aide de ces expériences on donnait aux malades des chancres ayant une durée moyenne de 27 jours, quelquefois une durée de 93 jours, d'autres fois enfin une ténacité qui a conduit les malades au tombeau, on encourageait les esprits aventureux à multiplier ces inoculations que l'on disait être si innocentes. Comment la pratique des inoculateurs n'aurait-elle pas entraîné ces esprits aventureux, lorsque quelques esprits des plus sages ont perdu à la vulgarisation de cette pratique le sentiment moral du médecin?

Oui, il est pénible de l'avouer, mais il le faut dans l'intérêt de la considération professionnelle, il le faut surtout et avant tout dans l'intérêt sacré des malades, il faut avouer que chez quelques médecins, fort honorables d'ailleurs, le respect pour le malheureux souffrant est considérablement affaibli, et que cette déplorable habitude de l'expérimentation les aveugle sur leurs véritables obligations et les conduit quelquefois à l'oubli de leurs devoirs.

Dans une société savante aussi recommandable par l'importance de ses travaux que par l'honorabilité de ses membres, nous entendions faire un jour ce singulier, cet affligeant aveu :

« L'anatomie pathologique des tumeurs gommeuses est peu connue, parce que, ces tumeurs disparaissant très rapidement sous l'influence d'un traitement, on n'a presque jamais eu l'occasion d'en faire la dissection. J'ai mieux pris mes précautions : lorsque des malades entraient dans mon service avec des tumeurs gommeuses, je commençais par enlever celles-ci, et je prescrivais ensuite le traitement antivénérien. »

Un pareil aveu fait devant une société d'hommes du monde, devant des administrateurs, l'aurait soulevée d'indignation; dans l'enceinte où il fut fait, il passa inaperçu. Et cependant, nous le répétons, les hommes qui l'entendaient, aussi bien que celui qui le faisait, ne cèdent à personne par leur honorabilité. Qui ne sait que pendant ces dernières années des médecins du plus grand mérite comme de la plus haute position ont saigné des cancéreux, des chlorotiques, des varioleux, etc., tout convaincus qu'ils étaient que ces saignées ne pouvaient être d'aucune utilité (que par conséquent elles ne pouvaient qu'être nuisibles) aux malades, et uniquement pour analyser le sang et peser la quantité de fibrine et de globules?

Voilà à quelles fâcheuses conséquences a conduit le laisser-aller des inoculateurs, à produire des types qui ont servi de modèle au portrait du docteur Griffon, portrait sans doute très exagéré, mais qui s'éloigne encore plus par les qualités que par les défauts de certains originaux.

Nous ne voulons cependant point assimiler les expérimentateurs auxquels nous venons de faire allusion à ceux qui pousseraient la témérité jusqu'à mettre en pratique les funestes idées de syphilisation, et à couvrir de chancres un malheureux sous prétexte de l'affranchir de la vérole; mais ce que nous voulons établir, c'est que les uns et les autres oublient à des degrés variables leurs devoirs, et que, si jamais la morale publique était obligée d'intervenir dans les manœuvres des syphilisateurs, ceux-ci se réfugieraient avec avantage sous l'égide des inoculateurs.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale des maladies de la peau.

Des leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau ne peuvent être appréciées, a dit M. Devergie, qu'autant qu'elles auront été précédées de l'exposition des idées de pathologie générale qui constituent nos doctrines en dermatologie. C'est donc par ces doctrines que nous allons commencer. Notre manière de voir diffère assez des opinions généralement reçues pour qu'elle vous soit exposée. C'est d'ailleurs la clef de notre pratique médicale; c'est le résultat de onze années d'observations sur une catégorie de maladies qui forment dans la pathologie une sorte de spécialité au point de vue de l'étude et de la pratique médicale.

Une opinion accréditée et encore généralement admise par les médecins, c'est que les maladies de la peau sont des êtres à part qui ne peuvent rentrer dans le cadre de la pathologie ordinaire. Leur aspect souvent hideux, leur ténacité, leur reproduction parfois si opiniâtre, les ont fait dépendre d'une cause unique que l'on a désignée longtemps sous le nom de *virus dartreux.* Cette idée de virus comme cause des maladies de peau ne pourrait plus se soutenir aujourd'hui, car elle suppose la contagion par inoculation; or on sait que les maladies cutanées contagieuses sont en très petit nombre. On a donc dû rayer ce mot du vocabulaire dermatologique. Mais il fallait le remplacer par quelque chose, et c'est ce qu'on a fait par des dénominations plus ou moins indéterminées; car certains médecins croient encore à une cause spéciale productrice de ces affections, et pensent pouvoir les traiter à peu près uniformément, par exemple, par les sulfureux, les sudorifiques, les dépuratifs, etc., et au lieu d'employer une médication logique, ils se renferment dans une méthode empirique permanente.

En arrivant à cet hôpital, je n'avais été l'élève d'aucun des dermatologistes qui m'avaient précédé; aussi n'avais-je aucune théorie préconçue, et suis-je venu avec les idées et les doctrines que l'on applique à l'étude et à la pratique de la pathologie en général. Dès l'abord, je me suis demandé si les affections que j'avais devant les yeux n'étaient pas des individualités pathologiques, des entités morbides; et après

---

(1) Je dis des femmes, parce que la saturation syphilitique n'a guère pu être régulièrement observée que dans un établissement où tous les syphilitiques d'une certaine classe fussent OBLIGÉS de venir se faire traiter. C'est ce qui explique pourquoi ce fait était passé jusqu'à ce jour inaperçu, et pourquoi j'ai pu le constater et l'observer régulièrement à Saint-Lazare, où toutes les filles publiques sont envoyées par la police quand elles sont atteintes de maladies réputées contagieuses.

une étude consciencieuse, j'ai écrit et répété que les maladies de la peau étaient en tout semblables à celles des autres organes, et devaient recevoir l'application des mêmes principes de thérapeutique. J'ai nettement formulé depuis longtemps le résultat de mes observations à cet égard, en disant que :

« La pathologie de la peau ne diffère de la pathologie des » autres tissus que par la texture beaucoup plus complexe de » la peau et par les fonctions d'enveloppe qu'elle remplit; » circonstance qui l'expose aux influences de contact avec les » agents extérieurs dans des proportions que l'on ne trouve » dans aucun autre tissu ou organe de l'économie. »

Ainsi, selon moi, les principes qui dirigent les médecins dans la thérapeutique des maladies en général sont applicables aux affections cutanées. C'est ce que nous espérons pouvoir démontrer en faisant voir l'analogie qui existe entre les maladies de la peau et celles des autres organes.

Et d'abord prouvons que cette multiplicité de formes dans les affections cutanées, que la ténacité de ces maladies, leur récidive fréquente tiennent à des causes qui n'exercent pas leur influence sur les autres organes de l'économie, du moins dans la même proportion.

Le nombre des maladies de la peau est, nous n'en disconvenons pas, hors de proportion avec les affections des autres tissus. On compte peut-être une soixantaine de maladies du tissu cutané, et l'on sait que les autres organes sont loin de pouvoir être le siége d'un nombre aussi considérable d'affections. Mais on se rendra facilement compte de cette multiplicité de lésions si l'on considère la texture et l'organisation si complexe du tissu cutané relativement aux autres tissus.

Autrefois on ne décrivait que deux couches dans la peau, le *derme* et l'*épiderme*. Puis on en admit trois; puis arrivèrent les couches de Gauthier, et enfin parurent les travaux de MM. Breschet et Roussel, de Vozème, qui démontrèrent l'existence d'une foule d'organes annexes dans l'épaisseur de la peau. Comme on le voit, il y a dans la texture de la membrane tégumentaire un état complexe, une multiplicité d'appareils qu'on ne rencontre pas dans les autres organes. Or tous ces appareils peuvent être malades séparément, ou bien deux à deux, et dès lors on aura une série d'affections se présentant sous des formes multipliées et dépendant uniquement de la texture du tissu.

Les formes très variées, mais moins nombreuses cependant des maladies des membranes muqueuses viennent justifier cette assertion; et là où ces membranes sont recouvertes d'épiderme, les maladies s'y présentent sous des aspects plus variés et par conséquent en nombre plus considérable. Eh bien! en raison même de ces formes diverses, les maladies reçoivent chacune une thérapeutique spéciale, quoiqu'elles aient toutes un élément commun, l'élément inflammatoire. Ici les ferrugineux, là les émétiques, dans un autre cas les antiphlogistiques, etc., et personne n'a jamais supposé qu'il y ait une cause unique de production morbide qui conduise à la pensée d'un *antimuqueux*, comme on est porté à admettre un *anticutané* ou *antidartreux*.

Ces membranes cependant offrent le reflet des maladies cutanées : ici ce sont des éruptions papuleuses, là des éruptions pustuleuses, ailleurs des éruptions vésiculeuses et pemphygoïdes. Par contre, les formes morbides des membranes séreuses, dont la texture est beaucoup plus simple, seront moins nombreuses. En reportant ces idées aux autres tissus, on obtient des résultats semblables : on observe, en effet, que les maladies qui affectent ces tissus sont d'autant moins nombreuses qu'ils offrent eux-mêmes dans leur composition un moins grand nombre d'éléments anatomiques.

Un autre caractère qui pendant longtemps a contribué à faire ranger les affections cutanées à part des autres maladies, c'est leur ténacité. Mais si les maladies de peau sont si tenaces et si rebelles, c'est qu'elles ne sont le plus souvent que le reflet de la maladie d'un organe interne. Par suite, si on n'emploie que des topiques, l'affection cutanée pourra être modifiée, mais non guérie. Ainsi les pithyriasis versicolors, auxquels les anciens avaient donné le nom de *taches hépatiques*, se rattachent toujours à quelque affection du foie ou des voies digestives, et c'est seulement en traitant ces dernières qu'on peut espérer de guérir le pithyriasis, qui n'en est qu'un épiphénomène. De là cette conséquence thérapeutique importante que, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une maladie de peau un peu ancienne, il faudra rechercher avec soin si elle n'est pas entretenue par une affection interne, et c'est à celle-ci qu'il faudra s'adresser d'abord pour espérer de guérir complétement la maladie cutanée.

Une autre cause qui tend à perpétuer ces maladies, c'est le tempérament du malade. Ainsi, chez les jeunes enfants, si on a affaire à un impétigo dérivant d'un tempérament très lymphatique, on pourra, par une médication locale, par des topiques, *blanchir* les malades, pour nous servir d'une expression familière aux habitués de l'hôpital Saint-Louis; mais si on n'imprime pas à ce tempérament une modification profonde à l'aide de la médication antilymphatique dont nous exposerons plus loin les principes, on verra infailliblement se reproduire l'impétigo, en supposant, bien entendu, que le traitement local en ait triomphé momentanément, ce qui est fort rare.

Une cause puissante de récidive des maladies cutanées, même lorsque la cause interne a été attaquée dans son principe et qu'on a obtenu une guérison réelle, c'est la situation superficielle de la peau qui l'expose à une foule de causes d'excitation auxquelles ne sont pas soumis les autres tissus. Le froid, l'humidité, les variations de température en général agissent d'une manière très sensible sur ces maladies. C'est ce qu'on peut observer chez les individus atteints de maladies sécrétantes : si le temps est humide, vous les entendrez tous se plaindre d'un accroissement dans la démangeaison et dans la sécrétion morbide; que le temps devienne froid et sec, et tous accuseront un mieux sensible dans leur état, et cela du jour au lendemain. Indépendamment des conditions atmosphériques, les mêmes pour tout le monde, les circonstances dépendant de la position sociale, de la profession des individus ont une grande influence sur la récidive des maladies cutanées. On connaît l'affection vulgairement appelée *gale des épiciers*; si quelqu'un qui en a été déjà guéri une fois expose ses mains au contact des mêmes matières qui en avaient provoqué chez lui le développement, il y a tout à parier que la maladie récidivera.

Il est encore une circonstance particulière qui rend les maladies cutanées longues à guérir. La peau est extensible; sous la peau sont des muscles qui, par leur contraction et leur relâchement incessant, la distendent ou la relâchent d'une manière continuelle; c'est ce qui a lieu surtout dans le voisinage des articulations. Or, dans les maladies inflammatoires des autres tissus et organes, on recommande aux malades le repos le plus absolu de l'organe souffrant. Ainsi, par exemple, les personnes qui ont des irritations chroniques du larynx se condamnent, pour se guérir, au silence le plus complet. Au contraire, il est presque impossible de soustraire entièrement la peau à ces tiraillements dont nous venons de parler; et d'ailleurs, l'incurie des malades vient encore ajouter à ces conditions défavorables où la peau se trouve forcément placée. Ainsi, une personne atteinte d'une maladie de peau continuera de vaquer à ses affaires; de là mouvements continuels, tiraillement de la peau, frottement des habits et, par suite, irritation sans cesse renouvelée et s'opposant à la guérison. En outre, la plupart des malades, à moins d'un état grave, continueront de manger, de boire comme d'habitude, et ne voudront pas, pour une affection à leurs yeux si légère, s'astreindre à un régime convenable et s'abstenir de tous les excitants. Doit-on s'étonner, dès lors, qu'une maladie de peau résiste souvent pendant des années à un traitement dont le malade n'exécute en réalité qu'une partie, peut-être la moins importante?

Ainsi donc, au point de vue de la multiplicité, de la ténacité des récidives, la différence entre les affections cutanées et les autres tient à la texture complexe du tissu de la peau, ensuite à la position qu'il occupe, enfin aux fonctions qu'il remplit, fonctions d'enveloppe qui le mettent en rapport avec tous les *circumfusa*.

Voici maintenant des traits directs de ressemblance. Quel est l'élément morbide le plus commun des maladies ordinaires? C'est sans contredit l'élément inflammatoire; or il en est de même dans les maladies cutanées. Sans parler ici des exanthèmes, variole, rougeole, scarlatine, où la phlogose cutanée est évidente pour tout le monde, ne la retrouve-t-on pas aussi dans les affections vésiculeuses, l'eczéma, par exemple, l'herpès; dans les maladies papuleuses, prurigo, lichen; dans les maladies bulbeuses, telles que le pemphygus, le zona, le rupia? A la vérité, l'élément inflammatoire paraît moins prononcé dans les affections squameuses; cependant on le trouve encore dans le psoriasis récent, par exemple; il y a sous les écailles de la rougeur, de la chaleur et de la cuisson; dans le pithyriasis farineux elle est rare; mais dans le pithyriasis rubra elle est constante. Ce cachet inflammatoire ne se retrouve pas, il est vrai, dans quelques affections. Telles sont les trois variétés d'ichthyose, brune, blanche et cornée; mais ce sont des maladies congénitales, et par suite l'hérédité joue ici le plus grand rôle. Quelques autres maladies semblent échapper encore à cette règle. Ainsi le pithyriasis versicolor, le pithyriasis nigra; mais ces maladies causent des démangeaisons qui peuvent rappeler un peu l'inflammation. Dans la lèpre anesthésique avec tache, il n'y a pas de traces inflammatoires, mais les ganglions correspondant à la partie affectée, sont engorgés; dans la lèpre tuberculeuse il y a inflammation évidente.

Comme celles des autres organes, les maladies de la peau revêtent deux formes distinctes : la forme aiguë, qui est plus rare, et la forme chronique, qui est plus fréquente. Certains auteurs nient l'existence de la première; car, disent-ils, la variole, la varicelle, l'érysipèle, qui sont bien aigus, rentrent dans la pathologie ordinaire. On pourrait d'abord contester la légitimité de cette exclusion; mais passons.

Est-il rien de plus commun qu'un eczéma aigu et un eczéma chronique? qu'un lichen aigu, un lichen chronique? Et le traitement sera loin d'être le même dans les deux cas : ainsi, pour la forme aiguë, il faudra employer les émollients, les tempérants; une médication excitante, résolutive les exaspérerait, tandis qu'elle pourra convenir à la forme chronique. Le pemphygus nous offre sous ce rapport un exemple très démonstratif. Il y a le pemphygus *diutinus*, continu ou successif, qui se manifeste d'abord par une bulle tendant assez rapidement à la guérison; puis il en vient une seconde, puis une troisième, puis enfin il en paraît sur tout le corps, et ce développement dure cinq ou six semaines; dans ce cas, c'est une affection chronique.

Mais qu'au début le malade se livre à quelques excès, qu'il soit soumis à des causes de surexcitation, et la maladie pourra devenir générale dans l'espace de trois ou quatre jours; alors c'est bien une maladie aiguë. Le pithyriasis, le psoriasis, l'eczéma peuvent pareillement être aigus ou chroniques. Les maladies tuberculeuses sont dans le même cas. Parmi les lupus, par exemple, il y a le lupus *térébrant*, qui, en trois semaines, un mois, détruit le nez, la lèvre supérieure du malheureux qui en est atteint. On verra, au contraire, des lupus tuberculeux chroniques mettre trois ou quatre ans à faire le même ravage.

Etudions au même point de vue comparatif les causes des affections cutanées.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. le professeur ALQUIÉ.

Inoculation de la syphilis au cancer.

Je viens de lire dans la *Presse médicale de Bruxelles*, n° du 2 novembre 1851, le compte-rendu d'une séance de l'Académie de médecine de Belgique où l'on s'est disputé la priorité de l'inoculation du virus syphilitique pour le traitement du cancer. Comme depuis longtemps j'ai émis de telles idées dans mes leçons de clinique, que j'ai publié un premier mémoire à ce sujet dans notre *Revue thérapeutique du Midi*, je crois convenable de faire connaître la première tentative que j'ai faite publiquement dans mon service. Plus tard, je ferai connaître les autres essais et leurs résultats dans un mémoire depuis longtemps commencé. Voici l'observation de cette tentative, recueillie par M. Ch. Bourlier.

Hugues Pascal, âgé de soixante-douze ans, d'une constitution appauvrie, d'un tempérament sanguin, est entré le 9 décembre 1850 à l'hôpital Saint-Eloi, salle Saint-Eloi, n° 47.

Il y a quatre ans, le malade aperçut à la lèvre inférieure un bouton qui resta stationnaire pendant plusieurs mois. Mais, soit maladresse, soit accident, le bouton fut déchiré; ses progrès, dès lors, furent très rapides. Ennuyé et inquiet de cet état, notre malade se fit opérer. La récidive eut lieu, et aujourd'hui, 13 janvier, le mal présente la forme ulcéreuse; il occupe la moitié de la lèvre inférieure à l'intérieur et au dehors, ainsi qu'une partie de la joue. Sa largeur est d'un pouce et demi, sa longueur de deux pouces et demi. De nombreuses excroissances fongueuses saignant au moindre attouchement, recouvertes d'une sérosité de mauvais aspect et de salive qui s'échappe sans cesse, font saillie dans la bouche et à l'extérieur; leur volume est celui de deux noix.

Examiné au microscope, le liquide de la surface nous présente, au milieu de nombreux débris d'épithélium, une forme très indécise de la cellule cancéreuse. Jamais, et à la suite de plusieurs examens attentifs, nous n'avons pu la voir dans sa forme bien caractérisée.

Depuis son entrée à l'hôpital, le malade est soumis à un traitement général par l'arséniate de fer et l'extrait de ciguë associés à l'opium. Sous l'influence de cette médication, le mal n'a pas été arrêté dans sa marche envahissante, et, au dire du malade, la plaie se serait agrandie d'un quart. Pour traitement local on n'a employé qu'un plumasseau enduit de cérat. Le régime a été fortifiant; vin, viandes rôties, etc.

Le 13 janvier, on applique sur les fongosités une petite compresse imbibée du pus d'un chancre très actif, bien que son origine remonte à dix-sept jours, et qu'un traitement mercuriel ait été déjà commencé. Un plumasseau de charpie recouvre la compresse et le tout est fixé avec quelques bandelettes de diachylum.

Le 14 janvier, ce petit appareil est levé : l'ulcère, au point d'application, ne présente aucun changement. M. le professeur Alquié fait renouveler la bandelette.

Le 15, rien n'a encore apparu d'anormal dans la marche de l'ulcère.

Jusqu'au 18, l'inoculation de la syphilis ne parut pas s'être accomplie.

A cette dernière date, une petite piqûre fut faite dans l'ulcère au moyen d'une lancette chargée du même pus chancreux que précédemment; le chancre avait alors vingt-deux jours d'existence.

A la contre-visite du soir, M. le professeur Alquié trouva le malade en proie à une fièvre considérable; l'ulcère et toutes ses fongosités s'étaient enflammés. L'état local et l'état général lui parurent assez alarmants pour qu'il prescrivît immédiatement 2 pilules de Dupuytren.

A partir de ce jour, les fongosités furent détruites avec la plus grande rapidité; leur teinte, d'un blanc-rose sale, devint cuivrée; un travail de suppuration s'établit, et le 2 février l'ulcère présentait tous les caractères du chancre syphilitique: bords coupés à pic, fond sale, de couleur cuivrée. Son étendue était réduite de moitié.

Le 4 février, on pouvait nettement apercevoir le travail de cicatrisation qui s'était effectué sur les bords du chancre.

Le 6, l'état des parties était de plus en plus satisfaisant; la cicatrisation faisait des progrès. L'état général devenu moins inquiétant le 20 janvier, n'avait plus donné la moindre crainte.

Le 10, le malade avait pris près de 80 pilules de Dupuytren.

Dès lors l'état local commença à avoir une fâcheuse tendance. Une sérosité de mauvais aspect s'était répandue sur le fond de la plaie; les bourgeons, qui jusque-là avaient été de bonne nature, semblaient infiltrés de liquide séreux; les bords de la cicatrice étaient violacés. Nous ne pûmes trouver dans le régime du malade aucun écart qui justifiât cette modification malheureuse.

Ce traitement mercuriel fut toujours continué, et de plus en plus la tendance de la plaie à revenir à son premier état fut mieux prononcée. De nombreux bourgeons se superposaient, et, le 24 février, les fongosités avaient pris le volume d'une petite pomme. Rien ne rappelait les heureuses espérances d'autrefois.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 novembre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

1° M. le professeur Roux ayant exprimé le désir d'obtenir le titre de membre titulaire, il est est nommé à l'unanimité et par acclamation membre titulaire de la Société de chirurgie.

2° M. Soulé, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, demande à devenir membre correspondant, et adresse deux mémoires: l'un ayant pour titre: *Des fractures compliquées d'altération organique des fragments*; l'autre, *Désarticulations comparées aux amputations dans la continuité*. — Une commission composée de MM. Michon, Larrey et Demarquay, est chargée d'examiner ces travaux.

Présentation de malade. — Syphilisation.

Au commencement de la séance, M. Mussot, interne des hôpitaux, présente un malade au nom de M. Ricord.

M. N... a été présenté à la Société de chirurgie pour soumettre à son observation les résultats d'expériences entreprises dans le but de vérifier les idées émises sur la syphilisation. En attendant que M. le docteur L... donne lui-même, *in extenso*, l'histoire de sa propre maladie, non encore complétée, voici les principaux résultats auxquels il est arrivé.

M. L... n'a jamais eu ni chancre, ni blennorrhagie. Aux mois de novembre 1850 et janvier 1851, il s'est inoculé à la verge, à l'intervalle d'une semaine chaque fois, une dizaine de chancres. Ces chancres ont disparu en peu de temps sous l'influence d'un traitement simple hygiénique.

Le 2 juillet, il s'inocule de nouveau au bras gauche, et un chancre induré en est la conséquence.

Trois mois après, c'est-à-dire le 1er octobre, il se déclare une syphilide exanthématique, et bientôt papuleuse, accompagnée de l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; quelques jours après, des plaques muqueuses apparurent sur les amygdales.

Le 17 octobre, une inoculation est pratiquée au bras gauche par M. Auzias, en présence de M. Ricord, avec du pus pris à un chancre datant de vingt jours, existant chez un malade qui avait été inoculé lui-même avec du pus pris chez un prétendu syphilisé qui en était à peu près à son soixantième chancre.

Le 24, M. Ricord pratique deux inoculations, l'une sur le bras gauche, l'autre sur la muqueuse du prépuce, avec le pus d'un chancre phagédénique non serpigineux existant sur un malade couché salle 2, n° 4 de son service.

Le 25 octobre, M. le docteur L... s'inocule lui-même au même bras et à la verge avec le pus du premier chancre.

Le 28 octobre, deux inoculations sont pratiquées au bras gauche; l'une avec le pus du premier chancre, l'autre avec celui du quatrième.

Le 29 octobre, deux inoculations sont faites avec le pus du quatrième chancre.

Le 30, deux inoculations sont pratiquées au bras avec le pus du premier chancre et du second.

Le nombre des inoculations s'élève ainsi à 11.

De ce qui précède, nous croyons pouvoir arriver aux conclusions suivantes :

1° Bien que des inoculations au nombre de 10 aient été faites, cela n'a pas empêché une onzième de s'indurer et d'être suivie régulièrement de syphilis constitutionnelle.

2° Les nouvelles inoculations successives qui ont été faites en vue de la syphilisation ont toutes réussi.

3° Les chancres n'ont point été d'une moindre étendue à mesure des inoculations faites.

Ainsi, les diamètres des chancres successifs ont été indifféremment plus grands ou plus petits que ceux des chancres qu'ils avaient précédés ou suivis.

4° Le plus grand nombre des chancres inoculés a pris la forme phagédénique, comme cela se montre souvent chez les individus qui, ayant une syphilis constitutionnelle, contractent de nouveaux chancres.

5° Il est à remarquer que les plus intenses proviennent du pus du syphilisé de M. Auzias, parvenu à son soixantième chancre.

6° Le phagédénisme non serpigineux n'a pas dépendu de la source à laquelle le pus a été puisé, car le plus grand nombre des chancres qui ont été produits par le pus provenant du syphilisé ont pris indifféremment la forme phagédénique; tandis que, parmi trois chancres produits par le pus fourni par un malade du service de M. Ricord, affecté d'un chancre phagédénique non serpigineux, un seul a pris la forme phagédénique.

7° Le phagédénisme des premiers chancres n'a pas été atténué par les chancres qui ont suivi et qui sont devenus phagédéniques à leur tour.

8° Le phagédénisme a donc semblé tenir à l'état général du malade, influencé par le siége; car, tandis que le plus grand nombre des chancres inoculés au bras ont pris cette forme, les chancres inoculés à la verge avec le même pus et le même jour sont restés très restreints, et ont marché rapidement vers la réparation.

9° Les inoculations successives faites dans le sens de la syphilisation, et qui ont affecté une marche si grave, n'ont pas seulement influencé favorablement les accidents de la syphilis constitutionnelle, mais, bien au contraire, ces accidents ont semblé prendre une nouvelle intensité au fur et à mesure que les chancres d'inoculation tendaient au phagédénisme.

10° Il est à remarquer que, tandis que toutes les inoculations faites avec du pus d'ulcères primitifs ont été suivis de résultats positifs, des inoculations d'accidents secondaires appartenant aux formes les plus graves, et dans toute leur intensité, sont restées sans effets.

Du cathétérisme et de la ponction de la vessie.

M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, revient sur le malade auquel il a pratiqué la ponction de la vessie et qui est mort par suite du cancer qui avait refoulé la prostate et donné lieu à l'impossibilité de pénétrer dans la vessie. Les préceptes donnés par M. Maisonneuve pour pénétrer dans ce organe quand l'urètre n'a subi aucune interruption sont très bons, ajoute M. Monod, et nous les avons mis en pratique avec M. Le Roy-d'Etiolles. Nous nous sommes servi de sondes coudées, tortillées, etc., et dans toutes nos tentatives nous arrivions toujours dans le même point, c'est-à-dire dans l'excavation formée par le cancer ramolli entre le rectum et la prostate. Ce cas, il est vrai, ne rentre plus dans la catégorie spécifiée par M. Maisonneuve; mais, telle qu'il l'a formulée, son opinion me paraît trop absolue; il existe des cas où, bien que le canal soit intact, il est impossible de pénétrer dans le réservoir urinaire : cela a lieu quand une tumeur considérable vient à résorber la prostate et à dévier le canal d'une manière notable.

M. Maisonneuve. Je ne puis donner ici que le résultat de mon expérience : eh bien! je déclare que je n'ai point rencontré d'urètre que je n'aie pu franchir quand ce dernier était libre ou qu'il n'était interrompu que dans un point bien déterminé de son étendue, en suivant les préceptes que j'ai indiqués dans la dernière séance.

M. Chassaignac. J'ai eu récemment l'occasion de faire la ponction de la vessie sur un malade affecté d'un cancer de la prostate et chez lequel je ne pouvais introduire une sonde. Je fus surpris, après avoir retiré le poinçon du trocart, de voir couler du sang; je retirai un peu la canule, et bientôt je vis l'urine arriver. Dans ce cas, j'avais probablement ponctionné la prostate; dans ces circonstances, pour éviter cet inconvénient, ne faudrait-il pas faire pénétrer le trocart plus au-dessus de la symphyse pubienne? De la sorte, on serait moins exposé à blesser le bas-fond de la vessie; chez mon malade, il n'est résulté aucun inconvénient de ce petit accident.

M. Lenoir. M. Maisonneuve vante l'usage des bougies fines pour pénétrer dans un urètre rétréci; seulement, il les recourbe et les tortille; je crois, au contraire, que dans ces cas il faut préférer les sondes ou les bougies un peu grosses; de cette façon, on évite le mieux les fausses voies. Est-il vrai que l'on puisse toujours pénétrer dans un canal libre, mais dévié? Je ne le pense pas; il est des circonstances où la prostate volumineuse refoule tellement le col de la vessie qu'il est impossible d'arriver dans celle-ci, et dans le fait de M. Monod cette déviation était à un point extrême. Dans ces cas, je préfère à la ponction de la vessie l'établissement d'un canal à travers la prostate, comme le faisait Chopart et comme Lafaye le pratiqua sur Astruc, lequel survécut dix ans à cette opération; une sonde d'argent un peu conique permet au chirurgien d'arriver souvent à un résultat meilleur que par la ponction hypogastrique de la vessie, qui ne remédie qu'à l'accident du moment.

M. Chassaignac. Le point qui nous occupe est difficile; il faut que le chirurgien sache se servir de tous les éléments dont l'art dispose. Je ne puis omettre de signaler les services que rend la sonde de M. Mercier dans ces circonstances; sans doute la ponction de la vessie ne remédie que d'une manière temporaire aux accidents; mais il faut savoir que ceux-ci sont le plus souvent temporaires; et s'ils persistent, on peut encore, grâce au trajet déterminé par la ponction, faire le cathétérisme de dedans en dehors, comme cela se faisait anciennement.

M. Maisonneuve. Pour moi, la ponction de la vessie est sans danger; mais je crois qu'il ne faut la faire que dans le cas de tuméfaction aiguë de la prostate, ou dans le cas de fausse route, le chirurgien devant pénétrer dans la vessie en traversant un canal dévié. Dans le cas de fausse route, même très étendue, un chirurgien patient arrivera encore le plus souvent en se servant de bougies tortillées ou coudées.

M. Lenoir. Dans mon argumentation précédente, je ne voulais point parler des tuméfactions de la prostate tenant à une inflammation. J'ai voulu parler des prostates hypertrophiées volumineuses. J'ai essayé, dans un cas où j'avais fait la ponction de la vessie, de faire passer une sonde flexible de dedans en dehors en suivant le canal pratiqué par le trocart, et je n'ai point réussi, bien que j'eusse suivi les conseils donnés par Bell, qui est, suivant moi, l'inventeur de ce procédé.

M. Chassaignac. Quand on veut faire le cathétérisme de dedans en dehors, il faut se servir d'une sonde en argent, que l'on fait pénétrer seulement dans la prostate à la rencontre d'une autre sonde introduite par l'urètre.

M. Demarquay. Je ne vois pas que les accidents déterminés par les tumeurs de la prostate soient toujours temporaires. Je vois souvent un monsieur qui est arrivé graduellement à l'impossibilité de rendre ses urines autrement qu'avec la sonde, et cela par suite d'un gonflement de la prostate.

M. Marjolin. Parmi les accidents du côté des voies urinaires qui surviennent chez les vieillards à prostate hypertrophiée, il en est qui tiennent à une excitation passagère portée sur les organes par l'abus des boissons alcooliques ou du coït. On voit souvent à Bicêtre, le lundi, des accidents assez graves survenir sous l'influence de ces causes excitantes. Dans ces cas, une application de sangsues, des bains et le repos triomphent des accidents.

Végétation sur la muqueuse laryngée d'une enfant de deux ans morte à la suite de la variole.

M. Guersant fait voir sur la muqueuse tapissant les cordes vocales du larynx des excroissances assez considérables, et qui ont l'aspect de végétations syphilitiques. La petite malade ne présentait aucune trace d'infection vénérienne. Le microscope fait reconnaître que ces végétations dépendent de l'épithélium développé.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. Fleury, professeur agrégé.

DIXIÈME LEÇON (1).

DES VENTS. — DU SON. — DU BRUIT ET DE LA MUSIQUE. — HYGIÈNE DES ORGANES DE L'AUDITION ET DE LA PHONATION.

Des vents.

Si la densité de l'atmosphère était partout la même, aucun mouvement ne s'y ferait sentir; l'air serait dans un repos complet, et il en est parfois ainsi dans les couches atmosphériques les plus inférieures. Mais sous l'influence de l'action solaire calorifique, des inégalités du sol, des conditions de sa surface, de la présence des eaux, etc., l'équilibre est souvent rompu, et il se produit alors un mouvement, un courant, en vertu duquel l'air le plus dense s'écoule avec une rapidité plus ou moins grande vers l'air le moins dense. Ce courant porte le nom de *vent*.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de donner une théorie complète et satisfaisante des vents. « Tout ce qui concerne la dynamique des fluides, disent MM. Becquerel, est fort peu connu, et ce n'est que par des observations suivies que l'on pourra arriver à la connaissance de toutes les causes déterminantes des vents. » Quoi qu'il en soit, on considère l'inégal échauffement des masses gazeuses et leurs variations de température, la condensation ou la formation subite des vapeurs et, peut-être, le mouvement de rotation de la terre et les actions qui peuvent se manifester par suite des attractions et des répulsions électriques, comme les causes principales et générales des courants atmosphériques réguliers ou irréguliers.

Le vent offre à considérer sa *vitesse* ou *force mécanique*, sa *direction*, sa *température*, son *humidité*.

Force ou vitesse des vents. — On distingue les vents, suivant leur force, en *faible* ou *petite brise*, *modéré* ou *jolie brise*, *assez fort* ou *brise fraîche*, *violent* ou *grand frais*, *coup de vent*, *tempête* et *ouragan*; mais ces distinctions ne reposent que sur les sensations éprouvées par notre corps, sur des appréciations vagues, peu rigoureuses, et l'on a dû chercher à obtenir des évaluations plus précises. A cet effet, divers instruments portant le nom d'*anémomètres* ont été construits. Valtmann a proposé une girouette munie de deux petites ailes de moulin; le nombre de tours que celles-ci effectuent dans l'espace d'une minute donne la mesure de la force du vent. M. Combes a perfectionné cet instrument, et, au moyen d'un moulinet qui fait tourner une roue dentée, il est parvenu à mesurer fort exactement les vitesses comprises entre 0 m. 40 et 5 m. par seconde.

Le tableau suivant vous donnera une idée des vitesses absolues et relatives des vents par heure :

1,800	mètres.	Vent à peine sensible.
3,600	—	Vent sensible.
7,200	—	Vent modéré.
19,200	—	Vent assez fort, brise tendant bien les voiles.
36,000	—	Vent fort (frais).
54,000	—	Grand frais.
72,000	—	Vent très fort (très grand frais).
81,000	—	Tempête.
97,200	—	Grande tempête.
129,600	—	Ouragan.
162,000	—	Ouragan renversant les édifices, déracinant les arbres, etc.

La vitesse ordinaire des vents qui soufflent dans nos contrées est de 5 à 6 mètres par seconde. Au-dessous de 4 mètres, les moulins à vent ne peuvent plus moudre le blé; la vitesse la plus favorable est celle de 6 à 7 m.; au-dessus de 8 m., on est obligé de serrer les voiles afin d'éviter la rupture des ailes. En mer, les vaisseaux marchent très bien avec la vitesse de 9 m.; cependant celle de 6 m. tend encore bien les voiles.

La vitesse du vent varie avec la direction; voici quelles sont les vitesses moyennes par seconde, constatées par M. Bueck, à Cuxhaven, pour les différents vents :

Nord	6 m. 78	Est	5 m. 58
Nord-Est	6 m. 78	Sud-Est	5 m. 75
Sud	5 m. 78	Ouest	7 m. 41
Sud-Ouest	6 m. 56	Nord-Ouest	8 m. 90

A Orange, M. de Gasparin a trouvé 6 m. 35 pour le vent du nord et 1 m. 22 pour celui du sud.

Je ne vous exposerai point en détail la manière dont on arrive à calculer la force mécanique du vent; il me suffit de vous dire qu'on admet généralement qu'une vitesse de 1 mètre par seconde correspond à 0 kil. 125 par mètre carré, et par conséquent à un demi-kilogr. pour 4 mètres de superficie. Dans les ouragans où la vitesse atteint 40 mètres par seconde, la pression est de 200 kilogr. par mètre carré; et vous comprenez, messieurs, quels peuvent être les effets désastreux d'une pareille force. « Lors de l'ouragan qui eut lieu à la Guadeloupe en 1825, disent MM. Becquerel, les tuiles reçurent une telle impulsion qu'elles traversèrent des portes épaisses. Une planche de sapin de 1 mètre de long sur 0,25 cent. de largeur et 0,023 mill. d'épaisseur, fut lancée avec tant de force qu'elle traversa une tige de palmier de 0,045 mill. de diamètre. »

Direction des vents. — Vous devez comprendre, messieurs, que, sans parler de la navigation, il existe un grand nombre de circonstances dans lesquelles il est indispensable de connaître exactement la direction des vents. Pour rapporter cette direction à des lignes déterminées, on divise d'abord l'horizon en quatre parties égales, qui correspondent aux quatre points cardinaux, et l'on obtient ainsi quatre vents ayant une direction connue, fixe, et portant les noms de vents du nord, du sud, de l'est et de l'ouest. Des directions intermédiaires sont établies ensuite à l'aide de nouvelles divisions, égales entre elles, et leur nombre varie suivant le degré d'approximation auquel on veut arriver.

Lorsque l'on s'arrête à 8 divisions, on obtient les directions suivantes :

N., N.-E. E., S.-E. S., S.-O. O., N.-O.

Les marins admettent 16 directions; et lorsque, par exemple, le vent souffle entre le nord et le nord-est, ils disent qu'il est N.-N.-E.

On a encore divisé la circonférence en 32 parties égales, qui forment la *rose des vents*; chaque intervalle s'appelle un *rumb*, et quand le vent varie, on dit qu'il change d'un ou de plusieurs rumbs. Alors, si le vent souffle, par exemple, très près du nord, du côté de l'est, on dit qu'il est N.-1/4 N.-E.

Enfin, pour obtenir la plus grande précision possible, on divise la circonférence en degrés, et lorsque le vent fait un angle de 30° entre le nord et l'est, à partir du nord, on dit qu'il est N. 30° E.

La direction du vent est indiquée par les girouettes et par la marche des nuages. Or, si l'on compare ces deux indicateurs, on constate que fort souvent la direction des vents qui soufflent dans les couches atmosphériques inférieures est très différente de celle des vents qui soufflent dans les régions supérieures; phénomène que Kaemtz formule de la manière suivante :

Si deux régions voisines sont inégalement échauffées, il se produira dans les couches supérieures un vent allant de la région chaude à la région froide, et à la surface du sol un courant contraire.

Cette loi peut être très facilement vérifiée; lorsque l'on gravit une haute montagne, on traverse souvent des espaces où règnent des vents ayant des directions différentes ou même opposées. Si, en hiver, on ouvre une porte faisant communiquer une chambre chaude avec un appartement froid, il s'établit deux courants : l'un supérieur, de la chambre chaude à l'appartement froid; l'autre inférieur, en sens contraire. Quelquefois ces deux courants existent en haut et en bas d'un carreau imparfaitement mastiqué. Dans une cheminée, dans le verre d'une lampe, il s'établit un courant ascendant qui est d'autant plus énergique que les parois de la cheminée ou du verre de la lampe sont plus échauffées.

Il est probable que les couches atmosphériques supérieures sont parcourues par de nombreux courants dirigés en divers sens; mais on ne possède aujourd'hui à cet égard aucune donnée positive. La navigation aérienne nous en fournira peut-être quelque jour.

On distingue quatre espèces de vents :

Des vents alizés, constants ou généraux;

Des vents périodiques;

Des vents variables;

Des vents accidentels.

Vents alizés. — On donne ce nom à des vents constants soufflant pendant toute l'année dans la même direction, sur le grand Océan et sur l'océan Atlantique, dans les régions équatoriales.

Dans le grand Océan, de 2° à 25° de latitude nord règne un alizé dirigé du N.-E. vers le S.-O., tandis que de 2° à 25° de latitude sud règne un alizé dirigé du S.-E. au N.-O.

La bande équatoriale placée entre 2° de latitude N. et 2° de latitude S. est une région de calme, où l'air n'est troublé que par des coups de vent appelés *tornados* par les Espagnols.

Dans l'océan Atlantique l'alizé N.-E. s'étend du 8° au 30° de latitude nord, et l'alizé S.-E. du 3° de latitude nord au 30° de latitude sud. La région des calmes est comprise par conséquent entre le 8° et le 3° deg. de latitude nord. M. de Humboldt attribue l'extension de l'alizé S.-E. au delà de l'équateur dans l'hémisphère nord à la configuration du bassin de l'océan Atlantique.

Les alizés sont influencés par les continents; près des côtes ils soufflent souvent dans une direction différente de celle que nous venons d'indiquer, et ils ne se régularisent qu'en pleine mer. On les attribue à l'abaissement de la température qui s'opère graduellement de l'équateur aux pôles.

---

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 Juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14, 18, 25 octobre; 8, 11 et 18 novembre.

Vents périodiques. — On donne ce nom et celui de *moussons* à des vents qui soufflent régulièrement dans une déviation donnée pendant un certain nombre de mois.

Dans l'océan Indien, le mousson est S.-O. depuis avril jusqu'en octobre, et N.-E. depuis octobre jusqu'en avril. Au Brésil, il y a un mousson du printemps N.-E., et un mousson d'automne S.-O. Dans la Méditerranée il règne pendant l'été des moussons du nord qui portent le nom de vents *étésiens*.

En général les moussons sont dirigés vers les continents pendant l'été et en sensi nverse pendant l'hiver; mais on trouve dans beaucoup de parages des vents périodiques qui alternent avec les saisons, sont influencés par la configuration des côtes et soufflent dans diverses directions.

Parmi les vents périodiques se placent les *brises de terre et de mer* qui se manifestent dans l'intervalle de vingt-quatre heures, et dont la périodicité est réglée par le mouvement diurne. Sur les côtes, et à une certaine distance d'elles, il s'élève vers huit ou neuf heures du matin un vent de mer perpendiculaire à la côte; il augmente jusque vers deux ou trois heures, et va ensuite en diminuant jusque vers cinq heures, où il cesse de se faire sentir. Au moment du coucher du soleil il s'élève un vent de terre dirigé en sens opposé de celui du jour, et qui va en augmentant jusqu'au lever de l'autre.

Ces brises reconnaissent pour causes les variations diurnes de la température atmosphérique, que nous vous avons fait connaître; elles sont régulières dans les tropiques, tandis que dans nos contrées elles suivent le cours des saisons et sont réglées par la longueur des jours et des nuits. Les brises de mer sont faibles au fond des golfes; sur les promontoires, ce sont celles de terre.

M. Fournel a décrit, sous le nom de flux et reflux atmosphériques, des *brises de jour et de nuit* qui se font sentir dans les montagnes d'une manière régulière. Pendant la nuit un courant descendant, glisse le long de la montagne, et il est remplacé pendant le jour par un courant ascendant. Ces courants, connus dans certaines localités sous le nom de *thalwind, poutias, resine, solore, vanderon, rebas, aloup de vent*, se développent dans les concavités des vallées et le long de toutes les rampes; ils sont influencés par la configuration des montagnes, les saisons, et quelques circonstances météorologiques accidentelles. Tantôt ils sont ples prononcés le jour que la nuit (vent de Maurienne), tantôt plus la nuit que le jour (pontias, aloup de vent de Guessy). La brise de jour de Maurienne prédomine pendant l'hiver, la brise de nuit pendant l'été.

Ces courants poussent vers les régions supérieures, ou ramènent vers les couches inférieures les corps susceptibles de flotter dans l'air, et c'est ainsi qu'on explique en partie la condensation pendant le jour des fumées et des vapeurs autour des hautes cimes, et leur concentration pendant la nuit dans les concavités.

Vents variables. — Dans les latitudes moyennes, dans nos contrées, on ne rencontre plus de vents constants ou périodiques comme ceux que nous venons d'énumérer, mais des vents qui soufflent tantôt d'un point, tantôt d'un autre, pendant un temps plus ou moins long, qui alternent successivement et varient suivant les saisons. Quelquefois cependant, et dans certaines localités, ils ont une tendance à une direction déterminée, et voilà pourquoi les vents variables ont été divisés en *dominants* et en *momentanés*.

Nous empruntons à Kaemtz un tableau qui vous indiquera la fréquence relative des différents vents dans plusieurs des contrées de l'Europe.

	N.	N.-E.	E.	S.-E.	S.	S.-O.	O.	N.-O.
Angleterre.	82	111	99	81	111	225	171	120
France et Pays-Bas.	126	140	84	76	117	192	155	110
Allemagne.	84	98	119	87	97	185	198	131
Danemark.	65	98	100	129	92	198	161	156
Suède.	102	104	80	110	128	210	159	106
Russie et Hongrie.	99	191	84	130	98	143	166	192
Amérique du Nord.	96	116	49	108	123	197	101	210

M. Fournet a divisé la France en trois régions distinctes :

1° La région atlantique, qui comprend le centre, le N.-E., le N. et l'O. de la France, et où prédomine le vent S.-O.;

2° Le bassin du Rhône, où prédomine le vent du nord;

3° La région méditerranéenne subdivisée en partie occidentale, où prédominent les vents d'O. à l'E, et la partie orientale, où souffle le vent N.-O.

D'après M. de Gasparin, le vent S.-O. domine dans le nord de la France, en Angleterre et en Allemagne; la direction incline vers le N. dans le midi de la France, et les vents du N. prédominent en Espagne et en Italie.

Les variations saisonnières de la température atmosphérique modifient nécessairement la direction des vents; pendant l'été, les vents soufflent du côté des mers et pendant l'hiver du côté des continents.

Suivant M. Schouw, la direction moyenne des vents est plus australe en hiver que dans le cours de l'année, et le maximum a lieu en janvier. Les vents d'E. prédominent en mars ou en avril. En été, la direction O. prédomine, surtout en juillet, et la direction moyenne est N.-O. En automne, les vents du sud sont les plus fréquents.

Voici, d'après M. Bouvard, les chiffres qui indiquent la fréquence des différents vents qui ont soufflé chaque mois à Paris pendant une période de vingt années. Tous les chiffres ont été rapportés à celui de 1,000 vents par mois.

	N.	N.-E.	E.	S.-E.	S.	S.-O.	O.	N.-O.
Janvier	161	129	65	65	194	161	129	97
Février	91	91	61	91	212	182	182	91
Mars.	161	161	32	65	129	161	194	97
Avril.	167	167	67	67	167	133	133	100
Mai.	129	97	97	65	161	194	194	65
Juin.	167	133	67	33	100	167	233	100
Juillet.	138	69	34	34	138	207	276	103
Août.	103	69	69	34	103	241	276	103
Septembre. . .	133	100	67	67	167	200	167	100
Octobre	97	65	65	97	258	194	161	65
Novembre . . .	65	97	65	65	194	194	194	129
Décembre . . .	69	138	69	69	241	172	172	69

(*La suite à un prochain numéro.*)

Chronique et nouvelles.

Parmi les affaires qui se sont agitées cette année au conseil général de la Seine et sur lesquelles nous aurons occasion de revenir, il en est une dont la Société des agrégés s'est justement émue et qui, ce nous semble, ne devrait guère moins émouvoir la Faculté.

On sait qu'il se fait à la Faculté, non pas depuis 20 ans, comme l'a annoncé M. Bixio, mais bien depuis 60 ans au moins, un cours d'accouchemments pour les sages-femmes. Ce cours, qui était habituellement fait gratuitement par le professeur d'accouchements et qu'à ce titre ont fait Baudelocque, Desormeaux et M. Moreau, est confié depuis quelques années, c'est-à-dire depuis que la ville de Paris, sur la demande de M. Orfila, a affecté 1,000 fr. de traitement au professeur de ce cours, à un agrégé de la section d'accouchements.

M. Bixio a trouvé que la délégation faite par le professeur à un agrégé n'est pas une situation régulière et que l'unité de l'enseignement souffrait de cette mobilité du professeur qui change chaque année, les deux agrégés en accouchements professant à tour de rôle. Il a en conséquence engagé le conseil à émettre le vœu que le professeur titulaire fit son cours ou qu'il se démît de ces fonctions. Le conseil a adopté cette proposition et a transmis le vœu à M, le préfet.

L'argument que M. Bixio a invoqué pour faire accepter sa proposition, celui de l'unité de l'enseignement, prouve que cet honorable représentant ne sait pas très exactement ce qu'est en effet le cours des sages-femmes, et que les informations qu'il a dû recevoir à cet égard sont très infidèles.

Les sages-femmes qui suivent ce cours reçoivent leur certificat après une année d'études, et elles peuvent dès lors se faire recevoir. La durée du cours est donc d'un an. Or quelle *unité* peut-il y avoir et peut-il être nécessaire qu'il y ait dans un enseignement dont les auditeurs doivent se renouveler tous les ans?

Mais peut-on parler sérieusement d'unité d'enseignement quand il s'agit d'un cours de sages-femmes?

Si M. Bixio avait assisté un seule fois à un tel cours, il serait honteux d'avoir prononcé un si grand mot pour une telle chose.

Le seul point de vue auquel il fallût envisager la question, c'était de voir si le cours était bien fait, et si la *Faculté* qui, chargée de le faire, et un professeur en particulier, ne manquait point à ses devoirs. M. Bixio se serait convaincu que les agrégés, quels qu'ils puissent jamais être, auront toujours trop de talent pour faire un tel cours. Notre honorable confrère aurait vu ensuite que ce cours est un des légers dédommagements auxquels n'ont que trop de droits de jeunes gens de talent et d'étude, qui ont souvent fait de nombreux sacrifices pour arriver à leur position si modeste sous le rapport des avantages matériels.

La Société des agrégés l'a pensé ainsi, et MM. Depaul et H. Roger ont été chargés d'aller éclairer la religion de M. Bixio.

Connaissant l'esprit d'impartialité de notre distingué confrère, nous ne doutons pas qu'il ne se soit laissé convaincre par les excellentes raisons que les délégués ont eu à faire valoir; et, dans tous les cas, nous croyons savoir que M. le préfet, mieux éclairé depuis qu'il ne l'avait été par la discussion du conseil général, est disposé à faire passer l'équité et les convenances avant le vœu du conseil général.

On a bien un peu causé dans la réunion des agrégés et ailleurs des confidences intéressées qu'auraient reçues M. Bixio; mais nous croyons inutile de nous rendre l'écho de bruits dont nous aimons à croire que la source n'est pas très certaine.

— M. le docteur Nathalis Guillot, médecin de l'hôpital Necker, commencera un cours de clinique médicale sur les maladies des enfants aujourd'hui mardi, 25 novembre, à neuf heures, et le continuera les mardis et vendredis à la même heure.

— Aujourd'hui mardi, à quatre heures, M. Demarquay commencera un cours d'anatomie chirurgicale dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique.

— A propos de notre appréciation du 6 novembre sur la séance de l'Académie du 4, M. Chrestien, de Montpellier, nous adresse la réclamation suivante :

« Je vous prie et au besoin vous requiers de vouloir bien insérer dans votre plus prochain numéro la lettre dont il est question, afin que vos lecteurs jugent si elle contient la moindre injure et si la *grossièreté* n'a pas été commise par celui qui me la reproche. »

A monsieur le secrétaire perpétuel de l'Académie nationale de médecine.

« Monsieur,

» Quoique le professeur Blandin soit mort sans faire un rapport dont l'Académie l'avait chargé, sur un cas de luxation du poignet par moi communiquée à la savante Compagnie, à propos d'une discussion sur ce genre de luxation dans la séance du 29 juin 1841;

» Quoique M. Lagneau veuille probablement aussi mourir sans faire le rapport dont l'Académie l'avait chargé sur un mémoire que je lus au sein de la savante Compagnie dans la séance du 5 juillet 1842;

» Quoique je ne connaisse pas encore le sort de la notice que j'ai adressée à l'Académie sur un cas de rhumatisme terminé par suppuration, à propos d'une discussion sur la possibilité de cette terminaison;

» Quoique je sache seulement que cette notice a été renvoyée à l'appréciation de MM. Martin-Solon et Lévy, mais que ces messieurs n'ont pu encore mettre l'Académie en mesure de connaître la valeur du nouveau fait que j'ai rapporté;

» Quoique M. Gibert n'ait pas non plus mis l'Académie à même de juger de l'exactitude de l'analogie que j'ai dit exister entre un cas d'exsudation sanguine de la face par moi observé et un cas d'exsudation brune observé par feu le docteur Bousquet, de Saint-Chinian, mon zèle n'est pas pour cela refroidi, et je vous prie de vouloir bien faire hommage à l'Académie nationale de médecine de la monographie ci-jointe sur les cautères.

» Je vous serai bien reconnaissant de dire aux commissaires que M. le président chargera d'apprécier mon travail que je n'ai pas l'indiscrétion d'exiger d'eux un rapport favorable si leur conscience ne les y autorise pas. Je demande seulement un rapport quelconque, afin que l'Académie puisse le discuter, et que je connaisse l'opinion de l'assemblée entière. C'est dans ce but, et non pour recevoir des éloges d'un rapporteur, que j'adresse des travaux à l'Académie.

CHRESTIEN,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. »

M. Chrestien devrait assez connaître nos habitudes pour savoir que nous n'avions pas besoin de réquisition pour faire droit à sa demande. Mais, même après réquisition, nous conservons notre droit d'examen et de critique et nous en usons.

Que M. Chrestien ne trouve rien d'inconvenant à cette lettre; qu'il trouve toute naturelle cette espèce de récrimination contre un membre de l'Académie aussi vénérable par son grand âge que par son caractère : « *Quoique M. Lagneau veuille probablement mourir aussi!* » permis à lui. Mais s'il avait assisté à la séance, il aurait pu s'assurer qu'il était seul de son avis, et il aurait pu entendre de la bouche de M. le secrétaire perpétuel ces propres paroles: *Quoique* la lettre de M. C. soit fort inconvenante, le bureau vous propose de nommer M. . . . pour examiner son nouveau travail.

Si M. Chrestien n'est pas de l'avis de M. le secrétaire perpétuel et de tout le monde, c'est que nous avions véritablement raison de dire que M. Chrestien est plus malheureux que méchant.

Notre honorable confrère, que nous ne connaissons que par ses écrits, nous fait espérer dans une espèce de post-scriptum une visite pour se faire connaître à nous personnellement. Il peut être assuré que nous le recevrons avec tous les égards qu'il mérite.

H. de Castelnau.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 137. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 137. = JEUDI 27 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

La plus grande partie de la séance a été occupée par une discussion sur la fissure à l'anus, discussion dans laquelle plusieurs chirurgiens distingués ont fait chacun une profession de foi différente. La conséquence pratique qu'il y a à tirer de cette discussion, c'est que, malgré l'affirmation rassurante de MM. Bégin et Roux, il faudra, ainsi que l'a conseillé M. Velpeau, essayer tous les moyens fournis par la matière médicale avant de recourir à l'opération. Seulement, pour employer ces moyens avec tous les avantages possibles, il faudra avoir égard à cette circonstance importante sur laquelle, M. Gerdy, avec raison, a insisté : c'est que l'immense majorité des fissures, sinon toutes, sont causées ou entretenues par la constipation, et par une constipation opiniâtre, qu'il faut combattre avec opiniâtreté, si l'on en veut triompher d'une manière durable. Il est si vrai que la constipation suffit seule à produire la fissure, que la plupart des personnes qui sont soumises accidentellement à une constipation de quelques jours éprouvent à la première garde-robe qui suit cette constipation de vives douleurs, et souvent une déchirure de la muqueuse avec écoulement d'une petite quantité de sang. Ces symptômes persistent en diminuant pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre. Mais que la constipation se prolonge, et la fissure s'établit définitivement. Un exemple frappant de l'influence de la constipation nous était raconté pendant la discussion par M. Mélier.

Un malade pusillanime qui souffrait vivement d'une fissure s'était enfin décidé à se faire opérer. Mais le jour de l'opération venu, il fut pris d'un tel dévoiement, que le chirurgien, jugeant qu'on ne pourrait pas placer une mèche à demeure, renvoya l'opération à quelques jours. Mais dès le lendemain le malade se sentit très soulagé, et le dévoiement ayant persisté pendant plusieurs jours, toute douleur disparut, ainsi que la fissure elle-même. Conséquence pratique : avant de vous résoudre à une opération, insistez longtemps sur les purgatifs.

La discussion sur la fissure a été précédée d'un rapport de l'infatigable M. Chevallier sur une invention qui pourra avoir des conséquences importantes pour l'hygiène si les vœux du savant rapporteur peuvent être réalisés par les fabricants inventeurs des appareils qui ont fait l'objet du rapport.

La correspondance renfermait une note de M. Gille, que nous ne devons point laisser passer inaperçue. Ce pharmacien distingué, qui a déjà fait connaître à l'Académie un procédé simple autant qu'efficace pour conserver et administrer le proto-iodure de fer sous forme solide, vient de découvrir le moyen de le conserver non moins efficacement sous forme liquide. Cette nouvelle découverte, complément de la première, promet d'avoir les plus heureuses applications dans la thérapeutique.

Au commencement de cette séance, M. le président a annoncé à l'Académie une douloureuse nouvelle. M. Honoré, que nous avions vu si actif il y a quelques jours à peine, a été enlevé d'une manière inattendue par une pneumonie. La profession perd en lui un de ses représentants les plus considérés. — H. de Castelnau.

Le conseil général du département du Nord et le conseil municipal de la ville de Lille ont voulu réparer le dommage qu'a causé à cette importante cité la suppression de l'hôpital militaire d'instruction. Ces conseils ont émis le vœu qu'une Ecole secondaire de médecine et de pharmacie fût créée à Lille, et ils ont voté les fonds nécessaires pour subvenir aux dépenses que cette création entraînerait.

On ne peut qu'applaudir à la sollicitude et en même temps à la libéralité du conseil général du Nord. Si une Ecole secondaire a des éléments de succès en France, c'est assurément celle de Lille. Comme matériel et comme personnel, il est peu de villes en France aussi bien favorisées; comme situation, il n'y en a point, si l'on excepte Lyon. Lille serait pour la Belgique ce que Strasbourg est pour l'Allemagne, ce que Lyon est pour la Suisse et l'Italie.

Si nos informations sont exactes, M. le ministre est très disposé à accueillir favorablement le vœu du conseil général du Nord. Il n'attend pour y faire droit que l'avis du conseil supérieur de l'Université. On dit que la crainte de porter préjudice à l'Ecole d'Arras fait hésiter quelques conseillers à se prononcer en faveur de Lille. Nous ne croyons pas que cette crainte soit fondée : l'Ecole d'Arras ne périra pas plus après la création de l'Ecole de Lille qu'elle n'a péri avant la suppression de l'hôpital d'instruction, qui était certes bien équivalent à une Ecole secondaire. Nous ajoutons que, si entre les deux Ecoles d'Arras et de Lille l'une devait succomber, il faudrait laisser mourir celle qui s'éteindrait faute d'aliments, car il est évident que celle qui attirerait des élèves serait la seule utile. Suivre une voie contraire serait céder à des considérations personnelles qui doivent toujours disparaître devant l'intérêt général. H. de Castelnau.

Syphilisation.

Nous recevons aujourd'hui de notre ami et très distingué collaborateur M. Marchal (de Calvi) la lettre que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs. Nous aurons à discuter plusieurs des assertions qu'elle renferme; mais les égards que mérite notre savant correspondant, aussi bien que notre vif désir de ne point presser plus qu'il ne convient sur l'opinion de nos lecteurs, nous engage à lui laisser seul la parole aujourd'hui.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je viens de lire votre éloquent arrêt contre la syphilisation et je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques à ce sujet.

Il y a dans la syphilisation deux faits bien distincts qui veulent être isolés, étudiés et jugés respectivement : la syphilisation préventive, ou, si l'on veut, la vaccination syphilitique et la syphilisation curative. Je commence par la syphilisation préventive.

La syphilisation préventive est-elle une réalité ou la plus dangereuse des chimères? Si elle est une réalité, convient-il de la mettre en pratique?

Le fait de la syphilisation est nié par beaucoup de personnes. On nie qu'un individu puisse être rendu réfractaire à l'action du virus syphilitique par des inoculations successive. Mais d'abord, le fait de la *saturation syphilitique*, qui se confond avec celui de la syphilisation, s'est montré à vous dans toute sa force. Ensuite, je vois tous les jours un ancien élève du Val-de-Grâce, très intelligent et très zélé, M. Laval, qui s'est soumis à cette pratique, et qui est devenu absolument réfractaire à l'action du virus syphilitique, puisque plus de cent fois il s'est inoculé ou fait inoculer, aux parties génitales et ailleurs, du pus de première virulence sans aucun résultat.

Il n'est donc pas douteux que l'inoculation successive du virus syphilitique puisse avoir un effet préservateur.

Mais, cet effet, convient-il de chercher à l'obtenir? Convient-il de rendre un individu malade pour l'empêcher de le devenir quand rien ne dit qu'il le deviendrait? Il n'en est pas, à cet égard, de la syphilis comme de la variole. Celle-ci est générale dans l'espèce humaine, fatale, pourrait-on dire; il ne dépend pas de la volonté des individus de l'avoir ou d'y échapper.

La syphilis, au contraire, n'a aucunement ce caractère de fatalité, et quand elle affecte un individu, c'est de complicité avec lui-même. Remarquons d'ailleurs que la vaccination est sans inconvénients, au moins immédiatement; car, pour les effets ultérieurs sur la population, les données fournies par M. Carnot peuvent faire réfléchir. Remarquons aussi que, pour la vaccination, on n'a pas besoin de ces inoculations itératives que réclame la syphilisation préventive, laquelle exige une durée de plusieurs mois : circonstance fâcheuse, encore que les syphilisés, durant cet espace de temps, puissent jouir de la santé la plus parfaite, comme je le vois sur deux individus en ce moment.

Quoi qu'il en soit, j'ai le plus grand éloignement pour la syphilisation préventive, et si un individu se présentait à moi avec le désir de s'y soumettre, je m'efforcerais de le dissuader.

Je concevrais toutefois que la syphilisation fût appliquée aux filles publiques atteintes de syphilis, d'autant plus qu'ici l'effet préventif ne ferait que s'ajouter à l'effet curatif. Peut-être arriverait-on par là à restreindre la contagion; surtout si, par des mesures de police bien dirigées, on pouvait atteindre les prostituées non inscrites convaincues d'avoir communiqué la maladie. Il faut bien le reconnaître, la diminution

---

FEUILLETON.

DESCRIPTION MÉTHODIQUE

DES PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE RENFERMÉES DANS LE MUSÉE DUPUYTREN,

suivie de remarques critiques, théoriques et pratiques sur les plus importantes de ces pièces;

Par M. HOUEL, conservateur du Musée (1).

DEUXIÈME ORDRE. — *Fractures de l'humérus.*

J'étudierai les fractures de l'humérus dans l'ordre suivant. Dans une première espèce, je décrirai les fractures de la diaphyse, qui pourront occuper, soit la partie moyenne, se rapprocher de l'extrémité supérieure, ou bien de l'extrémité inférieure de cet os; dans une seconde espèce, celles de l'extrémité inférieure de l'humérus, soit qu'elles aient lieu sur la trochlée ou bien sur le condyle; dans une troisième enfin, celles de l'extrémité supérieure de la tête humérale; cette dernière espèce, je la terminerai par la description d'une pièce importante que l'on trouve souvent citée dans les auteurs, à savoir : le décollement de l'épiphyse de la tête humérale.

PREMIÈRE ESPÈCE. — *Fractures du corps de l'humérus.*

Les pièces de fractures du corps de l'humérus sont au nombre de dix-huit; ce sont les nos 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88. Il manque le no 77, qui a été perdu. Ces fractures sont loin de siéger dans le même lieu, et de présenter les mêmes désordres. Celles qui siégent dans la partie moyenne de la diaphyse sont, en général, moins compliquées; elles sont au nombre de cinq; ce sont les nos 70, 71, 72, 73 et 80. Dans toutes ces pièces, la fracture s'est opérée au-dessous de l'insertion deltoïdienne; sur quatre, elle siége sur l'humérus gauche; une seule, le no 73, est du côté droit. Malgré que le lieu dans lequel s'est opérée la fracture soit à peu de chose près le même, il y a quelques différences dans le sens dans lequel s'est opéré le déplacement, ce qui tient évidemment à la direction et à l'obliquité que présente la fracture. Nos 74, 75, 76 et 78. Sur ces quatre humérus, la fracture du corps siége entre l'insertion deltoïdienne et le col chirurgical. Le no 75 seul est du côté droit; les trois autres appartiennent au côté gauche. Tous ces humérus sont remarquables par l'étendue considérable de la fracture et l'irrégularité du cal; toutes ces lésions ont dû être produites par écrasement; l'os est aplati de dehors en dedans. Sur le no 78, cet aplatissement est tel, qu'il est réduit à un centimètre d'épaisseur, et est même à jour dans certains points. Malgré des désordres aussi considérables, on peut encore reconnaître, pour les nos 74, 75 et 76, la position respective des fragments. C'est l'inférieur qui s'est porté en arrière et en dedans du supérieur.

Lss fractures qui siégent dans le tiers inférieur de l'humérus sont au nombre de huit, nos 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88. Cinq appartiennent au côté gauche, trois au côté droit; à savoir : les nos 84, 86 et 88. Ces fractures, à peu près identiques dans leur siége et dans l'obliquité d'après laquelle elles se sont produites, nous offrent des exemples de déplacements qui sont à peu de chose près les mêmes, à l'exception de deux; à savoir : nos 84 et 85, dont la fracture a été comminutive. Tous les déplacements sont faciles à déterminer.

No 70 (Lassus). Humérus gauche. La fracture siége à la partie moyenne du corps de l'os; elle est consolidée, sans grande difformité. On peut cependant constater un double déplacement qui a eu lieu suivant la direction et l'épaisseur de l'os; l'extrémité du fragment inférieur est passée un peu en avant et en dedans de celle du fragment supérieur. Le canal médullaire n'est point rétabli.

No 71 (Lassus). Humérus gauche. La fracture a été très oblique; la direction de l'os est à peine changée; le fragment inférieur est placé en arrière et en dehors du supérieur. Ce dernier présente un orifice dont les bords sont mousses, arrondis, et communique largement avec le canal médullaire; cet orifice a deux centimètres dans son diamètre vertical et un dans son diamètre transverse.

No 72. Humérus gauche. La fracture occupe presque toute l'étendue de la diaphyse; elle s'étend surtout vers la partie inférieure. La direction de l'os a subi une altération remarquable, car elle représente une figure régulière, à convexité antérieure. La face externe est rugueuse, creusée de trous. Il est difficile, même avec une loupe, de reconnaître dans quel sens s'est opéré le déplacement.

No 73 (Lassus). Humérus droit. La fracture est située un peu au-dessous de la partie moyenne; elle est à peu près transversale. Mais le déplacement est considérable; le fragment inférieur s'est porté en dedans, en même temps qu'il a chevauché sur le supérieur d'environ trois centimètres. Il y a par conséquent raccourcissement; la poulie humérale se trouve aussi projetée en avant et en dedans, ce qui donne à ce fragment un peu d'obliquité. Ils sont écartés l'un de l'autre de deux centimètres et réunis par un cal aplati.

No 74 (Lassus). Humérus gauche. La fracture siége un peu au-dessus de la partie moyenne. L'os est légèrement raccourci; il est rugueux, inégal à sa surface au niveau de la fracture. Ces rugosités sont dues à une sécrétion osseuse nouvelle. Il est difficile de reconnaître aujourd'hui dans quel sens s'est opéré le déplacement.

(1) Voir les numéros des 11, 18, 25 septembre; 2, 9, 16, 29 octobre; 6 et 13 novembre.

de la syphilis, qui permettrait d'entrevoir sa disparition, aurait des conséquences incalculablement heureuses sur la santé publique, atteinte aujourd'hui profondément dans les générations présentes et dans les générations à venir. Et comment méconnaîtrait-on l'influence de la syphilis chez les ascendants sur le développement d'un autre fléau, la scrofule, chez les descendants, quand on voit sur le syphilitique lui-même la syphilis se transformer et prendre le caractère de la diathèse strumeuse; si bien que dans ses derniers accidents elle est curable par l'iode plus encore que par le mercure? J'arrive à la syphilisation curative.

Il n'en est pas de la syphilisation curative comme de la syphilisation préventive pour la crainte et l'éloignement qu'elle pourrait inspirer. Ici on n'a pas à communiquer la syphilis à un individu qui n'en est point affecté, qui pourrait ne l'être jamais, et l'on est à l'abri de cette pensée, qui n'est pas sans horreur, qu'on introduit un poison dans une économie intacte. Non, l'individu qu'on a sous les yeux est malade, il est syphilitique autant qu'il puisse l'être, car je n'admets pas que l'on pratique la syphilisation curative autrement que chez des malades atteints de diathèse syphilitique ou syphilis constitutionnelle. C'est une loi désormais incontestable que de nouvelles inoculations ne peuvent rien ajouter à la diathèse. Quand un homme a le virus dans le sang, et il suffit de l'induration bien constatée pour que cette toxémie soit prouvée, l'accident qui vient à se produire par suite d'une insertion nouvelle du virus n'a que des effets locaux, purement locaux. Sans doute, un chancre d'inoculation artificielle peut devenir phagédénique comme un chancre accidentel, et l'on ne saurait se dissimuler la gravité de cette éventualité. Mais le phagédénisme n'est pas si commun; il l'est au bras moins que partout ailleurs, et enfin l'art a des moyens d'y porter remède. Qu'on y réfléchisse bien d'ailleurs : l'agent thérapeutique auquel on est obligé de recourir contre la syphilis constitutionnelle, et, je ne saurais trop le répéter, il y a syphilis constitutionnelle dès qu'il y a chancre induré, cet agent, le mercure, est bien loin d'être sans inconvénients. Il n'est pas toujours supporté et, quand il l'est, il ne guérit pas toujours. Chez beaucoup de malades il produit des irritations gastro-intestinales, trouble les digestions, altère la nutrition, et affaiblit la constitution, qu'il est si nécessaire de maintenir en bon état dans le traitement de la syphilis. Je ne parle pas de la salivation et des autres accidents que l'on peut justement imputer au mercure; je ne parle pas non plus de l'effroi qu'il inspire à un grand nombre de malades. Il ne s'agit donc pas d'un moyen dangereux à substituer, par pur caprice, à un moyen innocent. La syphilisation, loin de là, offrirait moins d'inconvénients que le traitement mercuriel, par cette seule raison que ses inconvénients seraient simplement locaux, tandis que ceux du mercure s'attaquent à l'ensemble de la constitution.

La tradition donne force à la syphilisation curative. Petit-Radel rapporte le cas d'un individu affecté de syphilis rebelle à tous les moyens connus, et qui guérit par l'inoculation d'un pus chancreux conservé à l'état de dessiccation.

Un officier de la garnison de Paris, atteint de syphilis constitutionnelle invétérée, s'exposa à la contagion, contracta de nouveaux chancres, et guérit des accidents constitutionnels. Ce cas, et vous devez en connaître de semblables, est une preuve nouvelle en faveur de la syphilisation curative.

En somme, au point de vue curatif, l'idée de la syphilisation mérite toute considération ; et peut-être m'accuserez-vous encore de me laisser entraîner par la folle du logis ; mais qui sait si, approfondie et développée, cette idée ne conduirait pas à cette conclusion, à cette loi : Que toutes les maladies virulentes (morve, rage, etc., etc.) sont curables, sous certaines conditions, par l'inoculation de leur produit?

Je termine, mon cher ami, en appelant expressément votre attention sur ces deux points :

1° La nécessité de distinguer la syphilisation curative de la syphilisation préventive ;

2° La nécessité, quant à la syphilisation curative, de mettre en balance ses inconvénients et ses avantages avec ceux du traitement mercuriel. MARCHAL (de Calvi).

Paris, 24 novembre 1851.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite — *Voir* le numéro précédent.)

Parmi les causes prédisposantes des maladies de la peau, il en est six qui doivent surtout fixer l'attention du clinicien; ce sont :

1° L'hérédité ;
2° Le tempérament et la constitution ;
3° L'âge ;
4° L'organisation de la peau ;
5° Les matières qui sont en contact avec elle ;
6° Les infirmités, l'état morbide ou constitutionnel acquis antérieurement.

1° *Hérédité.* — Elle peut agir de deux manières :

I. Un enfant, en naissant, hérite franchement de la maladie du père ou de la mère : c'est ce qu'on voit pour l'icthyose;

II. Ou bien c'est simplement une prédisposition que l'enfant apporte en venant au monde, et qui le rendra apte à contracter la maladie cutanée de son père ou de sa mère, s'il s'expose à des causes d'irritation de la peau.

Chez celui-ci, la maladie ne se développera que plus ou moins tard, suivant sa nature, suivant qu'il sera soumis à telle ou telle influence et qu'il négligera de prendre les soins hygiéniques convenables. Par exemple, un père a un psoriasis; son fils, jusque-là très sain en apparence, pourra voir apparaître cette maladie vers l'âge de vingt-cinq à trente-cinq ans, à moins qu'il ne se place dans des conditions hygiéniques convenables, et n'entretienne avec soin les fonctions de la peau. Souvent même, malgré ces précautions, il ne pourra s'affranchir du funeste héritage.

2° *Tempérament, constitution.* — A chaque tempérament correspondent d'une manière presque invariable certaines maladies de la peau. Au tempérament lymphatique, se rapportent les maladies sécrétantes, l'impétigo, l'eczéma impétigineux; au tempérament bilieux, le pityriasis versicolor; au tempérament nerveux, le lichen, et, en général, les affections papuleuses. Pour ne parler que du tempérament lymphatique, si l'on considère ces gros enfants, joufflus, blonds, à chairs grasses et molles, on les verra, pendant l'allaitement, couverts de croûtes de lait; plus tard, vers l'âge de cinq ou six ans, leur figure, quelquefois même tout le corps, se couvriront de croûtes d'impétigo. Ajoutons d'ailleurs que la santé de l'enfant n'en sera pas sensiblement altérée.

Un fait qui démontre la liaison avec le tempérament des diverses maladies de la peau, c'est la disparition, avec l'âge, des maladies liées à ce même tempérament lymphatique dont il vient d'être parlé. Ainsi, vers dix-huit ou vingt ans, on voit souvent disparaître d'une manière spontanée ces affections impétigineuses qui avaient régné pendant l'enfance; c'est qu'alors le tempérament subit une modification profonde; la fibre devient plus forte, plus énergique, le tissu cellulaire moins abondant, et vers trente ou quarante ans, les maladies cutanées, s'il en existe, ne sont plus sécrétantes comme dans l'enfance, ou du moins en général. Le lupus est une de ces maladies qui, après avoir quelquefois résisté longtemps aux efforts de la thérapeutique, disparaissent spontanément par la seule révolution qui s'opère avec l'âge dans la constitution.

3° *Age.* — Les croûtes de lait sont propres à l'enfance; l'impétigo, l'eczéma impétigineux à l'adolescence; l'eczéma simple, le pityriasis se montrent dans la période de vingt-cinq à trente ans. Après trente ans apparaissent les affections squameuses, le psoriasis, le pityriasis, s'il n'a déjà paru. Le lupus, maladie essentiellement liée à la constitution scrofuleuse, règne dans la période de quinze à vingt-cinq ans; à trente, il a ordinairement disparu. Le prurigo survient à quarante ans; le rupia de cinquante à soixante ans, ainsi que le pemphigus.

4° *Organisation de la peau.* — Un tissu mou, une peau flasque, blafarde, sont propres au développement des affections sécrétantes; une peau sèche, au contraire, aux affections farineuses, non sécrétantes. On rencontre des personnes à peau épaisse, d'un blanc mat; d'un aspect luisant, graisseux, dont la transpiration ressemble plutôt à une couche de graisse fondue qu'à de la sérosité; eh bien! presque toujours vous verrez chez ces personnes un acné simple ou un *acne punctata* plus ou moins confluents. Cette maladie n'est autre chose que l'accumulation de la matière sébacée dans les follicules hypertrophiés ; quant à la coloration noire de l'extrémité de ces espèces de tubercules graisseux, et qui a valu à cette variété le nom d'*acne punctata*, elle est due aux petits corps étrangers qui voltigent dans l'air ambiant et qui y ont adhéré. Ces tubercules se rencontrent surtout latéralement sur les ailes du nez ; en pressant convenablement avec l'ongle, on fait sortir comme à travers une sorte de filière un petit corps blanchâtre, allongé, que le vulgaire croit être un ver, et qui n'est autre chose que la matière sébacée.

Les données précédentes permettent au médecin de prédire, à l'aspect seul de la peau d'une personne, les maladies cutanées dont elle pourra être atteinte et celles qu'elle n'aura jamais.

5° *Matières en contact avec la peau.* — La coïncidence fréquente de quelques dermatoses avec certaines professions dans lesquelles diverses régions de la peau sont mises tous les jours au contact des mêmes substances est tellement évidente que plusieurs de ces maladies cutanées ont tiré leur nom de cette coïncidence même ; c'est ainsi qu'il y a la gale des épiciers, causée, on ne peut en douter, par le contact du sucre, de la cassonade et autres objets qu'ils ont fréquemment entre leurs mains : cette maladie n'est autre qu'un *eczéma lichénoïde.* Les teinturiers, ceux surtout qui teignent les chapeaux, ont souvent un pemphigus borné aux mains et aux avant-bras, c'est-à-dire à la partie du membre supérieur qui plonge dans la teinture. Par contre, il est des professions qui semblent mettre à l'abri des affections cutanées les parties du corps qui en sont habituellement le siège : ainsi, rarement on verra une affection des mains chez les charbonniers; et, s'ils ont la gale, le diagnostic en sera difficile, car on trouvera très peu de pustules entre les doigts.

6° *Infirmités, état morbide antérieur.* — Il est des maladies cutanées qui sont liées à l'existence d'un état morbide antérieur. Le pityriasis versicolor, par exemple, est toujours sous la dépendance d'une gastralgie, d'une affection du foie, etc., et en traitant ces dernières l'affection cutanée disparait. Si l'on objectait que cette affection se présente souvent chez les phthisiques, nous ferions observer que, chez eux il n'y a pas seulement les poumons qui soient malades, et l'on connaît la coïncidence fréquente de la cirrhose du foie avec les tubercules pulmonaires. Quelquefois c'est l'inverse. Un malade que j'ai observé voyait paraître chaque soir sur sa peau un urticaire qui disparaissait dans la nuit ; un jour l'exanthème fit défaut ; et à sa place survint une diarrhée abondante et très liquide. L'urticaire n'est pas la seule éruption cutanée dont la suppression puisse donner lieu à une fluxion intestinale. On a vu quelquefois, et il y en avait naguère un exemple à l'hôpital Saint-Louis, la disparition prompte d'un pemphigus être suivie d'une diarrhée qui résiste à tous les moyens thérapeutiques et tue le malade, quelques efforts que l'on fasse pour rappeler l'exanthème supprimé.

Invasion, marche, durée et terminaison des maladies de la peau comparées à l'invasion, la marche, etc., des autres maladies.

Invasion. — Des prodromes pyrétiques précèdent, en général, le développement des maladies aiguës; les maladies chroniques débutent sans fièvre. Or il en est de même de la plupart des maladies de la peau. Quelques maladies ordinaires, quoique aiguës, ont des prodromes apyrétiques : c'est encore ce qu'on voit pour plusieurs dermatoses ; le pityriasis rubra aigu, le pemphygus débutent souvent sans fièvre.

Durée. — Une opinion généralement répandue, c'est que les maladies de la peau ont une durée indéfinie, qu'elles sont pour ainsi dire interminables; et l'on est porté à établir par là une grande différence entre elles et les maladies des autres

---

Le canal médullaire est resté oblitéré au niveau de la fracture.

N° 75. Humérus droit. Sur cette pièce, comme dans la précédente, la fracture est située au-dessus de la partie moyenne du corps; l'os est aplati latéralement, rugueux à sa surface externe. La solution de continuité a été comminutive. La coupe de l'os permet de voir sa brisure en plusieurs fragments, qui sont aujourd'hui consolidés. Le canal médullaire, élargi, est rempli de tissu réticulaire au milieu duquel se trouve de la substance compacte ; mais l'oblitération est moins avancée que dans les pièces précédentes.

N° 76 (Lassus). Humérus gauche. La lésion occupe le même siège et a la même étendue que dans les deux pièces précédentes. C'est une fracture comminutive qui a été produite par un coup de feu. Le canal médullaire, au niveau de ce point, est complétement oblitéré par un tissu compacte.

N° 77. Cette pièce manque.

N° 78. Humérus gauche. Sur cet os, la lésion occupe à la fois la partie supérieure de la diaphyse et la tête humérale. L'humérus, dans son tiers supérieur, est littéralement écrasé ; il est aplati de dehors en dedans, de manière à présenter un diamètre antéro-postérieur de cinq centimètres et un diamètre transverse de quinze millimètres dans son point le plus épais. Il n'y a plus vestige de canal médullaire. La tête de l'humérus est considérablement déformée et est plus petite. La consolidation est complète.

N° 79. Humérus gauche. L'extrémité supérieure de l'humérus est écrasée; c'est là un exemple de fracture intra-capsulaire, en même temps que la lésion s'est étendue aux tubérosités humérales. La pièce est aujourd'hui profondément altérée. La portion articulaire de la tête forme un seul fragment qui, dans cette pièce, a été scié ; tandis que les tubérosités sont partagées en trois ou quatre esquilles réunies entre elles par des liens fibreux. Toute cette extrémité est aplatie transversalement et réduite à deux ou trois centimètres d'épaisseur.

N° 80 (Lassus). Humérus gauche. La fracture est située un peu au-dessous de la partie moyenne du corps de cet os ; elle est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, de sorte que c'est le fragment inférieur, comme sur le n° 70, qui s'est porté en avant. La difformité est peu considérable, et le canal médullaire, quoique la fracture paraisse très ancienne, est complétement obturé.

N° 81 (Desault). Humérus gauche. La fracture siége à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Elle est très oblique de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière; le déplacement s'est fait dans cette même obliquité, c'est-à-dire que le fragment inférieur s'est porté en avant et en dedans du supérieur. La consolidation est complète.

N° 82. Humérus gauche. L'obliquité est moindre que dans la fracture précédente, mais la direction est la même et par suite le déplacement; le canal médullaire n'est pas interrompu et se continue en décrivant un coude de l'un des fragments à l'autre.

N° 83 (Lassus). Humérus gauche. La fracture siége à la partie inférieure de la diaphyse, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation; au lieu d'être oblique latéralement, elle l'est d'avant en arrière, ce qui fait que le déplacement s'est opéré dans ce sens; c'est le fragment inférieur qui est passé au-devant du supérieur et directement; on voit donc, et ce cas en est une preuve, que l'obliquité de la fracture joue un grand rôle dans l'histoire du déplacement; dans cet os, la partie articulaire de l'humérus est dirigée en arrière.

N° 84. Humérus droit. Le cal sur cet os est très irrégulier; il est le résultat très probablement d'une fracture comminutive; il est très difficile de pouvoir déterminer la position respective des fragments.

N° 85. Humérus gauche. La fracture occupe la partie inférieure de la diaphyse. Le cal est très difforme, volumineux, perforé d'un grand nombre de trous; il y a eu évidemment plusieurs fragments; l'os a été incisé, et il est facile de voir que le fragment inférieur, comme pour le n° 83, s'est porté en avant du fragment supérieur.

N° 86 (Lassus). Humérus droit. C'est un exemple de fracture très oblique; elle est dirigée de haut en bas et de dehors en dedans à la partie externe; elle commence à la coulisse du nerf radial et vient se terminer au bord interne, à 4 centimètres de l'épitrochlée. C'est en arrière et en dehors que s'est porté le fragment inférieur; il y a à peine un léger chevauchement; le fragment inférieur se trouve donc dans une position inverse de celle qu'on observe ordinairement.

N° 87. Humérus gauche. La fracture consolidée siége à 6 centimètres de la trochlée ; son obliquité est peu considérable ; le fragment inférieur est porté en dehors et un peu en avant.

N° 88. Humérus droit. Fracture presque immédiatement au-dessus des surfaces articulaires de la trochlée humérale ; une portion de cet os a été perdue.

DEUXIÈME ESPÈCE. — *Fractures de l'épiphyse inférieure de l'humérus.*

Ces pièces sont au nombre de deux seulement, n°s 89 et 90; elles offrent un grand intérêt au point de vue de la multiplicité des lésions; nous y retrouvons les deux variétés de fracture décrites par les auteurs : sur la première, c'est l'épicondyle et la petite tête humérale qui ont été détachés; sur la seconde, au contraire, c'est la trochlée; cette dernière mérite surtout d'attirer notre attention; outre une grande altération dans la configuration des surfaces articulaires, il existe un grand nombre de petits corps étrangers osseux qui rappellent ceux de l'arthrite sèche; malgré tous ces désordres, la malade avait pu retrouver une grande partie des mouvements.

(*La suite à un prochain numéro.*)

organes. Nous ferons observer que toutes les dermatoses ne sont pas dans ce cas : l'impétigo aigu n'a généralement qu'une durée moyenne de quinze jours, à moins toutefois qu'il ne soit lié à un tempérament scrofuleux; le lichen aigu se juge dans quinze jours ou trois semaines; le pemphygus aigu également.

Marche. — Les maladies ordinaires ont, en général, une période d'invasion, une période d'état ou stationnaire, une période de déclin. Nous trouverons une marche analogue pour la plupart des maladies cutanées.

Terminaison. — Enfin, les affections cutanées se terminent comme celles des autres organes par résolution, suppuration, gangrène.

Conséquences thérapeutiques. — Si, comme nous croyons l'avoir démontré, les maladies de la peau ressemblent de tout point à celles des autres organes, nous devons en tirer cette conséquence importante que toute maladie cutanée qui présentera à son début une forme aiguë, inflammatoire, devra être traitée comme les maladies aiguës en général, c'est-à-dire par les antiphlogistiques. Nous devons faire ici néanmoins une remarque importante : s'il s'agit d'une affection cutanée générale, bien que la forme aiguë soit très prononcée, on ne devra pas toujours mettre en usage le traitement antiphlogistique proprement dit. Cette remarque se rapporte aux affections exanthématiques, variole, roséole, rougeole, scarlatine, lesquelles ne sont que le reflet d'une affection générale de l'économie. Dans ce cas, il faut favoriser l'éruption cutanée par les diaphorétiques au lieu de la combattre par les antiphlogistiques.

A part les affections exanthématiques, toutes les maladies de la peau, à leur période aiguë, seront combattues par les antiphlogistiques : une saignée sera prescrite s'il y a céphalalgie violente, fréquence et dureté du pouls, turgescence de la face, etc. En même temps, on donnera des boissons rafraîchissantes; on saupoudrera d'amidon les surfaces malades, quelques bains gélatineux seront prescrits, et la maladie disparaîtra.

C'est ainsi qu'on aura raison des ecthyma, des impétigo aigus et de toutes les éruptions dites printanières; rarement même on aura besoin de recourir aux émissions sanguines; les émollients, les tempérants, qui sont aussi des antiphlogistiques, suffiront le plus souvent.

NOUVELLES EXPÉRIENCES

sur une hémorrhagie cutanée et le passage des globules sanguins à travers la peau;

Par M. Turck, de Plombières.

Le 27 août dernier, M. le docteur Bouchacourt, chirurgien en chef de la Charité, à Lyon, et M. le docteur Klumppel, de Mulhouse, ont pu constater avec moi une sueur de sang chez mademoiselle Gilot. Nous étions allés voir cette pauvre fille vers deux heures de l'après-midi; elle avait beaucoup de fièvre, de 135 à 140 pulsations par minute; la peau était sèche et brûlante; les veines superficielles de ses avant-bras, de ses mains et de son front étaient considérablement développées et simulaient un état variqueux. Outre ses douleurs habituelles, mademoiselle Gilot souffrait beaucoup de la tête. Il y avait à peine un quart d'heure que nous l'avions quittée, quand on nous rappela près d'elle. Le sang suintait à travers le cuir chevelu de toute la partie antérieure de la tête, la peau n'offrant aucune trace de lésion; il y avait aussi une hémorrhagie légère par le conduit auditif externe du côté droit. En essuyant soigneusement la peau, nous constations que le sang la traversait comme aurait fait la sueur. Ce sang avait l'apparence du sang veineux; il était suffisamment coloré et plastique. Nous l'avons examiné immédiatement tous les trois au microscope, et nous avons reconnu qu'il contenait, comme le sang ordinaire, une immense quantité de globules. L'hémorrhagie fit cesser la fièvre, la chaleur mordicante de la peau, le gonflement des veines superficielles, et diminua toutes les douleurs. Voilà donc un fait hors de doute, une sueur de sang bien constatée, ainsi que le passage des globules sanguins à travers la peau. (*Rev. médico-chirurg.*)

DE L'ÉPICANTHUS ACQUIS.

L'épicanthus acquis, maladie qui a une grande ressemblance avec l'épicanthus congénital, en diffère cependant essentiellement par les points suivants :

1° Il n'est point compliqué de la conformation primitivement anormale des os propres du nez que nous avons signalée.

2° Ses causes sont accidentelles et non organiques. Telles sont des ophthalmies et des blépharites, lorsqu'elles occupent plus particulièrement le voisinage de la commissure interne; telles sont surtout des phlegmasies, des blessures, des brûlures, des ulcérations de la peau de la région lacrymale et du grand angle pouvant toutes amener des cicatrices vicieuses et un tiraillement des téguments cutanés vers la commissure interne et le voisinage, d'où résulte un pli valvulaire semblable à celui qui constitue l'épicanthus congénital.

3° Par suite de l'action circonscrite et toute locale de ces causes, la maladie n'affecte qu'un seul côté, sauf le cas où, par un singulier hasard, le même accident s'est successivement reproduit dans le voisinage des deux yeux, ainsi que je l'ai observé une seule fois.

4° Le pli cutané n'est pas aussi régulièrement semi-circulaire que dans l'épicanthus congénital. Il est évidemment causé par la lésion mécanique, par le gonflement et le froncement de la peau symptomatiques de son inflammation, ou par le tiraillement qu'exerce la cicatrice irrégulière ou bridée.

5° Le traitement, tantôt pharmaceutique, tantôt chirurgical, doit combattre la phlegmasie, les ulcérations et les autres lésions semblables par les moyens appropriés, ou faire cesser le tiraillement des brides formées par le tissu cicatriciel. L'excision d'un morceau de peau ellipsoïde, d'après la méthode de M. d'Ammon, n'est d'aucune utilité ici; elle serait au contraire fort nuisible, car elle augmenterait le tiraillement et la difformité.

Il suffit de cet exposé sommaire pour faire comprendre que l'épicanthus acquis ne rentre pas dans notre sujet actuel. Nous nous proposons d'en faire plus tard l'histoire complète. (*Annales d'oculistique.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 novembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle comprend les pièces suivantes :

Un échantillon d'eau minérale sise à Renaison, arrondissement de Roanne. — Un rapport de M. Sibille, sur le service médical des eaux de Néris pendant l'année 1851. — Un rapport de M. Mosny, médecin adjoint de l'arrondissement de Laon, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Guignicourt (Aisne) en 1851. — Un rapport de M. Monteil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac (Lozère), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement en avril, mai, juin et juillet derniers. — Un échantillon de remède secret pour la cure des hernies. — Un remède secret prétendu spécifique comme préservatif de la syphilis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Fièvre typhoïde.

M. Lecomte, médecin à Eu, adresse un long mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde.

Lymphatiques des amygdales.

M. Rendu, de Compiègne, adresse une note dans laquelle il annonce que les lymphatiques des amygdales se rendent aux ganglions cervicaux. Il a été conduit à cette opinion par la coïncidence qu'il a constatée entre les ulcérations des amygdales et l'engorgement de ces ganglions.

Cataracte.

M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, présente un couteau-aiguille à cataracte destiné à pratiquer en un seul temps l'incision de la cornée et de la capsule cristalline, dans l'opération de la cataracte par extraction. Il a exécuté cet instrument sur les indications de M. le docteur Estrom, médecin suédois, qui le considère comme un perfectionnement des couteaux-aiguilles déjà connus, et particulièrement de celui du docteur Cunier, de Bruxelles. (Commissaire : M. Laugier.)

Huile d'iodure de fer.

M. Gille adresse une note dont nous extrayons ce qui suit :

Dans un premier travail que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie et auquel cette savante Compagnie a bien voulu donner son approbation, j'ai indiqué les moyens de conserver indéfiniment, sous forme solide (dragées de proto-iodure de fer), un corps précieux à la thérapeutique, et dont l'extrême facilité de décomposition rendait l'emploi très difficile, souvent même impossible.

Ce résultat important obtenu, je ne devais cependant point arrêter là mes recherches. Plusieurs médecins, qui avaient employé avec succès ma nouvelle préparation dans les hôpitaux, m'avaient fait observer et je sentais moi-même que, sous la forme solide, un médicament est insuffisant pour répondre à tous les besoins de la pratique; il est insuffisant, en particulier, chez les enfants, auxquels il est si souvent impossible de faire prendre des médicaments solides, et spécialement des médicaments sous forme pilulaire.

Une autre application importante du proto-iodure de fer restait impossible avec le mode de conservation que j'avais trouvé, et qui est d'ailleurs encore le seul efficace parmi ceux qui ont été publiés; c'était l'application aux usages externes, application qui promettait, suivant les prévisions d'un grand nombre de médecins et de chirurgiens, d'être des plus avantageuses dans le traitement des ulcères scrofuleux et syphilitiques, et en général de tous les ulcères chroniques, ainsi que dans le traitement des engorgements de même nature.

Il fallait donc trouver, d'une part, un mode de conservation du proto-iodure de fer sous forme liquide et, d'autre part, un mode de conservation qui pût permettre l'exposition du proto-iodure à l'air libre sans qu'il se décomposât.

C'est à ce double but que je suis enfin parvenu après des recherches multipliées; c'est cette double propriété que possède l'huile que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie.

Mais, outre cet avantage pharmaceutique et thérapeutique, l'huile de proto-iodure de fer me paraît présenter, au point de vue chimique, un intérêt spécial sur lequel, en terminant, j'aurai l'honneur d'appeler en quelques mots l'attention de l'Académie.

Voici d'abord quelques mots sur le mode de préparation et sur les propriétés de l'huile de proto-iodure de fer.

Tous les chimistes savent que, lorsqu'on met en contact le proto-iodure de fer et l'huile d'amandes douces, le sel ne se dissout point dans le liquide ou qu'il ne s'y dissout que dans une proportion imperceptible, et qu'il ne tarde pas à se décomposer. Il n'en est point de même lorsqu'on présente à l'huile le proto-iodure à l'état naissant dans des conditions voulues : on obtient alors une dissolution stable, et qui peut aller jusqu'à la proportion de 50 centigrammes au moins pour 30 grammes d'huile. La préparation que je mets sous les yeux de l'Académie est déjà préparée depuis plusieurs mois, et l'Académie peut voir qu'elle est dans un état parfait de conservation. MM. les commissaires pourront s'assurer, de leur côté, que l'iode et le fer qu'elle renferme s'y trouvent bien à l'état de proto-iodure de fer. C'est ce qui m'a été prouvé par des réactions nombreuses dont je n'indique ici que les deux principales :

En dissolvant une certaine quantité de cette huile dans l'éther et y versant ensuite une solution de cyanure jaune de potassium et de fer, agitant le mélange, on n'obtient aucun précipité; mais si l'on ajoute une goutte d'acide nitrique, il y a immédiatement formation de bleu de Prusse, qui se précipite.

Si l'on traite une autre portion d'huile dissoute dans l'éther par la liqueur rouge résultant de la dissolution du permanganate de potasse dans l'eau distillée, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique, on remarque que la couleur des premières gouttes de cette liqueur versées dans l'huile disparaît complétement; ce n'est qu'après une addition assez abondante que la coloration rouge reparaît, c'est-à-dire quand le sel de fer a absorbé assez d'oxygène pour passer à un degré supérieur d'oxydation.

L'huile que je prépare, quelle que soit la proportion d'iode qu'elle contient, est à peu près complétement insipide, propriété précieuse qui permet de l'administrer sans la moindre difficulté aux enfants. Celle que je présente à l'Académie contient 5 centigrammes par cuillerée à bouche, c'est-à-dire 10 centigrammes par once. J'ai pensé que cette proportion, qui est la même que celle que le *Codex* affecte au sirop de proto-iodure (préparation qui, d'ailleurs ne tient pas ce qu'elle promet), était la plus favorable pour l'usage habituel. Mais j'ai préparé pour l'usage externe une huile qui contient 50 centigrammes de sel pour 30 grammes de liquide, et MM. les médecins ou chirurgiens pourront ordonner telle formule qu'ils croiront convenable suivant les indications, la dissolution pouvant se faire dans des proportions probablement bien plus considérables. Toutefois, d'après les résultats obtenus par plusieurs médecins, j'ai lieu de croire que la proportion de 50 centigrammes pour 30 grammes sera suffisante pour les cas qui demandent les proportions les plus élevées, et c'est pour cela que je n'ai pas cherché à obtenir d'autres proportions; la multiplicité des formules est toujours un inconvénient pour l'administration d'un médicament : elle conduit quelquefois à des confusions fâcheuses.

J'aurais voulu joindre à cette note, comme je l'ai fait lorsque j'ai présenté mes pastilles d'iodure de fer, des observations sur l'efficacité de la nouvelle préparation recueillies dans les hôpitaux de Paris. Mais il m'aurait fallu attendre longtemps, et j'ai malheureusement l'expérience qu'en tardant trop à le faire connaître on perd souvent le fruit d'un travail long et pénible. J'ai donc dû me hâter plus que je ne l'avais fait la dernière fois, laissant à l'Académie, si elle le juge nécessaire, de remplir la lacune que j'ai laissée dans mon travail.

J'ai dit en commençant que les résultats auxquels m'ont conduit mes nouvelles recherches pouvaient avoir, au point de vue de la science chimique, une certaine importance. En effet, dès que j'ai été certain que l'huile dissolvait à l'état naissant le proto-iodure de fer qui ne s'y dissout point lorsqu'il est tout formé, j'ai pensé que le même fait pourrait avoir lieu pour beaucoup d'autres corps. Mes prévisions n'ont point été trompées. Déjà j'ai obtenu par le même procédé une dissolution de proto-iodure de soufre, et suis sur la voie d'en obtenir plusieurs autres.

C'est donc là une propriété curieuse des corps à l'état naissant qu'il convient d'étudier dans tous ses détails, et qui peut fournir à la chimie proprement dite, aussi bien qu'à la pharmacie, des substances précieuses, intéressantes tout au moins.

Épanchement péritonéal.

M. le docteur Liegey, de Rambervilliers, adresse une observation intitulée : *Évacuation spontanée par les parois abdominales d'un épanchement péritonéal purulent résultant d'une affection intermittente chronique.*

Calculs urinaires.

M. Pamard, membre correspondant de l'Académie, à Avignon, adresse deux observations de calculs urinaires d'un petit volume, extraits par la simple dilatation de l'urètre.

Syphilis.

M. Laval, ancien élève des hôpitaux militaires, annonce qu'il est un exemple de syphilisation, et que toutes les inoculations échouent sur lui.

— Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce que l'Académie vient de faire une nouvelle perte par le décès de M. Honoré, qui a succombé à une pneumonie aiguë.

M. le président annonce ensuite que la séance annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 9 décembre prochain. Dans cette séance, M. le secrétaire perpétuel prononcera l'éloge de Halté.

Rapport.

Hygiène domestique.

M. Chevallier lit un rapport sur des vases recouverts d'un enduit vitreux et qui peuvent servir, d'après MM. Paris, leurs inventeurs : 1° Pour l'évaporation des eaux minérales lorsqu'on les soumet à l'analyse; 2° pour remplacer dans les laboratoires les capsules de porcelaine qui sont de trop petite dimension, trop fragiles, et d'un prix trop élevé; 3° pour suppléer aux bassines de fer et aux bassines de cuivre employées dans les officines et à divers usages, bassines qui, dans quelques circonstances, présentent des inconvénients lorsqu'on s'en sert pour faire des préparations alimentaires ou médicamenteuses.

La commission, après s'être livrée à de nombreux essais, dont M. le rapporteur rend compte dans son rapport, propose à l'Académie :

1° De remercier MM. Paris de l'excellente communication qu'ils ont faite à l'Académie;

2° De les engager à persévérer dans leur entreprise et surtout à se livrer à la fabrication des instruments culinaires destinés aux classes ouvrières, afin de pouvoir donner à bas prix des vases qui ne soient pas susceptibles d'être altérés par les aliments qu'on y prépare. MM. Paris auront ainsi rendu un service à l'humanité et fait faire un pas à l'hygiène publique. (Ces conclusions sont adoptées.)

Fissure à l'anus.

M. Larrey lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Campaignac relatif au traitement de la fissure à l'anus par une pommade spéciale.

M. Gerdy. Les moyens employés contre la fissure à l'anus échouent assez souvent ou ne produisent que des guérisons temporaires, et je parle ici des méthodes opératoires; car, pour ce qui concerne les drogues, elles ne sont véritablement, le plus souvent, que des drogues dans le traitement de la fissure à l'anus comme dans celui de bien d'autres maladies. Il y a dans la fissure à l'anus une circonstance qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est la constipation. C'est là que se trouve presque toujours la cause de la fissure; et en combattant avec opiniâtreté la constipation par des purgatifs donnés tous les deux, trois ou quatre jours, j'ai réussi, dans tous les cas où j'ai employé avec suite cette méthode, à éviter une opération.

M. Larrey. M. Campaignac n'a pas accordé une efficacité abso-

lue à sa pommade, et il ne prétend point qu'on doive s'abstenir d'avoir recours concurremment aux autres moyens connus, et même à l'opération, en cas d'insuccès.

M. Velpeau. Les chirurgiens, quoi qu'en puissent dire quelques personnes, n'ignorent pas qu'il faut essayer les moyens fournis par la matière médicale avant d'en venir à l'opération, et ils ne manquent guère de se conformer à cette règle. C'est ce que je fais pour mon compte, et ce n'est que lorsque tous les autres moyens ont échoué que je me décide à opérer. De toutes les pommades que j'ai employées, je dois déclarer que je n'en ai point vu réussir aussi souvent que celle de M. Campaignac.

Quant aux purgatifs, ils soulagent ordinairement; mais la maladie avec tous ses inconvénients revient dès qu'on en suspend l'emploi. Je n'y ai peut-être pas insisté assez longtemps; mais voilà ce que j'ai observé.

La dilatation forcée de M. Récamier est une véritable opération qui ne doit être tentée qu'après l'essai des moyens thérapeutiques ordinaires.

M. Roux. Il aurait été utile, pour juger de la valeur des onctions dans le traitement de la fissure, qu'on dît pendant combien de temps après la guérison on avait suivi les malades; c'est ce que je n'ai point vu dans les observations, et il est probable que les récidives ont été assez promptes. Je ne crois donc pas qu'il faille insister trop sur l'emploi de ces moyens ou d'autres analogues, d'autant plus que, sur deux ou trois cents opérations par incision complète du sphincter, de fissure que j'ai faites, je n'ai jamais observé un seul accident.

J'ajouterai, pour répondre à M. Gerdy, qu'il n'est pas rare de voir des malades atteints de fissure qui n'ont jamais eu de constipation, et d'autres qui souffrent tout autant en rendant des matières liquides que des matières solides.

M. Bégin déclare qu'il n'a jamais vu non plus d'accidents.

M. Laugier pense qu'en effet il n'y a jamais d'accidents dans l'opération de la fissure par simple incision; mais qu'il n'en est plus de même de la section complète du muscle sphyncter telle que la conseille Boyer.

M. Larrey. La preuve que l'opération peut être grave, c'est que M. Campaignac cite deux cas de mort à la suite de cette opération.

M. Gerdy dit que si l'on ne retire pas, en général, tous les avantages possibles des purgatifs, c'est qu'on ne les emploie pas, en effet, avec assez de suite.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le dernier rapport sur les prix.

Le *stéthoscope intercostal* dont il est parlé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 13 de ce mois, au compte-rendu de l'Académie de médecine, est de M. le docteur Francesco Enrico Biundi, de Palerme, et non de M. *Biuncli*, comme on l'a imprimé par erreur.

CORRESPONDANCE.

Choléra en Algérie.

Mostaganem, le 8 novembre 1851.

Monsieur le Rédacteur,

En vous faisant part dernièrement de la présence de l'épidémie cholérique à Mostaganem et d'une de ses recrudescences, j'espérais encore, un mois après, n'avoir pas à vous entretenir des ravages qu'elle continue à y faire.

La disparition du choléra de toutes les localités de la province d'Oran, même des colonies agricoles voisines de Mostaganem, faisait croire que le mal tendait à une fin prochaine.

On était d'autant plus porté à le penser, que, sauf quelques légères recrudescences, on avait vu successivement le rayon du foyer épidémique se restreindre en se concentrant sur l'hôpital militaire, où le fléau frappait encore de temps à autre sur quelques malheureux affaiblis par les privations et les maladies.

Malheureusement il n'en était rien. Ce que nous avions pris pour l'avant-coureur de la fin de l'épidémie n'était que son sommeil; car, sans sortir des murs de l'hôpital, où elle est entièrement concentrée, elle rayonne dans tous les services et dans toutes les salles en y exerçant depuis quelques jours les plus grands ravages sur les malades qui y sont en traitement. Cela à tel point, qu'il est devenu urgent pour conjurer le mal d'abandonner ce local et de transporter dans une caserne assez éloignée les quelques malades non cholériques qui restent.

Cette sage mesure d'hygiène publique et privée, prise hier par l'autorité militaire, a reçu dès aujourd'hui un commencement d'exécution.

Espérons que cette précaution hygiénique, dictée par un sentiment de prudence que nous ne saurions trop louer en pareille circonstance, réussira comme en 1849. Elle nous a réussi à nous-mêmes à Saint-Denis du Sig, lorsque placés absolument dans les mêmes circonstances nous nous vîmes forcés de demander à l'autorité militaire l'autorisation de quitter l'ambulance où l'épidémie avait fait élection de domicile, et sévissait sur tous les malades qui y entraient.

Les journées des 4, 5, 6 et 7 novembre ont été terribles. Sur un chiffre d'environ 800 malades, 50 ont été pris de choléra dans ces quatre jours, encore ne comptons-nous pas ici beaucoup de cholérines qui pourraient à juste titre figurer au chiffre des hommes atteints.

La cause du mal est difficile à saisir, encore plus à expliquer; car rien dans la disposition et le placement des bâtiments construits à peine depuis deux ans, qui, du reste, sont parfaitement établis et bien situés, ainsi que convenablement aérés et d'une propreté assez remarquable, ne rend raison du fait extraordinaire dont je suis aujourd'hui témoin pour la seconde fois depuis deux ans. Il en est de même du placement des malades, qui ont toujours été très convenablement espacés.

La seule cause probable serait celle des variations brusques de température survenues depuis peu et produites par les pluies et le froid de l'arrière-saison. Mais cette cause ne rend raison de rien, car elle n'explique nullement le fait bien constaté de la présence du foyer épidémique dans l'hôpital seul, à l'exclusion de toutes les autres parties de la ville et de toutes les casernes qui y sont situées. La chose est tellement frappante, que depuis longtemps pas un cas ne s'est présenté dans les troupes du 68e de ligne baraquées à quelques mètres du mur d'enceinte de l'hôpital.

Tous les cholériques venus du dehors depuis plus de quinze jours peuvent à juste titre être considérés comme ayant pris le germe de la maladie à l'hôpital, d'où ils étaient à peine sortis depuis un ou deux jours, lorsqu'ils y ont été rapportés avec le choléra.

Ce fait, qui s'est reproduit un certain nombre de fois dans le courant de cette épidémie, et qui depuis plusieurs jours est resté sans exception aucune, mérite d'être signalé; car il a bien son importance, tant pour la question des quarantaines que pour ceux qui pensent encore aujourd'hui que le choléra est contagieux.

L'intensité du mal a été telle, que l'autorité militaire, craignant sans doute la contagion, a fait rentrer le 5, à Mostaganem, trois escadrons de cavalerie et une compagnie de tirailleurs indigènes, partis la veille pour aller relever des détachements stationnés dans divers postes de la province.

Pour compléter ces renseignements, j'ajouterai une chose importante. C'est que l'épidémie, toute restreinte qu'elle est, a dans sa sphère tous les caractères des grandes épidémies; et en se restreignant elle semble avoir acquis plus d'intensité et de force; car elle a ravi en quelques heures bon nombre d'hommes très robustes, et la plupart de nos nouveaux cholériques ont présenté en général les symptômes les plus graves, ce qui a rendu le chiffre de la mortalité très élevé; car il est rare que ceux qui reviennent de la période algide échappent à celle de réaction.

Parmi les nombreuses pertes que nous avons à déplorer depuis quelques jours, on compte M. Bouvart, lieutenant au 4e chasseurs d'Afrique, qui, en traitement à l'hôpital pour une conjonctivite purulente, a été une des premières victimes de la recrudescence.

Je joins à ma lettre un tableau qui fait suite à celui que je vous ai déjà adressé.

Agréez, etc.

A. Tassard, D.-M., chirurgien sous-aide.

Voici un tableau qui indique l'origine des malades fournis par les différents corps:

CORPS QUI ONT FOURNI LES MALADES.	RESTANT le 9 octobre 1851.	ENTRÉS.	GUÉRIS.	MORTS.	RESTANT le 8 novembre au matin.
68e régiment de ligne	3	30	7	22	4
4e chasseurs d'Afrique	8	27	4	21	10
3e régiment du génie	»	3	»	2	1
Infirmiers militaires	»	2	1	»	1
2e régiment de spahis	»	1	»	1	»
1er bataillon de tirailleurs indigènes	»	3	»	3	»
Discipline	»	1	»	1	»
Civils europ. et indigènes indigents	3	11	2	10	2
Totaux	14	78	14	60	18

Sur les 78 cas qui se sont présentés depuis le 9 octobre jusqu'au 8 novembre, 65 ont été fournis par l'hôpital, et les 13 venus du dehors peuvent à juste titre, comme je l'ai dit plus haut, être considérés comme ayant pris le germe de leur maladie dans le même lieu, puisque tous en étaient sortis depuis deux jours au plus.

Chronique et nouvelles.

Dans le comité secret qui a eu lieu hier à l'Académie, un prix a été accordé à M. Lereboulet, de Strasbourg.

— L'Académie des sciences s'est occupée lundi dernier d'objets étrangers à la médecine. La commission des prix Monthyon de cette Académie a accordé des récompenses à plusieurs médecins; entre autres le grand prix à M. J. Guérin, pour la ténotomie généralisée; un encouragement de 2,000 fr. à M. le docteur Gariel, pour l'application du caoutchouc vulcanisé à plusieurs appareils médicaux; et un encouragement de 2,000 fr. à M. Duchenne pour l'application qu'il a faite de la galvanisation localisée à la physiologie. Tous les travaux couronnés méritaient de l'être.

— Nos lecteurs verront, comme nous, avec plaisir la nouvelle récompense que M. le président de la République, sur la proposition de la commission française de l'exposition universelle, vient d'accorder à M. Charrière. Ils remarqueront aussi celle qui a été décernée à notre imprimeur M. Plon, et ils trouveront dans ces deux récompenses la preuve de la justesse de nos appréciations sur l'exposition de Londres.

— La chaire de mathématiques transcendantes est en ce moment vacante à la Faculté des sciences de Montpellier, par suite de la mort de M. Lenthéric.

La nomination à cette chaire doit être faite par le ministre de l'instruction publique entre quatre candidats au plus, dont deux doivent lui être présentés par la Faculté elle même, et les deux autres par le Conseil académique de Montpellier.

En conséquence, MM. les aspirants à la candidature sont invités à faire parvenir leurs titres, francs de port, au doyen de la Faculté des sciences, d'ici au 20 décembre prochain.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 28 NOVEMBRE 1851.

Expérimentation. — Inoculation. — Syphilisation.

De quelque manière qu'eût été accueilli notre article de mardi dernier sur l'expérimentation dans les hôpitaux et sur l'abus le plus déplorable de cette pratique, l'inoculation syphilitique et la syphilisation, nous étions parfaitement décidé à persévérer dans une voie où nous sommes entré il y a déjà plus de dix ans, profondément convaincu que nous soutenions les droits de l'humanité et les véritables intérêts de la profession médicale. Mais les témoignages d'approbation que nous avons reçus verbalement et par écrit d'un grand nombre de médecins distingués nous ont encore affermi dans notre résolution. Nous adressons donc nos remercîments les plus sincères à nos bienveillants lecteurs, et nous nous efforcerons de continuer à les mériter.

Nous savons que l'assentiment qui a été donné à notre opinion n'a pas été absolument universel. Quelques rares esprits ont paru croire que nous désertions la défense des intérêts médicaux, en condamnant, de toute la force de nos convictions, des manœuvres dangereuses, des expériences dont l'irréflexion est la moindre excuse. C'est de cet injuste reproche que nous voulons nous défendre aujourd'hui.

Nous commencerons d'abord par déclarer que, quelque dévoué que nous soyons aux intérêts du corps médical, nous ne nous sommes jamais engagé à les défendre contre les intérêts de l'humanité, si les uns et les autres venaient à se trouver en opposition. Notre profession de foi sur ce point peut être résumée ainsi :

L'humanité d'abord ;

Après elle la science ;

Ensuite la profession.

Mais, grâces à Dieu, cette opposition, que quelques esprits ont cru entrevoir, ne nous a jamais paru réelle ; elle vient d'un faux point de vue qu'il suffit de déplacer pour découvrir l'erreur.

Le premier et le plus grand intérêt pour le corps médical, c'est celui de sa considération, de son autorité morale ; de celui-là dérivent tous les autres. Or, qu'y a-t-il de plus compromettant pour la considération médicale que ces expérimentations qui favorisent, qui justifient presque l'opinion, si générale dans le peuple, si répandue, même parmi les classes élevées de la société, que les hôpitaux sont des laboratoires scientifiques où les médecins de froids scrutateurs des douleurs humaines ? N'est-ce pas là la source principale, nous dirions presque l'unique source de la répugnance que l'hôpital inspire aux malheureux ?

Quand cette répugnance n'aura plus de prétexte, quand l'opinion dont elle est l'expression sera détruite, alors la considération médicale se sera accrue d'autant, et les intérêts médicaux y auront gagné en proportion.

Loin de déserter ces intérêts, nous croyons donc les défendre dans ce qu'ils ont de mieux entendu et de plus élevé.

Ajoutons que nous indiquons aux expérimentateurs qui sont entrés dans une voie fatale le moyen d'en sortir sans éclat. Jusqu'à ce jour, le bruit de leurs expériences n'a guère retenti au dehors du monde médical et scientifique. Mais, grâce à la déplorable impulsion qu'on vient de leur donner, cette enceinte ne tardera pas à être franchie ; et quand il en sera ainsi, le corps médical subira, dans quelques-uns de ses membres, l'humiliation de se voir rappeler à des devoirs qu'il devrait toujours être le premier à apprendre et à rappeler aux autres. Que les expérimentateurs veuillent bien y songer ; le moment que nous leur prédisons ne peut être éloigné.

Le refuge que quelques-uns espèrent trouver dans le sanctuaire de la science, ce refuge leur ferait doublement défaut ; d'abord, parce que les droits de l'humanité doivent passer avant ceux de la science ; ensuite, parce que, en ce qui concerne l'inoculation syphilitique et la syphilisation, les intérêts de la science sont complètement hors de cause ; disons mieux, ils sont sacrifiés.

Dans notre intime conviction, et nous espérons bien la faire partager un jour à tous les hommes sérieux et impartiaux qui n'ont pas encore pesé nos raisons, l'inoculation syphilitique n'a fait que détourner un grand nombre d'esprits de la vérité. Mais, à supposer que nous nous fussions trompés, à supposer que l'inoculation eût rendu quelques services à son début, nous soutenons qu'on n'avait pas le droit de les lui demander, nous soutenons surtout qu'elle a donné depuis longtemps tout ce qu'on pouvait attendre d'elle, et qu'elle ne peut plus être aujourd'hui qu'un objet de vaine et illégitime curiosité. Qui pourrait, par exemple, prétendre sérieusement qu'on a été obligé, dans les seuls intérêts de la science, de pratiquer dans l'espace de six ans 2,490 inoculations syphilitiques dans un seul service de l'hôpital du Midi ? Qui pourrait croire que, dans le seul intérêt de la science, on ait été obligé de pratiquer dans une seule année, dans un petit hôpital militaire de Louvain, 526 inoculations ?

Non, à supposer, ce qui n'est pas, que la science ait pu gagner à une certaine époque à ces expérimentations, il y a longtemps qu'elle n'a plus rien à attendre ; elles ne peuvent plus être que de dangereuses témérités.

Inutiles ! passe encore, a-t-on dit, mais dangereuses, non ; car on peut toujours arrêter à volonté la marche des ulcérations que l'on produit.

J'ai cent fois démontré l'inexactitude de cette assertion. J'ai prouvé par les observations prises dans les ouvrages mêmes des inoculateurs que la durée moyenne des ulcérations qu'ils ont produites a été de *vingt-sept jours*, et qu'il y en avait une dont la durée avait été de 87 jours. Nous devons ajouter que les observations sur lesquelles nous avions fait nos premiers calculs n'étaient pas les plus défavorables à l'opinion des inoculateurs. Nous nous sommes aperçu, depuis, qu'on n'avait pas publié l'histoire de toutes les expérimentations. En voici une, par exemple, qui a échappé à la publicité, et qui ne contribuera pas peu à éclairer l'opinion publique sur la prétendue innocuité des inoculations artificielles.

Le nommé Piogé (François), âgé de vingt-cinq ans, raffineur, domicilié à Passy, né à la Guerche (Sarthe), célibataire, entra à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 8, le 22 mai 1838.

La feuille d'admission portait que cet homme était affecté d'un chancre ; mais, sur sa feuille de sortie, était inscrit, au diagnostic, le mot blennorrhagie.

Il fut inoculé et sortit le 20 mai 1839, *non guéri de son inoculation.*

Le 12 août de la même année, il entra à l'hôpital de la Pitié. Il avait alors un ulcère syphilitique plus large que la paume des deux mains, occupant la partie supérieure de la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen. Cet ulcère, d'aspect toujours chancreux, qui fournissait une abondante suppuration, était accompagné d'une fièvre hectique. Malgré des traitements variés, il continua à s'étendre, en même temps que la constitution dépérissait de plus en plus. Vers le milieu de mars 1840, il se développa un érysipèle autour de l'ulcère, qui avait alors la largeur d'un fond de chapeau ; il survint quelques vomissements, et le malade succomba le 23 du même mois, environ *deux ans* après le développement d'un chancre d'inoculation qui n'avait cessé de faire des progrès depuis le premier jour jusqu'au dernier.

Cette inoculation est-elle la seule dans son genre ? C'est ce que nous ne saurions dire ; mais il est permis d'en douter ; car, puisqu'elle avait été oubliée, d'autres peuvent se trouver dans le même cas.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter dans tous ses détails la doctrine de l'inoculation ; bientôt cette occasion s'offrira naturellement. Ce que nous avons voulu prouver, ce sont les dangers de cette pratique. Or, si ces dangers se manifestent après une, deux ou trois inoculations, que serait-ce donc après les inoculations répétées que préconise une doctrine qui ne choque pas moins l'expérience que le sens commun ! Mais j'allais oublier que je devais à la position, au talent de mon ami Marchal la réfutation sérieuse de la syphilisation curative ; je la lui promets pour le prochain numéro.

Mais qu'il me soit permis de terminer en concluant que dans la syphilisation comme dans l'inoculation les intérêts de la science sont hors de cause, que la considération médicale y est compromise, que les droits de l'humanité y sont méconnus, et que, pour toutes ces raisons, le médecin prudent s'abstiendra de ces déplorables pratiques, ou y renoncera s'il a eu la faiblesse de s'y livrer. — H. de Castelnau.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rétroversion de la matrice.

A propos du fait intéressant de rétroversion que nous avons publié dans le numéro 103 de notre journal, notre honorable confrère M. Maloizel (de Fontainebleau) nous adresse le cas suivant, remarquable surtout par les accidents qui ont accompagné la rétroversion, par l'heureuse terminaison de la maladie et par la cause apparente qui l'a produite.

Je vous adresse, dit notre honorable correspondant, une observation de rétroversion de la matrice pendant la grossesse, accompagnée de constipation, de strangurie et d'œdème général le plus prononcé qu'il soit possible de voir. L'observation peut aujourd'hui être considérée comme complète, puisque depuis plus de six mois déjà la personne qui en fait le sujet jouit d'une excellente santé.

Mme C....., du village d'Orbonne, grosse de trois mois, étant allée à Milly parfaitement bien portante, fut prise d'envies d'uriner, auxquelles elle résista pendant trois ou quatre heures. Au bout de ce temps il lui fut impossible de satisfaire ce besoin et d'aller à la garde-robe.

Rentrée chez elle, elle se mit au lit avec des envies terribles d'uriner et de pesanteur sur le fondement. Un médecin fut appelé le lendemain, et prescrivit une saignée, des sangsues, de l'eau de chiendent nitrée, des pilules purgatives, et plusieurs autres moyens qui, pendant douze jours, furent sans aucun résultat.

Appelé le 25 décembre 1850, treizième jour des accidents, auprès de cette femme, je fus effrayé en voyant une peau luisante tendue outre mesure, par un œdème général, et en apparence prête à se rompre ; point de douleurs, point de fièvre, de temps en temps besoin d'uriner ; difficulté de se mouvoir.

Je palpai le ventre, et trouvai la vessie énormément distendue, remontant jusqu'à l'ombilic ; la pression sur cette région était douloureuse et provoquait des envies d'uriner.

Je portai le diagnostic suivant : strangurie mécanique causée probablement par l'utérus dérangé, ayant amené l'œdème ; il fallait vider la vessie, et je m'y préparai. Mais le difficile était de rencontrer le méat urinaire ; d'un côté j'avais le développement énorme des grandes lèvres, qui descendaient presque au milieu des cuisses ; de l'autre, le retrait de l'urètre, tiré en haut par la vessie, arrivée, je crois, à son degré de distension. Je parvins cependant à introduire une sonde en caoutchouc, qui n'éprouva que fort peu de difficulté, si ce n'est vers la partie moyenne du canal. Cette sonde me donna abondamment une urine ammoniacale très fétide ; mais presque aussitôt le jet diminua, puis cessa complètement. Voulant éviter de presser sur le ventre, je remplaçai mon instrument par une sonde en métal qui me procura l'immense quantité de cinq litres d'urine. La malade me dit être guérie ; il me fut, à mon grand regret, impossible de pénétrer dans le vagin pour m'assurer des causes de ces désordres. Je prescrivis le repos, la diète absolue, l'abstinence presque complète de boisson.

Le lendemain, quatorzième jour, je vis ma malade, qui avait rendu quelques gouttes d'urine pendant la première heure qui suivit mon cathétérisme ; puis tout était rentré dans la même position. L'œdème avait diminué cependant, surtout aux grandes lèvres ; le cathétérisme fut plus facile, et me donna à peu près la même quantité d'urine que la veille.

La vulve étant revenue sur elle-même, je pus explorer le bassin ; j'introduisis dans le vagin mon indicateur droit, et je rencontrai dans la courbure du sacrum, remplissant le petit bassin, une tumeur molle, presque ronde, indolente, mobile de tous côtés, semblant implantée sur la face postérieure du pubis par une sorte de pédicule qui comprimait le canal de l'urètre. Mon diagnostic était vérifié, la cause mécanique était trouvée. Il me restait à remettre la matrice dans la position qu'elle devait occuper, ce que je fis immédiatement en introduisant ma main droite dans le vagin ; je refoulai très doucement avec les doigts un peu écartés le corps de la matrice jusqu'au-dessus du détroit supérieur ; le col vint de lui-même se placer dans le creux de ma main, que je retirai avec précaution, et une fois encore le vieil et peut-être le plus grand aphorisme pratique eut raison : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Je prescrivis le repos absolu dans une position horizontale sur le dos, la diète, un peu d'eau de tilleul miellée et du bouillon d'oseille.

Je n'étais pas à quatre kilomètres, m'a dit cette malade, qu'elle avait uriné tant et si bien qu'elle était à peu près complètement désenflée dès le lendemain ; il n'existait plus à ce moment de tous ces accidents qu'un peu d'œdème aux cuisses et aux jambes.

Ces accidents ne se sont jamais reproduits pendant le cours de la grossesse, et six mois après, c'est-à-dire le 18 mars 1851, Mme C... accouchait d'un garçon, qui est aujourd'hui très bien portant. La mère jouit également aujourd'hui 24 décembre d'une excellente santé et n'éprouve aucun dérangement du côté des organes génito-urinaires.

Je vous livre cette observation telle que je l'ai vue, telle

que je l'ai prise, avec exactitude, laissant aux maîtres de la science le soin d'expliquer la cause première de ces accidents remarquables et aux praticiens l'appréciation de l'heureuse issue qu'ils ont eue.

Remède contre l'asthme.

Nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs la note suivante que nous a remise M. le docteur Alexis Favrot; nous ne savons si le médicament sous le nom de *remède très simple contre l'asthme,* dont notre confrère dit avoir obtenu des avantages constants, jouit en effet de tous les avantages qu'il lui reconnait. Mais ce que nous pouvons dire, c'est que M. Favrot nous a montré un fait qui est complétement en faveur de son opinion.

Prenez, dit M. Favrot, une solution fortement saturée de nitrate de potasse; plongez-y de l'amadou, puis laissez-le sécher.

Procurez-vous un flacon à large tubulure, dont le bouchon sera percé au centre de façon à donner passage à un tube creux quelconque (une pipe fermée à son extrémité pourrait suffire).

Allumez ce morceau d'amadou et placez-le dans le flacon.

Faites ensuite aspirer au malade, soit par la bouche, soit par les fosses nasales, les gaz qui se dégageront; au bout de quelques inspirations, il éprouvera un soulagement qui ira toujours en augmentant.

Tel est le procédé fort simple dont je me sers avec succès depuis déjà longtemps, lorsque je suis consulté par des personnes atteintes d'asthme.

Donner une explication satisfaisante pour tous les esprits de ce mode de traitement serait peut-être chose difficile.

Aussi me bornerai-je à émettre, et encore sous la forme dubitative, l'opinion suivante :

N'y aurait-il pas inspiration, par le malade, d'une faible portion de l'oxygène dégagé lors de la combustion du nitrate de potasse?

Or, l'on sait que, chez les asthmatiques, la circulation sanguine est incomplète dans les poumons; que le sang ne s'y régénère qu'imparfaitement, qu'il est noir et n'y brûle pas son excès de carbone.

Y aurait-il donc alors combustion de cet excès de carbone par l'oxygène absorbé?

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE.

Cas remarquable de polype de l'utérus.

Par M. DEMEAUX,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-aide d'anatomie de la Faculté, médecin à Puy-l'Évêque sur-Lot.

Après avoir lu l'observation si intéressante de polype utérin publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 18 novembre par mon ancien collègue et ami le docteur Gosselin, j'ai cru devoir publier moi-même sans le moindre retard un fait qui présente avec celui de MM. Piedagnel et Gosselin une certaine analogie. Mon observation n'étant pas encore complète, je me proposais d'attendre quelques semaines avant de la livrer au public; mais, après avoir lu votre journal, j'ai compris que, quoique incomplète, mon observation n'en était pas moins importante et qu'il serait intéressant pour vos lecteurs de pouvoir analyser la seconde publication avant d'avoir perdu de vue la première.

OBS. — *Polype de l'utérus du poids de cinq livres environ. — Travail d'expulsion survenu spontanément. — Extirpation par les tractions et la torsion combinées. — Guérison.*

La femme Boulon, âgée de trente-trois ans, du lieu de Pomarède, avait joui d'une très bonne santé jusqu'en 1845. A cette époque, elle devint enceinte pour la seconde fois, accoucha très heureusement et put allaiter son enfant sans éprouver le moindre dérangement pendant quatorze ou quinze mois. Elle fut réglée trois mois après ses couches et n'a jamais cessé de l'être régulièrement jusqu'à ce moment; cette femme, d'une stature moyenne et sans embonpoint, exerçait avec son mari la profession de fournier et de boulanger, et partageait avec lui les travaux les plus pénibles de son état. Au commencement de 1847, cette femme éprouva un malaise général, des douleurs vagues dans le bas-ventre, une leucorrhée assez abondante; tout cela était accompagné de quelques désordres sympathiques du côté de l'estomac, au point qu'elle crut d'abord à l'existence d'une grossesse; toutefois, la persistance de la menstruation pendant plusieurs mois consécutifs sans nouveaux signes de grossesse la détourna de cette idée.

A partir du mois de septembre 1847, cette femme s'aperçut que le bas-ventre était dur et avait un volume anormal; et dans l'été de 1848 je la vis pour la première fois.

A cette époque elle s'occupait peu de l'état du ventre, parce qu'elle n'en souffrait pas; mais elle avait une perte blanche infecte, très abondante, qui l'importunait beaucoup et l'empêchait de se livrer à ses occupations. Je procédai à un examen, et je constatai que le col de la matrice était tuméfié, mou, indolent; les deux lèvres étaient recouvertes de granulatisn livides, qui me parurent être la cause unique de la leucorrhée. Par l'hypogastre, je trouvai une masse qui avait le volume des deux poings réunis, mobile, insensible à la pression. Comme cette masse n'avait donné lieu à aucun symptôme fâcheux, que d'ailleurs je ne voyais aucune médication rationnelle à lui opposer, je ne m'occupai que de la maladie du col, pour laquelle je pratiquai deux ou trois cautérisations avec le nitrate acide de mercure. Cette médication produisit l'effet qu'on pouvait en attendre. La femme ne tarda pas à être soulagée.

Après ce premier traitement, je cessai de voir cette femme comme médecin; l'année suivante, cette femme éprouva plusieurs fois une rétention d'urine qui nécessita mon intervention; je pus constater, par conséquent, que la tumeur du bas-ventre avait augmenté de volume sans donner lieu à aucun autre désordre fonctionnel que la compression du col de la vessie, si ce n'est que depuis quelque temps la menstruation, toujours régulière, était plus abondante. Les rétentions d'urine devenant de plus en plus fréquentes, le mari apprit à pratiquer le cathétérisme; et quoique le volume du ventre augmentât graduellement, je ne fus pas mandé de nouveau pour la sonder; mais comme je la voyais souvent, j'avais pu constater que le volume du ventre était celui d'une grossesse de sept mois environ.

Le 7 novembre 1851, la femme Boulon éprouva dans la journée un malaise général, des frissons intenses, des douleurs dans les reins et des tranchées utérines semblables à celles qui précèdent l'accouchement. On aurait réclamé mon intervention, mais on savait que j'étais absent. La nuit se passa dans de vives souffrances, et le 8, dans la matinée, une masse charnue vint se présenter à la vulve. Cet accident redoubla leurs inquiétudes et les décida à appeler, en mon absence, un autre médecin qui se trouva par hasard dans la localité. Celui-ci prescrivit 8 grammes de seigle ergoté en huit doses, à prendre chacune d'heure en heure. Les deux premiers paquets déterminèrent des douleurs de ventre tellement vives et sans résultat qu'on ne voulut pas administrer la troisième avant mon arrivée.

Je vis la malade le 9, à sept heures du matin; le bas-ventre était volumineux, et on sentait à l'intérieur une tumeur bosselée, irrégulière, un peu plus inclinée à gauche qu'à droite, ressemblant assez à une matrice en travail de parturition dans une présentation vicieuse de l'enfant, et après l'évacuation des eaux de l'amnios. La vulve était ouverte et distendue par la présence d'une masse charnue, du volume du poing d'un adulte, d'une consistance fibro-celluleuse, recouverte d'une membrane lisse et résistante. En portant les doigts entre les parois du vagin et la tumeur, je constatai que celle-ci occupait toute l'excavation du bassin et remontait jusque dans la cavité de l'utérus, dont je ne pus toutefois atteindre le col. N'étant pourvu d'aucun instrument, je voulus néanmoins tenter quelques tractions pour favoriser l'expulsion de cet énorme polype. J'embrassai avec mes cinq doigts de la main droite toute la portion de la tumeur que je pus saisir; puis, les repliant en crochet, je la fixai fortement, et commençai à l'attirer en dehors. Au bout de quelques minutes, j'eus amené à l'extérieur une masse telle que je pus la saisir avec un linge sec, et continuer ainsi l'extraction avec plus d'efficacité. Sous l'influence de ces manœuvres, je parvins à amener une masse du volume des deux poings, qui, en traversant la vulve, avait pris la forme d'un cylindre. Tout à coup la tumeur se déchira au niveau des grandes lèvres, et mon opération se trouva forcément suspendue. La portion de tumeur qui se détacha pesait 625 grammes, et encore ce qui restait présentait presque le volume d'une tête d'adulte. Le cas me parut fort grave; je communiquai mes craintes au mari, lui proposai de m'adjoindre un ou deux confrères, ce qui ne fut pas accepté, pour *motifs pécuniaires*. Je prescrivis 1 gramme et demi de seigle ergoté en six paquets, à prendre d'heure en heure, et promis de revoir la malade le soir.

A six heures, je la trouvai dans l'état suivant :

La tumeur, au lieu de proéminer davantage, avait opéré un mouvement de retrait; la vulve était brûlante et douloureuse; les urines n'avaient pas coulé depuis le matin; le ventre était un peu ballonné, sensible à la pression; la matrice était également douloureuse; le pouls était fréquent (100 pulsations), la peau chaude. La malade était alarmée sur son état; elle réclamait avec énergie même des moyens extrêmes pour tenter de la soulager. Je compris dès lors que la nature avait épuisé toutes ses ressources, et que toute temporisation serait inévitablement funeste; je me décidai, quoique à regret, à tenter l'enlèvement de cette tumeur.

Je vidai préalablement la vessie, et ensuite, comme précédemment, j'essayai avec la main de saisir la tumeur pour en amener une portion au dehors. Ce premier temps de l'opération fut très douloureux, à cause de l'endolorissement de la vulve. Je parvins, enfin, à attirer au dehors assez de tumeur pour pouvoir la saisir avec deux crochets, et même un linge sec. J'exerçai ainsi des tractions pendant plusieurs minutes avec quelque profit, et pus par conséquent saisir la tumeur avec plus d'avantage. Dès ce moment, j'exerçai des tractions dans divers sens, à droite, à gauche, en arrière, en avant. La tumeur ne menaçait pas de se déchirer; la femme n'éprouvait pas de douleur. Je continuai donc avec sécurité ces tractions pendant plus de vingt minutes sans rien obtenir en apparence; toutefois, redoutant une descente trop subite et un renversement de la matrice, j'avais glissé ma main droite à plat entre la tumeur et la paroi postérieure du vagin pour prévenir cet accident, et avec mes doigts, portés aussi haut que possible, je cherchais à attirer la tumeur au dehors.

Après des tractions longtemps continuées, la tumeur descendit tout à coup; il s'en échappa par la vulve une masse de huit ou dix centimètres d'étendue. En même temps le ventre s'affaissa sensiblement; la malade sentit ce mouvement, mais sans éprouver de douleur. Avant de continuer les tractions, je voulus faire une nouvelle exploration. Je constatai que la matrice était moins volumineuse, et qu'elle conservait la forme globuleuse; j'en conclus qu'elle s'était vidée en partie, et qu'elle ne s'était pas renversée. Ces deux circonstances m'encouragèrent à continuer mon opération, et après avoir laissé reposer la malade pendant quelques instants, je me remis à l'œuvre. Je saisis avec un linge sec toute la portion de tumeur qui faisait saillie hors de la vulve; ma main droite fut reportée à plat derrière la tumeur jusque dans le bassin; avec ma main gauche j'exerçais de légères tractions, et en même temps je faisais un mouvement de torsion. Après quelques tentatives, je compris que des déchirures avaient lieu du côté de la matrice; j'interrogeai à chaque instant les sensations de la malade, qui ne manifesta jamais une vive douleur. Enfin, je compris tout à coup que la tumeur était libre; son extrémité utérine vint se placer dans la cavité de la main, que je laissai dans le vagin, après avoir retiré la tumeur, pour faire une dernière exploration. Par l'hypogastre je trouvai l'utérus, qui semblait avoir le volume qu'on observe quelques heures après l'accouchement; avec ma main droite, je pus pénétrer dans la cavité utérine, que je trouvai tapissée, dans presque toute son étendue, de mamelons irréguliers, d'un volume variable, qui paraissaient de même nature que la tumeur enlevée.

Après la chute de la tumeur, je redoutais beaucoup une hémorrhagie, et je fus en sécurité lorsque je vis s'écouler par le vagin seulement du sang livide qui me parut être exprimé de la masse morbide, au lieu d'un sang vermeil et rutilant; le peu de volume et la consistance de la matrice me donnèrent également de la sécurité pour l'avenir. J'ai pensé que le seigle ergoté pris la veille et ce jour-là n'était pas étranger à ce résultat.

La dernière partie de la tumeur enlevée avait presque le volume d'une bouteille, l'extrémité qui sortit la dernière, et qui paraissait être la partie adhérente à la paroi utérine, était renflée et avait le volume d'une tête de fœtus de six mois, et sur la surface on remarquait les traces des déchirures, même des enfoncements avec perte de substance, qui semblaient indiquer que divers fragments étaient restés adhérents à la paroi de l'utérus. Cette dernière partie pesa trois livres et demie, débarrassée de tous les kystes sanguins et de tous les liquides qu'elle pouvait contenir avant son expulsion.

Je ne sais trop dans qu'elle classe on pourrait ranger le tissu de cette tumeur; il avait l'apparence du tissu placentaire; comme ce dernier, il renfermait des vaisseaux; mais par sa malléabilité et sa résistance il se rapprochait beaucoup du tissu fibreux.

Après l'opération, je fis appliquer sur le bas-ventre un bandage légèrement compressif, un cataplasme émollient, et je prescrivis des injections émollientes.

La malade, depuis l'opération, n'a éprouvé aucun accident sérieux pendant plusieurs jours; il y a eu par le vagin un écoulement putride, qui a entraîné plusieurs fragments de tumeur.

Le 20 novembre, j'examine la malade de nouveau, et je constate que la matrice, par l'hypogastre, présente à peine au toucher le volume d'un œuf. Par le toucher vaginal je trouve le col utérin encore dilaté; la cavité utérine est toute mamelonnée, irrégulière; il se fait encore par la vulve un écoulement, mais qui n'est plus fétide comme dans les premiers jours. Il sera intéressant de savoir si un travail spontané suffira pour faire disparaître les restes de cette tumeur, ou si celle-ci, incomplétement enlevée, donnera lieu à de nouveaux accidents. Je compléterai ultérieurement cette observation, qui présente de l'intérêt sous tant de rapports divers.

D'UNE ESPÈCE DE TUMEUR LACRYMALE

produite par l'aplatissement et l'élargissement latéral des os propres du nez.

On rencontre assez souvent des tumeurs lacrymales sur des personnes qui, par suite de la conformation congénitalement anormale dont nous avons déjà parlé, ont la racine du nez fortement déprimée et pour ainsi dire écrasée. Les os propres de cet organe sont aplatis et élargis latéralement, sans néanmoins gagner toujours dans ce sens ce qu'ils ont perdu en élévation. Les apophyses montantes des os maxillaires se déplissent aussi, c'est-à-dire s'aplatissent et s'élargissent d'un côté à l'autre, en s'amincissant d'avant en arrière. Il en résulte que le sac lacrymal et le conduit nasal, devenus plus larges d'un côté à l'autre, sont, en revanche, très peu profonds d'avant en arrière. La diminution notable du diamètre antéro-postérieur de l'orifice inférieur du conduit nasal met obstacle au libre écoulement du mucus et des larmes qui s'accumulent et distendent la paroi antérieure du sac lacrymal. C'est ainsi qu'une tumeur lacrymale peut se développer sans autre cause que cette conformation congénitale. Il s'ensuit encore que, chez les individus à nez épaté dans son ensemble et aplati, comme creusé à sa racine, il suffit de la moindre cause occasionnelle pour produire une tumeur lacrymale. Tels sont un simple coryza, une légère contusion de la région lacrymale et de son voisinage, enfin toute circonstance favorable à une inflammation même peu intense de la muqueuse des voies lacrymales absorbantes. Ces causes agissent encore avec plus de force lorsqu'une constitution lymphatique ou une maladie scrofuleuse coexiste avec la configuration vicieuse des os nasaux. La structure anormale de la partie supérieure du nez et du voisinage, et surtout l'étroitesse des orifices des sinus frontaux, par cela même qu'elles empêchent la sortie du mucus et qu'elles le forcent à séjourner longtemps dans ces cavités, en produisent la décomposition et cette fétidité particulière et insupportable de l'haleine, connue sous le nom d'odeur de punais, et constituant une variété particulière de l'ozène.

La maladie, au bout de quelque temps, peut se compliquer d'altération plus ou moins profonde de la sécrétion muqueuse des sinus frontaux et de la cavité nasale et d'ulcération de la membrane pituitaire, circonstances qui peuvent amener la chronicité, l'opiniâtreté et le plus souvent même l'incurabilité de la maladie.

Cette espèce particulière de tumeur lacrymale, qui doit être plus fréquente chez les individus de la race mongole, n'a pas été signalée jusqu'ici par les auteurs. Elle est très difficile à opérer. Le sac lacrymal étant très élargi latéralement et rétréci en raison directe d'avant en arrière, sa position variant d'ailleurs d'après le plus ou moins d'écrasement

de la racine du nez et sa cavité étant d'autant plus rejetée en dehors que cet écrasement est plus considérable, il n'y a pas de règle fixe pour s'assurer de sa situation exacte : le bistouri y pénètre fort difficilement et quelquefois même peut ne pas y pénétrer du tout. Il est bon dans ce cas de présenter l'instrument un peu plus à plat, en inclinant plus fortement sa lame vers le côté externe et en faisant dévier davantage son tranchant de la ligne médiane. C'est chez ces individus surtout, ainsi que dans l'obstruction simplement muqueuse du sac lacrymal et du conduit nasal, que les injections avec de l'eau pure poussées un peu fortement, si généralement inefficaces dans les autres espèces de tumeur et fistule lacrymales, où on les a à tort préconisées depuis Anel, trouvent leur indication rationnelle et sont réellement utiles dans la première période de la maladie, en expulsant le mucus stagnant et en l'empêchant de s'accumuler à l'orifice inférieur du conduit nasal.

Après quelque temps de l'emploi de ces injections purement hygiéniques, celles de substances médicamenteuses deviennent nécessaires. On les fera d'abord avec de l'eau additionnée de créosote ou de chlorure d'oxyde de sodium ou de calcium, afin de détruire l'odeur repoussante du mucus et de modifier la vitalité et la sécrétion de la pituitaire. Au bout d'un temps plus ou moins long, lorsque la fétidité est devenue moindre, ou même dès le commencement, on peut, alternativement avec ces moyens, se servir d'une solution astringente, d'abord préparée avec l'acétate de plomb, puis avec le sulfate de zinc, de cuivre ou de fer, avec l'alun ou le tannin, et finalement avec l'azotate d'argent. Enfin, les pommades au précipité rouge ou blanc peuvent devenir utiles à une certaine époque de la maladie.

Quant à l'opération, elle peut être pratiquée avec des chances de succès, dans le cas seulement où l'on est sûr que l'anomalie de la conformation primitive n'est pas l'unique cause de la tumeur. Dans le cas contraire, le rétrécissement résulte exclusivement du rapprochement et du contact presque immédiat d'une partie quelconque des parois du sac lacrymal ou du conduit nasal. On comprend aisément que, dans de pareilles conditions, toute opération, même suivie de tentatives de dilatation méthodique, doit être infructueuse. On ne saurait prétendre qu'à atténuer le plus possible les effets de la maladie, à les pallier par les moyens que nous venons d'indiquer, et par tous ceux qu'on emploie d'ordinaire dans les tumeurs lacrymales, avant d'en venir aux moyens chirurgicaux.

Cette espèce de tumeur lacrymale, restée inconnue jusqu'aujourd'hui, étant produite par la même cause organique que l'épicanthus, nous avons cru logique et utile de réunir sa description à celle de la maladie principale qui fait le sujet du présent travail. (*Voir* l'article *Epicanthus acquis* dans le numéro précédent.) (*Annales d'oculistique.*)

DE L'INOCULATION EN GÉNÉRAL,

MAIS PARTICULIÈREMENT CHEZ LES VACCINÉS.

Le 21 floréal an VIII, un comité central composé de douze médecins fut chargé d'étudier la vaccine. Il présenta son rapport définitif moins de trois ans après, le 20 ventôse an XI.

Aux objections, il se contenta de répondre par cette sentence :

« La multiplicité des observations supplée en médecine » au temps qui doit nous instruire. »

La vaccine triompha sous la pression de cette logique. (H. Carnot, Mém., 1851.)

L'inoculation est fort ancienne; lorsqu'elle se répandit à Londres, en 1721, on fut fort étonné d'apprendre qu'elle était en usage dans plusieurs comtés d'Angleterre. Elle fut appelée une découverte bienfaisante. Des grands, elle passa au peuple. Les hommes instruits la propagèrent, et Voltaire, qui au château de Forges, à l'âge de trente ans, avait eu la petite vérole d'une manière assez grave pour mettre ses jours en danger, disait : « Si j'avais un fils, je lui donnerais la petite vérole avant de lui donner un catéchisme. » Sur la fin du dernier siècle, elle jouissait d'une faveur comparable à celle du vaccin; ainsi, un riche Anglais demandait à un serviteur nouveau s'il avait été inoculé, de même qu'on demande aujourd'hui si on a été vacciné. On peut donc affirmer avec conviction entière que, sans la découverte de la vaccine, la pratique *salutaire* et *rationnelle* de l'inoculation serait de nos jours universellement répandue.

« Par elle, dit Andrieu en 1781, on n'éprouve qu'un petit nombre de boutons sans empreinte ni difformité, sans aucune dégradation de la face. Par elle, on n'est pas exposé à la récidive de la petite vérole et surtout à la *fièvre seconduire*, accident si redoutable et qui n'appartient qu'à la petite vérole naturelle. »

« Cette découverte, que les siècles à venir envieront au nôtre, selon les expressions de La Condamine, éleva la médecine moderne à une hauteur que n'atteignit jamais la médecine des Grecs et des Romains » (Serres, 1845.)

« Choisissez un sujet parfaitement sain de corps (je reviendrai plus tard sur ces conditions de santé si impérieusement exigées), inoculez-lui le virus varioleux, la maladie sera bénigne. » C'est ainsi que s'expriment tous les inoculateurs; il n'y a parmi eux aucun désaccord.

« La malignité de la maladie, dit encore Swieten, vient du *mauvais état du corps*, et non de la nature et de l'abondance du levain. »

Tronchin répétait à qui voulait l'entendre que, s'il avait perdu un seul malade de l'inoculation, il n'aurait inoculé de sa vie.

Sutton, le plus fameux des inoculateurs anglais, inocula le même jour 470 personnes rassemblées à Malden, comté d'Essex, pour faire la moisson. « Il y avait, dit le docteur Power dans son *Précis historique* imprimé à Paris en 1769, des enfants au-dessous de deux mois, des vieillards au-dessus de soixante-dix ans, des nourrices avec leurs nourrissons, des mères avec leurs enfants. Ceux qui étaient venus pour moissonner ne perdirent pas un jour de travail; tous, sans exception, furent parfaitement guéris. »

N'est-ce pas là une maladie bénigne, aussi bénigne que la vaccine, plus bénigne que la rougeole? En Afrique, où les mères inoculent elles-mêmes leurs enfants par la simple application d'un fil imprégné de virus varioleux, comme le faisait Tronchin, la petite vérole est regardée comme rien et ne fait point de ravages.

Les personnes étrangères à la médecine sont tellement persuadées que la variole est une maladie dépurative nécessaire à l'économie qu'il faut à la vaccine pour se soutenir toute la faveur du gouvernement, tous les sacrifices qu'il s'impose et toutes les exigences universitaires. Le public l'accepte plutôt avec répugnance qu'avec sécurité. Tous les jours des défections éclatantes montrent des regrets tardifs et une confiance perdue.

Le 25 septembre 1849, au sein de l'Académie de médecine, qui a reçu pour mission le soin de propager le cow-pox, un homme érudit, un écrivain profond, le docteur Castel, qui longtemps a été un zélé propagateur de la découverte de Jenner, soit comme membre, soit comme rapporteur de la commission de vaccine, se lève, et, avec cette douleur qu'éprouve un médecin célèbre par d'honorables luttes, mais qu'une conviction profonde porte encore sur ses derniers jours dans la lice où il va trouver des amis, il dit : « J'ai hésité fort longtemps avant de faire à l'Académie une communication qui soulèvera de grandes résistances : les affronter est une conséquence de mes antécédents et l'accomplissement d'une obligation envers l'humanité. »

Avec un semblable mobile, l'honorable académicien tempère les regrets que lui occasionne son retard; il n'hésitera plus. Il lance donc son accusation, accusation qui n'a pas été relevée : « Ce qu'une pratique, dit-il, sur laquelle nous avions fondé les espérances les plus flatteuses, a laissé d'infection dans les liqueurs animales a produit de dissolution dans les éléments de la vie se révèle manifestement...... Tant il est difficile de suppléer à la nature, tant il y a de témérité à opposer une barrière à une maladie éruptive.... L'épuration par la variole répond aux besoins de l'économie, l'épuration par la vaccine ne satisfait point aux mêmes conditions. »

Publier qu'il était temps d'abandonner la vaccine pour revenir à l'inoculation était la conséquence naturelle de mes divers travaux sur cette grave question. De la théorie à la pratique, il ne me restait qu'un pas à faire. En parcourant publiquement, sans timidité, mais avec une marche assurée cette voie abandonnée depuis cinquante ans, j'avais pour m'encourager la facilité avec laquelle on inocule le virus varioleux, des méthodes anciennes d'inoculation la plupart défectueuses; l'impuissance de la vaccine, appelée *faiblesse* par le rapporteur perpétuel, proclamée en pleine Académie; enfin, le nombre toujours croissant de la variole interne (fièvre typhoïde), maladie qui, d'après M. Serres et tous les observateurs, devient de plus en plus fréquente; la mortalité plus grande de notre jeunesse, les regrets et la déception que laisse dans les meilleurs esprits la découverte fallacieuse de Jenner; accusations formulées dans les propositions suivantes, propositions restées sans réponse, parce qu'elles ont pour elles la *multiplicité des faits* et le temps qui les sanctionne :

La vaccine ne détruit pas le virus varioleux, elle le masque sans le modifier (*Gazette des Hôpitaux*, 1849);

L'agent de la variole a deux modes d'action, ainsi que deux modes de propagation : l'un externe, l'autre interne (*id.*, 25 février 1851);

La marche naturelle de la variole a été renversée par la vaccine, l'exception est devenue règle et la règle exception; ainsi :

1° La variole naturelle attaque les enfants et rarement les adultes (1)..... C'est le contraire pour les vaccinés.

2° La variole naturelle est plus souvent externe qu'interne..... C'est le contraire pour les vaccinés (*ibidem*, 25 fév. 1851).

Depuis l'introduction de la vaccine, la mortalité de la jeunesse a doublé; la mort fait crédit à l'enfance et c'est la jeunesse qui solde. (H. Carnot, Mém., 1849.)

La vaccine a *déplacé la variole*, voilà tout; voilà mon résumé définitif, ma réponse aux vaccinophiles qui disent : « La vaccine a *remplacé la variole* (2). »

INOCULATIONS PRATIQUÉES EN 1851.

La variole isolée est constamment bénigne; l'inoculation le prouve. (Gaz. des Hôp., 18 déc. 1849.)

Depuis près de deux ans, la petite vérole règne épidémiquement dans de nombreuses communes du département de la Haute-Marne. Je dis, une fois pour toutes, que les adultes sont atteints et frappés mortellement, quoique vaccinés (3).

Dans le courant de juin dernier, en compagnie de mon confrère M. le docteur Perrin, de Joinville, je me transportai à Thonnance, commune populeuse faisant presque partie de la banlieue de la ville. Dans une maison, nous trouvâmes un jeune homme de 28 ans atteint d'une variole discrète. Le malade avait autour de lui sa femme et un jeune enfant âgé à peine de trois mois.

Je fis au père et à la mère quelques observations sur la nécessité de soustraire leur petite fille à une influence contagieuse qui devait presque inévitablement l'atteindre; mais ils me répondirent qu'étrangers au pays, il leur était impossible de l'éloigner. Alors je leur dis : « Puisque vous ne pouvez éviter pour votre enfant la maladie qui la menace, il se présente un moyen de lui être utile, c'est de la lui rendre aussi douce que possible; c'est de la lui donner. »

Ma proposition, appuyée par M. Perrin, fut accueillie avec plaisir. Immédiatement cette enfant fut inoculée de figure à bras; c'est-à-dire qu'avec la lancette j'ouvris quelques boutons sur la figure du père, et avec le même instrument je pratiquai cinq piqûres sur les bras de sa petite fille.

L'éruption varioleuse datait de cinq jours; les boutons étaient nombreux, assez gros, bien circonscrits, et ne donnaient qu'un fluide rare, mais limpide. Je lui trouvai toutes les qualités nécessaires pour être inoculé avec succès. En conséquence, j'en chargeai plusieurs plaques de verre, bien résolu d'en faire prochainement usage. L'année précédente j'avais inoculé, mais sur une trop faible échelle pour faire connaître le résultat de mes opérations, suffisante néanmoins pour me donner toute confiance dans celles que je me disposais à pratiquer. La petite fille inoculée fut abandonnée aux soins et aux observations de mon confrère. Trois semaines après, je reçus de lui la lettre suivante :

« L'enfant que vous avez inoculée va bien, ainsi que la mère qui l'allaite. Je m'étonne que cette dernière n'ait pas contracté la variole; cela viendra peut-être. Le troisième jour, les piqûres étaient légèrement enflammées; le cinquième, elles avaient la grosseur de la tête d'une forte épingle. La fièvre et la soif étaient nulles. L'enfant continuait à téter. Le huitième jour, un peu de diarrhée, soif et fièvre; elle ne prenait pas volontiers le sein. Le neuvième jour, une trentaine en tout de pustules sont disséminées sur la surface du corps. Aujourd'hui elle est guérie; et, en résumé, la variole a été bénigne. La fièvre d'éruption, ainsi que celle de suppuration, ont été bien moins intenses que je ne m'y attendais, eu égard à l'âge de l'enfant. »

Au moment où mon confrère me donnait des nouvelles de la petite fille de Thonnance, je pouvais, à mon tour, porter à sa connaissance de nombreuses observations.

En effet, mes inoculations avaient commencé le lendemain de notre entrevue; elles ont eu lieu dans sept communes : dans une seule j'ai inoculé vingt-neuf enfants. Une de ces communes était frappée épidémiquement de la petite vérole; deux autres avaient présenté quelques cas isolés de cette maladie; enfin les quatre dernières, par leur proximité de celles infectées, pouvaient craindre la contagion. Qu'on ne pense pas que je cherche dans cette circonstance à trouver des raisons propres à justifier ma conduite auprès des personnes qui prétendent qu'on ne doit inoculer qu'en cas d'épidémie variolique. Cette concession qu'on fait aujourd'hui, on ne la faisait pas il y a seulement un an. J'avoue donc franchement que j'eusse inoculé avec toute sécurité de conscience dans une localité isolée, ne montrant nulle trace de la maladie; j'en ai dit les raisons ailleurs (1). Ces sept communes présentaient toutes une population groupée. Dans toutes, la vaccine est en honneur depuis longtemps.

Le total de mes inoculés s'élève à 82. Le tableau qui les contient, avec le nom, l'âge, le lieu de résidence, la constitution de l'enfant, donne la date de l'inoculation, l'origine du virus varioleux, le jour de l'éruption et de ses formes, les symptômes généraux et locaux; enfin, une colonne spéciale désigne ceux qui, antérieurement à l'inoculation, ont été vaccinés.

L'âge de ces inoculés s'étend depuis 2 mois jusqu'à 8 ans; deux seulement avaient, l'un 10 ans, l'autre 25 ans. Aucun n'a présenté de symptômes graves; pas un seul n'a été gravé par l'éruption, soit nombreuse, soit petite, qui suit la fièvre varioleuse; tous les sujets, au contraire, qui ont eu des boutons d'insertion que Stoll nomme *variole mère* portent, dans la majorité des cas, sur les bras, des empreintes profondes bien différentes des cicatrices vaccinales. Le plus grand nombre des inoculés n'a pas gardé le lit, et les autres jamais au delà de deux jours. La fièvre d'éruption est venue assez régulièrement le huitième ou neuvième jour; une fois elle a devancé ce terme, et sept ou huit fois elle l'a dépassé. Voici la marche ordinaire de l'inoculation :

Le jour de l'insertion du virus et le lendemain, le siége de l'inoculation présente si peu d'apparence que l'on a de la peine à le reconnaître; mais sur la fin du deuxième jour, le troisième au plus tard, une légère dureté commence à paraître. Les jours suivants elle devient rouge et augmente de volume sensiblement. Vers le huitième jour, la rougeur qui existe autour de ces boutons d'insertion s'étend beaucoup, devient quelquefois circulaire. Ces symptômes locaux ne sont accompagnés généralement d'aucun trouble dans l'économie, et en voyant ces premiers développements du virus varioleux, on pourrait croire que l'on a inoculé du vaccin. Cette erreur a été commise.

L'année dernière, il a été dit publiquement qu'en inoculant du vaccin ou du virus varioleux le résultat était souvent le même. L'Académie, sur les observations de M. Gaultier de Claubry, ne voulut pas approuver ces *énormités*; elle eut raison. Avant la fièvre d'éruption, il y a une différence fort notable entre le bouton de vaccin et le bouton varioleux. Ce dernier se développe lentement, il n'a jamais la forme bien dessinée du premier; le fluide qu'il contient est moins abondant; du cinquième au septième et huitième jour, on voit fréquemment à sa surface de petites vésicules pareilles à celles qu'occasionne une légère brûlure, laissant suinter de la sérosité; la rougeur, qui est plus diffuse, s'étend circulairement sur le bras; enfin, — c'est ici un signe caractéristique et nulle part constaté, — l'auréole présente une coloration passant du rouge vif au rouge plus tendre, suivant les mouvements successifs de diastole et de systole.

Après la fièvre d'éruption, cette différence est encore plus sensible; le bouton varioleux, provenant de l'insertion, prend un accroissement rapide; sa base s'élargit, son auréole se durcit, des douleurs axillaires surviennent, et ce bouton, qui ne contenait jusqu'alors qu'un fluide rare, devient promptement pustule, petite vessie molle donnant un pus séreux abondant, et laissant une cicatrice profonde bien différente de la cicatrice gaufrée occasionnée par le virus vaccin.

Voici des caractères différentiels qui ne permettent pas de confondre les pustules vaccinales avec les pustules varioleuses. Je reviens à la marche ordinaire de la variole inoculée.

Vers le huitième jour, à dater de l'insertion, commence la fièvre d'éruption qui, à elle seule, dans bien des cas, est toute la maladie, le signe caractéristique de l'infection que je nomme *gastro-entérite varioleuse*.

A des degrés divers, l'enfant de deux mois éprouve les mêmes symptômes que l'adulte. Chaleur, soif, perte d'appétit, vomissement, diarrhée sont, isolément ou dans leur ensemble, le cortége de la fièvre varioleuse; car tous les inoculés n'éprouvent pas cette réunion de symptômes; plusieurs n'ont que de la soif avec perte d'appétit; mais, chez quelques-uns, il y a vomissement, chez les plus jeunes surtout; chez d'autres, diarrhée, c'est le plus petit nombre, mais jamais au delà de deux jours.

La fièvre varioleuse n'a pas entièrement cessé lorsque apparaissent sur la périphérie du corps quelques boutons. L'éruption ne se fait pas simultanément, c'est d'un bon augure; elle dure deux et même trois jours, commence par la figure, puis se répand sur le tronc et les membres. Le nombre des boutons, suivant les sujets, est fort variable; on en trouve une trentaine, une vingtaine, une douzaine et même moins. L'éruption faite, on peut considérer la maladie comme presque terminée.

Telle est la marche ordinaire de la petite vérole inoculée; voici maintenant les exceptions qu'elle présente :

« La fièvre varioleuse, dit Stoll, n'est pas proportionnée au nombre des pustules » (2); en effet, souvent elle ne fait naître au-

(1) Tout le monde sait que les fièvres éruptives sont propres à l'enfance; la variole, par sa nature, étant une de ces maladies, c'est donc dans cet âge qu'on doit la rencontrer le plus fréquemment. Ce qui suit doit donc surprendre. Ecoutez : « Quand on n'est pas médecin, il est permis d'ignorer que la petite vérole est aussi commune dans la jeunesse que dans l'enfance. » (Rapport sur les vaccinations, 1849.)

On peut répondre : « Mais, lorsqu'on est académicien, il n'est pas permis d'ignorer qu'en 1817, sur 740 décès par suite de petite vérole à Paris, on n'en comptait que 31 au dessus de 20 ans et par conséquent 709 au-dessous de cet âge. Si vous ne le saviez pas, monsieur le rapporteur, cela ne prouve point en faveur de vos connaissances. Si vous le saviez, et si vous avez jugé convenable de passer sous silence ce phénomène grave dans la marche de l'épidémie variolique, cela devient plus grave et ferait douter de votre bonne foi. Entre ces deux extrêmes, j'hésite et vous laisse le soin de décider. »

(2) On lit dans la Gazette Médicale du 29 juin 1850 : « Condamnés à la petite vérole en naissant, nous payons en équivalent. » (Rapp. sur les vac.)

M. Serres ne partage pas la même sécurité sur la valeur de l'équivalent; car voici comment il s'exprime :

« Depuis 1825, la variole est devenue mortelle chez quelques vaccinés. A l'hôpital de la Pitié, en 1835, sur 162 vaccinés atteints par l'épidémie, 25 succombèrent. » (3e Mém., § 17.)

Le rapport 25/162 est celui de la mortalité habituelle de la petite vérole chez les non vaccinés. Il n'y a donc pas modification !...

(3) Dans le rapport de 1850 sur les vaccinations, on trouve cette phrase : « Tous les vaccinés triomphent des coups de la petite vérole. » Ce sont là des hardiesses de langage auxquelles l'expérience donne de cruels démentis, et qu'il est déplorable de voir une commission, et l'Académie entière s'associer, par son silence, à de semblables erreurs.

(1) *Voir* Gazette des Hôpitaux des 22 mai 1849 et 14 août 1851.

(2) Cet aphorisme de Stoll n'est guère en harmonie avec ce qu'on va lire :

cuu bouton, elle semble seulement donner de l'activité aux pustules d'insertion. J'ai vu au contraire, rarement, il est vrai, les piqûres ne point occasionner d'éruption locale ; la fièvre varioleuse retarder, puis une éruption générale et nombreuse suivre son apparition. Enfin, une troisième variété, observée une seule fois, m'a offert une fièvre varioleuse suivant presque immédiatement l'insertion, sans produire d'éruption, soit locale, soit générale, sauf une rougeur circulaire qui se manifesta sur les bras ; mais la marche des symptômes fut si hâtive, la maladie suivit de si près l'opération qu'elle fut terminée et l'enfant guéri le huitième jour, à dater de l'insertion, c'est-à-dire dans le temps où les premiers symptômes se font à peine voir dans le cours ordinaire de la maladie.

Si ces sortes de cas sont rares dans l'inoculation, il n'en est pas de même dans les épidémies de petite vérole ; alors le contage produit chez de nombreux sujets la fièvre et les symptômes d'infection varioleuse, mais, à la fin de cette période, il ne se fait point d'éruption. Cette gastro-entérite varioleuse ne se distingue que par des nuances très délicates, particulièrement par une odeur spécifique et par la circonstance de l'épidémie régnante, d'autres gastro-entérites aiguës avec lesquelles il est facile mais dangereux de la confondre. C'est la variole nommée *variola sine variolis* ; ce qui faisait dire à Thouret : « Beaucoup de personnes ont eu la petite vérole sans s'en douter. »

Y a-t-il une préférence à donner au temps, à l'âge, à la matière varioleuse, à la méthode pour inoculer ? Faut-il choisir le sujet, le préparer et lui faire subir un traitement pendant la maladie ?...

On peut inoculer avec sûreté dans toutes les saisons de l'année ; l'inoculateur observera seulement avec attention s'il ne règne pas de maladies épidémiques autres que la petite vérole ; car, d'après Boërhaave et Stoll, « elle se combine facilement avec les maladies intercurrentes, particulièrement avec le typhus, qui, comme le dit Ozanam, est la plus commune des endémies : de là, *sa malignité*. » (*Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1851.)

Pour ce qui est de l'âge, je réponds avec un de ces maîtres : « Plus la peau est souple, plus le sujet est jeune, plus l'éruption sort aisément, moins la maladie offre de dangers. » (Stoll, aphorisme 515.

Le choix de la méthode pour inoculer n'est pas indifférent. Les anciens en avaient plusieurs, la plupart malheureusement défectueuses. Autrefois on inoculait au moyen de vésicatoires, d'un fil imprégné de virus varioleux et traversant la peau de l'inoculé en forme de petit séton. A l'aide d'un véhicule, souvent, on portait la matière varioleuse sur les voies digestives. Enfin, vint la méthode des piqûres ; mais cette dernière fut presque constamment mal employée, car, au lieu de soulever légèrement l'épiderme sans effusion de sang, on enfonçait l'instrument dans l'épaisseur des téguments, on divisait largement, on blessait profondément la peau. Avec ces procédés vicieux on obtenait rarement cette éruption locale immédiate, cette *variole mère* que j'ai rencontrée dans la généralité de mes observations, et que j'ai toujours regardée comme d'un bon augure : il n'est pas indifférent, en effet, lorsque la fièvre varioleuse se déclare, d'avoir six boutons sur les bras en voie de bien se développer.

Règle générale, on doit inoculer comme on vaccine.

Quant au choix de la matière varioleuse, je réponds avec Méad : *Plus infert in quem quam ex quo pus infundatur.* Avec du virus provenant d'un sujet parfaitement sain, j'ai inoculé un enfant atteint de croûte laiteuse ; l'éruption qui survint chez lui fut générale, abondante et accompagnée de diarrhée. Avec du virus pris sur ce dernier enfant, j'inocule un petit garçon de trois mois bien portant ; la variole ici qui en résulte est des plus bénignes.

Le virus récent et récemment extrait doit être préféré à celui qui par son âge est devenu pus, ou qui a été conservé longtemps sur verre. Du quatrième au septième jour, dans la variole naturelle, à dater de l'éruption, j'ai trouvé un fluide séreux, transparent, incolore ; plus tard, il devient épais, coloré et purulent. Néanmoins, je dois avouer que le virus varioleux m'a paru jouir d'une activité supérieure à celle du vaccin. J'ai inoculé avec succès le pus ancien et conservé ; j'ai cru seulement remarquer que les effets alors n'étaient pas aussi rapides.

Tous les anciens recommandent que le sujet à inoculer soit parfaitement sain. J'ai inoculé, malgré ce conseil, quelques enfants pâles, quelques-uns nés de parents maladifs, plusieurs en travail de dentition, et trois atteints de la croûte laiteuse, parce que, d'après Stoll : « La petite vérole inoculée est toujours préférable à la naturelle, même dans une *mauvaise constitution.* » Les enfants à croûte laiteuse ont offert, tous les trois, une éruption générale plus nombreuse que les autres inoculés ; néanmoins la maladie n'a laissé aucune trace sur leur figure.

Il n'est pas nécessaire de préparer les sujets à l'inoculation ; « la santé elle-même est la meilleure condition. » (Stoll, 512.) La variole inoculée étant presque aussi bénigne que la vaccine, les inoculés ne réclament d'autres soins, d'autres traitements que de sages prescriptions hygiéniques. L'enfant allaité têtera un peu moins, son aîné demandera des boissons froides, acidulées, et qu'on ne l'étouffe pas sous les couvertures.

« Longtemps avant Jenner, la médecine avait formé le dessein d'ôter à la petite vérole ce qu'elle a de dangereux en lui ôtant l'éruption. » (Rapport sur les vaccinations, 1847.)

Je m'abstiens de toutes réflexions sur ces hérésies médicales adressées au ministre, et publiées aux frais de l'État par l'imprimerie nationale.

Il serait superflu de s'étendre plus longtemps sur la bénignité de l'inoculation et sur sa *prééminence* sur la vaccine. L'opinion publique désabusée devance un arrêt définitif.

En Belgique, les paysans inoculent eux-mêmes leurs enfants. Depuis quelque temps « ils croient, disent les journaux du pays, mieux les préserver de cette manière. » S'il en était autrement, inoculer serait une pratique absurde. « Mais, dit Andrieu, avec l'appui d'une longue expérience, on n'a encore aucun exemple *bien constaté* de petite vérole d'après une inoculation bien faite. » C'est la seule réponse que je puisse faire au dernier rapport sur les vaccinations, dont le but est de démontrer que l'inoculation n'offrait pas plus de garanties à l'égard de la variole que la vaccine. Grande erreur qui trouvera peu de partisans ; car, dans ce même rapport, on constate que plusieurs médecins sont entrés dans cette voie de préservation ; que d'autres, voulant éviter les remontrances *directes* de l'Académie, conseillent aux parents d'inoculer eux-mêmes leurs enfants. Les préfets, toujours d'après ce rapport, signalent la faveur que prend l'inoculation, conformément aux avis des médecins. Encore quelque temps, et personne alors ne voudra de la vaccine ; on ne parlera d'elle que comme d'un témoignage de l'erreur des jugements humains. Aujourd'hui donc, ce n'est pas la génération future qui doit faire l'objet des sollicitudes, c'est la génération vaccinée, celle dans laquelle réside pendant un demi-siècle la force, l'avenir d'une nation et l'espoir des familles.

INOCULATION DES VACCINÉS.

La variole naturelle attaque les enfants et rarement les adultes. Le contraire a lieu pour les vaccinés.

En 1849, j'avais posé cette question : « Quelle doit être la conduite du praticien éclairé à l'égard des anciens vaccinés, enfants ou adultes ? Peuvent-ils être inoculés sans un plus grand danger que ceux qui n'ont pas été vaccinés ? » (*Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre 1849.)

Je ne me flatte pas de l'avoir résolue ; elle est grave, elle est difficile, elle demande de nouvelles et nombreuses expériences ; elle appelle le concours des hommes sérieux.

En inoculant les vaccinés, je me suis dit : plus l'enfant est jeune, plus sa peau est moite et poreuse, par conséquent apte aux maladies éruptives. En inoculant un enfant primitivement vacciné, je perds quelques-uns des avantages que me donnait l'âge. En second lieu, une des chances de réussite les plus favorables, c'est cette éruption locale, cette variole mère, presque immédiate, que donne une inoculation bien faite, éruption qui doit trouver une répulsion dans l'effet d'une vaccine antérieure ; car le virus varioleux et le virus vaccin, sans se combiner entre eux avec une marche parallèle, se repoussent comme les électricités du même signe. Alors le virus varioleux pour le vaccin est refoulé de l'extérieur à l'intérieur de la peau sur la paroi intestinale ; l'éruption locale doit être absente ; mais la fièvre varioleuse, loin de perdre de son intensité, ne peut-elle pas s'accroître par cette résistance éprouvée sur la membrane cutanée ?...

Telles sont les idées avec lesquelles je suis entré, non sans quelque timidité, dans la voie de l'inoculation des vaccinés.

Mes observations sont peu nombreuses. La difficulté de trouver des sujets vaccinés qui aient voulu jusqu'alors se laisser inoculer en est l'unique cause.

Je compte 13 inoculés vaccinés classés en deux catégories ; savoir : deux qui l'ont été sous l'influence immédiate du vaccin ; les autres après une vaccine plus ou moins ancienne.

Dans la première se trouve cinq sujets, dont deux vaccinés et inoculés simultanément, et trois autres inoculés quinze jours après avoir été vaccinés.

Les deux premiers sont un petit garçon de huit mois atteint assez fortement de la croûte laiteuse ; et une petite fille de six mois parfaitement saine ; tous les deux sont vaccinés sur un bras, en même temps inoculés sur l'autre. Chez tous les deux le vaccin se développe régulièrement et parcourt ses phases ordinaires sans trouble, sans interruption aucune. Dix jours après la triple opération, le petit garçon est pris de la fièvre varioleuse qui dure deux jours ; puis survient l'éruption, qui se fait successivement, mais généralement et avec assez de boutons. On peut évaluer leur nombre à environ 250. Chez la petite fille la fièvre ne se montre que le douzième jour. Elle dure peu ; l'éruption se borne à cinq ou six boutons disséminés sur le corps. Ni l'un ni l'autre de ces deux enfants n'a de pustules sur les bras provenant de l'insertion.

Trois enfants âgés d'un peu moins d'un an sont inoculés lorsque le vaccin est en voie de décroissance, c'est-à-dire vers le quinzième jour. Chez tous les trois la fièvre varioleuse éprouve un peu de retard ; elle est suivie d'une éruption générale, régulière et modérée ; aucun d'eux n'offre de boutons de variole mère.

Ma dernière catégorie se partage en deux classes. La première est celle où l'inoculation n'a donné aucun résultat ; elle comprend quatre enfants âgés de dix, sept, six et trois ans. Leur vaccin, dont ils portent les traces, a huit, six, cinq et deux ans de date.

Dans la deuxième je compte cinq sujets ; leurs cicatrices vaccinales sont bien dessinées. L'âge est de vingt-cinq, sept, cinq, quatre et deux ans. Tous, d'après le témoignage des parents, vaccinés à l'âge d'un an ou environ.

La première observation porte sur une jeune femme qui a été inoculée avec du virus provenant de son enfant âgé de dix mois, dont la variole inoculée avait été des plus bénignes. La mère, à son tour, a une maladie qui se borne à un peu de fièvre pendant deux jours, sans toutefois garder le lit, et à cinq ou six boutons qui paraissent sur son front et sur la tête ; elle n'a, du reste, aucune éruption locale ; au contraire, les quatre autres inoculés ont cette éruption, variable pour le nombre, depuis deux jusqu'à six boutons, et parmi eux deux n'ont aucune éruption générale. Chez tous la variole inoculée est bénigne.

Une seule fois, sur soixante-neuf, j'ai vu le virus varioleux échouer chez les non-vaccinés ; chez les vaccinés, quatre fois sur treize, je n'ai obtenu aucun résultat.

De l'inoculation des vaccinés, j'ai cru devoir conclure qu'un vaccin récent ne faisait pas perdre l'aptitude à contracter la variole, qu'un vaccin ancien la diminuait considérablement, et qu'enfin un vaccin très ancien la laissait entière.

Mes expériences ne sont pas assez nombreuses pour être décisives ; néanmoins elles ont en leur faveur la marche des épidémies varioliques qui, de nos jours, sévissent sur les très jeunes enfants et les adultes vaccinés, en épargnant l'âge intermédiaire.

Je dois conclure également que l'inoculation des vaccinés, malgré un âge moins favorable et l'absence fréquente de la variole mère, n'offre pas de symptômes plus graves que la variole provenant d'une inoculation primitive. Répondant donc à la question que je m'étais posée en 1849, je dis :

Les anciens vaccinés, enfants ou adultes, peuvent être inoculés, sinon avec autant de chances de réussite, du moins avec aussi peu de danger que ceux qui n'ont pas été vaccinés.

A. BAYARD, D.-M.

Ce 20 novembre 1851.

SOUSCRIPTION

pour un confrère dans le besoin.

MM. Brierre de Boismont.	5 fr.
L. Fleury.	5
Valleix.	5
Robert.	5
Furnari.	5
Dumont.	5
Dezauche.	5
Précédentes souscriptions.	151
Total.	186

M. le docteur Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 2 décembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique.

Erratum. — Dans notre dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, nous avons annoncé que l'huile iodo-ferrée de M. Gille contenait la même quantité d'iodure que le sirop de Dupasquier ; c'est le *double* qu'il faut lire.

HUILE D'AIX.

Je salue mes confrères, et prie de m'excuser ceux à qui je n'ai point expédié d'huile l'an passé, malgré leur demande. Nos qualités étaient médiocres, je les en avais prévenus, et il m'a été bien difficile d'en expédier une petite quantité assez passable.

Notre récolte vient de commencer, et tout fait penser que l'huile sera excellente, supérieure à celle que je fournis depuis deux ans. Je m'adresse aux médecins vétérinaires et aux pharmaciens comme à mes confrères, et prie tous les membres de la grande famille médicale de favoriser une entreprise qui leur appartient. Cette entreprise est honorable sous tous les rapports ; formée dans des temps difficiles, elle a pour but le commerce, la confiance, la probité, la paix, puis la création d'un petit fonds de prévoyance pour ceux qui s'occupent de l'art de guérir.

Il est temps que nous placions les huiles d'olive sous notre surveillance ; il est temps que le corps médical, dans l'intérêt de la santé publique, porte son attention sur les denrées qu'on altère. Je dis cela à tous les confrères de France et à ceux qui y sont étrangers. Cette entreprise, élevée à des proportions faciles à atteindre, devient un avantage pour le public, un exemple pour le commerce, pour nous un moyen d'amitié et de sécurité.

L'huile vierge première qualité vaudra, sur place, 2 fr. le kilog. L'huile sera expédiée dans des boîtes de fer-blanc. Les recouvrements se feront sans frais, à domicile, par des mandats, après lettre d'avis contenant facture.

N. B. Une simple lettre de demande d'un confrère ou signée de lui, à M. RONDARD, doct. à Grans, par Salon (Bouches-du-Rhône).

Le Gérant,
Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 139. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 139. — MARDI 2 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 1er DÉCEMBRE 1851.

De la syphilisation curative,

A monsieur le professeur MARCHAL (de Calvi).

Mon cher collaborateur,

Votre lettre m'a doublement affligé ; elle m'a affligé, parce que la syphilisation n'était pas digne de trouver un défenseur tel que vous ; elle m'a affligé, parce que la cause que vous défendez (à moitié, il est vrai) est de celles qui ne peuvent rien gagner à être bien défendues, mais qui peuvent, en revanche, compromettre les meilleurs avocats.

Si quelque chose me console, c'est de voir que vous n'êtes pas encore engagé si avant dans une voie funeste que vous ne puissiez revenir sur vos pas. C'est cet espoir, autant que la position que vous vous êtes acquise par votre talent, qui m'engage à répondre sérieusement à un plaidoyer dans lequel vos amis ont regretté de ne point retrouver cette science profonde, cette prudente réserve, cette logique rigoureuse auxquelles vous les aviez depuis longtemps habitués.

Quoique la syphilisation soit le seul sujet que vous vous soyez proposé de traiter dans votre lettre, vous y soulevez, vous y tranchez le plus souvent tant et de si importantes questions, que je ne saurais avoir la prétention de les discuter toutes dans une simple lettre, et de vous démontrer comment vous vous êtes appuyé souvent sur des arguments qui auraient eux-mêmes grandement besoin de preuves, et sur des faits contraires à la vérité. Je serai donc obligé plusieurs fois de répondre à vos assertions par des assertions contraires, laissant aux praticiens attentifs et expérimentés le soin de juger entre nous.

Ceci bien entendu, j'entre en discussion en suivant vos arguments dans l'ordre où vous-même les avez présentés.

Après avoir distingué deux variétés de syphilisation, vous manifestez un grand éloignement pour la première variété, sauf une légère restriction en ce qui concerne les vierges folles. Permettez-moi de vous témoigner toute la satisfaction que m'a causée cette première déclaration, quoique le mot éloignement m'ait paru un peu faible, appliqué à une chose si absurde au point de vue de la science, si contraire aux premiers devoirs du médecin.

Quant à votre restriction, c'est ici que commencent nos dissidences.

Je concevrais toutefois, dites-vous, que la syphilisation préventive fût appliquée aux filles publiques atteintes de syphilis, d'autant plus qu'ici l'effet préventif ne ferait que s'ajouter à l'effet curatif. Peut-être arriverait-on par là à restreindre la contagion, surtout si, par des mesures de police bien dirigées, on pouvait atteindre les prostituées non inscrites convaincues d'avoir communiqué la maladie. *Il faut bien le reconnaître, la diminution de la syphilis, qui permettrait d'entrevoir sa disparition, aurait des conséquences incalculablement heureuses sur la santé publique*, atteinte aujourd'hui profondément dans les générations présentes et dans les générations à venir.

Cette dernière assertion, mon cher ami, est une vérité trop vraie pour mériter d'être énoncée par vous et confirmée par moi ; la seule chose qui fût digne de votre examen, c'était de savoir si les moyens que vous proposiez pour arriver à cette *diminution qui permettrait d'entrevoir une disparition* étaient ou non applicables, et c'est ce que vous n'avez réellement point fait. J'ai lieu de le regretter ; votre esprit pénétrant et judicieux se serait bientôt convaincu qu'en effet ils ne l'étaient point, et que dès lors écrire de telles paroles c'était faire des vœux stériles et provoquer aux illusions les esprits aventureux.

En France, on a poussé fort loin chez les prostituées le mépris de la liberté individuelle. Je ne songe point à m'en plaindre ; mais je crois, avec tous les administrateurs sérieux qui se sont succédé depuis le commencement du siècle à la Préfecture de police, qu'il serait impossible de pousser plus loin les abus d'autorité qu'on se permet envers des malheureuses dont le commerce a toujours été considéré comme une triste nécessité sociale, et que la loi n'a pas osé condamner ouvertement. Ainsi je doute que vous trouviez jamais un magistrat qui ose, et, s'il osait, qui ait le pouvoir de mettre en pratique la mesure dont vous avez été disposé à concevoir l'application. Premier et puissant obstacle.

En voici un autre. Le nombre des filles publiques enfermées pour cause de maladies est de trois cents environ, et la durée moyenne de leur séjour à l'hôpital est à peu près d'un mois. Je ne sais pas encore d'une manière précise, et personne ne sait quel est le temps nécessaire à un individu pour arriver à l'état de saturation syphilitique, à supposer que cet état puisse être artificiellement atteint ; mais d'après des documents insuffisants, il est vrai, ce temps ne serait pas moindre de quatre mois. Voilà donc, sous la réserve de ce qui arrivera plus tard, la durée moyenne du séjour des filles à l'hôpital immédiatement quadruplée, et par conséquent aussi la population. Au lieu d'un hôpital de trois cents lits, il faut en trouver un de douze cents. Et comme il y a toujours un rapport à peu près exact entre le nombre de filles et les appétits de la population, les neuf cents filles qui manqueront dans la circulation seront remplacées, et le nombre de ces malheureuses sera augmenté d'autant. Second et déplorable obstacle.

Mais ces deux obstacles supposés vaincus, la saturation syphilitique supposée obtenue chez toutes les inoculées, quels avantages en résulterait-il pour la santé publique? Des avantages très faibles assurément. Pour qu'ils eussent quelque importance, il faudrait atteindre le principal foyer de contagion, la prostitution clandestine. Vous-même, mon cher ami, exprimez cette idée que si par des mesures de police bien dirigées, etc. Mais quelles sont ces mesures? C'est là ce que vous auriez dû nous apprendre. Depuis des siècles, mais depuis quarante ans surtout, une de nos administrations les plus admirables, le bureau des mœurs de la Préfecture de police, cherche ces moyens sans les avoir trouvés, sans même espérer beaucoup d'être plus heureuse à l'avenir. En revanche, elle a fait une expérience qu'elle s'efforcera d'éviter à l'avenir, et qu'elle renouvellerait sans aucun doute si elle suivait les conseils des syphilisateurs. Cette expérience est la suivante :

Toutes les fois qu'on a voulu pousser au delà d'une certaine limite la sévérité des règlements, mettre de nouvelles entraves à l'inscription des prostituées ou leur imposer de nouvelles obligations, on a vu s'accroître le nombre des insubordonnées et diminuer le nombre des inscriptions, c'est-à-dire qu'à la prostitution connue et surveillée s'est substituée en grande partie la prostitution clandestine, la source la plus dangereuse de la contagion syphilitique et du désordre des mœurs.

Enfin les vérités nouvelles ont pour résultat d'augmenter le mouvement déjà si grand des prostituées, lequel constitue un des principaux obstacles à leur surveillance administrative et sanitaire.

Si vous mettez en balance ces inconvénients graves et réels (et ils ne sont pas les seuls) avec les avantages légers et fort douteux dont vous semblez croire l'application possible, je ne doute pas que vous ne renonciez à des espérances fallacieuses et à des projets qui détruiraient en quelques heures le bien que l'administration est parvenue avec bien de la peine et de la persévérance à réaliser depuis cinquante ans.

Cela dit, mon cher ami, et quoique la matière soit loin d'être épuisée, passons à la variété de syphilisation qui paraît vous avoir inspiré le moins d'éloignement, à celle que vous voulez bien appeler, avec cette générosité qui vous caractérise, syphilisation *curative*, et dont vous restreignez néanmoins l'application au traitement de la syphilis constitutionnelle. C'est ici que, pour ne point donner à cette réponse une étendue démesurée, je devrai répondre par des assertions contraires à plusieurs de vos assertions.

Voici la première : « C'est une loi désormais incontestable que de nouvelles inoculations ne peuvent rien ajouter à la diathèse. » Je vous avoue que je ne connais aucune des raisons qui ont rendu une telle loi, je ne dirai pas incontestable, mais même le moindrement probable, à moins qu'il ne s'agisse d'une probabilité à la manière d'Escobar, laquelle n'est pas de mise jusqu'à présent dans les sciences d'observation. Je connais même beaucoup de raisons qui la rendent improbable, et la moins bonne n'est pas celle qui est tirée du fait de la *saturation* elle-même. Vous admettez bien, il est vrai, que chez un diathésique syphilitique les inoculations nouvelles ne peuvent avoir que des effets locaux ; mais comment comprenez-vous, s'il en est ainsi, que ces effets locaux modifient l'économie générale de manière à la rendre réfractaire à la contagion? A ce compte, des vésicatoires rempliraient le même but que des inoculations, ce que vous êtes sans doute loin de penser. Non, chez un syphilitique diathésique toute inoculation nouvelle porte un poison nouveau et actif dans le sang, de même que l'ingestion d'un sel de plomb serait un poison nouveau pour le malade atteint de maladie saturnine. Toute la question consiste à savoir si ce poison nouveau peut être favorable ou nuisible à la santé du patient. Les faits que j'ai observés, non moins que le raisonnement, me portent à croire qu'il est nuisible et même très nuisible. Allez voir le médecin allemand, et vous me direz ensuite ce que vous en pensez.

Un peu plus loin vous acceptez cette erreur, inventée et propagée par les inoculateurs, que l'induration d'un chancre suffit pour prouver la toxémie, c'est-à-dire sans doute l'existence de la syphilis constitutionnelle. Je ne puis que vous renvoyer à l'expérience de tous les jours.

Pour atténuer les accidents que vous croyez purement locaux de la syphilisation curative, tels que le phagédénisme, vous comparez ces accidents à ceux que produit le mercure, et vous vous prononcez en faveur des premiers. Permettez-moi de n'être point encore de votre avis sur ce point. Rien n'est plus rare et rien n'est moins grave que les accidents d'un traitement antisyphilitique mercuriel ou autre, quand il est sagement administré. C'est ici véritablement que le médecin est maître de laisser développer ou d'arrêter à son gré ces accidents. Mais quand une fois un virus est insinué sous l'épiderme d'un malade, les accidents à redouter sont en très grande partie livrés aux hasards de la nature. Le médecin peut être impuissant à les conjurer, et les accidents peuvent conduire le malade au tombeau, ainsi que cela est arrivé pour le malheureux Piogé, inoculé à l'hôpital du Midi, dont j'ai raconté, dans mon dernier article, l'histoire lamentable laissée inédite par les inoculateurs, sans doute dans un intérêt scientifique que je n'ai pu deviner jusqu'à ce jour.

Je touche à la fin de votre lettre, mon cher ami, et ce n'est pas, j'en conviens, sans une certaine frayeur que je m'arrête quelques instants sur cette idée, qui pourrait être grosse de conséquences funèbres si la folie de la syphilisation venait, par impossible, à faire des prosélytes. « Qui sait, dites-vous, si, approfondie et développée, cette idée ne conduirait pas à cette conclusion, *à cette loi* : que toutes les maladies virulentes (morve, rage, etc.) sont curables sous certaines conditions par l'inoculation de leur produit. » *Cette loi*, dites-vous! Est-ce donc qu'un homme qui inoculerait la rage ou la morve à un individu mordu par un chien enragé ou par un cheval morveux, est-ce qu'un tel homme serait pour vous un médecin! Pour moi et aussi fort heureusement pour la vindicte publique, un tel homme serait un empoisonneur.

Je ne veux cependant point quitter ce triste sujet sans en tirer la conséquence générale qui en découle. Au point de vue où vous êtes placé, mon cher ami, toutes les maladies spécifiques peuvent causer dans l'économie une saturation spéciale ; cette question devient celle de l'habitude : c'est tout simplement l'histoire de Mithridate. Seulement, pour s'habituer à certains poisons, l'homme n'éprouve que des dérangements ; avant de s'habituer à certains autres, il meurt toujours. La morve et la rage sont dans ce dernier cas ; la syphilis tient le milieu entre les uns et les autres. En inoculant le plus syphilitique à satiété, vous saturerez un certain nombre d'individus et vous en tuerez un certain nombre d'autres : tel sera le bilan de la syphilisation si l'on ne met un terme à ses égarements.

Vous le voyez, mon cher ami, j'ai tenu compte de votre recommandation, et je vous ai répondu sérieusement, comme il convient de répondre à un homme de votre mérite ; vous m'en devez savoir quelque gré, car il y a des idées qu'on a honte de réfuter, tant elles choquent la raison et tous les sentiments droits, et la syphilisation, soit que l'on considère son origine, soit que

l'on envisage ses aboutissants, est précisément une de ces idées-là. — H. de Castelnau.

Nos lecteurs remarqueront que la présentation du médecin allemand a soulevé à la Société de chirurgie la même discussion qu'à l'Académie de médecine touchant la contagion des accidents secondaires. Nous reviendrons sur cette question dans notre prochain numéro.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Hernie crurale étranglée. — Taxis prolongé. — Insuccès. — Opération cinquante-deux heures après la production de l'étranglement. — Réduction immédiate, malgré une perforation de l'intestin. — Guérison.

Lorsqu'en pratiquant une opération de hernie étranglée et après avoir ouvert le sac, on trouve une perforation de l'intestin, que cette perforation résulte d'un travail pathologique ou qu'elle ait été produite accidentellement par l'action du bistouri, quelle doit être la conduite du chirurgien? Doit-il, à l'exemple de J.-L. Petit, et dans la crainte de l'issue des matières dans la cavité abdominale, conserver l'anse intestinale au milieu de la plaie, l'ouvrir largement et l'y fixer, afin d'avoir un anus contre nature? Ou bien, par un des nombreux procédés préconisés de nos jours, doit-il mettre les bords de la plaie en contact au moyen de la suture? Ou bien enfin doit-il procéder à la réduction de la même manière que si l'intestin eût été parfaitement intact? Quelques faits de ce genre s'étant présentés à M. le professeur Velpeau, il n'a pas hésité à choisir cette dernière alternative. Mais qu'on ne croie pas que l'illustre professeur de la Charité ait généralisé une pratique pareille, qu'il l'ait déclarée applicable à tous les cas de perforation intestinale qu'on rencontre dans les hernies. Elle ne peut avoir des chances de succès que dans des circonstances très restreintes, que dans des conditions spéciales qui se tirent soit de l'état de la plaie elle-même, soit de l'état de l'intestin qui l'avoisine. Il faut, dit M. Velpeau, que la perforation soit petite, de figure allongée et se rapprochant de la forme de la fissure; si, au contraire, elle présente une certaine largeur, si elle est arrondie, qu'il y ait une perte de substance un peu étendue et que les bords ne puissent pas se rapprocher aisément, il est évident que la réduction serait dangereuse. Il faut en outre, et ceci est peut-être plus essentiel encore, que l'intestin soit sain, ou du moins que la vitalité de ses tissus ne soit pas notablement altérée. Si, au contraire, sa teinte est livide, si dans quelques points la mortification paraît imminente ou s'est déjà en partie effectuée, il y a grande probabilité que ce travail continuerait à faire des progrès après la réduction de la hernie; et dans ce cas la conduite du chirurgien devra être différente.

Nous tenions à bien exposer les circonstances spéciales dans lesquelles il peut être permis de déroger aux principes fixés à la conduite générale dans les cas de perforation intestinale consécutive à une hernie étranglée, afin que l'habile et prudente conduite du chirurgien de la Charité ne puisse pas être taxée d'imprudence et de témérité. Le fait suivant est d'ailleurs un exemple qui montre mieux que ce que nous pourrions ajouter dans quelles conditions la réduction immédiate peut être pratiquée malgré une perforation intestinale, et l'utilité d'une semblable pratique dans des circonstances données.

Prol (Marie), âgée de soixante-quinze ans, blanchisseuse, entra à la Charité le 1er mars dernier pour une hernie crurale gauche étranglée depuis vingt heures environ. Cette hernie s'était développée huit ans auparavant à la suite d'un effort violent; pendant quatre ans, elle avait permis le travail et la marche sans nécessiter de bandage; mais, depuis cette époque, et à la suite d'accidents voisins de l'étranglement, elle en avait porté un qui avait contenu la hernie d'une manière incomplète; elle était sortie brusquement à la suite d'un effort léger, et la malade n'avait pu la réduire, non plus qu'un médecin appelé quelques heures après.

Déjà, au moment de son entrée à l'hôpital, il y avait des nausées fréquentes; de temps en temps des vomissements de matières bilieuses; par intervalles, un peu de hoquet; pas de selles depuis l'étranglement; abdomen douloureux à la pression, un peu ballonné; facies grippé; pouls petit, régulier, à 100. La portion crurale de l'aine gauche était le siége d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, régulièrement globuleuse, recouverte par la peau mobile et sans changement de couleur, à surface très lisse, élastique sans être dure, donnant de la sonorité à la percussion, et présentant profondément un pédicule du volume du petit doigt environ, entouré de tissu dur et résistant, à 2 centimètres au-dessus du ligament de Fallope, et immédiatement en dedans de l'artère crurale.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital jusqu'à l'opération, qui fut pratiquée cinquante-deux heures après la production de l'étranglement, plusieurs tentatives de taxis furent exercées, et d'après l'avis de M. Velpeau et de M. Voillemier, l'interne du service, M. Piachard, les prolongea pendant près de trois quarts d'heure, non pas d'une manière forcée, mais en malaxant pour ainsi dire la tumeur entre les doigts, avec beaucoup de douceur et de précaution.

Cette manœuvre ne fut pas suivie de succès; les accidents s'aggravant beaucoup, les lavements ayant échoué, les vomissements présentant une odeur stercorale assez évidente, l'état général devenant de plus en plus menaçant, et la tumeur étant très douloureuse, dure et étendue, M. Velpeau ne crut pas devoir hésiter plus longtemps.

L'opération ne présenta d'abord aucune particularité remarquable. Le sac renfermait une anse intestinale complète, ayant à peu près 3 ou 4 centimètres de longueur, sans épiploon, d'une teinte rouge-foncé, sans fausses membranes et sans adhérence. L'étranglement était produit par un anneau très serré, formé par le fascia crebriformis, notablement épaissi et induré, qui permettait à peine le passage du bistouri boutonné. Le débridement porta sur trois points, en haut, en dedans et en dehors. On put alors attirer l'intestin au dehors; mais à ce moment, on vit sourdre par le sommet de l'anse herniée une demi-cuillerée environ de mucus intestinal gris jaunâtre bien caractérisé; et en examinant avec soin la surface de l'intestin, on vit distinctement une petite fissure allongée dans le sens de son anse, et qui aurait permis facilement le passage d'une tête d'épingle, autour de laquelle l'intestin ne paraissait nullement altéré, non plus qu'au niveau du cercle occupé par la constriction. On attira au dehors 3 ou 4 centimètres d'intestin en dessus et en dessous du point étranglé; il était parfaitement sain, seulement un peu congestionné. Malgré cette perforation, M. Velpeau procéda sur-le-champ à la réduction, qui se fit sans difficulté. Un lavement simple donné immédiatement fut rendu presque de suite, avec une petite quantité de matières fécales.

Le lendemain il n'était survenu aucun accident; et, dans la matinée, il y eut des selles nombreuses. La suppuration s'empara de la plaie quelques jours après; la malade continua à aller à la gande-robe tous les deux ou trois jours naturellement; elle quitta l'hôpital le 3 avril en très bon état; la plaie était en grande partie cicatrisée; il ne restait plus qu'une fente linéaire peu profonde, qui ne tarda pas à se fermer entièrement à l'aide du pansement avec l'onguent de la mère. (*Bull. de thér.*)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Observation et remarques sur le lichen et le prurigo.

Au n° 41 de la salle Napoléon, à l'hôpital Saint-Louis, est le nommé Morin (Adonis), âgé de trente et un ans, serrurier, entré le 15 avril 1851.

Cet homme est d'une constitution assez faible; il est maigre et pâle. A l'âge de six à sept ans, il fut atteint d'une gale qui céda à quelques frictions avec une *pommade grise* dont il ignore la composition.

Trois ans après, et sans avoir rien éprouvé de particulier pendant cet intervalle, il eut pour la première fois sur les mains, les avant-bras et la face une éruption caractérisée par des élevures sèches, aplaties, rouges, qui atteignaient la largeur d'une pièce de 1 franc et s'accompagnaient d'une vive démangeaison. Cette éruption revenait deux ou trois fois tous les ans sans cause appréciable. Nul traitement, si ce n'est quelques bains simples que M... prit lors de son arrivée à Paris.

A vingt ans, il fit de tels excès vénériens qu'épuisé et réduit à une maigreur excessive, il fut obligé d'entrer à l'hôpital, où on le soigna pour une *affection gastralgique avec hypochondrie*. Sorti une première fois de l'Hôtel-Dieu annexe le 6 septembre 1840, il y rentra le 11 du même mois, pour le quitter définitivement le 22 octobre sans être guéri.

L'éruption, qui avait disparu pendant la maladie de M..., se manifesta de nouveau en juin 1841; mais dès lors elle aurait, dit le malade, changé de nature. Aux élevures précédemment décrites aurait succédé une éruption semblable à celle qui existe aujourd'hui, et qui, débutant aux membres, se serait accompagnée de démangeaisons plus violentes que par le passé, et telles parfois que le malade se déchirait avec les ongles. On lui faisait, tous les ans au moins, une saignée (les veines des avant-bras en portent de nombreuses cicatrices); il faisait usage de bains simples, de bains sulfureux, de pommades astringentes, camphrées, etc., sans aucun succès; les démangeaisons persistaient presque sans relâche sans que le malade ait remarqué que la nature des aliments eût sur elles une influence quelconque. Il n'en était pas de même des émotions morales: ainsi, un violent chagrin qu'éprouva M... il y a un an fut suivi d'une manifeste exacerbation du prurit.

Le défaut de ressources, plus encore que son état, le força à entrer à l'hôpital, où il est admis le 15 avril 1851.

Etat actuel. — L'éruption est bornée aux extrémités supérieures et inférieures, où elle consiste d'ailleurs en papules peu nombreuses, peu saillantes, lenticulaires, disséminées aux avant-bras; elle occupe surtout la face dorsale; aux jambes, elle siége principalement sur les mollets; là les papules sont le plus rouges, le plus élevées; sur quelques-unes d'entre elles, il existe de petits caillots sanguins; là aussi on trouve quelques traces grisâtres d'anciennes papules.

Le phénomène dominant est l'hypéresthésie. Le malade est tourmenté par un prurit vif et continuel. Les démangeaisons sont parfois irrésistibles, surtout aux jambes; elles augmentent pendant la nuit. La peau des bourses est le siége d'une douleur marquée, suite des frottements continuels que le malade exerce sur elles pour calmer l'insupportable prurit qu'il y ressent. On n'y signale aucune trace d'éruption.

Le malade est encore aujourd'hui tourmenté par des insomnies pénibles; il dort à peine quatre heures par nuit. Depuis son entrée à l'hôpital, il a perdu notablement de son appétit, circonstance qu'il faut attribuer sans doute à l'influence du traitement. Les fonctions générales, interrogées avec soin, ne présentent aucun dérangement notable.

Tel est l'ensemble des phénomènes que présente l'histoire du malade. Ici le diagnostic ne saurait offrir de difficultés sérieuses. Dans cette éruption composée de boutons pleins, ne contenant ni sérosité, ni pus, au prurit qui l'accompagne, on reconnaît tout d'abord une affection papuleuse, puis, à la dissémination des papules, à la présence de petits caillots sanguins que l'on remarque sur quelques-unes d'elles, on peut spécifier la forme particulière de la maladie que l'on nomme *prurigo*. Mais, ce point posé, faut-il s'en tenir là? Non, sans doute, et ce fait peut servir à prouver de quelle importance est pour le traitement la connaissance du siége et de la nature des maladies de la peau.

Qu'est-ce, en effet, que cette éruption papuleuse? Pour M. Cazenave, c'est l'expression, l'épiphénomène de cet état pathologique qu'il appelle hypéresthésie de la peau. Cette hypéresthésie se traduit par un symptôme principal, le prurit: mais elle peut déterminer simultanément ou secondairement des accidents variés, qui trouvent d'ailleurs leur raison d'être dans les considérations que soulève l'étude du siége de la maladie.

Les éruptions prurigineuses ont leur siége dans les papilles de la peau: la papule, quand elle existe, n'est qu'une papille pathologique, si l'on peut dire ainsi. Mais le corps papillaire ne contient pas seulement un appareil nerveux; on y trouve, en effet, et des vaisseaux sanguins, et de la matière épidermique et de la matière colorante. Or, l'on conçoit sans peine que, si la lésion nerveuse, la maladie hypéresthésique est toujours primitive dans les affections prurigineuses, cette lésion peut réagir sur les autres éléments organiques qui concourent à la formation de la papille, et les influencer plus ou moins, selon leur susceptibilité morbide: dès lors on expliquera tout naturellement les phénomènes de congestion, de rougeur, de tension, de chaleur par l'affection des vaisseaux sanguins. Si la sécrétion épidermique est lésée à son tour, on aura des phénomènes de desquamation; si, enfin, l'appareil chromatogène participe à l'affection papillaire, on observera une coloration anormale plus ou moins intense qu'il ne sera pas rare de voir persister pendant un temps souvent fort long, ainsi qu'on a pu en signaler un exemple chez le malade ci-dessus.

D'un autre côté, on conçoit aussi que cette susceptibilité des éléments non nerveux de la papille puisse être nulle ou presque nulle; que l'affection reste essentiellement hypéresthésique; qu'enfin le prurit existe seul, et que l'on ait le singulier phénomène d'une affection papuleuse, d'un lichen, par exemple, sans papule. Cette forme de l'hypéresthésie est assez commune, surtout bornée à un siége restreint; c'est à elle qu'il faut rapporter les maladies connues sous le nom de *prurigo podicis*, de *prurigo de la vulve*, etc., et aussi la forme que Bateman avait signalée sous le nom d'*urticaria subcutanea*. M. Cazenave l'a vue plusieurs fois exister avec un caractère de généralité remarquable; il cite, entre autres, le fait d'un professeur distingué chez lequel existait, sans la moindre trace d'éruption, une hypéresthésie générale de la peau, hypéresthésie telle que le malade avait dû renoncer à porter des pantalons et ne se vêtissait plus que d'une robe très ample. Mais, pour nous en tenir au malade qui est l'objet de ces considérations, on peut signaler chez lui un exemple de cette hypéresthésie essentielle. Ainsi, dans l'espèce, il n'y a évidemment aucun rapport entre le nombre très restreint des papules et le prurit qui tourmente le malade, prurit tel qu'il a causé et cause encore des insomnies pénibles; d'ailleurs, il faut bien faire attention que les démangeaisons sont surtout intolérables là où, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre, il n'existe aucune trace d'éruption, au scrotum, par exemple.

L'étude de la constitution de M..., de ses antécédents, vient démontrer surabondamment la nature hypéresthésique de sa maladie. Ainsi, il a eu la gale dans son enfance; et s'il ne faut pas en conclure un rapport de filiation directe entre elle et le prurigo, M. Cazenave a remarqué que l'affection psorique laissait après elle, et souvent pendant un temps fort long, une susceptibilité particulière de la peau, pouvant être considérée comme une cause prédisposante aux maladies prurigineuses; il n'y a rien de trop hasardé à croire que cette prédisposition peut expliquer l'éruption dont a été atteint M..., un an après sa gale, et qui paraît être une *urticaire*.

Il faut remarquer, d'un autre côté, que M... a été, à la suite d'un grand épuisement physique, pris de divers accidents nerveux auxquels a semblé succéder tout naturellement la maladie de peau qui persiste encore aujourd'hui; nous voyons, enfin, cette éruption s'aggraver sous l'influence des émotions morales vives.

Ainsi, après que le diagnostic graphique nous a fait reconnaître une éruption papuleuse, le siége de cette éruption, sa nature, ses divers modes pathologiques, la filiation des phénomènes dont M... a été successivement atteint, tout nous enseigne que la maladie de la peau doit être considérée comme une névrose au même titre que la névralgie; et il ne reste plus qu'à tirer de cette proposition toutes les déductions thérapeutiques qu'elle comporte.

Au lieu de traiter M... par des moyens empiriques, M. Cazenave est conduit ainsi à combattre logiquement sa maladie par un traitement analogue à celui qu'on oppose habituellement aux affections nerveuses, en général: voilà pour la théorie. Pour la pratique, il a obtenu de l'emploi de ces moyens des résultats qui ne permettent plus de douter de leur efficacité réelle, puissante. Il administrera soit des pilules de Méglin, soit des pilules d'aconit, des bains émollients. Pour répondre à une indication particulière, tirée de l'état général de M..., il sera utile de relever la constitution par des moyens appropriés. Quant aux topiques, M. Cazenave les croit inutiles surtout dans ce cas, il n'en emploiera d'aucune espèce.

Il se propose d'ailleurs, comme pour tous les faits de sa clinique, de tenir ses auditeurs au courant des résultats du traitement.

M. Chausit.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

INJECTIONS IODÉES DANS LES ABCÈS FROIDS.

Au moment où l'on s'occupe à juste titre des travaux de MM. Abeille et Boinet, permettez-moi de vous donner quelques détails sur un abcès froid méconnu d'abord et pris pour une hernie, et qui a été traité et guéri par une large ouverture aidée d'injections iodées et d'une légère compression.

Un jeune homme de vingt-deux ans reçut, il y a un an, un coup sur la région iliaque gauche, un peu au-dessus de

la crête iliaque. Pendant toute la saison il se livra aux rudes travaux des champs et de la grange, ressentant une douleur qui, devenant de plus en plus insupportable, lui fit consulter enfin un médecin; celui-ci constata l'existence d'une petite tumeur sur la peau, et la prit pour un commencement de hernie. Il fit appliquer un bandage. Au bout de deux mois d'application de ce bandage, le malade souffrait tellement, qu'il alla demander une consultation à Paris, et en revint avec un diagnostic tout différent de celui que son médecin avait porté tout d'abord. En effet, je le vis à cette époque; il existait une fluctuation si manifeste, qu'il était difficile de se méprendre. Malgré cela, persuadé toujours que ce pouvait être une hernie, le malade consulta de nouveau le premier médecin, qui l'engagea à continuer le bandage en le desserrant un peu.

Le malade étant venu me revoir, je le décidai à se laisser opérer. Après l'avoir chloroformé, je ponctionnai la tumeur; il en sortit deux à trois litres d'un pus mal lié, dans lequel nageaient des portions de tissu cellulaire.

Explorant avec le doigt l'étendue de cet abcès, je reconnus qu'il s'étendait de haut en bas d'environ 18 à 20 centimètres, envahissant seul la fesse et l'aine gauche, ayant pour plan inférieur les aponévroses abdominales.

Je pansai simplement avec une mèche, afin de laisser écouler le reste du pus, et je n'injectai que deux jours après avec la préparation suivante :

Iode.	0,15 décigr.
Iodure de potassium.	4,0
Eau distillée.	500,0

En trois jours, l'étendue se modifia; le pus, de dissocié qu'il était, redevint de bonne nature et même la quantité avait sensiblement diminué.

La dernière injection fut très sensible, et aujourd'hui, huitième jour de l'ouverture, cet homme est guéri.

Ce qui m'a fait indiquer un abcès froid plutôt qu'un abcès chaud, c'est que le malade, avec une étendue si considérable de suppuration, n'avait pas de fièvre, avait conservé tout son appétit; et surtout c'est le pus mal lié qui m'a fait confirmer ce diagnostic.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 novembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation de malades. — Lymphorrhagie et dilatation des vaisseaux lymphatiques.

M. Demarquay, inscrit pour lire un travail sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques, présente un jeune homme sur lequel il a produit une piqûre des vaisseaux lymphatiques. Au bout d'une heure il avait recueilli 40 à 45 grammes de lymphe.

Oblitération des vaisseaux lymphatiques.

M. Chassaignac présente un malade sur lequel on constate une oblitération du système lymphatique.

Par une singulière coïncidence, dit-il, deux présentations de maladies du système lymphatique ont eu lieu dans la même séance, Pendant que mon honorable collègue Demarquay présentait un exemple de dilatation variqueuse, je faisais voir un malade atteint d'une oblitération presque générale des lymphatiques, vaisseaux et ganglions.

Le sujet de l'observation est un malade de l'hôpital Saint-Antoine, âgé de vingt-huit ans, exerçant depuis l'âge de dix ans la profession de garçon charcutier. Il est entré à l'hôpital pour un phlegmon de l'aisselle évidemment dû à une angioleucite, suite de brûlure à la partie externe de l'avant-bras.

La surface du corps chez ce malade est parsemée d'un grand nombre de petites tumeurs très dures, fusiformes, et qui ne sont nulle part plus distinctes que sur les parois de la poitrine. Le sujet est maigre. Les quelques doutes que nous avions eus au premier abord touchant la nature de ces indurations se sont bientôt dissipés, en constatant que, dans toutes les régions accessibles du système lymphatique, les ganglions, aussi bien que les cordons vasculaires qui les unissent, sont le siége d'une induration atrophique partout la même.

Ce jeune homme n'a pas eu d'affections syphilitiques, du moins n'en porte-t-il aucune trace. Il a deux hernies inguinales volumineuses. Il dit n'avoir d'autre souvenir de maladie que celui d'une affection très grave qu'il a éprouvée dans son enfance, mais dont le caractère ne peut se déduire des réponses qu'il nous a faites. Il n'est pas tuberculeux, quoique sa constitution soit chétive et qu'il y ait une maigreur générale; il est très pâle.

Correspondance.

M. Bavarn (de Cirey) adresse une note sur l'organisation du cristallin. M. Lenoir est chargé de faire un rapport.

M. Chabonon, médecin d'Uzès, adresse un mémoire sur la luxation de l'astragale, et demande à devenir membre correspondant. Une commission composée de MM. Monod, Chassaignac et Marjolin, est chargée de faire un rapport.

— M. Ricord fait hommage à la Société du *Traité de la maladie vénérienne de Hunter*, traduit par M. Richelot, et annoté par M. Ricord.

— M. Letenneur (de Nantes) adresse un mémoire sur l'extraction de l'astragale.

— M. Larrey fait hommage de son rapport à l'Académie sur le pied artificiel de M. de Beaufort.

— M. Lallemand, membre de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté Montpellier, adresse à la Société ses *Lettres sur les maladies de l'encéphale*, et exprime le désir de faire partie de la Société comme membre honoraire.

M. Lallemand est nommé par acclamation membre honoraire.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Syphilis.

M. Cullerier. Messieurs, si je n'ai pas pris la parole dans la dernière séance à propos de la communication qui vous a été faite par M. le docteur Gidmann, c'est que j'étais réellement consterné du résultat des tristes expériences auxquelles il s'est livré, et que j'avais pensé qu'il était peut-être plus prudent de laisser passer cette communication sans lui donner le retentissement de la discussion; mais comme c'est la Société de chirurgie qui a eu les prémices de la théorie de la syphilisation, il vaut mieux peut-être aussi qu'elle ne reste pas muette devant les faits qui se produisent.

Je regrette qu'une voix plus autorisée que la mienne ne traite pas à fond ce point de syphilis dans cette enceinte; à défaut du talent de discussion, vous aurez du moins une protestation inspirée par la conscience. Eh bien, messieurs, c'est parce je suis profondément convaincu que tout est faux dans cette doctrine du syphilisme et de la syphilisation que je ne crains pas d'en proclamer l'inanité et les dangers.

Vous vous rappelez sans doute quel a été le point départ de cette doctrine; il s'agissait de la transmission de la syphilis de l'homme aux animaux. Il y a quelques années une première communication vous avait été faite sur ce sujet par M. le docteur Auzias. Je vous demandai de vouloir bien suspendre votre jugement sur les résultats qui vous étaient présentés. Je me mis à l'œuvre; je fis un nombre considérable d'expériences; je vous en donnai connaissance, et comme moi vous restâtes convaincus que l'inoculation du chancre virulent de l'homme aux animaux était impossible.

Cette année M. Auzias, revenant à la charge, ne vous présenta plus comme autrefois les animaux inoculés; mais il vous fit part des nouvelles expériences qu'il avait tentées avec un résultat satisfaisant pour lui. Non-seulement les animaux recevaient l'impression du virus syphilitique, mais ils le recevaient à des degrés variables, les uns plus, les autres moins. De là le syphilisme, c'est-à-dire l'aptitude à prendre le virus.

Puis il crut remarquer que les chancres qu'il produisait sur certains animaux ne prenaient pas toujours avec la même facilité; que plus on répétait l'inoculation, moins on produisait d'ulcération, jusqu'à ce qu'enfin, l'animal n'étant plus sensible à l'action du virus, il devenait impossible de l'inoculer; de là la syphilisation, c'est-à-dire, si j'ai bien compris, l'état dans lequel l'animal était, pour ainsi dire, vacciné, et, partant, inaccessible dorénavant au virus.

Les faits nouveaux sur lesquels est édifiée toute la doctrine, je ne les ai pas vus; mais, fort des expériences auxquelles je me suis livré jadis, je n'hésite pas à dire qu'ils sont faux. Sans doute, j'ai reconnu tous les caractères du chancre à des ulcérations que portait sur le bras un médecin allemand, le docteur Robert, de Velz, et qui provenaient d'une ulcération inoculée à un singe; mais dans le temps j'ai expliqué cette transplantation, et, dans une lettre insérée dans l'*Union*, j'ai démontré que la peau du singe n'avait servi que de dépôt au pus virulent dilué dans un pus d'inflammation nouvelle; et l'explication que je donnais alors ne vous semblera que toute naturelle, après les faits que je vous ai fait connaître dans le mémoire sur la contagion médiate dont vous avez bien voulu entendre la lecture.

Je sais bien qu'on a prétendu que mes expériences sur les animaux étaient attaquables au point de vue moral et au point de vue du manuel opératoire. M. Auzias a osé dire ici, dans son mémoire, que mes antécédents de famille avaient pu me faire agir avec des idées préconçues et influer sur les résultats que j'obtenais, comme si dans maintes circonstances je n'avais pas donné la preuve que, pour moi, la science domine tout sentiment d'affection. Il a dit que sa manière de faire différait de ce qu'elle avait été autrefois et de ce qu'avait été la mienne, alors que j'avais employé tous les moyens possibles de faire pénétrer le pus virulent dans la peau et dans le tissu cellulaire des animaux que j'inoculais par piqûre, par incision, par excision.

N'est-ce pas, je vous le demande, messieurs, se faire une idée bien fausse du virus syphilitique que de croire qu'il lui faut certaines circonstances de solution de continuité, certaines conditions d'instrumentation pour agir ou pour rester inerte?

Je ne devrais peut-être pas relever cette assertion, que, quoique j'en aie dit, j'avais réussi dans mes expériences, mais que j'avais réussi sans m'en douter probablement, comme ce personnage de la comédie qui ne se croyait pas si fort sur la prose qu'il l'était réellement.

Un moment j'avais espéré que l'expérimentation à laquelle je m'étais livré serait reprise sous les yeux de la Société, qui aurait été à même de juger entre mon adversaire et moi; une commission avait été nommée à cet effet. Malheureusement le retrait du mémoire est venu dissoudre cette commission, et l'auteur, qui avait eu tous les bénéfices de la lecture, avait pu impunément et, du reste, avec un grand talent, je me plais à le reconnaître, attaquer mes expériences et développer sa doctrine sans réclamation et sans conteste.

C'est là qu'a été mon regret, parce que je prévoyais alors que ces fatales idées, présentées avec l'assurance et la verve que donne ordinairement la vérité, seraient acceptées par les esprits amis des théories les plus aventureuses.

C'est là qu'est encore aujourd'hui mon regret, parce que, à coup sûr, la Société aurait démantelé pièce à pièce cet incroyable échafaudage; elle aurait prouvé, j'en suis convaincu, que la théorie était fausse pour les animaux, et elle aurait par conséquent empêché ces fatales expériences sur l'homme malade et sur l'homme sain.

Toutes les théories syphilitiques sont soutenables, et chaque jour, dans des traités spéciaux, dans les Académies, dans la presse médicale, on voit les opinions les plus divergentes défendues avec le plus grand talent. La Société de chirurgie n'a pas oublié la belle discussion soutenue dans son sein par deux adversaires habiles; mais, il faut le reconnaître loyalement, ces théories ne choquent pas le bon sens, tandis qu'ici c'est tout un système contre lequel se révolte de prime abord la logique.

Cependant, au point où en était arrivée la doctrine de M. Auzias, il fallait des faits; quelques hommes, ou convaincus, ou seulement courageux, se soumirent aux expériences, et vous avez pu voir, dans la dernière séance, une de ces victimes de la science vous présenter un deuxième chancre tout aussi large, tout aussi actif que le premier.

La théorie avait une bien autre prétention; elle faisait disparaître, disait-elle, elle guérissait les affections constitutionnelles secondaires par une implantation répétée d'une affection primitive. Vous avez pu voir si la syphilide papuleuse que porte notre confrère allemand a été influencée en quoi que ce soit par le chapelet de chancres qu'il porte au bras depuis plus d'un mois.

Le raisonnement n'a plus rien à faire devant un pareil résultat, et toutes les paroles que je pourrais prononcer, moi ou d'autres plus habiles, ne vous impressionneraient pas comme l'a fait le tableau vivant que vous avez eu sous les yeux.

Si vous voulez d'autres exemples, interrogez mon honorable collègue de Lourcine, M. Gosselin, et il vous dira si les deux malades qu'il a mises en expérience sont plus heureuses que le sujet que vous avez vu.

On me renverra peut-être au mémoire du docteur Sperino, de Turin, qui avait été d'un si grand appui à la théorie de la syphilisation; mais, quelque considération que j'aie pour cet éminent confrère, je ne puis m'empêcher de dire que ce travail, dans lequel la légèreté d'appréciation le dispute au peu d'exactitude des détails, ne résiste ni à la lecture, ni à la discussion.

Placé à la tête d'un service de vénériennes, j'aurais pu étudier expérimentalement ces théories nouvelles, je n'ai pas voulu le faire, je le veux aujourd'hui moins que jamais, parce que je pense qu'il vaut mieux laisser venir la vérole que de courir bénévolement au-devant d'elle, parce que j'ai la crainte fondée du phagédénisme, cette manifestation morbide qui déroute les doctrines les plus opposées, parce que je crois qu'on a plus de chances de le reproduire à un dixième, à un vingtième chancre qu'aux premiers; parce qu'on peut le déterminer tout aussi bien sur un malade syphilitique que sur un individu vierge de toute affection.

Je ne blâme pas mes collègues qui ont eu la hardiesse d'expérimenter, mais je regrette qu'ils l'aient fait. J'espère que ces tristes essais cesseront au plutôt, et qu'ils ne seront pas encouragés dans une clinique qui n'a pas besoin du merveilleux pour être la plus brillante et la plus suivie de l'enseignement particulier.

Je vous prie, messieurs, de bien différencier ce qui peut s'adresser à l'homme et ce qui s'adresse à ses opinions scientifiques. J'ai besoin de vous assurer que je professe depuis longtemps pour M. Auzias l'estime la plus grande. Personnellement je le mets en dehors de ce débat; mais je conserve mon indépendance pour dire bien haut que son syphilisme me paraît du mysticisme, et que je crains bien qu'en définitive sa syphilisation ne soit qu'une...... chose qui n'a pas de nom dans la science.

M. Vidal. Messieurs, dans la précédente séance, M. Musset, interne de M. Ricord, vous a présenté M. L..., docteur allemand, et vous a donné une note relative aux inoculations syphilitiques pratiquées sur ce courageux confrère. Cette note, selon moi, n'est pas complète, car l'observation de M. L... offre un double intérêt :

1° Elle doit fixer l'attention de la Société au point de vue de la syphilisation;

2° Au point de vue de l'inoculation de l'accident secondaire.

Ce n'est qu'au point de vue de la syphilisation que la note de M. Musset a été rédigée : c'est sous le dernier rapport que je désire compléter l'observation. Les détails que je vais vous faire connaître viennent de M. L... même; c'est lui qui les a dictés ce matin dans mon amphithéâtre, et ils ont été fidèlement reproduit par M. Pellagot en présence de médecins qui assistent aujourd'hui à la séance. Vous pourrez vous convaincre, je crois, qu'il s'agit ici d'une inoculation d'un accident secondaire et que c'est par cette inoculation que M. L... a pu se communiquer la vérole. Ce fait concorde avec ceux que j'ai déjà fait connaître à la Société et ceux qui ont été observés par d'autres médecins, soit en France, soit en Allemagne. Vous verrez ici encore une circonstance remarquable : c'est le temps qui s'est écoulé entre la piqûre, l'inoculation et le résultat pathologique. Vous constaterez, enfin, une véritable incubation bien caractérisée, ce qui n'arrive pas après l'inoculation de l'accident primitif.

Voici le fait. Je le livre à vos méditations.

M. L..., docteur allemand, s'inocula en décembre 1850 et janvier 1851, à plusieurs reprises, dix à douze chancres sur la verge. Ces inoculations avaient été pratiquées dans le but d'essayer un moyen thérapeutique particulier à l'aide duquel on pourrait en peu de temps arrêter l'ulcération chancreuse. Ces chancres furent cicatrisés au bout de huit à dix jours. Point de traitement mercuriel.

Le 8 juillet 1851, inoculation à la face antérieure du bras gauche à l'aide du pus pris sur les amygdales d'un sujet ayant la vérole constitutionnelle. Nous donnerons plus bas l'histoire circonstanciée de ce malade, telle qu'elle nous a été rapportée en public par M. le docteur L...

Le lendemain de l'inoculation, 9 juillet, rien d'apparent. Jusqu'au 18 juillet, aucun résultat ne se manifeste.

Le 18 juillet, au point où l'inoculation avait été pratiquée, apparaît une élévation d'un rouge vif, que le docteur L... qualifie de papule. Celle-ci devint grosse environ comme une lentille et se couvrit de croûtes; puis ces croûtes tombèrent et laissèrent à découvert une ulcération indurée. Un mois environ après, douleurs rhumatoïdes accompagnées d'un peu de fièvre.

Le 1er octobre, l'ulcération inoculée le 8 juillet est complétement cicatrisée; il reste une induration marquée; apparition d'une roséole.

Le 17, dans le but d'expérimenter si la syphilisation pouvait guérir la vérole, M. L... se fit inoculer et s'inocula des chancres, dont description a été faite dans la précédente séance par M. Musset.

Voici maintenant l'histoire du malade qui a fourni à l'inoculation de M. L... :

En mai 1851, M. ...., ami de M. L... et médecin comme lui, prit un chancre à la verge, qui, le 17 juin, était complétement cicatrisé.

Le 11 juin, syphilide exanthématique, plaques muqueuses sur les amygdales des deux côtés, ganglions cervicaux postérieurs, ganglions sous-maxillaires.

Le 2 juillet, sur le bord droit de la langue et vers sa base, ulcération d'apparence particulière, comme par érosion. D'après l'opinion de M. L..., cette ulcération, qui d'ailleurs avait paru huit à neuf jours après le ganglion sous-maxillaire, était un accident consécutif.

Le 8, sur les plaques muqueuses ulcérées, que M. L... considère comme consécutives, ce même docteur prit du pus qu'il s'inocula à la partie antérieure et moyenne du bras gauche et obtint les résultats déjà indiqués.

Tels sont les détails que je soumets aux réflexions de la Société. Mon but n'a été aujourd'hui que de compléter une observation dont vous ne connaissiez qu'une partie.

M. Ricord. M. le docteur L... avait été présenté à la Société de chirurgie en vue de la syphilisation, ainsi qu'à l'Académie de médecine. Mais, puisqu'on a cru devoir détourner la question principale pour la placer sur un autre terrain et revenir sur l'inoculabilité des accidents secondaires, je me vois obligé de reprendre l'argumentation de nouveau soulevée aujourd'hui par M. Vidal. Qu'on le sache bien : ce n'est pas là une question personnelle, d'amour-propre scientifique. Je ne puis pas dire : je ne veux pas que les accidents secondaires soient inoculables. Donc pas de doctrine quand même. Au contraire, si on démontre l'inoculabilité des accidents secondaires, mes résistances et l'examen sévère auquel j'ai soumis les observations publiées jusqu'à ce jour auront servi à établir une vérité de plus. Mes adversaires n'auront donc qu'à me remercier.

La loi de la non-inoculabilité des accidents constitutionnels a été reconnue par Hunter, qui ne l'avait que faiblement posée. Elle demandait à être étayée d'une manière plus ferme, et depuis vingt ans mes recherches expérimentales, je dois le dire, l'ont établie sur des bases solides. Toujours et toujours j'ai obtenu des résultats négatifs. Cependant, on aurait pu dire qu'imbu d'une idée préconçue j'en subissais l'influence fâcheuse. Mais à côté de moi, mes honorables et savants collègues M. Puche et M. Cullerier sont arrivés aux mêmes résultats.

Chose étrange! tandis que d'un côté la loi de la non-inoculabilité

des accidents secondaires est basée sur des expériences nombreuses et répétées, d'un autre côté, au contraire, M. Vidal, opérant dans les mêmes conditions, sur un même terrain, obtient toujours et presque à souhait l'inoculabilité que M. Cullerier, M. Puche et moi avons jusqu'à ce jour cherchée en vain !

Dans une première communication à cette Société, je disais : J'ai expérimenté du malade au malade jusqu'à ce jour, et j'ai toujours obtenu des résultats négatifs. J'avais cru ainsi être autorisé à établir la doctrine de la non-inoculabilité.

Mais aujourd'hui, on nous dit : Nous obtenons des résultats positifs en inoculant du malade à l'homme sain. C'est une voie nouvelle d'expérimentation qui mérite d'être suivie.

Cependant, M. Vidal, dans son observation communiquée à la Société de chirurgie l'hiver dernier, avait obtenu un résultat positif et sur le malade et sur l'homme sain. Ce fait me paraissait donc ainsi devoir rentrer dans ma manière de voir, et je concluais à l'inoculation d'un accident primitif par mon confrère chez M. Boudeville.

On m'a dit à l'époque que je répondais à la question par la question, que je commettais une pétition de principe, en admettant que la qualité d'être inoculable n'appartenait qu'aux accidents primitifs.

Mais à quels signes reconnaissez-vous les accidents secondaires, et comment les différenciez-vous des accidents primitifs? Par le siége? Mais il n'est pas une partie du corps où le chancre ne puisse être implanté. Par la forme, les bords, le fond, etc.? Mais tout cela est commun aux deux ordres d'accidents primitifs et secondaires. Est-ce par les antécédents? Mais est-ce que la syphilis constitutionnelle empêche de nouveaux accidents primitifs de se produire? M. le docteur L... en est un exemple entre mille qu'on pourrait citer. Depuis vingt ans j'ai les yeux fixés sur les ulcérations syphilitiques, et cependant il m'est impossible quelquefois de dire: Voilà un accident primitif, voilà un accident secondaire.

L'ami du docteur L... a un chancre à la verge qui s'indure et qui est suivi d'une syphilis constitutionnelle caractérisée par une roséole et par l'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; il présente en outre sur les amygdales une ulcération sur le côté droit de la langue; ulcération que le docteur L..., d'après sa propre affirmation, n'a pu considérer comme se rattachant d'une manière incontestable aux accidents secondaires. Et voici les circonstances qui me paraissent, du reste, jeter sur l'origine de cette ulcération un doute profond.

A l'époque où en était de sa syphilis le confrère du docteur L..., les accidents secondaires de la cavité buccale n'ont pas les caractères qui ont été indiqués. Leur loi générale, c'est l'érythème, ce sont les papules, les plaques muqueuses. De plus, le malade portait un ganglion sous-maxillaire, un des signes les plus importants, les plus constants, les plus réguliers des accidents primitifs, c'est un témoin accusateur incorruptible, qui ne ment jamais quand on sait bien l'interroger. Donc les caractères mêmes de l'ulcération de la base de la langue et l'engorgement sous-maxillaire doivent être pris en grande considération par les esprits rigoureux et habitués à l'étude de la syphilis. Serait-il donc impossible, dès lors, que cet accident de la gorge fût un ulcère primitif? Mais ce siége est plus commun qu'on ne pourrait le croire au premier abord. J'ai rencontré des chancres sur les amygdales chez des malades qui m'ont fait l'aveu de leurs faiblesses.

Mais on me dira : le malade aurait bien su s'il avait réellement à la bouche un accident primitif, ou du moins s'il s'y était exposé. Je réponds positivement qu'il n'est pas toujours possible de connaître réellement la source où on a puisé le virus, et surtout de quelle manière il a été pris. Je donne en ce moment des soins à un monsieur qui porte un chancre sur la région lombaire, et qui en ignore complétement l'origine, si ce n'est d'avoir couché dans un lit d'auberge. Donc, s'il est possible, s'il est présumable que l'ami du docteur L... avait une ulcération primitive de la base de la langue, elle a pu être la cause ou l'effet d'une ulcération primitive aussi des amygdales, en supposant que les deux ulcérations ne fussent pas nées en même temps sous l'influence d'une même contagion.

Mais un fait capital grave, et sur lequel j'appelle toute l'attention de la Société de chirurgie, est le suivant :

Tandis que M. le docteur L... s'inoculait au Midi, il y a peu de jours, avec du pus d'ulcères primitifs, il s'inoculait en même temps, avec du pus pris sur des accidents secondaires les plus vigoureusement caractérisés de la gorge et d'autres régions, et présentant les formes les plus graves. Or, sur six inoculations qui ont été faites, six résultats négatifs ont été obtenus, tandis que toujours, et à côté, on a déterminé des chancres avec du pus d'ulcères primitifs. D'où vient cette différence? Ce ne sont certes ni la syphilisation, ni la vérole constitutionnelle qui l'expliquent, puisque toutes les inoculations d'accidents primitifs ont réussi.

Je conclus donc. Vous n'avez rien, absolument rien dans l'observation que vous avez produite, qui puisse rigoureusement vous autoriser à dire qu'il y a eu inoculation d'un accident secondaire chez le docteur L...

Je tenais, messieurs, à vous donner ces détails, à cause même de ce qui s'est passé hier à l'Académie de médecine, où, surpris par l'heure, il ne m'a été possible que de protester contre les paroles de M. Velpeau, avec lequel j'espère me retrouver sur ce même terrain.

Quant à la question de la syphilisation, dont peut-être nous aurions dû nous préoccuper d'abord, je dois dire que je m'associe de cœur, de pensée et de sympathies au remarquable travail de mon très honorable collègue M. Cullerier. Il a traduit dans un langage digne de lui toute ma pensée sur la syphilisation. Je n'ai donc rien à ajouter.

M. Vidal. M. Ricord est revenu sur la discussion qui a eu lieu déjà dans le sein de cette Société. Je ne prétends pas le suivre sur ce terrain. Les inoculations négatives qu'il a faites, quel que soit leur nombre, ne prouvent rien contre celles qui sont positives. Il est très vrai qu'il peut y avoir des chancres dans la cavité buccale, mais c'est l'exception ; il peut y en avoir sur les amygdales aussi ; ici c'est la très grande exception. Au contraire, les ulcérations de la cavité buccale sont presque toujours consécutives. Remarquez bien que la personne qui a fourni le pus d'inoculation est un confrère éclairé, et M. Ricord considère comme très savant celui qui a puisé ce pus. J'ai la même opinion sur ce confrère. Or, ces deux médecins qui ont observé ont ici un grand avantage sur M. Ricord, qui n'a pas vu les ulcérations qui ont fourni l'humeur inoculée au bras de M. L. ... Quant aux engorgements ganglionaires, je crois qu'ils n'ont pas une grande valeur au point de vue du diagnostic des ulcérations. Le docteur qui a fourni le pus en avait sous la mâchoire; c'est-à-dire au-devant du cou, comme il en avait derrière le cou. D'ailleurs, messieurs, mon but était de compléter une observation qui me paraît très importante. Je voulais combler une lacune regrettable, voilà tout. Les esprits non prévenus jugeront.

M. Ricord. M. Vidal m'objecte que les chancres de la gorge sont exceptionnels; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est l'inoculation des accidents secondaires qui échoue toujours entre nos mains et qui réussit toujours entre celles de M. Vidal.

M. Forget prend la parole pour faire observer que la discussion soulevée par M. Vidal et habilement développée par M. Ricord a fait perdre de vue le travail remarquable lu par M. Cullerier. Je ne conteste pas l'intérêt qui s'attache à la question de l'inoculabilité des accidents secondaires de la syphilis; c'est sans doute un point de doctrine qu'il serait fort utile de voir fixé d'une manière incontestable; mais je ne pense pas que tel puisse être le résultat de cette nouvelle discussion : il en sera de celle-ci comme de celle à laquelle nous avons assisté il y a quelques mois, c'est-à-dire que chacun gardera ses convictions. Pour sortir d'embarras, si je ne craignais d'aller contre les intentions de la Société de chirurgie, je proposerais qu'une commission fût instituée dans le but d'examiner le sujet en litige; je ferais appel à MM. Vidal, Ricord et Cullerier, pour qu'ensemble ils répétassent des expériences qui lèveraient toute incertitude; car le diagnostic des ulcérations dont le produit serait inoculé, fait en commun par des hommes aussi compétents, réunirait tous les éléments de certitude, et dès lors il n'y aurait plus lieu à contestation.

Mais la question de syphilisation, qui a été l'objet de l'énergique et éloquente protestation de M. Cullerier, a un intérêt plus pressant, plus actuel; car si ce que j'ai entendu dire est vrai, des jeunes gens, vierges de toute infection vénérienne et séduits par les promesses de la doctrine de M. Auzias, iraient chaque jour se faire inoculer la vérole, en vue d'acquérir l'immunité dont nous avons vu ici un exemple si déplorable. Il y a donc urgence à ce que la Société de chirurgie, qui, à deux reprises différentes, a été saisie de la question, se prononce; elle le doit au travail très remarquable de M. Cullerier; enfin elle se doit à elle-même de ne pas rester neutre dans cette circonstance. Pour ma part, je crois que nous ne pouvons que nous associer à la protestation de notre collègue, et je regrette que MM. Ricord et Vidal aient entièrement laissé de côté la syphilisation, et qu'ils ne se soient prononcés, ni l'un, ni l'autre, à son égard.

M. Larrey propose de clore la discussion qui s'est étendue à l'inoculation des accidents secondaires, et de la ramener aux termes où elle a été posée par l'énergique et judicieuse argumentation de M. Cullerier. Il croit donc devoir, comme président de la Société de chirurgie, protester pour elle contre la dangereuse doctrine de la syphilisation dite préventive, dans l'intérêt de la science, de la morale et de l'humanité.

La discussion est close, et la séance levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

La promotion de M. Charrière au grade d'officier de la Légion-d'Honneur n'a pas été sa seule récompense. Le succès de notre habile artiste a eu plusieurs épisodes que nous sommes heureux de raconter. Au sortir de la cérémonie du Cirque, une récompense plus touchante encore que celle qu'il venait de recevoir attendait M. Charrière chez lui : c'était une croix d'officier de la Légion-d'Honneur qui lui était offerte par tous ses ouvriers. Ceux qui connaissent l'excellent cœur de M. Charrière imaginent facilement l'émotion qu'il dut éprouver; ce ne devait pas être encore la dernière de cette heureuse journée.

M. le président de la République avait convié à sa table les officiers et chevaliers nouvellement créés. Pendant le dîner, M. Charrière, qui se trouvait à la droite de M. le vice-président de la République, dont il est bien connu, lui montra discrètement le précieux souvenir qu'il tenait de ses ouvriers. M. Boulay (de la Meurthe), sans consulter l'heureux propriétaire du bijou, le passa à M. le président de la République et lui en fit en quelques mots l'histoire.

Louis-Napoléon Bonaparte examina attentivement le bijou, et, par une de ces soudaines et généreuses inspirations qui lui sont familières, il détacha de sa boutonnière une croix en brillants qu'il tenait de l'empereur, la mit dans la boîte qui contenait la croix de M. Charrière et plaça celle-ci sur sa poitrine.

Tout cela s'était fait avec une discrétion si délicate, que les plus proches voisins de M. le président s'en étaient seuls aperçus, et que, lorsque la boîte revint à M. Charrière, il se disposait à la remettre simplement dans sa poche quand M. Dupin aîné lui cria : « M. Charrière, ouvrez donc la boîte. »

On juge de la nouvelle émotion qu'éprouva l'ancien ouvrier, devenu notre habile artiste.

Le lendemain, M. le vice-président de la République et M. le ministre de l'agriculture et du commerce vinrent visiter les ateliers de M. Charrière et expliquer aux ouvriers les intentions de M. le président, qui, en échangeant la croix de l'empereur contre celle de M. Charrière, avait voulu honorer non-seulement le travail persévérant, mais aussi la conduite paternelle du patron qui avait si bien su mériter et inspirer la reconnaissance de ses ouvriers.

A la suite de cette visite, les ouvriers de M. Charrière ont demandé une audience à M. le président de la République pour le remercier du prix qu'il avait bien voulu attacher à la croix dont ils avaient fait hommage à leur patron. M. le président a reçu, samedi matin, six de leurs délégués. Il s'est entretenu quelque temps avec eux, et la petite députation a quitté l'Elysée pénétrée de l'accueil cordial qu'elle y a reçu.

— M. Girard, chirurgien-major de 2e classe sans destination, est désigné pour le 4e léger.

M. Vergesse, chirurgien-major de 2e classe sans destination, est désigné pour le 7e léger.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 140. — JEUDI 4 DÉCEMBRE 1351. (24e ANNEE.) N° 140. — JEUDI 4 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS,
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1851.

Séances des Académies.

Hier, les banquettes de la salle de la rue des Saints-Pères, émaillées çà et là de quelques rares habitués, témoignaient qu'il y a encore une Académie de médecine, mais que l'amour de la science cède le pas aux préoccupations de la politique. L'ordre du jour était d'ailleurs assez bien approprié à la circonstance. Un long rapport de M. Renauldin a merveilleusement favorisé des conversations que les faibles efforts de M. le président n'ont pas apaisées.

Après ce rapport, M. Jacquemier est venu lire un travail consciencieux, comme tout ce que fait cet honorable accoucheur, mais qui aurait gagné à un peu plus de laconisme.

Au moment où M. Follin est venu lire un travail extrêmement intéressant sur un cas remarquable d'hermaphrodisme, l'Académie était déserte, et le jeune savant s'est vu forcé de se borner à une simple description de la pièce qu'il a mise sous les yeux de quelques personnes présentes. Nous sommes heureux de pouvoir donner la publicité qu'il mérite au travail de M. Follin.

— A l'Académie des sciences, M. Reynoso a continué avec un peu moins de succès que précédemment ses communications sur la sécrétion urinaire sucrée. M. Reynoso est sur le point d'abuser de la publicité académique; il serait fâcheux que ce travers arrivât à un homme aussi sérieux que lui, et qu'on pût dire à son sujet ce que M. Arago disait avec tant de mordant de M. Brachet : « On dit que ce correspondant fait une découverte tous les huit jours. » — H. de Castelnau.

OBSERVATION
D'UN CAS REMARQUABLE D'HERMAPHRODISME,
AVEC QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA DÉTERMINATION DU SEXE.

Par M. le docteur FOLLIN,
Prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, interne lauréat des hôpitaux, etc.

Première partie.

L'hermaphrodite dont je vais rapporter l'histoire était âgé d'une cinquantaine d'années environ. Né à Fruges, dans le Pas-de-Calais, et inscrit à la municipalité de cette ville sous le nom d'Angélique Courtois, il succomba dans l'été de 1848, rue de la Licorne, 31. L'incertitude que manifestèrent ses parents quand il fallut déclarer son sexe engagea M. le maire du neuvième arrondissement à charger M. le docteur Riembault d'examiner le cadavre de cet individu. Cet obligeant confrère voulut bien me laisser pratiquer avec lui l'examen anatomique d'Angélique Courtois, et je dois à sa grande complaisance d'avoir pu disséquer dans leur plus grand détail les organes génitaux de cet hermaphrodite.

Ici, comme dans la plupart des cas de ce genre, la mort seule vint apprendre au médecin la curieuse conformation de cet être singulier. Aucune étude psychologique n'a donc pu être faite; mais j'ai recueilli auprès de la sœur d'Angélique Courtois des renseignements dignes de fixer l'attention des médecins légistes.

Angélique, qui à sa mort exerçait le métier de marchand de pipes, porta, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, des vêtements de femme; mais ce costume ne paraissait convenir ni à ses goûts, ni à sa tournure; aussi vint-elle à Paris pour se faire examiner et proclamer homme. Elle se rendit alors, vers 1828, chez un des chirurgiens les plus considérables de l'époque, chez Ant. Dubois, et lui demanda un certificat qui la rendît à son véritable sexe.

J'ai pu me procurer le certificat donné par ce chirurgien à Angélique Courtois, et je vais en citer quelques extraits :

« Aujourd'hui, douze du mois d'août 1828, s'est présentée à moi la nommée Angélique Courtois, demeurant à Paris, rue du Gindre, 28.

» Elle a réclamé de moi une attestation qui constate son sexe, parce qu'on croit qu'il y a eu erreur lors de sa naissance dans la déclaration qui a été faite à la municipalité de Fruges, au département du Pas-de-Calais. Cette déclaration a été faite sous le nom d'Angélique Courtois, du sexe féminin.

» Après l'avoir examiné, j'atteste qu'Angélique Courtois est un individu du sexe masculin, ayant tous les caractères de la virilité. Il y a seulement chez lui un vice de première conformation que l'on désigne sous le nom d'hypospadias. Mais d'ailleurs toutes les parties de la conformation de l'homme se remarquent en lui, particulièrement les deux testicules. »

C'est chose curieuse de vérifier vingt ans plus tard le diagnostic d'un homme aussi instruit que A. Dubois, de montrer ce qu'il y avait de vrai dans ses assertions, et ce qu'elles contenaient d'erroné. Cette lumière, portée sur le diagnostic par l'autopsie, m'excusera d'être entré dans ces particularités de la vie d'Angélique Courtois.

Forte du certificat de Dubois, Angélique revêtit un costume d'homme, et elle ne l'abandonna point jusqu'à sa mort.

Sa sœur m'a assuré que jusqu'à l'âge de vingt ans Angélique n'avait point été réglée, et jamais elle n'a appris que plus tard cette fonction se soit établie.

Angélique n'a jamais contracté de mariage; mais elle eût pu se faire passer pour homme. C'était, du reste, un individu sobre, de mœurs assez douces, et qui ne paraissait point porté vers les femmes.

Pour bien comprendre cette personnalité douteuse, il fallait jeter un regard en arrière. Je vais maintenant pénétrer dans les détails intimes de cette rare organisation.

L'aspect extérieur du cadavre traduisait tout d'abord des formes masculines; il était grand, et ses saillies musculaires se dessinaient fortement sous la peau. Il portait peu de barbe, et ses mamelles étaient plus développées qu'à l'état normal chez l'homme.

Un examen rapide de la région génitale externe porte naturellement l'esprit vers l'existence du sexe masculin. Ainsi, une sorte de verge, appendice d'un assez fort volume, l'absence de fente vulvaire et plusieurs autres particularités encore ont pu laisser croire qu'il n'existait là que les attributs légèrement déformés de ce sexe (1).

F. 1.

L'organe qui frappe d'abord les regards, et par son volume, et par sa grande ressemblance avec le pénis, c'est un corps situé à la partie supérieure de la région génitale externe, au-dessous du pénil. Il est formé de plusieurs parties qui lui donnent avec la verge une analogie complète. Ainsi, on y trouve un gland couvert d'un prépuce, et supporté par un corps de 5 à 6 cent. de long. (*a*) Le gland, de forme conique, a 1 cent. et demi de son sommet à sa base. Sa couronne, nettement séparée du reste de la verge, se fait remarquer par un développement assez grand des papilles. Une dépression limite, comme à l'état normal, la base du gland du reste de l'organe.

(*b*) Un prépuce, formé par un repli circulaire de la peau, entoure à peu près complètement la base du gland, qui reste ainsi découvert; mais le capuchon préputial peut aussi facilement être ramené sur le gland et lui former une enveloppe.

Ce gland diffère d'un gland normalement constitué en ce qu'il est imperforé; on n'y trouve absolument aucune ouverture; mais de sa face supérieure, on voit naître une espèce de rigole (*c*), à bords peu élevés, située sur la ligne médiane, plus large en bas qu'en haut, et qui aboutit en arrière à un orifice (*d*) légèrement rosé, de 2 millimètres de largeur, situé à 2 centimètres et demi de la racine de la verge.

Ce sillon est évidemment un reste de la scissure médiane primitive; il indique le défaut de formation de la paroi inférieure de l'urètre; il constituerait, s'il n'était lié à d'autres anomalies, ce vice de conformation qu'on appelle hypospadias.

L'ouverture, c'est le méat urinaire.

En arrière d'elle, on voit une légère dépression (*e*) médiane, sillon qui s'étend jusqu'à l'anus (*f*).

Ces parties, situées sur l'axe médian, sont circonscrites latéralement par deux saillies qui ne ressemblent pas tout à fait à des grandes lèvres, mais qui diffèrent aussi d'un véritable scrotum. Ainsi, de chaque côté de la ligne médiane, il existe deux soulèvements de la peau (*gg*) par les parties profondes sous-jacentes. Ces saillies sont à peu près ovoïdes, verticalement situées et revêtues par une peau brunâtre, ridée comme celle qu'on voit au scrotum et couverte de poils, surtout en dehors.

(1) *a*. Glandes du pénis. — *b*. Prépuce. — *c*. Rigole sous le gland. — *d*. Méat urinaire. — *d'*. Sonde introduite dans le canal. — *e*. Sillon qui s'étend jusqu'à l'anus. — *f*. Anus. — *g*. Scrotum.

On ne perçoit pas manifestement de testicules dans leur intérieur; seulement voici ce que montre une exploration attentive : à droite, on ne sent aucune masse dure et isolée dans cette saillie scrotale ou dans cette grande lèvre; mais à gauche, vers la partie supérieure, on constate la présence d'un noyau plus dur que le reste, et sur la composition duquel un examen anatomique minutieux pourra seul jeter de la lumière. C'est ce petit corps globuleux qu'A. Dubois désignait avec raison, selon nous, comme un testicule.

Tout cet appareil génital externe est surmonté par une saillie revêtue de poils fort analogues au mont de Vénus chez la femme.

Rien ne représente les petites lèvres, et il n'y a point de fente vulvaire.

Un tel examen dispose à croire qu'il s'agit là d'un individu du sexe masculin, dont les organes ont seulement offert un léger vice de conformation. Grande eût été l'erreur si l'on se fût arrêté à cette idée, et de l'examen de ce fait comme de plusieurs autres encore, il me paraît juste de conclure qu'il n'y a pour l'hermaphrodisme de *diagnostic certain qu'à l'autopsie*.

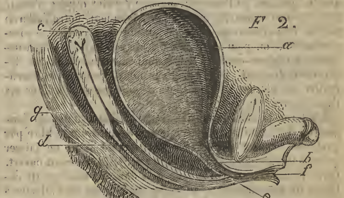
Mais, en poursuivant cette dissection, elle montre que les saillies situées de chaque côté de l'axe médian, grandes lèvres ou scrotum, ne contiennent que du tissu cellulo-graisseux. C'est à ce tissu, plus épais en arrière qu'en avant, qu'elles doivent leur forme ovoïde. En soulevant de chaque côté le coussinet cellulo-graisseux, on trouve les deux racines des corps caverneux. Ces corps caverneux sont volumineux; ils ont 6 centimètres de longueur, et ils naissent de chaque côté par un faisceau distinct qui prend insertion sur le bord antérieur et la face interne de la branche ascendante de l'ischion. De là ils s'étendent en avant, convergeant les uns vers les autres et s'unissant de façon à former le corps d'une véritable verge. Puis ils s'enfoncent dans le gland, et conservent avec lui les rapports qu'on leur connaît dans l'homme.

Ces corps caverneux ont une enveloppe extérieure fibreuse très résistante, et à leur intérieur on trouve un tissu érectile bien développé, de telle sorte que cet appareil devait jouir de toutes les propriétés des tissus érectiles. L'urètre est placé au-dessous de ces corps caverneux, et il suit un trajet creusé dans la gouttière que par leur accollement ils forment à la partie inférieure.

Cette première dissection ne précise pas la nature du sexe. La difficulté sera peut-être levée par l'autopsie de l'abdomen.

Après avoir incisé la paroi abdominale antérieure, je n'aperçus dans la cavité du petit bassin aucune disposition précise qui me permît de résoudre immédiatement la question. Toutefois, en cherchant à constater ce qui était contenu entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rectum, je sentis un corps dur mal limité et qui de suite me fit soupçonner l'existence d'un utérus. Mais un examen plus complet devenait nécessaire.

Afin de mettre dans cette description un certain ordre, je ferai connaître d'abord ce qu'on trouvait d'avant en arrière sur la ligne médiane dans la cavité du petit bassin; puis j'examinerai ce que la dissection révélait sur les parties latérales (1).



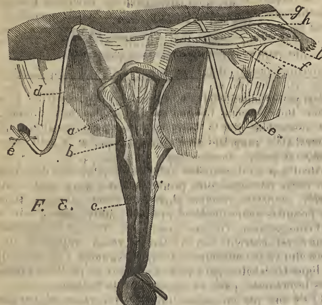
A. Derrière la symphyse pubienne, on rencontre une vessie (*a*) d'une assez grande capacité. Cette poche se termine par un col assez large, auquel fait suite un urètre (*b*), qui s'ouvre en dehors comme nous l'avons vu.

Un peu en avant du col de la vessie, sur la paroi inférieure de l'urètre, on voit une très petite ouverture (*c*), arrondie, qui laisse passer une sonde du n° 6. C'est l'ouverture du vagin (*d*). Ainsi, chose rare, le vagin s'ouvre ici dans l'urètre. Si la menstruation se fût développée chez A. Courtois, la conséquence de cette curieuse disposition eût été l'écoulement du sang des règles par l'urètre, et l'esprit du médecin se fût na-

(1) *a*. Veine. — *b*. Urètre. — *c*. Matrice. — *d*. Vagin. — *e*. Point où le vagin s'ouvre dans l'urètre. — *f*. Méat urinaire. — *g*. Rectum.

turellement porté vers l'idée d'une hématurie; on eût rencontré là, créé par la nature, ce que j'ai souvent vu reproduit artificiellement dans la guérison de certaines fistules vésico-utéro-vaginales avec communication de la cavité utérine avec la cavité vésicale.

En arrière de la vessie, la dissection a séparé des replis péritonéaux qui le cachaient un véritable utérus (*c*). Il n'y a aucun doute à émettre sur la nature de cet organe (1).



Sa forme est régulièrement triangulaire. La cavité (*a*), parfaitement lisse et même veloutée à son intérieur, mesure environ 3 centimètres et demi de longueur; elle offre trois angles, deux supérieurs et latéraux qui se dirigent vers les trompes, et un inférieur qui communique avec la cavité du col (*b*).

Cette cavité du col est reconnaissable aux plicatures obliques qui forment là un véritable arbre de vie.

Séparée de la cavité du corps par un léger rétrécissement, la cavité du col est irrégulièrement ovalaire, et possède au niveau de son plus grand renflement 1 centimètre et demi de largeur. Il n'existe aucune trace de museau de tanche et sans délimitation marquée on voit naître de l'utérus un vagin (*c*) de 6 centimètres de longueur, sans colonnes rugueuses, mais criblé d'une infinité de petits pertuis glandulaires.

Ce vagin, dont le calibre laisse pénétrer facilement un doigt de moyen volume, s'ouvre, comme je l'ai dit, à trois centimètres du col vésical sur la paroi inférienre de l'urètre.

En arrière de l'utérus, on trouve un rectum normalement conformé, dont l'anus, entouré de poils, s'ouvre à 6 centimètres de l'ouverture urétrale.

Jusqu'alors je n'ai à noter aucun excès dans le nombre des parties, car, dans ce qu'on a nommé le segment moyen des organes génitaux, il n'existe qu'une disposition féminine nettement tranchée. J'ai dû, toutefois, rechercher si, comme dans un cas très remarquable publié par M. Bouillaud, on ne trouverait pas quelque organe analogue à la prostate. Il n'en existait pas plus de traces que des vésicules séminales, ni des glandes de Cowper. En dehors et en arrière du vagin, on ne voyait qu'un tissu aréolaire abondamment rempli par un lacis veineux.

Voilà tous les organes qu'une dissection attentive m'a permis de constater sur la ligne médiane de la cavité pelvienne.

B. De chaque côté de l'utérus partent des ligaments dont la disposition est différente à droite et à gauche.

A droite (*fig.* 3), on trouve un véritable ligament large (*f*) avec ses trois ailerons. L'ovaire seul fait défaut.

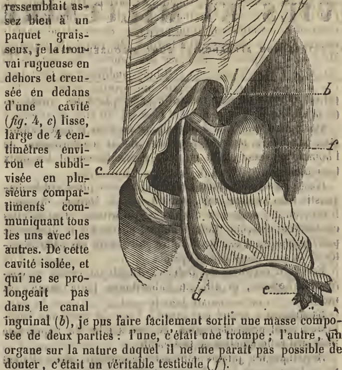
Lorsque ce ligament est étendu, on lui trouve transversalement 8 centimètres de largeur. Les trois ailerons sont à peu près disposés comme à l'état normal. Ainsi, l'antérieur est soulevé par un ligament rond (*g*) de 12 centimètres de ongueur, qui gagne l'orifice interne du canal inguinal et aboutit, dans l'étendue de ce canal (*e*), à une petite poche séreuse de la grosseur d'une noix. Cette poche est seulement recouverte par l'aponévrose du muscle grand oblique; elle ne contient aucun organe.

L'aileron moyen (*i*) est représenté par une bride fibreuse qui, par sa position et ses rapports, ne peut être autre chose que le ligament de l'ovaire; mais ce dernier organe n'existe pas, on n'en trouve aucun vestige. Seulement, entre l'aileron moyen et l'aileron postérieur dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on peut facilement isoler du milieu des vaisseaux quelques-uns de ces canalicules tubuleux et légèrement flexueux, connus sous le nom d'organe de Rosenmuller (*e*), et auxquels j'ai consacré quelques études dans ma thèse inaugurale.

L'aileron postérieur est constitué par une trompe (*h*) longue de 12 centimètres, terminée à son extrémité libre par quelques franges assez réunies ensemble pour ne laisser qu'un petit pertuis à la place d'un pavillon largement ouvert. Cette trompe n'est perméable que dans les trois quarts externes de son étendue. J'ai essayé vainement de l'injecter à l'aide d'un liquide coloré, jamais je n'ai pu faire pénétrer ce liquide jusque dans l'intérieur de la cavité utérine.

A gauche de l'utérus, il n'existe point de ligament large; un long cordon (*d*) part de l'angle supérieur gauche de l'utérus et va, traversant le canal inguinal, aboutir, au-dessous de son orifice externe, dans une poche à parois épaisses qu'on sentait à travers la peau, un peu au-dessus et en dehors de la grande lèvre gauche, là sans doute où Antoine Dubois avait cru trouver un testicule retenu à l'anneau.

Ce long cordon est formé de deux éléments, la trompe et le ligament rond. Je vais successivement examiner la poche séreuse qu'on constate en dehors du canal inguinal et ce qu'elle contient (1).



En disséquant avec soin cette masse lobulée, du volume d'une grosse noix, qui ressemblait assez bien à un paquet graisseux, je la trouvai rugueuse en dehors et creusée en dedans d'une cavité (*fig.* 4, *c*) lisse, large de 4 centimètres environ et subdivisée en plusieurs compartiments communiquant tous les uns avec les autres. De cette cavité isolée, et qui ne se prolongeait pas dans le canal inguinal (*b*), je pus faire facilement sortir une masse composée de deux parties: l'une, c'était une trompe; l'autre, un organe sur la nature duquel il ne me paraît pas possible de douter, c'était un véritable testicule (*f*).

La trompe (*d*) n'est méconnaissable pour personne; elle est représentée par une extrémité régulièrement frangée. Ce pavillon (*e*) est percé à son centre d'une large ouverture qui laisse facilement pénétrer un stylet, et permet d'injecter jusque dans l'utérus un liquide. Cette trompe est presque du double plus longue que celle du côté opposé, et cette extension est évidemment due à sa hernie en dehors du canal inguinal.

A côté de ce pavillon de la trompe, dans l'épaisseur d'un feuillet séreux, se trouve un organe qui, par ses rapports et sa forme extérieure, semble devoir être un ovaire; mais l'analyse anatomique que j'en ai faite m'a révélé dans sa structure les caractères les plus évidents d'un testicule.

Cet organe (*f*) est ovoïde; il a 2 centimètres dans son plus grand diamètre et 1 centimètre et demi dans son plus petit. Il est lisse dans la plus grande partie de son étendue, et semble recouvert par une véritable séreuse, sous laquelle on trouve une fibreuse qui lui forme une enveloppe complète. En un point pénètrent les vaisseaux sanguins qui l'alimentent.

Avant d'examiner la structure de ce singulier corps, mon esprit s'était arrêté à l'idée d'un ovaire, et je croyais trouver là ce tissu fibreux, blanchâtre, plus ou moins dense, renfermant ou non des vésicules; mais, à mon grand étonnement, il n'en fut rien. La matière qui constituait le tissu intérieur de cet organe était grisâtre, molle et filamenteuse; elle se laissait facilement amener au dehors par une pince, et l'on pouvait aisément l'étendre en longs filaments parfaitement isolables les uns des autres, d'égal volume, plus ou moins disposés en houppe. Devant une telle structure, qu'un simple examen à la loupe démontrait si bien, je ne pus guère hésiter à penser qu'il s'agissait-là de la matière tubuleuse d'un testicule. J'appelai à résoudre la question mon excellent ami M. le docteur Ch. Robin, dont personne n'ignore les profondes connaissances histologiques. Il voulut bien reprendre avec moi l'étude de ce corps singulier; il l'examina à la vue simple, exécuta plusieurs préparations microscopiques, et de ces recherches il est resté persuadé comme moi qu'il s'agit bien là d'une véritable substance testiculaire.

F. 5.

Ainsi à un faible grossissement de 10 diamètres on distingue nettement (*fig.* 5) les tubes, leurs contours, leurs nombreuses flexuosités, et assez souvent l'on constate bien leur terminaison en cul-de-sac arrondi. J'ai fait représenter les différents aspects de ces canalicules.

Les tubes sont très nombreux; ils forment presque à eux seuls toute la masse de l'organe; mais à l'aide d'aiguilles fines et sous l'eau on peut facilement isoler tous ces canalicules, dont la réunion constitue des agglomérats sans formes distinctes.

A un grossissement de 50 à 60 fois, on constate déjà la coloration jaunâtre du contenu de ces tubes. A l'aide de plus fortes lentilles on s'assure qu'ils renferment, comme les tubes séminifères normaux, surtout ceux des vieillards, dont l'organe est inactif et flétri, deux éléments, l'un l'épithélium, l'autre une matière formée de granulations jaunâtres de volume très variable, plus ou moins régulièrement arrondies. L'épithélium est assez petit, et formé de globules ronds.

Par l'aspect de leur contenu, ces tubes ne diffèrent en rien des tubes séminifères; car l'examen de tubes séminifères normaux ne m'y a jamais démontré l'épithélium cylindrique décrit par Henle, Huschke, etc. Toujours j'y ai rencontré de petites cellules arrondies pourvues d'un noyau assez étroit, parfaitement transparentes.

La terminaison en cul-de-sac a déjà été vue par plusieurs anatomistes, et Muller entre autres.

J'ai mesuré avec le plus grand soin un grand nombre de ces canalicules, et voici ce que j'ai trouvé. Leur calibre est assez variable, et peut s'étendre de 10/80 de millimètre à 15/80 de millimètre. Du reste, ils semblent égaux en volume dans toute leur étendue. L'examen comparatif fait sur des tubes séminifères normaux m'a donné de 15/80 à 30/80 de millimètre. Mais on doit se rappeler qu'il s'agit ici d'un organe atrophié qui ne peut livrer au dehors son produit sécrété.

Au milieu de ces canalicules tubuleux, on ne trouve que de rares vaisseaux sanguins.

Je ne pense pas qu'après un tel examen il puisse rester dans l'esprit le moindre doute. Jamais on n'a rencontré dans l'ovaire une semblable disposition tubuleuse, et l'on est nécessairement forcé de reconnaître qu'on a sous les yeux un testicule véritable, quoique imparfait dans certains détails de son organisation.

En résumé, pour caractériser cet hermaphrodite, et en divisant, à l'exemple de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, l'appareil génital en trois segments, je dirai que le segment externe de nature douteuse se rapprochait davantage du type masculin; que le segment moyen (utérus, vagin, et ajoutons les trompes) était essentiellement féminin, et qu'enfin le segment profond, mais d'un seul côté, était certainement masculin.

Avec de tels caractères, dans quel groupe d'hermaphrodites faut-il ranger Angélique Courtois? ou bien constitue-t-elle une variété qui n'ait pas encore été décrite? C'est ce qu'il faut d'abord examiner, en montrant ensuite combien l'étude du développement jette de lumière sur ces anomalies.

Deuxième partie.

Une comparaison ne peut s'établir qu'entre des objets nettement définis. Or dans l'histoire de l'hermaphrodisme, si riche de faits d'ailleurs, beaucoup d'observations manquent des détails nécessaires pour juger le point fondamental de la question, la nature testiculaire ou ovarique du segment profond des organes sexuels. On se voit à regret forcé de ne pas en tenir compte, et, dès lors, la compression n'est possible qu'entre un nombre de cas assez restreint. Mais tout d'abord nous déclarons que le sexe se juge seulement à la présence d'un testicule ou d'un ovaire.

Désormais, pour constituer une histoire complète de l'hermaphrodisme, il faudra, comme dans la plupart des questions tératologiques, multiplier les dissections et n'omettre aucun détail. On s'est trop borné jusqu'alors aux caractères généraux de cette anomalie, et on n'a point usé dans cette étude des ressources si précieuses de nos connaissances histologiques. C'est par ces minutieuses recherches qu'on peut espérer d'établir dans les hermaphrodites la détermination précise des espèces fondée sur leurs vrais caractères distinctifs: « Les observations les plus curieuses, les vues les plus nouvelles perdent presque tout leur mérite quand elles sont dépourvues de cet appui. (Cuvier, *Ossements fossiles*, 3e édition, vol. V, p. 14.)

Personne n'ignore que tous les hermaphrodites se rapportent à deux grandes catégories, les *hermaphrodites avec excès* dans le nombre des parties sexuelles, et les *hermaphrodites sans excès*, chez lesquels l'appareil sexuel reste essentiellement unique, mais présente dans quelques-uns de ses parties les caractères d'un appareil mâle, et dans quelques autres ceux d'un appareil femelle.

Si nous parcourons les divers genres d'hermaphrodites contenus dans ces deux grandes catégories, nous serons conduits à reconnaître qu'Angélique ne peut trouver son homologue, et forme une espèce à part.

Elle appartient à la classe des hermaphrodites sans excès, mais elle ne peut se rapporter à l'hermaphrodite masculin dont les segments profonds et moyens, essentiellement masculins, sont accompagnés d'un segment externe hermaphrodite. Toutefois, je dois faire remarquer qu'un simple examen avait conduit A. Dubois à ranger Angélique dans les hermaphrodites masculins. L'autopsie vient seule donner une sanction au diagnostic. Tant que le scalpel n'a point parlé, le doute est permis, et un jugement absolu n'est souvent qu'une assertion téméraire. Ainsi rien ne prouve que ce soldat de marine dont Home a tracé l'histoire fût un homme. L'observation publiée par M. Renauldin (Observation sur une conformation particulière, *Mém. de la Société méd. d'Emul. pour l'an V*, 1re édit., p. 241) semble se rapporter à une simple atrophie du segment externe des organes sexuels; mais rien ne le démontre, puisque l'homme vivait encore au moment de l'examen. Aussi une grande incertitude couvrira toujours la nature sexuelle de quelques individus placés durant leur vie dans certaines classes d'hermaphrodites.

Le doute doit être plus grand encore quand on rencontre un pénis plus ou moins volumineux, un gland imperforé, un prépuce mal conformé, l'urètre changé dans son étendue en un simple sillon, ou se continuant avec une véritable fente vulvaire, les testicules plus ou moins apparents dans les deux lèvres de la fausse vulve.

On trouve dans la science un bon nombre de faits entourés de ces caractères, et Angélique Courtois, de son vivant, eut dû prendre rang à côté d'Adélaïde Préville, véritable homme, qui fut mariée comme femme, et dont Giraud nous a conservé l'histoire.

Le fait qui sert de base à ce travail montre avec quelle

(1) *a.* Cavité du corps de l'utérus. — *b.* Cavité du col de l'utérus. — *c.* Vagin. — *d.* Ligament et trompe du côté gauche. — *e.* Orifice interne du canal inguinal. — *f.* Ligament large du côté droit. — *g.* Ligament rond. — *h.* Trompe. — *i.* Ligament de l'ovaire. — *l.* Corps de Rosenmuller.

(1) *a.* Partie inférieure de l'aponévrose abdominale gauche. — *b.* Orifice interne du canal inguinal. — *c.* Poche fibreuse contenant la trompe et le testicule. — *d.* Trompe. — *e.* Son pavillon. — *f.* Testicule.

prudence doivent être conçues dans ces cas les affirmations sur la nature du sexe. L'examen isolé des organes génitaux externes est insuffisant pour éviter l'erreur ; aussi ne puis-je accepter avec certitude les conclusions d'un rapport qui déclarait homme une nommée *Marie-Jeanne* dont M. Worbe nous a tracé la curieuse existence (*Bullet. de la Société de méd.*, 1815, n° 10, page 180). Ainsi élevée comme fille jusqu'à dix-neuf ans et trois fois sur le point de se marier malgré certaines dispositions viriles, elle résolut, n'étant point conformée comme une autre femme, de se soumettre à l'examen d'un médecin. M. Worbe, qui la vit, lui déclara qu'elle était homme. Une requête fut dès lors adressée au tribunal de Dreux en 1813, à l'effet de rectifier le sexe ; le tribunal prononça dans le sens de M. Worbe. Voyons sur quels faits il s'appuyait :

« Examen fait, nous avons reconnu, disent les auteurs du rapport, que le scrotum était divisé dans toute son étendue ; dans chacune de ses divisions, un corps que nous reconnaissons être un véritable testicule, dont le droit est plus volumineux et plus descendu que le gauche, et entre ces deux corps une prolongation charnue ayant une fente à son extrémité et imperforée, recouverte par un prolongement de la peau qui n'est autre chose que le prépuce et sa prolongation. La verge est très peu développée, et au-dessous, à un pouce et demi environ en avant de la marge de l'anus, une ouverture qui est la véritable ouverture de l'urètre. »

Ne retrouve-t-on pas dans ces lignes la description d'Angélique Courtois, et ne croit-on pas lire le rapport que dressait sur elle l'homme éminent que nous avons cité en commençant ce travail?

Les recueils scientifiques renferment un certain nombre de faits analogues à celui sur lequel le tribunal de Dreux était appelé à se prononcer. L'analyse approfondie que j'ai faite d'Angélique Courtois me dispensera de montrer en quoi de pareils faits manquent de certitude.

Pour donner à un rapport médico-légal une certaine force de certitude, il serait nécessaire de s'assurer par le toucher rectal de l'existence ou de l'absence de l'utérus, comme l'a fait M. Benoit dans une consultation médico-légale relative à un cas d'hermaphrodisme (*Gaz. méd.*, 1841, page 249) ; il faudrait se rappeler que les ovaires descendent parfois dans les grandes lèvres, que parfois aussi certaines tumeurs graisseuses se montrent en place des testicules, et qu'un certain degré de probabilité ne s'acquiert qu'aux conditions d'un examen très approfondi.

En résumé, notre hermaphrodite n'appartient à aucun des genres de l'hermaphrodisme masculin.

Est-ce à l'hermaphrodisme dit féminin que se rapportera le fait singulier que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie? Selon moi, un examen superficiel conduirait à ranger Angélique Courtois dans cette catégorie. En effet, le segment extérieur est hermaphrodite, le segment moyen est féminin, et, quoique le segment profond ne soit représenté que d'un seul côté, si on s'arrêtait à la forme générale et aux rapports de cet organe, on ne verrait là qu'un ovaire; mais un examen détaillé nous y a montré un testicule. En ne tenant pas compte de ce dernier fait, on eût retrouvé dans Angélique Courtois tous les caractères assignés par M. Geoffroy à un troisième genre d'hermaphrodisme féminin dans lequel le clitoris est développé d'une façon excessive, en même temps qu'il existe une imperforation plus ou moins complète du canal sexuel. Dans ce genre, qui renferme des observations incomplètes de Clauder (*Ephém. nat. curios.*, 2 déc. an III) et de Schneider (*Obs.* 75), nous rencontrons aussi Michel-Anne Drouart, hermaphrodite qui inspira les travaux de Morand, Ferrein, etc. Mais on ne trouve pas dans toutes ces recherches une rigoureuse analyse anatomique ; aussi la littérature médicale, si abondamment fournie à l'article *Hermaphrodisme*, ne sert pas autant qu'on pourrait le penser.

Angélique Courtois ne peut pas être classée dans cette catégorie désignée par M. Geoffroy Saint-Hilaire sous le nom d'*hermaphrodisme neutre*, et caractérisée par un appareil sexuel présentant des conditions intermédiaires entre celles du mâle et celles de la femelle et n'étant réellement d'aucun sexe.

Est-ce dans le dernier ordre des hermaphrodites sans excès qu'elle trouvera sa place?

Le savant tératologue dont nous analysons ici les idées a nommé *hermaphrodisme mixte* un ordre particulier de cette anomalie dans laquelle on trouve réunies dans l'appareil sexuel des parties mâles et des parties femelles ; tantôt c'est l'un des côtés qui est mâle et l'autre femelle (*hermaphrodisme latéral*) ; tantôt l'hermaphrodisme est dit superposé, quand il s'agit d'un défaut d'harmonie entre le segment profond, que je caractérise par les ovaires et les testicules, et le segment moyen, dans lequel je trouve tous les conduits (trompe, utérus et vagin, épididyme, canaux déférents, vésicules séminales, etc.). C'est dans l'hermaphrodisme superposé qu'Angélique Courtois doit être placée; mais elle en constitue une espèce à part, qui représente une certaine phase du développement embryonnaire. Ainsi, dans l'hermaphrodisme superposé, les deux segments profonds peuvent être masculins, les deux segments moyens étant féminins, et de même ceux-ci peuvent être masculins, les profonds étant féminins.

Le premier cas, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, résulterait de l'association du testicule, des épididymes et des canaux déférents avec une matrice et un vagin ; le second, de l'existence de véritables ovaires et de trompes chez un sujet d'ailleurs pourvu d'une prostate, de vésicules séminales et d'un urètre viril, au moins quant à sa portion intra-pelvienne. Dans les deux cas, le segment externe est mixte.

Angélique Courtois n'offre pas les caractères typiques de ces deux variétés; elle constitue une variété nouvelle de laquelle se rapprocherait un fait d'hermaphrodisme publié par M. Mayer, de Bonn. Je rappellerai très brièvement les détails caractéristiques publiés par le professeur de Bonn.

L'hermaphrodite qu'il a décrit était depuis fort longtemps connu du public médical; il avait successivement parcouru la France, l'Angleterre, l'Allemagne, et une sorte de célébrité s'attachait au nom de Marie-Dorothée Derier.

Reconnue comme femme à l'état civil, Marie Derier se rangea à l'avis d'un certain nombre de médecins qui l'examinèrent et crurent voir en elle un individu du sexe masculin. Elle mourut avec les habits d'homme. Son cadavre, soigneusement examiné par M. Mayer, présentait dans certains points une grande analogie avec Angélique Courtois. On y trouva un pénis de deux pouces terminé par un gland volumineux qui recouvrait incomplétement un prépuce; de ce gland partait un léger sillon aboutissant à l'orifice du canal de l'urètre. Mais là se trouvaient quelques différences : des vestiges de caroncules myrtiformes, un vestibule conduisant en haut dans l'urètre, en bas dans le vagin, une prostate existaient chez Dorothée Derier et ne se trouvaient pas chez Angélique Courtois.

Le vagin et l'utérus étaient à peu près conformés comme chez notre hermaphrodite; mais il existait deux trompes de longueur inégale, perméables dans toute leur étendue jusqu'à leur ouverture abdominale, qui était imperforée.

Quant au point capital de la question, nous ne trouvons dans l'observation de M. Mayer que ces quelques lignes : « Du côté droit, près de l'extrémité libre de la trompe, est un petit corps ovale, aplati, auquel se rend un cordon de vaisseaux et de fibres musculaires; sa forme est celle d'une petite amande; son parenchyme, composé évidemment d'un tissu mou, jaune, filamenteux, ressemble tout à fait à celui d'un testicule; on peut très bien en retirer les vaisseaux séminifères, et on reconnaît dans le cordon l'artère et la veine spermatiques.

» A gauche, derrière et un peu en dehors de l'ouverture abdominale de la trompe de ce côté, se trouve également un petit corps rond, aplati et entouré de péritoine; mais son tissu est grumeleux et se compose de petits grains conglomérés, de sorte qu'il ressemble plutôt à un ovaire qu'à un testicule. » (*Gaz. méd.*, 1836, p. 611.)

Nous regrettons beaucoup que le professeur de Bonn, si minutieux quand il s'agit de décrire la longueur des membres de son hermaphrodite, se soit montré si peu riche de détails sur cette disposition fondamentale, la structure intime des organes profonds. Mais que ce cas nous représente ou non l'exemple d'un testicule se substituant à un ovaire au voisinage d'une trompe ou d'une matrice, la possibilité du fait ne peut plus aujourd'hui être mise en doute devant les détails dont nous avons entouré l'histoire d'Angélique Courtois. Mais, désireux d'insister sur ce point, je vais brièvement rappeler des faits qui pourront mieux indiquer le caractère différentiel de la variété que je décris.

Ackermann constata sur un enfant nouveau-né, à l'extérieur, un clitoris considérable ou pénis imperforé, creusé en gouttière à sa surface inférieure, et plus bas une vulve dans les lèvres de laquelle on sentait les testicules absolument comme dans les cas les plus ordinaires d'hermaphrodisme masculin; cette vulve conduisait, d'une part, à la vessie, de l'autre, à une matrice globuleuse et à parois minces ; de cette matrice naissaient deux *conduits analogues aux canaux déférents et conduisant à deux épididymes et à deux testicules dont la structure était normale.* (Ackermann.)

Chez un enfant nouveau-né cité par Hèglehner (*De hermaphroditorum naturâ*; Bamberg, 1816), il existait des testicules et des épididymes intra-abdominaux et un peu imparfaits, en même temps qu'un vagin et une matrice dans un cas analogue cité par Mayer dans ses *Dcas. hermaphroditorum*; ces testicules, placés dans l'abdomen, étaient aussi unis à des épididymes.

C'est sur une chèvre disséquée par MM. Martin Stange et Geoffroy Saint-Hilaire qu'on trouva les caractères typiques de la variété où les testicules adhèrent à des épididymes. Il existait une vulve et un corps cylindrique assez volumineux, imperforé, représentant le clitoris, et pourvu inférieurement d'un sillon très marqué. Les ovaires étaient remplacés par des testicules parfaits, placés immédiatement au-dessous des anneaux inguinaux et munis d'épididymes. Ces derniers se continuaient avec des canaux assez allongés, semblables aux conduits déférents par leur extrémité épididymique; mais par l'autre aux cornes de l'utérus, et aboutissant, en effet, aux angles de la matrice.

Enfin, Valmont de Bomare (sur une espèce d'hermaphrodisme dans un individu de l'espèce du daim, *Journ. de phys.*, 1775, t. VI, p. 501) parle d'un daim qui possédait, avec deux véritables testicules placés immédiatement au-dessus des anneaux inguinaux, avec une matrice, des ligaments larges et un vagin imparfait. A l'extérieur, l'hermaphrodisme était indiqué par le développement du clitoris et la petitesse de la vulve.

Je pourrais recueillir encore un certain nombre de faits analogues, mais ils ne nous apprendraient rien de nouveau ; et dans cette revue rétrospective il est facile d'apercevoir toute la différence qui sépare Angélique Courtois des autres hermaphrodites. Tous nous ont offert, à côté d'un vagin et d'une matrice, des testicules adhérant à des épididymes ou à des canaux déférents. Avec le cas de Marie-Dorothée Derier, Angélique Courtois constitue une variété nouvelle, et son caractère ressort d'une séparation complète entre le testicule et le conduit excréteur représenté par la trompe. Ne retrouvons-nous pas ici la reproduction fidèle d'un état embryonnaire dans lequel l'organe fondamental du sexe masculin est isolé de ses conduits excréteurs?

Si, profitant de toutes les connaissances anatomiques, on cherche désormais à mieux analyser, dans les hermaphrodites, la structure intime des organes fondamentaux du sexe, peut-être trouvera-t-on des exemples analogues à celui que je signale ici. Par sa forme, par ses rapports avec une trompe si régulière, le testicule, chez Angélique Courtois, pouvait être méconnu. Je lis dans la thèse de Morand (1749) que l'hermaphrodite célèbre observé par lui en 1746, à l'âge de quatorze ans, possédait un vagin, une matrice, puis à gauche un testicule avec un épididyme intra-abdominaux, et en même temps, à droite, une trompe et un ovaire. Or, rien n'établit ici la nature de l'ovaire, et on la décide par la raison du voisinage.

J'aborde maintenant une question délicate, les rapports qui existent entre l'état anatomique d'Angélique Coutois et certaines lois du développement embryologique.

Les travaux de quelques embryologistes modernes tendent à établir une identité absolue et primitive dans l'appareil génital des deux sexes. Ces caractères, identiques et primitifs, se rapporteraient, selon quelques-uns, à la forme du sexe féminin, dont le sexe masculin ne constituerait ainsi qu'un perfectionnement. Malgré ce qui répugne à l'esprit humain dans cette idée, on ne peut s'empêcher de reconnaître une remarquable identité dans la constitution extérieure des deux sexes. Mais de cette identité extérieure à une identité absolue, essentielle, il y a loin, et les expériences de grands naturalistes, rappelées avec grand soin par M. Coste (*Hist. génér. et partic. du développ.*, 1er fascic., p. 27), ne permettent pas de reconnaître autre chose qu'un état apparent qui cache une séparation primordiale des deux sexes. Cela établi, rappelons quelques phénomènes qui se passent dans les premiers temps du développement embryonnaire.

Primitivement, l'organe fondamental du sexe (testicule ou ovaire) est séparé de son conduit excréteur. Quand le sexe masculin va se constituer, on voit l'extrémité supérieure de la ligne blanchâtre que forme le conduit excréteur se plisser très légèrement, puis, se rapprochant de l'organe fondamental, s'y unir par un crochet brusque. L'union établie, l'épididyme subit une rapide évolution, et les flexuosités augmentent.

Si, au contraire, l'individu est dévolu au sexe féminin, les flexuosités ne s'établissent pas, mais le conduit génital se renfle seulement un peu à son extrémité supérieure; il reste légèrement écarté de l'ovaire, et tout persiste avec les caractères du sexe femelle.

Peut-on, avec ces faits, reconstituer l'histoire embryologique d'Angélique Courtois? Je le pense. Ainsi, chez elle, il y a eu arrêt dans le développement du conduit excréteur. L'union ne s'est pas établie entre lui et le testicule, et l'indépendance des deux segments profond et moyen persiste comme dans le sexe femelle. Au contraire, dans presque tous les cas rappelés plus haut, le testicule s'était déjà uni à son canal excréteur, et les flexuosités de l'épididyme avaient, à côté d'une matrice et d'un vagin, acquis leur plus grand développement.

Mais si le segment profond ne peut pas subir de transmutation, il n'en est point de même du segment moyen. Dans les deux sexes et au début, on trouve ce segment moyen représenté par un appareil bicorne qui possède avec une matrice et des trompes la plus grande analogie. A ce titre, on pourrait dire que tous les embryons sont d'abord femelles.

Dans le sexe masculin, cette matrice et ces trompes se changent en vésicules séminales, canaux déférents et épididyme, par une bifurcation plus complète et le développement des flexuosités.

Chez A. Courtois, nous retrouvons encore l'état embryonnaire bien marqué, surtout par l'ouverture de l'urètre dans le vagin.

Quant au segment externe, il est aussi représenté dans la série des développements embryonnaires. Il nous rappelle cette période transitoire qui conduit à l'appareil du sexe masculin, et dans laquelle la fente embryonnaire déjà formée a laissé sa trace dans un léger sillon.

En résumé, A. Courtois offre dans les diverses parties de son système génital la représentation exacte de certains états embryonnaires, et la théorie de l'arrêt de développement trouve ici à chaque pas une heureuse confirmation.

Si j'ai tant insisté sur le caractère fondamental du sexe d'Angélique Courtois, c'est qu'il me paraît dominer dans toute la vie de cet individu, et à ce point de vue encore l'histoire psychologique des hermaphrodites serait très curieuse à reconstruire. Certains d'entre eux, et A. Courtois fut de ce nombre, viennent souvent réclamer un sexe qu'à la naissance on leur a refusé. Il n'y a donc pas chez eux ce qu'on pourrait appeler à juste titre une *indifférence sexuelle*. Si l'on cherchait la raison d'être de cet instinct qui les pousse tantôt vers un sens, tantôt vers un autre, ne la trouverait-on pas dans la nature testiculaire ou ovarique des organes sexuels profonds. Plusieurs faits pourraient être apportés à l'appui de cette opinion. Ils se trouveraient dans les modifications profondes apportées à la constitution et aux habitudes des animaux auxquels on enlève les testicules; on pourrait aussi les emprunter aux récentes expériences de M. Berthold sur la transplantation des testicules de coq dans l'abdomen des poules. (*Nachrichten von der universitat und der Konigl. Gesellschaft der Wissenschuften zer Gœttengen*, 1849.) Mais c'est dans la question de l'hermaphrodisme un point de vue que je ne fais que signaler en terminant.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 décembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Emploi des corps gras et résineux en médecine.

M. Renault, pharmacien, adresse une note sur l'emploi des corps gras et résineux en médecine.

L'auteur, d'après les travaux de M. Bernard sur le rôle physiologique du suc pancréatique et son influence sur l'absorption des corps gras, et le rapport de M. Dumas, d'où il résulte : 1° que l'action du suc pancréatique est indispensable pour produire l'absorption des huiles, qui, sans cela, passent par les déjections ; 2° que ce suc, toujours en petite quantité à l'état normal, s'altère et dis-

paraît chez les malades, l'auteur conclut : 1° qu'on ne doit administrer en nature que les huiles qui doivent produire un effet laxatif; 2° qu'il est essentiel de faire subir, au contraire, une action analogue à celle du suc pancréatique aux huiles médicinales qui doivent agir par absorption et porter leurs éléments dans le sang même. Il résulte encore, d'après l'analogie physiologique et d'après des faits précis, que le caséum, celui du lait d'ânesse surtout, peut, quand il est préparé convenablement, solidifier les huiles, les rendre complétement absorbables, permettre une dose trois fois moins considérable avec plus d'effet utile et faciliter leur ingestion; le même fait s'applique aux résines et gommes-résines dont l'absorption peut être jugée nécessaire par le médecin. (Commissaires : MM. Louis, Caventou et Bouchardat.)

Culture de l'opium en Algérie.

M. Chérot, colon agricole à Bou-Ismaël (Algérie), présente quelques considérations sur la culture de l'opium en Afrique, à l'occasion de la dernière lecture de M. Chevallier sur ce sujet. (Commission nommée.)

Traitement du tétanos traumatique.

M. Joseph Beyran, médecin de l'hôpital de Tershané, à Constantinople, adresse un mémoire sur un mode de traitement du tétanos traumatique avec des observations. Le traitement exposé par M. Beyran consiste dans l'emploi simultané du chloroforme, des bains de vapeur et des frictions. (Commissaires, MM. Larrey et Bégin.)

Tannate de zinc.

M. Barnit, pharmacien, adresse un mémoire relatif au tannate de zinc. (Commissaires, MM. Collineau et Bouchardat.)

Ventouse à refoulement.

M. Blatin adresse une note sur une ventouse à refoulement, qui n'est autre chose qu'une cupule en caoutchouc qui revient sur elle-même quand on en rapproche les parois et fait ainsi le vide.

Syphilisation.

M. Pagès, étudiant en médecine, informe l'Académie qu'il s'est soumis à des expériences de syphilisation qui l'ont amené à un état de *quasi-immunité*, et il se met à la disposition de la commission nommée pour examiner le médecin allemand.

RAPPORTS.

Topographie médicale du Chili.

M. Renauldin lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lafargue, résidant au Chili, et qui a pour objet de faire connaître cette contrée sous le rapport de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique et de l'hygiène de ses habitants.

La commission propose : 1° d'adresser à M. Lafargue une lettre de remercîments; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants en pays étrangers. (Adopté.)

LECTURES.

Des épaules du fœtus considérées comme cause de dystocie dans la présentation de l'extrémité céphalique.

M. Jacquemier lit un travail sur ce sujet.

Les épaules et la partie supérieure du tronc du fœtus, par le fait d'un développement considérable mais normal, peuvent-elles dans quelques cas, contrairement à l'opinion universellement reçue, devenir dans la présentation de l'extrémité céphalique un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement?

En d'autres termes :

1° Faut-il ranger le volume des épaules retenues à l'entrée du bassin parmi les causes qui peuvent arrêter la tête dans le trajet qu'elle a à parcourir du détroit inférieur à la vulve?

2° Après la sortie spontanée ou artificielle de la tête au dehors, les épaules peuvent-elles mettre à la sortie du tronc un obstacle tel qu'il soit impossible à l'utérus seul ou secondé par les moyens en notre pouvoir de le débarrasser au moins aussi promptement que l'exige la situation précaire de l'enfant?

Telles sont les questions que l'auteur s'est proposé d'examiner dans ce mémoire.

Les faits y énoncés démontrent :

1° Que, dans la présentation de l'extrémité céphalique, les épaules du fœtus peuvent dans des cas exceptionnels, moins rares qu'on ne le suppose, devenir une cause très sérieuse de dystocie;

2° Ces cas exceptionnels se rapportent, en général, à des fœtus très développés et surtout à la prédominance du volume du tronc sur la tête;

3° Les deux variétés de dystocie par le volume des épaules admises autrefois sont réelles et doivent être conservées;

4° Lorsque la tête est retenue dans le fond de l'excavation pelvienne par les épaules arrêtées au détroit supérieur, le forceps, bien qu'en réalité irrationnel, est peut-être la seule ressource pratique qui reste;

5° Lorsque la tête est dehors, les tractions sous les aisselles, même énergiques, ne font pas courir de dangers sérieux à l'enfant, mais elles sont assez souvent insuffisantes ou inapplicables;

6° Le dégagement successif des deux bras est de nature à faire concevoir des espérances qu'une expérience ultérieure peut seule justifier. (Commissaires : MM. Danyau et P. Dubois.)

Hermaphrodisme.

M. Follin lit la description d'une nouvelle variété d'hermaphrodisme avec quelques remarques sur la détermination précise du sexe. (Voir ci-dessus.)

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er décembre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Causes de la présence du sucre dans les urines.

M. Reynoso communique une nouvelle note sur la présence du sucre dans les urines.

Dans ses notes précédentes, l'auteur a cherché à constater la liaison qui existe entre la respiration et la présence du sucre dans les urines, de telle sorte que toute cause jetant quelque trouble dans l'accomplissement de cette fonction occasionnait le passage du sucre dans les urines.

L'auteur a aussi parlé de la médication hyposthénisante qui préserve une partie du sang de l'action de l'oxygène. J'ajouterai, dit-il, aux exemples déjà donnés que chez des chiens soumis à un traitement d'arsenic, de plomb, de sulfate de fer, chez des malades traités au carbonate de fer, on a toujours constaté la présence du sucre dans les urines.

M. Reynoso aborde maintenant la deuxième partie de ses recherches. Lorsque la respiration viendra à être troublée, soit par une maladie propre du poumon ou par l'effet d'une autre affection qui jette quelque trouble dans son accomplissement normal, il y aura du sucre dans les urines.

L'auteur a constaté sa présence aussi dans les urines des tuberculeux, et la quantité en était d'autant plus grande que la période de la maladie était plus avancée et que les phénomènes inflammatoires étaient plus intenses.

Dans la pleurésie, dans la bronchite chronique, il y a aussi du sucre dans les urines. Il y en a aussi dans l'asthme.

On en trouve aussi dans les cas d'hystérie et d'épilepsie.

Dans le choléra, il doit y avoir du sucre dans les urines; car, d'après les expériences de M. Rayer, le poumon ne fait dans cette maladie subir à l'air aucun ou presque aucun changement. Il serait à désirer que les médecins qui sont à même d'étudier ces maladies recherchassent la présence du sucre dans les urines des malades.

Traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargireux.

MM. Hochard et Sellier soumettent au jugement de l'Académie les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la couperose de l'emploi de l'iodure de chlorure hydrargireux, de M. Boutigny.

Chez 10 malades, l'éruption, de date fort ancienne, avait été inutilement combattue par des médications suivies et régulières. Au lieu de s'amender, le mal, chez la plupart, s'était élevé du degré érythémateux au degré pustuleux; la santé enfin se trouvait généralement compromise par de fâcheuses complications : soit des migraines opiniâtres, des palpitations, de la gastralgie, de la constipation ou un trouble notable dans la menstruation. Tous ces accidents ont cédé dans l'espace de deux à six mois au plus. Les téguments dégorgés, modifiés, ont recouvré leurs propriétés normales en même temps que disparaissaient les complications, que se régularisaient les fonctions, que cessait l'étiolement, que se raffermissait, en un mot, la santé générale. Sous l'empire de cette stimulation, la peau s'anime, la circulation s'accélère, la chaleur augmente, une *poussée* abondante, tantôt de simple sérosité, tantôt de matière puriforme, s'échappe des follicules entr'ouverts, et se convertit, au contact de l'air, en croûtes qui recouvrent les parties altérées; survient alors une détente, les croûtes tombent, laissent à nu une surface de moins en moins indurée à mesure que les opérations se répètent. Par un procédé inverse, il s'effectue ici ce que réalisent certaines médications internes produisant des *poussées* du dedans à la périphérie. Seulement, né au dehors, le principe des crises se répand dans l'économie entière, pour revenir aboutir au point d'où il procède...

Les auteurs emploient souvent l'iodure de chlorure hydrargireux à l'intérieur en sirop et en pilules. Quelquefois ils se bornent aux applications externes, suffisamment efficaces, et dont il est plus aisé de graduer l'action selon la sensibilité individuelle.

Dans la préparation qu'ils ont adoptée, le composé médicamenteux entre pour 75 centigr. sur 60 grammes d'axonge. Une seule friction suffit dans la journée, le soir ou le matin. Elle doit être limitée aux surfaces malades. La réaction ne tarde pas à se manifester avec la série de phénomènes signalés. On renouvelle les frictions deux ou trois jours de suite après; on les suspend un même intervalle pour les reprendre et les continuer de la sorte jusqu'à la cure définitive, à moins que des accidents exceptionnels n'obligent à des suspensions plus prolongées.

On acquiert, en général, la preuve de l'influence curative du traitement par la diminution progressive du trouble réactionnel, de la vigueur des poussées.

Acide particulier du poumon.

M. Dumas présente, de la part de M. Verdeil, une note sur un acide particulier sécrété dans le parenchyme pulmonaire de la plupart des animaux, un acide particulier cristallisé, formant avec les bases des combinaisons également cristallisées. Cet acide, sécrété par le parenchyme pulmonaire, se trouve en partie à l'état libre, et en plus grande masse à l'état de sel de soude.

Cet acide, obtenu à l'état cristallisé, est un corps brillant, réfractant fortement la lumière. Chauffé à 100 degrés, il ne perd pas d'eau de cristallisation; à une température plus élevée, il crépite et se fond, puis se décompose, en donnant lieu à des produits empyreumatiques; il reste un charbon volumineux qui disparaît sans laisser trace de cendres.

Ce corps est très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool froid, mais soluble dans l'alcool bouillant; il est insoluble dans l'éther. L'analyse élémentaire montre que cet acide est formé des éléments : carbone, hydrogène, azote, soufre et oxygène, dans des proportions définies.

L'acide du poumon forme des sels cristallisés avec les bases, et chasse l'acide carbonique des carbonates.

La présence d'un acide sécrété par le parenchyme même du poumon nous semble avoir une haute portée physiologique. En effet, l'acide sécrété se trouve en contact avec le carbonate de soude du sang amené par les vaisseaux capillaires; il décompose ce sel en se réunissant à la soude, et l'acide carbonique devenu libre peut s'exhaler par la respiration.

La présence d'une partie de cet acide à l'état libre dans le poumon indique que c'est bien dans ce viscère qu'il se forme et non dans le sang, qui est alcalin.

En s'unissant à la soude du sang, l'acide du poumon ne change en rien la réaction de cette humeur, puisqu'il prend seulement la place de l'acide carbonique qui est chassé par la respiration.

Nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux.

M. Waller, de Bonn, communique la description succincte d'une nouvelle méthode pour l'étude du système nerveux, qui est également applicable à la recherche de la distribution anatomique du cordon nerveux et pour le diagnostic des maladies du système nerveux pendant la vie et après la mort. Ce procédé consiste dans la section des diverses parties du système nerveux, soit les nerfs, soit la moelle épinière, de manière à interrompre leur connexion avec les parties centrales, et après avoir gardé l'animal en vie pendant un temps plus ou moins long, qui a varié entre un ou deux jusqu'à deux ou trois mois, de déterminer à l'aide du microscope les changements qui sont survenus dans les parties périphériques et centrales.

Chronique et nouvelles.

Par décret de M. le président de la République, M. Chargé, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Par décret du 26 novembre sont nommés chevaliers les officiers de santé dont les noms suivent, en récompense du grand dévouement dont ils ont fait preuve pendant la dernière épidémie cholérique dans la province d'Oran :

MM. Catteloup, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Tlemcen; Souville, chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de Tlemcen; Duponchelle, chirurgien sous-aide en Algérie.

— M. Winter, chirurgien-major de 2e classe au 7e léger, est désigné pour le 6e léger.

M. Collin, chirurgien-major de 2e classe au 22e léger, est désigné pour le 16e de ligne.

M. De Laqueille de Boussac, chirurgien-major de 2e classe sans destination, est désigné pour le 22e léger.

M. Lelouis, chirurgien-major de 2e classe sans destination, est désigné pour le 25e léger.

— *Maladies des yeux.* — M. Tavignot a commencé son cours le lundi 1er décembre, à onze heures précises, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure, à son dispensaire, 8, rue Grégoire-de-Tours, près la rue de Bussy.

Dans nos derniers numéros 137 et 138, il s'est glissé une omission que nous tenons à réparer, c'est que les articles sur *l'épicanthus acquis* et sur une *espèce de tumeur lacrymale encore non décrite*, sont de M. Sichel.

Le Gérant, ...

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 141. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 141. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Opération césarienne et fistule vésico-vaginale.

On admet généralement, et nous croyons que c'est avec raison, que les grandes opérations ont des suites moins heureuses à Paris qu'en province; cela est-il certain, du moins en ce qui concerne l'opération césarienne? Toutefois, pour cette dernière opération, on ne saurait déterminer d'une manière précise les rapports de cette différence, et cela tient à l'absence des statistiques médicales exactes, à ce que les faits qu'on publie sont souvent des faits choisis, ou tout au moins accidentels, qui ne peuvent en rien servir à la connaissance de la loi générale de la mortalité après telle ou telle opération. Ces considérations, qui n'avaient point échappé à notre savant maître lorsqu'il rédigeait son remarquable article sur l'opération césarienne, dans le *Dictionnaire en* 30 *volumes*, ont également frappé un de nos honorables correspondants, M. Boireau. Notre confrère est même disposé à croire que, si l'on constate plus d'insuccès que dans la clientèle civile, c'est que, dans les hôpitaux, on connait tous les faits, tandis que dans la pratique privée beaucoup restent ignorés. M. Boireau voudrait donc l'établissement de chambres médicales dans chacun de nos arrondissements, et où chaque médecin viendrait faire connaitre les résultats de sa pratique. Nous n'espérons pas que le projet, au fond si digne d'approbation de M. Boireau, puisse se réaliser jamais; nous ne croyons même pas que la discrétion, imposée dans nombre de circonstances au médecin, permit de le tenter; mais ce qu'on ne pourrait point obtenir officiellement et obligatoirement, on le pourrait par les efforts et la loyale franchise du corps médical. Si donc nous n'avons point ces statistiques que désire avec tant de raison M. Boireau, nous ne pouvons nous en prendre qu'à nous-mêmes : nous les aurons quand nous le voudrons.

Quoi qu'il en soit, après les nombreuses observations que nous avons publiées de succès à la suite d'opérations césariennes pratiquées en province, M. Boireau nous en communique, avec une bonne foi qui l'honore, une qui a eu un résultat moins heureux. Cette observation offre d'ailleurs de l'intérêt sous d'autres rapports, et particulièrement par cette circonstance, qu'elle avait été opérée par M. Jobert pour une fistule vésico-véginale qui était parfaitement guérie.

Grossesse après une opération de fistule vésico-vaginale. — Etroitesse congéniale du bassin. — Opération césarienne. Mort.

La femme qui fait le sujet de cette observation, dit M. Boireau, a déjà subi une autre opération, qui a été pratiquée avec succès par M. Jobert (de Lamballe), pour une fistule vésico-vaginale qui s'était produite sous l'influence de la pression de la tête d'un premier enfant que cette femme eut il y a trois ans, et que j'ai été obligé d'extraire par les voies naturelles après avoir préalablement vidé la cavité crânienne. L'application du forceps, à cette époque, était praticable au-dessus du détroit supérieur.

Cette année, cette femme, âgée de vingt-six ans, s'est trouvée grosse de nouveau; quoique M. Jobert, me dit-elle, lui ait laissé croire qu'une nouvelle grossesse n'était guère possible, il lui a cependant recommandé qu'en cas où, par impossible, elle deviendrait enceinte, elle devait avoir recours à la saignée plusieurs fois répétée dans le cours de la grossesse, pour amoindrir le volume du fœtus. Je saignai trois fois, à deux mois d'intervalle chaque fois. Cette précaution devint inutile, quoiqu'elle ait agi efficacement, puisque l'enfant n'était pas très volumineux; mais l'étroitesse du diamètre antéro-postérieur ayant encore augmenté, et l'opération que cette femme a subie (autoplastie par glissement) ayant donné lieu à un tissu cicatriciel très sensible au toucher, et fait dévié le col utérin à gauche et un peu en arrière, la lèvre antérieure se trouvait tiraillée dans ce sens, et compliquait d'autant les obstacles que j'avais à surmonter.

Le dimanche 12 octobre 1851, ayant été mandé près de cette femme, prise des douleurs de l'enfantement, je reconnus et sus de la patiente et des parents que les eaux avaient fait irruption vers les deux heures de l'après-midi; il était alors six heures. J'explorai avec le doigt et constatai d'abord une assez grande difficulté de pénétrer dans le col, que j'ai retrouvé à gauche et un peu en arrière, dirigé que j'étais par la lèvre antérieure du col utérin, qui faisait suite au tissu cicatriciel que je savais exister; car, au retour de cette femme de Paris, avant qu'elle eut subi l'autoplastie par glissement pour la fistule vésico-vaginale, j'avais examiné avec attention et au spéculum.

Une fois arrivé dans le col, je touchai une partie molle qui se durcissait tellement sous l'influence des contractions utérines, que l'on pouvait, en ce moment, s'y méprendre et croire à une présentation du vertex; mais dans l'intervalle des douleurs, une exploration plus minutieuse me permit de constater la présence de la fesse droite; ayant pu porter, après bien des efforts et des tâtonnements, le doigt dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, je sentis des rugosités successives et régulières qui vinrent confirmer mon diagnostic, en m'assurant que c'était bien à la colonne vertébrale du fœtus que j'avais affaire. Cette position était donc très vicieuse, la tête haut placée dans la fosse iliaque droite, les pieds haut placés aussi dans la fosse iliaque gauche. Du reste, cette position vicieuse a été conservée par le fœtus jusqu'au moment de l'extraction par l'opération césarienne, et je pus ainsi confirmer le diagnostic porté précédemment.

Je pensai bien à faire la version; mais impossible de franchir le détroit supérieur; l'extrémité digitale de la main pouvait pénétrer, mais non l'extrémité cubitale.

Un peu embarrassé, je m'adjoignis le docteur Petit de Septenil, qui constata aussi et la position, et l'impossibilité de pratiquer la version, malgré la petitesse féminine de sa main. Restait donc l'application du crochet et l'opération césarienne en dernier ressort. L'application du crochet, vu l'étroitesse du bassin et la crainte, en agissant sans être aidé du toucher, de produire quelque lésion grave, nous ne la tentâmes pas. Restait donc l'opération césarienne.

Pénétré de la gravité de la position, nous écrivîmes à l'un des médecins de Mantes de vouloir bien venir nous aider de ses lumières. Ce fut M. Bonneau, accompagné de son fils, qui vint au bout de *quinze* heures d'attente. Ce confrère ayant partagé notre opinion, nous nous mîmes en devoir de pratiquer l'opération immédiatement.

La malade, portée sur un lit de sangle, couchée horizontalement, M. Petit à sa gauche, un flacon de chloroforme et une éponge à la main, M. Bonneau à ma gauche et au côté droit de la malade, devant me fixer le col utérin, M. Bonneau fils à l'extrémité du lit, me tenant prêts les instruments dont je pouvais avoir besoin, je pratiquai, à 1 centimètre à peu près à droite et au-dessus de l'ombilic, un incision verticale, que j'arrêtai à 6 cent. au-dessus des pubis, afin d'éviter les rameaux artériels de la honteuse qui pouvaient s'y rencontrer.

Cette incision intéressa l'épaisseur de la peau; le tissu adipeux et les aponévroses furent coupés avec précaution et par petits coups de bistouri, jusqu'à ce que je fusse arrivé au feuillet pariétal du péritoine, que j'incisai dans toute l'étendue de l'incision cutanée.

L'utérus apparut alors revêtu du feuillet viscéral; je l'ouvris avec le bistouri convexe dans une étendue de 11 à 12 centimètres. L'épaule droite du fœtus fut à découvert. Je plongeai la main droite dans la cavité utérine, et pénétrai à gauche à la recherche des pieds, que je saisis; j'amenai le fœtus entier, et sans couper le cordon ombilical; j'enlevai le placenta, qui était d'autant plus facile à entamer qu'il était tout décollé.

Pendant l'extraction, deux compresses étaient appliquées sur les deux lèvres de la plaie cutanée et utérine, afin d'éviter l'écoulement du sang dans la cavité abdominale, qui n'en reçut que quelques gouttes insignifiantes.

Vide alors de ce qu'il contenait, l'utérus se contracta de façon à rapprocher les deux lèvres de la plaie qui lui a été faite. Il s'écoula alors à peu près deux cuillerées de sérosité abdominale par la plaie cutanée; la pression latérale du ventre m'expliqua cette expulsion.

Après la rétraction de l'utérus, une partie de l'épiploon et une du colon transverse firent irruption par l'extrémité supérieure de la plaie cutanée; je les réduisis aussitôt et procédai immédiatement au pansement, qui consista en une suture entortillée et un bandage de corps appliqué pour maintenir des compresses imbibées d'eau froide seulement.

Le temps qui s'écoula entre la première incision et la pose de la dernière épingle sur le bandage de corps fut de cinq minutes.

La malade, bien éveillée, fut reportée dans son lit, et le repos le plus absolu, de l'eau froide légèrement sucrée pour tout médicament furent indiqués.

Le 14 octobre, à dix heures du matin, je vois la malade assez calme, quoique accusant de fortes coliques. Un écoulement de sang abondant a eu lieu par la vulve; le ventre est légèrement météorisé; le pouls, dur et petit, indique un commencement de péritonite; les urines ont coulé naturellement, et la malade en a eu sensation.

J'enlève les compresses primitives et le bandage; je remplace tous ces linges souillés de sérosité par des compresses imbibées d'huile. — Régime : diète absolue; chiendent, réglisse chauds; potion gommeuse.

Le 15 octobre, le ventre est plus météorisé; le pouls bat 105 à 110, un peu plus souple qu'hier. La plaie est d'un assez bel aspect, légèrement rosée; plus de coliques. — Pansement avec la charpie cératée; lotions d'eau tiède; diète; chiendent, réglisse; lotion opiacée le soir seulement.

Le 16 octobre, moins de météorisme; plaie blafarde; pas d'écoulement sanguin par la vulve; pouls absent à la radiale; face grippée. — Une application de sangsues a été faite dans la nuit en assez grande quantité.

Il y a dans ce jour, le troisième de l'opération, menace de mort. En effet, les hoquets, qui ont débuté dans la nuit, sont plus fréquents, et la malade succombe à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie me fut impossible, et je le regrettai beaucoup, tant à cause de l'opération que j'avais pratiquée, qu'à cause de la pièce anatomo-pathologique que j'aurais pu envoyer à M. Jobert (de Lamballe), pour compléter, pièce en main, l'observation de son opération d'autoplastie par glissement.

Emploi de l'huile de naphte contre la diarrhée.

Notre confrère M. Mavel nous adresse sur ce sujet la note suivante, que nous croyons utile de mettre sous les yeux des praticiens.

Si le praticien est quelquefois embarrassé pour le choix d'un médicament, c'est bien certainement lorsqu'il est consulté par un de ces nombreux malades qui ont consulté plusieurs médecins, suivi plusieurs traitements divers et toujours sans succès; c'est alors qu'on est heureux d'avoir sous la main un de ces médicaments dont on ignore le mode d'action, mais dont on peut espérer quelques succès, sur la foi d'un praticien distingué.

Au nombre de ces médicaments, l'on doit placer l'huile de naphte, employée contre la diarrhée, par M. Lavirotte, de Lyon; ce praticien publiait le fruit de ses observations le 27 janvier 1849. Je pris dès lors la résolution d'essayer ce médicament précieux. L'occasion ne se fit pas attendre.

OBS. I. — Le 12 février 1849, je suis consulté pour l'enfant Bost, âgé de 11 ans; il est malade depuis quatre mois, pâle, amaigri; il souffre du ventre et la douleur augmente à la moindre pression, ce qui rend toute exploration impossible; le confrère qui a donné des soins au malade ne peut m'indiquer quel a été l'organe primitivement malade; pour tous symptômes abdominaux j'ai la douleur, le volume du ventre, et quatre ou cinq selles liquides par jour. Il y a de plus de la toux et un affaiblissement dans le bruit respiratoire du côté droit de la poitrine. Prescription : laine sur la peau, large vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, tisane de riz, lait de poule avec addition de six gouttes d'huile de naphte.

Le 19, les selles sont déjà moins liquides, réduites à deux seulement. Le ventre est moins douloureux, la percussion me fait reconnaître de la matité dans la région hypogastrique, la toux a diminué. — Même prescription.

Au 1er mars la guérison est complète; plus de toux, plus de diarrhée, plus de douleurs abdominales. La guérison a été complète et durable.

OBS. II. — Madame Fleury est âgée de soixante-seize ans; par suite de diverses maladies que je n'ai point été appelé à soigner, elle a eu rétraction de la langue qui met obstacle à la mastication, elle ne peut avaler rien de solide, la constipation est son état habituel; je suis appelé près d'elle, le 5 septembre dernier, pour combattre une diarrhée qui dure depuis cinq semaines et qui l'a considérablement affaiblie : elle a jusqu'à dix selles liquides par jour; je conseille des quarts de lavements laudanisés avec une forte solution de gomme adragant. Ce moyen étant sans résultat, j'administre l'huile de naphte à la dose de dix gouttes dans de l'eau vineuse, seule boisson que prenne le malade; dès le troisième jour, la diarrhée a cessé, la malade refuse la continuation du remède; mais, la diarrhée revenant au bout de huit jours, le médicament a été repris et continué pendant quelques jours; il a procuré une guérison durable.

OBS. III. — Béquain, Pierre, s'adresse à moi, le 23 octobre dernier. Il est âgé de trente-six ans, habituellement fort et robuste. Depuis dix-huit mois il a une diarrhée pour laquelle il est entré dans plusieurs hôpitaux de Paris, la maladie y a été modifiée avantageusement par diverses médications accompagnées du repos et d'un régime convenable, mais elle n'a jamais cessé complétement; les selles sont au nombre de cinq à six par jour, pas de fièvre. Je prescris un régime convenable et l'huile de naphte à la dose de dix gouttes par jour dans une décoction de riz. Après trois jours de traitement, je revois le malade qui m'avoue avoir pris trois fois la dose du médicament, c'est-à-dire trente gouttes par jour: la diarrhée a cessé, mais elle reparait au bout de trois jours; la reprise du médicament a amené une guérison solide.

OBS. IV. — Barthélemy Rothon est âgé de quatre ans; depuis trois semaines il a une diarrhée telle, qu'il ne passe pas d'heure sans aller sur le pot. Le 30 octobre, je prescris cinq gouttes d'huile de naphte dans une décoction de riz; dès le lendemain, il y a une légère amélioration, le médicament est continué pendant cinq jours, et depuis la maladie a complétement cessé, quoique le jeune malade ait mangé chaque jour des aliments les plus grossiers, ses parents étant dans la plus grande misère.

Si vous pensez, Monsieur, que la connaissance de ces faits puisse intéresser vos abonnés, je vous prie de leur donner une place dans un de vos plus prochains numéros.

Dans cet espoir, je vous prie de recevoir l'assurance de ma considération distinguée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau (1).

(Suite. — *Voir* le numéro du 25 novembre.)

Il ne suffit pas, dans une exposition d'idées générales sur les maladies de la peau, d'énoncer ce fait, que, sous tous les rapports, les affections cutanées doivent être assimilées aux maladies des autres organes, et qu'elles n'ont de spécial que le siége ; que, par conséquent, toute pensée d'une cause unique que l'on appellera virus, principe dartreux, ou que l'on représentera par un *inconnu*, doit être éloignée de l'esprit du médecin. Cette assimilation, il faut la prouver par l'étude successive des causes, de l'invasion, de la marche, de la terminaison de ces maladies, et c'est ce que nous allons faire.

Les causes des affections cutanées sont, comme les causes de toutes les maladies, prédisposantes et déterminantes.

Les causes déterminantes sont évidemment les mêmes ; car la suppression de la transpiration, celle des menstrues, d'hémorrhoïdes, d'une sécrétion purulente habituelle, l'exposition à la chaleur, des veilles, la mauvaise alimentation, l'usage de viandes charcutées, les excès développeront tout aussi bien une maladie cutanée qu'une maladie d'un organe intérieur ; et, en effet, une cause donnée venant à agir sur dix individus à la fois peut, quoique la même, développer chez tous une maladie différente. Tel organe sera lésé en raison de sa résistance moins grande à l'action de la cause elle-même. La peau peut être, chez un individu, de tissu plus impressionnable, comme chez une autre personne ce sera la membrane muqueuse gastro-intestinale, vésicale ou pulmonaire. Ainsi, sous le rapport des causes déterminantes, nul doute qu'elles ne doivent être les mêmes.

A l'égard des causes prédisposantes, il en est six ordres différents qui, suivant nous, doivent principalement appeler l'attention, et qui servent à expliquer en partie cette ténacité des affections dartreuses ; ce sont :

1° L'hérédité ;
2° Le tempérament et la constitution ;
3° L'âge ;
4° L'organisation de la peau ;
5° Les matières qui sont en contact avec elle ;
6° Les infirmités, l'état morbide ou constitutionnel acquis antérieurement.

1° *Hérédité*. — Elle peut agir de deux manières :

I. Un enfant, en naissant, hérite franchement de la maladie du père ou de la mère : c'est ce qu'on voit pour l'icthyose ;

II. Ou bien c'est simplement une prédisposition que l'enfant apporte en venant au monde, et qui le rendra apte à contracter la maladie cutanée de son père ou de sa mère, s'il s'expose à des causes d'irritation de la peau semblables à celles qui les ont fait naître. Ainsi, de ce que le psoriasis est héréditaire, il ne s'ensuit pas que l'enfant né d'un père atteint de cette maladie doive être nécessairement atteint de psoriasis. Mais si, né avec des dispositions d'organisation propres à faire naître cette maladie, l'enfant n'est pas entouré de soins hygiéniques capables d'éviter le développement de cette affection, il en sera atteint vers l'âge de dix-huit, vingt à vingt-cinq ans ; semblable en cela à l'enfant né de parents phthisiques, qui n'apporte jamais en naissant de tubercules pulmonaires, mais qui, vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans, voit se développer ces tubercules à défaut de conditions hygiéniques propres à les prévenir. L'hérédité est donc de deux sortes dans les maladies de la peau comme dans les autres maladies : absolues et relatives.

2° *Tempérament, constitution*. — A chaque tempérament correspondent d'une manière presque invariable certaines formes de maladies de la peau. Au tempérament lymphatique se rattachent les maladies sécrétantes, l'eczéma, l'impétigo, l'eczéma impétigineux, l'ecthyma ; au tempérament bilieux, le pityriasis versicolor, le pityriasis blanc ou farineux, le pityriasis *nigra*; au tempérament nerveux et sanguin-nerveux, le lichen et, en général, les formes papuleuses. Ce rapprochement est si exact que les syphilides elles-mêmes prennent telles ou telles formes en raison du tempérament et de la constitution du sujet : les formes suppurantes chez les individus lymphatiques ; les formes scabieuses, *rupia*, *ecthyma cachecticum*, chez les sujets d'une constitution débilitée par le chagrin et la misère. Pour ne parler en particulier que du tempérament lymphatique, si l'on considère ces gros enfants joufflus, blonds, à chairs grasses et molles, on les verra, pendant l'allaitement, couverts de croûtes de lait ; plus tard, vers l'âge de cinq ou six ans, leur figure, quelquefois même tout le corps, se couvriront des croûtes d'impétigo qui se perpétueront durant des années. Ajoutons, d'ailleurs, que la santé de l'enfant n'en sera pas pour cela sensiblement altérée.

Un fait qui démontre la liaison des diverses maladies de la peau avec le tempérament et la constitution, c'est la disparition, avec l'âge, des maladies liées à ces conditions par suite de la modification qu'elles reçoivent lorsque le sujet prend de la force et de la vigueur sous l'influence des travaux auxquels il se livre et de l'alimentation qu'il prend. Ainsi, vers dix-huit ou vingt ans, on voit souvent disparaître d'une manière spontanée ces affections impétigineuses qui avaient régné pendant l'enfance; c'est qu'alors le tempérament subit une modification profonde; la fibre devient plus forte, plus énergique, le tissu cellulaire moins abondant, et vers trente ou quarante ans, les maladies cutanées, s'il en existe, ne sont plus, en général, sécrétantes comme auparavant.

Le lupus même, maladie si rebelle à la thérapeutique, se guérit seul sous le bénéfice de l'âge; c'est ainsi que vers trente à trente-deux ans on voit ses progrès s'arrêter, la maladie rester stationnaire pour décroître plus tard. Or, ce bénéfice de l'âge n'est pas seulement un bénéfice de temps; c'est l'influence de la virilité qui se fait sentir de plus en plus et qui modifie de plus en plus la constitution de l'individu.

Quoique nous ne puissions rien pour combattre la prédisposition aux maladies par l'âge du sujet, il ne faut pas moins en tenir compte; car on peut dire, en général, que chaque âge a ses maladies, et ceci est tout aussi vrai pour la pathologie en général que pour la pathologie de la peau.

3° *Age*. — Les croûtes de lait sont propres à l'enfance ; l'impétigo, l'eczéma impétigineux à l'adolescence; l'eczéma simple, le pityriasis farineux, se montrent dans la période de vingt à vingt-cinq ans. Après trente ans, apparaissent les affections squameuses, le psoriasis, le pityriasis rubra aigu. Le lupus, maladie essentiellement liée à la constitution scrofuleuse, se rencontre dans la période de quinze à vingt-cinq ans. Le prurigo survient à quarante ans; le rupia de cinquante à soixante ans, ainsi que le pemphigus.

4° *Organisation de la peau*. — Un tissu mou, une peau flasque, blafarde, sont propres au développement des affections sécrétantes ; une peau sèche, au contraire, aux affections papuleuses et farineuses, non sécrétantes. On rencontre des personnes à peau épaisse, d'un blanc mat, d'un aspect luisant, graisseux, dont la transpiration ressemble plutôt à une couche de graisse fondue qu'à de la sérosité; eh bien ! presque toujours vous verrez chez ces personnes l'acné simple ou l'*acne punctata* plus ou moins confluents, et souvent tous les deux à la fois.

Il en est de même de l'acné sébacé ; l'intertrigo sécrétant, l'impétigo confluant, appartiennent à cette catégorie de peau. Le lichen reposera toujours sur une peau fine et demi-transparente. Le lichen *piloris* ne se montrera jamais que là où il y a des poils. La mentagre ne surviendra pas sur un imberbe. De telle sorte que les données précédentes permettent au médecin de pressentir, à l'aspect seul de la peau d'une personne, les maladies cutanées dont elle pourra être atteinte et celles qu'elle n'aura jamais.

5° *Matières en contact avec la peau*. — La coïncidence fréquente de quelques dermatoses avec certaines professions dans lesquelles diverses régions de la peau sont mises tous les jours au contact des mêmes substances est tellement évidente que plusieurs de ces maladies cutanées ont tiré leur nom de cette coïncidence même ; c'est ainsi qu'il existe une affection que l'on désigne sous le nom de gale des épiciers, causée, on ne peut en douter, par le contact du sucre, de la cassonade et autres objets qu'ils ont fréquemment entre leurs mains : cette maladie n'est autre qu'un *eczéma lichénoïde*. Les teinturiers, ceux surtout qui teignent les chapeaux, ont souvent un pemphigus borné aux mains et aux avant-bras, c'est-à-dire à la partie du membre supérieur qui plonge dans la teinture. Par contre, il est des professions qui semblent mettre à l'abri des affections cutanées les parties du corps qui en sont habituellement le siége : ainsi, rarement on verra une affection des mains chez les charbonniers ; et, s'ils ont la gale, l'éruption papulo-vésiculeuse, si commune entre les doigts dans cette maladie, sera discrète, si même elle existe.

Ce n'est pas à l'épaississement ou à l'endurcissement de l'épiderme qu'il faut attribuer ce résultat ; car il est des professions dans lesquelles cet épaississement est beaucoup plus marqué et où l'éruption de la gale s'opère néanmoins. Ne se passe-t-il pas dans ces sortes de cas ce qui s'opère pour les autres maladies, telles que les ulcérations chez les individus qui ont les jambes dans l'eau.

6° *Infirmités, état morbide antérieur*. — Il est un grand nombre de maladies cutanées qui sont liées à l'existence d'un état morbide antérieur. Le pityriasis versicolor est presque toujours sous la dépendance d'une gastralgie, d'une affection du foie, etc. Si l'on objectait que cette affection se présente souvent chez les phthisiques, nous ferions observer que chez eux les poumons ne sont pas seuls malades, et l'on connaît la coïncidence fréquente de la cirrhose du foie avec les tubercules pulmonaires. Quelquefois c'est l'inverse. Un malade que j'ai observé voyait paraître chaque soir sur sa peau un urticaire qui disparaissait dans la nuit; un jour l'exanthème fit défaut, et à sa place survint une diarrhée abondante et très liquide. L'urticaire n'est pas la seule éruption cutanée dont la suppression puisse donner lieu à une fluxion intestinale. Les éruptions bulbeuses, le pemphigus, l'herpès phlycthénoïde, sont si intimement connexes avec la membrane muqueuse gastro-intestinale, que, si l'éruption cutanée vient à disparaître brusquement, il se développe une diarrhée aqueuse abondante qui conduit quelquefois le malade au tombeau. Aussi celui-là n'est pas médecin qui se borne à voir l'affection externe, et qui, avant de prescrire un traitement donné, n'interroge pas et n'explore pas tous les organes internes, afin de juger de leur état sain ou malade.

(1) Plusieurs erreurs s'étant glissées dans la deuxième leçon de M. Devergie, nous croyons devoir la rétablir textuellement.

HOPITAL SAINT-MAURICE ET SAINT-LAZARE DE TURIN.

Sur quelques maladies génito-vésicales produites ou simulées par le phimosis congénital.

Par le docteur J.-B. Borelli, chirurgien de l'hôpital Saint-Maurice et Saint-Lazare de Turin.

Nous publions aujourd'hui le travail que nous a envoyé, il y a déjà plus de deux mois, M. le docteur Borelli. Ce retard heureusement ne lui aura rien fait perdre de son intérêt.

J'ai lu dans la Revue clinique hebdomadaire du numéro du 20 septembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux* une observation de phimosis congénital compliqué de graves lésions du côté de la vessie et des organes génitaux internes, raison pour laquelle la maladie fut successivement qualifiée de cystite chronique, de névralgie vésicale, d'engorgement de la prostate, d'atonie de la vessie, et finalement donna à penser qu'il existait un calcul dans cette poche. De cette incertitude et, disons-le franchement, de cette erreur de diagnostic, il résulta que les moyens les plus disparates, tels que bains de Barèges, belladone à l'extérieur et à l'intérieur, cantharides, strychnine, iodure de potassium, etc., furent employés, et que ces remèdes ne firent rien pour la guérison, si même ils n'eurent pas pour effet d'exaspérer la maladie. L'idée de la présence d'un calcul dans la vessie et celle d'un engorgement de la prostate ayant été écartées à la suite d'explorations réitérées faites par MM. Civiale et Amussat, l'illustre professeur Andral, qui fut à son tour consulté, conseilla un traitement hydrothérapique dont il avait observé d'excellents effets dans des cas analogues. La cure fut entreprise, à Bellevue, sous la direction de M. Fleury, et après un mois de traitement, consistant en demi-bains à l'eau stagnante et courante, en douches ascendantes rectales et périnéales, en sudations à l'étuve sèche, en douches générales sous diverses formes, etc., on avait obtenu une notable amélioration des phénomènes morbides vésicaux ; le besoin d'uriner, fréquent et impérieux d'abord pendant la journée, ensuite pendant la nuit, avait presque disparu ; toutefois les songes érotiques, les érections et les pertes séminales étaient devenus plus fréquents. C'est alors que M. le docteur Fleury, pensant que le phimosis congénital n'était pas étranger à la persistance de ces phénomènes, y obvia au moyen de l'opération et obtint ainsi la guérison complète de la maladie. Telle est en résumé l'histoire que vous avez rapportée d'une affection qui durait depuis cinq à six ans et qui avait résisté à toute espèce de traitement; ajoutant que M. Fleury prépare un travail sur l'influence pathogénique du phimosis congénital, travail dans lequel cette influence sera discutée et appuyée de nombreuses observations (1).

J'ai cru en ces circonstances agir dans l'intérêt de la science et de la pratique en m'adressant à vous, afin que vous portiez à la connaissance de M. Fleury et des nombreux lecteurs de votre excellent journal quelques cas non-seulement de phimosis congénital, mais aussi de simple prolongement du prépuce qui se sont présentés à moi et dans lesquels l'influence dont il s'agit fut très marquée, lesquels cas je rapporterai avec la plus grande concision et tels que ma mémoire me les rappelle en ce moment.

Premier cas. — Il y a environ six ou sept ans se présentait à moi un garçon âgé d'environ huit ans, bien constitué, offrant plusieurs symptômes rationnels de la présence d'un calcul dans la vessie : il était originaire d'une province dans laquelle les calculs urinaires sont relativement fréquents, circonstance à laquelle j'attache quelque importance dans le diagnostic de cette affection.

A son entrée à l'hôpital, je m'empressai de pratiquer le cathétérisme avec une sonde métallique, et je ne trouvai aucun corps étranger dans la vessie. L'ayant laissé en repos pendant quelques jours et à l'usage de boissons adoucissantes, j'explorai de nouveau la vessie avec le même résultat négatif. N'ignorant pas toutefois combien il est facile à un petit calcul de se dérober à l'exploration la plus minutieuse, j'attendis quelques semaines et je recommençai l'examen, qui ne donna encore aucun résultat. Cependant tout symptôme d'ardeur, de difficulté et de fréquence dans l'émission des urines avait disparu, ce qui me donna déjà beaucoup à penser. L'enfant portait non pas, dirai-je, un vrai phimosis, mais un prépuce très long et assez étroit, sans être toutefois d'un diamètre moindre que le méat urinaire. Je pris note du fait et je congédiai l'enfant.

Deuxième cas. — Quelques années après, vient à ma clinique un enfant d'environ dix ans, faible de constitution, quoique issu de parents robustes. Il présentait aussi les signes rationnels de la présence d'un calcul dans la vessie. En examinant l'abdomen, je trouvai, à ma grande surprise, une énorme tumeur dans la région hypogastrique ; tumeur dure, profonde, globuleuse, très douloureuse, qui s'étendait jusqu'à l'ombilic. Ayant pratiqué le cathétérisme, je retirai de la vessie une grande quantité d'urine, et je trouvai les parois de celle-ci très dures, fort épaissies, dilatées et très douloureuses au contact du bec du cathéter. Cet enfant avait le prépuce très long et offrant une ouverture dont le diamètre n'excédait pas deux millimètres. Je prescrivis un traitement antiphlogistique, qui adoucit la phlogose vésicale, puis je pratiquai l'opération du phimosis. Dans l'espace d'un mois tout était rentré dans l'ordre physiologique, et ce garçon sortit de l'hôpital complétement guéri.

Cinq ou six mois après, les accidents avaient reparu avec leur première intensité. L'opération avait été pratiquée par la méthode de la circoncision et le phimosis s'était reproduit. J'opérai de nouveau en suivant la même méthode modifiée, sur laquelle je reviendrai plus bas, et j'obtins une guérison radicale, qui ne s'est point démentie encore aujourd'hui.

Troisième cas. — Vers le même temps, un enfant de trois à quatre ans se présentait également à l'hôpital avec les symptômes rationnels de l'affection calculeuse. Il portait un phimosis qui permettait à peine l'introduction d'un stylet, et coïncidait avec un commencement de dilatation de la vessie. Je me contentai pour lors de débrider avec des ciseaux, dans l'étendue d'environ un centimètre, l'ouverture préputiale, ce qui, joint à un traitement approprié, procura en peu de semaines la guérison de tous les accidents ; mais, au bout de quelques mois, le phimosis s'étant reproduit, ces accidents reparaissaient. Ayant pratiqué alors l'opération suivant la

(1) Depuis que nous avons reçu le travail de M. Borelli, celui de M. Fleury a été lu à l'Académie de médecine et nous en avons publié un long extrait. N. du R.

méthode dont il est parlé dans le cas précédent, j'obtins une guérison complète et définitive.

Quatrième cas. — Un quatrième enfant, de trois ans environ, se présentait encore à l'hôpital avec les mêmes symptômes que ci-dessus, qui dataient presque de la naissance. L'ouverture préputiale était tellement rétrécie que positivement on ne l'apercevait pas; seulement, dans la miction, on voyait le bout de la verge se gonfler, et un fil très fin d'urine saillir après des efforts infinis et très douloureux. L'opération ayant été faite de la même manière que dans le cas qui précède, la guérison fut complète et exempte de récidive.

Cinquième cas. — Je recevais, il y a maintenant trois ans, à l'hôpital un jeune homme de vingt-deux ans, de robuste complexion, lequel accusait de fréquentes envies d'uriner, des ardeurs et des épreintes, même après avoir vidé la vessie, ce pourquoi je crus qu'il était bien réellement affecté de la pierre. Toutefois, les urines, quoique assez chargées, n'étaient ni nuageuses, ni muqueuses; la vessie n'était point douloureuse et, du reste, le sujet ne souffrait d'aucune autre lésion fonctionnelle. La maladie durait depuis peu de semaines, et, sauf erreur, elle s'était déjà manifestée une fois, et avait disparu sous la seule influence du repos et d'un régime rafraîchissant. Ayant à diverses reprises exploré l'urètre et la vessie, je n'y trouvai ni calcul, ni lésion quelconque. Après la première exploration, le mal avait déjà cessé, et, après peu de jours d'un traitement simple, le malade était complétement rétabli, à notre commune surprise. Il avait un prépuce très allongé et très étroit, quoique l'orifice préputial ne fût pas d'un diamètre moindre que celui du méat urinaire. Ce cas, entièrement semblable au premier, m'éclaira complètement sur la cause de la maladie, c'est-à-dire sur l'influence pathogénique que peut exercer au détriment de la vessie un prépuce allongé et rétréci.

Sixième cas. — L'année dernière, un enfant de cinq à six ans, qui avait été reçu à l'hôpital pour un phlegmon à une jambe, se plaignait de cuisson et de difficulté dans la miction, accident auquel il était sujet depuis quelque temps, comme sa mère me l'assura. Ayant examiné le prépuce, je le trouvai allongé, mais non pas rétréci. J'essayai de tirer le prépuce en arrière pendant la miction, et je vis le jet se faire à plein canal et la vessie se vider avec impétuosité sans difficulté aucune, ce qui n'arrivait pas auparavant. Je recommandai alors à la mère de faire prendre cette précaution à l'enfant toutes les fois qu'il urinerait. Ainsi fut fait, et à partir de cette époque cessèrent tous les symptômes.

Septième et huitième cas. — Finalement j'ai eu l'occasion d'examiner deux enfants qui avaient été taillés et qui, la plaie périnéale étant cicatrisée, souffraient néanmoins dans la miction. La raison en était évidemment dans la longueur du prépuce, circonstance fréquente chez les calculeux, lesquels ont l'habitude instinctive de faire des tractions répétées sur le prépuce pour apaiser leurs souffrances. La même précaution que dans le cas précédent amena les mêmes résultats, à savoir, la totale disparition des accidents.

Voici les cas les plus remarquables de ce genre qui se soient présentés à moi dans ces dernières années. Ils démontrent quelle peut être l'influence du phimosis congénital, et même d'un simple allongement du prépuce sur la production d'accidents vésicaux. J'avais depuis quelque temps l'intention de publier les observations détaillées de ces cas, avec les déductions thérapeutiques qui en découlent; mais je cède le pas de bien bon cœur à M. le docteur Fleury, qui saura mieux que moi en tirer le parti convenable. Permettez-moi, cependant, d'ajouter quelques propositions corrélatives.

1° Le phimosis congénital peut donner lieu à des symptômes de lésions génito-vésicales.

2° Le phimosis congénital avancé peut produire une véritable maladie de la vessie, laquelle, irritée par les contractions énergiques et répétées de ses parois sur l'urine qui ne peut être émise par l'urètre avec une force proportionnée, se dilate, s'enflamme lentement, s'épaissit et subit diverses autres altérations.

3° L'opération du phimosis est la condition indispensable de la cessation des symptômes et de la guérison des altérations vésicales. Le traitement antiphlogistique local et général vient en aide à l'opération.

4 Le seul allongement du prépuce, même non démesuré, est capable de produire, du côté de la vessie, des symptômes que l'on peut confondre avec ceux de l'affection calculeuse ou d'un engorgement prostatique; à la longue, il peut aller jusqu'à déterminer une maladie de la vessie, et la raison s'en trouve dans l'obstacle, non pas considérable, mais continuel, que la partie excédante du prépuce apporte au libre écoulement de l'urine.

5° Le simple cathétérisme suffit quelquefois pour faire cesser ces symptômes, en quoi il est secondé par le repos et les boissons émollientes.

6° La précaution de tirer en arrière le prépuce afin de découvrir le méat au moment de l'émission des urines fait cesser à elle seule les effets de ce vice de conformation.

Remarques sur l'opération du phimosis.

Depuis que, pour la première fois, je lus la description de l'opération du phimosis, laquelle se pratique plus souvent par l'incision que par l'excision, et que je la vis exécuter, l'idée se présenta à moi qu'il serait peut-être préférable d'agir de manière à éviter cette laide entaillure au beau milieu du prépuce, avec ces deux sortes d'oreilles pendantes sur les côtés, et qui laisse à découvert la partie supérieure du gland, si délicate et si sensible. Je m'affligeais de voir l'art chirurgical déformer une partie que la nature a si sagement disposée. Préférable de beaucoup, me disais-je, serait la pratique de Moïse, qui supprime, mais ne déforme pas.

Cherchant ensuite à me rendre compte de la raison pour laquelle on avait généralement préféré l'incision, je la trouvais dans la crainte de la récidive, qui est plus sûrement empêchée par ce procédé. Néanmoins, toutes les fois que des cas de phimosis se présentèrent dans ma pratique, ne pouvant supporter l'idée de laisser subsister la difformité dont je viens de parler, je préférai opérer autrement, au risque d'une récidive, qui m'arriva deux fois, comme on l'a vu.

Réfléchissant alors au moyen d'utiliser la méthode de la circoncision, qui me semblait plus naturelle et plus simple, j'adoptai la modification suivante, dans le cas précisément où cette opération n'avait point réussi (deuxième cas). Ayant introduit par l'ouverture du prépuce la pointe d'une paire de ciseaux et ayant fait tirer la peau en arrière, je pratiquai sur le dos de la verge une incision longitudinale d'environ un centimètre, laquelle divisa les deux téguments dans une égale étendue. Ayant saisi ensuite avec des pinces les lambeaux résultant de cette incision, je fis avec les ciseaux, transversalement de chaque côté, une incision demi-circulaire intéressant aussi dans l'étendue d'un centimètre environ la peau et la muqueuse, les deux incisions venant se joindre à l'insertion du frein sur le prépuce même. L'opération terminée, on appliqua un plumasseau de charpie enduit d'onguent réfrigérant, et maintenu soit par un emplâtre adhésif, soit par une croix de Malte ayant une ouverture au centre. La guérison fut prompte, radicale et durable, et le prépuce, autant dire, conserva sa conformation naturelle. Pourquoi, me demandé-je, ai-je réussi par cette méthode modifiée, et pourquoi la circoncision pratiquée autrement donne-t-elle des récidives? Je trouvai l'explication désirée dans la conformation de la peau abondante, lâche et mobile du prépuce, circonstance qui lui permet, sinon de se reproduire, au moins de s'allonger de nouveau, jusqu'à recouvrir encore une fois l'extrémité du gland. Et quant à l'absence de récidive à la suite de ma méthode, c'est une circonstance dont je me rendis compte par l'excision d'une notable portion de la membrane muqueuse préputiale. Et, en effet, une longue expérience a maintenant surabondamment démontré que, quelle que soit la longueur de peau que l'on excise, le tégument externe, pour les raisons anatomiques sus-indiquées, ne tarde pas à s'allonger et à reproduire le phimosis, pour peu qu'il trouve un point d'appui dans la muqueuse sous-jacente. C'est précisément dans l'excision d'une suffisante étendue de cette dernière que se trouve selon moi la solution de ce problème. Eviter la récidive en opérant le phimosis par la circoncision, tant il y a qu'en excisant circulairement la muqueuse préputiale à peu près au niveau de la base du gland, elle ne pourra jamais s'étendre jusqu'à recouvrir le méat urinaire, quelque longueur qu'on laisse à la peau du prépuce, laquelle par elle-même ne peut donner lieu au phimosis. Le principe étant établi, il restait à trouver le moyen le plus convenable de le mettre en pratique. Celui que j'ai employé est-il en réalité ce moyen *simplex et unum* qui donne tant de prix à une opération chirurgicale? Je ne le crois pas, et en fait, ultérieurement, j'ai tenté de le modifier comme il suit.

Ayant fait saisir le prépuce sur deux points de sa circonférence au moyen de pinces, dont une branche était introduite dans son ouverture dilatée à cet effet à la profondeur d'un bon centimètre sur la membrane muqueuse, et ayant fait amener le prépuce au-devant du gland, je tirai en arrière le tégument externe avec la main gauche, tandis que, au moyen de la droite, armée d'une paire de ciseaux, j'enlevai toute la partie du prépuce comprise entre les pinces au moyen d'une incision légèrement oblique afin d'épargner le pénis. Le résultat fut le même. L'opération était déjà simplifiée de cette manière. Supposons maintenant qu'au lieu de pinces on introduise par l'ouverture du prépuce, tiré en avant, un instrument droit qui, à l'instar des pinces de Hunter, puisse se déployer en deux ou trois branches terminées en pointes recourbées, qui saisissent à la profondeur voulue la membrane muqueuse, on serait très près d'avoir obtenu la plus grande simplicité possible. Le point essentiel dans l'opération du phimosis par la circoncision consiste à exciser une étendue suffisante de la membrane muqueuse, à laquelle doit être exclusivement attribuée la reproduction du phimosis quand elle a lieu.

Telles sont les remarques que je me proposais d'exposer sur l'opération du phimosis, et tel est le mode opératoire que je mets en usage depuis plusieurs années, comme je l'annonçais, dès 1847, dans un écrit où je m'exprimais ainsi: « . . . . . l'opération pratiquée d'après une modification particulière qui tendrait à ne laisser aucune difformité dans le prépuce. (*De l'éthérisation dans les opérations chirurgicales*, page 24.)

Ce n'est pas mon dessein de rechercher, quant à présent, ce que ma méthode peut avoir de commun avec celle de M. Ricord et celle du docteur Melchiori (1), ou encore avec d'autres. Je me réjouis seulement que l'observation de M. Fleury, rapportée dans votre estimable journal, m'ait fourni l'occasion de faire connaître au public médical mes idées sur la part qui revient au phimosis dans la production de certains phénomènes morbides génito-vésicaux.

(1) L'habile chirurgien de Novi, M. Melchiori, a publié dans le n° 3 (15 février 1851) de la GAZETTE MÉDICALE DE GÊNES, plusieurs observations très intéressantes de phimosis dans lesquelles on voit qu'il s'est inspiré des mêmes principes qui m'ont dirigé. Il recommande, en effet, d'exciser la membrane muqueuse jusqu'à deux millimètres de sa base, laissant subsister une longue portion de peau. Il obtenait ce résultat en faisant l'opération en deux temps, c'est-à-dire en faisant d'abord la circoncision et ensuite en pratiquant l'excision de la muqueuse laissée à découvert par le tégument externe tiré en arrière au delà de la couronne du gland. Il faisait ensuite la suture entrecoupée: on applique les serres-fines de M. Vidal, afin d'obtenir une plus prompte cicatrisation et d'éviter la phlogose ulcérative dans les cas de phimosis avec chancres. C'était dans le même but que le célèbre professeur Riberi conseillait la même suture après la méthode par incision. M. Malgaigne rapporte que M. Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges à Londres, emploie la même méthode que M. Melchiori, méthode que l'auteur français regarde comme douloureuse et incertaine. Auquel des deux du chirurgien anglais ou du chirurgien italien appartient la priorité? Je ne saurais trop le dire. Je ferai observer seulement que, si le phimosis est simple et la muqueuse suffisamment excisée, je ne vois pas trop la nécessité de compliquer une opération qu'il importe de rendre aussi simple et aussi expéditive que possible, surtout pour les enfants, chez lesquels on a souvent à la pratiquer. Si le phimosis est compliqué, la suture devant porter sur des tissus ulcérés, enflammés, très sensibles, souvent épaissis ou congestionnés, il doit arriver rarement que l'on obtienne une réunion par première intention, d'autant plus que les points de suture ne peuvent être assez multipliés pour fermer la plaie en totalité et exclure ainsi absolument toute chance d'ulcération. Au surplus, l'expérience personnelle me faisant ici défaut, je n'entends pas préjuger la question, dont il appartiendra aux faits ultérieurs de donner la solution.

GRAND HOSPICE DE BRUXELLES. — M. UYTTERHOEWEN.

Du nitrate d'argent comme moyen de vésication.

(Observation recueillie par M. DELVAUX, élève interne.)

Les moyens mis en usage pour obtenir une vésication sont monstrueux; mais, si l'on prend en considération la haute utilité que ce genre de médication offre aux praticiens, si l'on songe d'ailleurs aux inconvénients reprochés à la plupart des vésicants préconisés jusqu'à ce jour, on n'accueillera pas sans quelque faveur un *moyen nouveau* d'une action aussi prompte qu'efficace, et dont l'opportunité d'application est facile à saisir.

Le vésicant dont il s'agit est l'azotate d'argent ou pierre infernale, *vade-mecum* des chirurgiens de ville et de campagne, voire même de la plupart des médecins jaloux d'étendre les limites de leurs prérogatives sur le domaine de la chirurgie. Les réflexions suivantes au sujet de l'action que ce précieux médicament exerce sur la peau faciliteront son appréciation comme vésicant, et quelques observations, puisées à bonne source, contribueront sans doute à satisfaire les exigences des praticiens méthodistes.

L'action générale de l'azotate argentique sur les tissus est, comme on sait, une action déshydrogénante. Lorsque ce sel se trouve en contact avec un corps organique, il se décompose en acide azotique; oxygène et argent métallique à l'état moléculaire. L'argent est déposé; c'est lui qui donne la coloration au tissu, tandis que l'oxygène de l'oxyde argentique et celui de l'acide azotique décomposé s'emparent de l'hydrogène pour former de l'eau.

Lorsqu'on met l'azotate d'argent en contact avec la peau, l'effet produit varie selon la quantité plus ou moins grande de ce sel employée.

Si la quantité est minime, il n'agit que sur les cellules épidermiques, elles sont désorganisées; l'argent métallique réduit à l'état moléculaire se combine avec leurs éléments; le tissu épidermique prend une coloration noire, brunâtre, due à l'argent métallique lui-même, et après un temps plus ou moins long le tissu se détache et tombe.

Mais si l'action du nitrate argentique est continuée pendant un temps plus long, le derme même est entamé et l'effet produit varie selon que la désorganisation a lieu superficiellement ou profondément.

Dans le premier cas, une abondante sérosité soulève la couche épidermique *altérée* et produit la *vésication*.

Dans le second cas, le derme étant désorganisé dans son épaisseur, il produit une eschare.

Si l'on considère maintenant que la peau est plus ou moins épaisse, plus ou moins sensible, suivant les régions du corps qu'elle occupe, suivant l'âge, le sexe, etc., l'on comprendra tout d'abord qu'il faut un certain tact pour user la quantité d'azotate d'argent nécessaire pour désorganiser les couches épidermiques et obtenir un effet vésicant sans désorganiser le derme.

Les principes qui dirigent les praticiens dans l'emploi des escharotiques en général les guideront dans l'occurrence pour éviter des résultats inattendus.

Faut-il maintenant procéder à l'énumération de tous les cas où la vésication au moyen du nitrate d'argent peut produire des effets thérapeutiques utiles? citer les névralgies, les pleurodynies, les sciatiques, les rhumatismes, etc., pour faire valoir l'importance du remède, l'efficacité si peu douteuse de son application, la promptitude de ses résultats? Non, sans doute; il suffira de rapporter quelques observations pour lever toutes les objections que l'on pourrait présenter contre l'utilité de ce moyen de vésication.

La nommée Claes Madeleine, pensionnaire de l'hospice des Vieillards, convalescente d'une pleuro-pneumonie adynamique avec parotite, se plaignait le 3 septembre 1848 de fortes douleurs dans la région sus épineuse gauche et à la partie laterale du cou le long du muscle trapèze. Les douleurs augmentaient par le moindre mouvement. L'exposition à un courant d'air avait donné lieu au développement de cette affection rhumatismale. — On cautérisa la peau de la région sus-épineuse avec l'azotate argentique en crayon trempé dans un peu d'eau au moment même de l'application. Une ampoule fut produite une heure et demie après, l'épiderme enlevé, une légère suppuration s'établit et le mal céda, au bout de dix heures environ, comme par enchantement.

Immédiatement après la cautérisation, la région cautérisée avait été couverte d'un emplâtre de cérat de Galien, et ce pansement fut continué jusqu'à la cicatrisation, qui s'obtint en moins de quatre jours.

Le nommé Bonfort vint consulter M. Uytterhoeven à l'heure de sa visite au même hospice. Un point de côté fort vif tourmentait le vieillard depuis la veille. Les douleurs s'irradiaient le long de la septième côte vers le dos.

L'auscultation n'ayant rien fait découvrir du côté des organes pectoraux, on procéda à la cautérisation de l'endroit douloureux avec l'azotate d'argent préalablement trempé dans l'eau.

La douleur disparut à mesure de l'opération; une vésicule se produisit au bout d'une heure. Une compresse de cérat fut appliquée sur la plaie. Le lendemain la guérison de la pleurodynie fut confirmée, et la cicatrisation avec chute de l'épiderme détruit ne se fit pas attendre.

Le même moyen fut immédiatement appliqué chez la nommée De Maître Marie, atteinte de pleurodynie à la partie gauche du thorax. Les douleurs s'étaient développées avec

une si grande violence que la malade jetait les hauts cris. La guérison fut aussi prompte qu'inattendue; dans la journée toute douleur avait disparu. La vésication fut soignée comme on soigne le résultat de l'application d'un vésicatoire ordinaire.

Un mot sur le procédé opératoire. Pour éviter les inconvénients d'une vésication irrégulière, il est nécessaire de frotter légèrement mais également la pointe d'un crayon chargé d'une goutte d'eau sur toute l'étendue de la surface où la vésication doit être produite et pendant tout le temps nécessaire à la production d'une coloration *grise*. Cet effet est produit, terme moyen, au bout d'une minute et demie.

Si l'on doit obtenir une action plus profonde à cause de l'épaisseur de l'épiderme, ou en vue d'un effet thérapeutique plus prononcé, on recommence l'opération sur la même surface, et en prenant les mêmes précautions.

Ce vésicant a toujours, dans la clientèle civile, comme à l'hospice des vieillards, répondu à l'attente de M. V. Uytterhoeven. (Extrait de l'*Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques*, pour 1850; par le docteur A. Wahu, p. 192.)

Vésication prompte déterminée par l'azotate d'argent.

Le procédé proposé par notre confrère de Belgique se recommande par la grande facilité de son application, chaque médecin portant habituellement sur soi un crayon d'azotate d'argent. Il est surtout précieux pour les cas où la vésication, sans être instantanée, doit être cependant produite plus rapidement que par l'action des cantharides.

Pour obtenir la vésication, il suffit de mouiller légèrement le crayon de pierre infernale et de frotter, d'une manière égale et pendant tout le temps nécessaire à la production d'une coloration grise, la surface où cette vésication doit être déterminée. Cet effet est réalisé, en moyenne, en une minute et demie; l'ampoule met d'une heure à deux à se fermer; on peut alors enlever l'épiderme et l'on a une plaie qui ne tarde pas à suppurer.

Ce procédé est facile, très praticable chez les individus qui redoutent l'appareil du vésicatoire et l'action des cantharides. On l'emploiera donc avec avantage chez les femmes et les enfants; on s'en servira utilement aussi dans les cas où la méthode endermique a besoin d'être appliquée promptement.

NANCY.

Par M. Bally, membre de l'Académie de médecine.

(Suite. — *Voir* le n° du 18 octobre.)

Mon récit aurait été plus complet s'il m'eût été possible de recueillir d'autres documents sur les médecins qui ont illustré la capitale de la Lorraine avant de payer le dernier tribut à la nature. Malgré mes instances, je n'ai rien pu obtenir; force est donc de m'arrêter.

Cependant le docteur Bayard, praticien distingué de Cirey (Haute-Marne), est venu à mon aide en me faisant observer que Valentin, de concert avec Désoteux, avait en 1798 publié le meilleur et le dernier des traités sur l'inoculation de la petite vérole. Grandoyer, de Coigny, les avait précédés dans la même ville et sur le même sujet.

Le docteur Bayard, après m'avoir retenu quelque temps à Cirey et dans le château d'Emilie de Breteuil, semblable à l'esprit tentateur qui transporta le Sauveur du monde sur une montagne élevée, εἰς ὄρος ὑψηλὸν, me fait franchir les espaces et me conduit à Autun (Augustodunum), ville à monuments antiques et à murailles lézardées d'où s'échappe une abondante végétation. Là il me présente à un ancien officier d'artillerie, M. Carnot, aussi habile à manier les chiffres qu'il le fut autrefois à faire manœuvrer les armes meurtrières. M. Carnot est l'ennemi de la vaccine, et le docteur Bayard, jadis l'ardent propagateur de cette ancre de salut, s'est fait le disciple et l'apôtre de l'officier statisticien. Ils soutiennent tous deux que depuis la vaccination l'enfance escompte la vie que la jeunesse solde, ou la mort fait crédit à l'enfance et c'est la jeunesse qui solde. Il existe cependant un livre, publié en 1844 par l'académicien Bousquet (*Nouveau traité de la vaccination et des éruptions varioleuses*), où de nombreux faits sont discutés avec impartialité, analysés avec une logique puissante et bien propre à faire pénétrer la conviction dans les âmes les plus rebelles. Reste à savoir si les antagonistes, qui sont des hommes de bonne foi, n'ont pas cédé à quelque fascination.

Mais restons un instant à Autun, patrie du docteur François, illustrée par ce digne médecin. Depuis 1800, nous nous quittâmes peu; il fut mon compagnon dans l'expédition de Portugal, dans celle de Saint-Domingue, Haïti, dans la mission de Barcelone. Nous avions précédemment parcouru ensemble les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, alors que sévissait la suette miliaire, sur laquelle il écrivit une notice remarquable. Là il eut une éruption miliaire autour d'un poignet en forme de bracelet, fait qui ne doit pas être perdu.

Ce fut aussi dans cette épidémie que je pratiquai, à Beaumont, une inoculation de liquide contenu dans une vésicule. Un commissionnaire s'était dévoué gaiement, à la condition expresse que, s'il venait à succomber, nous ferions sonner à son enterrement les grosses cloches comme pour les bourgeois. Trait de vanité qui, à lui seul, caractérise parfaitement une nation qui tout entière voudrait être enrubanée.

L'éruption, commencée aux lieux d'insertion le troisième jour, suivit toutes les phases subordonnées à la maladie épidémique. Il y eut de plus quelques plaques livides au dos. Le malade ne fut point alité; seulement il éprouva des vertiges et un sentiment d'ivresse à l'époque où la sueur et les vésicules voulurent se généraliser.

Entre autres monuments des vieux âges, il reste à Autun un temple de Janus, dont, par crainte d'allusions méchantes, les Autunois se gardent bien d'empêcher les dégradations. Lorsque j'y entrai, il y a nombre d'années, une roche olympienne tomba à mes pieds. Quelques millimètres plus près, et le roc *soldait* les ravages que la petite vérole avait faits sur ma figure. Il y a aussi à Rome un arc ou temple de Janus quadrifrons soigneusement entretenu par un peuple qui passe facilement de l'un à l'autre des quatre points cardinaux.

M. le docteur Bayard dit : Il y a bientôt quatre ans que M. Carnot lança une accusation terrible contre la découverte de Jenner; suivant ce statisticien, les lois de la mortalité sont renversées depuis la vaccine. Au dix-huitième siècle, il y avait, sur 100 décès, 41 de la naissance à cinq ans et 5 de vingt à trente, total 46. De nos jours, 30 décès pendant les cinq premières années et 14 de vingt à trente, total 44.

Quittez maintenant la haute Bourgogne, me dit fort obligeamment mon confrère, et revenez à Cirey; arrêtez-vous un instant pour saluer le nom de Voltaire. Là ses plus beaux ouvrages virent le jour. Quinze ans il habita le château d'Emilie de Breteuil, Mme Duchatelet, cette femme extraordinaire qui, la première, traduisit Newton. Après avoir donné quelques instants à ces souvenirs, un bien modeste médecin de la localité viendra vous voir et vous dire que la *vaccine est une découverte déplorable*, etc.

J'aurais transcris toutes les propositions de mon excellent confrère, qui, dans les questions les plus graves, ne va pas de main-morte, si je n'avais été informé d'une aventure le concernant et qu'il a soin de taire, par crainte sans doute des revenants, auxquels je crois, et dont pour ma part j'ai grand'peur.

Minuit achevait de sonner, et le docteur Bayard traversait un long et obscur corridor du château, lorsque tout à coup il se voit barrer le passage par une ombre d'apparence assez chétive, légèrement courbée, au sourire malin, à l'œil flamboyant, portant l'ombre d'une canne à poignée d'or (1).

V... Ancien enthousiaste de la vaccination, vous avez apostasié avec une promptitude qu'on serait en droit de taxer de légèreté.

B... J'ai obéi à mes convictions, à ma conscience.

V... Soit; votre réputation d'honnête homme, votre droiture et votre savoir, n'ont point été mis en doute. Mais l'irréflexion !

B... Des calculs bien faits et la statistique de M. Carnot mettent en évidence le péril que court la société si l'on continue à vacciner au lieu de pratiquer l'inoculation.

V... Vos calculs sont contradictoires et inexacts. Contradictoires, puisqu'ils démontrent que sur une période de trente ans la mortalité est de deux sur cent de moins dans le siècle actuel que dans le siècle précédent. Inexacts, puisque d'autres chiffres authentiques constatent le contraire.

B... La vaccine a déplacé et non remplacé la variole.

V... La vaccine n'est autre que la petite vérole adoucie, modifiée.

B... Elle l'a déplacée dans l'organe.

V... Dans l'organe, si vous voulez. Aussi, depuis près d'un demi-siècle nous ne voyons plus, par le fait de la variole, descendre parmi nous des borgnes, des aveugles, des boiteux, des estropiés de tout genre, des balafrés, des idiots, etc.

B... Elle l'a déplacée dans l'âge; car la jeunesse est frappée d'une série de fléaux inconnus avant la nouvelle méthode.

V... Vous faites allusion à une maladie qui ne paraît nouvelle aux esprits vulgaires que parce qu'elle porte un nom nouveau.

B... Oui, la fièvre typhoïde, maladie spéciale de la jeunesse, est plus commune de nos jours.

V... Je m'entretiens fréquemment avec les grandes illustrations de votre science. Dans les bosquets toujours verdoyants, toujours parfumés de l'Elysée, je me promène avec Hipocrate et Galien; Sydenham et Morgagni; Baillou, Rivière et Pinel, tous m'affirment que le mot vous a trompé, puisque, sous la même dénomination, on confond la fièvre inflammatoire, la fièvre bilieuse, la fièvre muqueuse, la fièvre putride, la fièvre maligne, les embarras gastriques, le vrai typhus des armées. Tout est dans votre fièvre typhoïde. C'est Jacotot incarné, *tout est dans tout*.

B... Vous ne citez point la gastro-entérite.

V... Broussais se plaint de ce que les modernes l'ont effacée de leurs cadres nosologiques. On affirme néanmoins là-bas que c'est injuste. Sur terre, vous avez l'habitude de passer toujours d'un extrême à l'autre. Vous avez repoussé la gastro-entérite pour vous précipiter dans les bras étiques de la fièvre typhoïde.

B... Que fait Broussais parmi vous ?

V... Il se promène assez gaiement, mais il s'éloigne toujours du Léthé. Son compagnon le plus habituel est Boisseau; excellent homme, trop tôt ravi au monde comme l'immortel Bichat. Quelques ombres, dont l'enveloppe charnelle avait été morcillée par un trop grand nombre de sangsues, se tiennent également à une grande distance de ces deux compagnons.

B... Il y a donc des baines dans l'Elysée?

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Dans une vente publique, où j'assistais, la canne de Voltaire fut acquise au prix de 1,800 fr. par des amis de Corvisart, associés pour lui en faire hommage.

Chronique et nouvelles.

Un habitant de Paris, M. Simonin, a offert à l'administration de l'assistance publique de fonder huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, moyennant le prix principal de 72,000 fr. La commission appelée à délibérer sur cet objet a formulé ainsi sa décision :

« La commission municipale de Paris, touchée du nouvel et important acte de libéralité de M. Simonin, envers lequel elle consigne ici l'expression de sa gratitude, émet l'avis qu'il y a lieu d'autoriser le directeur de l'assistance publique à accepter la fondation de huit nouveaux lits dans les hospices d'incurables, faite par M. Simonin, et la donation stipulée à cet effet d'un prix principal de 72,000 fr., etc. Ampliation de la présente délibération sera adressée à M. Simonin. »

M. Simonin est coutumier du fait. Déjà, en 1847, il a fondé vingt-cinq lits du même genre, moyennant la somme de 244,000 fr.

— La chaire de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier est vacante par suite de la démission de M. Gerhardt.

Aux termes des statuts et règlements, la nomination à cette chaire doit être faite par le ministre de l'instruction publique entre quatre candidats au plus, dont deux doivent lui être présentés par la Faculté elle-même, et les deux autres par le conseil académique de Montpellier.

En conséquence, MM. les aspirants à la candidature sont invités à faire parvenir leurs titres, francs de port, au doyen de ladite Faculté des sciences, d'ici au 20 janvier prochain inclusivement.

HUILE D'AIX.

Je salue mes confrères, et prie de m'excuser ceux à qui je n'ai point expédié d'huile l'an passé, malgré leur demande. Nos qualités étaient médiocres, je les en avais prévenus, et il m'a été bien difficile d'en expédier une petite quantité assez passable.

Notre récolte vient de commencer, et tout fait penser que l'huile sera excellente, supérieure à celle que je fournis depuis deux ans. Je m'adresse aux médecins vétérinaires et aux pharmaciens comme à mes confrères, et prie tous les membres de la grande famille médicale de favoriser une entreprise qui leur appartient. Cette entreprise est honorable sous tous les rapports; formée dans des temps difficiles, elle a pour but le commerce, la confiance, la probité, la paix, puis la création d'un petit fonds de prévoyance pour ceux qui s'occupent de l'art de guérir.

Il est temps que nous placions les huiles d'olive sous notre surveillance; il est temps que le corps médical, dans l'intérêt de la santé publique, porte son attention sur les denrées qu'on altère. Je dis cela à tous les confrères de France et à ceux qui y sont étrangers. Cette entreprise, élevée à des proportions faciles à atteindre, devient un avantage pour le public, un exemple pour le commerce, pour nous un moyen d'amitié et de sécurité.

L'huile vierge première qualité vaudra, sur place, 2 fr. le kilog. L'huile sera expédiée dans des boîtes de fer-blanc. Les recouvrements se feront sans frais, à domicile, par des mandats, après lettre d'avis contenant facture.

N. B. Une simple lettre de demande d'un confrère ou signée de lui, à M. Rondard, doct. à Grans, par Salon (Bouches-du-Rhône).

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 142. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 142. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 8 DÉCEMBRE 1851.

Nous avons reçu mercredi dernier, de M. Marchal (de Calvi), la lettre suivante, que nous n'avons pu insérer qu'aujourd'hui.

Mon cher ami,

Me voici à l'ancien Théâtre Historique à la tête d'une section d'ambulance, et je n'ai rien de mieux à faire pour occuper mes loisirs et détourner de mon esprit les tristes pensées qui l'assiégent que de répondre à votre lettre de ce matin; je n'ai pas cette lettre sous les yeux, mais je me la rappelle suffisamment.

Vous me traitez personnellement avec une grande bienveillance, avec amitié, et je vous en remercie. Vous dites de moi infiniment plus de bien que je n'en penserai jamais et que je ne mérite, parce que vous êtes assez riche pour prêter sur toute espèce de garantie, bonne ou mauvaise, et même pour donner. Quant à mes opinions sur la syphilisation, vous les menez fort durement, et je ne m'en plains pas. Vous êtes dans votre rôle. Je reste dans le mien. Chacun pour soi, c'est-à-dire pour ses convictions, et la vérité pour tous.

Je vous demande la permission d'être aussi catégorique que vous l'avez été vous-même. Les sentiments sont réservés; les opinions n'y peuvent rien, et ils subsisteront chez vous, j'espère, comme chez moi, en dépit d'elles.

Je persiste quoi que vous disiez, parce que vos arguments ne sont que des raisons, et que, dans une question de fait, les faits seuls ont force probante. Les *raisons* n'ont jamais manqué; elles n'ont manqué ni contre la vapeur, ni contre la vaccine, ni contre la circulation, et je ne cesse de m'étonner de l'intrépidité de l'esprit humain à nier ce qui lui paraît de prime abord impossible, après tant de défaites que l'impossible devenu réel et glorifié lui a honteusement infligées.

Je continuerai à faire respectivement la part de la syphilisation prophylactique et de la syphilisation curative. J'y tiens. Cette distinction est propre à éclairer le débat, et je me félicite de l'y avoir introduite.

Relativement à la syphilisation préventive ou vaccination syphilitique, il y avait deux questions à examiner. Est-elle ou n'est-elle pas? Doit-on ou ne doit-on pas l'appliquer?

Est-elle? Vous ne niez pas qu'elle soit, et vous avez même un mot pour la désigner, celui de *saturation syphilitique*. Ce mot, je l'ai accepté à cause de la chose qu'il affirme; mais par lui-même, avec sa signification propre, je ne saurais l'admettre, attendu que rien n'est plus hypothétique et moins vraisemblable que la saturation syphilitique. Il ne viendrait pas à l'idée qu'un homme qui n'est plus susceptible de contracter la variole parce qu'il en a été affecté, soit saturé de virus variolique. On est bien plus fondé à penser que, chez le syphilisé, le virus s'est détruit par lui-même. Théorie pour théorie, j'aime mieux la mienne. Mais je ne tiens à aucune. Ce que je tiens à établir, d'après votre propre témoignage, c'est qu'à bout d'inoculations l'économie se refuse à subir l'action du virus syphilitique. Je vous ai parlé de M. Laval: en moins de quatre mois, il est parvenu à l'immunité la plus complète sans interrompre ses travaux, sans éprouver le moindre dérangement dans sa santé générale. Ses premiers chancres d'inoculation s'étaient indurés; les inoculations successives ont fait disparaître l'induration. Syphilisé, M. Laval s'est présenté à M. Ricord, qui lui a fait en deux fois sept piqûres avec trois pus différents d'une virulence constatée, et cela sans résultat aucun. Voilà un fait. Comment la commission de l'Académie a-t-elle refusé d'en prendre connaissance en recevant M. Laval, qui s'était mis à sa disposition et qui a poussé le zèle jusqu'à se rendre auprès d'un des commissaires, dont il a été assez mal reçu? Mon attachement et mon respect pour ce commissaire, l'un des hommes qui font le plus d'honneur à la France médicale, ne m'empêcheront pas de protester contre sa conduite et contre celle de la commission. On ne fait rien pour la dignité de la profession en se mettant au-dessus de la raison et de la justice. Et l'on se met au-dessus de la raison et de la justice lorsque, plein d'une confiance présomptueuse en des opinions préconçues, on y conforme un arrêt porté au nom de la science. Un procès scientifique, comme un autre procès, veut être jugé sur le vu de toutes les pièces et après l'audition de tous les témoins. Quand on fait autrement, on soulève l'opinion publique contre la chose jugée, et la vérité elle-même perd à être servie de cette manière, supposé qu'elle soit du côté des juges. Quoi qu'il advienne de la sentence académique, la syphilisation est. Peut-on l'appliquer? C'est autre chose.

Vous dites que non absolument. Je dis que non pour l'individu sain, je dis que oui pour l'individu affecté de syphilis constitutionnelle. Mais, avant d'arriver à ce dernier point, j'ai à vous répondre sur un détail. J'ai essayé de dire combien la santé publique est intéressée à tout ce qui peut restreindre la syphilis dans ses effets sur la population. Vous me répondez que c'est une vérité *trop vraie*. Il se peut bien que la phrase dans laquelle je l'ai dit ait un faux air des axiomes de M. de La Palisse et que, mise en relief, elle prête à rire au Français *né malin*. Ce n'est pas de quoi je m'occupe. Je veux seulement préciser ma pensée. Elle vient de plus loin que vous ne l'avez supposé, par ma faute sans doute. J'ai une foi vive dans le perfectionnement indéfini de l'espèce humaine. Je crois que l'homme se développera de plus en plus, malgré les entraves, dans la force et dans la justice. Les obstacles momentanés n'y font rien. C'est le propre de l'obstacle de susciter des efforts nouveaux. Oui, je crois à l'assainissement et à la sécurité croissante du globe par la réduction des espèces nuisibles tant végétales qu'animales, et je crois à l'assainissement de l'homme par la réduction des espèces pathologiques. Et c'est parce que j'y crois et que je voudrais y travailler de toutes mes forces que j'ai accepté, après examen, l'idée de la syphilisation. Mon enthousiasme, dont vous pouvez rire, mon cher ami, ne va pas jusqu'à me faire prendre un fumeron pour un météore; aussi cette idée de la syphilisation, lorsqu'elle fut présentée, il y a quelque temps, dans la *Gazette médicale* par un chirurgien habile, qui est aussi un de nos plus élégants écrivains, ne m'attira aucunement, parce qu'elle s'offrait à moi comme une aspiration et non comme un fait.

Je reviens à la syphilisation *curative*, que j'appelle ainsi, non *par générosité*, comme vous le dites avec une spirituelle malice, mais *par esprit de justice*, comme j'espère un jour vous le prouver.

Je dis donc que la syphilisation est applicable au traitement de la syphilis constitutionnelle, et je vois dans cette application efficace le plus puissant argument que l'on puisse invoquer en faveur du principe fondamental de la thérapeutique homœopathique; à savoir: que les agents susceptibles de guérir les maladies sont susceptibles de les produire et réciproquement.

Ma principale raison en faveur de la syphilisation curative était que les inoculations nouvelles chez un syphilitique n'ajoutent rien à la diathèse. Vous niez cette proposition essentielle. Voici ma réponse: jamais, chez un syphilitique, j'entends chez un individu affecté de syphilis constitutionnelle, un chancre *nouveau* ne s'indure. Or, c'est l'induration qui marque la diathèse: point d'induration, point de diathèse. A la vérité, vous le niez aussi; mais, à cet égard, j'ai quelque droit de m'en rapporter à ma propre expérience. Chef de service depuis plusieurs années, j'ai traité des milliers de vénériens. Or, je n'ai jamais vu, d'une part, qu'un chancre simple, c'est-à-dire non induré, ait été suivi d'accidents constitutionnels, et, d'autre part, que, chez un individu en proie à la diathèse syphilitique, un chancre *nouveau* se soit induré. J'ai la plus grande considération pour votre opinion; mais je ne puis lui sacrifier les résultats de mon observation personnelle, surtout quand ces résultats s'accordent avec ceux qui ont été proclamés dès longtemps par une autorité imposante en syphiliographie. Vous êtes d'un côté; je me tiens de l'autre.

J'ai dit dans ma lettre que des inoculations nouvelles chez un individu en diathèse ne peuvent avoir que les *effets* locaux. Vous relevez cette proposition, en me faisant remarquer que, s'il n'y avait que des *effets locaux*, l'économie tout entière ne serait pas mise en défense contre le virus syphilitique. C'est une simple discussion de mots, mon cher ami, et l'on pourrait en élever beaucoup de semblables si l'on voulait épiloguer sur les rapides productions, lettres ou articles, que la polémique quotidienne livre au jugement du public. Il était bien entendu que j'admets un effet général, puisque j'admets la préservation. J'ai voulu dire qu'il n'y avait pas de *symptômes* ou d'*accidents* généraux, et je crois qu'on l'aura généralement compris ainsi.

Dans les grandes épidémies varioliques, on a conseillé les inoculations vaccinales en grand nombre dès l'invasion de la maladie pour enrayer le développement de la variole. Qui pourrait dire que l'inoculation du virus syphilitique ne serait pas capable de produire une semblable atténuation dans ces grandes et subites éruptions véroliques dont nous connaissons tous des exemples, et qui font de si horribles ravages? Je

FEUILLETON.

RECHERCHES HISTORIQUES

SUR L'EMPLOI DU SEL AMMONIAC considéré comme fébrifuge;

Par M. le Dr A. GIRBAL.

L'emploi du sel ammoniac n'est pas nouveau dans la thérapeutique; ce médicament est même de ceux qui ont été le plus anciennement et le plus généralement usités.

La médecine proprement dite et la chirurgie en ont tiré parti avec un égal avantage.

Administré à l'intérieur, il a été doté de vertus apéritive, diurétique, diaphorétique, stimulante et surtout fébrifuge. Celle-ci est une des plus importantes à apprécier; c'est elle surtout qui va nous occuper.

Nous étudierons, en outre, l'usage externe de ce sel, à titre de fondant ou de résolutif. Il réclame, à ce second point de vue, une attention spéciale, car il constitue un topique réellement précieux dans maintes circonstances.

M. le docteur Aran vient de soulever, au sein de l'Académie de médecine de Paris, la question de la propriété fébrifuge de ce sel. Le travail qu'il a lu à ce sujet, dans la séance du 21 octobre 1851, se trouve reproduit et développé par l'auteur dans le numéro du 30 octobre du *Bulletin général de thérapeutique* (1).

En voici les points principaux:

La lecture d'un mémoire fort curieux de Muys, adressé en 1716 à la Société royale de Londres, intitulé: *De salis ammoniaci præclaro ad febres tertianas et quotidianas intermittentes usu*, a suggéré à M. Aran l'idée de l'employer dans les mêmes circonstances.

Muys a traité 34 fièvres intermittentes, dont 32 par le sel ammoniac seul, savoir: 25 tierces (22 guérisons), 7 quotidiennes ou doubles tierces (6 guérisons); les deux autres ont été enrayées par le sel ammoniac associé aux amers. Dans la plupart, l'accès a manqué ou a été atténué après la première prise.

La dose du médicament était généralement d'un gros à un gros et demi (4 à 6 grammes) chez le jeune homme, d'un gros et demi à deux gros (6 à 8 grammes) chez l'adulte, dans une once (30 grammes) d'eau ou de tisane. Muys donnait cette solution en une seule fois, demi-heure avant l'invasion présumée de l'accès, et la faisait suivre d'une tasse de café ou de thé; il n'avait recours à une troisième dose que tout autant que les deux accès précédents n'avaient pas été modifiés, ce qui était rare dans les cas qu'il rapporte.

De nos jours, M. Aran a eu l'heureuse idée de répéter l'expérimentation de Muys. Il a obtenu, à son tour, des résultats avantageux sur 12 malades atteints de fièvre tierce ou quotidienne.

Notons que le médecin de Paris a introduit quelques modifications dans l'administration du fébrifuge. A l'inverse de Muys, il le donne le plus loin possible de l'accès à venir, et le prescrit dans la potion suivante à prendre en deux fois et à deux heures d'intervalle:

Hydrochlorate d'ammoniaque. . . .	8	grammes.
Eau distillée de menthe.	50	—
Eau de fleurs d'oranger.	50	—

A ne lire que la récente communication de M. Aran, on est un peu disposé à croire que, sans l'exhumation qu'il a faite de l'œuvre de Muys, la propriété anti-périodique du sel ammoniac serait restée enfouie dans un profond oubli. Mais une foule de médecins ont également constaté l'efficacité du sel en question et en ont expressément recommandé l'emploi.

Il nous suffira, pour le prouver, de citer, entre autres témoignages, les suivants:

En 1715, Antoine Deidier, médecin-chimiste éminent et professeur de l'Université de Montpellier, s'exprime en ces termes: « Dans les fièvres quartes qui sont entretenues par des obstructions du bas ventre, j'ordonne souvent avec succès depuis 6 grains jusqu'à 12 de sel ammoniac réduit en poudre très fine et mêlé avec chaque prise de quinquina (1). » Lémery avait dit avant lui: « Il (le sel ammoniac) est bon pour la fièvre quarte (2). » D'autres praticiens l'employaient aussi à cette même époque, mais rarement seul, et à des doses inférieures, il est vrai, à celles de Muys.

Boërhaave (3) l'a pris également sous son patronage, et sa pratique a eu beaucoup de retentissement. Aussi, Allen a-t-il pu dire: « Les fleurs de sel ammoniac sont aussi regardées comme un très bon fébrifuge, surtout dans les fièvres intermittentes. Je ne connais pas, dit le célèbre Boërhaave, de meilleur fébrifuge que 20 grains de sel ammoniac avalés dans quelque liqueur toute chaude une ou deux heures avant l'accès (4). » Et certes, une autorité aussi imposante que celle de Boërhaave mérite bien de figurer à côté de celle de Muys!

« *Commendatur in febribus intermittentibus, tanquam febrifugum eximium* (5) », a dit Geoffroy en parlant du sel ammoniac.

Frédéric Cartheuser apprécie de la manière suivante sa propriété anti-périodique. « *Specialius ideo in febribus intermittentibus quartanis, etc... Cum fructu insigni exhiberi potest* (6). »

Enfin, Spielmann cite les noms de Wolff, Lœseke et Jacob, dont l'expérimentation thérapeutique a confirmé celle de Muys, tant il est vrai que son mémoire était connu et justement apprécié (7).

Si les citations qui précèdent ne suffisaient pas, nous pourrions invoquer encore les écrits de Stoll (8), de Werlhof (9) et de plusieurs autres.

« Les auteurs qui l'ont employé, observe M. Aran, parmi lesquels il faut citer Hoffmann, ne dépassaient jamais 60 grains, et

(1) *Sur l'emploi du sel ammoniac (hydrochlorate d'ammoniaque) dans le traitement des fièvres intermittentes*, par le docteur Aran, p. 343.

(1) Antoine Deidier, *Chimie raisonnée*, p. 77.
(2) Lémery, *Dict. univ. des drogues simples*, 3e édit., p. 767.
(3) *Hermanni Boerhaave libellus de materie medicâ*. Paris, 1745, p. 120.
(4) *Abrégé de toute la médecine pratique* par Allen, trad. par Boudon, 4e édit. Paris, 1742, t. 1, p. 70 et 71.
(5) Geoffroy, *Tractatus de materiâ medicâ*, t. 1, p. 142.
(6) *Frederici Cartheuser, Fundamenta materiæ medicæ*. Paris, 1750, t. II, p. 101.
(7) *Reinboldi Spielmann Institutiones materiæ med.*, 1774, p. 548.
(8) Maximilien Stoll, *Méd. prat.*, trad. de Mahon, t. 1, p. 378.
(9) *Pauli Gotlieb Werlhof Observationes de febribus, precipuis intermittentibus*. Venetiis, 1754, p. 40 et 41.

vois souvent un homme distingué, arrivé par son travail à une position honorable, et qui a eu le visage dévoré en peu de jours par une de ces éruptions; et je vous prie de croire qu'on n'avait pas ménagé le mercure.

Je ne veux pas aller plus loin qu'il ne convient. Je ne suis pas un fanatique. Je répète seulement que la syphilisation mérite considération, et qu'on doit l'étudier avant de la juger.

Moi non plus, je ne veux pas répondre à tous les points de votre lettre. Rien ne m'est fastidieux comme de ressasser mes idées. On ne s'en apercevra que trop peut-être à la lecture de cette réponse. J'ajouterai seulement, quant à l'inoculation du virus morveux ou du virus rabique dans la morve ou dans la rage, par extension de la syphilisation, qu'on ne tue pas un mort, et que c'est bien dans des cas de ce genre qu'il est permis d'oser; du reste, je n'ai pas conseillé de pratiquer cette inoculation sur l'homme avant d'avoir expérimenté sur les animaux.

Je relis ma lettre, et je la trouve un peu vive; mais que voulez-vous! je ne suis pas à mon aise pour écrire. Je pense au milieu du bruit, et j'ai sous les yeux l'appareil de la guerre: que ce soit mon excuse.

Quoi que vous puissiez dire, je ne répondrai plus que par des faits, et vous n'attendrez pas longtemps. Je vous donne rendez-vous dans un mois à l'Académie de médecine.

Votre dévoué. MARCHAL (de Calvi).

RÉPONSE. — Votre seconde lettre, mon cher ami, ne me console guère du chagrin que m'avait causé la première; elle ne me désespère pas cependant. Je sais que les esprits de votre trempe, entraînés par de généreuses illusions, peuvent s'égarer quelquefois dans des voies hasardeuses; mais qu'ils tardent rarement, après quelques écarts, à rentrer sous le joug de la raison, comme l'enfant prodigue sous le toit paternel. C'est l'espoir de contribuer à cet heureux retour, et de rendre ainsi à la vérité un de ses défenseurs les plus précieux, qui m'engage à braver une troisième fois l'ennui de mes lecteurs à propos d'un sujet si peu digne de les occuper.

Vous commencez votre lettre en me reprochant de vous avoir donné des raisons au lieu de faits, et en rappelant que les raisons n'ont pas manqué contre la circulation, la vapeur, etc. Au lecteur seul il appartient de décider si votre reproche est fondé ou non. Pas plus que vous, je n'aime les répétitions, et ce n'est point pour me justifier que je relève votre début; c'est pour me plaindre de l'injure que vous avez faite à l'illustre Watt et à l'immortel Harvey, par une comparaison déshonorante qui est en même temps un argument banal: tous les génies incompris qui, chaque semaine, adressent à l'Institut la découverte du mouvement perpétuel, ne manquent pas d'accuser leur temps des *raisons* qu'on leur oppose en même temps qu'on ne leur en oppose plus; et si vous fréquentiez plus assidûment le palais Mazarin et l'asile de Charenton, vous verriez que la vaste enceinte du Panthéon ne saurait suffire à renfermer les cendres de tous ces Galilées. Laissons donc de côté ces comparaisons banales, qui ne sont pas même des *raisons*.

Vous me reprochez ma théorie sur la *saturation syphilitique*, saturation que non-seulement je ne nie point, ainsi que vous le dites fort bien, mais que j'ai découverte et *démontrée*, ce que vous ne dites point. Votre reproche était peine inutile; je n'ai jamais prétendu faire une théorie en adoptant l'expression que j'ai choisie; j'ai seulement voulu exprimer un fait sans recourir au néologisme, pour lequel vous devez connaître mon peu de goût. Si vous trouvez une désignation meilleure que la mienne, je suis tout prêt à l'adopter, pourvu que vous n'y associez point la théorie que vous avez cru devoir opposer à la mienne, et à laquelle, fort heureusement, vous avez eu la prudence de ne pas trop vous attacher. Un mot encore sur ce paragraphe où vous me faites dire que l'économie, à bout d'*inoculations*, se refuse, etc.; c'est à bout de *contagions* qu'il aurait fallu dire pour éviter toute équivoque: je me contente d'observer l'homme et je ne l'expérimente pas. Quant à la partie de ce même paragraphe qui concerne M. Laval, c'est une affaire entre vous et la commission de l'Académie. Permettez-moi cependant de vous dire, dans un sens plus général, qu'il ne faudrait pas vous hâter de condamner, sans les entendre, tous ceux qui refuseraient de s'associer aux expérimentations du genre de celles que semble poursuivre votre élève. En paraissant attacher une grande importance à des dévouements stériles autant que dangereux, on semble les encourager; et les exemples donnés par quelques partisans aveugles de la doctrine physiologique nous ont appris la fin lugubre que ces dévouements peuvent avoir. Il est donc pardonnable que certains esprits, que d'aucuns taxeront peut-être de timidité, refusent de partager la responsabilité d'une semblable fin. J'avoue que je suis tout disposé à encourir ce reproche.

De votre anathème contre un membre de la commission académique, vous passez à votre profession de foi sur le perfectionnement indéfini de l'espèce humaine, l'assainissement de l'homme, etc. Partout où la foi se montre, la discussion doit s'imposer silence: si l'une parle, l'autre s'évanouit. Or, comme j'ai pour toutes les fois vives le plus profond respect, je chercherai d'autant moins à ébranler la vôtre qu'elle ne peut en aucune façon nuire aux intérêts de ma cause.

Je passe encore sur votre argument en faveur de la doctrine homœopathique, et j'arrive enfin à vos *raisons*; car vous faites aussi usage de raisons, ce dont je ne songerai jamais à vous blâmer, pourvu qu'elles soient bonnes. Celles que vous m'opposez, dans l'espèce, sont-elles dans ce cas? Je ne puis, en vérité, vous l'accorder. La première que vous me donnez repose sur un fait que je persiste à qualifier d'inexact, mais qui ne vaudrait guère mieux, le fait fût-il lui-même parfaitement démontré.

Vous n'avez jamais vu, dites-vous, un chancre non induré être suivi d'accidents constitutionnels.

Vous n'avez jamais vu un chancre induré n'être pas suivi d'accidents constitutionnels.

Vous n'avez jamais vu un chancre nouvellement contracté s'indurer chez un individu affecté déjà d'accidents constitutionnels.

Je vous crois, puisque vous me le dites; mais veuillez me croire quand je vous dirai que je l'ai vu, bien vu, de mes propres yeux vu; que je l'ai vu, par exemple, sur un de vos collègues les plus distingués, lui-même excellent observateur, et qui, à la suite d'un chancre très léger et de très courte durée, n'ayant jamais présenté la moindre trace d'induration, a été atteint d'accidents syphilitiques variés qui ont duré plusieurs années.

Mais admettons pour un instant que je puisse révoquer le témoignage de mes sens et que tout se passe comme vous l'avez vu vous-même, quel argument y trouvez-vous en faveur de la syphilisation curative? Comment! de ce qu'un chancre nouveau ne s'indurerait pas chez un malade atteint de syphilis constitutionnelle, vous en concluez qu'on peut insinuer indéfiniment et sans inconvénient du virus nouveau sous l'épiderme de ce malade? Je ne vois, en conscience, aucune relation entre les prémisses et la conséquence, et si ce n'est pas là abuser des raisons, c'est du moins abuser beaucoup du raisonnement. Pour être complétement vrai, je dois avouer que vous appuyez votre thèse sur cette proposition: Tout individu atteint d'une syphilis constitutionnelle est aussi infecté que possible, et toute contagion nouvelle est incapable d'occasionner, non pas des *effets* généraux (comme vous l'aviez dit par inattention), mais des *symptômes* généraux, c'est-à-dire des *effets* généraux *morbides*. Mais cette proposition elle-même, qu'est-elle? Est-ce un fait? Nullement; c'est une théorie ou plutôt une vue *à priori* et rien de plus. Eh bien, à cette théorie, à cette vue, j'en opposerai une autre, et je dirai:

Si vous inoculez un sel de plomb à un individu déjà atteint de cachexie saturnine, il est probable que vous aggraverez son état. Si vous inoculez le virus de la vipère à un individu déjà en proie aux symptômes de l'empoisonnement par ce même virus, il est probable, je dis même il est certain que vous le tuerez par une seconde ou une troisième intoxication, quand il aurait pu échapper à la première.

Vous m'objecterez, sans doute, qu'il n'y a pas identité entre le poison plombique, le virus de la vipère et celui de la syphilis; ce n'est pas non plus ce que je prétends; mais il y a analogie, et analogie pour analogie, théorie pour théorie, ce sera à mon tour de dire: J'aime mieux la mienne, qui soustrait les malades à des expérimentations dangereuses, que la vôtre, qui les y soumet, au grand péril de leur santé et même de leur vie.

Les grandes irruptions véroliques dont tout le monde ne connaît pas plusieurs exemples, dont je ne connais pour ma part qu'un seul exemple, fort mal, fort confusément décrit, l'épidémie du quinzième siècle, le fait particulier que vous citez, ne prouvent rien, sinon qu'il faut se garder d'aggraver par des expérimentations inconsidérées, pour ne rien dire de plus, un mal qui peut être si grave par lui-même.

Ce n'est pas un reproche sans doute que vous m'adressez quand vous conseillez d'étudier la syphilisation avant de la juger; vous devez savoir que ce reproche serait plus applicable à d'autres qu'à moi. Il y a huit ans bientôt que j'ai constaté le fait de la saturation syphilitique, et que je l'ai étudié en silence, non pas à l'aide d'expérimentations réprouvables, mais par l'observation naturelle, la seule morale et d'ailleurs la plus féconde pour le médecin. J'espère bientôt vous prouver, mon cher ami, que mes études n'ont pas été entièrement perdues pour la science, et que ceux qui ont voulu me dépouiller du fruit de mes recherches n'avaient pas ce qu'il fallait pour profiter de leur larcin. Un peu moins d'ignorance et un peu plus de bon sens.

Un mot en terminant sur la morve et la rage, à propos desquelles vous me dites, avec non moins d'esprit que de malice, qu'on ne tue pas un mort. Est-ce qu'en effet j'aurais commis une naïveté? A vrai dire, je m'en consolerais; ce petit malheur est arrivé, vous ne l'ignorez point, à plus huppés que moi. Mais avant de se repentir, encore faut-il être convaincu de sa faute, et jusqu'à présent je ne le suis pas. Qu'avez-vous prétendu par le rapprochement que vous avez établi entre la morve, la rage et la syphilisation? Avez-vous conseillé de pratiquer l'inoculation du virus rabique à un individu mordu par un animal enragé ou à un individu offrant

---

se tenaient même le plus souvent au-dessous de cette dose. » Nous le disons à regret, cette assertion n'est pas exacte: il nous sera facile de le démontrer.

Ici encore Werlhof, dont la compétence est si grande, nous fournit un nouvel argument contre cette proposition. Qu'on lise, en effet, le passage suivant: « *Dosi ad drachmam et ultra aucta, et ante aliquot paroxysmos repetita, doctissimi Muysii et aliorum et nostra experientia, sæpe prodest, ea tamen etiam dosi incertum, uti cætera salia omnia* (1). » Ce témoignage de l'illustre pyrétologiste est formel. La médication de Muys a donc été fidèlement et intégralement expérimentée par les soins de Werlhof *et aliorum!* La dose de 60 grains a donc été dépassée par d'autres que par Muys!

De son côté, Hildenbrand s'exprime de la manière suivante dans le traitement des fièvres intermittentes: « Quand les vomitifs sont contre-indiqués, les remèdes altérants et sub-émétiques conviennent souvent, tels que l'antimoine, la scille et le sel ammoniac; mais il faut les donner à grandes doses (2). »

Après avoir noté l'utilité du sel ammoniac dans les fièvres d'accès, et surtout dans les quartes, Desbois de Rochefort ajoute: « Le sel ammoniac se donne en poudre à la dose de 8, 12, 24, ou 30 grains au plus par jour; en dissolution, on en donne demi, 1, 2 gros jusqu'à demi-once, sur une pinte de boisson sudorifique (3). »

A Montpellier, plusieurs médecins ont eu également recours au sel ammoniac comme fébrifuge, à des doses supérieures ou égales à celles de Muys, de Werlhof et autres; souvent aussi ils l'ont associé au fer, au quinquina et aux amers, à l'exemple de Hartmann, de Stoll, etc. (4). Roucher, habile clinicien de cette ville, a surtout préconisé cette association. « Je suis presque toujours parvenu, dit-il, à dompter les fièvres quartes et doubles quartes, quand elles n'étaient point invétérées et qu'elles ne dépendaient point d'un vice syphilitique, à l'aide d'une combinaison faite avec 2 drachmes du meilleur quinquina rouge bien tamisé, 10 grains de sel d'absinthe, 10 grains de sel ammoniac, 10 grains de fleurs martiales ammoniacales et 8 grains de rhubarbe en poudre, incorporés dans le sirop des cinq racines, qu'on délaie ensuite dans une tasse d'infusion de petit-chêne. — On ne peut se faire une idée des avantages que j'ai retirés de ce mélange, donné dans les intervalles des accès de quatre en quatre heures. Rarement ces sortes de fièvres résistaient à ce remède ainsi combiné, qui a déraciné même celles qui s'étaient jouées des autres moyens. Aussi, tous les élèves en médecine qui suivaient constamment mes visites en étaient tellement frappés, qu'ils s'empressaient tous d'en copier la formule pour en faire un jour l'application (1). »

Feu le professeur Broussonnet a aussi fait usage du sel ammoniac, et M. le docteur Dupré nous a dit l'avoir également employé, à l'exemple de son maître, avec succès, dans certains cas de fièvres rebelles.

M. Aran poursuit: « Les traités de thérapeutique modernes sont plus sobres de détails encore à son égard, puisqu'ils ne parlent nullement du sel ammoniac comme fébrifuge. » Cette plainte est exagérée. La plupart des auteurs de thérapeutique et de matière médicale, depuis Venel (2) et Desbois de Rochefort (3), jusqu'à nos jours, signalent les propriétés fébrifuges du sel ammoniaque (4). Ils ne partagent pas, à dire vrai, l'enthousiasme de Muys, qui le préférerait au quinquina. Disons néanmoins que les plus récents d'entre eux, MM. Bouchardat, Trousseau et Pidoux, auraient pu s'expliquer plus catégoriquement qu'ils ne l'ont fait sur la valeur de ce fébrifuge.

En définitive, que résulte-t-il de tout ceci au point de vue de la pratique? Admettrons-nous avec M. Aran que la question de la substitution du sel ammoniac au quinquina et au sulfate de quinine est résolue pour le climat de Paris? Non, car une telle conclusion est hardie et anticipée. M. Aran a soin d'ajouter, il est vrai, que la solution de ce problème, considérée d'une manière générale, ne sera complète que lorsque les médecins exerçant dans les pays marécageux seront venus donner une sanction nouvelle à ses expériences.

Nous joignons nos vœux à ceux de M. Aran pour que le chlorhydrate d'ammoniaque soit essayé de nos jours sur une vaste échelle.

Mille circonstances militent en faveur d'une administration en grand de ce succédané. Il a pour lui, avec de longs antécédents d'efficacité, la modicité du prix, la facilité de la tolérance et la simplicité du dosage. En outre, le manque possible de sulfate de quinine dans un avenir plus ou moins prochain, sa cherté, ses sophistications, etc., rendent cette expérimentation d'autant plus désirable. Elle doit donc être faite sans enthousiasme comme sans hostilité, mais avec la plus judicieuse impartialité.

A l'exemple de Muys, M. Aran administre une tasse de café après chaque potion ammoniacale. Mais, on le sait, le café peut à son tour exercer une influence avantageuse sur l'accès à venir; aussi voudrions-nous qu'il fût supprimé, afin d'être mieux édifié encore sur les effets du sel ammoniac. Il y aurait même avantage à édulcorer la potion avec un sirop agréable, tel que celui de fleurs d'oranger.

Puisse l'expérimentation que nous proposons, après M. Aran, aboutir à des conséquences plus favorables au fébrifuge qui nous occupe, que celles de Cullen, quand il a dit: « On a préféré le sel ammoniac pour la guérison des fièvres intermittentes. Il réussit rarement dans les fièvres tierces, il a été quelquefois avantageux dans les fièvres quartes; mais il semble agir particulièrement sur l'accès présent, et avoir peu d'efficacité pour dissiper la cause de la maladie. Cependant il procure quelque rémission et rend les accès moins dangereux (1). (*Rev. thér. du Midi.*)

(1) Werlhof, déjà cité, *ibid.*
(2) Hildenbrand, *Méd. prat.*, trad. par Gauthier, t. II, p. 227.
(3) Desbois de Rochefort, *Cours élément. de matière médicale*, t. I, an XI, p. 134 et 135.
(4) Grimaud, *Cours de fièvres*, t. IV, p. 325 et 326.

(1) Roucher, *Traité de méd. cliniq.*, t. I, p. 159.
(2) Venel, *Précis de mat. méd.*, an IX, t. II, p. 299 et 304.
(3) Desbois de Rochefort, ouv. cité.
(4) *Voir* Alibert, *Nouv. élém. de thér. et de mat. méd.* Paris, 1817, t. I, p. 186. — Mérat et Delens, *Dict. univ. de mat. méd. et de thér. générale*, 1829, t. I, p. 247 et 248, etc.

(1) Cullen, *Eléments de méd. pratiq.*, trad. par Bosquillon. Paris, 1775, t. I, p. 137.

déjà tous les signes caractéristiques de la rage? Avez-vous conseillé de pratiquer l'inoculation du virus morveux à un individu qui s'est exposé à la contagion farcineuse ou à celui qui souffre déjà de la morve et de toutes les formes de la morve? Dans le premier cas, je le déclare, l'inoculation ne pourrait être considérée que comme un homicide prémédité; dans le second, quoique les malades soient voués à une mort à peu près certaine, l'inoculation serait encore une grave atteinte aux droits de l'humanité et aux devoirs de la profession; car, en ce qui concerne la morve chronique surtout, rien n'autorise à désespérer de la guérison. De toutes les façons donc on ne tuerait point un mort; on attenterait sciemment aux jours d'un individu qui ne sera peut-être pas malade, ou d'un malade qui peut guérir, et l'on tomberait à juste titre sous l'action du procureur de la République.

J'en ai fini avec les objections; qu'il me soit permis de terminer par un avis à propos du rendez-vous tant soit peu menaçant que vous me donnez dans un mois à l'Académie. Vous savez bien, mon cher ami, tout l'amour, tout le respect que j'ai pour les faits; il est plus grand encore peut-être que celui que j'ai pour la foi; cependant, cet amour ne va pas jusqu'à me faire sacrifier les devoirs de la critique. J'ai déjà eu l'occasion de le prouver à plusieurs de mes amis dont j'honore le plus le caractère et les talents. Si vos faits étaient de la nature de ceux sur lesquels j'ai cru devoir appeler la réprobation de tous les médecins, je ne pourrais que vous donner une nouvelle preuve de la distinction que je fais entre les droits de la science et ceux de l'amitié.

Moins consciencieux que vous, mon cher ami, je ne relis pas ma lettre, et je ne sais si elle contiendra quelques-unes de ces vivacités que vous avez cru apercevoir dans la vôtre, mais que, pour mon compte, je n'y ai point trouvées. Si, dans la rapidité de l'improvisation, ma plume avai trahi ma pensée, je compte que votre indulgente amitié absoudra le cœur d'une erreur qui n'appartient qu'à la main. — H. de Castelnau.

MÉDECINE LÉGALE.

Ligature de la verge chez un enfant de onze ans.

JUGEMENT INTERVENU.

Nous nous rendons volontiers au désir de notre distingué confrère M. L. Hirtz, de Kaysersberg, en publiant la note suivante, relative à un fait curieux de médecine légale. Sans nous prononcer sur les raisons qui ont pu motiver le jugement rendu en cette circonstance, nous ne croyons pas qu'il existe un seul médecin qui ne pense comme M. Hirtz sur les questions posées par cet honorable confrère. Des exemples nombreux prouvent que la masturbation peut commencer bien avant onze ans, qu'elle peut ne pas altérer sensiblement la santé, au moins pendant un temps assez long; enfin les exemples de ligature de la verge par le patient lui-même sont extrêmement fréquents; mais la ligature a été pratiquée dans ces cas, au moins dans tous ceux que nous nous rappelons, dans un autre but que celui de se procurer des sensations voluptueuses. H. de Castelnau.

Le 12 du mois passé je fus appelé auprès d'un petit garçon de onze ans, travaillant comme rattacheur dans une filature à Caysersberg, et se plaignant d'un gonflement considérable de la verge qui rendait l'émission des urines assez difficile. Derrière l'œdème préputial à la racine du pénis se trouvait un sillon circulaire, étroit, dans lequel la peau était coupée bien régulièrement; le canal de l'urètre était parfaitement intact.

Voici les renseignements fournis par la mère de l'enfant. La veille, le petit Bruckert, par suite de l'ingestion de raisins sur lesquels avait passé la gelée blanche, fut pris de coliques suivies de diarrhée. De là le fréquent besoin de quitter son métier pour se rendre aux lieux d'aisances.

Les deux fileurs auprès desquels il travaillait se seraient, dans un de ces moments, emparés de lui, et, en le bâillonnant, lui auraient appliqué un fil autour de la verge. L'enfant ne cessant de s'agiter toute la nuit, les parents, à force de le presser de questions, finirent par apprendre ce qui s'était passé. Une voisine, appelée au secours, trancha le nœud.

Malgré l'espèce d'assurance avec laquelle tous ces détails me furent débités, je ne sais pourquoi j'eus peine à me défendre d'un doute qui, malgré moi, se glissa dans mon esprit. Je me rappelai entre autres ce petit garçon de douze ans qui, pendant mon internat à l'hôpital de Strasbourg, fut apporté à la clinique chirurgicale de M. le professeur Bégin, atteint des mêmes lésions que celles du petit Bruckert, mais à un degré bien plus grave, puisqu'il en est résulté une fistule urinaire incurable. Cet enfant s'était également lié la verge à l'aide d'un fil (lequel fil a été coupé en ville par M. le docteur Hirtz, agrégé de la Faculté), et ce n'est que la violence des douleurs, ainsi que la crainte de la mort qui lui arrachèrent le secret, et lui firent avouer à ses parents qu'il s'était lié la verge pour se procurer des jouissances. Néanmoins le bruit de la culpabilité des deux fileurs fut bientôt répandu en ville par les soins de la mère de Bruckert et une vingtaine de commères habitant la même maison. Une instruction judiciaire eut lieu, et, sur la désignation unique du blessé, les deux ouvriers fileurs furent arrêtés et condamnés par le tribunal correctionnel de Colmar à trois mois de prison.

Voici maintenant la question essentielle, très grave, sur laquelle je vais attirer l'attention de la presse médicale. C'est qu'en recevant des mains de M. le juge de paix l'ordre de dresser procès-verbal et de constater la durée présumable de l'incapacité de travail qui en résulterait, j'ai communiqué mes soupçons à ce magistrat, en lui disant que dans mon opinion Bruckert seul était coupable d'attentat à sa propre pudeur. Comme on passa outre, je dus supposer que la justice avait en main les preuves irrécusables du crime. Aussi mon étonnement fut grand lorsque devant le tribunal aucun témoin autre que le petit garçon ne se présenta pour attester le fait, tandis qu'un grand nombre étaient d'accord pour affirmer, sous la foi du serment, que ce qu'on reprochait aux prévenus était matériellement impossible dans les circonstances données.

Dans ce cas, et vu l'absence totale de charges ni de preuves à l'appui de l'accusation, mon opinion, déjà exprimée devant M. le juge de paix, devait acquérir une importance assez grande pour du moins jeter dans l'esprit des juges de l'hésitation et du doute. Eh bien! il n'en fut pas ainsi. Le mot de masturbation provoqua chez les magistrats le sourire de l'incrédulité: « On ne se lie pas la verge, dirent-ils, parce » qu'on ne se soucie pas de se faire souffrir soi-même. Ce » garçon est bien conservé, assez intelligent, donc il ne se » masturbe pas; enfin l'idée de la masturbation ne vient pas » encore à un âge aussi tendre. »

C'est sur ces opinions de la magistrature française que j'appelle l'attention de mes confrères; quel que soit le résultat de cet appel, je m'y soumets, car des procès semblables pourront se présenter de nouveau, et il faut que la vérité soit connue de tout le monde. En conséquence, je prie instamment tous mes confrères d'apporter dans cette question le fruit de leur expérience; la masturbation se pratique-t-elle, oui ou non, à l'âge de onze ans déjà? La santé s'altère-t-elle réellement chez tous les masturbateurs de façon à rendre ce vice évident pour tous les yeux, quelle que soit l'époque à laquelle remonte cette honteuse pratique?

Enfin, la ligature de la verge dans une anse de fil ou dans un anneau est-elle un fait tellement extraordinaire, tellement inouï que l'on ne doive y ajouter foi?

J'attends avec impatience les communications de mes confrères sur cette question d'humanité et de morale, et j'espère que leur concours éclairé ne me fera pas défaut.

NANCY.

Par M. Bally, membre de l'Académie de médecine.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

V... Non, mais des rancunes. C'est ainsi que Didon n'a jamais permis à Enée de l'approcher. Mais le Tasse auprès d'Eléonore a perdu cette tristesse, cette lypémanie qui usaient sa vie sous le chêne du mont Janicule. Ce chêne, qui existe encore, est tout carié et va périr. Heureusement le génie fécondant du chantre sublime de la Jérusalem est un germe fertile, et un jeune rejeton qui s'élève au pied du vieux cadavre semble destiné par la Providence à perpétuer l'immortel souvenir du grand homme.

B... Depuis trois ans, je ne cesse de répéter que le salut des générations futures est dans l'abandon de la vaccine et dans le retour à l'inoculation du virus variolique.

V... Comment justifier cette opinion, contraire à celle de l'universalité des médecins? Vous connaissez ce dicton, qu'il y a quelqu'un qui a plus d'esprit et d'expérience que vous et moi: *C'est tout le monde.*

B... Par les chiffres de M. Carnot, et parce que de la théorie j'ai passé à la pratique, puisque depuis trois ans j'ai inoculé 82 enfants avec un succès qui répond à tout.

V... Un grand nombre de vos confrères descendus parmi nous nous avaient appris ce périlleux dévouement à vos convictions. Alors je me suis adressé à Jenner, qui marche toujours avec la couronne de l'immortalité, récompense accordée par l'Etre qui ne se trompe jamais. Jenner prédit qu'un jour vous arriverez au repentir, parce que vous oubliez qu'il est des époques où les maladies sont bénignes, et d'autres où la plus simple molécule de poison variolique peut répandre les germes d'une épidémie de varioles confluentes et meurtrières.

B... Que l'on me prouve mon erreur, et je bénirai le ciel d'avoir été conduit à la vérité que je cherche de bonne foi.

V... Il ajoute que plus tard vous serez convaincu, parce que vos inoculés seront dans l'âge adulte soumis aux mêmes chances que les vaccinés.

B... C'est à voir, si je ne vais pas trop tôt vous rejoindre.

V... Le Jenner français a dit en parlant de la vaccine: Cette heureuse influence, on l'exagérait autrefois, on la conteste aujourd'hui. C'est d'abord un médecin, *à la vérité peu connu*; il a commencé par se donner pour un zélé propagateur de la vaccine, et le voilà qui renie tout à coup les bonnes doctrines pour des hypothèses véritablement inqualifiables.

B... Le public, plus équitable, me témoigne plus de bienveillance, plus d'estime. Les gens sensés affirment que les injures ne sont pas des preuves. Parler d'un homme avec cette superbe ironie, c'est l'offenser sans le convaincre par de bonnes raisons. Est-il peu connu, celui qui jouit dans son département d'une réputation honorable et méritée? Est-il peu connu, celui dont les journaux de la science se font un mérite d'enregistrer les travaux? Est-il peu connu, celui dont les opinions loyales ont ému l'Institut? Est-il peu connu, celui qui a reçu des récompenses du premier et du plus savant corps médical de l'Europe?

V... Le Jenner français dit que les récompenses à vous accordées étaient plutôt dues à ce que vous promettiez qu'à ce que vous aviez fait.

B... Le corps académique ne m'a pas mentionné honorablement sans de mûres réflexions. J'aime mieux défendre son équité que d'accepter un blâme isolé. Au reste, on devrait toujours dans la profession médicale se piquer de bienveillance, de bonté, d'indulgence pour ceux qui admettent loyalement des opinions différentes des nôtres.

V... Parmi vous, on est généralement fort peu indulgent. Vous vous appelez confrères, et je n'ai jamais compris ce que signifiait cette confraternité. Chaque tour de cadran nous envoie des escouades des vôtres, que les épidémies anciennes et nouvelles précipitent sur la barque historique, et sur-le-champ ils se trouvent naturellement séparés en deux bandes, celle des loups et celle des moutons. A la tête des premiers, figurent le rustaud *** et le joyeux et caustique Guy-Patin, tout fier d'avoir eu récemment un aussi admirable interprète que Réveillé-Parise. A la tête des autres marchent triomphalement le vénérable, le débonnaire Pinel, le spirituel, le candide Pariset.

B... Vous m'affligez, car je procède de bon aloi sur notre petite gobille; j'avoue que je serais fier de mériter le suffrage des maîtres de la science.

V... Il ne faut pas vous égarer dans un sentier tortueux et sans fin. Les ombres des illustres médecins qui errent à côté de moi, comme celles de tous les grands hommes, s'accordent à soutenir qu'il n'y a point d'identité entre la fièvre typhoïde et la variole, et qu'en soutenant la thèse contraire vous confondez les divers états fébriles en une seule individualité.

Ils disent aussi que si l'on avait réservé le nom de fièvre typhoïde à une maladie partant d'un point principal, comme l'iléon et son repli valvulaire la déclide, pour s'irradier ensuite dans les autres organes; si l'on avait nommée la maladie iléo-spilosie comme Piorry, dothinentérite comme Bretonneau, entérite folliculeuse comme Cruveilhier, iléo-déclidite au premier temps et iléo-déclidite elcode au dernier, vous ne seriez pas plongé dans une erreur qui peut devenir fatale. Chomel, le maître à vous tous, dont la perspicacité et le sûr jugement ne sont pas problématiques, a eu le bon esprit d'admettre des formes dans la fièvre typhoïde, c'est-à-dire qu'il a conservé les anciennes divisions. Il vous dira aussi que la fièvre typhoïde atteint également les inoculés et les variolés, et que l'une des maladies ne préserve pas de l'autre.

B... Voyez cependant le rapport: l'une fait irruption sur la peau, l'autre sur la membrane muqueuse de l'intestin.

Voyez aussi l'hydrhémocholadrée, que l'on s'obstine à nommer flux de bile, choléra, n'est-elle pas caractérisée par une éruption intestinale appelée psorentérie par Serres et Nonat? C'est à l'anéantissement de la variole que nous devons cette fatale prédisposition qui a permis au poison indien d'agir sur notre pauvre économie.

V... Les ombres s'en entretiennent quelquefois: elles s'accordent à nous faire comprendre que les nombreuses saillies qui couvrent la membrane muqueuse dans la maladie asiatique ne sont pas dues à une éruption, mais à de petites utricules ou vacuoles naturelles développées d'une manière exagérée pour permettre le passage de l'eau du sang séparée par le poison; par le poison venu de la presqu'île du Gange, où il tue, observez-le bien, des millions de parias qui n'ont jamais été vaccinés, mais qui ont bien eu la petite vérole naturelle.

Souvenez-vous aussi qu'à l'époque où l'hydrhémocholadrée fit invasion en France, 1832, elle moissonna la vieillesse non vaccinée. Et si l'exemple de ce qui s'est passé en 1849 dans l'hospice de la vieillesse femme est présent à votre mémoire, vous n'accuserez, s'il faut absolument que vous accusiez quelque chose, vous n'accuserez que la variole ou son inoculation, car là on n'est admis qu'après soixante-dix ans révolus, et vous soupçonnerez sans dout qu'il n'y avait pas sur les dix mille bras présents une seule cicatrice vaccinale.

B... Et la fièvre jaune, typhus d'Amérique!

V... Celui qui tiendra la plume pour rappeler notre conversation nocturne vous dira que ce typhus frappe de préférence la jeunesse de vingt à trente ans; que ce fut précisément ce qui en 1802 fit le malheur de l'armée de Saint-Domingue, dont aucun soldat n'avait été vacciné et dont la plupart avaient subi l'inoculation ou la variole elle-même. Notre secrétaire, qui porte un certificat sur sa figure depuis 1780, a été torturé par le fléau à deux reprises différentes.

B... La vaccine n'est qu'un palliatif et non un curatif.

V... Un palliatif pour quinze à vingt ans chez ceux qui auraient eu la petite vérole deux fois. Alors faites ce qui est conseillé depuis quelque temps, vaccinez une seconde fois, ce qui est sans danger. Faites-le surtout à l'époque où des signes vous font redouter l'approche d'une épidémie varioleuse, car les causes secrètes des épidémies introduisent des sources de malignité qu'il importe de prévenir.

B... M. Carnot affirme que la mortalité des individus de vingt à trente ans aurait presque doublé depuis l'introduction de la vaccine.

V... Le Jenner français répond péremptoirement par les tables de Duvillard et de Montferrand. Ces dernières comprennent trente années de vaccination. M. Charles Dupin s'est assuré que la mortalité des hommes de vingt à vingt-huit ans avait diminué de près de 14 p. 0/0.

B... Je connais ces calculs, auxquels je réponds par ceux de M. Carnot.

V... Prenez garde, vous tournez dans un cercle vicieux. La variole tuait dans les dix premières années la moitié des naissances. Alors les maladies de tout genre ne pouvaient plus s'attacher dans l'âge adulte à cette moitié éteinte; et si la vaccine les sauve dans cette première période, n'est-il pas constant qu'il y aura une plus grande population qui atteindra l'âge de trente ans, et par conséquent un plus grand nombre de maladies moins meurtrières que la variole?

B... Il serait téméraire de résister à la logique de Voltaire.

V... Trève de compliments, et écoutez un dernier exemple:

Lacépède avait votre obstination, et à soixante-quinze ans nous le vîmes descendre tout défiguré parmi nous. La Providence lui destinait encore de nombreuses années, car c'était une lumière parmi les hommes. Mais il ne voulut jamais se faire vacciner.

B... On ne contestera pas que l'aliénation mentale n'ait augmenté numériquement.

V... On a remarqué cet accroissement à la suite de toutes les convulsions gouvernementales. Cela est si vrai, qu'il y a en Europe un vaste état continental qui n'est plus, sous le point de vue politique, qu'un grand Bedlam.

B... Je vous soutiens que la population va en décroissant.

V... Elle augmente au contraire d'une manière prodigieuse; les économistes s'en préoccupent, et il en est qui pensent que dans quelques siècles la surface du sol d'alluvion ne pourra plus nourrir les peuples. Or ils proposent de se préparer de longue main à pénétrer dans le lias et dans le mushelkalk pour y découvrir d'une part des gryphées et des ammonites; de l'autre, des mastodontes et des ichthyosaures, d'où l'on extrairait la gélatine Darcet pour faire du bouillon aux malades de l'époque.

B... Vous, ombre illustre, devant la renommée de qui je m'incline profondément, oserai-je vous demander quel rang vous occupez dans l'Elysée? Vous fûtes sur terre un grand philosophe; mais vous y poussâtes l'esprit mordant et satirique un peu loin.

V... Hélas! Dieu est grand, et il a daigné m'absoudre. Longtemps sa volonté suprême m'a enchaîné dans un lieu de silence,

semblable à vos prisons cellulaires. J'y ai souffert des tourments inconnus aux hommes à matière pour avoir osé m'égayer sur la renommée de la plus pure, de la plus héroïque et de la plus sainte des vierges.

Cours d'hygiène

professé à la Faculté de Médecine de Paris par M. FLEURY, professeur agrégé.

SUITE DE LA DIXIÈME LEÇON (1).

Vents accidentels. — On range parmi les vents accidentels les ouragans, les vents d'orage, les tempêtes qui se manifestent sous l'influence des condensations subites de vapeurs, des éruptions volcaniques, etc. Lorsque la pression atmosphérique diminue brusquement, il se forme à l'orifice des mines des courants ascendants qui sont dus à la dilatation de l'air contenu dans les entrailles de la terre.

Température des vents. — Lorsque les masses d'air passent d'un pays dans un autre, disent MM. Becquerel, elles transportent dans ce dernier une partie des propriétés physiques qu'elles ont acquises dans les localités qu'elles ont traversées. Les vents qui viennent d'un pays froid, qui ont passé sur des montagnes couvertes de neige, sur des glaciers, transportent un air dont la température est plus ou moins basse; ceux qui viennent des pays chauds, qui ont passé sur des déserts, des sables arides, transportent, au contraire, un air dont la température est élevée. A ce point de vue, les vents ont été divisés en *vents froids* et en *vents chauds*, dont la direction varie suivant les localités.

Dans le sud de l'Europe, les vents du nord sont très froids, et portent le nom de *bise;* en Istrie et en Dalmatie, ils sont connus sous le nom de *bora*, et ont une violence extrême. Le *mistral*, qui règne dans la vallée du Rhône, est un vent du sud; le *gallego*, qui souffle en Espagne, est un vent du nord.

Des vents très chauds règnent dans les déserts de l'Afrique et de l'Asie, de la Nubie, sur les côtes de Guinée, au Sénégal. Ils portent les noms de *samoun*, *simoun*, *sémoun*, *samiel* en Arabie; en Perse, dans presque tout l'Orient; de *chamsin* en Egypte, d'*harmattan* dans le Sahara, de *solano* en Espagne, de *siroco* en Italie.

Voici quelques chiffres qui vous montreront l'influence qu'exercent les vents sur la température atmosphérique moyenne:

	N.-E.	N.	N.-O.	E.	O.	S.-O.	S.-E.	S.
Paris. . .	11°76	12°03	12°39	13°50	13°64	14°93	15°25	15°43
Moscou. .	1°21	1°44	3°33	3°53	4°64	5°40	5°69	5°96

Régions polaires arctiques:

V. de mer.	6°93	»	»	-10°35	»	»	-11°15	»
V. de terre.	«	-5°36	-4°58	»	-2°28	-1°68	»	-5°69

Humidité des vents. — Les vents sont *secs* ou *humides;* et l'on comprend que leurs qualités hygrométriques doivent, en effet, varier suivant leurs directions, suivant les lieux d'où ils viennent et ceux qu'ils traversent; suivant qu'ils sont *continentaux* ou *maritimes.* Toutes choses égales d'ailleurs, les vents maritimes sont humides, parce que, en passant au-dessus des mers, ils se chargent d'une grande quantité de vapeur d'eau, tandis que les vents continentaux sont, au contraire, secs; mais un vent humide peut traverser un air très sec, parcourir un désert aride et sablonneux, et alors il se dessèche et se transforme en un vent sec. La température, les saisons interviennent encore, et rendent très complexe cette question, qui ne pourra être convenablement traitée et comprise que lorsque nous nous occuperons de l'humidité atmosphérique.

Enfin, les vents se transportent à des distances plus ou moins considérables, et dans le sens de leur direction diverses substances, telles que le pollen des végétaux, de la poussière, du sable, des cendres, des particules de glace, des miasmes, des émanations de différente nature, des animalcules, etc. En traitant des brouillards, du méphitisme, des marais, de l'endémie, de l'épidémie, etc., nous indiquerons les considérations qui se rattachent à ce point de l'étude hygiénique des vents.

Influences exercées par les vents. — L'effet le plus général et le plus remarquable des courants atmosphériques est, comme nous le verrons bientôt, de maintenir la composition chimique normale de l'air en présence de toutes les causes qui pourraient modifier les proportions de ses éléments ou y introduire des principes nouveaux et délétères. C'est dans le même sens qu'agissent les *vents artificiels* à l'aide desquels on combat les viciations des atmosphères closes ou circonscrites, et lorsque nous parlerons de l'air confiné, des méphitismes, des diverses altérations de l'air, nous vous montrerons toute l'importance du rôle que joue en hygiène la *ventilation.*

En raison de l'influence qu'ils exercent sur la température et l'humidité atmosphériques, les vents occupent une place considérable parmi les éléments dont l'ensemble constitue les climats; et c'est en faisant l'histoire de ceux-ci et celle des localités qu'il sera opportun d'entrer dans les détails que comporte cette question.

Les vents sont une des principales causes des pluies continentales; et lorsque nous traiterons de l'hyétologie, nous vous dirons l'action qu'ils ont sur la fréquence, l'abondance et les qualités électriques des pluies.

Les vents modifient notablement la résistance que l'homme peut opposer soit au froid, soit à la chaleur. Lorsque l'air est agité, de nouvelles couches froides étant mises sans cesse en contact avec la surface du corps, celle-ci perd dans un temps donné une quantité plus considérable de chaleur par rayonnement, et il en résulte que le refroidissement et la congélation s'opèrent beaucoup plus rapidement que dans un air calme. Parry assure, à cet égard, qu'un froid de 17°, l'air étant agité, correspond à un froid de 47°, l'air étant calme.

Par une raison contraire, la résistance à la chaleur est beaucoup plus facile lorsque le vent souffle; car, alors l'évaporation est plus considérable. Edwards, ayant expérimenté sur deux grenouilles placées l'une devant une fenêtre fermée et l'autre devant une fenêtre ouverte, constata que la pemière perdit par heure, et quant au poids de son corps, 0,0167, la seconde 0,0520.

Les vents exercent encore sur le corps humain une action mécanique dont il faut tenir compte. Un vent modéré doit être considéré comme un agent tonique, en raison de l'activité qu'il imprime à la circulation et à la respiration; et cet effet a été utilisé dans les *bains d'air*, mis en usage par quelques charlatans, et qui consistent à faire courir les malades contre le vent dans un état complet de nudité. Un vent très violent peut, dit-on, produire une véritable contusion; il refoule le sang de la circonférence vers le centre, congestionne les poumons, le cœur, les principaux viscères; produit de la gêne dans la respiration et la circulation. Les phthisiques, les individus qui ont l'haleine courte, la poitrine faible, qui sont sujets à des accès de dyspnée, ne supportent que difficilement le séjour dans les lieux élevés, où souffle ordinairement un vent intense.

Sous l'influence de certains vents chauds, tels que le siroco, le samoun, il se manifeste une soif vive, une grande sécheresse de la peau et des muqueuses; la respiration s'accélère, l'appétit se perd, les digestions se troublent, et les sujets tombent dans un état de prostration générale, d'énervation qui les rend complétement incapables de se livrer à aucun exercice musculaire, à aucun travail intellectuel.

On a attribué aux vents froids, surtout lorsque le corps est en sueur, des effets pathogéniques qui se traduisent principalement par des phlegmasies. Les vents froids et secs donnent naissance à des pneumonies, des pleurésies, des rhumatismes articulaires; les vents froids et humides, à des phlegmasies catarrhales, telles que coryza, bronchite, angine, diarrhée, dysenterie, etc.

Souvent les accès d'asthme, de névralgie, divers accidents nerveux se manifestent sous l'influence de certains vents affectant une direction déterminée, et principalement sous celle des vents du nord et de l'est.

Les vents secs sont excitants, et produisent souvent, chez les personnes très nerveuses, un agacement pénible; les vents humides sont, au contraire, débilitants; ils relâchent la fibre musculaire et plongent les sujets dans l'inertie et l'accablement.

Les vents qui servent de véhicule à des sables, à de la poussière, à des cendres, sont une cause fréquente d'ophthalmies plus ou moins graves, et c'est à eux qu'il faut attribuer la fréquence des maladies oculaires qui sévissent en Egypte et dans les déserts.

Nous indiquerons plus loin l'effet des vents sur la propagation des miasmes paludéens. On a voulu expliquer la marche géographique du choléra-morbus par la direction des vents; mais l'observation n'a nullement justifié cette doctrine.

(1) *Voir* les numéros des 8, 10, 17, 24, 31 mai; 3, 10, 17, 28 juin; 5, 17, 31 juillet; 7, 14, 19, 30 août; 6, 18, 20, 27 septembre; 4, 7, 14, 18, 25 octobre; 8, 11, 18 et 25 novembre.

Mort de Priessnitz.

Le célèbre paysan de la Silésie, qui a été fondateur de la méthode hydrothérapique, Priessnitz, vient de succomber à un âge encore peu avancé (environ cinquante-cinq ans). La rusticité toute primitive qu'avait conservée cet homme dépourvu de toute éducation médicale et autre ne lui a pas permis d'apporter à sa méthode les améliorations qui devaient résulter d'une étude attentive et vraiment scientifique des maladies soumises à ce mode de traitement. L'établissement de Græfenberg, fondé il y a vingt-cinq ans, s'offre encore aujourd'hui avec l'aspect barbare qu'il avait à sa fondation; la méthode y est mise en usage avec le même empirisme, c'est-à-dire sans aucun discernement. Malgré ces graves imperfections, Priessnitz, par une conviction forte et une inébranlable opiniâtreté, n'en aura pas moins contribué à fonder une méthode qui rend chaque jour les plus grands services à l'humanité, et son nom devra trouver une place honorable dans les annales de la science. On dit que Priessnitz laisse une fortune de quatre millions.

SOUSCRIPTION

pour un confrère dans le besoin.

MM. Demarquay.	5 fr.
Delpech.	5
Cayol.	5
Falret.	5
Le Roy-d'Etiolles	5
Bordet	5
Duchenne (de Boulogne).	5
Gosselin.	5
Précédentes souscriptions.	186
Total.	226

Chronique et nouvelles.

La séance annuelle publique de l'Académie de médecine, qui devait avoir lieu aujourd'hui mardi, 9 courant, est remise à un jour qui sera fixé ultérieurement.

— Le 12 décembre prochain sera close la liste des candidats au concours pour la chaire de clinique médicale qui doit s'ouvrir le 12 janvier 1852.

— *Erratum.* — Dans le compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences du Ier décembre, nous avons attribué à MM. *Hochard* et Sellier la note sur le traitement de la couperose par l'iodure de chlorure hydrargireux. Il faut lire: MM. *Rochard* et Sellier.

Nous rappelons à Messieurs les Médecins les Bouts de sein et Biberons en tétine de MADAME BRETON, sage-femme. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention. Rue Saint-Sébastien, 42.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

N° 143. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 143. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1851.

Séance de l'Académie de Médecine.

La substitution de l'avortement, ou accouchement prématuré artificiel, à la céphalotripsie et à l'opération césarienne est aujourd'hui adoptée par la généralité des praticiens, au moins en France. Cependant, par des considérations dont les plus graves sont étrangères à la médecine, un certain nombre d'accoucheurs repoussent encore cette substitution, à laquelle M. Lenoir est venu fournir hier un nouvel appui. Son travail, qui avait pour base l'observation très rare, et peut-être sans exemple, d'une femme chez laquelle on a provoqué trois fois avec succès l'accouchement prématuré artificiel, est de nature à ramener à l'opinion défendue par l'habile chirurgien un certain nombre de dissidents. Ce n'est pas que toutes les raisons qui plaident en faveur de l'accouchement prématuré ne soient déjà connues dans la science. M. P. Dubois, en particulier, les a exposées dans un travail publié il y a une dizaine d'années, avec ce tact et cette droiture de jugement qui sont ses qualités essentielles. Mais M. Lenoir a su, à son tour, grouper ces raisons avec talent et les appuyer d'une observation nouvelle et importante parfaitement rédigée. Le prochain rapport dont cette observation sera l'objet nous obligera sans doute à revenir sur ce sujet, que, pour cette raison, nous pouvons ne pas développer davantage aujourd'hui.

Un fait très curieux de mort subite, communiqué par M. Duraud-Fardel, a très honorablement terminé la séance. Nous ne partageons pas tout à fait la conviction manifestée par M. Durand, que la mort a été produite par le développement spontané de gaz dans le sang. Nous pensons, au contraire, que le doute élevé par M. Bouvier est très légitime, surtout en présence d'une maladie du cœur, et quoique M. Bouvier ait cité un exemple peu concluant; car M. Humann, si notre mémoire ne nous trompe pas, a succombé à une rupture des gros vaisseaux.

Le doute de M. Bouvier est d'autant plus fondé, que la malade a été prise de ses accidents dans un bain, et que l'influence des bains sur les maladies du cœur est quelquefois des plus funestes; c'est surtout dans ces cas que peuvent se manifester ces syncopes mortelles auxquelles M. Gerdy a fait allusion. Enfin l'ignorance complète dans laquelle M. Durand a été obligé de rester touchant la quantité approximative de gaz renfermé dans le système vasculaire ne peut que corroborer le doute émis par M. Bouvier. Mais si ce doute est permis, ce qui reste hors de contestation, c'est le développement spontané et la présence de gaz dans le sang, gaz sur lesquels nous avons appelé l'attention des observateurs lors de la discussion sur le chloroforme, et dont M. Malgaigne avait donné une explication si contraire à toutes les notions anatomiques et physiologiques. Il est à regretter que M. Durand n'ait pas rapproché le gaz développé dans le sang de ceux qui se développent dans d'autres parties; peut-être ce rapprochement l'aurait-il conduit à quelques résultats utiles, ou tout au moins intéressants.

Quant à la discussion qui a suivi la communication de M. Durand, elle y était tout à fait étrangère, et nous devons noter seulement le conseil pratique donné par M. Velpeau, de comprimer promptement les vaisseaux ouverts quand le chirurgien est surpris par des accidents dus à l'introduction de l'air dans les veines.

Quant aux remarques de M. Cloquet, le spirituel professeur ne voulait que raconter sa petite histoire. Son ambition maintenant ne va jamais plus loin.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine.

Recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, internes du service.

Messieurs,

Vous avez pu voir, au n° 11 de notre salle des femmes, une malade qui porte une affection sur laquelle vous ne trouverez aucune notion dans nos auteurs classiques même les plus récents; il s'agit de cette lésion que j'ai désignée récemment sous le nom d'hématocèle rétro-utérine; aussi profiterai-je de cette occasion pour vous en parler avec une certaine extension.

La malade soumise à votre observation est une femme de trente-six à trente-huit ans, assez maigre, pâle, nerveuse. Elle nous a fait à son lit un long historique de sa maladie; mais je me bornerai à vous rappeler les détails qui peuvent avoir trait à l'affection présente. Il y a quatre ans environ, à la suite d'une maladie qui parait avoir été assez grave, une tumeur parut dans le côté droit de l'abdomen. J'ai cherché à lui faire préciser nettement le siége de cette tumeur; elle nous a constamment montré la région iliaque droite, à 4 ou 5 centimètres au-dessus du ligament de Fallope. Cette tumeur était-elle fixe, ou se déplaçait-elle? Nous n'avons rien pu savoir de positif à cet égard. Ajoutons qu'elle était notablement douloureuse. Après l'emploi d'un certain nombre de moyens simples, continuées sans grande amélioration apparente pendant plusieurs mois, la malade eut recours au magnétisme. C'est là, messieurs, un fait commun dans les affections d'une longue durée; les malades s'ennuient, ne trouvent pas qu'on les traite assez énergiquement; ils vont alors se confier aux empiriques, souvent au moment où tout marchait vers une guérison définitive. Tel est le secret de la faveur d'un grand nombre de médications. Quoi qu'il en soit, c'est au traitement conseillé par la somnambule que notre malade attribua sa guérison. Sa tumeur, en effet, aurait disparu en se fondant sur place, graduellement, petit à petit. Nous avons cherché, par un interrogatoire minutieux, à découvrir si la tumeur n'aurait pas éprouvé quelque migration ou quelque déplacement en totalité; mais la malade nous a toujours répondu négativement, nous affirmant que pendant plusieurs mois elle avait pu constater la diminution sur place de sa tumeur.

Depuis cette époque, la malade s'est toujours bien portée jusque dans ces derniers temps. Il y a six semaines environ, ses règles la prirent presque subitement, après un retard de deux mois, en dehors de toute cause physiologique. Elles durèrent quatre ou cinq jours; puis, dans leur période décroissante, se supprimèrent subitement. Le jour même, elle fut prise d'un malaise considérable avec perte de l'appétit, nausées; douleurs abdominales vives, s'irradiant vers la vessie, le rectum, les reins et même jusque dans la région ombilicale. En même temps apparaissait un ensemble de symptômes généraux graves : la malade avait perdu ses forces; elle avait des frissons, une fièvre violente.

Un médecin fut appelé, et, d'après l'ensemble des phénomènes, il pensa qu'il s'agissait d'une phlegmasie utérine, dont du reste le siége n'était pas bien précisé dans son opinion. Quoi qu'il en soit, le traitement fut dirigé en ce sens; on fit des applications de sangsues, de cataplasmes; la malade prit quelques bains; on administra des purgatifs salins, auxquels on joignit l'usage habituel des lavements émollients, car depuis le début de la maladie la constipation était opiniâtre; vous verrez bientôt que c'est là un signe constant de la maladie qui nous occupe. A tous ces moyens, l'on joignit l'emploi de quelques préparations narcotiques et antispasmodiques. Au bout de quelque temps, la malade éprouva un soulagement marqué; la fièvre diminua, les douleurs abdominales devinrent un peu moins vives, les nausées cessèrent complétement; mais elle resta dans un état de faiblesse considérable, sujette à une constipation opiniâtre et à une gêne très grande dans la miction. J'ai en effet oublié de noter ce signe, qui, comme la constipation, avait paru dès le commencement même de la maladie; dans les premiers temps même, la malade fut atteinte de rétention d'urine et le médecin fut obligé de la sonder. Sur ces entrefaites, arriva l'époque des règles; elles ne reparurent pas; pendant quelques jours, le malaise fut augmenté, mais cette circonstance n'eut pas d'autres suites. Enfin, la persistance de la constipation, le développement de la région hypogastrique, qui depuis le début de la maladie présentait un volume assez considérable, les douleurs vives que la malade ressentait toujours dans cette région, la sensation de pesanteur à l'anus dont elle se plaignait constamment conduisirent son médecin à pratiquer le toucher vaginal. Le doigt rencontra, à une assez courte distance de l'ouverture vulvaire, une tumeur volumineuse, molle, fluctuante, douloureuse à la pression, qui fut jugée devoir être un abcès en raison des accidents phlegmasiques qui avaient accompagné son développement. C'est alors que la malade nous fut amenée. Nous pouvons partir de ce point et vous dire à notre tour ce que nous avons trouvé.

Par le toucher vaginal, nous avons reconnu une tumeur placée dans l'excavation pelvienne et faisant une saillie considérable, à peu près comme un œuf d'oie, dans le vagin. Elle est placée à un pouce et demi environ de son orifice externe, repousse en avant sa paroi postérieure et l'accolle étroitement à l'antérieure. En poussant le doigt, on peut atteindre le col de l'utérus, qui se trouve placé au-dessus de cette tumeur et qui en est tout à fait distinct; on peut même facilement reconnaître sa lèvre postérieure, qui offre sa consistance et son épaisseur normales; seulement le cul-de-sac du vagin a disparu par suite de l'allongement de cet organe, et la lèvre postérieure du museau de tanche se continue immédiatement avec sa paroi postérieure. Cette tumeur remonte derrière l'utérus dans l'excavation pelvienne, qu'elle remplit complétement; c'est ce que l'on constate facilement par l'introduction du doigt dans le rectum; cet organe, en effet, est repoussé dans l'excavation sacrée; ses deux faces sont appliquées assez étroitement l'une contre l'autre pour que le doigt s'y trouve serré, compression qui nous explique bien la constipation opiniâtre de notre malade. Ajoutons que, par un examen attentif, on reconnaît facilement que l'utérus n'occupe pas sa position habituelle; non-seulement il a éprouvé un mouvement de totalité, qui l'a porté en haut et en avant, mais encore il est un peu incliné à droite.

Le palper abdominal peut s'exercer maintenant sans trop de douleurs; il permet de constater que le ventre est assez souple dans presque toute son étendue; seulement, dans la région hypogastrique, on reconnaît que la tumeur s'élève au-dessus du rebord du petit bassin; elle fait dans cette région une saillie bien nettement appréciable, qui repousse en avant la vessie et l'applique contre la face postérieure du pubis. Cette tumeur est molle, assez nettement fluctuante. On peut apprécier ce caractère par deux manœuvres différentes. En effet, on peut sentir la fluctuation en agissant avec une seule main ou en agissant avec les deux mains. Dans le premier cas on introduit l'index et le médius de la main droite dans le vagin; puis on les place dans un certain état d'écartement sur la tumeur; l'index étant tenu fixe, tandis que le médius exerce un mouvement de pression brusque, le premier doigt sera soulevé par le flot du liquide déplacé par le second. Dans le second cas, un ou deux doigts placés dans le vagin sur la tumeur sont tenus immobiles, pendant que l'autre main exerce un mouvement de pression sur l'hypogastre. Ce double mode d'exploration nous a permis de constater, lors de l'entrée de la malade, une fluctuation des plus manifestes; et cette fluctuation, loin de devenir, comme dans les collections purulentes, de plus en plus facile à apprécier, est moins nette en ce moment qu'à l'époque de l'entrée de cette malade dans nos salles. Il semble, en un mot, que la tumeur, d'abord complétement liquide, ait acquis depuis quelques jours une consistance demi-molle. C'est en effet ce qui a dû se produire, comme vous le comprendrez plus tard.

Quant aux douleurs que ressent la malade, elles ont beaucoup diminué; au début de sa maladie elles étaient très vives, lancinantes, s'irradiant, comme je l'ai dit, dans les régions voisines. Maintenant elles sont beaucoup moins vives, se font surtout sentir à droite; mais, au dire de la malade, elles ont toujours conservé leur caractère lancinant. La pression est actuellement peu douloureuse, aussi bien quand on agit sur la tumeur saillante dans le vagin que sur celle de la région hypogastrique. Il faut ajouter à ces lésions de la sensibilité générale, une sensation de compression, de pesanteur qui se fait sentir sur l'anus et le rectum.

Il y a quelques jours, la deuxième époque des règles a paru; elle a été annoncée par des douleurs lombaires, hypogastriques, par un état d'irritabilité nerveuse, habituel à notre malade, mais plus prononcé; puis enfin les règles ont coulé, mais deux jours seulement et en très petite quantité. La malade s'est néanmoins sentie soulagée.

Lors de son entrée dans nos salles, cette malade, sans toutefois présenter un état général très grave, était très faible; elle pouvait à peine se remuer dans son lit; cette faiblesse a cédé peu à peu sous l'influence d'un régime fortifiant; mais elle conserve toujours cette pâleur mate que l'on rencontre chez les sujets qui ont éprouvé des pertes sanguines abondantes.

Cet historique achevé, il me reste à vous nommer l'affection dont il s'agit. Or, cette affection, comme je vous le disais en commençant, est une de ces tumeurs sanguines que j'ai désignées récemment sous le nom d'*hématocèle rétro-utérine*. Ces tumeurs, jusqu'à présent, n'ont été que fort peu étudiées; elles ne sont traitées complétement dans aucun travail, et comme la science possède déjà un certain nombre d'observations, je vais tâcher de vous esquisser cette maladie à grands traits, afin de vous donner une idée exacte de la nature de ces tumeurs, et vous mettre à même de les reconnaître sur le vivant et de leur appliquer un traitement convenable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DU DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ DE GAZ DANS LE SANG,

considéré comme cause de mort subite.

Par le docteur Max DURAND-FARDEL,

membre correspondant de l'Académie, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy.

(Lu à la dernière séance de l'Académie de médecine.)

On lit dans Morgagni plusieurs histoires de morts subites à la suite desquelles on a trouvé des gaz mêlés au sang dans le cœur et les vaisseaux. Plus récemment, Ollivier (d'Angers)

a publié quelques faits du même genre. Nous n'avons pu recueillir d'autres documents sur le développement spontané de gaz dans le sang, considéré comme cause de mort subite.

L'observation suivante nous a paru, sous plusieurs rapports, digne de fixer l'attention de l'Académie.

Une dame R..., de Versailles, âgée de cinquante-six ans, d'une taille assez élevée, d'un embonpoint considérable, était venue à Vichy, accompagnant son mari, affecté de gravelle.

Il résulte de renseignements obtenus sur ses antécédents que cette dame paraissait jouir d'une très bonne santé, n'avait jamais fait de maladie, au moins depuis un certain nombre d'années. Ayant cessé d'être réglée depuis sept ou huit ans, elle n'était sujette ni aux hémorrhoïdes, ni aux épistaxis, et ne se plaignait pas de céphalalgie ni d'aucune indisposition. Ses digestions paraissaient se faire régulièrement. Elle n'avait jamais éprouvé ni étourdissements, ni perte de connaissance. Elle avait un bon appétit, et menait une vie régulière; elle appartenait à la classe moyenne de la société.

Elle n'accusait point de douleurs d'apparence rhumatismale ou goutteuse, et se plaignait seulement quelquefois, non pas de palpitations, mais d'un peu de peine à respirer. Habituellement son haleine était un peu courte, ainsi que cela arrive souvent aux personnes d'un grand embonpoint, et ce qui n'avait jamais été chez elle attribué à aucune autre cause.

Cette dame, se trouvant à Vichy, voulut, comme beaucoup de personnes, prendre des bains, et obtint une autorisation du médecin qui soignait son mari. Elle avait également bu quelques verres d'eau minérale, mais en petite quantité.

Le 20 juillet 1850, elle se rendit à l'établissement thermal pour y prendre son second bain, à quatre heures du matin. Elle était bien portante la veille, avait diné comme tous les jours, et avait bien dormi. Seulement, en se rendant à l'établissement, elle avait la respiration plus courte qu'à l'ordinaire; son mari, qui l'accompagnait, dut ralentir son pas; elle fut obligée de rester assise un moment avant d'entrer dans le bain, et la baigneuse la vit assez oppressée pour lui conseiller de ne pas prendre son bain ce jour-là.

Au bout d'une demi-heure elle demanda à sortir du bain; sa femme de chambre, qui ne l'avait pas quittée, n'avait encore rien remarqué de particulier en elle. Mais elle se trouvait alors mal à son aise, et lorsqu'elle se leva de sa baignoire pour changer de linge, elle parut agitée, se plaignit d'oppression, puis elle en sortit, se laissa tomber sur une chaise, sans qu'on eût eu le temps de la couvrir d'un peignoir sec. La respiration était devenue haletante, sans qu'elle fît de violents efforts pour respirer; elle avait perdu la faculté de s'exprimer. Cependant on avait couru me chercher dès les premiers indices de l'accident. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées lorsque j'arrivai auprès d'elle; elle était morte!

Je la trouvai assise sur une chaise, soutenue par les personnes qui l'entouraient, couverte encore de son peignoir mouillé. La face était complétement décolorée, la tête retombait sur la poitrine et était vacillante; les lèvres légèrement violettes, les traits ni déviés, ni défigurés; point d'écume aux lèvres. Les membres étaient flasques et tout à fait insensibles; il y avait absence complète du pouls et des bruits du cœur à l'auscultation; les pupilles étaient dilatées et immobiles, les conjonctives insensibles au toucher.

Bien que la constatation rapide de cet état ne me laissât aucun doute sur la réalité de la mort, j'ouvris largement la veine basilique médiane au bras droit. Il s'écoula aussitôt, en bavant, un peu de sang non pas noir, mais violacé et spumeux, c'est-à-dire accompagné de bulles de gaz d'inégal volume, qui sortaient en même temps de la veine. Je restai là plus d'un quart d'heure, me livrant à des tentatives inutiles, titillant la luette, portant de l'ammoniaque sur la pituitaire, etc. Pendant ce temps je ne quittai pas le bras droit, examinant la sortie du sang spumeux, qui continuait à s'opérer de temps en temps sous l'influence de pressions exercées de bas en haut sur l'avant-bras. Une fois, un jet s'élança avec force et persista pendant cinq ou six secondes, comme s'il eût été chassé par une bulle de gaz qui se serait dilatée dans l'intérieur du vaisseau. Une petite quantité d'écume blanche se montrait alors aux lèvres.

L'autopsie fut pratiquée douze heures après la mort, le 31 juillet, à trois heures du matin.

Le cadavre ne présentait aucune apparence de putréfaction. Quelques vergetures seulement sur les parties déclives du tronc et des membres.

Le cœur était très volumineux. Les cavités droites, très distendues par du sang entièrement liquide, violacé plutôt que noirâtre, comme sirupeux, très spumeux. Les bulles de gaz qu'il renfermait étaient les unes très nombreuses, grosses comme une tête d'épingle; d'autres, plus rares, comme un pois. Lorsque l'on pressait sur le trajet des deux veines caves, le sang qui affluait dans l'oreillette droite était spumeux comme de l'eau de savon. Les parois des cavités droites du cœur offraient une coloration violacée superficielle. Les cavités gauches étaient absolument vides de sang et non colorées; le ventricule gauche était considérablement hypertrophié; les orifices du cœur ne présentaient aucune altération appréciable, non plus que l'aorte.

Tout le système veineux abdominal était gorgé de sang violacé et spumeux; du moins des bulles nombreuses de gaz existaient dans le sang de la veine splénique et de la veine porte.

Les poumons remplissaient la poitrine, présentant un petit nombre d'adhérences, sans aucune trace d'emphysème. Leur coloration était un peu rougeâtre au dehors, plus foncée intérieurement, où ils offraient les traces d'une congestion sanguine assez considérable, sans infiltration de sang. Il y avait un engorgement spumeux médiocrement abondant aux parties déclives. Les bronches contenaient un peu de mucus blanchâtre et spumeux.

Les organes de l'abdomen n'offrirent rien de particulier à noter, qu'une congestion sanguine assez considérable du foie, de la rate, des reins, et une injection prononcée des veines de l'épiploon et du mésentère. L'épiploon était fortement graisseux. L'estomac, assez volumineux, contenait un demi-verre environ de mucus clair et incolore. Les intestins ne furent pas ouverts. La vésicule contenait une quantité moyenne de bile noirâtre et sirupeuse.

L'encéphale n'offrait pas le même degré de congestion sanguine que les autres organes. Les veines de la dure-mère ne renfermaient qu'un peu de sang liquide, spumeux. Le cerveau et l'origine de la moelle épinière, examinés aussi avant que possible, paraissaient tout à fait à l'état normal, un peu injectés de sang. On n'apercevait pas une bulle de gaz dans les vaisseaux.

L'Académie nous permettra d'appeler son attention, par une analyse rapide, sur les points les plus importants de cette observation.

Chez un sujet d'un embonpoint considérable, d'une bonne santé, sauf une légère dyspnée habituelle, il survient un malaise subit qui revêt presque aussitôt une extrême gravité, caractérisée spécialement par de l'anxiété, de l'oppression, et terminée au bout de cinq minutes à peine par la mort.

Une légère augmentation de la dyspnée habituelle avait précédé cet accident d'une heure à peu près.

Aucune cause morale n'avait pu agir sur cette femme. Le bain était composé moitié d'eau douce, moitié d'eau de Vichy; nous avons pu nous assurer que sa température n'était pas trop élevée, bien que la gravité des circonstances ne nous ait pas permis de la mesurer au thermomètre. Le traitement thermal à peine commencé (il n'avait été pris que deux bains et quelques verres d'eau) doit être mis hors de cause. Nous en dirons autant de l'hypothèse soulevée d'abord d'une métastase goutteuse, puisqu'aucun symptôme de goutte ni de rhumatisme n'avait été observé pendant la vie. Vous remarquerez encore que les accidents qui ont précédé la mort, l'anxiété, l'oppression, n'avaient pas les caractères d'une syncope.

A l'autopsie, on trouve une hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec entière liberté de ses orifices, avec parfaite intégrité de tous les autres organes. Mais le cœur renfermait une cause de mort certainement suffisante: les cavités droites, ainsi que les veines qui y aboutissent, étaient distendues, gorgées d'un sang violacé, liquide, comme sirupeux, mêlé de bulles de gaz nombreuses et volumineuses, offrant enfin, sous ce rapport, un aspect comparable à de l'eau de savon.

Quelle était l'origine de ces gaz?

Une circonstance curieuse, et consignée pour la première fois sans doute dans une observation, nous a permis de constater leur existence au moment même de la mort. Une saignée du bras, pratiquée à l'instant où la malade rendait le dernier soupir, donna issue, pendant plus d'un quart d'heure, à du sang qui, en bavant comme de la veine d'un corps privé de vie, entraînait avec lui de nombreuses bulles de gaz.

Or ces gaz n'ont point pénétré par le poumon dans l'appareil circulatoire; ils ne se sont pas formés dans l'appareil central de la circulation, car on en eût rencontré dans le système artériel, que nous avons trouvé parfaitement vide. Ces gaz se sont formés à la périphérie, puisque nous les avons rencontrés dans les veines des membres, médiane et basilique, et dans les veines de l'abdomen, splénique et porte.

Est-ce aux dépens des solides qu'ils se sont produits? Rien n'autorise à le penser. Tout au plus si l'on eût observé un emphysème général, ou si l'on eût trouvé le cœur vide de sang et plein de gaz, comme dans deux observations d'Ollivier (d'Angers). Mais tout porte à croire ici que c'est aux dépens du sang lui-même et par suite d'une altération spontanée de ce fluide que ces gaz se sont produits, et que, remontant vers le cœur par la marche naturelle de la circulation, ils ont successivement embarrassé, puis complétement entravé par leur accumulation les mouvements de cet organe.

Je ne me hasarderai pas, messieurs, à traiter ici la difficile ou, pour mieux dire, insoluble question (dans l'état actuel de la science) de l'origine spéciale de ces gaz. En l'absence d'une analyse chimique (les circonstances où a été pratiquée cette autopsie ne m'ayant pas permis de recueillir les gaz trouvés dans le sang de mon sujet), la question de l'existence normale de gaz dans le sang ne saurait nous intéresser beaucoup ici (1). Personne ne soutiendra plus, comme au temps de Morgagni, que les particules gazeuses normalement en dissolution dans le sang, à l'aide du mouvement circulatoire, viennent à se rapprocher et à se rassembler dans le ralentissement de la circulation. Ce qui nous importe surtout ici, c'est de constater avec certitude l'origine spontanée de cette exhalation gazeuse.

On ne rencontre dans la science, nous l'avons déjà dit, qu'un très petit nombre de faits de ce genre.

Le grand ouvrage de Morgagni contient dans son observation quelques détails où il est question d'air dans le système circulatoire. Mais dans presque toutes ces observations, cette circonstance ne peut être rapprochée en rien des phénomènes observés pendant la vie, et le manque de certains détails ne permet d'en tenir à peu près aucun compte (2).

Dans deux cas de mort subite, quelques bulles d'air furent seulement trouvées dans les veines qui rampent au-dessus du corps calleux (3).

Voici le seul fait qui se rapproche du nôtre:

Un pêcheur, âgé de quarante ans, mourut subitement. On trouva le cœur, l'artère pulmonaire, les sinus de la dure-mère, les veines de l'abdomen, toutes les veines du corps enfin pleines de sang écumeux (4).

(1) MAGNUS, Sur les gaz contenus dans le sang, *Journal de Chimie médicale*, 2e série, t. III, p. 537; 1837.

(2) MORGAGNI, *De redibus et causis morborum*, épist. VIII, n° 23; XXVII, n° 2; XXXI, n° 2; XLIII, n° 22; LIII, n° 18; LIV, n° 49; LVII, n° 50.

(3) Epist. V, n° 17; XXIV, n° 6.

(4) Epist. V, n° 19.

M. Reynolle a trouvé, dans deux cas de mort par hémorrhagie, le sang spumeux dans le cœur et dans les veines; les caillots du cœur étaient comme emphysémateux. Il a vu également cette circonstance se reproduire chez des chiens qu'il faisait mourir d'hémorrhagie; des gaz se rencontraient dans le système veineux, moins dans le système artériel, immédiatement après la mort (1).

Ollivier (d'Angers) avait porté son attention sur cette cause de mort subite. Nous ne nous arrêtons pas à l'histoire d'un enfant atteint de rougeole et d'un homme en bonne santé, tous deux morts subitement, parce que ces faits manquent de détails et que d'ailleurs l'existence d'un emphysème général développé peu d'heures après la mort les obscurcit jusqu'à un certain point.

Mais une observation plus remarquable à tous égards est celle d'une jeune femme de vingt-deux ans, qui avait éprouvé quelques jours avant sa mort des accidents caractérisés par de la fièvre et du délire, puis une faiblesse assez grande. Mais elle s'était rétablie et se disposait à aller au bal masqué. Elle ressentit cependant de la fatigue et se coucha dans la journée se plaignant d'une grande faiblesse.

Voici comment sa mort est racontée:

Son amant était dans la chambre occupé à allumer du feu; il venait de l'engager à quitter son lit pour dîner; ne l'entendant pas se lever, il se retourne, la voit à genoux sur le lit, la tête penchée sur la poitrine, ayant son jupon déjà passé autour de sa taille. Comme elle ne faisait aucun mouvement pour descendre du lit, et au moment où il allait lui prendre la main, elle relève brusquement la tête, et le regardant avec une expression de douleur et d'effroi et en étendant brusquement les deux bras: « Je meurs, vois-tu! » dit-elle d'un son de voix déchirant, et sa tête retomba sur l'épaule de son amant. Elle était morte.

L'autopsie fut pratiquée quatorze heures après la mort (à la fin de décembre).

Les cavités droites du cœur étaient très distendues, comme insufflées, de telle sorte qu'en les frappant avec le manche du scalpel elles résonnaient comme tous les organes creux gonflés d'air; elles contenaient une grande quantité d'une écume sanguinolente à grosses bulles; l'artère pulmonaire contenait une assez grande quantité de sang écumeux. Les vaisseaux du cerveau et des méninges contenaient un peu de sang spumeux. Tous les organes paraissaient du reste dans un état d'intégrité complet (2).

Rapprocherai-je de ces exemples, comme l'a déjà fait M. le professeur Malgaigne dans son beau rapport sur divers cas de mort attribués au chloroforme, l'histoire de mademoiselle Stock, la malade de Boulogne, qui succomba en respirant du chloroforme et fut le principal objet de la discussion que l'Académie a encore présente à la mémoire?

Le cœur était vide, « mais une nuance sanguine occupait l'orifice auriculaire de la veine-cave ascendante; les veines pulmonaires contenaient un peu de sang mêlé d'air; les veines de la convexité et de la boîte du cerveau étaient pleines de sang et d'air, dont les bulles partageaient en tronçons la colonne sanguine. L'air sortait en bouillonnant au milieu d'un sang très noir, très fluide et abondant dans les veines cave et crurale gauche... (3). »

Dans deux observations communiquées à la Société de chirurgie, où la mort était survenue vingt-quatre et quarante-huit heures après l'inhalation du chloroforme, du sang spumeux fut également trouvé dans le cœur et dans les vaisseaux.

Vous vous rappelez, messieurs, qu'on a cherché toutes sortes d'explications de ce phénomène autres que la production spontanée de ce gaz pendant la vie: ainsi la putréfaction eut lieu, la rupture des veines pulmonaires eut lieu, l'insufflation artificielle.... Quelques expériences de M. Gosselin tendent, en effet, à rapprocher directement ces deux circonstances, l'état spumeux du sang et l'inhalation du chloroforme (4).

Mais le fait que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, ainsi que celui d'Ollivier (d'Angers), échappent à toutes ces explications.

La présence du gaz dans le sang constatée à l'instant même de la mort, l'absence d'efforts extraordinaires d'inspiration, l'absence d'emphysème, tout nous oblige à admettre une exhalation spontanée de gaz pendant la vie dans le sang veineux du cerveau, due selon toute probabilité à une altération spontanée de ce fluide, dont nous ne connaissons ni la nature ni la cause.

DE LA PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

Tel est le titre sous lequel un interne distingué des hôpitaux, M. Thouvenet, vient de publier une thèse remarquable dont nous croyons devoir faire connaître à nos lecteurs les parties essentielles. Avant d'arriver à la description générale que l'auteur donne de la maladie, rapportons d'abord un des faits qui lui ont servi de base.

Lecomte (Prosper), saltimbanque, trente-deux ans.

Cet homme est petit, mais robuste et bien conformé. Sa santé est habituellement bonne, quoiqu'il mène une vie pénible et laborieuse, travaillant beaucoup, passant souvent les nuits en voyage, mal abrité contre le froid et la pluie. Il fait quelques excès de vin, mais ce sont les seuls; du reste, il n'est jamais malade, et n'a eu d'autres accidents syphilitiques qu'une blennorrhagie.

(1) REYNOLLE, Sur un nouveau genre de pneumatose se développant à la suite d'hémorrhagies abondantes, *Thèse de Paris*, 1832, n° 29.

(2) OLLIVIER (d'Angers), *loc. cit.*, p. 45.

(3) MALGAIGNE, Rapport sur divers cas de mort par le chloroforme, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIV, 1848-49, p. 209.

(4) Rapport cité, p. 219.

C'est au mois de septembre 1848 qu'il fait remonter le début de la maladie. A cette époque il lui arriva de passer une nuit couché sur des toiles humides, dans sa baraque, c'est-à-dire presque en plein air. Le matin, il sentit de l'engourdissement dans le côté sur lequel il avait dormi, le droit; il s'aperçut, en outre, d'une faiblesse qu'il avait dans la main droite. Pendant près d'une année cet affaiblissement n'a produit que de la gêne, appréciable quand le malade veut serrer un objet entre les doigts; la main se refroidit aussi très aisément, mais il n'y a encore aucune diminution de volume.

Onze mois après, à la suite de plusieurs nuits passées presque en plein air et sur la terre humide, Lecomte a éprouvé des lassitudes dans les genoux, de la faiblesse dans les membres inférieurs, au point qu'il a de la difficulté à descendre un escalier, mais il le monte facilement.

La main droite perd rapidement sa force, et au mois d'octobre, treize mois après le début de la paralysie, le malade est incapable d'écrire son nom. Deux mois plus tard, la main gauche devient faible à son tour, et de plus, quoique pouvant faire de longues courses, Lecomte tombe souvent, et le plus petit obstacle le fait trébucher. L'exposition au froid augmente toujours sensiblement la faiblesse des mains et des jambes.

Au mois de février 1849, malade depuis dix-huit mois, il entre à la Charité. A cette époque, la main droite est considérablement atrophiée; elle offre l'aspect que nous avons déjà signalé souvent. Les mouvements d'extension des doigts ne peuvent plus s'exécuter, la flexion se fait assez bien. L'avant-bras du même côté a perdu une grande partie de sa force, et le volume de ses muscles a notablement diminué; le bras est à peu près dans son état normal; la main gauche est faible, ses doigts sont légèrement crochus, elle n'a pas maigri.

Quant aux membres inférieurs, leur volume n'a pas diminué; le malade se lève, se tient debout pendant fort longtemps, marche, mais il trébuche souvent, et n'est pas solide comme il l'était autrefois.

Sa parole est un peu embarrassée, surtout quand Lecomte se presse, ou quand il est sous l'empire d'une émotion. Les fonctions digestives sont en très bon état; on ne remarque aucun trouble des sens ou de l'intelligence.

A l'hôpital, la paralysie suit la marche progressive, mais plus rapidement qu'elle ne l'avait fait jusqu'ici, et elle s'accompagne de fourmillements et d'engourdissements dans la main gauche, et surtout dans les deux derniers doigts. Le malade dit qu'il en éprouve aussi dans le bas des reins, dans les fesses; il lui semble que de l'eau chaude coule sous la peau, en suivant les espaces intercostaux; des contractions fibrillaires se voient dans presque tous les muscles paralysés. Les membres inférieurs sont le siége de contractures qui surviennent tantôt dans le pied ou les mollets, tantôt dans la cuisse; rares dans le commencement, elles sont aujourd'hui très fréquentes, surtout pendant la nuit. L'impression du froid les détermine; elles cessent quand le malade se tient debout. Il se plaint aussi de quelques douleurs dans le coude et dans le bras gauche; toutes les parties paralysées sont plus sensibles au froid.

Au bout de quelques mois, nous notons de nouveau l'état du malade, et nous constatons que le membre supérieur droit est beaucoup plus atrophié que le gauche, quoique ce dernier le soit déjà; les mains, qui sont crochues, présentent l'aspect caractéristique, résultat de la disparition des muscles intercostaux; les doigts sont habituellement écartés, et ne peuvent être rapprochés par l'action de leurs muscles; le pouce du côté droit a perdu son mouvement d'opposition, qui est encore possible du côté gauche, mais très faible. L'avant-bras droit est aplati, mollasse, sans saillies musculaires; les muscles qui se fixent à l'épitrochlée ont pourtant conservé un certain volume, et leur contraction produit des mouvements assez faciles; la gauche n'a pas perdu de son volume, le malade peut encore s'en servir, mais très peu, car les mouvements sont extrêmement faibles, nullement en rapport par conséquent avec la grosseur des muscles.

Les membres inférieurs ne sont pas atrophiés, mais ils se contractent incomplétement. Si on entoure la cuisse avec les deux mains, et qu'on dise au malade de roidir ses muscles, on sent qu'un grand nombre de leurs fibres ne se contractent pas, et qu'il y a seulement quelques faisceaux disséminés qui durcissent. Cependant chaque jour Lecomte se lève, se tient longtemps debout, marche; mais il tombe souvent; il manque de solidité; couché, il a peine à remuer. Au moment où il se lève, il se tient difficilement, et ce n'est qu'après avoir pris un peu d'exercice que la force lui revient un peu. La parole est maintenant difficile; l'articulation des sons manque de netteté; bientôt on ne le comprendra plus.

Les contrariétés, les impressions vives, produisent des tremblements dans les membres; presque tous les muscles du corps sont agités de contractions fibrillaires.

Quelques mois plus tard, la paralysie se généralise de plus en plus; presque tous les muscles en sont frappés à des degrés plus ou moins forts. Ceux de la respiration sont faibles; le malade bâille pour faire de grandes inspirations; pour se moucher, il doit faire effort, ainsi que pour amener un crachat du pharynx dans la bouche; la sputation est difficile; il se fatigue très vite en parlant. La voix prend un timbre nasal, ce que l'on doit sans doute attribuer à la paralysie des muscles du voile du palais. La déglutition ne se fait pas aisément, et le malade ayant, ces jours derniers, avalé un morceau de pain un peu gros, qui s'est arrêté dans le pharynx, ne pouvait ni l'avaler, ni le rendre. Il nous dit aussi que, lorsqu'il hume pour boire, les liquides se précipitent avec force dans le pharynx et produisent même de la toux. Constipation habituelle, mais les digestions sont bonnes; la santé générale est excellente; parfois pourtant un peu d'oppression. La couche adipeuse sous-cutanée est, dans beaucoup de points, plus épaisse qu'à l'état normal.

Au mois d'octobre, neuf mois après l'entrée du malade à l'hôpital, son état s'est considérablement aggravé; il ne marche plus que plié en deux, en s'appuyant sur le dos d'une chaise et en traînant les pieds. Tous les mouvements sont les uns difficiles, les autres complétement abolis. La parole est à peine intelligible, faute d'articulation des mots; la respiration est souvent gênée; les mucosités, péniblement détachées du pharynx, sont ensuite lentement menées sur le bord des lèvres, où on les enlève avec un mouchoir, car la sputation n'est plus possible; la déglutition des solides se fait assez bien, celle des liquides est moins facile; des sensations de froid, de chaud, des fourmillements existent encore dans différentes parties; les contractions fibrillaires, les crampes sont moins fréquentes dans les parties les premières atteintes, et on conçoit qu'il doit en être ainsi, car l'élément musculaire est presque entièrement détruit; un certain nombre de muscles est à l'état de vestige, et ce qui en reste a perdu la faculté contractile.

Plus tard, la mastication devient difficile; la mâchoire inférieure est portée tantôt en avant, tantôt en arrière, et les arcades dentaires ne se correspondent plus exactement. La respiration est de plus en plus gênée; le diaphragme en fait presque tous les frais. La face s'immobilise; la commissure des lèvres est un peu tirée du côté gauche; les muscles sourciliers sont le siége de fréquentes contractions; la langue ne peut plus dépasser les arcades dentaires; la parole est inintelligible.

A la fin de novembre 1850, il ne reste plus à ce malheureux que quelques mouvements de la tête; il peut encore la fléchir et la porter de côté; il ne peut bouger dans son lit et ne se lève plus; il remue encore un peu les jambes; le bras droit est complétement paralysé et le gauche n'a qu'un mouvement de flexion insignifiant.

Il y a des soubresauts des tendons de l'avant-bras, des secousses dans les jambes; les muscles des membres inférieurs sont toujours agités de contractions fibrillaires; ils ont perdu environ une moitié de leur volume; le froid y détermine des contractures.

Quant à l'atrophie, depuis plusieurs mois elle ne nous semble pas avoir fait de progrès; elle s'est arrêtée dans sa marche, et la paralysie seule a été croissant.

Les digestions sont toujours bonnes; la défécation exige de grands efforts par suite de l'affaiblissement des muscles abdominaux. La circulation se fait régulièrement; les sens sont intacts, la sensibilité cutanée bien conservée, l'intelligence parfaitement lucide.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 décembre 1851. — Présidence de M. Orfila.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose : 1° de l'envoi de la statistique de la mortalité dans la ville de Paris pendant le mois d'octobre 1851;

2° De plusieurs échantillons de remèdes secrets et d'eaux minérales, et d'un travail sur les inconvénients des corsets, par M. Fontaine, négociant à Lyon.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sous-nitrate de bismuth.

M. Pellieux, membre correspondant, à Baugency, envoie un mémoire sur le sous-nitrate de bismuth à haute dose dans le traitement de la dysenterie. Les résultats obtenus paraissent avoir été très avantageux.

Fièvres intermittentes.

M. Charrier, de Chaillé-les-Marais (Vendée), informe l'Académie que dans les cas rebelles de fièvres intermittentes il a retiré de grands avantages de l'administration de la formule suivante :

Quinquina jaune.	32 grammes.
Jalap pulvérisé.	8
Sous-carbonate de potasse. . .	8
Crème de tartre.	8
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	8
Miel blanc.	Q. S.

Divisez en quinze bols, dont le malade prend trois par jour, en laissant entre chaque bol quatre heures d'intervalle.

LECTURES.

M. Lenoir lit un travail intitulé : *Observation d'avortement provoqué pour la troisième fois avec succès sur une femme dont le diamètre antéro-postérieur droit du détroit supérieur n'avait pas plus de 50 millim. (2 pouces environ); suivie de quelques réflexions relatives à cette opération.*

Dans ses réflexions, M. Lenoir compare à différents points de vue l'opération césarienne, la céphalotripsie et l'accouchement prématuré artificiel, et se prononce pour cette dernière opération. Il termine en demandant que l'Académie, par une approbation ou une improbation, fixe définitivement un point de pratique qui embarrasse toujours au plus haut degré le praticien, tant est grand encore l'opinion ou le préjugé contre l'avortement. (Commissaires : MM. Villeneuve, Gerdy et Cazeaux.)

Mort subite. — Gaz dans le sang.

M. Durand-Fardel lit une note intéressante sur un cas de mort subite. (*Voir* ci-dessus.)

M. J. Cloquet. L'observation de M. Durand-Fardel tend à prouver que les eaux minérales ne sont pas aussi innocentes qu'on pourrait le croire pour les personnes qui les prennent sans nécessité et en amateurs. J'ai connu un maître de forges qui, ayant accompagné sa femme aux eaux, voulut aussi se baigner en amateur; il fut pris dans le bain d'une douleur atroce dans le seul testicule qui lui restât; il s'ensuivit un engorgement, qui fut traité par les moyens les plus énergiques pendant quatorze ou quinze mois, et, définitivement, je fus obligé de pratiquer l'ablation de l'organe.

M. Renaud. On est loin d'être fixé sur la quantité d'air qu'il faut introduire dans le sang pour déterminer la mort. J'ai pu injecter jusqu'à un litre d'air à la fois dans la jugulaire des chevaux, non-seulement sans les tuer, mais sans les faire tomber.

M. Bérard. Il est certain que les animaux peuvent supporter une assez grande quantité d'air quand on l'injecte par petites portions; mais il n'est pas moins certain qu'on les tue parfaitement en en injectant une grande quantité à la fois. On sait que Haller dit que, lorsqu'il était trop vivement impressionné des expériences qu'il faisait endurer aux chiens qu'il expérimentait, il s'en débarrassait en leur injectant de l'air dans les veines.

M. Velpeau. Il serait dangereux que l'assertion de M. Renaud donnât trop de sécurité aux chirurgiens qui sont assez malheureux pour observer pendant une opération les symptômes effrayants qui suivent l'entrée de l'air dans les veines, accidents qui, à n'en pas douter, peuvent être mortels. Trois fois depuis la grande discussion j'ai vu ces accidents se manifester; j'ai cru au premier abord les malades morts; j'ai cependant porté avec promptitude la main sur la plaie pour comprimer le vaisseau ouvert et dans lequel s'était fait entendre ce bruit de glou-glou qui indique l'entrée de l'air; les malades sont revenus à eux. Cette compression rapide est donc un moyen dont on n'use peut-être pas assez et qui pourrait prévenir la mort si on l'employait à temps.

M. Bouley. Il faut établir une grande distinction entre la quantité d'air nécessaire pour tuer un animal sain qu'on expérimente et un animal déjà malade qu'on soigne ou sur lequel on pratique une opération. Notre très regrettable collègue M. Barthélemy a pu injecter jusqu'à trois litres d'air chez les chevaux sans les tuer, tandis que j'ai vu succomber à la suite d'une saignée trois de ces animaux affectés deux de pneumonie et le troisième d'apoplexie intestinale.

M. Gerdy. La discussion ancienne de l'Académie n'a porté que sur un seul point, qui est sorti triomphant, c'est que l'entrée de l'air dans les veines pendant une opération est beaucoup moins à craindre qu'on ne le croyait généralement. La plupart des chiens qu'on a voulu tuer, non pas en leur injectant de l'air, mais en s'efforçant de le faire entrer naturellement au moyen d'incisions pratiquées sur les veines, et *tenues béantes*, ces chiens ont presque tous survécu à l'expérience, et pour la plupart même n'ont éprouvé aucun accident.

M. Bouvier. Jusqu'à présent la discussion a porté sur un objet tout à fait étranger à l'observation et aux réflexions lues par M. Durand-Fardel. C'est sur ces réflexions que je veux dire quelques mots. Je ne crois pas qu'on puisse être aussi affirmatif que l'a été l'honorable auteur de l'observation sur la cause de la mort chez la malade dont il nous a lu l'histoire. Cette femme avait une maladie du cœur. Or dans ces maladies les morts subites ne sont pas rares. Ainsi tout le monde se rappelle la mort du ministre Humann qui eut lieu tout à coup. Pourquoi n'en aurait-il pas été de même chez la femme dont nous venons d'entendre l'histoire?

M. Gerdy. Cette femme ne pourrait-elle pas aussi avoir succombé à une syncope, dont les causes sont si diverses.

M. *Durand-Fardel* fait observer que les symptômes n'avaient pas été précisément ceux de la syncope, laquelle n'est pas habituellement mortelle. Quant à la maladie du cœur, elle n'était pas assez grave pour occasionner une mort subite. Enfin la présence d'un sang très spumeux dans les cavités droites me paraît justifier mon interprétation.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 novembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Présentation de malade. — Cancer du testicule.

M. Vidal présente le malade auquel il a enlevé une tumeur volumineuse des bourses. C'est sur la nature de cette tumeur qu'une discussion a déjà eu lieu dans le sein de la Société.

M. Vidal soutenait qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, parce qu'elle n'occupait qu'un côté des bourses. Le microscope prouva, en effet, qu'elle contenait des cellules cancéreuses, et donna ainsi raison au chirurgien.

La plaie de l'opération est cicatrisée; mais le malade offre déjà dans le bassin des duretés, des engorgements qui font redouter une récidive.

M. Vidal avait comprimé le cordon spermatique avec une grosse serre-fine au lieu de le lier. Il regrette d'avoir employé ce moyen; car, obligé d'enlever le petit instrument après deux jours, il y a eu une hémorrhagie qui a mis les jours du malade en danger. Le sang ne put être arrêté qu'après un tamponnement du canal inguinal.

Il vaut donc mieux lier le cordon en masse ou l'artère isolément, au risque d'attendre plus longtemps la réunion complète de la plaie.

Correspondance.

M. Lallemand, membre de l'Institut, remercie la Société de chirurgie de lui avoir accordé le titre de membre honoraire.

M. Pravaz, de Lyon, remercie également la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre qui a pour but d'établir : 1° Que la sonde coudée flexible franchit bien souvent l'obstacle et pénètre dans la vessie alors que l'on avait échoué avec toutes les autres sondes;

2° Que l'idée et l'application de ce mode de cathétérisme lui appartient.

Cette lettre est renvoyée à la commission déjà nommée.

— Lecture et adoption du procès-verbal.

Dilatation des vaisseaux lymphatiques et de la lymphorrhagie.

M. Demarquay lit un travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques et sur la lymphorrhagie. Ayant eu occasion d'observer un jeune homme âgé de dix-sept ans, affecté d'une dilatation du vaisseau lymphatique de la cuisse droite au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, avec dilatation du réseau lymphatique superficiel avoisinant la varice lymphatique, il a pu observer avec soin cette maladie. A cinq ou six reprises différentes, cette varice s'est rompue, et M. Demarquay a pu recueillir de la lymphe en quantité assez considérable.

Le 1er novembre, une rupture survenue le matin dans la varice a donné lieu à une lymphorrhagie qui n'a pas duré moins de neuf heures.

M. Demarquay se propose de publier un travail sur l'analyse de la lymphe humaine en commun avec M. Mialhe. Il a montré les dessins micrographiques des corpuscules de la lymphe étudiés en commun avec M. Lebert, au moment où ils s'échappaient des vaisseaux lymphatiques.

Ce fait a provoqué des recherches de la part de l'auteur du mémoire. Il a trouvé dans les auteurs un certain nombre de dilatations non-seulement des vaisseaux lymphatiques, mais encore du canal thoracique et des chilifères. Ces faits, d'ailleurs peu détaillés

et insuffisants pour faire l'histoire des deux maladies sur lesquelles M. Demarquay appelait l'attention de la Société, ont été en partie reproduits par M. Breschet dans sa thèse sur les lymphatiques, et par Bérard à l'article *Maladies du système lymphatique* du *Dictionnaire en 30 volumes*.

Dans ces recherches, M. Demarquay a bien trouvé des observations de lymphorrhagie à la suite de lésions de quelques vaisseaux lymphatiques. C'est ainsi qu'Assalini, après une blessure à la cuisse, et Wutzer, après une blessure au dos du pied, ont pu recueillir de la lymphe en assez grande quantité.

Muller, comme chacun le sait, fit une étude de cette humeur depuis celle qu'il recueillait sur le malade du chirurgien de Bonn. Mais dans ces cas la lymphe n'était point pure, tandis que lorsqu'on vient à la recueillir à sa sortie d'un vaisseau lymphatique rompu, il n'en est plus de même; ce liquide est alors dans toute sa pureté. M. Demarquay ne trouve qu'une autre observation où la lymphe put ainsi être recueillie sans mélange, bien entendu qu'il ne parle pas du fait de Sœmmering, où il s'agit d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques qui donnaient, par la ponction de ces derniers, de la lymphe pure. Ce fait a été observé par M. le docteur Fitzer, sur une jeune fille de dix-huit ans, qui portait une dilatation des vaisseaux lymphatiques de la paroi abdominale antérieure gauche. Une rupture survenue dans cette varice donna lieu à une lymphorrhagie qui ne dura pas moins de six jours, et pendant lesquels une quantité considérable de lymphe fut recueillie, ce qui permit à M. Schlossberger de faire l'analyse micrographique et chimique de cette tumeur.

L'écoulement de la lymphe, qui ne donna lieu sur le malade observé par M. Demarquay à aucun accident, fut suivi chez la jeune fille observée par M. Fitzer de syncopes au bout du sixième jour. La perte de la lymphe peut donc amener certains accidents. Les auteurs, jusqu'à ce jour, si ce n'est M. Beau, qui a publié un travail sur la dilatation des vaisseaux lymphatiques du prépuce, ne sont pas occupés du traitement de ces deux maladies. M. Demarquay se propose de faire une cautérisation avec la pâte de Vienne sur les lymphatiques dilatés.

Voici les qualités de la lymphe humaine à la suite d'une piqûre faite au vaisseau lymphatique dilaté: ce liquide coule tantôt par petites gouttelettes ou par un petit jet qui s'élève un peu au-dessus de l'épiderme et qui peut même être lancé à distance; il est à peu près incolore, d'une teinte un peu louche au moment où il sort du vaisseau; mais bientôt il blanchit, prend une teinte laiteuse et devient d'un blanc jaunâtre; il se prend en caillot aussitôt qu'il est recueilli; mais bientôt il se divise comme le sang en deux parties: l'une séreuse, blanchâtre; l'autre, solide, forme le caillot qui paraît composé d'une série de filaments rougeâtres.

Discussion.

M. Chassaignac. Parmi les noms cités par M. Demarquay, je n'ai point entendu prononcer celui de M. Cruveilhier. Cependant il a fait représenter dans son Atlas d'anatomie pathologique les vaisseaux lymphatiques de l'utérus qui étaient fort dilatés.

M. Demarquay. L'observation de M. Chassaignac est juste; mais M. Cruveilhier ne s'est occupé que de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, tandis que je m'occupe de la dilatation simple en dehors de l'inflammation.

M. Michon. J'ai écouté avec grand intérêt la lecture du travail de M. Demarquay. Notre confrère nous demande ce qu'il y a à faire dans ce cas? Je crois qu'il ne faut employer que des moyens palliatifs, si j'en juge par analogie. Je ne vois pas que l'on puisse guérir les varices lymphatiques mieux que les varices veineuses, les unes et les autres se liant à un état général de l'économie contre lequel le traitement local ne peut rien. Suivant moi, il doit exister chez le jeune homme que nous a présenté M. Demarquay une dilatation d'une grande partie du système lymphatique du membre. Voilà pourquoi on a pu recueillir une si grande quantité de lymphe sans inconvénient pour la santé du jeune homme.

M. Demarquay. Je puis assurer qu'il ne reste chez le jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société qu'un virus lymphatique bien isolé, avec dilatation du réseau lymphatique circonvoisin. On ne trouve sur la cuisse droite aucune autre dilatation que celles que j'ai indiquées.

M. Chassaignac, après avoir présenté quelques considérations intéressantes sur les lymphatiques des membres, combat M. Michon. Pour lui, les varices ne sont point incurables; il croit que la cautérisation bien faite, si surtout les malades sont maintenus au lit, peut donner de bons résultats. Elle corrige surtout les dispositions morbides, et si elle ne donne pas des résultats constants, elle a l'avantage de mettre les malades pendant un temps assez long à l'abri de toute espèce d'accidents.

M. Nélaton. Je crois, comme M. Michon, que les varices sont incurables. Pendant mon séjour à Bicêtre, j'ai eu occasion de voir bon nombre de malades qui avaient subi des opérations multipliées pour être guéris de leurs varices; chez aucun, je n'ai pu constater une véritable guérison.

Pour revenir au travail de M. Demarquay, je dirai que j'ai eu assez souvent l'occasion de voir des varices du prépuce. J'ai vu le malade de M. Beau. Le dessin que M. Demarquay a fait faire d'après les indications de M. Beau donne une image fidèle des dilatations. Ce malade a été guéri par l'introduction de deux petits sétons dans l'intérieur des vaisseaux lymphatiques; une aiguille ordinaire a servi de moyen conducteur. Ces sétons restèrent quelques heures en place, et le lendemain les lymphatiques étaient durs, tuméfiés. Bientôt la guérison fut complète. Chez le malade de M. Demarquay, les choses ne sont plus dans les mêmes conditions; indépendamment de la varice lymphatique, il y a dilatation du réseau superficiel des vaisseaux lymphatiques: dans ce cas, la cautérisation avec la pâte de Vienne me paraît devoir donner un bon résultat.

Traitement du croup.

M. Guersant lit un travail sur le traitement du croup. Ce travail, renvoyé au comité de publication, se termine par les conclusions suivantes:

1° Un enfant peut avoir deux fois le véritable croup.

2° Une seconde atteinte peut être aussi grave qu'une première, et on peut pratiquer une seconde fois la trachéotomie avec succès.

3° A la suite de la trachéotomie, les aliments passent quelquefois par la plaie, et, dans ce cas, on est souvent forcé, pour nourrir le malade, d'avoir recours à la sonde œsophagienne.

4° Pour l'introduction de la sonde, on doit préférer l'introduction par les fosses nasales.

Note sur l'appareil lithotriteur du docteur J. Vinci.

J'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'honorable Société plusieurs modifications apportées à l'appareil de la lithotritie.

1° Le lithoclaste à cuiller a subi différentes modifications qui nous paraissent inutiles, sinon dangereuses. Ce fait a été reconnu par plusieurs éminents praticiens. Nous pensons, toutefois, que ces derniers ont eu tort, à leur tour, en voulant trop généraliser l'emploi de cet instrument.

En effet, après avoir écrasé trois, deux et même une fois la pierre, la cuvette de la femelle s'engorge, le détritus se tasse; dans le but d'obvier à ce grave inconvénient, on a déjà fait de nombreuses tentatives qui, comme nous venons de le dire, sont sujettes à de grandes objections.

On le conçoit aisément, cet engorgement rend inefficace tout effort ultérieur.

Il faut donc retirer l'instrument avant que d'avoir pu écraser une quantité notable; mais, alors qu'on retire l'instrument, se présente une autre difficulté: c'est l'écartement inévitable des mors. Il y a donc, dans cette pratique, nécessité de recommencer souvent l'opération et de subir chaque fois les conséquences de l'engorgement.

De ces considérations résulte, pour nous, que le lithoclaste à cuiller simple, ou tel qu'on l'a modifié jusqu'ici, est moins propre à diviser et à pulvériser qu'à ramasser.

J'ai pratiqué au delà de cent opérations de lithotritie, tant en Italie qu'à Malte; mon frère, professeur de clinique chirurgicale à Catane, l'a pratiquée au moins aussi souvent que moi. Cette double expérience m'a démontré que le lithoclaste fenêtré et à pignon mérite de beaucoup la préférence sur l'instrument dont nous venons de parler. Voici maintenant la modification que nous avons apportée au lithoclaste à cuiller.

Notre attention a dû se porter sur le moyen de dégorger la cuvette, afin de pouvoir continuer à volonté la durée des séances comme avec le *fenêtré*, et de n'avoir pas à retirer l'instrument engorgé.

Nous avons fait fabriquer par M. Charrière un lithoclaste à mors *plats*, sans *rebords* et sans *cuvette* et à simple *cylindrique*. A l'aide d'un mécanisme dans le carré et dans l'armure, on obtient, moyennant deux rondelles: 1° l'action la *plus complète* des instruments à coulisses; 2° un mouvement de latéralité qui dégorge complétement les mors en les faisant jouer l'un sur l'autre (à l'aide de la rondelle inférieure); 3° un mouvement de fixation qui rend à l'instrument son action n° 1 (rondelle supérieure ou petite).

2° Le lithoclaste fenêtré, quoique simplifié aujourd'hui, présente encore un grand inconvénient: dans le carré, les branches sont dépourvues de rainures et de coulisses. De là résulte un déplacement de la crémaillère lorsqu'on a saisi le calcul; tandis que le pouce de la main gauche appuie sur la rondelle du simple, celui-ci se déplace en haut, d'où changement de rapport entre les deux branches.

J'ai fait pratiquer aussi des rainures et des coulisses dans le carré de cet instrument.

3° Les pinces destinées à *écraser* les calculs ou fragments engagés dans l'orifice externe de l'urètre ou dans la fosse naviculaire, sans être assez efficaces, ont tous les inconvénients des pinces articulées. La main est entièrement active. J'ai fait construire une pince à vis verticale et à branches élastiques: d'où facilité dans son application, moins de douleur pour le malade et puis économie de force.

4° Les pinces à *extraire* les mêmes corps de ces régions du canal présentent l'inconvénient de pincer la muqueuse. Cet inconvénient est affaibli par la forme elliptique des branches; par contre, cette forme rend l'instrument inutile. J'ai à cet effet fait fabriquer une pince à branches inégales.

5° Les mors des pinces bilobées qu'on emploie dans le même but, mais pour des régions plus profondes, exposent également au pincement. Nous avons aussi rendu leurs branches inégales.

6° J'ai fait fabriquer une pince à six branches garnies à l'intérieur en baudruche et un stylet au centre. Elle est munie de canules de rechange en gomme pour accroître à volonté le diamètre dans l'étendue de la gaîne métallique de l'instrument.

7° J'ai fait fabriquer aussi de fortes bougies en argent à bout vésical concave pour repousser dans la vessie les calculs ou fragments arrêtés dans la région interne de l'urètre.

De la comparaison de tous ces instruments, nous croyons pouvoir conclure que:

Le lithoclaste à cuiller est un instrument propre à ramasser et non à briser ou pulvériser, malgré les modifications qu'on y avait apportées;

Le lithoclaste fenêtré a l'avantage de prolonger les séances sans s'engorger, mais il a l'inconvénient de ne pas réduire la pierre en poudre;

Notre lithoclaste, que nous appellerons pulvérisateur, puisqu'il écrase et pulvérise, ayant la faculté de ne pas s'engorger, remplit réellement le but des deux instruments précédents;

Même dans les cas de calculs durs ou volumineux, après une division préliminaire par le lithoclaste fenêtré, mon instrument reprend ses avantages.

D'où il ressort que le lithoclaste à cuiller ne peut être employé avec avantage que dans les cas où, pour des motifs qu'il serait trop long d'énumérer, il est nécessaire d'extraire la matière calculeuse.

Le lithoclaste fenêtré, dans les cas exceptionnels où il est indiqué, doit être employé avec notre modification, afin que le calcul soit fixément maintenu.

Nos pinces, tant celles modifiées que celles inventées, nous paraissent offrir les avantages d'une application facile, d'une efficacité certaine, sans avoir les inconvénients des anciennes, tels que le pincement de la muqueuse, etc.

Enfin, nous signalerons à la bienveillante attention de la Société la sonde à bout vésical concave, destinée au refoulement des concrétions calculeuses engagées dans la région prostatique de l'urètre.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

SOUSCRIPTION

pour un confrère dans le besoin.

MM. Rayer	10 fr.
Masson (Ch.)	1
Larrey	5
Ricord (Ph.)	10
Desmarres	10
Jobert (de Lamballe)	5
Belbomme	5
Guillon	5
Précédentes souscriptions	226
Total	277

Chronique et nouvelles.

La séance solennelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain, 16 courant, à trois heures.

L'Académie des sciences ne s'est occupée, dans sa dernière séance, que d'objets étrangers à la médecine.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaire.* — M. Caillemer, chirurgien aide-major de 1re classe au 10e d'artillerie, est désigné pour la gendarmerie de la Seine.

M. Beaucamp, chirurgien aide-major de 1re classe au 14e d'artillerie, est désigné pour le parc de construction du train des équipages, à Vernon.

M. Riboulet, médecin ordinaire de 2e classe en Algérie, est nommé médecin ordinaire de 1re classe aux ambulances de la division de Constantine.

M. Leroy-Dupré, chirurgien aide-major de 2e classe au 55e de ligne, est désigné pour le 1er léger.

M. Blanvillain, chirurgien aide-major de 1re classe au 55e de ligne, est désigné pour passer au 10e d'artillerie.

M. Henry, chirurgien aide-major de 1re classe au 4e léger, est désigné pour passer au 2e bataillon de chasseurs à pied.

— *Erratum.* A la 2e page, 1re colonne, 51e ligne du dernier numéro, *au lieu de* cette phrase, qui n'a pas de sens: en même temps..., etc., *lisez*: ou même qu'on ne leur oppose plus.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 144. — SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 144. — SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1851.

De la contagion des accidents secondaires de la syphilis.

Il ne faut pas que la question de la syphilisation, qui a partout occupé une place si peu en rapport avec sa véritable importance, nous fasse perdre de vue les débats sur la transmissibilité des accidents secondaires qui ont eu lieu au sein de la Société de chirurgie, dans la séance du 22 novembre, et sur lesquels nous avons promis de revenir, non plus que ceux qui ne tarderont sans doute pas à s'ouvrir à l'Académie de médecine sur le même sujet.

L'observation du médecin allemand a soulevé, en effet, on se le rappelle, une double question : celle de l'utilité de la syphilisation, qui passera comme tous les rêves des imaginations errantes, celle de la transmissibilité des accidents secondaires, qui restera toujours importante et actuelle, parce que chaque jour elle surgit, quelquefois hérissée de difficultés, en présence du praticien.

Cette question, qui était depuis longtemps, et à juste titre, considérée comme résolue, lorsque la doctrine est venue jeter sur elle l'obscurité et l'erreur dont elle a enveloppé l'histoire des maladies syphilitiques en général, cette question mérite donc toute notre attention.

On a vu qu'à l'Académie de médecine M. Velpeau, qu'à la Société de chirurgie M. Vidal, ont fait ressortir ce fait laissé dans l'oubli par ceux qui avaient fait l'exhibition du docteur L..., que la troisième inoculation que s'était pratiquée ce médecin avait été faite avec du pus pris sur un ulcère consécutif d'une amygdale. Les détails de cette inoculation, ainsi que l'histoire du malade qui a fourni le pus inoculé, se trouvent suffisamment exposés dans le compte-rendu de la Société de chirurgie pour que nous puissions nous dispenser d'y revenir ici. Ce qu'il importe d'apprécier, ce sont les arguments à l'aide desquels on a cherché à jeter du doute sur ce fait évident comme un axiome. Ces arguments, ce sont les suivants, autant qu'il nous est permis de les résumer, d'après le langage diffus et souvent peu correct dans lequel ils ont été produits :

a. — Je n'ai jamais pu réussir, a dit M. Ricord, à inoculer des accidents secondaires.

b. — Il m'est quelquefois impossible de dire : voilà un accident primitif, voilà un accident secondaire.

c. — A l'époque de sa syphilis où en était le confrère du docteur L..., les accidents de la cavité buccale n'ont pas les caractères qui ont été indiqués. Leur loi générale, c'est l'érythème, les papules, les plaques muqueuses.

d. — Le malade portait un ganglion sous-maxillaire, un des signes les plus importants, les plus constants, les plus réguliers des accidents primitifs ; c'est un témoin *incorruptible* qui ne ment jamais quand on sait bien l'interroger.

e. — La gorge est un siége plus fréquent qu'on ne croit des ulcères primitifs. J'ai rencontré des chancres sur les amygdales chez les malades qui m'ont fait l'aveu de leurs faiblesses.

f. — Mais on me dira : Le malade aurait bien su s'il avait réellement à la bouche un accident primitif ou du moins s'il s'y était exposé? Je réponds positivement qu'il n'est pas toujours possible de connaître réellement la source où on a puisé le virus, et surtout de quelle manière il a été pris. Je donne en ce moment des soins à un monsieur qui porte un chancre sur la région lombaire, et qui en ignore complétement l'origine, si ce n'est d'avoir couché dans un lit d'auberge.

Reprenons une à une chacune de ces propositions, et voyons jusqu'à quel point elles peuvent satisfaire des esprits impartiaux et éclairés.

a et *b.* — Ces deux propositions sont solidaires ; elles s'expliquent l'une par l'autre, et peuvent être réfutées ensemble. M. Ricord n'aurait-il jamais réussi à inoculer un accident secondaire, que cela ne prouverait pas grand'chose contre les faits des expérimentateurs qui ont réussi ; ce serait tout simplement une anomalie dont il resterait à trouver l'explication. Or, cette explication se présente d'elle-même, ou plutôt il s'en présente deux à la fois.

La première, c'est que M. Ricord n'admet d'autre caractère distinctif entre un accident primitif et un accident secondaire que l'inoculation, et que telle ulcération qui lui aura offert d'abord tous les signes d'un accident consécutif est immédiatement classée par lui dans les accidents secondaires si l'inoculation réussit. En un mot, il pose d'abord en principe que les accidents primitifs seuls s'inoculent et que les accidents secondaires ne s'inoculent jamais, et il se sert ensuite de l'inoculation pour les distinguer les uns des autres ; c'est-à-dire, en définitive, qu'il tourne dans un cercle vicieux, comme j'ai eu l'honneur de le lui apprendre le premier, et comme on le lui a justement répété depuis.

Les oublis auxquels M. Ricord est sujet peuvent encore expliquer un certain nombre de ses insuccès en fait d'inoculations secondaires. On a vu que, dans l'exhibition du docteur L..., on avait oublié de mentionner l'origine du pus qui avait servi à la troisième inoculation ; on se rappelle également que, lors de la publication de ses expériences sur l'inoculation, M. Ricord avait oublié le cas de mort que je lui ai rappelé dans un de mes derniers articles, et qu'il croyait fermement n'avoir jamais observé d'accidents sérieux à la suite de ses inoculations. Qu'y aurait-il d'étonnant qu'après avoir oublié des faits de cette importance, on eût oublié quelques légères inoculations positives d'accidents secondaires ?

c. — A propos du caractère de l'ulcération buccale chez l'ami du docteur L..., M. Ricord émet une opinion qui est généralement vraie, quoiqu'elle offre quelques exceptions, mais qui justement est confirmée par les détails qu'a fournis le docteur L... lui-même en présence de témoins nombreux et éclairés. M. Ricord dit qu'à cette époque (un mois ou six semaines après l'accident primitif, etc.) les accidents buccaux sont des érythèmes, des papules et des plaques muqueuses. Or chez l'ami du docteur L... il y avait précisément une syphilide exanthématique, des *plaques muqueuses* sur les deux amygdales, et une *érosion* sur la base de la langue. Ajoutez à ces caractères et à cet ensemble de symptômes, dépendant évidemment d'une même cause générale, que le docteur L... (qui, suivant M. Ricord, est un très savant médecin), ainsi que son ami, a considéré tous ces symptômes comme des accidents secondaires, et vous vous étonnerez comme moi qu'on ose opposer à de tels témoignages une fin de non-recevoir.

d. — Je me trompe, voici un témoin *incorruptible* qui vaut bien mieux que tous les autres ; c'est le ganglion sous-maxillaire, *qui ne ment jamais quand on sait bien l'interroger.* Quoique l'autorité de ce témoin improvisé soit de date assez récente, qu'elle ne se présente pas avec des garanties bien imposantes, et qu'enfin elle ne jouisse pas encore dans la science de tout le crédit que veut bien lui accorder M. Ricord, on peut l'accepter dans le cas présent sans que la doctrine de l'inoculation en retire de grands avantages. En effet, *en interrogeant bien* ce témoin *incorruptible*, il répond immédiatement : « Messieurs les inoculateurs, l'ulcération censée primitive dont vous voulez que je sois le signe est née le 2 juillet ; moi je suis né le 11 juin ; puisqu'il n'y a qu'un seul mystère de la trinité, je ne puis donc procéder d'elle. Il y a d'ailleurs sur la partie postérieure du cou plusieurs de mes frères, témoins non moins incorruptibles que moi, qui vous attesteront la vérité de ce que j'avance, et qui vous diront, en outre, que M. Ricord les considère, ou du moins les considérait autrefois, comme le signe le plus constant, le plus régulier, etc., de la vérole constitutionnelle, qui est bien réellement notre mère à tous, érythèmes, papules, pustules, érosions, voire même ulcérations. »

Voilà sans doute ce que répondrait le ganglion bien interrogé, et je m'en tiens à sa réponse.

e et *f.* — Mais voici un autre témoignage que M. Ricord fort heureusement ne donne pas comme incorruptible, c'est celui de M. Ricord lui-même. Les amygdales, dit ce témoignage, sont plus fréquemment qu'on ne le croit le siége d'ulcères primitifs ; j'en ai rencontré chez des malades qui m'ont fait l'aveu de leurs faiblesses. Mon expérience, sans doute moins vaste que celle de M. Ricord, ne m'a pas conduit aux mêmes résultats, et jusqu'à ce jour je n'ai jamais observé de chancres primitifs sur les amygdales. Mais je dois ajouter que je ne conçois guère comment il pourrait s'y en développer, du moins d'après la doctrine de M. Ricord, qui exige un contact direct entre le pus virulent et la surface malade. A quelque limite que l'on pousse l'hypothèse des

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CINQUIÈME ARRONDISSEMENT.

RAPPORT SUR UN TRAVAIL AYANT POUR TITRE :

Organisation du service médical des pauvres,

Par les Drs MARTIN MAGRON et J. SEGUIN ;

Lu dans les séances des 28 octobre et 11 novembre 1851,

Par le Dr THIBAULT,

Secrétaire général, ancien interne-lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société philanthropique, etc.

Messieurs,

Une Société médicale qui compte dans son sein des administrateurs voués depuis plusieurs années au soulagement de la misère, qui possède en outre un inspecteur de l'assistance publique nommé à ces hautes fonctions à cause de ses recherches si consciencieuses sur le paupérisme (1) et des améliorations importantes qu'il a su réaliser dans le bureau dont il a longtemps rédigé les travaux, une Société, disons-nous, composée de tels éléments ne peut rester indifférente à aucune des questions qui se rattachent à la bienfaisance publique. Telle est notre Société ; elle a toujours tenu à honneur de s'occuper en première ligne des problèmes dont la solution importe le plus au bonheur du pauvre. Pour le prouver, il suffirait de citer cette discussion récente à la suite de laquelle vous avez, à l'unanimité, refusé votre adhésion à une combinaison dite la *Providence Médicale*, dont le caractère ne vous a pas semblé purement philanthropique.

(1) *Du paupérisme et des secours publics dans la ville de Paris*, par M. Vée, maire du 5e arrondissement. In *Journal des Economistes*, fév. 1845, 2e édit., 1849.

Personne ne sera, dès lors, surpris de voir l'importance que vous avez attachée dès le principe à une brochure ayant pour titre : *Organisation du service médical des pauvres*, par les docteurs Martin Magron et J. Seguin (1). C'est ce travail, pour lequel vous nous avez demandé un rapport circonstancié, que nous allons essayer d'examiner avec vous. Peut-être aurez-vous à regretter tout à l'heure de n'avoir point choisi un collègue dont les connaissances spéciales eussent répandu tant de lumières sur une question déjà si éminemment difficile ; mais du moins notre travail aura, nous l'espérons, à défaut d'autre mérite, celui de pouvoir servir de base à une discussion sérieuse dans laquelle, laissant de côté la forme du rapport, vous saurez unir la logique du raisonnement et la sévérité de la critique à l'intelligence approfondie des misères du pauvre et des améliorations réalisables dans une époque plus ou moins rapprochée.

Le rapport de MM. Martin Magron et J. Séguin fut rédigé à l'occasion du projet de l'administration de l'assistance publique (2) sur l'organisation du service de santé. Ce travail, qui se fait surtout remarquer par un grand esprit d'humanité, se compose de trois parties principales. Dans la première, sous ce titre : *Etat de l'assistance publique*, les auteurs font ce qu'ils appellent le bilan médical de la population parisienne, et ils arrivent à cette triste conclusion, que plus de six dixièmes des malades de Paris sont traités officiellement à titre gratuit. La seconde partie est consacrée à l'examen du projet de l'administration, et la troisième à l'exposé du plan des auteurs et des modifications qu'ils proposent pour ce service important. Après avoir étudié comparativement les avantages et les inconvénients des hôpitaux et des bureaux de charité, ils donnent la préférence à ceux-ci pour les cas où ce traitement est applicable. En n'admettant dans un hôpital que ceux des malades pour lesquels ce dernier est une nécessité, ils espèrent arriver à diminuer d'un quart le nombre des malades soignés dans les hôpitaux et à faire par conséquent une économie de près d'un million. C'est maintenant sur cette somme que serait prélevé le traitement des médecins du bureau, traitement fixé par eux à 2,000 fr. par an. Ainsi donc diminution du nombre des malades admis dans les hôpitaux et organisation du service médical des bureaux, tel est le but du travail de MM. Martin Magron et Séguin ; tel doit être aussi l'ordre des idées que nous aurons à parcourir.

(2) *Organisation du service médical des pauvres traités à domicile et dans les hôpitaux.* Rapport lu à la Société médicale du 12e arrondissement par les docteurs Martin Magron et Jules Seguin, rapporteur, et approuvé par elle dans sa séance du 12 juillet 1851.

(2) *Projet d'organisation du service de santé pour les indigents traités à domicile*, Rapport de M. Vée, inspecteur, 29 mars 1851. — Mémoire au conseil de surveillance, M. Davenne, directeur, 1er mai 1851.

PREMIÈRE PARTIE. — DE LA DIMINUTION DES MALADES ADMIS DANS LES HÔPITAUX.

1° *Inconvénients du Bureau central. — Sa suppression. — Comment le remplacer. — 2° Développement du traitement externe.*

Nous ne chercherons pas à vous rappeler les inconvénients que présentent les hôpitaux au point de vue moral comme au point de vue économique ; vous connaissez d'ailleurs les arguments nombreux invoqués en faveur des secours à domicile par tous les philanthropes (1), et récemment avec une nouvelle force par M. Vée,

(1) « Vieux, infirmes ou malades, remettez-les aux soins de leurs parents : c'est une idée bien touchante et bien vraie que de confier aux enfants l'administration des secours destinés à leurs pères, aux mères le soin de soulager leurs enfants, aux époux celui des époux ; il est impossible de trouver ailleurs cette inépuisable tendresse, cette infatigable sollicitude ; tout se fait mieux et plus à propos que dans ces maisons où les malades, les vieillards ou les infirmes sont entassés, livrés à des mains inconnues et trop souvent avides ; les secours distribués dans les familles resserrent les affections domestiques, les hôpitaux les détruisent. » (DUQUESNOY, Rapport fait en l'an X au conseil général des hospices.)

« L'expérience tend chaque jour à démontrer que le système des hospices

faiblesses dont parle M. Ricord, il me paraît difficile qu'il puisse y avoir un contact assez prolongé entre le pus et les amygdales pour que la contagion puisse s'opérer, encore bien moins l'*inoculation* qu'exige M. Ricord. Cela se conçoit pour la langue et pour les lèvres; mais je ne le conçois pas pour les amygdales, ni pour aucune des parties de la gorge qui ne peuvent se trouver en contact avec le virus que pendant le rapide intervalle de la déglutition, et qui sont en outre constamment lubréfiées par une sécrétion plus ou moins abondante. Au reste, le contact ne pourrait guère se comprendre que chez les femmes, et je dois répéter que je n'ai jamais observé d'ulcérations primitives sur les amygdales d'aucune fille publique, où les suppositions admises par M. Ricord doivent évidemment se réaliser le plus souvent.

Quant à la petite anecdote du monsieur au chancre lombaire, elle peut bien avoir son prix pour égayer un auditoire désœuvré; mais il ne saurait être de mise dans une discussion sérieuse. Peut-être même y aurait-il eu quelque convenance à s'abstenir de cette plaisanterie quand il s'agissait de la bonne foi et de la moralité d'un honorable confrère dont on considère l'ami comme un savant distingué et d'un dévouement au-dessus de tout éloge.

Maintenant que j'en ai fini avec l'histoire de l'ami du docteur L..., je dois dire, en terminant, que, si j'ai tenu à lui rendre sa véritable signification, ce n'est pas que j'attache à l'interprétation de ce fait le sort de la doctrine que j'ai toujours soutenue touchant la transmissibilité des accidents secondaires; cette doctrine pouvait même se passer des faits d'inoculation observés par M. Vidal, Vallace, Waller, et plus récemment encore, par MM. Cazeaux, à l'hôpital Saint-Louis, Bouley et Richet, à l'hôpital de Lourcine. Cette doctrine, admise depuis longtemps, et à laquelle je n'aurai fait que rendre son autorité, est prouvée surabondamment par l'observation directe, qui est préférable à toutes les expérimentations. Les faits qui lui servent de base sont constatés avec assez de précision pour ne pas laisser le moindre doute dans tout esprit dégagé de préventions. De ces faits, beaucoup se produisent devant les tribunaux et y sont constatés avec toute la rigueur désirable. C'est ce que nous avons vu cette année encore.

En 1847, madame Fleurier accoucha d'une petite fille qu'elle mit en nourrice chez une femme Follet, demeurant dans l'arrondissement de la Ferté-sous-Jouarre. Au bout de quelques mois l'enfant fut atteinte d'une maladie éruptive qui inquiéta la nourrice; elle consulta un premier médecin, qui déclara qu'il s'agissait d'une inflammation, et que des soins et de la propreté viendraient facilement à bout de cette indisposition.

Cependant la maladie ne cédait pas à ces précautions d'hygiène, on alla trouver un autre médecin, qui décida que l'enfant était atteinte d'un mauvais mal. Bientôt la femme Follet elle-même éprouva des douleurs au sein, des ulcérations s'y montrèrent, qui furent suivies d'une inflammation à la gorge. Elle alla consulter les médecins de l'hospice de Meaux, qui constatèrent chez elle une ulcération à la gorge; suivant eux, cette ulcération avait pour cause une affection syphilitique. Ils examinèrent la petite fille des époux Fleurier, et ils constatèrent qu'elle avait eu et qu'elle portait encore les traces d'une affection vénérienne; en même temps ils visitèrent les sieurs et dame Follet, et constatèrent que ni l'un ni l'autre ne portaient de traces anciennes ou récentes de cette maladie.

Cette constatation ayant été faite avec toute la rigueur désirable, la nourrice intenta une action aux parents de son nourrisson, et en obtint 2,000 fr. de dommages-intérêts. On fit appel de ce jugement, et l'affaire fut portée devant la Cour d'appel de Paris. Là un débat contradictoire eut encore lieu, et malgré un certificat contraire de M. Ricord, l'observation des médecins de Meaux fut reconnue rigoureusement exacte et le premier jugement confirmé. Cette histoire est celle de la plupart des nourrices qui intentent des procès aux parents de leurs nourrissons.

Ce n'est pas seulement en effet dans ces conséquences thérapeutiques que la doctrine de l'inoculation est funeste, c'est encore dans ses applications à la médecine légale et à l'hygiène publique. Aussi cette doctrine, qui séduit par sa simplicité les esprits jeunes, inexpérimentés et peu laborieux, réserve-t-elle de cruels mécomptes au médecin assez malheureux pour avoir attendu d'être ramené par les faits de sa propre pratique à des opinions plus conformes à la vérité.

H. de Castelnau.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Nélaton.

Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine.

Recueillie par MM. Bauchet et Gaillet, internes du service.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Les indications que l'on trouve dans les auteurs ou les recueils scientifiques sur ce sujet sont à peu près nulles, je puis le dire; cependant, quelques médecins ont voulu voir une désignation de cette affection dans le fait suivant, cité par J.-P. Franck: A l'ouverture du cadavre d'une jeune fille il trouva un peu de sang épanché dans la cavité utérine et dans la trompe; il y en avait, en outre, une petite quantité qui se trouvait répandue à la surface de l'ovaire. Il faut avouer que, pour trouver dans ce simple énoncé l'indication d'une hématocèle rétro-utérine, il faut être imbu d'une grande dose de bonne volonté. C'est véritablement un abus des recherches scientifiques.

D'autres ont pensé en avoir trouvé une indication non moins trompeuse dans la clinique de M. Andral (*Journal de Hufeland*); c'est à propos de l'autopsie d'une jeune fille. Un ovaire était détruit d'un côté; l'autre était gangrené, et dans le cul-de-sac du péritoine on trouva deux onces de sang. Du reste, on ne parle ni des symptômes, ni de la marche de l'affection; on ne fait que citer un fait brut d'autopsie. Aussi, selon nous, ne peut-on attribuer à l'auteur que nous venons de nommer la connaissance des tumeurs sanguines rétro-utérines.

La première mention positive relativement à ces tumeurs se trouve dans le *Dictionnaire en* 30 *volumes*, tome V, dans un article sur les tumeurs du bassin, signé par notre collègue M. Laugier. On parle, en effet, d'une tumeur liquide placée derrière l'utérus, occupant la cavité du petit bassin. On fit une ponction qui donna issue à une certaine quantité de sang, et la malade guérit parfaitement. Il s'agit bien certainement, dans ce cas, d'une tumeur sanguine située derrière l'utérus; mais cependant il n'est pas question du siége précis de l'affection.

En 1841, M. Bourdon, dans un mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin (*Revue Médic.*), rendant compte de la pratique de M. Récamier, parle d'une tumeur fluctuante, volumineuse, occupant la paroi postérieure du vagin; on y fit une ponction qui ne donna issue qu'à du sang. La malade guérit très bien. M. Récamier cite encore un autre fait semblable au précédent. Dans ces deux cas, le chirurgien croyait à un abcès, et fut fort étonné de voir sortir du sang par l'ouverture pratiquée.

La maladie ne fut donc nullement reconnue, à cette époque, malgré la publication d'un certain nombre de faits, sur la nature desquels il ne peut rester aucun doute, même aux esprits les plus scrupuleux. Ces faits ne sont même pas cités dans les plus récents traités de chirurgie, où l'on ne trouve aucune description qui puisse se rapporter à ce sujet. Nous devons cependant en excepter M. le professeur Velpeau, qui, au tome IV de sa *Médecine opératoire*, parle d'une femme qu'il a guérie d'une vaste tumeur sanguine du bassin par une incision pratiquée dans le vagin.

Messieurs, je suis obligé de vous demander la permission de me citer; car à cette époque j'interviens un peu dans la question. En effet, en 1849, il se présenta dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, une jeune femme qui avait éprouvé la même série de symptômes que notre malade. Elle était pâle, anémique, comme cela est fréquent dans les affections organiques; la tumeur contenue dans le petit bassin était volumineuse, fixe, la fluctuation n'y était pas très nette. Bref, le diagnostic était douteux pour moi; cependant j'avais une grande tendance à croire qu'il s'agissait là d'une tumeur encéphaloïde. Aussi, considérant cette malade comme perdue, je ne voulus rien tenter pour sa guérison, et peu de temps après elle sortit de mon service. Dans la même semaine une autre malade se présente dans mes salles, offrant la même série de symptômes que la précédente; mais cette fois mon attention était éveillée sur ce sujet; j'avais réfléchi au fait précédent, la malade était d'ailleurs plus jeune, la tumeur plus molle et plus fluctuante. Je me décidai à pratiquer une ponction. J'avais, du reste, de bonnes raisons pour me déterminer à suivre cette conduite. Si en effet nous avions affaire à une encéphaloïde, la ponction était indifférente; si au contraire il s'agissait d'un kyste, d'un abcès, elle pouvait être utile. La ponction donna issue à un verre de sang liquide, noirâtre. La malade fut notablement soulagée; les symptômes généraux s'amendèrent rapidement; les forces revinrent peu à peu; enfin la malade fut guérie complétement au bout de quelque temps.

Bientôt un certain nombre de faits analogues s'offrirent à mon observation. Un matin, pendant que je faisais ma visite à l'hôpital Saint-Antoine, je fus appelé par M. Juteau, alors interne dans le service de M. Beau, pour voir une malade qui portait dans le petit bassin une vaste tumeur fluctuante que M. Beau pensait être un abcès, et à laquelle M. Juteau était chargé de faire une ponction. La ponction fut faite; mais, au lieu de donner issue à un liquide purulent, il s'écoula un litre environ d'un sang noir, visqueux, filant, analogue à de la mélasse. M. Juteau fut très effrayé, et craignit d'avoir ouvert un des gros troncs veineux du bassin. C'est sous cette impression que je fus appelé. Mais, instruit par le fait dont je vous ai parlé, je pus rassurer les assistants. Le jour même, en effet, la malade éprouva un soulagement notable, et au bout de quelque temps elle fut complétement guérie.

Un second fait, entièrement semblable, se présenta de nouveau à M. Juteau, quatre mois après, dans le service de M. Beau; le même traitement fut appliqué avec le même succès.

Au commencement de l'année 1850, je vis un nouveau cas de ce genre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne, et ce fait est instructif à plus d'un titre. En effet, la tumeur offrait une consistance assez solide, qui avait induit M. Malgaigne en erreur. Il pensa qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse contenue dans la paroi postérieure de l'utérus; on était du reste préoccupé à cette époque de la nouvelle opération que venait de tenter M. Maisonneuve pour l'extraction des corps fibreux contenus dans l'épaisseur des parois utérines, et M. Malgaigne se décida à pratiquer cette opération sur sa malade. Une incision fut faite à chacune des commissures du museau de tanche, afin de pénétrer dans le col de l'utérus plus facilement; puis le doigt, introduit dans la cavité du col, fit reconnaître que la tumeur siégeait immédiatement en arrière. On incise donc directement la paroi postérieure du col, et aussitôt il sort une quantité considérable de sang noir, visqueux, filant. Dès lors le diagnostic était évident; il pouvait seulement rester quelques doutes relativement à l'état de simplicité de cette affection. La tumeur ouverte, M. Malgaigne la vida complétement et put retirer avec une cuiller ordinaire deux livres environ de caillots sanguins, dont quelques-uns assez durs siégeaient à la périphérie et paraissaient surtout formés de fibrine condensée. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade se sentit bien soulagée, et tout faisait espérer une guérison, lors-

---

dans son travail sur le paupérisme; depuis longtemps enfin vous avez admis en principe que dans un certain nombre de cas les malades trouveraient un grand avantage à être soignés dans leur famille, en même temps que l'administration réaliserait d'importantes économies. Nous ne devons pas, en conséquence, nous arrêter plus longtemps sur ce point, nous bornant à conclure qu'il est utile de développer le traitement à domicile sur une plus grande échelle, et, dans ce but, empêcher que les hôpitaux n'ouvrent aussi largement leurs portes. Or l'on ne pourra y parvenir qu'en modifiant le mode d'admission dans ces établissements.

Pour ce premier point, nous réclamerons toute votre attention, car c'est un des problèmes les plus difficiles que présente l'administration des hôpitaux.

Dans l'état actuel, les malades sont admis par:

1° Les internes de garde en cas d'urgence;

2° Les chefs de service à la consultation qui suit leur visite; à part quelques abus de peu d'importance, ces deux modes sont trop utiles pour être modifiés;

3° Les médecins du Bureau central qui viennent chaque jour au siége de l'administration procéder à l'examen des malades qui sollicitent leur admission: ici, messieurs, la question acquiert une importance qui exige de nombreux détails.

Dès l'année de sa création (1801), le conseil général des hospices, frappé des nombreux désordres qui existaient dans les hôpitaux, pensa « qu'un des meilleurs moyens de faire cesser les abus était certainement de n'y admettre que les malades qui avaient un besoin réel des secours qu'on y trouve; qu'il fallait en exclure impitoyablement les faux maladas, distinguer entre les infirmités celles qui avaient ou pouvaient avoir quelque gravité de celles que pouvaient guérir de légers remèdes et des soins faciles, assurer à toutes ce qui était nécessaire, mais rien que ce qui était nécessaire, et faire tourner ainsi au profit de tous les vrais malades, de tous les pauvres en général des secours que l'inconsidération ou la faiblesse laissaient envahir par la supercherie et l'oisiveté (1). »

C'est dans ce but qu'il créa le 4 décembre 1801 le Bureau central, qui commença à fonctionner le 22 mars 1802. Dans les dix-huit premiers mois de son existence, le Bureau central refusa 3,000 personnes qui n'étaient pas malades, 1,795 autres furent renvoyées aux bureaux de bienfaisance; le plus grand nombre enfin, tous ceux dont la maladie fut bien constatée, fut admis dans les divers établissements dépendant de l'administration.

Le Bureau central parvint ainsi à réformer un grand nombre d'abus, ce qui permit de placer dans les hôpitaux toute personne dont la maladie exigeait ce mode de secours. Mais depuis cette époque, ces abus ayant cessé, on en constate d'autres inhérents à cette institution; ces derniers ont paru assez graves pour que l'on aie cru devoir agiter la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de supprimer ce rouage administratif. Nos confrères du 12e arrondissement demandent cette suppression en 1851, comme M. Vée la demandait en 1845. Voici comment s'exprimait à cette époque l'honorable maire du 5e arrondissement:

« De ces inconvénients, le premier de tous consiste dans les souffrances endurées par les malades pendant la longue attente et les interminables trajets par lesquels ils doivent passer, dans toutes les saisons de l'année, avant d'atteindre le lit qui doit les recevoir; le second est dans la défense obligée pour ceux de ces malades qui, ne pouvant se rendre à pied au Bureau central, et il est à supposer que c'est le plus grand nombre, sont obligés de payer chèrement des porteurs de brancard ou de prendre une voiture à l'heure pour aller de chez eux au Parvis-Notre-Dame attendre la décision des médecins et se rendre de là à l'hôpital indiqué. On ne peut évaluer cette dépense, en moyenne, à moins de 3 francs par malade. Pour quelques-uns, elle est plus considérable, surtout lorsque dans les temps d'encombrement des hôpitaux il faut se présenter plusieurs fois avant d'obtenir un lit. Beaucoup même, n'ayant pas le moyen de faire cette dépense, laissent le mal s'aggraver chez eux jusqu'à ce que quelque protecteur ou des voisins bienveillants fassent [illegible]vance des frais de transport. Or, si on suppose que, sur les 35,[illegible] malades qui se présentent annuellement au Bureau central, la moitié seulement a été dans la nécessité de s'y faire transporter, ce sera une somme de 52,500 fr. qui aura été payée pour cet objet par la classe indigente (1). »

relâche, s'il ne les détruit pas, les liens de la famille; il déshabitue les enfants du devoir naturel de nourrir et de soigner leurs parents vieux ou infirmes; ces derniers eux-mêmes, dans la pensée d'enlever une charge à leurs enfants, finissent par considérer l'hospice comme un asile où il est naturel d'aller terminer ses jours; et souvent, même avant l'âge, l'individu apte encore au travail simule ou exagère des infirmités pour obtenir son admission. » (Rémusat, ministre de l'intérieur, 1840, Circulaire aux préfets.)

« Quand je vois un malheureux vieillard quitter sa vieille compagne et toutes ses habitudes pour aller à un hospice, tandis qu'elle va dans un autre, je me dis: Si nous donnions seulement 240 fr. à ce pauvre ménage, il serait moins malheureux, et il y aurait pour nous économie de 5 à 600 fr. par an, et nous respecterions le lien conjugal.

» On a remarqué généralement que les vieillards qui reçoivent 10 ou 12 fr. par mois refusent de s'enfermer à l'hospice, et si l'administration disait aux 5,000 vieilles qui s'ennuient à la Salpêtrière: « Que celles qui préfèrent 150 fr. chez elles donnent leurs noms, » plus de la moitié de ces malheureuses se feraient inscrire.

» Il faut des hôpitaux et des hospices, il en faut pour tout le territoire, mais il ne faut y admettre que les indigents non susceptibles d'être secourus à domicile. » (Marbeau, *Du paupérisme en France.*)

« Le séjour dans l'hôpital tend, suivant nous, à démoraliser une partie de la société. Tout en établissant des hôpitaux dans des conditions convenables, parce qu'ils sont nécessaires, il faut être sous l'influence de cette pensée, que le but de la bienfaisance est plutôt d'empêcher les malheureux d'entrer à l'hôpital que de leur faire élire domicile, ainsi qu'à leur famille, quand ils sont malades, dans des établissements hospitaliers. » (Dr Thierry, Rapport au conseil municipal.)

(1) Rapport fait au conseil général des hospices par un de ses membres (1804-1814). Paris, 1816, p. 221.

(1) Vée, *Du paupérisme*, etc., 1819, p. 18.

(*La suite à un prochain numéro.*)

qu'elle fut prise d'une hémorrhagie abondante par l'une des artères du col divisée pendant l'opération; cet accident se renouvela à plusieurs reprises, et la malade mourut le quinzième jour après l'opération. L'autopsie, à laquelle j'assistai, fut faite avec un soin tout particulier; je vous en parlerai plus tard en vous exposant les lésions anatomiques qui caractérisent cette affection.

Deux ou trois mois après le fait dont je viens de vous parler, à la fin d'avril 1850, j'eus l'occasion d'observer dans mon service une nouvelle tumeur rétro-utérine; il s'agissait d'une femme de trente-six ans, d'une bonne constitution, qui, après avoir présenté les mêmes accidents aigus que notre malade, vit se développer une tumeur volumineuse qui remplissait tout le petit bassin, faisait saillie dans la région hypogastrique et atteignait en haut presque jusqu'à l'ombilic. La portion de la tumeur saillante à l'hypogastre se portait notablement à droite et remplissait toute la fosse iliaque du même côté.

Sur sa face antérieure, au-dessus des pubis, on distinguait une saillie facilement reconnaissable formée par l'utérus soulevé et porté en avant. Le conduit vaginal était effacé dans sa partie supérieure, et l'on reconnaissait, à un pouce et demi de son orifice vulvaire, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule; cette tumeur était molle, fluctuante, et la fluctuation se transmettait parfaitement soit de la main, appuyant sur la tumeur abdominale, aux doigts placés dans le vagin, soit dans la direction inverse. Il est inutile de dire que le rectum était refoulé et comprimé dans la concavité du sacrum. Je résolus de vider cette tumeur, qui par son volume gênait considérablement les fonctions des organes contenus dans le petit bassin. Je fis d'abord avec un long trocart une ponction sur la saillie vaginale de la tumeur; il s'écoula un verre environ d'un sang liquide, noir, visqueux; puis, pour rendre l'écoulement plus facile, j'agrandis l'ouverture faite par le trocart avec un lithotome simple; l'incision avait 3 centimètres environ de longueur. Il s'écoula une livre et demie de sang. Mais la tumeur ne s'était pas affaissée en totalité; la portion abdominale ne s'était pas vidée.

Dans les premiers jours la malade est soulagée; puis, au bout de quelques jours, l'écoulement qui se faisait par le vagin devient fétide, on voit sortir des caillots sanguins ramollis en état de putréfaction. En même temps elle est prise de quelques frissons; elle a de la fièvre, des douleurs abdominales très vives, des nausées, des vomissements, puis une diarrhée assez abondante s'établit. Ces accidents durent ainsi plusieurs jours. Enfin, douze jours environ après l'opération, la malade rend par les selles une quantité considérable d'un sang liquide, noir, visqueux, semblable à celui que nous avions vu sortir par l'incision pratiquée dans le vagin; et pendant ce temps, la tumeur abdominale dont il a été question s'affaisse notablement. Les selles présentèrent ce même caractère plusieurs fois de suite, puis toute trace d'évacuation sanguine disparut.

Les symptômes généraux, qui nous avaient fait craindre pour la vie de notre malade, s'amendèrent alors rapidement, et la guérison ne fut plus douteuse pour nous. Elle sortit en effet complétement guérie après un mois et demi de séjour dans nos salles.

Depuis cette époque, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs tumeurs semblables; d'autres chirurgiens en ont vu aussi et en ont communiqué la relation aux sociétés savantes; j'ai fait le relevé de toutes ces observations, je vais vous en donner l'exposé succinct.

1° MM. Marotte et Denonvilliers ont vu deux cas ensemble : dans le premier, la tumeur fut incisée; la malade guérit; dans le deuxième, il se fit spontanément une double ouverture par le rectum et le vagin; la malade mourut.

2° M. Dufraigne un cas traité par l'expectation; guérison.

3° M. Latis un cas; ouverture spontanée dans le rectum; guérison.

4° M. Huguier un cas fort curieux; sa malade, traitée par l'expectation, guérit parfaitement une première fois; puis, quelque temps après, elle présente une récidive, qui guérit de même par l'expectation. C'est le seul cas de récidive qui soit connu jusqu'à présent.

5° M. Monod un cas; il fit deux ponctions successives; la deuxième fut suivie d'une péritonite qui emporta la malade.

6° Quant à moi, outre les faits que je vous ai cités, j'en ai vu deux autres : l'un avec M. Duval; il fut traité par l'expectation et guérit; l'autre avec M. P. Dubois; nous fimes la ponction et la malade guérit également bien; plus deux cas, enfin, que j'ai observés dans mon service en 1851; dans le premier, l'incision fut suivie de guérison; dans le second, l'expectation n'eut pas un moins bon résultat. Il y a encore deux faits appartenant à MM. Bermutz et Piogey, que je ne vous cite pas, parce qu'ils ont laissé un peu de doute dans mon esprit relativement à la nature de la maladie.

(La suite à un prochain numéro.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Devergie.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* le numéro du 6 décembre.)

Après avoir cherché à démontrer que, sous le rapport de la forme morbide, comme sous celui des causes, les maladies cutanées sont identiques aux maladies des autres organes, complétons le tableau en passant en revue leur mode d'invasion, leur marche, leur durée et leur terminaison.

Les affections cutanées peuvent être précédées de prodromes pyrétiques, ou débuter sans fièvre; et en parlant de pyrexie, nous ne faisons pas seulement allusion aux exanthèmes cutanés : *variole, varicelle, roséole*, mais nous sous-entendons les affections même que l'on comprend sous le nom de dartres. Ainsi, l'*impétigo*, propre à l'enfance et à l'adolescence, est presque toujours précédé de fièvre; l'*ecthyma*, le *zona*, le *pemphigus*, l'*herpès phlycténoïde*, le *pityriasis rubra aigu*, le *psoriasis rubra*, l'*eczema rubrum*, et d'autres affections que nous pourrions citer, sont dans le même cas. Par contre, bon nombre d'affections de la peau débutent sous la forme chronique, et par conséquent, sous ce rapport, analogie parfaite.

Une fois développées, elles suivent leur marche ascendante jusqu'à ce qu'elles aient atteint leur *maximum* de développement, pour entrer dans la période stationnaire et enfin prendre une marche décroissante, à l'instar des autres affections, dans l'hypothèse où, nées avec peu d'acuité et placées dans des conditions hygiéniques convenables, on n'a rien fait pour en contrarier la marche, affectant d'ailleurs les diverses formes de terminaison, par résolution, suppuration, gangrène, etc.

Mais, pourrait-on objecter, c'est précisément dans l'état stationnaire, immobile, permanent des affections cutanées que réside leur cachet tout spécial. Cela est vrai, en tant qu'il s'agit des formes chroniques de ces maladies; mais n'est-ce pas aussi le cachet des maladies chroniques des autres organes? Et si, en regard des organes internes affectés de la même manière, on place la peau et qu'on l'envisage sous le rapport de ses fonctions et des conditions qu'elle remplit comme enveloppe, on verra que ces dernières circonstances rendent facilement compte de la ténacité des maladies cutanées. Et d'abord, comme enveloppe, la peau est sans cesse tendue, relâchée dans tous les sens par les mouvements généraux, ou par les contractions musculaires partielles. Ces distensions et ces relâchements successifs d'un tissu enflammé contribuent puissamment à l'entretien de l'inflammation. Il suffit, à l'appui de cette assertion, d'évoquer quelque souvenir. Qui ne sait que des malades menacés de phthisie laryngée n'ont dû leur guérison qu'en se plaçant durant des mois entiers dans l'isolement le plus complet, ne communiquant avec personne et ne faisant usage de la voix que pour exprimer leurs besoins les plus indispensables? L'immobilité dans les phlegmasies des membranes séreuses n'est elle pas la première condition de leur guérison? Toute contraction du plan charnu qui environne les membranes séreuses et muqueuses n'est-elle pas la source d'une douleur? Par conséquent, la peau, enflammée même d'une manière chronique, est influencée comme le sont les autres organes, et son inflammation est entretenue et perpétuée comme elle le serait partout ailleurs. Or, combien peu de personnes consentent à observer pour une affection cutanée le repos qu'elles garderaient dans tout autre cas!

Une seconde cause de la perpétration des dartres, c'est l'exposition à toutes les variations atmosphériques : transitions brusques du sec à l'humide, du chaud au froid; influence de l'électricité atmosphérique, des orages, comme dans les autres maladies. Parcourez un service de maladies de la peau, principalement au printemps et à l'automne, où les variations atmosphériques sont le plus nombreuses; aujourd'hui tous les malades vont se plaindre, les uns de démangeaisons incessantes, les autres de sécrétions plus abondantes; cela va durer quelques jours; puis, tout à coup, tous les malades vont accuser un mieux être, une amélioration notable qui ne saurait être attribuée au traitement, car il n'a pas été changé, mais qui est dû à une modification brusque dans l'état de l'atmosphère. C'est que, dans le premier cas, le temps a passé au froid et à l'humidité; dans le second, il est devenu tout à coup sec et chaud.

Si à ces causes vous ajoutez les influences de contact, il vous sera difficile de ne pas tenir compte du frottement continuel des vêtements durant les mouvements divers de déplacements que nous opérons.

Enfin, pour peu que l'affection amène de la démangeaison, les grattages incessants du malade contribueront de la manière la plus puissante à perpétuer la maladie. Ainsi, comme vous le voyez, la peau, par sa situation et ses fonctions d'enveloppe, est placée plus que tout autre tissu dans des conditions défavorables à la guérison de ses maladies.

Soulevons encore une autre objection, celle qui pourrait être déduite de la récidive si fréquente des maladies de la peau. A cet égard, il est vrai, rien de plus commun. Une personne est guérie d'une affection dartreuse, mais elle verra souvent cette affection récidiver. Ce sont ces récidives qui ont fait naître la pensée d'un virus dartreux. Mais en passant en revue, d'une part, les causes de ces maladies, qui le plus souvent ressortissent ou de l'hérédité, ou du tempérament et de la constitution, ou d'un état morbide chronique d'un organe intérieur; d'une autre part, en tenant compte de la négligence des malades, souvent même de l'incurie la plus complète, de leur tendance à reprendre et leurs travaux et leur vie habituelle d'excès de tout genre alors même qu'ils ne sont pas encore parfaitement guéris, et alors même que, guérie, la peau a besoin de soins hygiéniques prolongés pour perdre cette sensibilité, cette disposition à redevenir malade, on s'explique facilement ces récidives.

Il faut du temps pour ramener un tissu longtemps malade à l'état de tissu sain; il faut du temps pour modifier un tempérament, une constitution non-seulement à l'aide d'une médication appropriée, mais encore avec une hygiène bien entendue appliquée à tous les actes de la vie. Quand un organe interne est malade, il altère plus ou moins les fonctions principales de la vie; il reflète sa douleur sur un certain nombre d'organes plus ou moins importants; la santé générale n'est parfaite qu'à la condition que l'organe primitivement malade est lui-même revenu à la santé. Les désordres fonctionnels forcent alors le malade à se guérir et à assurer sa guérison. Lorsque, au contraire, la peau est malade, la sécrétion qu'elle produit est souvent une source de santé et de bien-être des organes intérieurs; l'affection cutanée fait l'office d'une exutoire que l'on appliquerait dans ce but. Ainsi, loin d'inviter au repos, à une alimentation saine et modérée, à des exercices restreints, la maladie de la peau coïncidant avec l'état meilleur de la santé générale dispose à l'usage de tout ce qui peut être préjudiciable à sa guérison. Voici comment se perpétuent au delà des limites ordinaires ces formes si variées des maladies de la peau.

La conséquence à tirer des idées générales que nous venons d'exposer et de cet ensemble de faits, c'est que les médications des affections cutanées doivent varier en raison de leur forme aiguë et chronique et de leurs causes. La médication antiphlogistique leur est tout aussi applicable qu'aux autres maladies quand elles sont aiguës; que traiter ces affections dans leur état aigu, comme on les traitera plus tard quand elles auront la forme chronique, c'est étendre et accroître la maladie au lieu d'arrêter ses progrès. Or, pour beaucoup de médecins et depuis longtemps, une maladie de la peau ou dartre est une affection qui réclame essentiellement les dépuratifs, les amers, les sudorifiques, etc., etc., quelles que soient d'ailleurs sa forme, son espèce et l'époque de son début. C'est contre ces tendances que nous nous élevons en cherchant à engager les médecins à appliquer aux maladies cutanées les doctrines qui les dirigent dans le traitement des autres maladies. Nous allons plus loin, et après avoir préconisé la méthode antiphlogistique pour l'état aigu de ces maladies, nous disons qu'il existe des médications spécialement applicables à chaque tempérament, et partant à chaque série de forme morbide qui se lie à ce tempérament. De là les médications amères, sulfureuses, alcalines, ferrugineuses, etc.; enfin qu'il est des agents spéciaux dont l'expérience a consacré l'usage pour certaines formes de maladies cutanées qui constituent des médications nouvelles; les arsenicaux, les antimoniaux, les préparations mercurielles. Ce sont ces médications dont nous allons aborder l'étude; et par médication nous n'entendons pas seulement le médicament, l'agent qui en forme la base, mais encore l'ensemble d'un même ordre d'agents principaux et accessoires concourant tous au même but. Enfin, il est des formes rebelles de maladies cutanées qui résistent à une seule et même médication, et qu'un ensemble de médicaments actifs parvient à guérir. Nous avons donné à cette nouvelle méthode de traitement le nom de *médication mixte*. Nous l'appliquons depuis longtemps, d'une part, aux accidents secondaires et surtout tertiaires de la syphilis; d'une autre part, à la scrofule, ou encore à ces affections anciennes dont la forme élémentaire et souvent la nature ne sauraient être spécifiées, et que l'on désigne plus communément sous le nom de *noli me tangere*.

DE LA PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Après un rapide historique dans lequel il démontre que la maladie dont il s'occupe, quoique très mal décrite, a néanmoins été mentionnée par plusieurs auteurs, M. Thouvenet trace lui-même ainsi qu'il suit l'histoire de cette affection :

Souvent, sans cause connue, quelquefois par le fait d'une exposition au froid longtemps prolongée, il survient dans certains muscles un affaiblissement plus ou moins considérable, qui, dans tous les cas, augmente progressivement, tantôt très vite, tantôt avec une certaine lenteur. Des douleurs vagues dans les articulations, des fourmillements, des engourdissements, des sensations variées, surviennent en même temps dans les parties malades, et quelquefois précèdent la paralysie. Celle-ci ne débute pas indifféremment par tous les muscles; elle a une prédilection marquée pour ceux du membre supérieur, et en particulier pour les petits muscles de la main. Mais ensuite elle se généralise, et, dans quelques cas, frappe successivement tous les muscles de la vie de relation.

Pendant les premiers temps, la faiblesse est souvent peu prononcée, et d'ailleurs limitée à quelques muscles, aussi les malades ne se font-ils pas une idée de la gravité de leur position. Ils s'aperçoivent bien qu'ils ont moins de force pour serrer un objet entre les doigts, par exemple, ou pour élever directement le bras, pour le tenir tendu, comme ils disent; mais ils ne s'en inquiètent pas encore; puis quelques mouvements sont difficiles; ils trouvent alors des combinaisons d'action musculaire qui suppléent au mouvement devenu par trop faible, et le produisent à peu près à l'aide des muscles qui conservent encore quelque force. A ce moment, ils commencent à remarquer que les parties faibles maigrissent et perdent sensiblement de leur volume. La main, presque toujours la première frappée, devient sèche; les espaces interosseux se creusent, la face palmaire se dégarnit, les éminences formées par les muscles du pouce et par ceux du petit doigt s'affaissent; les doigts sont souvent écartés les uns des autres, et ne peuvent être spontanément rapprochés; les mouvements isolés du premier et ceux du cinquième sont faibles; l'extension des phalanges est incomplète, les deux dernières sont demi-fléchies, ce qui donne à la main une forme crochue ou en griffe; les deltoïdes diminuent de volume, ainsi que les muscles de l'avant-bras et du bras, qui sont affaiblis.

En même temps, les faisceaux musculaires sont le siége d'oscillations, de contractions fibrillaires; on voit se former subitement des saillies longitudinales suivant la direction des fibres, accompagnées d'une petite secousse dont le malade a conscience. Il remarque aussi que le membre affecté devient d'une extrême sensibilité au froid, et que sa température s'abaisse très vite, en produisant une augmentation notable de la faiblesse, quelquefois une perte complète du peu de forces qu'il conservait.

Mais la paralysie poursuit sa marche, se complète dans les muscles atteints les premiers, et souvent apparaît dans d'autres qu'elle avait épargnés jusque-là; l'atrophie la suit, détruisant la fibre musculaire frappée. La forme des parties s'altère de plus en plus; les mains sont complétement décharnées, la peau s'enfonce dans les espaces interosseux; à

la face palmaire, elle est ridée, soulevée par les tendons des muscles fléchisseurs. La paume de la main est, comme sur le squelette, profondément excavée entre la saillie du carpe et celle de la tête des os du métacarpe; son bord cubital est coupé carrément, car la peau se réfléchit directement sur le cinquième métacarpien; entre le premier et le deuxième de ces os, on ne pince plus qu'un repli cutané, au lieu de masses charnues formées par l'adducteur et l'opposant. L'avant-bras est aplati, mollasse, sans reliefs musculaires, présentant parfois des déformations résultant de ce que certains muscles ont conservé leur volume et leur intégrité au milieu de ceux qui sont atrophiés; il en est de même au bras : les deltoides sont comme membraneux, et l'on sent au-dessous de la peau toutes les saillies de l'articulation scapulo-humérale.

Les muscles grands pectoraux s'amincissent, et la poitrine se creuse au-dessous des clavicules, et prend la forme de la cage osseuse du thorax. Souvent le grand dentelé est paralysé; alors les omoplates basculent; leur angle inférieur s'élève, pendant que leur bord spinal se porte en arrière, en s'écartant du dos en forme d'ailes. Les membres inférieurs une fois atteints, la marche devient pénible, mal assurée; les pieds traînent sur le sol, et le moindre obstacle fait trébucher et tomber le malade, car aucune contraction musculaire n'est plus assez forte pour empêcher le déplacement du centre de gravité; les muscles des gouttières vertébrales s'affaiblissent, et alors la tête tombe en avant, le menton vient s'appuyer sur la poitrine; le malade se plie en deux, et, pour se tenir debout, il faut qu'il s'appuie avec les mains. Tous les autres phénomènes que nous avons indiqués continuent; les fourmillements, l'engourdissement, les contractions fibrillaires, des soubresauts, des coutractures des membres apparaissent. La peau est doublée quelquefois par une couche adipeuse un peu plus épaisse; elle conserve son aspect normal, ses poils, son épiderme, sans se fendiller ni se flétrir.

Tous les malades ne présentent pas l'ensemble des lésions que je viens d'indiquer rapidement; chez un grand nombre, la paralysie atrophique est heureusement limitée à certains groupes de muscles, mais aussi elle peut exister à un degré de généralisation encore plus étendu : c'est ce que nous voyons dans notre observation IX. Alors la paralysie de tous les muscles devient à peu près complète; quelques mouvements sans force persistent seuls, dernière trace de la contractilité musculaire. Il survient de l'oppression, des étouffements; tous les actes qui exigent l'intervention des muscles respirateurs s'exécutent avec une difficulté croissante, l'expectoration, la sputation, l'action de tousser, de se moucher; s'il survenait une bronchite, assurément le malade mourrait asphyxié, parce qu'il ne pourrait se débarrasser des mucosités accumulées dans les bronches. Le voile du palais s'affaiblit et se paralyse; par suite la voix prend un timbre nasonné; le passage des aliments de la bouche dans le pharynx est trop rapide, et produit de la suffocation, peut-être aussi à cause d'une lésion de la glotte; la langue se paralyse aussi, et l'articulation des sons, d'abord embarrassée, moins nette, devient confuse au point que le malade ne fait plus entendre que des sons inintelligibles; les muscles de la face s'immobilisent, et la commissure des lèvres est tirée de côté.

Mais l'atrophie ne marche plus parallèlement avec la paralysie; il nous semble qu'elle s'arrête et ne fait plus de progrès, quand elle a fait disparaître une certaine quantité des fibres musculaires. Nous ne pensons pas que, si les parties conservent leur volume, à partir de ce moment, cela doive être attribué à une dégénérescence graisseuse, la graisse prenant ainsi la place du tissu musculaire. En effet, on constate aisément, dans les muscles superficiels, que la partie qui reste a conservé la structure fasciculée et la consistance naturelle au muscle, laquelle est bien différente de celle du tissu adipeux.

Les symptômes généraux manquent complétement. Les fonctions organiques s'exécutent bien, sauf la gêne de la respiration. Sans doute la faiblesse des muscles abdominaux explique la constipation et les efforts que nécessite la défécation; mais, du reste, les digestions sont faciles, les mouvements du cœur sont forts et réguliers.

Au milieu de ce désastre des organes de la vie de relation, les sens et les facultés intellectuelles conservent toute leur intégrité, donnant ainsi le spectacle bien triste d'une intelligence emprisonnée dans une masse presque inerte, et n'ayant plus que les yeux pour traduire ses manifestations.

Tel est le tableau général de la maladie que je me suis proposé d'étudier. Je n'ai fait jusqu'ici qu'indiquer ses phénomènes symptomatiques; je vais maintenant revenir sur chacun d'eux en particulier.

Sensibilité. — Le plus souvent, c'est par des altérations de la sensibilité que débute la paralysie musculaire atrophique. Les douleurs sont très faibles, ainsi que dans beaucoup des affections à marche chronique des centres nerveux, elles ont en général le caractère de fourmillements, de picotements dans les extrémités, d'engourdissement, ou bien ce sont des sensations variées de froid, de chaud, se propageant le long des nerfs. A la main, nous voyons le nerf cubital, et par conséquent les deux derniers doigts en être plus fréquemment le siége. Souvent aussi c'est dans les articulations que les malades éprouvent de la lassitude, des douleurs vagues. On retrouve ces sensations pendant toute la durée de la maladie.

Paralysie. — L'attention des malades est surtout fixée par l'affaiblissement qu'ils éprouvent; c'est là le fait dominant. En général, il est d'abord peu prononcé, et il est limité à un petit nombre de muscles, nous pourrions même dire à quelques faisceaux de ces muscles. Ceux qui reçoivent les filets d'un même nerf sont atteints simultanément ou ne tardent pas à l'être les uns après les autres, tandis que les muscles voisins, mais qui reçoivent leurs nerfs d'un autre cordon, quoique celui-ci vienne du même plexus, conservent toute leur force. A l'avant-bras nous voyons souvent cette distinction entre les nerfs cubital et radial. Nous en voyons une autre non moins remarquable entre des muscles animés par un même nerf, mais recevant des filets différents de ce cordon nerveux. L'affaiblissement est en général peu prononcé au début; il suit une marche progressive, et arrive à être une paralysie complète, mais seulement au bout d'un temps assez long, plusieurs mois ou même plusieurs années. D'autres fois, dès le premier jour, les mouvements sont abolis. (Observation IV.)

Atrophie. — Le trait le plus caractéristique de l'espèce de paralysie que nous étudions est la diminution considérable du volume des parties affectées, due à l'atrophie des muscles; elle devient apparente un certain temps seulement après le début de la paralysie, et la suit dans ses progrès. Aussi, tantôt au bout d'un an, il n'existe encore qu'un amaigrissement prononcé, tandis que d'autres fois, dans l'espace de quelques mois, un muscle, comme le biceps, peut être réduit à n'être pas plus gros que le doigt. (Observation IV.) L'atrophie va croissant comme la paralysie, disons-nous; mais, arrivée à un certain degré, elle s'arrête, et le muscle ne perd plus de son volume, quoiqu'il continue à perdre sa contractilité. Les muscles très petits disparaissaient néanmoins presque complétement. Ainsi les interosseux, les muscles du pouce, du petit doigt; mais nous voyons ceux plus volumineux qui sont paralysés, même depuis très longtemps (observation IX), ne pas diminuer après qu'ils ont atteint un certain degré d'atrophie.

L'atrophie suit la paralysie, et par conséquent, comme celle-ci, n'atteint que certains muscles ou certains groupes de muscles. De là résultent des déformations variées que nous avons décrites, quand elles existaient, chez les sujets de nos observations, et sur lesquelles il est inutile de revenir. Mais il en est une dont nous devons parler. Nous avons dit souvent que les mains étaient crochues ou en griffe; expliquons ce que nous entendons par là. La main des malades atteints de paralysie atrophique offre un aspect tout particulier : les deux dernières phalanges sont demi-fléchies, leur extension complète est impossible, et pourtant quelquefois les extenseurs n'ont pas perdu leur contractilité volontaire. On s'explique cette particularité par la paralysie et l'atrophie presque complète des muscles interosseux. Ainsi que dans ces derniers temps M. Duchenne l'a démontré de nouveau, ces muscles produisent l'extension de la dernière phalange, et sans eux elle ne peut s'opérer. De là vient la forme en crochet de la main, quand ils ont été détruits par l'atrophie.

Contractions fibrillaires. — Les contractions fibrillaires ont été observées par tous les malades du moment où leur attention a été appelée sur ce phénomène. Quoiqu'il ait échappé à beaucoup d'entre eux dans le principe, parce qu'il ne détermine tout au plus qu'une légère sensation, cependant il est permis de le considérer comme étant à peu près constant, même dans cette période de la maladie. Nous voyons dans l'observation de Romberg que ce fut le premier symptôme qui apparut.

Ces contractions appartiennent à beaucoup d'affections nerveuses; mais dans la paralysie atrophique, elles sont, je crois, plus multipliées et plus fortes que dans toute autre. Quelquefois elles sont rares; mais souvent aussi la surface de la cuisse, par exemple, que l'on examine semble dans un mouvement oscillatoire continuel. Elles produisent de petits soulèvements de la peau rapides, comme instantanés. On peut les comparer aux spasmes cloniques qui produisent les soubresauts des tendons et les secousses convulsives des membres; celles-ci se passent dans tout un muscle, et il en résulte un mouvement; les autres se passent dans un petit faisceau musculaire dont la contraction est incapable de rien faire mouvoir : voilà toute la différence. L'impression du froid, l'exercice, les émotions les déterminent en plus grand nombre. Elles disparaissent à une période avancée de la paralysie du muscle, quand il a perdu toute contractilité.

On observe aussi des mouvements convulsifs de membres, des soubresauts de tendons, des contractures douloureuses. Ces accidents appartiennent à une période avancée de la maladie.

L'influence du froid sur les parties paralysées est très grande. Il y a dans celles-ci une diminution évidente de la faculté de conserver sa température propre dans un milieu dont la température est inférieure. Ce fait est général dans l'histoire des paralysies. Dans notre cas particulier, outre les modifications survenues dans l'influence nerveuse, on peut invoquer comme cause la moindre activité du mouvement de nutrition, qui prive les parties d'un de leurs plus puissants moyens de calorification. *(La suite à un prochain numéro.)*

Académie des Sciences (séance du 10 novembre 1851). *Communication sur l'emploi de l'iode en médecine.* — Un de nos médecins les plus progressifs, M. Fourcault, est venu proclamer le premier, devant l'Académie des sciences, que : « L'absence ou l'insuffisance de l'iode dans les eaux et les substances alimentaires doit être considérée comme la cause primitive spéciale ou *sui generis* du goître et du crétinisme. »

M. Fourcault n'avait pas plutôt formulé sa pensée, que M. Thénard s'est empressé d'en revendiquer la priorité pour M. Chatin. « M. Chatin, dit-il, est venu m'annoncer, il y a quelques jours, qu'il avait visité les vallées goîtreuses des Alpes, qu'il en avait analysé les eaux, et qu'il n'y avait pas trouvé d'iode. »

Ce qui est certain, en effet, et ce que l'on ne peut révoquer en doute, ce sont les relations de l'iode et du goître. L'iode est le véritable spécifique contre le goître et la scrofule. Aujourd'hui, à l'iode, on a substitué ses préparations, l'iodure de potassium surtout. Selon M. Grange, il faudrait, dans toutes les contrées où le goître et la scrofule sont endémiques, ajouter au sel une petite quantité d'iodure de potassium. Disons, en terminant, que M. le docteur Quesnéville vient de rendre à l'humanité un véritable service par la création de son sirop et de ses tablettes d'iodure d'amidon; de toutes les préparations d'iode, c'est incontestablement la plus facile à doser, la plus assimilable et la plus puissante. Elle a certainement toutes les propriétés de l'huile de foie de morue, sans en avoir les inconvénients, sans être aussi nauséabonde et d'une digestion aussi difficile. Il y a quelques mois à peine que M. le docteur Quesneville a fait connaître l'iodure d'amidon soluble et en a proposé l'emploi en médecine, et déjà des multitudes de guérisons authentiques en attestent l'efficacité.

Le Scorp.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 145. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 145. — MARDI 16 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Leçon sur l'hématocèle rétro-utérine.

Recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, internes du service.

(Suite. — *Voir* les numéros des 11 et 13 décembre.)

Tels sont, messieurs, les éléments à l'aide desquels nous pouvons faire l'histoire de l'altération qui nous occupe.

Elle commence le plus souvent par des troubles de la menstruation. Ces troubles, du reste, sont loin d'être constamment les mêmes; ils sont très variés. Ainsi, tantôt c'est un retard des règles, tantôt une suspension complète, quelquefois une abondance extrême, qui peut même constituer une véritable perte; quelquefois enfin, sans que les règles soient très abondantes, elles se prolongent pendant un espace de temps indéfini, et même pendant tout l'intervalle d'une époque à l'autre. Dans quelques cas enfin, les règles reparaissent à intervalles inégaux, et constituent de véritables pertes. Ce sont là en quelque sorte des phénomènes précurseurs. Puis tout d'un coup l'écoulement sanguin se supprime; les malades sont prises de malaises, d'accidents généraux graves qui les forcent à garder le lit. Elles ressentent d'abord des douleurs vives dans le bas-ventre, puis de là ces douleurs s'irradient vers le rectum, la vessie et surtout dans les reins. En même temps le ventre se développe, devient volumineux, tendu; il est très douloureux à la plus légère pression; les mouvements que peuvent faire les malades réveillent rapidement les douleurs ou les exaspèrent; aussi gardent-elles le repos absolu. L'exploration par le palper abdominal serait impossible à cette période aiguë. Des troubles inquiétants se déclarent alors du côté des voies digestives: il y a perte complète de l'appétit; la malade est même tourmentée par des nausées, des vomissements bilieux plus ou moins abondants, mais qui, le plus souvent, ne sont pas très opiniâtres. Les selles sont tout d'abord très difficiles, ainsi que la miction. Outre cet état local, les malades ont des frissons, une fièvre assez forte; le pouls varie entre 90 et 100 pulsations, et peut aller au delà; le plus souvent il est petit, peu développé; la soif vive; la face pâle, mate, anxieuse; les traits sont altérés; la peau est partout pâle, mate, comme chez les sujets qui ont éprouvé des pertes de sang abondantes; les muqueuses sont décolorées, les chairs flasques et molles. Pendant les premiers jours, il y a souvent une céphalalgie marquée.

Ces symptômes aigus, analogues à ceux des péritonites partielles, ne durent que quelques jours, puis sont remplacés par un état chronique dans lequel vous avez vu notre malade à son entrée. La fièvre tombe en effet, la céphalalgie disparaît, la chaleur devient normale; mais les malades conservent une grande tendance au refroidissement. Le pouls reste petit, peu développé et toujours un peu fréquent. La faiblesse est extrême. La peau conserve cette pâleur mate qui caractérise les sujets qui ont éprouvé des pertes de sang abondantes; l'amaigrissement est souvent très considérable, et nullement en rapport avec le peu de durée de la maladie; les chairs restent flasques et molles.

Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué, ou plutôt changent complétement de caractère; au lieu de ces douleurs vives, aiguës, lancinantes, s'irradiant vers la vessie, le rectum, les reins, que la plus légère pression, le plus léger attouchement augmentent, les malades éprouvent plutôt des douleurs sourdes, un sentiment de compression, de pesanteur sur le fondement; il leur semble qu'un corps pesant placé dans le petit bassin tend incessamment à s'échapper quand elles font quelques mouvements dans leur lit. La pression est alors peu douloureuse, et l'on peut examiner les malades sans les faire trop souffrir. En même temps, les symptômes graves qui s'étaient montrés du côté des voies digestives cessent; les nausées, les vomissements disparaissent; quelques jours après l'appétit se réveille, mais il reste peu développé pendant assez longtemps. Quant à la difficulté de la défécation, elle ne fait qu'augmenter, et la constipation devient des plus opiniâtres; elle résiste souvent à l'emploi des purgatifs et surtout des lavements; ces derniers même, le plus souvent, ne peuvent être pris par les malades. Sitôt, en effet, qu'il est entré une petite quantité de liquide dans la partie inférieure du rectum, si vous en poussez une nouvelle portion les parois de l'intestin réagissent et le liquide sort entre la canule et les parois de l'anus. La miction reste également très difficile, souvent même on peut être forcé de sonder les malades; d'autres, au contraire, sont forcées d'uriner très fréquemment, quelquefois toutes les demi-heures ou même tous les quarts d'heure. L'état de compression du rectum et de la vessie par la tumeur contenue dans le petit bassin explique suffisamment les symptômes qui se passent du côté de ces deux organes. En même temps, l'abdomen s'est un peu affaissé; il est un peu moins volumineux; la pression n'y réveille qu'une légère douleur. Assez souvent alors les malades, en y portant par hasard leur main, y sentent une tumeur plus ou moins volumineuse, dont le relief est même quelquefois appréciable à l'œil dans la région hypogastrique.

Si alors le chirurgien vient à pratiquer le toucher par le vagin, il rencontre, à peu de distance de l'orifice vulvaire, une tumeur du volume d'un œuf de poule faisant une saillie arrondie dans la cavité de cet organe; la paroi postérieure est fortement repoussée en avant, accolée à l'antérieure, et le tout appliqué contre la symphyse des pubis, de telle sorte que la cavité du vagin est complétement effacée dans ses deux tiers supérieurs.

Cette compression n'est pas telle cependant que le doigt ne puisse s'insinuer entre les deux faces accolées de l'organe et atteindre le col de l'utérus. On reconnaît alors que cet organe a subi un mouvement de locomotion qui l'a porté en haut et en avant, vers l'ombilic et la paroi abdominale antérieure, contre laquelle je l'ai vu étroitement maintenu et parfaitement reconnaissable par le palper abdominal, au-dessus de la symphyse du pubis. Souvent, en même temps que ce mouvement de locomotion, l'utérus a éprouvé une certaine déviation dans les axes, et on peut le rencontrer soit à droite, soit à gauche de la ligne médiane. Quant au col, il est à l'état normal; les lèvres présentent leur état de mollesse, de souplesse habituel. La lèvre postérieure a souvent disparu, par le fait de la distension de la paroi postérieure du vagin, et se continue avec elle.

Le toucher par le rectum fait connaître des symptômes analogues. Ainsi cet organe est refoulé dans la concavité du sacrum, les parois sont appliquées l'une à l'autre, à tel point que le doigt s'y trouve pressé. Le résultat de cette double exploration par le vagin et le rectum est donc parfaitement concluant; il nous montre l'existence d'une tumeur développée dans le cul-de-sac péritonéal placé entre ces deux organes et le refoulant, l'un en avant contre les pubis, l'autre contre le sacrum.

Du coté de l'abdomen, le palper fait reconnaître une tumeur occupant la région pelvienne supérieure; elle présente le volume d'un œuf de poule, d'une orange, quelquefois plus petite, quelquefois plus volumineuse. Dans un cas nous l'avons vue soulever la paroi abdominale, et s'étendre presque jusqu'à l'ombilic. Dans ce cas même une personne, qui, il est vrai, n'avait pas une grande habitude de voir des malades, prétendit que la tumeur siégeait dans la paroi antérieure de l'abdomen. Pour trancher cette question, nous engageâmes la malade à faire un effort, et la tension des muscles fit disparaître la bouclure en la repoussant dans la cavité de l'abdomen. Dans quelques cas, si la tumeur est volumineuse, et si la palpation est faite avec soin, on peut rencontrer l'utérus, facilement reconnaissable à sa forme normale, et faisant relief à la face antérieure de la tumeur. Le fond surtout se détache bien de la tumeur, et en est séparé par un sillon transversal.

Dans l'examen de ces malades, il ne faut point négliger l'emploi du spéculum; il peut être quelquefois d'un certain secours. Ainsi, il peut vous faire distinguer la coloration de la muqueuse du vagin au niveau de la tumeur; dans certains cas, la paroi qu'elle forme est considérablement amincie, distendue, et peut laisser voir par transparence la couleur du liquide qui forme la tumeur. Dans d'autres circonstances, le sang, qui la constitue, peut infiltrer les tuniques de cet organe, qui présentera alors une teinte ecchymotique, qui pourra mettre le chirurgien sur la trace de l'altération dont il s'agit.

Quant à la consistance de cette tumeur, bien qu'elle soit constamment formée par du sang épanché, elle est loin d'être toujours la même, et les différences que l'on observe tiennent surtout à l'ancienneté de la maladie. Dans les premiers temps, en effet, à l'époque où la tumeur s'est formée, elle présente toujours une consistance molle et fluctuante, qui appartient à tous les épanchements sanguins; et cette fluctuation peut se constater par les moyens ordinaires, mais surtout en exerçant une pression brusque sur la portion de tumeur saillante à l'hypogastre, tandis que deux doigts de l'autre main appuient sur la saillie vaginale de la tumeur. Elle pourrait également se sentir de l'hypogastre au rectum. Je n'insiste pas davantage sur ce sujet.

Lorsque la tumeur existe depuis plusieurs semaines, au contraire, il peut arriver que, le sang s'étant coagulé, et ayant acquis, par le fait même de la coagulation, une consistance plus grande, la tumeur, qui précédemment était fluctuante, cesse de présenter ce phénomène, et offre, au lieu de sa mollesse primitive, une dureté plus ou moins grande. C'est là ce que nous avons pu observer sur la malade que nous avons maintenant dans nos salles. Lors de son entrée, la tumeur était nettement fluctuante; maintenant la fluctuation n'est plus aussi facilement appréciable, la tumeur a acquis une densité assez grande. Quelquefois, et cela sans que nous puissions en donner une cause bien satisfaisante, il arrive que les épanchements sanguins au sein de nos tissus restent constamment liquides, au moins dans leur plus grande étendue; cela peut aussi se présenter dans l'affection dont nous parlons, et bien souvent, après avoir vu s'écouler par l'incision que nous avions faite les matériaux liquides de la tumeur, nous avons été obligé d'extraire des caillots fibrineux. Dans ces cas, la fluctuation ne disparaît pas, elle reste seulement plus appréciable en certains points que dans d'autres.

Messieurs, il me reste encore à appeler votre attention sur l'un des caractères de ces tumeurs : c'est leur fixité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOPITAL DE LOURCINE. — M. BOULEY.

Inoculation des accidents secondaires de la syphilis.

Dans un article sur l'inoculation artificielle des accidents secondaires de la syphilis, publié dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, M. Schnepf, interne de M. Bouley, a rapporté un nouveau fait intéressant observé dans la division de ce savant médecin. Sans nous associer plus que nous ne l'avons fait jusqu'à présent au mode d'expérimentation suivi dans ce cas, nous croyons devoir le faire servir à éclairer la religion des rares praticiens qui conserveraient encore des doutes sur la transmissibilité des accidents secondaires.

Syphilis constitutionnelle, gommes, nécroses chez une femme de trente-huit ans qui a subi un traitement mercuriel pendant deux ans avant son entrée à l'hôpital. — Exacerbation des accidents syphilitiques. — Intervention de l'iodure de potassium. — Amélioration notable en huit jours. — Établissement d'un vésicatoire au bras le neuvième jour de l'entrée de la malade; pansement pendant trois jours avec de la charpie imbibée de muco-pus qui recouvre les condylomes de la malade qui fait le sujet de l'observation 1re, et qui est atteinte de syphilis constitutionnelle. — Cicatrisation complète le cinquième jour de l'inoculation. — Apparition de deux papules lenticulaires cuivrées, à la place du vésicatoire, le dix-septième jour de l'inoculation; rien sur le reste du corps. — Le vingt-septième jour de l'inoculation, des croûtes jaunâtres molles recouvrent les papules à base indurée. — Application d'un second vésicatoire avec pansements simples. — Le trente-deuxième jour, le second vésicatoire est sec; des croûtes épaisses d'ecthyma couvrent le premier. — Le trente-troisième jour, la malade sort en permission et ne rentre plus; elle cesse son traitement. — Le quarante-huitième jour de l'inoculation, gommes sous-cutanées; céphalées; insomnies. — Reprise de l'iodure de potassium et addition de pilules de proto-iodure d'hydrargyre. — Le soixante-cinquième jour, les dernières gommes ont à peu près disparu; le quart de la croûte d'ecthyma est tombé. — Stomatite légère. — Suppression du mercure.

Une femme âgée de trente-huit ans est entrée dans le service de M. Bouley, au n° 39 de la salle Saint-Clément, hôpital de Lourcine, le 10 juin 1851. Elle est d'un teint jaune-pâle, d'une constitution détériorée, malade depuis dix-huit ans. Réglée à treize ans, bien qu'ayant de la leucorrhée habituelle et ayant fait neuf enfants, dont le dernier il y a trois ans, cette femme s'était bien portée jusqu'à l'époque indiquée. Un nourrisson qui avait des croûtes à la bouche, sur les joues, à l'anus et sur différentes parties du corps, lui communiqua, dit-elle, au sein qu'elle avait l'habitude de lui donner, une tumeur qui s'abcéda, suppura environ un an et se cicatrisa. En même temps elle avait aux parties cinq ou six boutons lenticulaires, rouges, durs, avec démangeaison, sans suppuration; ils ont disparu au bout d'un mois environ.

Elle avait conservé le nourrisson en tout un mois et six jours; celui-ci mourut peu après.

Son propre enfant, qui avait, au moment où elle prit son nourrisson, trois mois, et qu'elle a encore allaité pendant huit mois, est mort à l'âge de dix-huit mois avec des convulsions, dit-elle. Des sept enfants venus après, le dernier seul, âgé de trois ans, vit et jouit d'une bonne santé; tous les autres sont morts en bas âge. Son mari, ouvrier honnête, laborieux, nous assure n'avoir jamais eu d'affection quelconque aux organes génitaux. Pendant quinze jours, on la soumit à un traitement qui consistait en de la tisane, et tous les matins une cuillerée d'une liqueur dont elle ignore le nom. Elle s'est bien portée depuis lors jusqu'il y a trois ans, vers la fin de sa dernière grossesse, où elle eut des douleurs articulaires, surtout dans les membres thoraciques, de la céphalée, et de l'insomnie. On lui prescrit de nouveau une liqueur et quelques pilules. Après ses couches, les douleurs disparaissent. Son enfant n'a jamais été malade; et aujourd'hui encore, comme nous l'avons dit, il jouit de la meilleure santé.

De nouvelles douleurs se montrèrent il y a deux ans, dans les bras, les épaules et la tête, avec insomnie, et au-dessus de l'épitrochlée gauche une tumeur qui, par la trace de sa cicatrice et son siége, paraît avoir été une gomme. On lui prescrit, au bureau central, de prendre tous les matins une cuillerée de liqueur de Van Swieten, ce qu'elle fait depuis deux ans, ne cessant qu'à de rares intervalles, et à cause des

stomatites qui surviennent. (Nous en avons la certitude par le pharmacien du bureau de bienfaisance qui lui a délivré le médicament.)

Cependant, il y a un an apparaissent de nouvelles tumeurs sur le front au-dessus de l'œil droit; elles s'ouvrent spontanément après deux mois, suppurent plusieurs mois et se cicatrisent; nous en reconnaissons les traces par la coloration pâle et la perte de substance.

Enfin, il y a six semaines, après une exacerbation de maux de tête et de douleurs ostéocopes, la pauvre malade trouve sur le bras, vers le coude, une nouvelle tumeur. Les insomnies deviennent plus fréquentes, des douleurs compressives semblent vouloir projeter les yeux hors de la tête, et dans la charpente du nez elle sent des élancements qui l'épouvantent. Depuis huit jours, elle ne peut plus supporter sa liqueur, et depuis cinq jours elle perçoit avec la langue un bouton à la voûte palatine.

Etat actuel. — Une croûte jaune, épaisse, peu adhérente, sur une surface rouge-cuivré, occupe l'extrémité externe de l'arcade sourcilière droite; une gomme nuciforme, à base dure, fixe et mollasse dans certains points de sa périphérie, occupe le bord interne de l'humérus droit, un peu au-dessus et au dehors de la saillie épitrochléenne, à laquelle elle paraît adhérente par sa base; la pression y éveille un peu de douleur; les téguments qui la revêtent sont faiblement rouges au sommet. La muqueuse nasale est assez fortement tuméfiée, d'un rouge sombre au niveau des ailes du nez, qui sont légèrement indurées; des croûtes jaunâtres s'y forment; la malade se mouche fréquemment : en relevant le lobule du nez, on découvre une perforation de la cloison, du diamètre d'une pièce de 50 centimes, entre l'union de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et du vomer d'une part et du cartilage de la cloison de l'autre. La voix est nasillarde; la malade ne perçoit pas les odeurs.

A environ 2 centimètres derrière les incisives supérieures, à droite du raphé médian de la voûte palatine, est un orifice fistuleux capable de recevoir un stylet moyen, à bords tranchants, rouges, à fond grisâtre, suppurant; le stylet y pénètre à travers des parties molles et touche la surface osseuse de la voûte palatine dans une petite étendue; il éveille une sorte de frémissement dans toute la tête. La malade faillit tomber en syncope. Les yeux sont sains, la vue est bonne; mais le globe oculaire semble comprimé péniblement dans l'orbite; les téguments sont sains. Il y a un peu d'intumescence des gencives; céphalées intenses, prostration notable des forces; peu d'appétit; point d'autres troubles fonctionnels. — 25 centigrammes d'iodure de potassium. Tisane de saponaire. 2 portions.

Le 19 juin, les céphalées sont à peu près tombées; l'appétit est meilleur; point de troubles des fonctions digestives; les urines sont peut-être plus abondantes. Les douleurs du nez sont moins intenses, les mucosités plus abondantes; *ut suprà.*

Un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de 1 franc est appliqué sur le bras droit à 5 centimètres au-dessus de la tumeur gommeuse.

Le 20, nous enlevons nous-même l'épiderme dans l'étendue de la surface vésicatoriée, et nous appliquons sur elle de la charpie trempée dans le produit de sécrétion des condylomes de la malade qui fait le sujet de la première observation (la même expérience est faite sur elle le même jour); nous maintenons le pansement à l'abri du contact extérieur au moyen d'un verre de montre, que nous fixons avec un morceau de diachylum et d'une bande roulée; *ut suprà.*

Le 21, la surface du vésicatoire est d'un rouge vif. — Nous faisons le deuxième pansement comme ci-dessus.

Le 22, la surface vésicatoriée est à peu près sèche. — Nous faisons néanmoins un troisième pansement comme ci-dessus.

Le 25, la plaie du vésicatoire est complétement cicatrisée; au centre seulement, on voit encore une petite croûte fine, lamelleuse, lenticulaire, n'offrant rien de particulier. La malade dit qu'elle sent les odeurs. Il n'y a plus de céphalées, pas de troubles fonctionnels. *Ut suprà.*

Le 3 juillet, la plaie fistuleuse de la voûte palatine est cicatrisée; la croûte du front est tombée; la gomme semble se ramollir, elle est plus indolente; point de troubles fonctionnels. — 50 centigrammes d'iodure de potassium.

Le 10, la malade a mouché une portion d'os qui paraît avoir appartenu à un cornet. Les ailes du nez ne sont plus indurées; la perforation de la cloison reste stationnaire. La surface du vésicatoire est à peine distincte du reste des téguments. *Ut suprà.*

Le 12, sur la place même du vésicatoire du bras apparaissent deux papules lenticulaires d'un rouge-cuivré tirant sur la couleur du jambon fumé, sans prurit. Le reste des téguments est sain parfaitement. *Ut suprà.*

Le 14, les papules du lieu de l'inoculation sont plus saillantes et plus étendues; leur sommet est couvert de petites squames furfuracées, sans prurit. La gomme voisine se ramollit évidemment; la pression n'y éveille plus de douleurs.

Le 18, les deux papules offrent une base plus dure, limitée par deux aréoles qui se touchent presque par leurs circonférences; leurs sommets sont couverts de croûtes jaunâtres, peu épaisses, mollasses; point de céphalées, ni d'autres troubles. — Un gramme d'iodure de potassium.

Le 22, les deux aréoles sont confluentes et forment un 8 de chiffre dont les deux cercles sont couverts par des croûtes jaunâtres, molles, cachant sous elles de la sérosité jaunâtre en très petite quantité. Leur base offre une certaine induration. Point de taches ni de boutons sur le reste du corps. — *Ut suprà.*

Un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de 1 fr. est appliqué sur la gomme du bras.

Le 23, le vésicatoire a bien pris; nous enlevons l'épiderme et le pansons avec du papier cératé. — *Ut suprà.*

Le 27, le vésicatoire est sec; sa place est marquée par un peu de rougeur. La tumeur gommeuse n'a pas été modifiée sensiblement. Les croûtes épaissies, confluentes, avec leur base indurée, couvrent presque toute l'étendue de la surface du premier vésicatoire.

Point de troubles fonctionnels. La malade demande une permission de sortie le 28 juillet. Elle ne rentre plus.

Le 4 août, nous la retrouvons. La trace du dernier vésicatoire appliqué sur la gomme est à peu près effacée, et la tumeur est sensiblement ramollie et diminuée de volume. Les deux croûtes qui recouvrent la surface du premier vésicatoire sont confondues en une croûte épaisse, jaunâtre, fortement adhérente sur la base indurée qui la déborde, sous forme d'aréole rouge-cuivrée. Pas de prurit. — Rien sur le reste du corps.

Depuis sa sortie, la malade, qui a cessé tout traitement, a encore mouché une petite lamelle d'os. L'ulcération fistuleuse de la voûte palatine est cicatrisée. Quelquefois il y a des douleurs lancinantes à la racine du nez.

Nous lui faisons délivrer la solution d'iodure de potassium suivante :

Iodure de potassium. . . . 15 grammes.
Eau distillée. . . . . . 500 —

dont elle prendra une cuillerée dans une tasse d'infusion de houblon, tous les matins.

Nous conduisons la malade à la clinique de M. Cazenave, qui, en voyant son bras, dit : « Voilà des croûtes d'ecthyma syphilitique. »

Le 12, la malade vient nous revoir. Depuis trois jours elle a de la céphalée, du malaise, et on sent une grosseur se former sur le mollet gauche. Nous trouvons en effet une tumeur nuciforme, peu limitée, sous-cutanée, avec un peu de rougeur violacée de la peau et de la douleur à la palpation, sur la partie interne moyenne du mollet, adhérente à l'aponévrose jambière, indépendante des fibres musculaires du gastro-cnémien. Deux taches d'un rouge foncé, irrégulièrement arrondies, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, se montrent depuis deux jours au-devant du genou gauche, l'une en dedans, l'autre en dehors de la rotule; leur base présente un peu d'intumescence sous-cutanée; elles sont un peu douloureuse à la pression. Une troisième, toute pareille, existe depuis vingt-quatre heures au côté externe du genou droit. Nulle cause externe; les articles sont sains; il n'y a plus de céphalée. Nul trouble fonctionnel.

Les croûtes d'inoculation se ratatinent davantage et présentent une forme ovalaire. La gomme du bras est réduite au volume d'une amande. La malade nous avoue qu'elle n'a pas pu régulièrement suivre le traitement. Nous y joignons deux pilules de 0,025 milligrammes de proto-iodure d'hydrargyre par jour.

Le 16, les taches rouges ont disparu. La gomme du mollet ne présente plus qu'un empâtement irrégulier, indolent, avec une tache jaune-cuivré de la peau correspondante. — *Ut suprà.*

Le 29, il n'y a plus qu'un peu d'empâtement sous-cutané sur le mollet; la portion supérieure, formant environ le tiers de la croûte du bras, est tombée et laisse une surface unie d'un rouge cuivré. La gomme du bras, roulant sous la peau, est fluctuante et n'a plus que le volume d'une noisette.

Un peu de stomatite et de la diarrhée. — Suppression des pilules de mercure. — Un gargarisme astringent. — Le reste *ut suprà.*

Le 6 septembre, les croûtes de l'ecthyma résultant de l'inoculation sont tombées dans la partie supérieure, laissant une surface un peu proéminente, d'un rouge couleur de jambon, avec une faible induration. — Il n'y a plus de stomatite. — Reprise des pilules de proto-iodure. — Le reste *ut suprà.*

Le 18, la malade se plaint de moucher de nouveau des croûtes assez fréquemment. La muqueuse nasale est tuméfiée et rouge, surtout autour de la perforation de la cloison, où l'on voit aussi un ulcère lenticulaire à surface grisâtre. La gomme persiste dans le même état. La croûte du vésicatoire est plus grosse, plus épaisse, et en pressant dessus on en exprime une goutte de pus jaunâtre.

Ut suprà. — En doublant la dose d'iodure de potassium.

Nous parvenons, après plusieurs tentatives, à faire voir la malade à M. Cullerier. Il constate l'existence d'une croûte d'ecthyma à la place du vésicatoire sur le bras droit.

DE LA PARALYSIE MUSCULAIRE ATROPHIQUE.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 11 et 13 décembre.)

Nous devons mentionner un fait que nous avons observé à peu près constamment chez nos malades : c'est la diminution de la sensibilité électro-musculaire. Quand on fait passer le courant galvanique au travers d'un muscle, on détermine sa contractilité accompagnée d'une sensation douloureuse; c'est elle qui nous semble ne plus se produire dans les muscles frappés de paralysie atrophique. On constate aisément cette différence en galvanisant les muscles homologues du côté opposé, lorsque celui-ci est sain : dans le premier cas, les malades n'accusent aucune douleur; dans le second, ils se plaignent de ne pouvoir supporter l'action du courant.

Quant à la contractilité électro-musculaire, elle paraît être conservée jusqu'à la disparition du tissu musculaire.

Pendant que s'opère cette destruction du système musculaire, la vie organique semble rester dans une indifférence complète. On n'observe pas de symptômes généraux dans la paralysie atrophique : la digestion, la respiration, la circulation se font bien, et ce n'est qu'à une période avancée de la maladie que l'on observe quelques troubles dans ces fonctions. Alors encore ils ne sont dus qu'à ce que les muscles ne peuvent plus concourir pour leur part à l'accomplissement de ces fonctions.

Les facultés intellectuelles conservent toute leur intégrité. Les sens ne reçoivent non plus aucune atteinte, et nous devons regarder comme exception la diminution de la sensibilité cutanée qui existe chez le malade qui fait le sujet de notre observation 5.

Causes. — Nous n'oserions, avec un nombre d'observations aussi restreint, établir les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, les causes générales, qui peuvent avoir de l'influence sur le développement de la maladie. De leur analyse, il résulterait que le sexe masculin, que l'âge adulte, fournissent le plus grand nombre de malades; que ceux-ci jouissaient d'une bonne santé antérieure, et avaient, en général, une forte constitution.

Un résultat plus certain, c'est que plusieurs d'entre eux ont eu des rhumatismes, et chez quelques-uns la paralysie atrophique a succédé immédiatement à ceux-ci.

Chez Lecomte, la maladie semble avoir été déterminée par l'action du froid humide; la même cause a produit les mêmes résultats chez Gaulard, le porteur à la halle, qui couchait souvent en plein air (obs. 6). Dans l'observation 4, nous voyons un homme dont le bras est subitement paralysé après qu'il a passé en voiture une nuit froide. Les malades des observations 3 et 7 ont eu les membres supérieurs paralysés à la suite de rhumatismes. Tous ces faits nous conduisent à admettre que la paralysie atrophique a souvent une cause rhumatismale. Romberg a, d'après ses observations, émis une opinion semblable : « La maladie reconnaît souvent, dit-il, une cause rhumatismale. » Il cite deux observations où le froid humide paraît avoir déterminé la maladie. Ch. Bell raconte qu'un de ses malades fut pris de tremblement musculaire et de paralysie atrophique après avoir trempé dans un seau plein d'eau froide son bras couvert de sueur.

M. Aran, dans un mémoire basé sur les faits que nous avions nous-même recueillis, conduit, par de ses idées sur la nature de la maladie, à chercher dans les muscles eux-mêmes la cause de leur atrophie, accuse le travail prolongé. D'abord ceci est en opposition avec l'observation journalière, qui établit que les muscles les plus exercés sont aussi les plus développés. Ensuite nous attendrons que M. Aran donne plus de valeur à son opinion, en l'appuyant de faits plus probants et plus naturellement interprétés.

Nous avons suffisamment indiqué la marche de la maladie; nous insisterons seulement sur ce fait, que la paralysie survient presque toujours primitivement dans un des nerfs qui émanent du plexus brachial. Dans toutes les observations que nous avons rapportées, dans celles que nous avons trouvées dans les auteurs, nous rencontrons toujours cette particularité. C'est d'abord dans la main que les malades éprouvent de la faiblesse, et plus particulièrement dans les deux derniers doigts. Nous connaissons une jeune pianiste chez laquelle la maladie est, depuis deux années, localisée dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite. Après les muscles de la main, dans l'ordre de fréquence suivant lequel la paralysie atrophique y débute, viennent les deltoïdes, les muscles de l'avant-bras, du bras, les muscles de l'épaule, grands dentelés, sus et sous-épineux, les trapèzes. Certains muscles d'une région, certaines portions de muscle (surtout dans le trapèze) sont atteints, les autres conservant leur force et leur volume. La paralysie tend toujours à se généraliser; elle finit par occuper les muscles du tronc, ceux des membres inférieurs; et, chez notre plus ancien malade, elle les a tous frappés. Je laisse à d'autres la tâche d'étudier mieux la marche de cette affection. Il faudrait, pour cela, observer les malades jusqu'à leur guérison ou à leur mort; je dirai seulement que cette dernière terminaison arrive nécessairement par les progrès de la paralysie atrophique. Nous avons souvent entendu raconter à M. Cruveilhier l'histoire d'une dame qui était atteinte de cette maladie, et qui mourut asphyxiée par suite de la paralysie et de l'atrophie des muscles respirateurs. Le malheureux qui fait le sujet de notre observation 8 succombera sans doute de la même manière.

Le pronostic de cette affection est donc bien grave, puisqu'elle se termine par la mort dans quelques cas, et, dans les autres, laisse après elle des infirmités irrémédiables, la perte de l'usage des mains ou des bras; et encore s'arrête-t-elle là quelquefois ? Aux observations de paralysie atrophique généralisée, nous n'avons à en opposer aucune qui nous la montre localisée définitivement, et arrêtée dans sa marche depuis assez longtemps, pour permettre d'espérer que la lésion a disparu et que le malade est guéri.

Diagnostic. — Au lieu de prendre une à une les paralysies de cause et de nature diverses pour les comparer à la paralysie musculaire atrophique et en signaler les différences, nous croyons qu'il suffira d'insister sur les caractères qui donnent à celle-ci sa physionomie toute spéciale pour poser les bases de son diagnostic et la faire reconnaître dans tous les cas.

La paralysie, au lieu d'atteindre toutes les fibres qui, par leur réunion, forment un cordon nerveux, et d'abolir par conséquent les mouvements de toute une partie, frappe seulement quelques-unes de ces fibres, et ne produit par suite que l'affaiblissement d'un nombre limité de faisceaux musculaires; aussi est-elle d'abord partielle et très incomplète.

Le second caractère distinctif est la lésion de nutrition qui s'ajoute à celle des mouvements, l'atrophie consécutive à la paralysie. Elle n'est appréciable qu'après un temps plus ou moins long, et ne fait que confirmer le diagnostic établi déjà d'après le premier caractère. Elle marche avec une grande rapidité, et c'est là ce qui la distingue des atrophies qui surviennent à la suite des paralysies, quelle qu'en soit la cause, pourvu qu'elles durent longtemps : c'est aussi pour cela que nous l'avons considérée comme un caractère essentiel de la maladie, et que nous avons ajouté la qualification d'*atrophique* au nom générique de paralysie. Elle est le symptôme le plus apparent; aussi l'a-t-on prise pour la maladie elle-même, qu'on a localisée alors dans le tissu muscu-

laire. Cependant elle n'a rien de spécial; il est des cas où on la voit survenir aussi complète et tout aussi rapidement à la suite d'autres lésions du système nerveux. J'ai vu, il y a peu de temps, un jeune homme dont la main droite offrait une ressemblance parfaite avec celles dans lesquelles la paralysie atrophique est arrivée à sa dernière période. Il avait eu, il y a sept ans, l'avant-bras pris entre les roues d'une mécanique, et il en était résulté une plaie à peu près transversale, occupant la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras. Instantanément il y avait eu paralysie complète des mouvements de flexion de la main et de la sensibilité. L'atrophie avait commencé peu de temps après, et avait fait de rapides progrès jusqu'à ce qu'elle fut arrivée au point où nous la voyons.

Les autres symptômes que nous avons étudiés seront confirmatifs du diagnostic, ainsi que l'absence des caractères des autres espèces de paralysie.

Nature. — Nous arrivons à une partie importante de notre sujet; il nous faut étudier la nature et justifier la dénomination de paralysie atrophique. Si on a lu quelques-unes des observations que nous avons rapportées, il nous semble que l'on y doit reconnaître sans aucune hésitation une affection du système nerveux. En effet, les inflammations, les ramollissements, les altérations de diverse nature dont la substance nerveuse peut être affectée se manifestent par des troubles de la sensibilité et de la contractilité musculaire. Or, tout ce cortége de symptômes auxquels on les reconnaît, les douleurs, les fourmillements, l'engourdissement, la faiblesse des mouvements, progressive jusqu'à leur abolition complète, les contractures, les secousses des membres, la sensibilité plus grande au froid, nous le retrouvons dans la paralysie musculaire atrophique. A propos de chacun d'eux, nous avons insisté sur l'identité de ces phénomènes dans les deux cas; de l'analogie des manifestations nous croyons pouvoir déduire celle de la cause, et dire : la maladie que nous avons étudiée est une lésion du système nerveux, et, comme un de ses résultats principaux est l'abolition des mouvements, nous la rangeons dans la classe des *paralysies*.

D'un autre côté, elle ne donne lieu à aucun symptôme qui puisse faire croire à une affection du cerveau ou de la moelle, et au contraire les paralysies qui reconnaissent cette dernière cause ont des caractères que nous ne retrouvons pas dans la paralysie atrophique. En conséquence, les centres nerveux nous paraissent devoir être mis hors de cause; d'ailleurs, l'observation nous met sur une autre voie. Elle montre des portions de muscle, des muscles frappés isolément, pendant que d'autres qui sont voisins, qui reçoivent des filets du même nerf, conservent leur force et ne sont paralysés à leur tour que plus tard. Ce fait ne conduit-il pas naturellement à penser que la lésion attaque une à une les fibres qui, par leur réunion, forment un cordon nerveux. Elles sont distinctes dans toute leur étendue, ne s'unissent en aucun point, et on conçoit très bien qu'une altération survienne dans les unes sans atteindre les autres, d'où résultent des troubles fonctionnels bornés à la partie seule qui est animée par la fibre malade.

Ce n'est là du reste qu'un développement des idées de Ch. Bell, d'Abercrombie, de M. Cruveilhier. Le premier s'exprime ainsi : « Ces affections de muscles particuliers, ou de groupes de muscles, impliquent un désordre très limité des nerfs, une maladie du cerveau, ou bien ayant son siége sur le trajet d'un nerf intéressant tout le membre ou du moins cette portion du membre à laquelle les nerfs se distribuent. Ainsi, dans ces cas, il n'y a d'affectées que les subdivisions particulières comprises dans la même gaîne, ou suivant le même trajet. » Abercrombie, de son côté, déclare qu'il lui semble impossible d'expliquer de semblables faits autrement que par une affection locale des nerfs. Nous avons souvent entendu M. Cruveilhier émettre cette idée, que la maladie était le résultat d'une lésion des ramifications nerveuses.

Quel point de la continuité des fibres est atteint? C'est ce que l'on ne peut déterminer par l'observation des symptômes, car ils seraient les mêmes, quel que fût ce point, ni par l'anatomie pathologique, puisque les autopsies faites jusqu'ici n'ont rien appris. Les deux seules que nous sachions avoir été faites l'ont été par M. Cruveilhier : l'une de la malade dont nous avons parlé, qui mourut asphyxiée par suite de la paralysie des muscles respirateurs; on n'examina que les centres nerveux, et on n'y put apercevoir aucune altération. L'autre sur un malade de l'hôpital; il n'y avait encore cette fois aucune lésion du cerveau ni de la moelle, mais les nerfs parurent être un peu moins gros qu'à l'état normal.

En opposition avec les opinions que nous venons de citer et que nous avons adoptées, nous trouvons le passage suivant du mémoire de M. Aran :

« Il est une assimilation contre laquelle je ne saurais trop protester, c'est celle qui consiste à ranger cette maladie parmi les paralysies. Dans les paralysies incomplètes, les mouvements sont incomplets; dans l'atrophie, au contraire, le mouvement s'exécute, mais il est faible. Voilà des caractères qui peuvent servir à fixer le diagnostic. » (*Archives générales de médecine*, année 1850, 4e série, p. 200.)

Ainsi la différence qui existe entre des mouvements incomplets et des mouvements faibles paraît suffire à M. Aran pour motiver ses protestations contre l'assimilation de la paralysie atrophique avec les autres paralysies. J'avoue que la plus grande différence me paraît être dans les mots : mais M. Aran voulait à tout prix une affection inédite.

J'ai peu de choses, et surtout peu de choses satisfaisantes, à dire sur l'effet des médications très diverses employées sur les malades qui font le sujet de nos observations. « *Patet satis quam parum spei curationis supersit, quando tota musculi moles tali marasmo contabuit.* » Voilà ce que disait Van Swieten, et malheureusement nous avons peu de raisons pour penser autrement aujourd'hui quand la maladie est arrivée à une période avancée. Nous savons bien que M. Duchenne a cru *refaire du muscle* dans quelques cas, mais il ne nous l'a pas prouvé. Alors même que la paralysie atrophique est encore peu avancée, nous avons vu échouer tous les moyens employés : les cautères sur les côtés de la colonne vertébrale, la cautérisation transcurrente tout le long du rachis, les excitants de la peau et des extrémités nerveuses employés avec la plus grande persévérance, les bains sulfureux, les frictions avec la térébenthine, l'ammoniaque, etc. Les excitants du système musculaire, la noix vomique ou la strychnine, rien n'a réussi, et jamais nous n'avons observé la plus petite amélioration à la suite de ces traitements. Il n'y a que la galvanisation qui ait des droits à revendiquer quelques succès. Presque tous nos malades y ont été soumis par M. Duchenne lui-même, c'est-à-dire dans toutes les conditions désirables quant à la perfection des appareils et à leur emploi. Nous avons constaté que, chez le plus grand nombre, l'excitation électrique n'a produit aucun changement favorable dans l'état des malades, ni dans la marche de la maladie; mais, en revanche, quelques-uns paraissent en avoir retiré de grands avantages. Les mouvements des parties paralysées sont devenus plus faciles, plus étendus. Ce résultat est surtout très évident chez le porteur à la halle (obs. 6), qui aujourd'hui lève des fardeaux quand, il y a trois mois, il avait de la peine à se tenir droit. Bonard (obs. 4) peut forger avec sa main gauche, et dans le principe il soulevait difficilement un marteau.

Le sujet de l'observation 5 disait, il y a quelques mois, qu'il avait beaucoup gagné; aujourd'hui, il trouve que son état s'est peu sensiblement amélioré depuis. Chez tous les autres malades, la galvanisation n'a pas arrêté la marche progressive de la maladie.

Ainsi nous pouvons conclure que la galvanisation est un moyen utile quelquefois, mais le plus souvent impuissant, comme tous les autres.

En Allemagne, les praticiens n'ont pas été plus heureux; car Romberg dit qu'il n'a vu aucun des traitements employés jusqu'ici, électricité, strychnine, douches, moxas, bains de vapeur, etc., arrêter ni même modifier heureusement la marche de la maladie.

Notre intention était d'abord de ne donner qu'une analyse de la thèse de M. Thouvenet; mais les faits presque entièrement neufs et surtout peu connus qu'elle renferme, non moins que l'exactitude rigoureuse et le talent avec lesquels ils ont été recueillis et exposés, nous ont fait penser que nos lecteurs ne prendraient pas moins d'intérêt que nous à la lecture de ce remarquable travail.

PHARMACOPÉE SPÉCIALE.

Par M. Al. Cazenave, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

Ammoniaque (Gomme).

La gomme ammoniaque constitue un mode de traitement du favus par la calotte, beaucoup moins douloureux que celui qui consistait dans l'application de la poix, à laquelle elle a été substituée par M. Evens.

On fait un sparadrap de gomme ammoniaque et on l'applique par bandelettes sur la tête bien nettoyée et rasée, de manière à recouvrir et au delà les surfaces malades. On les laisse séjourner ordinairement plusieurs semaines.

Anthracokali (Carbure de potassium).

Préparation préconisée, il y a quelque temps, dans le traitement des maladies cutanées. On l'administre en poudre à l'intérieur; mais on s'en est surtout servi, à l'extérieur, sous forme de pommade.

Poudre.

Antrhacokali.	0,1
Réglisse en poudre.	0,3

Pour une dose que l'on répète trois ou quatre fois par jour.

Ce remède provoquerait d'abondantes sueurs. (Jourd.)

Pommade.

Anthracokali.	1 grammes.
Axonge.	30 —

M.

Pour onctions dans l'eczema.

L'anthracokali est aujourd'hui déjà inusité.

Antimoine.

Plusieurs préparations antimoniales constituent des médicaments actifs dans le traitement de la syphilis et de plusieurs maladies de la peau : ce sont surtout le proto-sulfure et le soufre doré.

Le sulfure d'antimoine (antimoine cru) constitue la partie active de certaines tisanes devenues célèbres, et souvent, en effet, très efficaces contre les maladies chroniques de la peau et surtout la syphilis secondaire grave; ainsi l'ancienne tisane d'Astruc, la tisane de Vigaroux, et surtout la tisane de Pollini et la tisane de Feltz.

Tisane de Pollini.

Brou de noix sec.	75,0 grammes.
Salsepareille.	12,5 —
Squine.	12,5 —
Antimoine cru.	25,0 —
Pierre-ponce.	12,5 —
Eau.	1500,5 —

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié (Guib.).

A prendre tous les jours par moitié, le matin et le soir. On continue de deux semaines à un mois.

On a obtenu des résultats incspérés de l'emploi de cette décoction.

Tisane de Feltz.

Salsepareille.	60,0 grammes.
Colle de poisson.	10,0 —
Sulfure d'antimoine.	80,0 —
Soufre.	2000,0 —

Faites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

Celle tisane, qui se prend par verrées, passe à bon droit pour un antisyphilitique précieux.

Beaucoup de médecins pensent que le sulfure d'antimoine ne doit ses propriétés actives qu'à l'arsenic qu'il contient. M. Rayer a proposé de le remplacer dans la tisane de Feltz par l'arséniate de soude (six milligrammes ou un huitième de grain par litre), et M. Guibourt par de l'acide arsénieux.

Opiat balsamique contre les urétrites et les flueurs blanches, par M. Bodart.

Cire blanche.	280 grammes.
Faites fondre dans huile d'amandes douces.	280 —
D'autre part, délayez, dans une terrine pouvant supporter l'action du feu, alun pulvérisé.	32 —
Poivre cubèbe en poudre.	90 —
Baume de copahu.	656 —

Placez la terrine sur un feu doux, opérez le mélange peu à peu, et versez, pendant que la mixture est échauffée, la solution de cire en remuant continuellement. Ajoutez ensuite de la même manière, et en agitant toujours, térébenthine fine, 90 grammes; versez en dernier lieu baume du Pérou noir, liquide, 45 grammes, et huile essentielle d'anis, 2 gr.; mêlez intimement et distribuez le mélange dans des pots. Cet opiat, qui s'administre à la dose de trois portions par jour gros comme une noisette, enveloppé dans un peu de pain azyme, n'a pas l'aspect ni l'odeur désagréables des opiats de ce genre. C'est une bonne préparation qui réussit mieux que tous ces médicaments livrés à la pharmacie par les spécialistes.

Injection astringente, par M. Bodart.

Sulfate de fer.	125 grammes.
Sulfate d'alumine et de potasse.	125 —
Sulfate de zinc.	28 —
Hydrochlorate d'ammoniaque.	24 —
Acétate de cuivre.	24 —

Concassez tous ces sels, placez-les sur le feu dans une terrine, laissez-les fondre dans leur eau de cristallisation; quand la dissolution est terminée, coulez sur un marbre préalablement huilé. Après refroidissement, pulvérisez la masse et tamisez.

Pour faire l'injection, prenez depuis 6 gr. de cette poudre jusqu'à 10 gr.; dissolvez dans 250 gr. d'eau distillée; une partie de la poudre se précipite et une autre se dissout. Le temps nous a manqué pour faire des recherches sérieuses sur la composition de ce précipité.

L'injection filtrée donne un liquide incolore qui démontre la présence du sel de cuivre soluble, car elle se colore fortement en bleu par l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque.

Cette poudre, employée comme puissant astringent dans l'art vétérinaire, est connue sous le nom de poudre de Knaupp. (*Journal de Pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 décembre 1851. — Présidence de M. Guersant.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

Le ministre de la guerre informe M. le président que, d'après un rapport du conseil des armées, un abonnement est pris aux Mémoires et aux Bulletins de la Société de chirurgie pour la bibliothèque du Val-de-Grâce. Une lettre de remercîments sera adressée à M. le ministre de la guerre.

— M. Bonnet (de Lyon) adresse à la Société un mémoire ayant pour titre : *Nouvelles observations de ruptures d'ankyloses angulaires du genou, suivant la méthode de M. Palasciano*, modifiée par M. Bonnet, et demande le titre de membre correspondant. Une commission composée de MM. Chassaignac, Debout, Maisonneuve, est chargée de faire un rapport.

— M. Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique*, fait hommage de son journal à la Société. — Des remercîments unanimes sont adressés à M. Debout.

— M. Hairion (de Louvain) fait hommage à la Société d'un travail ayant pour titre : *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin, envisagé surtout au point de vue de ses applications en ophthalmologie.* — M. Demarquay est chargé de faire un rapport verbal.

— MM. Desgranges et Lafargue, médecins à Bordeaux, adressent un mémoire ayant pour titre : *Soupçon d'empoisonnement par l'acide arsénieux.* La cause présumée de la mort paraît être la circulation dans le système artériel des principaux organes d'une substance organique spéciale ayant l'aspect de corpuscules inorganiques, anatomie pathologique de cet état maladif du liquide sanguin, lié à une chlorose.

Varices. — Suite de la discussion.

M. Chassaignac revient sur les idées qu'il a émises dans la précédente séance touchant la cure des varices. Il insiste sur la nécessité de soumettre les malades à un traitement convenable parmi les personnes affectées de varices. Il en est un certain nombre pour lesquelles le traitement palliatif est impossible, à cause des professions qu'elles exercent.

M. Lenoir. J'ai eu occasion, à Necker, de voir bon nombre de malades opérés par Bérard. Non-seulement je n'ai point constaté

de succès par la cautérisation avec la pâte de Vienne, procédé opératoire auquel s'était arrêté Bérard, mais encore j'ai vu des malades dont la situation était aggravée. Ils avaient de l'œdème des membres inférieurs, déterminé par la destruction des veines et des vaisseaux lymphatiques. Pour cette raison, je préfère un traitement palliatif fait avec un bas lacé en caoutchouc vulcanisé qui maintient le membre, et empêche les varices de se développer et de se rompre. . . . .

M. Huguier. J'ai vu, comme mes collègues, des malades opérés par MM. Velpeau et Bérard sans avantage aucun. J'ai fait des recherches dans le but de déterminer quelle était la cause constante de ces insuccès, et j'ai démontré que les veines superficielles des membres s'anastomosent largement avec les veines profondes; d'où le rétablissement facile de la circulation. De plus, j'ai démontré qu'il existe une veine plus ou moins développée partant de la saphène externe pour aller se jeter dans la sciatique, et que j'ai appelée *sciatico-poplitée* Voilà, suivant moi, la cause des insuccès des opérations tentées pour oblitérer les veines.

M. Michon. La question de la curabilité des varices soulevée à propos du travail de M. Demarquay est intéressante. Beaucoup de chirurgiens, à Paris, semblaient revenus des espérances qu'ils avaient conçues à l'occasion des différents modes de traitement qui avaient été appliqués aux varices de veines; mais, à Lyon, plusieurs chirurgiens éminents et, à Paris, M. Chassaignac se montrent encore partisans de la cure radicale des varices. J'espère que les résultats qu'ils obtiendront seront plus probants que ceux obtenus par leurs prédécesseurs dans la même voie. Il semble que la nature elle-même soit impuissante à oblitérer les veines. Ne voyons-nous pas très souvent l'inflammation survenir dans les veines variqueuses et amener l'oblitération de celles-ci? Eh bien! grâce à la circulation qui se fait par les voies collatérales, ces veines oblitérées redeviennent perméables comme avant. J'ai vu beaucoup de malades opérés par des chirurgiens distingués, et je n'ai observé aucun résultat heureux de ces opérations. M. Chassaignac nous dit que les malades opérés par la cautérisation doivent rester trente à quarante jours au lit. A-t-il cherché à déterminer ce que le repos seul peut donner dans ces circonstances? Si la cautérisation n'amène pas une oblitération complète des veines, si elle ne pallie que les accidents, je la rejette à cause des traces indélébiles qu'elle laisse, et je préfère de beaucoup les moyens palliatifs signalés par M. Lenoir.

M. Chassaignac. La question en litige ne peut être jugée que par les faits. Je m'engage à mettre la Société à même de juger par elle-même, en lui présentant le malade que je soumettrai à une opération; j'ajouterai seulement, en terminant, que, pour guérir, il faut oblitérer la transformation fibreuse des veines et soumettre les malades au repos pendant un certain temps.

Discussion sur la lymphorrhagie.

M. Lebert insiste, à l'occasion du procès-verbal, sur la profonde différence qui existe entre la lymphe telle qu'elle a pu être recueillie sur le malade de M. Demarquay et la lymphe coagulable des produits inflammatoires. Ce sérum, qui, un moment abandonné, a été de nouveau mis en usage par quelques pathologistes de ces derniers temps, ne renferme qu'une notion erronée; les globules de la lymphe sont on ne peut plus différents de ceux du pus, et le sérum de la lymphe se distingue encore de celui du pus par la formation constante d'un caillot fibrineux immédiatement après que la lymphe est sortie du vaisseau.

M. Lebert exprime ensuite l'opinion que probablement beaucoup de cas de sécrétion lactée par une autre partie du corps que par la glande mammaire ne sont autre chose que des varices lymphatiques qui fournissaient de temps en temps des lymphorrhagies. Tel était probablement un cas qu'il a observé en 1833 à Zurich, cas dans lequel c'est par le scrotum que se faisait de temps en temps une sécrétion d'apparence lactée, liquide qui offrait tous les caractères de la lymphe qui nous a été présentée par notre collègue M. Demarquay.

M. Demarquay. Comme M. Lebert, en observant la lymphorrhagie dont j'ai rendu témoin la Société de chirurgie, je me suis demandé si certaines collections de liquide d'apparence laiteuse n'étaient point dues à une collection de lymphe. Quant au fait curieux observé par M. Vidal et auquel il a donné le nom de galactocèle, je ne crois pas que dans ce cas on ait eu affaire à du lait. Ce liquide est trop complexe pour qu'il puisse être fourni par l'exhalation d'une membrane séreuse; il faut qu'il soit élaboré par une mamelle, et je ne sache pas qu'aucun organe de ce genre ait jamais été trouvé dans la région scrotale. L'analyse chimique, faite par M. Lecomte, préparateur de M. Magendie, et M. Grassi, pharmacien de l'hôpital du Midi, ne démontre pas d'une manière certaine que le liquide retiré par M. Vidal fût du lait : il manque un élément important, le phosphate de chaux; le sucre, s'il existe, est à peine notable. M. Lecomte, à qui je montrais de la lymphe recueillie en votre présence et à qui je posais la question suivante : A quoi comparez-vous ce liquide? me répondit sans hésiter : Au liquide qui m'a été remis par M. Vidal. Si le galactocèle n'existe pas, le fait de M. Vidal n'en est pas moins curieux. Ce liquide pris pour du lait, serait-ce par hasard de la lymphe coupée avec les vaisseaux lymphatiques du scrotum dilatés? Ces derniers se seraient-ils rompus dans la tunique vaginale? A la rigueur, cela est possible, mais non démontré. Sans invoquer la présence du lait dans la tunique vaginale, on comprend qu'un liquide d'apparence laiteuse puisse s'y rencontrer.

M. Debout. Je ferai remarquer à M. Demarquay que M. Vidal signale positivement dans la composition du liquide qu'il a retiré de la double tumeur des bourses de son malade du sucre et une matière très analogue à la caséine. Comme M. Demarquay, je soupçonne quelque erreur dans cette analyse.

Le hasard, qui se plaît à grouper les faits les plus insolites, soumettait pour la première fois à l'observation de M. le professeur Velpeau, après un mois d'intervalle, un fait semblable à celui de M. Vidal. Le liquide tiré de l'hydrocèle d'un homme de trente-quatre ans, d'assez chétive apparence, présentait, aussitôt sa sortie de la tunique vaginale, toutes les apparences du lait; mais, après quelque temps de contact avec l'air, il a pris une teinte brun-foncé. L'analyse complète n'a pas été publiée; cependant un premier examen a permis à M. Chevalier de constater de l'albumine, du sang et du pus. Le fait de M. Demarquay appellera l'attention sur les analyses ultérieures; mais un enseignement reste qu'il importe de mettre en relief, c'est que, toute diverse en apparence que se soit montrée la composition des liquides, ces cas d'hydrocèles n'en ont pas moins guéri sous l'influence des injections iodées.

Kystes de l'ovaire.

M. Huguier lit un rapport au nom de la commission chargée d'examiner le travail de M. Ad. Richard, dans lequel l'auteur démontre que certains kystes de l'ovaire viennent s'ouvrir dans la trompe. M. le rapporteur, après avoir rendu un compte exact du fait anatomique observé par M. Richard, examine si, dans d'autres localités de l'organisation, il n'a point été donné au médecin d'observer quelque chose d'analogue à ce qu'a signalé M. Richard. Ces recherches de M. le rapporteur n'ont pas pour but de diminuer l'intérêt qui s'attache au travail qu'il était chargé d'examiner; bien loin de là, il regarde M. Richard comme ayant le premier bien vu la communication du kyste de l'ovaire avec la trompe; il signale l'importance de cette communication, et propose à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son intéressant travail au comité de publication.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Demarquay.

LEÇONS D'HYGIÈNE,

Par M. L. Fleury.

M. Fleury a eu l'heureuse idée de faire tirer à part les leçons d'hygiène que nous avons publiées dans notre journal. La première livraison, composée de dix feuilles, est déjà en vente depuis une quinzaine de jours. Nous n'avons pas à rendre compte de ces leçons, dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier le mérite, et dans lesquelles M. Fleury a su envisager l'hygiène sous un point de vue aussi nouveau que savant.

Ce que nous devons dire ici, c'est que le succès de la publication a été complet, et que pour satisfaire aux désirs des lecteurs M. Fleury s'est vu obligé de hâter la publication des livraisons suivantes. Les nécessités du journalisme entraînant des longueurs considérables pour un livre de longue haleine, nous avons dû rendre à M. Fleury la liberté de publier directement les livraisons qui paraîtront prochainement à la librairie de Labé, place de l'Ecole-de-Médecine, où l'on peut dès à présent se procurer la première.

Chronique et nouvelles.

Dans la visite que M. le président de la République a faite au Val-de-Grâce pour visiter les militaires blessés dans les journées des 3 et 4 décembre, il a décerné la croix d'officier de la Légion-d'Honneur à M. Hipp. Larrey.

— *Concours pour la chaire d'hygiène vacante à la Faculté de Paris.* — Sur les dix juges de la Faculté qui doivent siéger dans ce concours, huit sont déjà connus; ce sont MM. Orfila, Bérard, Andral, Adelon, Rostan, Trousseau, Gavarret et Requin. Les deux autres juges doivent être tirés au sort entre MM. Denonvilliers, Nélaton, Bouillaud et Laugier.

— Nous croyons devoir rappeler à nos lecteurs que la séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu demain mardi, 16 courant, à trois heures, dans le local habituel des séances de l'Académie, rue des Saints-Pères.

— *Errata.* — Dans le dernier premier-Paris, 1re colonne, ligne 19, après ces mots : *lorsque la doctrine*, ajoutez : de l'*inoculation*; colonne 2, ligne 32, au lieu de : *accidents secondaires*, lisez : *accidents primitifs;* page 2, colonne 1, ligne 33, au lieu de : M. *Cazeaux*, lisez : M. Cazenave.

HUILE D AIX.

Je salue mes confrères, et prie de m'excuser ceux à qui je n'ai point expédié d'huile l'an passé, malgré leur demande. Nos qualités étaient médiocres, je les en avais prévenus, et il m'a été bien difficile d'en expédier une petite quantité assez passable.

Notre récolte vient de commencer, et tout fait penser que l'huile sera excellente, supérieure à celle que je fournis depuis deux ans. Je m'adresse aux médecins vétérinaires et aux pharmaciens comme à mes confrères, et prie tous les membres de la grande famille médicale de favoriser une entreprise qui leur appartient. Cette entreprise est honorable sous tous les rapports; formée dans des temps difficiles, elle a pour but le commerce, la confiance, la probité, la paix, puis la création d'un petit fonds de prévoyance pour ceux qui s'occupent de l'art de guérir.

Il est temps que nous placions les huiles d'olive sous notre surveillance; il est temps que le corps médical, dans l'intérêt de la santé publique, porte son attention sur les denrées qu'on altère. Je dis cela à tous les confrères de France et à ceux qui y sont étrangers. Cette entreprise, élevée à des proportions faciles à atteindre, devient un avantage pour le public, un exemple pour le commerce, pour nous un moyen d'amitié et de sécurité.

L'huile vierge première qualité vaudra, sur place, 2 fr. le kilog. L'huile sera expédiée dans des boîtes de fer-blanc. Les recouvrements se feront sans frais, à domicile, par des mandats, après lettre d'avis contenant facture.

N. B. Une simple lettre de demande d'un confrère ou signée de lui, à M. Rondard, doct. à Grans, par Salon (Bouches-du-Rhône).

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 146. — JEUDI 18 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 146. — JEUDI 18

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois p
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SA

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

AVIS AUX ABONNÉS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin du mois sont priés de le renouveler avant cette époque.

L'envoi de mandats de poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour faire parvenir l'argent.

Les mandats de 10 fr. et au-dessous étant exempts de timbre, on peut envoyer :

Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 8 fr. ;

Pour un abonnement d'un an, trois mandats de 10 fr.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Le prix des années antérieures est de 17 fr. 20 centimes, reliure comprise.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1851.

Séance solennelle de l'Académie de médecine.

Une foule compacte encombrait hier l'étroite enceinte de l'Académie de médecine. A trois heures précises le bureau était à son poste; les trois membres qui le composent étaient seuls revêtus du costume officiel. Le vénérable Mérat n'a eu dans M. Patissier que la moitié d'un successeur. M. Patissier sait bien tenir une caisse; mais il paraît avoir peu de goût pour l'épée et l'habit brodé.

M. Gibert est d'abord descendu à la tribune; il a rendu compte des divers concours ouverts devant l'Académie, et il a terminé son rapport en honorant la mémoire du respectable et modeste Capuron par quelques mots d'éloge vivement sentis, et auxquels l'Académie tout entière a été heureuse d'applaudir.

M. le président a proclamé ensuite le nom des lauréats.

Enfin, M. le secrétaire perpétuel a pris la parole pour prononcer l'éloge de Hallé.

M. Dubois, quoique assez jeune encore au secrétariat, compte déjà des antécédents et des succès difficiles à soutenir. Pour soutenir les succès du genre de ceux des Louis, des Vicq-d'Azyr et des Arago, il est deux conditions indispensables : d'abord le talent de l'écrivain, et ensuite le caractère du personnage à louer. Cette dernière condition seule a fait défaut à M. le secrétaire perpétuel. M. Dubois n'a pas oublié les ressources du style. Comme toujours, il a su trouver les inspirations et le débit de l'orateur quand l'occasion s'est présentée, et toujours alors il a su toucher et émouvoir; mais dans la vie de Hallé ces occasions ont été assez rares. Cela est triste à dire; mais il n'est que trop vrai: un savant éminent, un homme d'une vertu éprouvée est un sujet ingrat d'oraison funèbre, quand, dans la vie de ce savant ne se trouvent pas des luttes scientifiques, des idées originales, des doctrines importantes à attaquer ou à défendre, des vicissitudes sociales à raconter, à définir, à expliquer. Or, rien de cela ne se trouve dans la vie placide du vertueux Hallé. Les quelques nuages ou les quelques étincelles qui ont traversé cette vie douce et monotone, M. Dubois a su les saisir, les interpréter avec bonheur et soulever les applaudissements de l'auditoire; mais le plus souvent il n'a pu que parcourir le cours

..... d'un ruisseau qui, sur la molle arène,
Dans un pré plein de fleurs lentement se promène;

et, quoi qu'en ait dit l'illustre législateur du Parnasse, le torrent débordé est bien préférable pour un orateur.

En résumé, à la lecture, le discours de M. Dubois ne sera point inférieur à ceux qui ont justement fondé sa réputation; mais, à la tribune, son succès n'a pas été celui qu'aurait pu légitimement ambitionner l'éminent secrétaire perpétuel. — H. de Castelnau.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 16 décembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

M. Gibert, secrétaire annuel, lit un rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1851, et termine par quelques éloges sur Capuron.

— M. le président proclame ensuite les noms des lauréats, et annonce les sujets des prix pour 1852, 1853 et 1854.

PRIX DE 1851.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question des tumeurs blanches. Ce prix était de 1,500 fr.

L'Académie accorde : 1° le prix à M. le docteur A. Richet, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté, auteur du mémoire n° 5; 2° une mention honorable à M. le docteur A. Legrand, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. Portal. — Faire connaître, en s'appuyant sur des observations microscopiques suffisantes, l'anatomie normale du foie et la nature de l'altération pathologique connue sous le nom de *foie gras*. Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie décerne un prix de 1,000 fr. à M. Lereboullet, docteur en médecine et docteur ès-sciences, professeur d'anatomie comparée à la Faculté de Strasbourg, auteur du mémoire n° 3.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Des convulsions. » Trois mémoires avaient été envoyés au concours; aucun d'eux n'a été jugé digne de récompense.

L'Académie déclare que cette question ne sera pas remise au concours.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — Au meilleur ouvrage sur la mélancolie. Ce prix était de 1,800 fr.

L'Académie accorde : 1° un encouragement de 600 fr. à M. le docteur Poterin du Motel, auteur du mémoire n° 3; 2° une mention honorable à M. le docteur Le Tertre-Vallier, médecin à Amiens, auteur du mémoire n° 2.

Ce prix, étant triennal, ne sera décerné qu'en 1854, et il sera, pour cette fois, de 3,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1853.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Existe-t-il des *paraplégies* indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal, membre de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*; du traitement préservatif et curatif de cette maladie. » — Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met au concours la question suivante : « Faire l'histoire du *tétanos*. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron, membre de l'Académie. — L'Académie divise, pour cette fois, la somme disponible et propose deux prix, dont l'un, de la valeur de 1,000 fr., sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante: « Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. »

Pour le second prix, de la valeur de 1,500 fr., l'Académie a formulé une question qu'elle croit devoir faire précéder des considérations suivantes :

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires, les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes : en conséquence, le prix à décerner à l'auteur du perfectionnement jugé assez important pour la seconde période (1844 à 1850) sera de la valeur de 12,000 fr.

Prix de l'Académie. — « Du seigle ergoté considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal. — « L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

« Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître dans les eaux minérales les corps simples ou composés tels qu'ils existent réellement à l'état normal. »

L'Académie croit devoir rappeler ici les prix proposés pour 1852.

Prix fondé par M. Itard, membre de l'Académie. — Ce prix, qui est triennal et de 3,000 fr., devra être décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée; et, pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Le concours étant ouvert depuis le 22 septembre 1849, le prix sera décerné en 1852.

Prix fondé par M. d'Argenteuil. — Extrait de son testament. — « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 francs pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rentes sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté pendant cet espace de temps aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Les méthodes d'analyses des *eaux minérales* ont reçu dans ces derniers temps des perfectionnements considérables et y ont fait découvrir un assez grand nombre de principes minéralisateurs qu'on n'y soupçonnait pas auparavant; considérée sous ce rapport, la connaissance des eaux minérales laisse peu à désirer, car elle démontre les substances qui les composent aussi exactement qu'il est possible de l'espérer dans l'état actuel de la science; mais dans quel ordre ces substances s'y trouvent-elles combinées? Quelle est finalement la *constitution chimique normale* de ces eaux? C'est encore un problème à résoudre pour la plupart d'entre elles.

Dans l'état actuel des choses, le chimiste isole des acides, des bases, des matières organiques, des gaz, etc., et quand il a constaté leur qualité et leur poids, il les combine ensuite, suivant certaines considérations théoriques, pour en former les composés qu'il suppose devoir exister dans ces eaux à l'état de nature; quelquefois aussi il se contente d'isoler les corps, d'en établir les proportions relatives et d'en faire une simple nomenclature, sans recourir à aucun essai synthétique. Tout en appréciant l'importance de ces résultats, on ne peut méconnaître tout ce qu'ils laissent à désirer, et c'est en vue d'y satisfaire autant que possible que l'Académie met au concours la question suivante :

Prix fondé par madame de Civrieux. — « Etiologie de l'épilepsie; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement, soit préventif, soit curatif, de la maladie.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1852.

N. B. Tout concurrent qui se fera connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

— M. le secrétaire perpétuel prend ensuite la parole, et s'exprime en ces termes:

Eloge de Hallé.

Messieurs,

Quand l'Académie royale de chirurgie et l'ancienne Société royale de médecine furent rétablies, en 1820, sous le nom d'*Académie royale de médecine*, la nouvelle institution s'empressa de recueillir dans son sein les rares et glorieux survivants de ces deux célèbres compagnies. Il en était un, illustre entre tous, plein d'honneur et de science, de modestie et de désintéressement, appartenant par son âge, ses travaux et sa renommée à cette génération de savants qu'on aurait pu tout aussi bien rapporter au dix-huitième qu'au dix-neuvième siècle; contemporain et collaborateur des Buffon, des Barthez, des Bordeu et des Lavoisier; collègue des Corvisart, des Chaussier, des Pinel et des Boyer; docteur régent de l'ancienne Faculté, l'un des professeurs de la nouvelle; membre de la Société royale de médecine, de l'Académie des sciences, et l'un des premiers titulaires de notre Compagnie; homme de bien par-dessus tout, esprit docte et gracieux, dignement célébré par Desgenettes et par Cuvier, et dont je n'ose aujourd'hui vous entretenir que pour réparer un long oubli, et afin qu'il ne soit pas dit un jour que, dans ce concert de louanges, l'Académie de médecine seule a fait défaut, que seule elle n'est point venue rendre hommage à la mémoire de son premier président annuel, de Jean-Noël Hallé!

M. Hallé était né à Paris, le 6 janvier 1754, de Noël Hallé et de Françoise-Geneviève Lorry; issu d'une famille dont tous les membres s'étaient fait un nom dans les arts, dans les lettres ou dans les sciences, il pouvait se dire fils, petit-fils, arrière-petit-fils, neveu, petit-neveu, arrière-neveu d'artistes, de littérateurs et de savants distingués.

Il comptait, en effet, dans cette lignée d'hommes de talent, son père d'abord, Noël Hallé, dont on voulait faire un architecte, et qui devint un peintre habile; pensionnaire de l'Académie de Rome dans sa jeunesse, puis membre de l'Académie royale de peinture, auteur de tableaux estimés : la *Course d'Atalante*, l'*Achille à Scyros*, et enfin directeur de l'Ecole de Rome;

Guy Hallé, son aïeul, connu par des ouvrages non moins recherchés; et enfin Daniel Hallé, son bisaïeul, dont le pinceau élégant et facile avait concouru à orner les églises de Paris.

En ligne collatérale, il trouvait du côté paternel les deux Jouvenet, Noël et Jean :

Noël, qui eut l'insigne honneur d'avoir été un des premiers maîtres du Poussin;

Jean, surnommé par ses contemporains le *Corneille de la peinture*, aimé et protégé de Lebrun, devant tout néanmoins à ses propres œuvres, directeur et enfin recteur perpétuel de l'Académie de peinture;

Jean Restout, neveu du grand Jouvenet et héritier de sa gloire, formé à l'art de la peinture par son père, Marc Restout, et par sa mère, Marie-Madeleine Jouvenet; successivement directeur, recteur et chancelier de l'Académie de peinture.

Dans la ligne maternelle, il pouvait citer Frémin et Forest, dignes de figurer dans cette généalogie, l'émule de Rigaud; le fin, l'élégant Largillère;

Et enfin les deux Lafosse; l'un, qui a trouvé sa gloire dans les belles peintures de la coupole des Invalides; l'autre, qui a trouvé la sienne sur la scène française, dans les beaux vers de *Manlius*.

Voilà, messieurs, de quelle famille était sorti M. Hallé. Il aurait donc pu dire de lui-même ce qu'il a dit si heureusement d'un de ses oncles dont je n'ai point encore parlé, de Lorry, que les premiers objets qui fixèrent ses regards furent les miracles des arts; les premiers sons qui frappèrent ses oreilles furent les chants des Muses, et le premier sentiment qui dut se développer dans son âme fut l'amour de cette gloire qui ne s'acquiert que par la vertu et par les talents.

Mais comment se fit-il que ce rejeton de tant d'artistes, que cet enfant des Muses, qui trouvait ainsi devant lui toute ouverte cette noble carrière des arts, préféra suivre le sentier de la science et devint un disciple d'Esculape?

C'est qu'il avait encore, je viens de le dire, un beau modèle, un noble exemple à suivre dans sa famille, celui de Charles-Anne Lorry, l'élève chéri de Rollin, le disciple fidèle de Ferrein et d'As-

de succès par la cautérisation il à la fois les qualités du savant et les
ratoire auquel s'était arrêté B' orné, étendu, aussi heureux dans sa
dont la situation était aggr-eservé dans ses mœurs; que j'aurai fait
bres inférieurs, détermi-aurai dit quelle était sa réponse à ceux qui
vaisseaux lymphatiques mbreux succès :
palliatif fait avec un uait-il, je ne me permettrai de dire j'ai *guéri*,
tient le membre ne des soins à un tel malade, et sa maladie s'est
terminée heureusement. »

Lorry avait conçu pour son jeune neveu le plus vif attachement; il s'en était en quelque sorte emparé; et comme il ne voyait rien au-dessus de la médecine, il avait résolu d'en faire un médecin. On lit dans une de ses biographies que Louis XV, l'ayant fait appeler lors de sa dernière maladie, lui demanda des détails sur sa famille. Lorry ne manqua pas de lui parler de son neveu Hallé; et comme le roi l'engageait à lui faire faire quelque grosse fortune dans la finance : « Non, sire, répondit vivement Lorry, mon neveu » aura un état modeste, mais honnête; il ne devra sa considération qu'à son mérite personnel et à ses talents; il ne fera d'ailleurs que suivre en cela l'exemple que lui ont donné ses parents.»

Il fut donc définitivement arrêté en famille que le jeune Hallé étudierait la médecine; c'était un enfant soumis, plein de déférence pour ses parents; il ne fit aucune objection; mais il est douteux qu'en cela on ait consulté ses premiers goûts et suivi ses penchants. Sans étude, sans direction et presque sans application, il avait acquis un remarquable talent pour le dessin; l'aspect d'une belle peinture le frappait déjà d'admiration; il est vrai que la musique le jetait dans de pareils ravissements; mais il n'avait alors que du respect pour les sciences, et s'il y acquit plus tard une véritable supériorité, ce fut au prix des études les plus fortes et les plus soutenues. Des monceaux de manuscrits conservés dans sa famille attestent l'étendue et l'opiniâtreté de ses premiers travaux. Déjà il obéissait à cette remarquable tendance de son esprit, qni le portait à embrasser à la fois presque toutes les connaissances humaines.

Admis à prendre ses grades dans l'ancienne Faculté de médecine de Paris, il en suivit avec ardeur tous les cours, et en subit ponctuellement les innombrables formalités. Après deux années de philosophie il dut en consacrer deux autres pour arriver au baccalauréat, puis deux autres encore pour arriver à la licence. Puis il allait passer à de nouvelles épreuves pour être admis à subir les examens du doctorat et de la régence, quand survint un événement qui devait interrompre momentanément ses études, mais pour laisser dans son esprit les plus heureux et les plus nobles souvenirs.

J'ai dit que son père avait été pensionnaire de l'Académie de Rome; cette institution, vers 1775, avait fini par tomber dans un tel état de langueur, que le gouvernement dut craindre un moment d'y voir tarir la source des talents.

Une réorganisation était devenue indispensable. M. Hallé fut chargé de cette mission difficile et délicate; il emmena avec lui son jeune fils; celui-ci n'avait que vingt et un ans, et il allait voir Rome! cette Rome antique que tant de fois il avait évoquée dans sa jeune imagination d'artiste et de savant, il lui fut enfin donné de la contempler, de visiter ses palais en ruines, ses temples, ses colonnes brisées que l'herbe couronne depuis tant de siècles, et tous ces débris enfin des gloires anciennes. M. Hallé passa sept mois dans la ville éternelle; le paisible pontificat de Benoît XIV avait fait des Romains le peuple le plus hospitalier de la terre. C'est là qu'il fit connaissance avec deux minimes français, le père Lesueur et le père Jacquier, savants commentateurs de Newton, qui ne contribuèrent pas peu à inspirer au jeune voyageur le goût des sciences exactes.

Tout en réorganisant l'Ecole de peinture, le père de M. Hallé avait su tout à la fois se concilier l'amitié de l'ancien directeur et l'attachement des pensionnaires. Aussi sa mission étant terminée, le gouvernement, comme témoignage de haute satisfaction, lui accorda le cordon de Saint-Michel et des lettres de noblesse.

Le jeune Hallé venait à peine de terminer ses études, lorsqn'en 1776 fut fondée la Société royale de médecine. Deux ans après, en 1778, il était admis dans son sein en qualité d'*associé ordinaire.*

C'était dans le feu des persécutions que la Faculté exerçait contre les membres de la nouvelle Société, et M. Hallé, en sa qualité de docteur régent, dut plus particulièrement encourir les colères de cette mère jalouse.

Cette corporation était restée telle qu'on l'avait vue au moyen âge, fière de son antiquité et de ses privilèges, se consumant en de vaines disputes et en stériles argumentations, jalouse de toute gloire contemporaine, et regardant comme une violation de ses privilèges toute critique des anciens, toute recherche de vérités nouvelles, toute réforme et tout perfectionnement. C'était bien là cette Ecole qui avait surnommé Riolan *le bouclier de la Faculté*, bien moins pour avoir pris la défense de ses statuts ou de son enseignement, que pour avoir combattu à outrance les belles découvertes de Guillaume Harvey, d'Asselli et de Pequet, c'est-à-dire la découverte de la circulation, celle des vaisseaux lactés et celle du réservoir des lymphatiques.

C'était bien cette Faculté qui avait applaudi à toutes les imprécations de Guy-Patin contre l'antimoine, à ses sarcasmes contre la chimie, et à cette guerre ridicule qu'il avait déclarée aux chirurgiens et aux apothicaires de son temps.

En vain le roi, par arrêt rendu en son conseil le 29 avril 1776, avait approuvé l'établissement de la nouvelle Société; en vain Turgot et Malesherbes lui avaient prêté leur appui. Trois ans après, la Faculté, par un arrêt, défendait encore à la Société de se réunir, et enjoignait à ceux de ses membres qui lui appartenaient d'avoir à y renoncer dans l'espace de sept jours, sous peine de se voir priver de tous droits, privilèges et honneurs, frappant ainsi les hommes les plus éminents, au nombre desquels se trouvaient Fourcroy et M. Hallé.

Lorry, aimé et respecté de tous, avait cherché à concilier les esprits. Tous ses efforts avaient échoué.

« Je quitte notre doyen, écrivait-il à Vicq-d'Azyr, en novembre » 1779; il m'a paru un fort galant homme, fort honnête et fort » civil..., mais, regardant notre Société comme un corps rival de la » Faculté, il m'en a dit très poliment le plus grand mal... »

C'est dans ces contestations que se passèrent les premières années de la Société, ce qui n'empêcha pas M. Hallé de prendre une part très active à ses travaux.

Dès l'année 1779 il avait publié un mémoire *Sur les phénomènes et les variations que présente l'urine considérée dans l'état de santé.* C'était un travail assez étendu; mais M. Hallé lui donnait, dans sa pensée, des proportions bien plus considérables. Il aurait exigé, disait-il, une suite de recherches auxquelles il ne se flatterait pas de suffire seul.

Dans le cours de la même année, il avait fait, avec MM. de Jussieu, Lalouette et Jeanroy, de nombreuses expériences pour déterminer *les propriétés de la racine de dentelaire.*

Livré en même temps à la pratique médicale, il publiait en 1781 des *Observations sur des ouvertures de cadavres*, et signalait des faits d'anatomie pathologique qui ne lui paraissaient pas s'accorder avec les phénomènes qu'il avait observés pendant la vie des malades.

Peu de temps après il publia son mémoire *sur le camphre*; il venait de faire une perte bien douloureuse, Lorry, son oncle, son ami, son bienfaiteur, n'était plus! « Si je me suis hâté, disait-il, » de présenter ces observations à mes confrères, c'est que, justement effrayé, au commencement d'une carrière difficile, du vide » affreux que laisse autour de moi une perte irréparable, j'ai dû » recourir à leurs lumières, et soumettre ces essais à leurs réflexions. »

Tout en restant fidèle à la Société de médecine, Lorry avait continué de donner des preuves d'attachement à la Faculté. Ce qui ne l'avait pas empêché d'essuyer les injustices les plus criantes. Sa santé en avait été profondément altérée. Après les grands froids de 1782 il avait été frappé d'apoplexie; puis survinrent des accidents qui le déterminèrent à se faire transporter aux eaux de Bourbonne, bien moins, dit un de ses biographes, dans l'espoir d'y rétablir sa santé que pour cacher à sa famille le spectacle de sa mort.

M. Hallé, dans sa modestie, n'éprouvait qu'un regret: c'était celui de ne pouvoir louer assez dignement la mémoire de cet oncle chéri. Vicq-d'Azyr, à la Société royale; Leroux des Tillets, à la Faculté, avaient prononcé l'éloge de Lorry; mais il semblait à M. Hallé que c'était surtout à lui que devait incomber ce pieux devoir. J'ai vu les fragments d'un éloge qu'il avait commencé. Quatre copies, toutes de sa main, montrent quelle persévérance il avait mise à ce travail et quelle perfection il aurait voulu y apporter. Dans son désespoir d'y parvenir, il pensa, et avec raison, que publier les travaux inédits de son oncle c'était encore faire son éloge; il donna tous ses soins au savant traité : *De præcipuis morborum mutationibus et conversionibus*, etc.

Jusque-là, on le voit, M. Hallé n'avait guère fait que préluder à des travaux plus importants, passant ainsi d'un sujet à un autre sans suivre encore de direction bien déterminée; mais, de 1782 à 1785, il entra en plein dans les études qui devaient désormais remplir toute sa vie, je veux parler de celles qui ont trait à l'*hygiène publique et à l'hygiène privée;* c'est à cette époque qu'il publia ses *Recherches sur la nature et les effets du méphitisme des fosses d'aisance.*

Dès l'apparition de ce travail, on fit à M. Hallé plusieurs critiques; quelques-unes étaient fondées et tenaient à la nature de son esprit, les autres étaient souverainement injustes. M. Hallé, du reste, allait lui-même au-devant des objections, et, loin de les dissimuler, il en reconnaissait toute la force; il avouait ingénument qu'il n'avait, en effet, donné pour conclusions que des difficultés à lever, des obscurités à éclaircir et des problèmes à résoudre; mais ses travaux, disait-il, avaient eu du moins ce résultat de bien exposer ces difficultés, de bien établir ces doutes et de bien poser ces problèmes.

M. Hallé se montrait déjà ce qu'il a été toute sa vie, un esprit élevé, scrupuleux, mais doutant de lui-même, ne pouvant limiter ni ses vues, ni ses recherches; tout était pour lui *essais*, *tentatives*, *préliminaires*; ne voyant point de bornes à la nature, il ne pouvait se décider à en mettre à ses travaux et à donner des conclusions définitives.

Il y avait à cette époque un recueil fait tout exprès, en quelque sorte, pour recevoir les productions d'un esprit aussi étendu et aussi abondant : c'était l'*Encyclopédie méthodique*; M. Hallé y faisait insérer ses articles *Afrique*, *Air*, *Aliments*, etc. Ce n'était point des articles, c'était des volumes, et il ne les donnait encore que comme de simples préliminaires; il va tout dire sur l'Afrique, et il vous prévient que le temps et l'espace ne lui permettront pas d'entrer à cet égard dans des détails assez complets. « Il espère qu'on lui pardonnera ses omissions et ses erreurs, en considérant que dans cet article il n'a prétendu que jeter les fondements d'un travail plus complet. »

L'article *Aliments* forme un demi-volume, et M. Hallé regrette de le laisser incomplet; il aurait dû y joindre deux autres parties, dit-il, mais il n'a fait que préluder à l'une d'elles, et, quant à l'autre, c'est à peine s'il en a donné une idée.

Plus M. Hallé pénétrait dans un sujet, plus il lui semblait qu'il restait à faire; la *physique médicale* était à ses yeux une carrière dont les limites semblaient indéfiniment se reculer. « Chaque siècle, disait-il, travaille pour le siècle suivant; c'est aux savants du dernier que nous devons les premiers rayons qui ont éclairé cette vaste carrière; cette aurore a pris de nos jours plus d'éclat; mais, à mesure que les lumières augmentent et que le jour s'élève, le terme de notre course semble s'éloigner davantage, et nous découvrons de plus en plus un horizon immense qui semble s'agrandir à mesure qu'il s'éclaire. »

Mais c'est surtout dans la conception de son *Plan d'un cours d'hygiène* que M. Hallé a montré cette tendance à embrasser ainsi toutes choses dans ses études, à remonter et à s'égarer dans toutes les sciences, accessoires ou non à son sujet. Il lui semblait que, pour savoir à fond quelque chose, il fallait parcourir l'arbre entier des connaissances humaines: aussi aurait-il été difficile de dire quelle science, quel art il n'avait point jugé à propos de comprendre dans ce vaste plan d'un cours d'hygiène; tout s'y trouve : *archéologie*, *astronomie*, *physique*, *chimie*, *histoire naturelle*, *agronomie*, *jurisprudence*, etc.; c'est que lui-même avait voulu tout étudier, tout connaître, savoir tout enfin et quelque chose encore au delà.

La première édition de ce plan avait paru en 1791 dans le journal que publiait Fourcroy sous le titre de *Médecine éclairée par les sciences accessoires*; la seconde en l'an VI dans l'*Encyclopédie méthodique.*

M. Hallé veut qu'on y expose l'origine des différents peuples, qu'on fasse connaître leur législation, leurs mœurs et leur police, qu'on pénètre ensuite dans toutes les écoles philosophiques; et cette introduction, toute vaste qu'elle est, ne lui suffisait point : il en demandait une autre qui eût compris la géographie physique et médicale, plus une connaissance physique et médicale de l'histoire, et ce n'est qu'à la suite de tous ces préliminaires qu'il plaçait enfin sa grande division de l'hygiène proprement dite.

Le temps ne me permettrait pas, messieurs, de faire connaître ici l'économie détaillée de ce plan; il me suffira de dire qu'on aurait pu y faire entrer toute une bibliothèque, et c'est ce qu'aurait fait très volontiers M. Hallé. Il n'y a pas jusqu'aux deux sciences qu'il devait supposer connues, l'anatomie et la physiologie, qu'il n'ait reprises presque entièrement pour les restituer à l'hygiène.

Ainsi, sous le prétexte de faire connaître la *percepta*, il reprend toute l'histoire des *sens*, tant internes qu'externes, puis les *passions*, puis l'histoire de l'intelligence elle-même.

Et, comme l'homme placé au sein de l'univers doit en éprouver les influences, M. Hallé trouve qu'on ne saurait se dispenser de faire connaître et ces influences et l'univers lui-même; et alors viennent, comme autant de chapitres, la succession des temps, les influences sidérales et solaires, les changements naturels et accidentels du globe, les tremblements de terre, les inondations, etc.

Ne semble-t-il pas que tout doive être terminé et qu'on soit arrivé aux dernières limites de l'hygiène? Il n'en est rien, cependant; il semble que M. Hallé aurait eu regret de laisser quelque chose en dehors de son plan; sous le titre de *Conséquences de l'hygiène*, il fait de nouvelles excursions non-seulement dans l'histoire des épidémies et des endémies, mais encore dans l'histoire des maladies individuelles.

Telles sont, messieurs, les principales dispositions de ce plan resté célèbre dans nos Ecoles, qui fut l'objet des constantes méditations de M. Hallé, sans l'empêcher toutefois de se livrer à des travaux d'une utilité plus immédiate et plus pratique.

Souvent consultée par le gouvernement sur des questions d'hygiène publique, la Société royale s'en remettait à M. Hallé et pour les expériences qu'il y avait à faire et pour la rédaction des rapports.

Ainsi, en 1790, la municipalité de Paris, désireuse d'augmenter sa popularité, s'était mise à faire faire enquêtes sur enquêtes à l'effet de constater les différentes causes d'insalubrité locale.

Il est un petit cours d'eau qui avait plus particulièrement excité l'attention de l'édilité parisienne; située au sud-est de Paris, cette petite rivière serpente d'abord dans une délicieuse vallée, limpide et bordée de frais ombrages; mais bientôt, et à mesure qu'elle s'approche de la ville, mise à contribution par toutes sortes d'industries, elle prend une couleur noire, un aspect fangeux et exhale une odeur fétide : c'est la Bièvre, qui laisse longtemps reconnaître dans le lit de la Seine le tribut immonde qu'elle lui apporte.

M. Hallé, dont les lumières avaient été invoquées à ce sujet, lut à la Société un mémoire intitulé : *De l'état actuel du cours de la rivière de Bièvre.* C'était un travail intéressant qui renfermait des réflexions judicieuses; mais à cette époque ce n'était pas seulement la petite rivière de Bièvre qui se trouvait dans d'aussi fâcheuses conditions, c'était la Seine elle-même. Le 14 février 1790, deux membres de la Société de médecine, MM. Boncerf et Hallé, furent chargés de visiter ses deux rives, depuis le Pont-Neuf jusqu'à la Râpée et jusqu'à la Garre, et ils consignèrent dans un procès-verbal le résultat de leurs recherches.

Le voyageur qui parcourt aujourd'hui ces deux rives ne saurait se faire une idée de l'état dans lequel se trouvait alors cette partie du fleuve.

Au lieu de ces beaux quais largement dallés, plantés d'arbres et bordés de somptueux édifices, de ces ponts découverts, de ces ports si bien dessinés et si propres, et de ce vaste horizon que l'œil découvre de toutes parts, on trouvait, attenant au Pont-Neuf, un immense atterrissement couvert d'immondices et d'ordures, atterrissement qui se prolongeait sous la première arche de chaque pont pour gagner l'île Louviers. Les couches supérieures en étaient formées et par les latrines des maisons qui couvraient alors les quais et les ponts, et par les issues des boucheries et des tueries qui s'étendaient du Grand-Châtelet au centre de Paris.

La rive gauche n'était guère mieux partagée; là où commençait le marché au fruit et au foin, le lit de la rivière se trouvait resserré par une boue végétale en fermentation, formée presque uniquement de débris de fougère et de foin, et dont l'infection se répandait jusque dans les faubourgs Saint-Marcel et Saint-Jacques.

Un pareil état de choses n'exigeait rien moins que les immenses travaux qui depuis ont été accomplis, travaux dont le gouvernement, en 1790 et 1791, pouvait bien constater l'urgence, mais que les événements de la révolution allaient indéfiniment ajourner; ces événements forcèrent M. Hallé lui-même d'interrompre ses études, et de se livrer exclusivement à la pratique de la médecine. Je dirai tout à l'heure comment, ayant cessé pour un moment d'être un homme d'études et de méditation, il était devenu un homme d'action et de dévouement. Mais dès que survinrent des jours meilleurs, M. Hallé reprit avec joie toutes ses études. La Convention avait employé les derniers mois de son existence à réédifier cette même Société, qu'elle avait tant effrayée et si profondément désorganisée; une de ses premières mesures en ce qui concernait l'enseignement avait été l'établissement des écoles de santé. Le personnel de l'Ecole de Paris fut presque entièrement choisi par Fourcroy, qui n'eut garde d'oublier son ancien collègue M. Hallé; le 13 frimaire an III, il fit créer pour lui la chaire de physique médicale et d'hygiène.

Bien qu'âgé alors de plus de quarante ans et malgré son titre de docteur-régent, M. Hallé n'avait jamais professé; l'ancienne Faculté l'en avait empêché en d'autres temps, à cause de son attachement pour la Société royale : il manquait, par conséquent, de cette facilité et de cette aisance que donne l'habitude de l'enseignement. Il avait, il est vrai, profondément étudié toutes les sciences accessoires à la médecine, et il s'était initié à la connaissance des anciens dans leur propre langue; mais toutes les choses qu'il connaissait et possédait si bien se multipliaient et se pressaient tellement dans son esprit, que c'est à peine si, dans l'espace d'une année, il pouvait en terminer l'introduction.

M. Hallé embrassait trop d'objets à la fois, ou du moins il les voyait sous des faces trop multipliées pour pouvoir apporter dans leur exposition ce choix, cette méthode et surtout cette précision qu'exige un bon enseignement.

Il y avait en lui comme un trop-plein qui ne pouvait que déborder confusément; écloses pour ainsi dire toutes à la fois dans son intelligence, les idées semblaient arriver en tumulte sur le bord de ses lèvres, et, obligé qu'il était de les faire toutes passer par cette étroite filière de l'énonciation orale, on le voyait tantôt s'arrêter, ne sachant auxquelles donner la préférence, et tantôt s'égarer en d'interminables digressions.

Si j'osais ici me servir d'une comparaison, je dirais qu'en voyant cette belle intelligence aux prises avec toutes les difficultés de l'élocution, il me semblait assister au spectacle d'une foule libre et flottante dans une vaste enceinte, et qui, à un moment donné, veut se précipiter au dehors par une étroite et unique issue.

Disons, cependant, que ceux de ses élèves qui ne se sont point laissé rebuter par ces dehors et qui ont suivi assidûment ses leçons en ont retiré de précieux enseignements.

M. Hallé était un de ces hommes dont la fréquentation et le commerce ne peuvent jamais qu'être profitables; après avoir longtemps suppléé Corvisart au Collége de France, il y avait été nommé professeur par décret impérial du 24 pluviôse an XIII.

L'enseignement de la médecine au Collége de France n'était plus ce qu'il avait été dans les premiers temps de cette institution; le professeur ne devait plus se borner à lire et à commenter les pères de la médecine grecque, à recueillir des variantes et à rétablir des textes. Mais la médecine antique y était encore en grand honneur, et c'était un genre d'enseignement qui convenait de tout point à M. Hallé; il y agrandit, comme on le pense bien, et démesurément, le cadre qui lui était tracé, sans toutefois le dénaturer. Hippocrate était son point de départ; il commençait, conformément à son programme, par une savante interprétation de ses œuvres, puis il suivait l'histoire de la médecine dans la série des premiers monu

ments écrits de l'art. Il admirait Hippocrate, mais il ne le donnait pas comme un oracle infaillible; ce qu'il voyait surtout dans ses œuvres, c'était les premières tentatives du génie.

Le cours que professait M. Hallé était à la fois un cours de philologie, d'histoire, de morale et de haute philosophie. Helléniste profond, érudit sagace et ingénieux, il trouvait des explications heureuses aux passages les plus obscurs des écrivains de cette époque; il y montrait l'observation faible d'abord et incertaine, portant sur des faits mal étudiés et incomplets, puis sur des faits plus nombreux et mieux décrits, puis sur des faits rapprochés, comparés et susceptibles de donner lieu à des déductions lumineuses.

Telles étaient les vérités auxquelles M. Hallé cherchait à initier ses auditeurs, tout en les émerveillant par la profondeur et l'étendue de ses connaissances, la sagacité de ses aperçus et la force de ses raisonnements; placé ainsi dans l'ordre du temps entre deux grands praticiens, entre Corvisart qui l'avait précédé et Laënnec qui devait lui succéder, M. Hallé rappelait le premier par l'exquise urbanité de ses formes, et il pouvait faire présager le second par les ressources de son érudition.

Toutefois, la véritable place de M. Hallé était plutôt marquée dans un fauteuil académique que dans une chaire de professeur; c'était là que la révolution l'avait trouvé, c'est là qu'elle finit par le remettre.

Dès l'année 1796, en effet, c'est-à-dire dès la création de l'Institution, M. Hallé fut admis dans la classe des sciences physiques et mathématiques, section *de medecine et de chirurgie*. C'était une section toute nouvelle dans l'Académie des sciences, et dont la création avait excité quelque susceptibilité; non que ce corps savant n'eût déjà compté dans son sein, et à toutes les époques, de célèbres médecins, depuis Fagon, Tournefort et Winslow, jusqu'à Daubenton, Lassone et Vicq-d'Azyr. Mais, comme le disait l'un des historiens de cette Compagnie, c'était plutôt de leurs découvertes dans les sciences naturelles que des services rendus à la société dans l'exercice de la médecine que les hommes éminents tiraient leur titre d'admission; leurs travaux, ajoutait M. Cuvier, consignés dans des monuments écrits, permettaient de fixer positivement les rangs que doivent occuper leurs auteurs dans l'histoire des sciences; tandis que les médecins livrés exclusivement à la pratique ne laissent souvent après eux que doutes et incertitudes. Vainement, reprenait M. Cuvier, on interrogerait sur leur histoire, même lorsqu'ils leur survivent, ceux qu'ils ont arrachés à la douleur et à la mort; ceux-ci ont éprouvé leurs bienfaits sans pouvoir en juger le mérite, c'est comme par un dieu inconnu qu'ils ont été soulagés.

Hâtons-nous de dire que, de l'aveu de M. Cuvier lui-même, ces dernières réflexions ne pouvaient s'appliquer à M. Hallé, admis dans le sein de l'Institut bien plutôt comme savant que comme praticien; M. Hallé pouvait y être jugé par ses pairs et devant ses pairs; et je ne ferai encore qu'emprunter les paroles de M. Cuvier quand je dirai que M. Hallé ne s'y montra pas moins actif qu'en d'autres temps à la Société royale de médecine, et qu'il y a traité les plus grandes questions de la science médicale, soit dans les mémoires où il consignait ses propres vues, soit dans les rapports qui lui étaient demandés. Je ne citerai de ces derniers que les plus importants. Au commencement de ce siècle, une grande découverte allait être communiquée au monde savant; l'heureuse Angleterre, qui déjà avait vu naître dans son sein Guillaume Harvey, Thomas Sydenham, Willis, Pringl, Fotbergih et tant d'autres grands médecins, venait de trouver dans l'un de ses enfants l'auteur de cette nouvelle et impérissable découverte.

Il y avait dans le Glocestersbire, et depuis de longues années, une tradition très rassurante; on y était persuadé que les personnes assez heureuses pour avoir été atteintes d'une éruption qui se déclare parfois au pis des vaches étaient, par cela même, à jamais préservées de cette éruption meurtrière qu'on appelle *petite vérole*.

Un médecin de ce pays, élève distingué de John Hunter, mais qui jusque-là ne s'était guère occupé que d'ornithologie, Edwards Jenner, commence par s'enquérir de tous les faits qui avaient pu donner lieu à cette croyance; il constate qu'elle était aussi ancienne que générale. Dès le temps des derniers Stuarts, la belle duchesse de Cléveland, favorite de Charles II, était restée en pleine sécurité au milieu d'une affreuse épidémie de petite vérole; née dans Glocestershire, elle disait qu'elle n'avait rien à craindre, puisqu'elle avait eu, dans son pays, la maladie qui en préservait.

Jenner se demanda alors, et c'était la plus heureuse des inspirations, si, pour étendre le bienfait de cette préservation au monde entier, il ne serait pas possible de faire, au moyen d'une insertion artificielle, ce que le simple contact produisait ainsi accidentellement; il dut pour cela en appeler à l'expérience, et, en 1796, pour la première fois, il inocula le fluide contenu dans les pustules, non pas directement du pis de la vache à l'homme, mais (l'histoire a conservé leurs noms) des mains de la laitière Sarah Nelmes au bras de l'enfant Philipps; puis il répéta et varia ses expériences jusqu'à ce qu'il eût mis hors de doute l'innocuité et l'efficacité de ce mode de transmission.

Telle était, messieurs, la découverte que venait de faire Jenner, et à laquelle on donna le nom de *vaccine*, comme pour rappeler à jamais sa source primitive.

Je viens de le dire, c'était aux premiers jours du dix-neuvième siècle; toutes les nations civilisées s'empressèrent de l'adopter et d'en favoriser dans leur sein la bienfaisante propagation. L'Institut de France avait nommé une commission composée de MM. Portal, Fourcroy, Huzard et Hallé.

C'est le 23 ventôse an XI que M. Hallé lut son rapport; s'élevant au-dessus de tous les préjugés nationaux, il disait, en parlant de Jenner, que, « s'il est un pays qui ait droit plus spécialement de » se glorifier de sa découverte, il n'en est aucun qui ne lui doive » un tribut égal de gratitude, les avantages que chaque contrée » en retire étant en proportion de sa population. »

Mais, après Jenner, il était des hommes généreux qui avaient des droits incontestables à la reconnaissance de notre pays, et c'est ce que M. Hallé n'a eu garde d'oublier.

« La France, disait-il, doit d'abord des témoignages éclatants de » sa reconnaissance à Woodville, qui, pendant les fureurs de la » guerre, est venu reproduire au milieu de nous le germe de la » vaccine échappé de nos mains. »

Rendant ensuite un hommage non moins mérité à M. de Larochefoucault-Liancourt et à M. Husson, l'un président, l'autre secrétaire du premier comité institué pour propager en France les bienfaits de la vaccine, M. Hallé déclarait que ses collègues et lui avaient été des témoins d'autant plus impartiaux des expériences de ce comité, que, ne lui étant point unis par les liens de l'association, ils étaient demeurés étrangers à ses succès et à sa gloire; « mais, ajoutait-il, la masse des faits avait été si considérable » qu'il en était résulté pour eux la preuve expérimentale la plus » décisive qu'on puisse jamais désirer. »

C'est ainsi, messieurs, que M. Hallé s'était tout d'abord placé, par ses écrits, au premier rang des propagateurs de la vaccine. Nommé un peu plus tard, en 1806, médecin particulier d'une des sœurs de l'empereur, de la princesse Elisa, et chargé de l'accompagner dans l'État de Lucques, on le vit profiter de cette circonstance pour y répandre les bienfaits de la nouvelle découverte. Là, comme partout, d'absurdes préjugés s'opposaient à son introduction. M. Hallé procéda par des expériences publiques, et grâce à l'autorité dont il jouissait, grâce à son zèle, à sa persévérance, la vaccine pénétra non-seulement dans toute la Toscane, mais encore dans tout le reste de l'Italie.

Enfin, et lorsqu'une période de douze années eut mis hors de toute contestation le réalité de la découverte de Jenner et sa complète innocuité, M. Hallé en retraça tous les bienfaits dans un tableau exact et judicieux; il en fit connaître les exceptions et les anomalies; il en donna les raisons et rattacha ainsi définitivement à cette grande et belle cause tous les hommes doués d'un sens droit et exempts de préjugés. Je dis *définitivement*; car, depuis cette époque, pas une objection n'a été faite, du moins dans le corps médical; pas une voix ne s'est fait entendre, si ce n'est en faveur de la découverte de Jenner.

Mais ce n'est pas seulement à l'Institut que M. Hallé s'était ainsi chargé de faire de savants rapports; il dut en faire aussi à la Faculté de médecine. Un des plus remarquables est assurément celui qu'il fit insérer en 1802 dans la *Bibliothèque médicale*, et qui a pour titre: *Observations sommaires sur la maladie des ouvriers des mines d'Anzin*, etc. Comme, à cette époque, on osait à peine créer quelques mots nouveaux en médecine, même quand ils semblaient indispensables, M. Hallé dit, en parlant de cette maladie, qui lui semblait caractérisée par une notable privation du sang, qu'on aurait pu l'appeler *anæmie*; idée heureuse que le conduisit à substituer les ferrugineux aux mercuriaux, et cela au grand avantage des malades.

Tout le monde connaît le travail qu'il fit en 1810 sur le remède proposé par Pradié pour le *traitement de la goutte*; rapport modèle, suivi de soixante-trois observations et de deux suppléments.

Il serait trop long, messieurs, de rappeler ici les autres écrits de M. Hallé. Outre les dissertations et les mémoires qu'il fournit aux publications périodiques de l'époque, on sait qu'il rédigea en commun, avec MM. Hysten et Thillaye, de remarquables articles dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*. C'était la même abondance, la même richesse qu'en d'autres temps dans l'*Encyclopédie*; nous n'avons donc pas à y revenir; c'était toujours et partout le savoir immense, incoercible qu'il n'avait pu ramener aux proportions d'un enseignement oral, et dont nous allons retrouver les effets jusque dans sa pratique de chaque jour.

La clientèle de M. Hallé était à la fois étendue et choisie; c'était un praticien judicieux, sage par-dessus tout, mais essentiellement hésitant. Il savait trop pour ne pas douter. Esprit vaste et réfléchi, il apercevait à la fois tous les détours et toutes les difficultés d'une question; il aurait voulu tous les sonder et les parcourir avant de se décider.

Cette apparente faiblesse avait ainsi sa raison dans les qualités mêmes de son esprit; c'était l'étendue de son savoir et la délicatesse de sa conscience qui amenaient en lui ces perpétuelles fluctuations. Connaissant le fort et le faible de toutes choses, les avantages et les inconvénients, l'utilité et les dangers de toute médication, M. Hallé ne pouvait, comme tant d'autres, se résoudre à conclure.

Etrange infirmité de l'esprit humain, qui prend ainsi sa source dans son étendue même et dans sa profondeur. La volonté indécise flottait sans cesse dans cette vaste intelligence. A force de lumières et de pénétration, il trouvait à tout d'insurmontables difficultés; et comme dans le doute les moindres raisons déterminent, il arrivait souvent qu'après s'être livré aux plus savantes descriptions, il finissait, dans les consultations, par adopter l'opinion du moins capable, si même il n'invoquait pas son assistance.

Spectacle fâcheux pour ceux qui ne sont pas initiés à ces combats intérieurs, et qui a fait croire à quelques-uns que la science, en médecine, exclut en quelque sorte l'habileté pratique, et qu'il y a antagonisme entre ces deux genres de talents.

C'est que, dans l'exercice de notre art, messieurs, la qualité réputée par excellence est la décision. Le praticien a d'autant plus de crédit et d'autorité, qu'il paraît moins hésiter et délibérer. Plus il est absolu, plus il est tranchant, impérieux même, plus il a de succès auprès d'un certain monde. Quels sont ceux qui sont trop souvent les plus recherchés, les plus courus dans la pratique de la médecine? Ce sont ceux qui ordonnent, agissent, exécutent avec le plus de vigueur et de résolution; ce sont des praticiens qui lisent peu, mais qui, armés d'un ou deux principes absolus, forts d'une étroite et inflexible logique, d'un dualisme implacable, marchent en avant dans cette route périlleuse, le glaive en main et les yeux fermés, ils n'admettent pas qu'ils puissent se tromper; ils ont, disent-ils, des inspirations soudaines; et dans les plus sinistres catastrophes, ce n'est point leur méthode, leur formule qui est en défaut; c'est la nature, ou plutôt c'est le malade; *il fléchit*, disent-ils, et leur renommée, loin d'en souffrir, s'en agrandit encore!

Mais si sur cette espèce de champ de bataille, les praticiens dont je parle paraissent ainsi l'emporter sur les savants modestes et consciencieux, la postérité, toujours équitable, vient à son tour faire la part des uns et des autres. Quand ces grands praticiens ont disparu de la scène du monde, quand ils ne sont plus là pour occuper et fasciner leurs contemporains, il arrive presque toujours que la postérité n'a retenu d'eux que leur nom, et un nom le plus souvent douteux; le savant au contraire ne meurt jamais tout entier, surtout quand, à l'exemple de M. Hallé, il a su honorer sa vie par de grandes et nobles actions et par un beau caractère.

Cet esprit en effet qui semblait comme égaré dans les sciences, timide et irrésolu quand il s'agissait de prendre une décision d'où pouvait dépendre la perte ou le salut d'un malade, cet esprit, dis-je, était d'une constance et d'une fermeté inébranlables quand il s'agissait des devoirs qu'imposent à tout homme bien né la morale, la religion, l'honneur et la probité.

Dès ses plus jeunes années, dans un siècle frondeur et irréligieux, M. Hallé se montre digne, appliqué et pieux sans ostentation. Il fait une sorte de contraste, au milieu de cette société frivole et légère, par la régularité de ses mœurs, la pureté de ses sentiments et la sincérité de sa foi. Le testament de son oncle Lorry, conservé religieusement dans sa famille, atteste quelle profonde estime, quelle haute confiance inspirait ce jeune homme à ceux même dont il aurait dû attendre des exemples.

Lorry, dans sa sollicitude, n'oublie aucun de ses parents; sa libéralité s'étend sur chacun d'eux; mais il y a un article à part pour son neveu Hallé. Ce n'est point un legs pécuniaire; c'est un aveu touchant; Lorry attend de la tendresse, de la piété de son neveu, la réhabilitation de sa mémoire.

Voici ses paroles:

« Ayant vécu dans ce qu'on appelle le grand monde, et avec les » beaux esprits du siècle, j'ai souvent souffert devant moi des rail» leries indécentes contre la religion, railleries auxquelles j'ai par» ticipé le moins que j'ai pu; mais j'ai été souvent un chrétien » honteux, ravi lorsque j'ai cru pouvoir faire autrement. Je m'en » suis repenti souvent, et ai donné des preuves de ma croyance » quand j'étais loin de la compagnie de ces faux philosophes; j'en » demande et en ai souvent demandé pardon à Dieu avec amer» tume.

» Je prie donc mon neveu, lorsqu'on me mettra devant lui au » rang des incrédules, de me venger de ce reproche, et d'avouer » ma faiblesse, que Dieu voudra bien me pardonner dans son im» mense miséricorde. »

Je n'ai pas besoin de dire, messieurs, à quel point M. Hallé fut fidèle à la touchante recommandation que lui faisait cette voix d'outre tombe; toute sa vie en témoigne.

Mais, messieurs, cet aveu de Lorry, en révélant ainsi quel était alors l'état de la société française, portait avec lui un grave enseignement. Privée ainsi de toute croyance, de tout principe, n'ayant plus foi en elle-même, cette société ne devait point tarder à s'écrouler; une grande révolution était imminente. Déjà faite dans les hautes classes, elle allait infailliblement descendre et éclater dans les masses mêmes de la nation. C'est en effet ce qui arriva peu d'années après, et ce fut, pour M. Hallé, l'occasion de montrer quelle était la fermeté de son caractère et la générosité de son cœur.

De tous ses titres il n'en avait conservé qu'un seul, celui de *médecin des pauvres*, et dans cette clientèle il comprenait tous les malheureux et tous les proscrits.

Que de choses il y aurait à dire, messieurs, sur les rôles que les médecins peuvent être appelés à jouer dans les drames d'une révolution! des luttes qu'ils peuvent avoir à soutenir en faveur de tant d'infortunés, et de cette suprême protection que tout être souffrant est en droit d'attendre d'eux.

Alors en effet que le prêtre lui-même a été obligé de se retirer, de fuir une persécution qui s'est tournée contre son propre ministère et contre le principe qui en faisait sa force, le médecin ne se retire pas, il reste; son ministère, à lui, est encore respecté; il parle au nom de l'humanité; on lui permet à ce titre de soulager des maux desquels la pitié ne s'est point encore retirée, et alors, par un noble mensonge, tout en se disant appelé à soulager des infirmités du corps, il est en réalité le dernier consolateur des peines de l'âme.

Ainsi Cabanis abrite et cache au fond d'un hôpital de malheureux proscrits, et il donne à Condorcet de quoi remplir la coupe qui lui fera braver l'échafaud.

M. Hallé est plus courageux encore; son titre de médecin le laisse pénétrer jusqu'au fond des prisons, il y suit ses infortunés clients, et associe son nom à ceux de Malesherbes et de Lavoisier, illustres victimes qui revieudront à tout jamais dans les entretiens les plus douloureux de la postérité.

Enveloppé dans la proscription des fermiers généraux, et traduit avec eux devant le tribunal révolutionnaire, Lavoisier restait sans défense; pas une voix ne s'élevait en sa faveur sur les bancs de cette Convention, qui renfermait un grand nombre de savants. La terreur avait glacé toutes les âmes; un seul osa faire une démarche publique et publier une sorte de plaidoyer. Ce fut M. Hallé; il eut le courage de rédiger, au nom du Lycée des arts, un rapport dans lequel il exposait tous les services que Lavoisier avait rendus à la science; et ce rapport, il le fit distribuer à tous les membres de la Convention.

Vains efforts! inutile témérité! la Convention resta muette; elle n'osa pas même appuyer cette demande de sursis à laquelle on avait fait consentir Lavoisier.

A cette heure suprême son génie lui disait, comme à André Chénier, que sa destinée n'était point accomplie, qu'il avait encore bien des choses à enfanter.

« Je ne regretterais point la vie, disait-il; j'en ferais volontiers » le sacrifice à ma patrie si je pouvais du moins terminer quelques » expériences salutaires à l'humanité! »

On connaît la réponse que fit le tribunal à cette demande de sursis: le sacrifice fut consommé! Déjà d'ailleurs tout était oublié, méconnu, effacé; ce n'était plus le savant, l'homme de génie, Lavoisier; c'était un chiffre, le fermier général nº 4!

Mais détournons les yeux de ces tristes effets des discordes civiles et revenons avec M. Hallé à des temps plus heureux. Après ces crises violentes, quand la société put enfin se reprendre à la vie, il retrouva d'anciennes amitiés et en forma de nouvelles qu'il put cultiver librement; il en était une bien chère à son cœur, c'était celle qui l'unissait à Collin d'Harleville.

Retiré en l'an VIII dans une délicieuse retraite de la vallée de l'Eure, Collin d'Harleville écrivait à M. Hallé comme après un naufrage:

« Melpomène et Thalie ont retrouvé leurs adorateurs les plus » fidèles et les plus purs; cependant comme, même en poésie, on » ne peut pas toujours faire des scènes nouvelles, nous avons ima» giné d'appeler au milieu de nous nos amis; hélas! ils ne répon» dent que de loin à notre appel comme la fugitive Echo; mais cela » même a sa douceur. »

Le moyen imaginé par Collin d'Harleville et par ses amis était alors fort en vogue; il consistait à s'envoyer réciproquement des *bouts-rimés* à remplir.

« C'est un de nos jeux, non pas d'esprit, disait-il, mais de sim» ple délassement.... Dussions-nous interrompre nos occupations » les plus importantes, nous vous adressons nos rimes légères. »

C'était le portrait de M. Hallé que ses amis s'étaient efforcés d'encadrer dans ces rimes légères.

Collin d'Harleville terminait ainsi le sien:

J'ai langui, j'ai souffert dans ma premiè e ENFANCE,
C'est que le bon Hallé ne m'était pas CONNU;
Mais depuis que son art sut prendre ma DÉFENSE,
Jamais jusques à moi le mal n'est PARVENU.

Un autre reprenait:

Ami de la vieillesse et soutien de l'ENFANCE,
Il se dévoue à tous, de tous il est CONNU;
Des médecins Molière aurait pris la DÉFENSE,
Si Hallé de son temps au monde était VENU.

C'était une provocation, il fallait y répondre; M. Hallé le fit en homme d'esprit.

« Cher ami, dit-il, dans sa lettre à Collin d'Harleville, j'ai reçu » votre triple cadeau et votre triple défi; mais l'Apollon que je sers » ne rime guère, et mon encens a rarement brûlé pour l'Apollon » du Parnasse. »

Il s'exécute néanmoins, et trace les portraits de ses trois amis, sinon avec un talent poétique du premier ordre, du moins avec un vif sentiment d'amitié.

Puis, ravi d'en être quitte, il leur dit:

Rimer contre vous trois n'est pas œuvre d'enfance,
Le secret des bons vers ne m'est que peu connu;
De Minerve pourtant j'ai bravé la défense,
Pardon! au dernier vers me voici parvenu!

Et il signe le tout: Hallé, *rimeur malgré lui*, avec force demandes de pardon pour ses chevilles, mais tout en protestant que, si c'est du galimatias, du moins il n'est pas doublé.

Ceci, messieurs, se passait au temps du Directoire et du Consulat; quand vint l'Empire, M. Hallé se troura attaché à la personne de Napoléon en qualité de médecin ordinaire; la cour n'était pas pour lui un élément tout à fait inconnu; son père, comme artiste, son oncle Lorry, comme médecin, savaient et avaient pu lui dire comment on peut, tout en gardant sa propre dignité, vivre dans la familiarité des grands.

M. Hallé était trop bien élevé pour jamais s'oublier; mais, tout en conservant une exquise politesse et une parfaite urbanité de langage, il savait à l'occasion montrer toute l'indépendance de son esprit et la dignité de son caractère; il est vrai que les médecins ont cela de particulier qu'ils peuvent garder leur *franc-parler* jusque dans les plus hautes régions; M. Hallé avait coutume de dire en parlant de l'empereur : « Je ne m'avise jamais d'aller sur son » terrain; mais, lorsqu'il vient me faire la guerre sur le mien, je » sais me défendre, et je ne crains pas de lui répondre. » M. Hallé entendait par là les discussions que l'empereur aimait à engager sur le peu de certitude de la médecine.

Un jour entre autres, attaqué vivement sur ce point, M. Hallé ne se défendait pas avec moins de vigueur.

— « Bah! répliqua l'empereur, vous autres médecins vous êtes » tous un peu charlatans! Vous guérissez, quoi? quelques fièvres » pernicieuses! »

— « Mais c'est bien quelque chose, » dit M. Hallé.

— « Eh! encore, reprit l'empereur, est-ce avec du quinquina! »

— « Mais, sire, il faut bien que ce soit avec quelque chose. »

Et, suivant sa coutume, l'empereur se mit à dire :

— « Votre art est conjectural, dangereux surtout; il peut coûter » la vie à ceux sur qui on l'exerce. »

— « Oh! sire, permettez-moi de vous dire qu'il est un art plus » glorieux sans doute, mais plus dangereux que le nôtre et qu'on » ne devrait exercer qu'avec bien plus de ménagement. »

L'empereur jugea prudent de ne pas pousser plus loin la discussion; pour cette fois, il en resta là.

Grâce au tact le plus exquis, grâce surtout aux ressources de son esprit si distingué, M. Hallé savait admirablement se tirer des positions les plus délicates, et cela sans faire de concessions.

J'en citerai encore un exemple :

La princesse Elisa, si bonne d'ailleurs, mais un peu gâtée peut-être par sa haute fortune, tenait tête, un jour, à M. Hallé sur une question à laquelle elle n'entendait absolument rien, et elle lui soutenait l'opinion la plus fausse avec toute la vivacité d'un amour-propre qui se croit engagé; après bien des raisonnements, M. Hallé, poussé à bout, finit par lui dire, avec son plus gracieux sourire : « Tenez, madame, distinguons : J'ai peut-être pour moi le *fait*; » mais vous avez bien certainement le *droit*, j'entends le droit de » soutenir votre opinion, et cela par trois raisons : vous êtes jeune, » vous êtes belle, et vous êtes princesse! »

Quelle femme n'aurait consenti à se voir ainsi contredire! Jeunesse, grandeur et beauté, où trouver de plus douces, de plus séduisantes compensations?

D'après tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, on doit voir que M. Hallé était un mélange rare d'esprit, de savoir et de bonté. Il eût été difficile de dire quelle était, de ces qualités, celle qui l'emportait en lui; mais il y avait cette différence que, s'il savait, à l'occasion, modérer son esprit et en user avec une sage discrétion, il n'en était pas de même à l'égard de son savoir et de sa bonté. Je l'ai prouvé, je crois, pour son savoir; je veux encore parler de sa bonté. Elle était sans bornes comme sa science, et il s'y abandonnait tout entier; heureux de n'avoir pas attendu ses moyens d'existence du produit de sa clientèle, et bien différent de ceux qui, déjà pourvus de places lucratives et de riches emplois, ne s'en condamnent pas moins à une vie toute de lucre, sans repos et sans relâche, M. Hallé était d'un désintéressement dont rien n'approchait; il savait trouver toutes sortes de raisons pour ne pas se laisser payer. Celui-ci était un artiste; comment en aurait-il pu recevoir quelque chose, lui qui était fils, petit-fils, neveu et petit-neveu d'artistes! Celui-là était un homme de lettres, à coup sûr il ne lui devait rien; ne comptait-il pas lui-même parmi ses parents l'auteur de Manlius! Cet autre était un ecclésiastique, il lui devait encore moins; car, de deux choses l'une : ou il n'avait juste que le nécessaire pour vivre, et alors comment prélever quelque chose sur son nécessaire? ou il avait du superflu, et alors ce superflu revenait de droit aux pauvres. Quant aux médecins et à toute la série de leurs parents et alliés, je n'ai pas besoin de dire qu'ils ne pouvaient pas même songer à lui offrir quelque chose. Mais, parmi tous les privilégiés, il en était de plus privilégiés encore; c'étaient ceux qui, ne possédant rien, ne pouvaient réellement pas le rétribuer : le malheur était chose sacrée à ses yeux. On raconte qu'un jour, rentrant chez lui épuisé de fatigue, on lui annonce une dame qui venait pour le consulter : Ah! mon Dieu, dit M. Hallé, priez-la de revenir dans un autre moment, ou plutôt d'aller trouver un confrère moins occupé. — Mais, monsieur, elle n'oserait, dit-elle, car elle n'aurait rien à lui offrir! — Ah! alors, s'écrie M. Hallé, c'est différent; je n'ai pas le droit de la renvoyer.

A ce fait si touchant j'en joindrai un autre, pour montrer à quel point sa bienfaisance était ingénieuse.

Quelque répandu que soit un nom en médecine, il y a toujours beaucoup de gens pour qui il est complétement inconnu. Or un jour M. Hallé est appelé dans un petit ménage d'honnêtes artisans. Ces braves gens étaient loin de soupçonner que ce bon médecin, si empressé, si affable, vivait en quelque sorte dans la familiarité de l'empereur. Après bien des visites, bien des consultations, la guérison du père de cette famille étant définitivement assurée, on lui offre une rétribution. M. Hallé, suivant sa coutume, se récrie, et trouve toutes sortes de raisons pour ne pas recevoir les honoraires qu'on veut lui donner; mais on se fâche, on est blessé de ses refus. Toute peine mérite salaire, lui dit-on. Bref, on insiste tant et si bien, que M. Hallé est forcé d'accepter. Mais quel n'est pas l'étonnement de ces pauvres gens, quand ils apprennent qu'une main inconnue et généreuse a tout payé pour eux chez leurs fournisseurs, médicaments, combustibles, aliments; c'était encore là un des artifices à l'usage de M. Hallé.

Qu'est-il besoin, maintenant que vous connaissez son désintéressement dans la pratique de la médecine, de vous parler de sa libéralité comme auteur, comme écrivain? Ces faits sont connus de tout le monde; chacun sait qu'il n'a jamais voulu tirer quelques profits de ses ouvrages; que, s'il avait des collaborateurs, il leur abandonnait sa part d'honoraires. Ainsi fit-il pour ses articles du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*. En sa qualité de rédacteur du *Codex*, il n'avait pu se dispenser d'accepter sa part de ce que le gouvernement avait alloué aux collaborateurs; mais il employa cet argent à compléter le cabinet de physique de la Faculté.

C'est ainsi, messieurs, que M. Hallé comprenait les devoirs de notre profession; il les remplissait encore avec le même zèle, le même dévouement dans les premières années de la restauration. A l'époque où, honoré de la confiance du comte d'Artois, comblé d'honneurs, il aurait pu, il aurait dû peut-être se donner quelques loisirs et goûter un repos nécessaire, il s'y refusa jusqu'au moment où, atteint lui-même d'une cruelle maladie, il fut obligé de réclamer à son tour les soins de ses confrères.

Longtemps il dut se faire illusion, ou du moins chercher à se faire illusion sur la nature du mal qui lui causait d'intolérables souffrances; telle était alors la condition de tous ceux qui étaient atteints de la pierre; et quand il se fut résigné à subir l'opération de la taille, il était trop tard. Aussi et à l'inverse de ce qui se passe ordinairement, loin de le presser de s'y soumettre, ses amis, ses confrères, l'en dissuadèrent. Béclard, qui devait être chargé de pratiquer sur M. Hallé cette grave opération, l'en dissuadait tout le premier. Antoine Dubois, si bon juge en pareille matière, n'y était pas moins contraire; il avait même composé à ce sujet, et de concert avec Béclard, un mémoire qui fut remis à la famille de M. Hallé, et dans lequel se trouvaient exposés tous les accidents qui pouvaient résulter de cette opération.

Ce mémoire, écrit tout entier de la main d'Ant. Dubois, avait cela de bien remarquable qu'il signalait un accident tout à fait en dehors des prévisions de la science.

« L'opération de la taille pratiquée sur M. Hallé, disait Ant. Du» bois, amènera de graves accidents, et qui pourrait raisonnable» ment assurer que la poitrine résistera à ce choc et n'en sera pas » affectée? Le contraire me semble à craindre. » — « J'entrevois » à peine, ajoutait Dubois, quelques chances heureuses à travers » beaucoup d'inconvénients et même de malheurs. »

C'est le 11 janvier 1822 que ce mémoire, remis à la famille, fut communiqué à M. Hallé; il ne put ébranler sa résolution; c'est qu'en effet il n'y avait à choisir qu'entre ces quelques chances entrevues par Dubois et l'expectative de souffrir sans espoir d'allégement, sans autre issue qu'une mort lente et douloureuse.

Toutefois, avant de se faire opérer et dans ces terribles moments où tant d'autres ne se seraient occupés que d'eux-mêmes, M. Hallé voulut revoir quelques pauvres malades; de crainte, disait-il; que la longue absence qu'il allait être obligé de faire ne leur parût un oubli.

L'opération fut pratiquée le 3 février par Béclard en présence d'Ant. Dubois; M. Hallé la supporta courageusement; tout promettait un succès inespéré; M. Hallé n'avait rien perdu de sa confiance et de sa sérénité; il avait voulu recevoir ses parents et ses amis; on le croyait sauvé, quand le sixième jour des accidents formidables vinrent inspirer les craintes les plus fondées, et bientôt survinrent les phénomènes que Dubois avait signalés, c'est-à-dire ceux d'une pneumonie ultime, affection à laquelle succomba M. Hallé le 11 février 1822 dans les bras de ses enfants et de ses amis.

Maintenant, messieurs, et puisqu'au commencement de cette notice j'ai cru devoir vous parler des ascendants de M. Hallé, qu'il me soit permis avant de terminer de vous dire quelques mots de ses descendants. Je sais quelle est leur modestie et combien je risque de la blesser. Je ne puis cependant m'empêcher de dire que, si M. Hallé avait pu éprouver un juste sentiment de fierté en considérant de quels hommes distingués la Providence l'avait fait naître, il ne devait pas éprouver moins de satisfaction en jetant les yeux sur l'avenir que promettaient les êtres chéris auxquels il avait donné le jour et les alliances que sa famille avait contractées.

Il laissait un fils héritier de son nom, un fils qu'il destinait dès lors à la magistrature et qui en est aujourd'hui l'un des ornements; sa fille venait d'unir le nom de Hallé à un nom respecté de tous, célèbre à la fois dans l'Université et dans la pratique médicale, et que l'Académie de médecine s'applaudit encore aujourd'hui de voir si dignement porté par l'un des siens, le nom de Guéneau de Mussy, enfin, auquel de jeunes rejetons promettent encore un long avenir d'honneur et d'illustration.

Chronique et nouvelles.

Par décret du président de la République, M. Pasquier (Joseph-Philippe-Adolphe), inspecteur membre du conseil de santé des armées, et M. Magendie (François), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, président de la commission d'hygiène hippique, ont été promus à la dignité de commandeur de la Légion-d'Honneur.

— Ont été promus au grade d'officiers de la Légion-d'Honneur :

M. Van Heddeghem (Alexandre-Nicolas), chirurgien-major de la garde républicaine.

M. Sagot (Jacques-Louis-Amédée), chirurgien de 1re classe de la marine sur le *Henri IV*.

M. Magail (Jean-Honoré), médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Lyon.

— Par décision ministérielle du 20 novembre 1851, M. Riboulet, médecin ordinaire de 2e classe, a été promu, au tour du choix, médecin ordinaire de 1re classe.

Par une semblable décision du 22 novembre 1851, ont été nommés dans le service des armes spéciales :

Choix, M. Henry, chirurgien aide-major de 1re classe au 4e léger, pour passer au 2e bataillon de chasseurs à pied.

Ancienneté, M. Blanvillain, chirurgien aide-major de 1re classe au 55e de ligne, pour passer au 10e d'artillerie.

— Par décret du président de la République, du 27 novembre 1851, ont été nommés à quatre emplois de chirurgien aide-major de 2e classe :

(Concours de 1845) M. Pelin, chirurgien aide-major commissionné au 66e de ligne, en remplacement de M. Moutier, nommé à la 1re classe;

M. Fauchon, chirurgien aide-major commissionné au 18e léger, en remplacement de M. Bourghly, nommé à la 1re classe;

(1er concours de 1851) M. Dufour, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides, en rempl. de M. Moulinier, nommé à la 1re classe;

M. David, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en rempl. de M. Pauli, nommé à la 1re classe.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Bessière, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Colmar, est désigné pour l'hôpital de Besançon.

M. Mercier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Perréon, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Balech, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Toulouse.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

2 24e ANNÉE

N° 147. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 147. — SAMEDI 20 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, LE 19 DÉCEMBRE 1851.

Séance de l'Académie des sciences.

La publication du remarquable discours de M. Dubois nous a obligé de renvoyer à aujourd'hui le compte-rendu de l'Académie des sciences. Nous ne devons pas laisser passer sans quelques réflexions les communications intéressantes dont ce compte-rendu présente l'analyse, et parmi lesquelles on distinguera d'abord celle de M. Moreau (de Tours).

La question traitée par ce savant médecin, et qu'il croit avoir résolue, au moins en partie, est digne de toute l'attention des médecins, aussi bien des médecins encyclopédistes que de ceux qui se livrent spécialement à l'étude de l'aliénation mentale ou de toute autre maladie spéciale. Si en effet les règles que M. Moreau croit avoir trouvées dans la transmission héréditaire de la folie sont vraies, il n'est guère douteux qu'elles ne soient vraies également dans la transmission des autres maladies; il est à présumer seulement que les résultats seraient en sens inverse.

Ces règles, les voici :

M. Moreau distingue dans la transmission héréditaire deux ordres ou séries de ressemblance. Dans l'une de ces séries la ressemblance affecte l'ensemble des organes de la vie animale; c'est la ressemblance proprement dite. Dans l'autre l'organisation héréditaire se porte sur le système nerveux. Or, suivant M. Moreau, il y aurait une sorte d'antagonisme entre ces deux ressemblances; de telle sorte que celui des parents qui transmet l'une ne transmet que très rarement l'autre, et *vice versâ*. Comme résultat définitif pratique en ce qui concerne l'aliénation mentale, l'enfant qui ressemblera physiquement à l'un des parents ne lui ressemblera pas intellectuellement, et si ce parent est atteint d'aliénation mentale, l'enfant, suivant toutes les probabilités, ne le sera point; ce sera le contraire dans le cas opposé.

Pour établir une telle doctrine, les données théoriques n'ont pas une grande importance, et les analogies même invoquées par M. Moreau et tirées des observations du docteur Lhéritier sur l'hérédité dans les animaux ne sont que d'une bien faible valeur. Aux faits seuls il appartient de trancher la question. Aussi est-ce à l'observation principalement que M. Moreau a fait appel. L'observation, il faut bien le dire, semble lui avoir donné raison. Sur 192 cas observés, M. Moreau en a trouvé 164 qui confirment sa règle. C'est beaucoup assurément. Cependant, malgré l'extrême confiance que nous avons dans l'exactitude du savant aliéniste, nous n'acceptons ces faits que sous bénéfice d'inventaire. M. Moreau l'a déclaré lui-même, les faits qu'il s'agit de constater ici sont d'une nature fort délicate, et peut-être plus délicate encore qu'il ne semble disposé à le croire. Pour constater la coïncidence de la folie chez les enfants et tel ou tel parent, il suffit d'avoir de l'exactitude et de la persévérance. Il n'en est pas de même pour constater des ressemblances organiques ou même intellectuelles (autres, bien entendu, que celles qui constituent la folie). Non-seulement l'observation doit saisir ici des nuances très fugitives, et assez douteuses très souvent pour que deux observateurs parfaitement désintéressés les apprécient d'une manière toute différente. Ce n'est donc pas assez pour M. Moreau d'avoir dit : Sur 192 faits j'en ai observé 164 qui confirment ma règle; il faut qu'il décrive minutieusement ces 192 faits, et qu'il mette chaque observateur en mesure de juger si les ressemblances ou les dissemblances qu'il a constatées sont bien telles pour tout le monde. C'est là du moins ce que nous attendrons, pour notre compte, avant de nous ranger à son opinion, pour laquelle d'ailleurs son travail bien conçu nous a favorablement disposé.

MM. Devay et Desgranges ont communiqué à l'Académie l'observation détaillée de la nouvelle transfusion qu'ils ont pratiquée avec succès à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il est inutile de dire que ces honorables praticiens n'ont pas jugé à propos de défibriner ni de manipuler en aucune façon le sang pour faire réussir l'opération; ils se sont contentés de suivre le simple procédé employé par M. Nélaton. Ils ont à tort jugé à propos d'accompagner leur observation de considérations générales sur les indications de la transfusion. Ces considérations, justes pour la plupart, n'offrent aucun point de vue nouveau, et ont toutes ensemble beaucoup moins d'intérêt que le fait lui-même. Nous avouons même n'avoir pas très bien compris la dernière des conclusions qui résument ces considérations, à savoir : que, dans les conditions énoncées par les auteurs, la transfusion est *physiologique*.

Des observations intéressantes de M. Michéa sont déjà venues contredire les résultats annoncés par M. Reynoso touchant la présence du sucre dans les urines des malades atteints de névrose. Nous espérons que l'activité des expérimentateurs ne laissera pas longtemps douteuse la question soulevée par M. Reynoso.

La partie médicale de la séance s'est terminée par une communication de M. Pétrequin sur la suppuration bleue. L'auteur nous a semblé donner de ce singulier phénomène une explication qui n'est pas conforme aux faits, en l'attribuant aux matières contenues dans les linges à pansement. On sait que le contraire a été démontré par des analyses rigoureuses et des expériences irrécusables. Toutefois, n'ayant pu prendre qu'une connaissance incomplète du mémoire de M. Pétrequin, nous ne donnons cette appréciation que sous toutes réserves. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les numéros des 6 et 13 décembre.)

Considérées dans leurs causes générales, dans leur marche, dans leur terminaison, les maladies de la peau ne sont pas, on vient de le voir, aussi radicalement différentes des autres maladies qu'on le croit généralement. Mais c'est surtout la thérapeutique qui fait connaître la nature d'une maladie, *naturam morborum curationes ostendunt;* or, ici encore, on peut se convaincre que les affections cutanées rentrent dans le cadre nosologique général.

Dans la pathologie ordinaire, la médication antiphlogistique est celle qui trouve les plus nombreuses applications, car l'élément inflammatoire est le plus commun. Mais nous avons dit qu'en pathologie cutanée ce même élément était aussi le plus fréquent, puisqu'on le rencontre dans la période aiguë de presque toutes les maladies de la peau; aussi la médication antiphlogistique est plus souvent mise en usage qu'aucune autre dans les affections cutanées. Nous allons exposer en détail les principes de cette méthode, les nombreux agents dont elle dispose et la manière de les employer.

I. MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE.

Dans les maladies de la peau, l'inflammation doit être envisagée, au point de vue thérapeutique, dans sa période aiguë, dans sa période stationnaire et dans sa période décroissante. A ces trois états différents correspondent divers ordres de moyens. L'état aigu doit toujours être combattu par les antiphlogistiques proprement dits; à l'état stationnaire s'adressent les résolutifs, les dérivatifs; et, à la période décroissante, les moyens perturbateurs ou modificateurs, que nous regardons, contrairement aux habitudes classiques, comme faisant partie de la méthode antiphlogistique, puisqu'ils ont trait aux deux dernières périodes de l'inflammation.

1° *Médication antiphlogistique pure.*

Les agents sont externes et internes. Les premiers comprennent les tisanes émollientes, acidules, etc.; les moyens externes sont la saignée, les sangsues, les applications émollientes locales, etc.

Saignées. — Toutes les fois qu'une maladie de peau débute brusquement et s'accompagne de symptômes de pléthore et de congestion, on ne doit pas hésiter à pratiquer une émission sanguine par la saignée; la guérison en sera prompte et facile dans un espace de temps très court. Si, au contraire, vous négligez les émissions sanguines générales, vous verrez la maladie traîner en longueur et ne céder que difficilement aux autres moyens. C'est ainsi que devront être traités l'eczéma, l'ecthyma, l'impétigo à l'état aigu, et même certains pemphigus franchement aigus. Une tisane rafraîchissante complétera le traitement.

Sangsues. — Les sangsues ne doivent jamais ou presque jamais être employées dans les maladies de la peau. La sangsue, en effet, agit de deux manières : par la perte de sang qu'elle occasionne et par l'irritation que produit la piqûre. Or, cette dernière provoque presque toujours l'apparition de la maladie cutanée au lieu même ou dans le voisinage

---

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CINQUIÈME ARRONDISSEMENT.

RAPPORT SUR UN TRAVAIL AYANT POUR TITRE :

Organisation du service médical des pauvres,

Par les Drs MARTIN MAGRON et J. SEGUIN;

Lu dans les séances des 28 octobre et 11 novembre 1851,

Par le Dr THIBAULT,

Secrétaire général, ancien Interne-lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société philanthropique, etc.

(Suite. — *Voir* le n° du 13 décembre.)

L'administration fut vivement préoccupée du travail de M. Vée, qui puisait dans la position même de son auteur une autorité plus grande encore : on choisit donc dans le sein du conseil général des hospices une commission chargée de répondre aux faits et conclusions articulés par notre administrateur. La tâche était difficile; néanmoins il fallait parler, le silence eût été une adhésion compromettante; au bout de deux ans, la commission se décida à faire distribuer à un petit nombre d'exemplaires un rapport (1) rempli de formes courtoises assaisonnées par quelques traits d'ironie, mais de cette ironie qui a dû faire sourire celui qui en était l'objet, car elle n'avait pour base qu'une logique peu sévère et des arguments moins sérieux encore.

Pour arriver à démontrer que les déplacements ne sont pas aussi grands que l'avait avancé l'auteur du travail sur le paupérisme, le rapporteur se demande « si M. Vée ignorerait qu'il y a dans les hôpitaux excentriques généraux des consultations à la suite desquelles le médecin peut admettre le malade dans l'hôpital, alors qu'il y a place et que le cas lui paraît urgent. Ignorerait-il, ajoute encore le rapporteur (p. 13), qu'*une grande partie des lits vacants dans ces hôpitaux est ainsi remplie?*»

Pour vous édifier sur la valeur de cette réponse, autant que pour fixer nos vues sur une question aussi grave, vous nous permettrez de recourir au compte officiel des recettes et dépenses publié depuis quelques mois par l'administration de l'assistance publique; nous y trouvons (p. 165) :

1° Qu'en 1850, sur 8,664 malades admis à la Pitié dans les services de médecine, 4,942, ou 57/100, venaient du Bureau central;

2° Que, sur 12,047 malades admis dans les services de médecine des trois hôpitaux réunis du faubourg Saint-Antoine (Sainte-Marguerite, Saint-Antoine et Bon-Secours), 6,289, ou 52/100, venaient du Bureau central;

3° Que dans l'un d'eux, l'hôpital Sainte-Marguerite, situé, comme vous le savez, dans la rue de Charenton, sur 4,256 admissions en médecine, 2,923, ou près de 69/100, appartenaient au Bureau central.

Ces chiffres sont assez éloquents par eux-mêmes; nous avons cru cependant devoir les décomposer en cherchant le rapport du nombre des malades avec les divers arrondissements : nous avons donc pris les registres de l'hôpital Sainte-Marguerite, qui avait reçu 3,311 malades du Bureau central, et nous sommes arrivés au résultat suivant :

Sur ces 3,311 malades, 2,873 étaient domiciliés dans Paris, à savoir :

Dans le 1er	arrondissement,	65
2e	—	121
3e	—	135
4e	—	174
5e	—	425
6e	—	492
7e	—	373
8e	—	364
9e	—	242
10e	—	99
11e	—	85
12e	—	298
		2,873

C'est-à-dire que dans le 8e arrondissement, au centre duquel l'hôpital est placé, 364 personnes ont dû se rendre au centre de Paris pour obtenir le lit qu'ils avaient à leur porte.

Vous saisissez ainsi d'une manière plus évidente quel nombre de déplacements et de dépenses résulte de cette visite obligée au Bureau central.

Outre ces inconvénients, il en est d'autres encore qui méritent une mention spéciale : ainsi l'on a vu des personnes légèrement malades, et refusées pour ce motif à la consultation d'un chef de service, se retrouver le soir même dans les salles de ce même médecin, envoyés qu'ils y étaient par le Bureau central.

D'un autre côté, l'administration tient rarement compte des convenances du malade pour le choix de l'établissement qui doit recevoir celui-ci; ne vous disions-nous pas tout à l'heure qu'en 1850 l'hôpital Sainte-Marguerite avait reçu par le Bureau central du

(1) Rapport au conseil général des hospices civils sur les secours à domicile de la ville de Paris (séance du 9 décembre 1846), par une commission du conseil composée de MM. Aubé, Dubois, comte de Tascher, comte Lepeltier d'Aulnay.

des piqûres. C'est assez dire que nous proscrivons les sangsues autour de la partie malade ; tout au plus peut-on les autoriser à l'anus, ou très loin du lieu où existe l'affection cutanée. Elles agissent donc à l'instar de ces vésicatoires que quelques médecins prescrivent pour détourner et détruire les sécrétions purulentes, et autour desquels on voit bientôt se développer l'affection même que l'on a voulu combattre.

Applications locales. — Elles sont aqueuses, mucilagineuses, amilacées, graisseuses, réfrigérantes, continues sous forme de bains locaux.

Lotions. — On fait les lotions avec l'eau de sureau, l'eau simple, etc.

Irrigations. — On ne doit presque jamais les mettre en usage en hiver, dans la crainte de provoquer une répercussion de la maladie cutanée et le développement consécutif d'une affection interne.

En été, ce danger n'est pas à craindre. Pour les appliquer, on place à un mètre environ au-dessus du lit un vase contenant de l'eau ; le fond est percé d'une ouverture par laquelle sort un tuyau se continuant par une bande de linge qu'on divise à sa partie inférieure en deux lanières ; ces lanières sont appliquées sur les jambes ou les bras du malades, seules parties qu'on soumette aux irrigations. On les continue pendant une, deux, trois heures, une fois ou même deux fois par jour. C'est par ce moyen qu'on voit tomber en quinze jours ou trois semaines l'*eczema rubrum*, si rebelle aux traitements ordinaires.

Mucilagineux. — Ce sont des compresses trempées dans la décoction de graines de lin ou des cataplasmes. Généralement la peau se trouve très mal des cataplasmes faits avec la farine de graines de lin ; c'est là un fait d'observation. Aussi on la remplace toujours par la fécule de pommes de terre ou la farine de riz. La fécule renferme souvent, quand elle n'est pas bien lavée, un principe âcre qui peut quelquefois augmenter l'irritation cutanée. La farine de riz ne présente pas cet inconvénient ; aussi les cataplasmes faits avec cette substance sont, de tous, les meilleurs ; mais son prix plus élevé ne la met pas à la portée de toutes les bourses.

Un fait assez singulier, mais que nous observons constamment, c'est que, suivant les individus, la même maladie se trouve bien ou mal des cataplasmes. L'eczéma des jambes sera guéri chez l'un par ce moyen ; tandis qu'à côté on verra la même maladie, dans des conditions tout à fait identiques, exaspérée par leur application.

Ce fâcheux effet des cataplasmes sera annoncé par l'augmentation de la sécrétion et des démangeaisons, et par l'extension de la maladie en surface ; supprimez-les alors, et avec eux toute espèce d'application aqueuse, pour en venir aux poudres, aux fécules sèches ou aux corps gras. Quelquefois l'affection ne peut supporter ni applications aqueuses, ni corps gras ; employez alors les poudres seules. C'est ainsi que l'herpès phlycténoïde, le pemphigus, le rupia, sont aggravés par les mucilagineux ou les liquides ; l'amidon en poudre, au contraire, produit un effet salutaire sur ces maladies. Il en est de même des érysipèles. Les eczéma sont tantôt améliorés, tantôt aggravés par les poudres.

Pour citer un fait observé de tout le monde et qui vienne à l'appui de nos assertions, il suffit de rappeler ce que tout praticien a pu remarquer, à savoir : qu'un cataplasme de farine de graine de lin peut faire naître en sept ou huit heures un érysipèle sur la peau saine de certaines personnes ; d'où en résumé la conséquence que, dans une affection cutanée qui exige l'emploi des émollients, le médecin ne saura dire à première vue si les cataplasmes pourront être efficaces ; il faut nécessairement qu'il en fasse l'essai.

Graisses. — Il en est de trois espèces : le suif, la graisse de porc, le cold-cream. Le suif est pour certaines éruptions le résolutif par excellence. Le contact de l'air, en effet, a une grande influence sur beaucoup d'entre elles, et tel malade se trouve mieux ou plus mal suivant la variation atmosphérique. Il en résulte que le corps qui isolera le mieux la peau du contact de l'air produira l'effet le plus salutaire sur les maladies cutanées, en évitant ce contact le plus souvent défavorable. Or le plus dense de ces corps gras est le suif. Les onctions de suif produisent merveille sur le lichen, et en général sur les affections squameuses. Le saindoux est moins dense que le suif, mais c'est néanmoins une bonne graisse. Dans la forme aiguë du pithyriasis rubi, du psoriasis aigu, du lichen, les onctions sur toutes les surfaces malades avec le saindoux font cesser presque subitement les démangeaisons et favorisent singulièrement la guérison. Le grattage, en effet, en activant l'irritation cutanée provoque l'extension continuelle de la maladie.

Le cold-cream, formé d'un mélange de blanc de baleine d'huile d'amandes douces, quoique moins dense et par suite moins efficace que les graisses précédentes, est cependant très avantageux dans les éruptions siégeant à la figure, surtout chez les dames, à cause de l'absence d'odeur ; mais on doit recommander aux malades de faire usage du cold-cream simple et non de celui que vendent la plupart des parfumeurs, car il est mélangé à des substances plus ou moins irritantes, et quelquefois même additionné d'extrait de saturne et de sublimé.

Poudres. — L'amidon de blé est la poudre émolliente par excellence. On sait qu'en chirurgie on parvient souvent à enrayer les érysipèles traumatiques en les saupoudrant d'amidon. Quant à la manière de l'employer, ce ne sont pas des couches épaisses qu'il faut entasser sur l'éruption ; on doit se contenter de la saupoudrer. Une quantité considérable d'amidon formerait bientôt, par l'absorption des liquides sécrétés, une pâte qui en se desséchant donnerait lieu à des croûtes étendues ; ces croûtes produiraient le resserrement, la crispation de la peau, et par suite s'opposeraient à une utile sécrétion.

Emollients réfrigérants. — Ici se présente l'eau dont nous avons parlé naguère. Mais, depuis le règne de l'éther et du chloroforme, on a composé avec ces substances des pommades qui produisent de plus utiles résultats. Je formule ainsi une pommade au chloroforme :

Axonge.	30	grammes.
Chloroforme.	2	—

Les démangeaisons de l'eczéma, du lichen sont calmées par la réfrigération salutaire que produit le chloroforme en se volatilisant sous l'influence de la chaleur cutanée. On pourrait employer l'éther de la même manière. A défaut de ces substances, 2 à 3 grammes de vinaigre incorporés à 30 grammes d'axonge peuvent amener la sédation.

Bains locaux. — Ils sont rarement employés dans les maladies de la peau. C'est qu'en effet le malade est presque toujours obligé de tenir longtemps le membre baigné dans une position déclive qui favorise l'afflux et la stase du sang ; de là presque toujours accroissement de l'inflammation cutanée. Il est cependant un cas où ces bains sont utiles : c'est dans le psoriasis palmaire. Je prescris alors avec grand avantage des bains d'eau de vaisselle ; les eaux de lavage les plus grasses sont les plus favorables. Ces bains, l'observation le démontre, produisent dans ces cas des effets merveilleux. On emploie aussi dans le même but, mais peut-être avec un peu moins de succès, de l'eau dans laquelle on a fait bouillir des tripes.

Bains généraux. — Ce sont les bains gélatineux, ceux d'amidon et de son. Il faut au moins 500 grammes d'amidon pour un bain. Une précaution qu'on doit prendre, c'est de mêler d'abord l'amidon avec de l'eau froide, puis de porter le mélange à l'ébullition avant de le jeter dans la baignoire, sans cela la vésicule amilacée qui renferme le principe mucilagineux ne s'ouvrirait pas, et, au lieu d'un bain émollient, on aurait un bain d'eau simple avec des grains de fécule au fond de la baignoire.

Il faut pareillement 500 grammes de gélatine pour un bain gélatineux, qu'on prépare de la manière suivante :

La veille, ou trois ou quatre heures avant le bain, on place dans un vase quelconque la gélatine avec de l'eau bouillante ; avec cette précaution, quand on voudra prendre le bain, on trouvera la gélatine sous forme de gelée molle, qui se dissoudra dans l'eau du bain avec la plus grande facilité.

Quant aux bains de son, il faut en mettre une grande quantité si on veut qu'ils acquièrent des propriétés émollientes.

Bains de vapeur. — Ils sont de deux espèces :

1° *Portatifs ou en boîte ;*
2° A l'*étuve.*

Pour mettre en usage les bains portatifs, on a un vase de forme quelconque dans lequel on peut chauffer de l'eau jusqu'à la température de 100 degrés. L'on en fait arriver la vapeur dans une boîte où le malade se trouve enfermé tout entier, à l'exception de la tête, qui respire à l'air libre. La sudation est produite par la température élevée à laquelle le corps est soumis ; et par conséquent elle est en raison de cette température, qui borne son action à la peau seule. La sudation est donc par cela même plus ou moins *difficile*.

L'étuve, au contraire, est une petite pièce où se trouve un lit de camp sur lequel le malade se place tout nu ; sous le lit de camp débouche un robinet par lequel arrive la vapeur que l'on a obtenue dans une chaudière soumise à la pression de plusieurs atmosphères, et ayant par conséquent de 120 à 170 degrés de température. Ici le malade respire la vapeur chaude en même temps que son corps est chauffé par elle. Dès lors la sudation est provoquée et par l'action de la vapeur sur la peau, et par son action sur la membrane respiratoire ; de là une sudation beaucoup plus facile et beaucoup plus prompte avec une température moins élevée et moins de malaise pour le malade, qui respire un air plus en harmonie avec la température de son corps. Aussi, tandis que pour provoquer la sueur on est obligé de donner les bains portatifs à 40 ou 45 degrés Réaumur, les bains d'étuve procurent le même résultat à la température de 30 à 34 degrés. Or, dans un grand nombre de maladies de peau, tout en reconnaissant l'utilité de provoquer une sueur générale de toute la surface tégumentaire, on veut éviter l'irritation vive que produirait une température trop élevée, et qui aurait pour effet inévitable une augmentation de la phlegmasie cutanée. C'est dans cette vue qu'on doit toujours préférer les bains d'étuve aux bains portatifs.

Dans les établissements de bains publics, on a l'habitude de donner les bains d'étuve à 40 ou 45 degrés ; c'est qu'en effet la plupart de ceux qui vont prendre ces bains sont des rhumatisants qui, loin de redouter une vive excitation de la peau, la recherchent, au contraire. Aussi, prévenu de cet usage, quand un malade atteint d'affection cutanée aiguë se présentera, il devra recommander qu'on lui donne son bain à 30 ou 34 degrés au plus.

Pendant la durée du bain, on évitera les congestions sanguines vers la tête, par l'application d'une éponge imbibée d'eau fraîche sur le front. La même application sera faite sur le cœur dans le cas où le malade aurait des palpitations. Enfin, on donnera, pendant la durée du bain de vapeur, un demi-bain russe au malade ; c'est-à-dire que celui-ci descendra pendant une minute ou une minute et demie de son lit de camp pour recevoir sur son corps un jet en arrosoir d'eau froide ou tempérée, suivant la susceptibilité du malade. Le bain de vapeur durera d'ailleurs de vingt à vingt-cinq minutes.

Quant à la manière de faire arriver la vapeur dans l'étuve, au lieu d'en lancer tout à coup un jet qui élève rapidement la température à 30 ou 34 degrés en s'arrêtant alors, et recommençant lorsque le refroidissement commence, il est préférable de faire arriver la vapeur peu à peu, de manière à élever graduellement la température de l'étuve jusqu'à 30 ou 34 degrés, en la maintenant à ce point jusqu'à la sortie du bain.

Quand le malade quitte l'étuve, on doit l'envelopper d'une couverture très chaude, et le mettre ainsi emmailloté dans un lit. Sa tête doit être pareillement couverte d'une serviette brûlante, à l'exception de la figure. Le malade restera dans le lit de trois quarts d'heure à une heure ; mais il ne devra pas chercher à suer pendant tout ce temps. Il suffira d'un quart d'heure ou vingt minutes de sueur un peu abondante. Si elle se prolongeait au delà, il en résulterait un affaiblissement nuisible. Pour la faire cesser au moment voulu, le malade commence par écarter un peu les jambes, puis les bras, et bientôt il ne lui reste plus qu'une douce moiteur. Si le lit du malade n'était pas voisin de l'étuve, il devrait, pour s'y rendre, marcher rapidement, afin de ne pas se refroidir.

Les bains de vapeur sont, pour un grand nombre de ma-

1er arrondissement,	65	malades.
2e —	121	—
3e —	135	—
10e —	99	—
11e —	85	—
En somme,	505	

ou 17 0/0 des arrondissements les plus éloignés.

Il résulte que les malades se trouvent ainsi dans l'isolement le plus complet de leur famille ; il n'y a plus pour eux ni consolations, ni encouragements, et cependant ce sont aussi là des agents thérapeutiques, sinon indispensables, du moins toujours utiles, pour seconder les efforts de l'homme de l'art. Si maintenant ces malades succombent, ils disparaissent comme des parias au milieu de gens impatients de voir terminer cette agonie d'un *numéro* de passage. Du reste, messieurs, cet isolement a déjà porté ses fruits au sein de la population ; chaque jour vous voyez des malades n'entrer à l'hôpital qu'à la condition bien formelle qu'une mère, un époux ou un frère prendra l'engagement de les retirer dans le cas où leur maladie offrirait de la gravité, tant pour eux *le mourir à l'hôpital* représente de douleurs, de tourments et d'angoisses !

Le voisinage du Bureau central et de l'Hôtel-Dieu a eu pour résultat la suppression presque absolue des consultations données par les médecins de ce dernier établissement, les consultations des chirurgiens étant seules exactement suivies, à cause de la réputation plus populaire de ces opérateurs.

La même cause force l'administration à mettre les plus grands malades à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire dans celui de ses établissements qui est le plus insalubre ; aussi il n'est pas extrêmement rare de voir, à certaines époques de l'année, la moitié des malades placés dans une salle être affectés de fièvre typhoïde, circonstance toujours fâcheuse au point de vue du pronostic.

Les médecins du Bureau central ne connaissent des personnes qu'ils admettent que le nom et la maladie, et nullement la situation quant aux ressources, à la famille et à l'habitation (Martin Magron et Seguin, *loc. cit.*, p. 14).

Enfin, messieurs, le dernier inconvénient que nous vous signalerons est de donner toujours lieu à des plaintes motivées de la part de la population, quelle que soit d'ailleurs la conduite des médecins du Bureau central, placés dans une alternative à laquelle il est presque impossible d'échapper. Ecoutez plutôt le rapport du conseil général (1), lorsqu'il dit : « Le Bureau central se montre-t-il difficile pour les admissions ? Renvoie-t-il aux bureaux de bienfaisance ? On l'accuse d'inhumanité ; quelquefois même la population s'en émeut. Est-il un peu plus facile ? Les hôpitaux se remplissent et deviennent bientôt insuffisants ; on lui reproche d'ouvrir les portes trop largement. »

Eh bien ! maintenant, messieurs, en présence d'un pareil aveu de l'administration, ne sommes-nous pas autorisés à nous demander s'il est indispensable de conserver cette institution, et s'il serait impossible en la supprimant de suppléer aux avantages qu'elle présente ? Cette question mérite donc de fixer l'attention des hommes qui s'occupent de la misère publique. A ce titre, nous avons le regret de vous dire que MM. Martin Magron et J. Seguin ont gardé sur le point dont il s'agit le silence le plus complet. Nous le regrettons d'autant plus vivement, que le mérite de nos confrères nous permettait d'espérer une solution, ou du moins quelques vues utiles propres à la rapprocher.

M. Vée, heureusement, ne présente pas une pareille lacune ; il propose « d'assigner à chaque hôpital une circonscription dont la » population serait proportionnée au nombre de lits qu'il pourrait » offrir ; à chaque circonscription seraient attachés un ou plusieurs » médecins-visiteurs auxquels seraient adressées les demandes » d'admission, et qui délivreraient les billets d'entrée après avoir » examiné le malade chez lui (1). »

Cette idée d'assigner à chaque hôpital une circonscription particulière a soulevé une vive opposition au sein du Conseil général des hospices, qui croyait « que ces morcellements, ces applications » partielles diminueraient les ressources, tandis que la centralisa» tion les met toutes au service de tous (2). » Et cependant on se trouve malgré soi dans la nécessité d'adopter ce principe d'une manière plus ou moins directe si l'on veut éviter l'inconvénient que nous avons signalé plus haut, celui de l'isolement des malades. Pour nous, en effet, ce point est capital ; car il faut que, lorsqu'un indigent se trouve dans la nécessité d'abandonner sa famille, celle-ci se trouve encore à portée de lui donner à certains moments les consolations propres à lui faire supporter son malheur.

Nous venons de vous montrer deux systèmes en présence ; le premier, actuellement en vigueur, ne veut qu'une chose, la centralisation ; c'est peut-être pour le malade le mode de placement le moins incertain ; mais il a l'immense inconvénient d'occasionner des dépenses et déplacements quelquefois considérables, et de ne tenir aucun compte des relations de famille. Le second, préconisé par M. Vée, en détruisant cette centralisation, fait cesser ces inconvénients, et n'expose pas, comme on l'a vu en 1850, l'administration à refuser 2,624 malades faute de place.

Quant à l'objection citée plus haut, et relative au morcellement des ressources, nous croyons, sans attribuer à cette objection toute l'importance qu'on a bien voulu lui donner, que néanmoins, dans certaines circonstances, elle peut se trouver justifiée. Mettons-la en relief, et supposons le cas où un hôpital excentrique, Beaujon entre autres, se trouverait sans un seul lit vacant par suite d'un encombrement menaçant de se prolonger. Le malade qui, dans le

(1) Rapport de MM. Aubé, etc., 9 décembre 1846, p. 17.

(1) Vée, *Du Paupérisme*, etc., 1849, p. 19.
(2) Rapport de MM. Aubé, etc., 1846, p. 16.

ladies de la peau, un agent antiphlogistique très puissant lorsqu'ils sont administrés dans les conditions que nous venons d'indiquer.

L'activité momentanée qu'ils donnent à la circulation de la peau, et qui, au premier abord, semblerait accroître l'état aigu de la maladie locale et limitée de la peau, est singulièrement compensée par la surexcitation *générale* de toute la peau, et surtout par la sédation qu'amène la sueur. En faisant fonctionner outre mesure toute la peau, on diminue d'autant l'irritation locale; aussi, faisons-nous un grand usage de ces bains, et en retirons-nous un avantage extrêmement marqué.

Nous développerons dans la prochaine leçon la médication résolutive, qui n'est qu'un appendice de la médication antiphlogistique.

CAUSE DE LA MALADIE

à laquelle a succombé le docteur Quesnel, de Rouen.

EMPOISONNEMENT PAR SUBSTANCE ANIMALE.

Par M. le docteur VINGTRINIER,

Médecin en chef des prisons de Rouen, membre de la Société des sciences et belles-lettres de la même ville.

Un événement bien déplorable et extraordinaire est venu attrister le corps médical de Rouen et lui donner un utile enseignement. Le mercredi 12 novembre, à cinq heures du soir, M. le docteur Quesnel a succombé aux suites d'un accident qui se reproduit et menace chaque jour les médecins : c'est une inoculation.

Le mardi 4 novembre, à neuf heures du soir, le docteur Quesnel saignait un M. Jos..., qui était pris de la veille seulement d'une angine aiguë avec accompagnement de symptômes inflammatoires généraux et locaux très prononcés; ce monsieur est mort après quarante-huit heures seulement de maladie : il était ordinairement d'une bonne santé. Après la saignée, en nettoyant sa lancette, notre confrère se fit une légère incision au doigt médius de la main droite, près de de l'ongle et du côté de l'indicateur; le sang apparut aussitôt et assez abondamment pour l'engager à se servir d'un morceau de papier qui se trouvait sur une table, et entourer son doigt afin de ne plus être gêné dans le nettoiement de sa lancette.

Occupé de la gravité des symptômes si brusques et si graves de la maladie qu'il observait, impressionné par les paroles de désespoir de la famille J....., et continuant à prendre part à une consultation commencée, le docteur Quesnel ne fit aucune attention à l'accident qui l'intéressait; son confrère, M. Achille Flaubert, ne fut pas non plus engagé à y faire plus d'attention. En effet, rien ne pouvait donner l'éveil, car l'inspection de la gorge n'avait fait remarquer qu'une surface enflammée très rouge et pas du tout tachée par des points gangréneux ou couenneux; il est même certain qu'après la mort il n'en existait pas, ainsi qu'a pu s'en assurer M. Flaubert lui-même sur la pièce anatomique.

Quoi qu'il en soit, la plaie du doigt ne se guérit pas par adhésion immédiate, elle devint le siége d'une inflammation et d'une suppuration; du gonflement, de la douleur et de la rougeur se développèrent ensemble, et, le sixième jour après la coupure, un médecin appelé vit une pustule ressemblant assez à un bouton de vaccin en suppuration avancée.

Le dimanche 9 novembre, cinquième jour, le malade ressentit pour la première fois, dans la journée, un malaise général, un froid tout particulier dont il se plaignit dans plusieurs maisons, des frissons, des maux de tête.

Rentré chez lui dans le milieu du jour, il fit remarquer à sa femme du gonflement à son doigt et à sa main, et se fit appliquer dessus un cataplasme; dans la nuit le bras se tuméfia aussi, et dans la journée du lundi 10 novembre, les glandes axillaires devinrent douloureuses, gonflées, ainsi que le tissu cellulaire de la région pectorale et scapulaire.

M. Quesnel fit alors promener des cataplasmes laudanisés sur toutes les parties douloureuses sans se souvenir ou peut-être en affectant devant les personnes de sa maison de ne pas se souvenir de l'accident du 4 novembre.

Cependant, dans la soirée du lundi au mardi, la fièvre devint très forte, des sensations internes de souffrance le surprirent, et à onze heures du soir seulement il consentit à faire appeler son ami le docteur Voranges, qui constata les symptômes susdits, locaux et généraux, excepté l'état du doigt, que M. Quesnel se refusa de faire voir, ainsi que l'en priait sa femme; il dit alors avec humeur qu'il s'était écorché au doigt avec une écaille d'huître, que cela n'avait aucun rapport avec ce qu'il ressentait.

Cependant, le docteur Voranges alla voir son ami le lendemain mardi dès le matin, inquiet déjà de ce qu'il avait vu et regrettant de n'avoir pas inspecté le doigt malade; ce fut alors qu'il vit à l'endroit de l'incision une sorte de pustule en suppuration et qu'il sut dans quelles circonstances l'accident était arrivé.

Ce jour, mardi, septième jour d'incubation, les parties engorgées, c'est-à-dire la main, le bras, l'aisselle, la face et le côté correspondant du cou, étaient plus gonflées; partout la face avait pris la teinte pâle ou livide, prélude de la gangrène; d'autre part, les symptômes généraux marchaient vite, le ventre était devenu ballonné, les douleurs de tête s'accrurent et, malgré les efforts intellectuels du malade, quelques paroles délirantes échappèrent; effrayé de l'aggravation survenue pendant la nuit, M. Voranges alla exposer ce qui arrivait à M. le docteur Leudet. Bientôt réunis auprès du malade, nos confrères n'hésitèrent pas à voir dans tout l'appareil des symptômes locaux et généraux un *empoisonnement par venin animal* comparable à celui de la vipère ou de certains serpents.

Mais que faire! L'infection était générale, les symptômes marchaient, le pouls s'affaiblissait, les forces vitales s'amoindrissaient, l'intelligence seule se maintenait intacte, sauf dans quelques instants; le mercredi, à trois heures, le docteur Quesnel s'entretenait encore avec lucidité avec un ecclésiastique de ses amis; mais peu après la divagation des idées se montra continue, et à cinq heures notre malheureux confrère succomba. Il n'était âgé que de cinquante ans.

L'honorable docteur Quesnel méritait à tous égards les regrets qui l'ont accompagné au tombeau; son souvenir durera parmi ses confrères de Rouen; mais, dans l'intérêt du corps médical entier, son souvenir doit être conservé à cause de l'accident déplorable dont il a été victime dans l'exercice de sa profession.

1° Il peut donc se faire des viciations *spontanées* du sang en quelques heures et transmissibles par l'inoculation?

2° Le sang passé à l'état inflammatoire peut donc par l'inoculation produire les accidents des venins?

TRAITEMENT DE LA TEIGNE,

Par le docteur CHICOYNE, de La Chapelle-sur-Loire.

Après avoir employé sans succès les différentes médications généralement conseillées contre la teigne, j'ai cru devoir essayer le mode de traitement suivant, qui, sans avoir les inconvénients graves de la calotte, en possède tous les avantages, et est même doué d'une efficacité plus constante.

Les cheveux sont préalablement coupés avec soin, le plus près possible du cuir chevelu, au moyen de ciseaux; des cataplasmes de farine de graine de lin, renouvelés soir et matin, et arrosés d'eau de Goulard, sont ensuite appliqués à nu sur toute la surface malade, jusqu'à ce que toutes les croûtes qui la recouvrent soient tombées. Alors le cuir chevelu étant bien nettoyé dans la partie affectée, au moyen d'eau de savon, les cheveux sont coupés de nouveau, mais cette fois avec un rasoir, le plus près possible de leurs racines, et puis, toute la surface étant essuyée avec un linge fin, on a recours à la préparation suivante :

Farine de seigle	30 grammes.
Vinaigre blanc	1/4 de litre.

Délayez la farine de seigle dans le vinaigre et agitez sans cesse sur le feu pendant une demi-heure, ajoutez ensuite :

Poix noire	50 grammes.
Résine	30 —
Poix de Bourgogne	45 —

Quand le tout est fondu, on laisse sur le feu, en agitant sans cesse jusqu'à ce qu'on ait obtenu une consistance telle qu'on puisse étendre aisément au besoin le médicament refroidi sur une toile forte, à la manière du diachylon gommé.

La toile, enduite avec soin de cette préparation, est coupée par bandes de 4 centimètres de largeur, qui sont appliquées de bas en haut en rayonnant vers le sommet de la tête sur toute la surface malade; au bout de huit à neuf jours de cette application, on lève avec soin de bas en haut chaque bandelette, qui emmène avec elle sans trop de douleurs les racines et les bulbes malades des cheveux : on laisse alors écouler huit jours sans application, pendant lesquels on fait des lotions d'eau de savon et des frictions avec du saindoux; puis, au bout de ce délai, on fait une nouvelle application de l'emplâtre, qu'on lève de la même manière et après le même laps de temps que la première, et ainsi de suite jusqu'à la guérison complète, qui est plus ou moins prompte, selon que la maladie est plus ou moins invétérée.

J'ai guéri, par ce mode de traitement, d'une manière radicale, environ vingt-trois teigneux, qui tous avaient la maladie depuis plusieurs années; un d'eux était atteint de cette affection dégoûtante depuis treize ans et avait subi sans succès toutes sortes de traitements; plusieurs des autres étaient atteints de la maladie depuis huit et dix ans. Je n'ai vu chez aucun la maladie reparaître après un traitement complet : j'ajouterai que tous les malades que j'ai guéris ont une chevelure magnifique et parfaitement fournie.

(*Journ. des Conn. médico-chirurg.*)

SOLUTION CONTRE LA GALE;

par M. BODARD.

Arséniate de soude	1 gram. 20 cent.
Sucre	30 —
Faites dissoudre dans eau distillée .	400 —
Et eau de roses	100 —

Avec deux frictions par jour un galeux est guéri après six ou huit lotions.

Cette préparation est plus facile à employer que tous les corps gras usités en pareil cas; les malades n'ont pas l'inconvénient de se tacher et d'exhaler, pendant le traitement, une mauvaise odeur.

Les trois formules indiquées ci-dessus ont, sur notre demande, été expérimentées dans plusieurs infirmeries régimentaires. Messieurs les docteurs qui les ont essayées n'ont eu qu'à s'en louer.

POMMADE ÉPISPASTIQUE;

par le même.

Poudre de cantharides	180 gram.
Faites infuser pendant deux heures dans huile d'olives . . .	1000 —
Passez à travers un linge. Faites fondre dans cette huile cantharidée cire jaune	500 —
Onguent populéum, onguent basilicum et térébenthine ordinaire	375 —

Remuez le mélange hors du feu jusqu'à refroidissement.

Cette pommade, activant parfaitement la suppuration des vésicatoires, peut être supportée par les sujets les plus irritables.

IODURE D'AMIDON SOLUBLE;

par le même.

Poudre d'amidon tamisée . . .	9 p.
Iode	1 p.

---

système actuel de centralisation, pourrait trouver une place dans l'un des divers hôpitaux de Paris, sera parqué dans la circonscription qui lui est assignée, attendant que l'unique établissement où il puisse entrer lui fournisse une place qui peut-être viendra trop tard. — A cela, M. Vée répond que ce sera alors à l'administration centrale à étendre les limites des circonscriptions voisines, qui s'agrandiront de manière à comprendre le quartier dont l'hôpital est encombré, et à étendre dans les mêmes limites les attributions des médecins-visiteurs de ces circonscriptions.

Ce mode, proposé par M. Vée, est-il de nature à parer aux inconvénients que pourrait faire naître le système des circonscriptions? Nous croyons, quant à nous, nous l'avons dit, que cette élasticité ingénieuse des circonscriptions laisse subsister des difficultés qui ne sont pas sans importance. En effet, indépendamment de cette irrégularité des limites dans les attributions des médecins-visiteurs qui condamneraient les uns à l'oisiveté en surchargeant les autres, on comprend quels retards et quelles inexactitudes, en admettant même qu'on puisse éviter la confusion, devront troubler un service où chaque jour viendra modifier, soit en plus, soit en moins, la tâche de chacun.

Toutefois, ne pourrait-on pas, en faisant disparaître cette défectuosité partielle dans le système de M. Vée, réserver les avantages immenses qu'il présente dans l'intérêt de l'humanité, et en faire une heureuse application? Quant à nous, nous le pensons; et à cet effet, qu'il nous soit permis de présenter bien succinctement quelques indications que nous soumettons à votre appréciation éclairée. Le problème qui nous occupe est assez intéressant pour justifier les efforts les plus modestes. Voici donc de quelle manière on pourrait, selon nous, éviter l'inconvénient qui vient d'être signalé :

Tous les jours, le directeur de chaque hôpital enverrait, comme aujourd'hui, son mouvement à l'administration centrale, qui opérerait immédiatement la répartition des lits vacants entre les douze bureaux de bienfaisance, en se basant sur le chiffre approximatif des malades fournis par chacun d'eux, et leur ferait aussitôt parvenir le chiffre des lits vacants dont ils pourraient disposer. Ce chiffre parvenu (1), le secrétaire-trésorier délivre instantanément à tout malade le billet qu'il sollicite, après cependant la constatation de la maladie par le médecin préposé à cet effet.

Si, par hasard, le chiffre des malades à admettre était supérieur à celui des lits disponibles, ceux des indigents qui ne seraient point placés le jour même le seraient le lendemain, à l'arrivée de la note de classement.

On arriverait ainsi à réunir les avantages de la centralisation à ceux résultant de la division de Paris en un certain nombre de circonscriptions. Celles-ci présenteraient dès lors une échelle mobile variant chaque jour suivant les besoins momentanés de chaque quartier, suivant les épidémies partielles, etc.

En décomposant le Bureau central actuel en douze autres placés au bureau de bienfaisance de chaque arrondissement, nous faisons en même temps cesser les inconvénients sur lesquels nous avons si fortement insisté; car dans le nouveau système, le malade n'a d'autre déplacement à subir que celui de son transfert à l'hôpital le plus voisin. Mais avant d'indiquer par qui seront désignés les malades aptes à être admis dans les hôpitaux, rappelons que, pour nous, le malade et sa famille se trouvent dans l'impossibilité d'apprécier la question de savoir s'ils doivent être traités à domicile ou dans un établissement public. Ce devoir et ce droit appartiennent à l'administration représentée par les médecins du bureau ou par les médecins-visiteurs proposés par M. Vée.

Les médecins du Bureau nous semblent, peut-être plus aptes à faire ce service, car ils sont à même d'apprécier la gravité de la maladie, les conditions hygiéniques de l'indigent, et de décider mieux que tous autres s'ils peuvent par leurs soins espérer ou non la guérison.

(1) Cette partie du service demanderait à peine deux heures.

Le médecin-visiteur, obligé de se rendre au domicile des malades et de faire une enquête sommaire sur la position de leur famille, sera plus facilement trompé, car la nature de ses fonctions le met bien plus rarement en rapport avec le reste de la population, à laquelle il inspire beaucoup moins de confiance; il n'est plus, à ses yeux, qu'un agent de l'autorité salarié pour délivrer des billets d'hôpital à quiconque croit avoir le droit d'en obtenir.

Le médecin du Bureau, au contraire, est déjà connu même du malade qu'il vient soigner pour la première fois, car chaque jour il donne ses soins à des parents et à des amis, et l'on voit en lui plus le bienfaiteur que l'homme public; ses conseils seront donc plus facilement goûtés, dans le cas où il voudra maintenir un malade dans le traitement à domicile.

La création du médecin-visiteur expose à des conflits; car il peut arriver que ce dernier, mal renseigné sur la position de la famille du malade, croie le traitement à domicile possible, tandis que le médecin de la division, instruit par des visites successives, reconnaît cette marche comme préjudiciable au malade. Dans ce cas, qui des deux devra l'emporter? — Il peut encore arriver qu'après quelques jours de traitement une maladie, simple au début, se soit assez aggravée pour nécessiter l'envoi du malade dans les hôpitaux; faudra-t-il, dans ce cas, recourir au médecin-visiteur?

Pour être juste, nous devons ajouter qu'avec une grande habitude le médecin-visiteur pourra facilement réserver les lits aux plus grands malades et se montrer plus administrateur que le médecin du Bureau, dont l'humanité moins défiante ferait quelquefois accorder un lit d'hôpital à qui n'en aurait pas un besoin urgent.

Quoi qu'il en soit, dès qu'un malade serait placé dans l'impossibilité de se soigner à ses frais, il s'adresserait au bureau de bienfaisance de son arrondissement, qui lui enverrait, suivant le système adopté, soit un médecin-visiteur, soit le médecin de la division.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mélangez par petites portions l'amidon avec l'iode; quand la mixture est intimement faite, humectez légèrement la poudre iodurée avec un peu d'eau distillée; introduisez ce mélange dans une cornue, bouchez-la légèrement, plongez-la dans un bain-marie d'eau bouillante, et laissez l'iodure soumis à cette action pendant quatre heures consécutives, en agitant de temps en temps la cornue.

L'opération terminée, lavez avec l'alcool environ un litre pour 500 gr. de poudre; après ce lavage, filtrez, faites sécher et conservez pour l'usage dans un flacon bleu bouché à l'émeri. (*Journal de Pharmacie.*)

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 décembre 1851. — Présidence de M. Rayer.

De la prédisposition héréditaire aux affections cérébrales.

M. Moreau (de Tours) adresse sur ce sujet une note, dont nous extrayons ce qui suit :

La prédisposition héréditaire à de certaines maladies, en particulier à l'aliénation mentale, est un fait sur lequel, malheureusement, la science ne permet d'élever aucun doute.

Existe-t-il des signes auxquels on puisse reconnaître cette redoutable prédisposition? En d'autres termes : « Un père ou une mère, et autres ascendants, ayant été atteints de folie, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de craindre pour les enfants la même maladie, et, lorsqu'il existe plusieurs enfants, lequel d'entre eux est plus particulièrement prédisposé ? »

Avant de faire connaître les résultats auxquels l'ont conduit ses recherches, l'auteur appelle l'attention sur certains faits zoologiques qu'il a pris pour point de départ, et qui en même temps donnent l'explication de ces mêmes résultats.

Ces faits peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

« Des lois constantes, invariables, régissent le mode suivant lequel l'organisation des parents affecte celle des enfants; ce qui donne, en résultat, la ressemblance.

» La ressemblance ne se communique pas des parents aux enfants par la transmission de quelques traits isolés, mais bien par la transmission de deux grandes séries d'organes, séries parfaitement distinctes;

» L'une de ces séries comprend la forme ou configuration extérieure, l'autre tient sous sa dépendance les fonctions nerveuses;

» La transmission a lieu suivant des lois fixes; quand l'un des parents donne une série, l'autre parent donne la série opposée. »

En transportant la question des animaux à l'homme, en faisant application dans l'ordre pathologique des lois ci-dessus énoncées, M. Moreau a constaté que, dans la majorité des cas, lorsque des modifications pathologiques de la partie du système nerveux chargée spécialement des fonctions intellectuelles ont révélé chez les individus une ressemblance héréditaire avec l'un des parents, les caractères distinctifs de la série d'organes qui donne le physionomie ou ressemblance proprement dite apparaissaient manifestement transmis par l'autre parent. 164 cas sur 192 déposent en faveur de cette assertion.

Il reste donc démontré :

1° Que la loi de transmission héréditaire par série d'organes est vraie, dans de certaines limites, pour l'homme comme pour les animaux;

2° Que la transmission des désordres cérébraux et de le ressemblance s'effectue indifféremment par l'un ou par l'autre des parents, mais le plus souvent isolément;

3° En dernière analyse, et comme solution de la question posée en tête de cette note, que :

Une famille étant donnée, dont les ascendants comptent un ou plusieurs individus atteints de folie, le mal héréditaire, selon toute probabilité, frappera de préférence ceux des enfants qui n'ont que peu ou point de rapports de physionomie avec les parents chez lesquels le mal a pris sa source, et qu'il épargnera, au contraire, ceux qui ont avec ces derniers une ressemblance plus ou moins marquée.

Transfusion du sang.

MM. Devay et Desgranges adressent la relation détaillée d'un cas de transfusion du sang pratiquée récemment à l'Hôtel-Dieu de Lyon et suivie de guérison.

Les auteurs ont fait suivre cette relation de considérations générales sur la recherche des indications de cette opération, qu'ils résument dans les propositions suivantes :

1° Que la transfusion du sang, comme agent héroïque, doit avoir une place dans la médecine pratique;

2° Qu'elle doit être réservée aux cas extrêmes, dans l'unique but de soutenir la vie;

3° Que la quantité de sang transfusé doit toujours être faible;

4° Que le sang pur doit seul être employé;

5° Que le manuel opératoire ne réclame point d'instruments particuliers;

6° Que dans ces conditions elle est physiologique.

Sur la présence prétendue du sucre dans les urines des sujets atteints de maladies nerveuses.

M. Michéa, à l'occasion des dernières communications de M. Reynoso sur la présence du sucre dans les urines des sujets atteints de maladies diverses du système nerveux, adresse une note sur l'état des urines chez les hystériques et des épileptiques. Il a analysé dans quatre cas d'hystérie et deux cas d'épilepsie l'urine rendue quelques heures après la fin des attaques. Il analysa également l'urine pendant toute la durée de la maladie dans sept cas de délirium tremens. Il l'a examinée, enfin, chaque jour pendant plusieurs semaines dans six cas de paralysie générale au troisième degré; dans cinq cas de manie, soit aiguë, soit chronique, et dans trois cas de délire partiel. Chez ces vingt-sept sujets, M. Michéa n'a pas trouvé le moindre vestige de sucre dans l'urine.

Moyen de combattre l'obésité.

M. Dancel adresse une note sur un moyen d'empêcher l'obésité. Pour prévenir ou diminuer l'embonpoint, il faut, d'après l'auteur, se nourrir de viande et éviter l'usage des légumes, de tout ce qui est aqueux et de tout ce qui est à base de carbone et d'hydrogène.

Suppuration bleue.

M. Pétrequin adresse un mémoire sur la *suppuration bleue*, avec des expériences nouvelles sur la pyogénie et la composition du pus.

Conseil et commission d'hygiène et de salubrité à Paris.

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce, le président de la République a rendu le décret suivant :

Art. 1er. Le conseil de salubrité établi près la préfecture de police conserve son organisation actuelle; il prendra le titre de conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

La nomination des membres du conseil d'hygiène publique et de salubrité continuera d'être faite par le préfet de police, et d'être soumise à l'approbation du ministre de l'agriculture et du commerce.

Art. 2. Il sera chargé en cette qualité, et dans tout le ressort de la préfecture de police, des attributions déterminées par les art. 9, 10 et 12 de l'arrêté du 18 décembre 1848.

Art. 3. Il sera établi dans chacun des arrondissements de la ville de Paris et dans chacun des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis une commission d'hygiène et de salubrité composée de neuf membres et présidée, à Paris, par le maire de l'arrondissement, et dans chacun des arrondissements ruraux par le sous-préfet.

Les membres de ces commissions seront nommés par le préfet de police sur une liste de trois candidats présentés pour chaque place par le maire de l'arrondissement à Paris, par les sous-préfets de Sceaux et de Saint-Denis dans les arrondissements ruraux.

Les candidats seront choisis parmi les habitants notables de l'arrondissement. Dans chaque commission, il y aura toujours deux médecins au moins, un pharmacien, un vétérinaire reçu dans les Ecoles spéciales, un architecte, un ingénieur. S'il n'y a pas de candidats dans ces trois dernières professions, les choix devront porter de préférence sur les mécaniciens, directeurs d'usines ou de manufactures.

Les membres des commissions d'hygiène publique du département de la Seine sont nommés pour six ans et renouvelés par tiers tous les ans. Les membres sortants peuvent être réélus.

Il sera établi pour les trois communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon, annexées au ressort de la préfecture de police par l'arrêté du 3 brumaire an IX, une commission d'hygiène et de salubrité qui sera présidée par le plus âgé des maires de ces communes, et dont le siége sera au lieu de la résidence du président. Toutes les dispositions qui précèdent seront, du reste, applicables à cette commission.

Art. 4. La commission dont il est question au dernier paragraphe de l'article précédent, et chacune des commissions d'hygiène d'arrondissement, éliront un vice-président et un secrétaire qui seront renouvelés tous les deux ans.

Le préfet de police pourra, lorsqu'il le jugera utile, déléguer un des membres du conseil d'hygiène publique du département auprès de chacune desdites commissions, pour prendre part à ses délibérations avec voix consultative.

Art. 5. Les commissions d'hygiène publique et de salubrité se réuniront une fois par mois à la mairie ou au chef-lieu de la sous-préfecture, ou, pour ce qui concerne la commission centrale des communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon, à la mairie de la résidence de son président, et elles seront convoquées extraordinairement toutes les fois que l'exigeront les besoins du service.

Art. 6. Les commissions d'hygiène recueillent toutes les informations qui peuvent intéresser la santé publique dans l'étendue de leur circonscription.

Elles appellent l'attention du préfet de police sur les causes d'insalubrité qui peuvent exister dans leurs arrondissements respectifs, et elles donnent leur avis sur les moyens de les faire disparaître.

Elles peuvent être consultées, d'après l'avis du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département, sur les mesures et dans les cas déterminés par l'article 9 de l'arrêté du gouvernement du 18 décembre 1848.

Elles concourent à l'exécution de la loi du 13 avril 1850, relative à l'assainissement des logements insalubres, soit en provoquant, lorsqu'il y a lieu, dans les arrondissements ruraux, la nomination des commissions spéciales qui peuvent être créées par les conseils municipaux en vertu de l'article 1er de ladite loi, soit en signalant aux commissions déjà instituées les logements dont elles auraient reconnu l'insalubrité.

En cas de maladies épidémiques, elles seront appelées à prendre part à l'exécution des mesures extraordinaires qui peuvent être ordonnées pour combattre les maladies ou pour procurer de prompts secours aux personnes qui en seraient atteintes.

Art. 7. Les commissions d'hygiène publique et de salubrité réuniront les documents relatifs à la mortalité et à ses causes, à la topographie et à la statistique de l'arrondissement, en ce qui concerne la salubrité.

Ces documents seront transmis au préfet de police et communiqués au conseil d'hygiène publique, qui est chargé de les coordonner, de les faire compléter, s'il y a lieu, et de les résumer dans des rapports dont la forme et le mode de publication seront ultérieurement déterminés.

Art. 8. Le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine fera, chaque mois, sur l'ensemble de ses travaux et sur l'ensemble des travaux des commissions d'arrondissement, un rapport général qui sera transmis par le préfet de police au ministre de l'agriculture et du commerce.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Milliot, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour les ambulances de Constantine.

M. Casses, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Longwy, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

Le Soued.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 148. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNEE.) N° 148. — MARDI 23 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Le journal ne paraîtra pas jeudi prochain, 25 décembre, fête de NOEL.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1851.

DE LA CONTAGION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE
DE L'ENFANT A LA NOURRICE
sous le rapport médico-légal.

Un médecin de province, consulté pour un cas où une syphilis présumée avait été transmise par un enfant à sa nourrice, a cru devoir consulter sur ce cas le *Bulletin de Thérapeutique*. Il ne sera pas inutile, pour les jeunes médecins trompés par une doctrine plus fausse encore que spécieuse et que leur propre expérience n'aurait point encore éclairés, de soumettre à quelques remarques et la question adressée au *Bulletin* et surtout la réponse que celui-ci a cru devoir y faire. Voyons-les d'abord l'une et l'autre.

Voici la question :

La syphilis congénitale, la syphilis héréditaire, qui se manifeste par des accidents secondaires, peut-elle se transmettre du nourrisson à la nourrice? C'est là, comme on le sait, une question qui divise singulièrement les praticiens aujourd'hui, et sur laquelle plane encore une grande obscurité dans la science. Les uns, et ils sont, il me semble, en grand nombre, nient la possibilité de l'infection de la nourrice par l'enfant; d'autres y croient, mais leur opinion n'est peut-être pas suffisamment affermie. C'est donc un devoir rigoureux pour le médecin d'apporter ici son contingent de faits, non-seulement dans le but d'éclairer ce point ténébreux de syphiliographie, mais aussi parce que la jurisprudence médicale et l'hygiène publique ont le plus vif et le plus puissant intérêt à la solution de cette importante question. C'est à ce titre que je vous adresse l'observation suivante, pour laquelle je vous demande place dans le *Bulletin de Thérapeutique*, si elle vous paraît pouvoir contribuer à éclairer la question en litige.

« J'ai été consulté, il y a peu de temps, par une jeune femme de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, passant pour être de mœurs irréprochables, mariée et mère d'un enfant bien portant. Cette femme me dit avoir déjà nourri, pendant une année, un enfant qui jouit d'une excellente santé, et qui, à ma connaissance, ne porte aucune trace d'accidents syphilitiques.

» Voilà neuf semaines qu'elle a pris un nouveau nourrisson, qui portait, quand elle le reçut, aux fesses et à la partie interne des cuisses une éruption pustuleuse, à laquelle elle ne prit pas garde d'abord. Ce ne fut que quand l'éruption s'étendit et envahit le corps de l'enfant qu'elle se décida à réclamer les conseils d'un médecin. Celui-ci répondit à cette jeune femme, un peu inquiète pour son nourrisson et pour elle-même, que ces boutons n'offraient aucune espèce de gravité, et qu'il fallait seulement faire prendre quelques bains à l'enfant. Non satisfaite, il paraît, de la réponse de ce médecin, la nourrice en consulta un second, médecin appartenant au service de santé de la marine, qui reconnut immédiatement tous les symptômes d'une syphilis secondaire, et qui l'engagea à rendre l'enfant à ses parents; ce qu'elle fit aussitôt. Cet enfant a succombé peu de temps après le sevrage. Il y avait à peine dix jours que cette femme avait cessé de nourrir (elle avait gardé l'enfant au sein environ sept semaines), lorsqu'elle vit apparaître sur le mamelon gauche un petit ulcère, suivi, bientôt après, de mal à la gorge et de boutons aux parties génitales. Effrayée de ces accidents, elle vint, tout éplorée, me consulter; et je constatai l'état suivant: une ulcération presque cicatrisée, sans induration, sur le bout du sein gauche; une roséole syphilitique bien apparente sur tout le corps; des plaques muqueuses abondantes aux parties génitales, en dedans et en dehors des cuisses, sur les fesses, à la tête; un peu d'engorgement des ganglions axillaires; enfin, une rougeur foncée de l'arrière-bouche et une petite ulcération grisâtre sur chaque amygdale.

» Je prescris à la malade un traitement antisyphilitique, dont la tisane de saponaire et de salsepareille, ainsi que les pilules de proto-iodure de mercure, forment la base; ce traitement bien indiqué est couronné de succès. »

RÉFLEXIONS. — D'après ce qui précède, il me paraît probable, sinon évident, que le nourrisson était atteint de syphilis en sortant de chez ses parents. C'est aussi l'opinion du confrère très compétent qui a vu l'enfant avant moi. Maintenant, les accidents qu'a éprouvés la nourrice sont-ils le fait de l'infection par l'enfant, de la cohabitation avec le mari, peut-être malade lui-même, ou d'une conduite coupable? J'ai de fortes raisons pour ne pas adopter les deux dernières hypothèses, et les voici: Je ne me suis pas contenté des renseignements favorables qui m'avaient été donnés sur le mari, qu'on disait d'excellente moralité; je l'ai soumis, ainsi que sa femme, à un examen complet et scrupuleux. Je puis déclarer que je n'ai trouvé chez aucun d'eux de cicatrices suspectes aux organes de la génération et aux aines.

Une autre question se présente ici. La nourrice est bien résolue à intenter une action en dommages et intérêts au père du nourrisson, qui est un ancien militaire, et de mœurs, dit-on, très douteuses. Dans le cas où je viendrais à être consulté comme médecin légiste dans cette affaire, ne devrais-je pas répondre qu'il y a de grandes probabilités, à mes yeux, pour que cette femme ait été infectée par son nourrisson?

Th. CARADEC, D.-M., à Brest.

Voici maintenant quelle a été la réponse :

La question de médecine légale que nous pose notre honorable correspondant est malheureusement une de celles qui, non-seulement ne sont pas résolues, mais encore n'ont pas reçu même un commencement de solution; de sorte que le médecin se trouve en présence ou d'idées théoriques préconçues et absolues dans un sens ou dans l'autre, ou bien de ces données de probabilités auxquelles il nous faut obéir en tant de circonstances dans la pratique de notre art. Ce ne sont pas, en effet, les observations de contagion syphilitique de nourrisson à nourrice qui font défaut dans les annales de la science; depuis quelques mois même de nouveaux cas de cette espèce ont été publiés par nos confrères des départements, en général mieux placés que nous pour observer et étudier cette question. Mais lorsqu'on procède à l'analyse rigoureuse de ces observations, elles laissent toutes quelque chose à désirer, et présentent au point de vue médico-légal, principalement à celui où se place M. Caradec, des fins de non-recevoir.

Comment s'en étonner? Est-ce que l'histoire de la syphilis congénitale n'est pas encore entourée des plus profondes ténèbres? Savons-nous, parmi les accidents syphilitiques observés chez l'enfant, quels sont ceux qu'il faut considérer comme primitifs ou comme secondaires? Est-il bien démontré qu'à cet âge de la vie les accidents syphilitiques suivent la même marche, obéissent à la même succession, offrent les mêmes conditions de contagion ou de non-contagion que chez l'adulte?

N'est-il pas au contraire bien établi que la syphilis congénitale a, par exemple, une marche qui lui est propre, et une gravité bien différente de celle que montre la syphilis chez l'adulte, alors même qu'elle se présente avec des accidents qui semblent indiquer une altération moins profonde de l'économie? Voilà ce qui doit rendre très prudent et très circonspect le médecin dans la conduite qu'il doit tenir dans les cas de ce genre.

S'agit-il d'une simple question d'hygiène? est-il consulté par une nourrice pour savoir si elle doit garder ou rendre un enfant qui lui a été confié et qui présente les signes d'une syphilis congénitale? le médecin a le devoir d'éclairer cette femme sur les éventualités possibles que peut lui faire courir l'allaitement d'un enfant ainsi affecté, bien que, à notre avis, cet allaitement offre peu de danger lorsque l'enfant ne présente sur les parties qui sont en contact, en rapport habituel avec les téguments et la muqueuse de la nourrice, sur la bouche, la langue, etc., par exemple, ni ulcération, ni aucun autre symptôme de syphilis; témoin ce qu'on observe continuellement dans les hôpitaux spéciaux, où l'on voit les enfants affectés de syphilis congénitale être nourris par des nourrices sur lieu qui n'offrent pas la moindre altération dans leur santé générale ou locale. Que si le mamelon était affecté de gerçures, peut-être devrait-on encore lui recommander de redoubler de prudence, dans la crainte de voir l'infection s'opérer par cette voie.

Mais si le médecin est appelé en justice pour trancher la question médico-légale, si son jugement peut entraîner une condamnation à des dommages et intérêts, il faut alors dans des circonstances aussi solennelles qu'il se pénètre bien des incertitudes de la science, qu'il évite de se prononcer à moins d'avoir par devers lui les preuves les plus concluantes. Or, ces preuves, il nous semble qu'il serait possible dans certains cas de les obtenir par l'examen attentif tant de l'enfant et de ses parents que de la nourrice et de son mari. Il est bon, il est nécessaire même de se tenir en défiance contre le défaut de moralité de certains individus, mais il ne faudrait pas cependant que cette défiance tournât contre la personne lésée. Nous pensons donc que la moralité bien connue des personnes auxquelles a été confié ou auxquelles appartient l'enfant doit être prise en grande considération, mais cela ne saurait suffire. Que si l'enfant présente des signes évidents d'infection syphilitique, principalement vers la bouche, si les parents en offrent aussi des traces incontestables, et si en revanche la nourrice et son mari n'offrent rien de pareil, il y aura

---

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CINQUIÈME ARRONDISSEMENT.

RAPPORT SUR UN TRAVAIL AYANT POUR TITRE :

Organisation du service médical des pauvres,

Par les Drs MARTIN MAGRON et J. SEGUIN;

Lu dans les séances des 28 octobre et 11 novembre 1851,

Par le Dr THIBAULT,

Secrétaire général, ancien interne-lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société philanthropique, etc.

(Suite. — *Voir* les nos des 13 et 19 décembre.)

Si c'est le médecin visiteur, il se rend chez le malade et délivre, s'il y a lieu, un billet d'hôpital; sinon le médecin ordinaire est invité à venir lui donner ses soins.

Si c'est, au contraire, le médecin ordinaire que l'on adopte, on suit la marche en usage dans notre arrondissement pour les secours à domicile; et, à sa première visite, le médecin ajoute, s'il y a lieu, sur la lettre de diagnostic, *renvoi à l'hôpital, urgent ou non*, et sur la présentation de cette lettre le secrétaire trésorier délivrerait le billet d'admission. Les mots *urgent ou non* sont destinés à éclairer cet employé dans les cas d'insuffisance de lits.

Du traitement externe.

En terminant ce qui se rapporte aux secours donnés dans les hôpitaux, nous croyons utile de rappeler ici un autre mode que M. Vée, que MM. Martin Magron et Seguin ont passé sous silence et qui a l'avantage de diminuer le nombre des malades qui y sont soignés, nous voulons parler de ce que l'on désigne habituellement sous le nom de *traitement externe*. Ce traitement s'applique à un assez grand nombre d'affections chroniques, qui permettent cependant aux malades de se livrer à leurs travaux habituels : de ce nombre sont les varices et ulcères, les hernies, les déviations et difformités congéniales ou acquises, la teigne, etc.; on doit y joindre encore le traitement de la gale, car les derniers travaux des dermatologistes ont démontré l'inutilité du séjour des malades à l'hôpital par la facilité que l'on a maintenant d'en obtenir la guérison en quelques heures. L'utilité bien constatée de ce service exige donc qu'on en favorise autant que possible le développement.

DEUXIÈME PARTIE. — ORGANISATION DU SERVICE MÉDICAL POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE.

Cette question en comprend plusieurs autres, que nous examinerons successivement en cherchant à fixer votre attention, tantôt sur le rapport de M. Vée et le projet de M. Davenne, tantôt sur le rapport de nos confrères de la Société médicale du 12e arrondissement. Peut-être aussi aurons-nous à vous parler d'une note relative au même sujet, et que nous avons eu l'honneur d'adresser (février 1851) à M. le maire du 5e arrondissement; mais ce ne serait alors que pour rétablir des idées que nous aurions cru mal comprises par les auteurs des travaux que nous venons de citer.

De la spécialisation des fonctions.

En examinant ce qui se passe dans la pratique ordinaire de la médecine, nous voyons des médecins, des chirurgiens, et des accoucheurs ou sages-femmes, ayant la plupart une spécialité basée sur les sympathies de chacun. Dans les bureaux, au contraire, nous ne trouvons que des médecins traitant toutes les maladies chirurgicales et autres, et des sages-femmes chargées des accouchements. Disons dès maintenant, et pour n'avoir plus à y revenir, que la position de ces dernières laisse quelquefois beaucoup à désirer, et qu'il faut applaudir au vœu exprimé dans le rapport de M. Vée de les voir toutes également rétribuées.

Quant aux maladies ordinaires, qu'elles soient ou non chirurgicales, elles sont indistinctement traitées par tous les médecins des bureaux, qui ne font entre elles aucune différence au point de vue des connaissances qu'elles exigent. Cependant, suivant MM. Martin Magron et J. Séguin, il faudrait dans Paris trente-quatre chirurgiens attachés au service des secours à domicile et destinés sans doute à pratiquer les grandes opérations qui se font aujourd'hui dans les hôpitaux; car pour les opérations appartenant à la petite chirurgie, il n'est pas besoin de connaissances spéciales. Malheureusement nos confrères n'ont pas cru devoir justifier cette innovation, se bornant à nous rappeler que la pratique des docteurs Marye, Pinel-Granchamp, Lemoine et Bois-Duval, a prouvé qu'à la suite des grandes opérations la mortalité à domicile est de vingt, celle de l'hôpital étant de vingt-trois. En admettant avec nous l'exactitude de ces résultats, vous reconnaîtrez aussi qu'il serait difficile de rencontrer dans tous les arrondissements des chirurgiens capables de pratiquer aussi heureusement toutes les grandes opérations. Nous pensons que dans l'état actuel il est utile et même nécessaire d'envoyer à nos maîtres les malades obligés de les subir. D'ailleurs au moment de l'opération il vous faudrait du linge en grande quantité et surtout des aides intelligents capables de vous seconder activement. Plus tard, il vous faudrait des garde-malades, quelquefois un aide pour chaque pansement, et toujours du linge en graode quantité; et avec tout cela, vous n'auriez point encore un interne à poste fixe pour parer aux accidents imprévus qui compromettraient à chaque instant la vie de votre malade.

Il faut donc avant tout rester dans les choses possibles.

déjà grande probabilité, à notre avis, pour faire pencher la balance en faveur de celle-ci. Les probabilités seront encore plus grandes si les accidents out débuté autour du sein et de là se sont étendus au reste du corps.

Mais, pour que le médecin puisse se prononcer, il faut que toutes ces conditions soient réunies; une seule faisant défaut, tout l'édifice déjà un peu fragile de sa conviction s'affaisse et s'évanouit. Que l'enfant n'existe plus, par exemple, et tout jugement deviendra impossible pour le médecin qui ne l'avait pas observé pendant sa vie. Que l'examen des parents de l'enfant, celui de la nourrice et de son mari donnent des résultats négatifs, et dès lors les incertitudes recommenceront, de sorte que le médecin nc pourra pas rigoureusement se prononcer.

Nous croyons donc pouvoir répondre à M. Caradec, relativement au cas particulier qu'il nous a soumis, qu'en présence de l'état actuel d'incertitude de la science, en l'absence de ce qu'on pourrait appeler le corps du délit, c'est-à-dire de l'enfant, en l'absence de renseignements précis et exacts sur la santé des parents, il ne saurait, s'il était consulté comme médecin légiste, se prononcer pour l'infection de cette femme par son nourrisson, quelque probable que cette solution lui paraisse, médicalement parlant.

A une simple question de médecine légale, le *Bulletin* a voulu faire une réponse de médecine légale et d'hygiène à la fois. Nous voudrions pouvoir expliquer par cette intention complexe la confusion et les contradictions dans lesquelles le bon sens habituel de notre confrère s'est laissé entraîner; mais, quelle qu'en soit la cause, il importe de les dissiper et de rétablir dans toute sa simplicité la question soulevée par M. Caradec. C'est ce que nous ferons dans notre prochain numéro.

HOPITAL D'AJACCIO. — M. Abeille.

Du rôle des divers états morbides règnants ou intercurrents dans les épidémies de fièvres paludéennes. Leur action sur la marche et le type de la fièvre. Leur importance au point de vue thérapeutique.

Il en est des épidémies de fièvres paludéennes comme de toutes les autres épidémies. Quand une épidémie règne, les maladies intercurrentes se ressentent de l'influence épidémique. Beaucoup d'entre elles, sinon toutes, se trouvent compliquées de l'affection épidémique, qui régente alors la maladie première au point quelquefois de la masquer complétement. Cette complication peut s'effectuer à des intervalles divers de la marche de l'affection; elle peut surgir d'emblée; c'est-à-dire qu'à un moment donné et par suite de causes différentes, on peut voir apparaître un état morbide défini, à étiologie non douteuse, et la maladie épidémique qui vient lui imprimer une physionomie propre à l'état régnant, par conséquent l'envelopper de toute sa puissance d'action.

C'est principalement dans les épidémies de fièvres paludéennes que l'esprit observateur est appelé à vérifier des faits pareils.

Si l'affection prédominante, celle dont la cause est à la fois plus générale et plus intense, travestit la physionomie de la première, celle-ci imprime à son tour à la seconde, dans la plupart des cas, une modification qui la fait dévier du plus au moins de son type fondamental. Peut-on dire qu'il y a alors, comme le veulent certains auteurs, promiscuité d'effets comme il y a promiscuité de causes? Non. Les causes agissent côte à côte, si nous pouvons nous exprimer ainsi, sur le même sujet; mais c'est pour donner lieu à des résultats qui leur sont propres, et non à des effets combinés, fusés ensemble. L'association de deux effets différents sur le même individu ternit alors la physionomie de chacun d'eux, mais sans en changer le fond.

En Afrique, où nos confrères de l'armée ont étudié avec tant de soins les maladies qui se montreut par saison avec le caractère d'épidémicité, l'influence des fièvres paludéennes sur les maladies intercurrentes a été notée avec une babile précision. C'est ainsi que, d'après leurs observations, les pneumonies, les pleurésies, les affections gastro-intestinales, etc., revêtent un caractère de périodicité qui n'est que le résultat de la prédominance de la fièvre de marais. Aussi, sont-ils arrivés, pour la plupart, à des conclusions fort justes pour la thérapeutique, conclusions dont quelques-uns seulement ont exagéré l'importance. Traiter la périodicité par le quinquina est, à leurs yeux, faire la plus large part du traitement. Aux yeux de ces derniers c'est toute la thérapeutique; là est l'exagération. Car, si nous soutenons qu'en détruisant l'état pathologique prédominant, celui qui entraînait l'autre dans une voie qui l'éloignait de son évolution naturelle, c'est remplir l'indication la plus pressante et la plus sage. Il nous paraît également démontré que l'affection intercurrente, une fois dégagée de la complication, peut avoir besoin de secours ultérieurs de l'art pour aboutir à bonne fin. Ne plus rien faire après avoir obéi à la première indication, c'est abandonner l'affection fondamentale aux ressources de la nature; et celle-ci, quoique puissante et prévoyante, peut avoir besoin, à chaque pas, d'être secondée par nous sous peine de stérilité.

Les divers états morbides intercurrents ou résultant de causes plus ou moins nombreuses inhérentes au sol, à la température, etc., qui se manifestent concurremment avec la fièvre paludéenne dans la saison d'épidémie, tous ne marchent qu'à un rang secoudaire sous la domination de l'influence palustre, tendent essentiellement aussi à déformer le type, la physionomie de la fièvre; et si les médecins ne sont alors que des observateurs superficiels, pour avoir aperçu du premier coup d'œil la maladie épidémique sous quelque forme qu'elle se présente, ils n'en oublieront pas moins l'état morbide en sous-œuvre, dont le moindre résultat pour l'économie sera d'appeler des retours multiples de la fièvre par sa persistance, et quelquefois d'entraîner la perte du malade, quoique dégagé de l'influence palustre.

Au reste, les mutations de type et de forme des fièvres paludéennes, par l'addition d'un état morbide nouveau, étaient bien connues d'Hippocrate; car, en parlant de ces fièvres dans son livre *Des eaux et des lieux*, il dit qu'on les voit se travestir en putrides, malignes, arriver à la pleurésie, etc., suivant que la saison a été de telle ou telle nature.

En général, les fièvres de marais affectent un type régulièrement intermittent. Par des relevés nombreux et faits en des points divers, on a cherché à établir la prédominence de tel ou tel type, suivant les lieux, les saisons. Ces relevés n'ont abouti qu'à des contradictions. Sans doute les saisons paraissent exercer une influence sur le type; mais en général, et d'après notre observation personnelle en plusieurs endroits bien différents sous le rapport des latitudes, il semblerait que le type quotidien est l'expression la plus commune de la première intoxication, et que les types tierce, quarte, etc., qui se manifestent assez fréquemment aussi de prime abord, résultent le plus souvent d'une première, deuxième ou troisième rechute, comme si, à mesure que l'organisme s'affaiblit, les effets étaient moins prompts à se développer et la réaction moins énergique et durable.

Quoique la continuité, la rémittence puissent être aussi l'expression pure et simple de l'intoxication miasmatique, il nous est impossible d'admettre qu'il en est ainsi dans la pluralité des cas. Un de nos plus distingués confrères, M. Boudin, croit qu'il existe un rapport rigoureux entre l'intensité du dégagement de la matière miasmatique et le type de la fièvre, rapport tel que la progression dans la dose du miasme entraîne une progression correspondante de type de plus en plus continu de la maladie. Ainsi le type tierce, dit-il, qui domine dans le nord de l'Europe, est dominé lui-même dans les pays chauds par le type quotidien, rémittent ou même continu. L'influence des saisons se traduit de la même manière dans le nord de l'Afrique; les fièvres tierces de l'hiver y sont successivement remplacées par les quotidiennes, les rémittentes et enfin par les continues. Cet aperçu est plutôt ingénieux que le résultat de la juste observation des faits. Dans le nord de l'Afrique, et précisément dans le pays le plus exposé à l'influence palustre, à Bone, durant les cinq ans que nous y avons passé, le maximum de l'intoxication ne correspondait point à la continuité ni à la rémittence; le type quotidien était le plus commun chez les sujets primitivement affectés, et, si en automne et en hiver on remarquait plus de types tierce et quarte en proportion, c'est qu'on avait affaire la plupart du temps à des rechutes plus ou moins nombreuses et que ces types représentaient pour ainsi dire l'état chronique de la fièvre; de même que, chez les malades le plus anciennement affectés, on n'observait plus de type régulier, quoique l'intermittence fût parfaitement conservée.

Les rémittentes, les pseudo-continues s'éloignent trop de la manifestation ordinaire de l'influence palustre pour en être, dans la pluralité des cas, la pure et simple expression. Une cause ne peut donner lieu à des effets opposés ou dissemblables, et, pour agir avec plus d'intensité, elle ne saurait aboutir qu'à un résultat plus tranché, plus énergique, mais non différent. Aussi, mu par l'expérience, nous avons été conduit à pénétrer plus intimement les faits, et aujourd'hui notre conviction est que, la plupart du temps au moins, les fièvres intermittentes ne doivent leur abâtardissement de type qu'à l'addition d'un état morbide nouveau à l'intoxication palustre.

Au reste, les divisions nombreuses établies par une foule d'auteurs dans ces fièvres corroborent notre manière de voir; car, qu'est-ce que les rémittentes gastriques, bilieuses, etc., sinon des intermittentes dégénérées par les états morbides que représentent ces adjectifs?

C'est aux faits qu'il faut recourir pour faire une semblable démonstration. Nous dounerons à la fin une statistique des fièvres que nous avons eu à traiter à Ajaccio pendant l'épidémie de juin, juillet, août, septembre et octobre, statistique qui justifie parfaitement notre manière de voir; mais il faut saisir, dans quelques observations détaillées, ces mutations ou transformations de type qui surviennent par complication d'un état morbide différent.

Voici un exemple remarquable où la maladie initiale a été masquée par la maladie épidémique:

1° *Iléo-colite folliculeuse latente, masquée par une fièvre tierce, et se terminant par la perforation intestinale et la mort après la disparition de la fièvre des marais.*

Koebel, jeune homme de vingt-deux ans, d'une constitution au-dessus de la moyenne et robuste, est canonnier servant de deuxième classe au 1er régiment d'artillerie. Il est arrivé en Corse depuis six mois. Son tempérament est lymphatique sanguin. Il n'a jamais fait de maladie; sa physionomie est expansive et vermeille. Koebel est brosseur du capitaine Aine, qui commande la compagnie. Comme tous les militaires en garnison à Ajaccio, il use largement des fruits qui abondent ici au mois d'août, sans s'en trouver incommodé, nous assure-t-il. Pour éviter, du reste, le mauvais résultat d'un tel régime, il recourait fréquemment à de copieuses libations, et quand il se trouvait suffisamment lesté il ne prenait aucune précaution, se couchant à demi nu dans des endroits à courant d'air, et au milieu de l'humidité des nuits.

Vers le 12 août, ce militaire fut pris d'une diarrhée légère sans colique ni ténesme, sans abattement général, comme sans fièvre. Il tint si peu de compte de ce trouble fonctionnel, qu'il continua son genre de vie et son service auprès de son capitaine. La diarrhée céda, puis revint au bout de quelques jours, mais toujours légère et sans souffrance organique.

Dans la nuit du 18 au19 août, il montait sa garde au fort. Le 20, il fut pris d'un accès de fièvre bien caractérisé, ayant ses trois stades distincts, frisson d'une heure et demie de durée, chaleur de sept à buit heures, puis transpiration. Le 21, il y eut apyrexie complète, au dire du malade. Le 22, deux heures avant le début du premier, nouvel accès aussi nettement caractérisé que le précédent, mais se prolongeant davantage. Le 23, apyrexie. Koebel se présente pour la première fois à la visite de son chirurgien; il lui est délivré un billet d'hôpital, où il entre le 24 au matin en plein accès de fièvre: c'était son troisième. Cet accès avait débuté à huit heures par un frisson qui se prolongea jusqu'à dix. A notre contre-visite du soir, après avoir appris le commémoratif, et trouvant le malade avec une chaleur sèche à la peau, céphalalgie, face animée, pouls plein, dur et fréquent, nous pres-

---

Du mode de nomination des médecins.

Le projet de l'administration porte (p. 17):

Art. 4. Les médecins titulaires sont nommés au concours et institués par le ministre de l'intérieur.

Art. 5. Les concurrents subissent deux épreuves cliniques et présentent leurs titres antérieurs, qui doivent être appréciés par le jury.

Les services rendus aux indigents malades comme médecin des secours à domicile sont placés au premier rang des titres à apprécier.

Une instruotion ministérielle règlera les conditions du conconrs, et notamment le mode d'appréciation des services antérieurs rendus par les concurrents.

Art. 6. Le jury du concours est composé, pour moitié, de médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices et, pour moitié, de médecins des secours à domicite.

. . . .

Les trois médecins du service à domicile sont tirés au sort sur une liste de 24 noms, etc.

Les deux médecins des hôpitaux sont désignés dans la forme suivie pour les concours aux places de médecin du Bureau central.

Vous remarquerez ici une légère erreur commise dans la rédaction de cet article, où il est dit que le jury se compose pour moitié de médecins et chirurgiens des hôpitaux et de médecins des bureaux, et, dans les paragraphes suivants, de trois médecins des bureaux et de deux médecins des hôpitaux. D'après le texte du rapport, c'est la première version qui doit être acceptée comme étant l'expression de la pensée de M. Davenne.

Art. 7. Pour être admis à concourir, les médecins doivent avoir vingt-huit ans accomplis, être pourvus du diplôme de docteur, et justifier de deux années au moins d'internat dans les hôpitaux, ou de six années d'exercice comme médecin dans les bureaux de bienfaisance.

Telles sont, messieurs, les principales dispositions relatives au concours. Avant de vous parler de ces dernières, permettez-nous quelques réflexions sur le concours en lui-même.

Lorsqu'il s'agit de fonctions exigeant des connaissances approfondies importantes au point de vue de l'honneur ou des appointements qui reviennent à ceux qui en sont investis, lorsque les candidats sont par conséquent très nombreux, le concours peut offrir de grands avantages; car alors l'autorité ne demande que des garanties scientifiques, et, pour elle, le concours est le seul critérium possible.

Mais lorsqu'il s'agit de fonctions où des études ordinaires sont suffisantes, de fonctions assujettissantes ou dont l'éclat et l'importance ne sont point démontrés, lorsque par conséquent les candidats sont peu nombreux, le concours perd sa raison d'être; car ici, à raison même du petit nombre des concurrents, vous ne pouvez demander des épreuves bien difficiles, sans vous exposer à voir, comme au concours de l'externat des hôpitaux, le nombre des places supérieur à celui des compétiteurs. Tous les ans vous constatez que personne, pas plus les juges que les candidats, ne veut prendre ce concours au sérieux, maudissant à tout instant un règlement qui donne à chacun tant d'ennuis. Il y a plus: les hommes de quelque valeur, pourvus de cette dignité qui se puise dans un caractère et une existence honorables, répugneront à figurer dans un concours engagé dans de telles conditions, où la défaite ne peut être justifiée par l'éclat du mérite des vainqueurs, où la chance d'un échec ne saurait être compensée par la perspective du succès.

Le concours ne décidera même pas les anciens internes à venir se fixer sur les arrondissements pauvres; car, ce qui les attire le plus, ce sont les avantages réels et positifs puisés dans la proximité des foyers d'instruction ou de la population aisée, celle qui fournit une clientèle fructueuse et des relations agréables, conditions que vous ne pourrez jamais réunir dans les arrondissements où leur présence serait le plus utile.

Vous croyez peut-être, par le concours, éloigner ces médicastres sans expérience qui voudraient s'en donner une aux dépens des pauvres malades; mais vous n'ignorez point que, par leurs consultations gratuites, ils savent se donner un semblant d'expérience qui en impose assez au public, et parfois même à l'administration, pour leur permettre d'arriver plus tard aux honneurs et à la fortune.

Vous donnez, au contraire, accès à tous les intrigants; car ils auront, avec leur diplôme, le droit de se présenter au concours, et une fois admis aux épreuves, ils sauront bientôt lever tous les obstacles et se faire nommer préférablement à l'homme instruit, mais honnête et modeste, qui a reculé devant l'emploi de moyens qui répugnaient à sa conscience.

L'intrigant connait les chemins tortueux qu'il doit suivre pour attirer sur lui l'attention la plus bienveillante de la part de ses juges. Ne sait-il pas obtenir en temps opportun, d'un membre de l'Institut, une lettre pressante, j'allais dire impérative, pour un juge qui a depuis longtemps les yeux fixés sur un fauteuil académique?

Ne sait-il pas, à celui qui aime la politique active, envoyer un chef de parti qui usera de son influence pour modifier à son avantage une opinion justement défavorable?

Ne sait-il pas, à défaut de ces moyens, appeler son juge en consultation? Comment résister alors et refuser sa voix à un candidat qui apprécie le mérite avec tant d'intelligence?

Ne sait-il pas enfin exploiter les travers de chacun, flattant les uns, achetant les autres, intimidant même parfois, dans la presse, l'homme pusillanime qui craint les sévérités de la critique, n'oubliant jamais que, quelle que soit la hauteur du piédestal où se trouve placé son juge, il saura toujours atteindre à un côté vulnérable de sa conscience?

Lui seul d'ailleurs a ce savoir-faire qui parvient à trouver avan-

crivons 8 décigrammes de sulfate de quinine à prendre dès que la sueur aura cessé. La rate, mesurée au plessimètre, donne 0,11 de haut en bas et 0,29 transversalement.

Le 25, à la visite du matin, Koebel, après avoir sué pendant trois heures dans la nuit, a été repris de chaleur qui dure encore. Il y a accablement, céphalalgie continue; la langue est couverte d'un léger enduit muqueux à la surface; la bouche est pâteuse et mauvaise; le pouls bat 85.

La pression abdominale ne révèle aucune douleur; cette région n'est le siége d'aucun gargouillement, et ne présente pas la moindre trace de ballonnement. Il n'y a pas eu de selle dans les dernières vingt-quatre heures. Le dernier accès s'étant prolongé davantage que les précédents et la fièvre passant à la rémittence, il est prescrit 2 grammes de sulfate de quinine, un pour le matin, le second pour le soir.

Le 26, au matin, apyrexie; un reste de céphalalgie, une selle abondante provoquée par un lavement. — Sulfate de quinine, 1 gramme; 3 pots de limonade citrique.

Le 27, l'accès a retardé de six heures; il n'a eu lieu que de deux heures de l'après-midi à onze heures du soir. — Bouillon; limon., 3 pots; 6 décigrammes de sulfate de quinine.

Le 28, l'accès a manqué. Le malade est encore apyrétique au moment de notre visite; mais il se montre très abattu, ce que nous attribuons à la violence des accès précédents. Du reste, rien de notable du côté des viscères abdominaux ou thoraciques. La céphalalgie, qui avait persisté jusque-là à des degrés divers, a complétement disparu. — Bouillon; limon., 3 pots; encore 1 gramme de sulfate de quinine pour arrêter tout nouvel accès.

Le 29, l'accès a manqué de nouveau. Koebel se trouve bien. Il sollicite des aliments avec instance. La rate, mesurée pour la deuxième fois, donne 0,8 de haut en bas, et 0,15 transversalement, c'est-à-dire qu'elle a considérablement diminué. — Quart de portion.

Le 30, pas de fièvre. Notre malade va toujours bien; il se plaint seulement d'une grande faiblesse, et demande que les aliments soient augmentés. Il commence à se lever. — Demi-portion.

Dans la nuit du 30 au 31, à une heure du matin et en se levant de dessus le pot, Koebel ressent pour la première fois des douleurs abdominales éparses très vives. Ces douleurs ont paru subitement; elles acquièrent promptement un haut degré d'intensité, et lui arrachent des cris. Néanmoins il ne veut pas que l'infirmier aille chercher le chirurgien de garde. L'infirmier couvre alors le ventre de fomentations chaudes qu'il renouvelle fréquemment, parce qu'elles paraissent soulager le malade.

Le 31, à notre visite du matin, nous trouvons un changement de scène. Koebel est plaintif, la face est grippée, les extrémités sont froides; le pouls est petit, concentré, vif. La respiration est rendue haletante par la douleur. La langue, effilée, est humide, mais refroidie. Il n'y a pas eu de vomissement. L'abdomen est tendu, résistant, météorisé seulement autour de l'ombilic. La percussion dans les fosses iliaques et à l'hypogastre donne un son mat et exaspère fortement les douleurs, quelque légère qu'on l'exerce. Nous nous trouvons en présence d'une péritonite formidable survenue brusquement sans phénomène précurseur aucun. Ces sortes de péritonites, quand elles ne sont pas le résultat d'une violence extérieure, ont leur origine ordinaire dans une perforation intestinale, quelle que soit du reste la cause de cette perforation. Notre opinion s'arrête à ce genre de péritonite symptomatique, et pour la première fois nous pensons à une fièvre typhoïde latente masquée par la fièvre paludéenne et ayant à son tour imprimé à celle-ci une déformation de type quand de tierce elle passait à la rémittence.

Nous faisons appliquer immédiatement 40 sangsues sur le ventre et nous prescrivons une potion calmante.

Dans la journée, les sangsues paraissent avoir amené un grand soulagement. Le malade n'accuse presque plus de douleur; cependant la pression la réveille encore, et le ventre reste tendu. Le pouls est déprimé comme le matin; les extrémités ne se sont pas réchauffées. — Huit ventouses scarifiées sont appliquées immédiatement, et le ventre est recouvert en-suite de fomentations chaudes; sinapismes aux extrémités; infusion de tilleul chaude.

A sept heures du soir, calme apparent, mais sans changement dans les phénomènes de réaction. Continuation du grippement de la face; pas de selles depuis quarante heures. Onctions mercurielles sur le ventre; lavement huileux. — Potion calmante pour la nuit.

Le 1er septembre, malgré un peu de sommeil pendant la nuit, malgré la cessation complète des douleurs, l'état du malade est alarmant. Les parois du ventre demeurent tendues; les fosses iliaques et l'hypogastre restent proéminents et donnent un son mat. Le refroidissement des membres persiste. Le lobule du nez et les oreilles ont une teinte violacée; le pouls est filiforme et fuyant. Il est survenu du hoquet. Le malade conserve toute sa lucidité, et témoigne une terreur vive, comme frappé d'un danger inconnu qui le menace; sa faiblesse va jusqu'à la syncope, et il expire une heure après.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE CIVILE.

Observations cliniques, par MM. A. Thierry et E. Alix.

Nécrose et carie du calcanéum.

D..., demeurant rue de l'Oreillon, 3, âgé de trente-sept ans, exerçant l'état de tisseur de bretelles, qui le force à être sans cesse debout à la même place, ne se souvient pas d'avoir éprouvé aucune maladie jusqu'à l'âge de trente-cinq ans. A cette époque il sentit quelques douleurs sourdes au côté externe du talon droit; il ne peut rapporter l'origine de ces douleurs ni à un coup, ni à une chute. Peu à peu les douleurs devenant plus vives et plus continues, il se vit condamné à éviter la marche autant que possible. Sa santé s'altéra; il devint jaune (pour employer son expression); il était tourmenté par des mouvements fébriles, par des sueurs, par l'insomnie.

Au bout de dix-huit mois, une tumeur apparut, et, en huit jours, un abcès s'ouvrit au côté externe du talon droit, dans un point correspondant à l'union des deux tiers antérieurs du calcanéum. La tuméfaction persista encore en arrière vers l'apophyse calcanéenne, et ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'il se fit en ce point trois petites ouvertures, qui, ensuite, se réunirent en une seule.

Nous vîmes le malade dans les premiers jours de mai 1851. Les deux ouvertures étaient unies par un trajet fistuleux, et l'on reconnaissait au fond de ce trajet, en s'aidant d'un stylet ou d'une sonde cannelée, une portion osseuse, arrondie, dénudée, rugueuse, dure et résistante, baignant dans le pus par la plus grande partie de sa surface, mais en partie fixée à l'os et non mobile; la dénudation s'étendait sur l'os même un peu au delà de cette portion saillante.

Le 17 mai (nous avions avec nous M. le docteur Viguès), après avoir coupé le pont, la saillie osseuse fut saisie avec un davier et arrachée. Le fragment avait le volume d'une noix; il était de couleur noire; les cellules osseuses, rapprochées les unes des autres, étaient comme calcinées. Examinée avec soin, il n'offrit aucune trace de matière tuberculeuse ou de tout autre tissu anormal.

La portion de tissu spongieuse mise à nu fut immédiatement cautérisée avec le fer rouge.

La plaie offrit les phénomènes ordinaires; mais elle ne se ferma pas tout entière; il resta vers son angle postérieur une petite fistule.

Le 7 juillet la plaie fut agrandie, et le point malade fut de nouveau cautérisé. Il en sortit depuis quelques petits fragments osseux. Aujourd'hui la guérison paraît complète; le malade marche facilement; il a repris toutes les apparences d'une bonne santé.

On avait proposé à ce malade l'amputation sus-malléolaire. Mais le succès dont a été suivie notre opération montre que, dans des cas désespérés en apparence, il est encore possible de modifier la marche de la maladie.

Kyste séreux dans la région du cou.

Mme C..., âgée de cinquante et un ans, demeurant rue des Deux-Ponts, 19, s'est présentée à nous dans le courant du mois d'août 1851. Elle portait au côté droit du cou une tumeur de forme oblongue s'étendant en haut presque jusqu'à l'angle de la mâchoire, en bas jusqu'au-dessous des premiers anneaux de la trachée; limitée en dedans par les voies respiratoires, en dehors par le muscle sterno-mastoïdien, et allongée dans le sens de ce dernier muscle. Cette tumeur présentait deux lobules, dont le supérieur avait le volume d'une pomme d'api, l'inférieur celui d'une noix; la dépression qui séparait ces deux saillies correspondait aux points où passe le muscle omo-hyoïdien. En soumettant la tumeur à la pression des doigts, on percevait une fluctuation transmissible d'une saillie à l'autre, et annonçant la présence d'un liquide analogue à celui de l'hydrocèle. Elle paraissait adhérer, principalement dans son tiers inférieur, aux voies respiratoires, dont elle suivait les mouvements. Elle gênait beaucoup la malade, qui ne pouvait plus avaler de corps solides. D'ailleurs il n'y avait à la peau aucune altération de coloration, de consistance ou de tissu.

Pour nous éclairer sur le diagnostic, nous fîmes une ponction exploratrice à la partie la plus saillante, c'est-à-dire en haut. Il s'écoula une certaine quantité d'une sérosité claire et limpide, et la tumeur s'affaissa. Mais, pendant toute la nuit, il s'échappa par l'ouverture une quantité notable de sérosité sanguinolente; les deux jours suivants, cette sérosité devint de plus en plus foncée et son écoulement presque continuel. Craignant que l'exhalation sanguine qui s'opérait à la surface du sac ne prît les proportions d'une hémorrhagie, nous fermâmes l'ouverture par un point de suture entortillée. Le surlendemain, la tumeur avait repris son volume. La peau rougit un peu; il y eut des symptômes d'une inflammation très légère; aucune douleur. Quelques jours après, la suture tomba; il s'échappa un peu de pus, un caillot, de la sérosité sanguinolente, et la tumeur se vida de nouveau.

A partir de ce jour, le suintement diminua de plus en plus; on fit des injections à l'eau de noyer; plusieurs fois on fit sortir par l'ouverture de petits caillots; d'autres fois, surtout en pressant au bas de la tumeur, de petites portions d'un tissu très analogue à celui des ganglions lymphatiques. Enfin, au bout de six semaines, il n'y avait plus trace de tumeur, et la malade exécutait sans aucune gêne les mouvements relatifs à la parole, à la respiration et à la déglutition.

Reproduction d'une portion de phalange par le travail du périoste conservé.

R..., âgé de trente-cinq ans, exerçant l'état de chauffeur, a le doigt index de la main gauche pris dans une machine. La peau du doigt est divisée, sur la face dorsale, suivant une ligne oblique de dedans en dehors, depuis l'extrémité inférieure de la phalange jusqu'à l'ongle, qui se trouve arraché du même coup. La phalangine est cassée à l'union de ses deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur, et tout le fragment inférieur est énucléé de son périoste et enlevé. Une très petite portion de la phalangette est mise à nu.

En examinant cette plaie, il nous sembla que l'on pouvait éviter l'amputation; que, d'après les principes de la physiologie, le périoste encore vivant pourrait reproduire la portion de phalange enlevée. Notre prévision s'est trouvée justifiée.

Dès le cinquième jour, on voit le fond de la plaie garni de granulations qui peu à peu remplissent le vide et en quelques jours forment un bourrelet considérable. Au huitième, le tissu fibreux qui entoure la cavité synoviale située entre la phalangine et la phalangette est éliminé. La portion dénudée de la phalange unguéale noircit; nous craignons que le travail d'élimination ne soit trop long et ne compromette le succès si la suppuration venait à séparer toute la phalange unguéale de son périoste: aussi, le dixième jour, nous enlevons avec une pince incisive la surface morte de cette phalange. Le tissu spongieux, mis à nu, se couvre bientôt de granulations, et la plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

---

tage et profit où l'homme droit ne rencontre qu'une perpétuelle occasion de sacrifices.

Lui seul écartera d'un facile revers de main les soins, les charges et les labeurs dont la chaîne retient l'honnête homme, jaloux du témoignage de sa propre conscience.

Vous ne pourrez même pas, pour éloigner ces hommes qui font la honte de notre profession, compter sur l'épreuve dite des *titres antérieurs*; celle qui a servi si souvent à renverser, en faveur d'un candidat fortement appuyé, le résultat d'épreuves publiques défavorables; car, dans ce concours, les candidats auront souvent pour juges des hommes habitant un arrondissement plus ou moins éloigné, et connaissant rarement ces faits de notoriété publique ailleurs. Le *somnambulisme* lui-même, si vous ne l'avez pas vu à l'œuvre, saura vous apporter de nombreux certificats d'honorabilité qui forceront presque son juge à supposer des sentiments de jalousie chez la personne qui chercherait à l'édifier sur sa valeur.

Vous voyez, messieurs, que le concours est loin de présenter ici les avantages nombreux qu'il semble avoir au premier abord; aussi pensons-nous que le concours doit être rejeté pour la nomination des médecins des bureaux de bienfaisance. Nous sommes, sur ce point, d'accord avec la commission des délégués nommés en 1848 pour examiner l'organisation du service de santé (1). Le rapport nous apprend (page 26) que « le concours fut unanimement » rejeté, la pratique de la médecine au domicile des pauvres étant » une œuvre de charité pure et non une mission scientifique. »

Tels sont les principaux inconvénients propres au concours et sur lesquels nous avons cru devoir appeler votre attention. Si, malgré ces raisons, on croyait devoir recourir à ce mode de nomination, l'on trouverait dans son application des difficultés dignes de vous être signalées. Nous ne parlerons point de la dépense que ces concours occasionneraient, de la part si large que l'on ferait dans le jury aux médecins des hôpitaux; nous ne rappellerons pas non plus le peu de garantie scientifique que peuvent offrir deux épreuves cliniques; nous préférons dire un mot de la perturbation que le concours amènerait dans la position des médecins nommés titulaires; il nous suffit pour cela de mettre sous vos yeux les articles suivants du projet administratif:

« Art. 10. Les médecins titulaires ou honoraires sont aptes à être désignés par l'administration pour exercer les fonctions actives du service médical à domicile dans tous les arrondissements de Paris.

» Art. 7. Pour être admis à concourir, les médecins doivent justifier de....., ou de six années d'exercice comme médecin du Bureau de bienfaisance.

» Art. 5, § II. — Les services rendus aux indigents malades comme médecin des secours à domicile sont placés au premier rang des titres à apprécier. »

En d'autres termes, il n'y aura qu'un seul concours pour tout Paris, et les titulaires seront choisis à peu près exclusivement parmi les médecins adjoints, c'est-à-dire des médecins établis déjà depuis six années au moins dans un quartier, où ils sont parvenus à grand'peine à se créer une position plus ou moins lucrative; si maintenant ils ont le bonheur d'être nommés titulaires, il leur faudra quitter cette position, abandonner cette clientèle pour émigrer dans la circonscription indigente qui leur sera désignée, circonscription qui pourra se trouver à l'autre extrémité de la capitale.

Élection confraternelle. — La loi du 10 janvier 1849, rédigée sous l'empire des idées du moment, n'admettant que le concours ou l'élection confraternelle, nous devons nous occuper maintenant de ce dernier mode de nomination: ici nous ne parlerons que du seul qui présente, suivant nous, un caractère sérieux et applicable et qui offre quelques garanties, à savoir: l'élection par les médecins du Bureau où existe la place à donner.

M. Vée (1) rejette l'élection, dans la crainte d'y voir dominer:

« 1° Les opinions exclusives, les vues spéciales, l'esprit exagéré de corporation, en un mot, qui ne manquent jamais de s'établir et de dominer dans les réunions auxquelles on abandonne le soin de se recruter elles-mêmes;

» 2° L'esprit d'opposition aux mesures administratives. »

Ces craintes peuvent être fondées en principe: il faut tout prévoir quand on organise et donner à l'œuvre qu'on entreprend toutes les conditions possibles de durée et de stabilité; or ici plus que partout ailleurs il est indispensable d'éviter les causes de conflits, puisqu'ils auraient pour effets l'aggravation des douleurs du pauvre.

La commission des médecins délégués en 1848 pour examiner l'organisation du service de santé avait parfaitement compris que la mission du médecin des pauvres n'est pas exclusivement scientifique comme celle des médecins des hôpitaux; qu'elle est le contraire toute de charité, et qu'à ce titre l'élément administratif doit participer à ces nominations. Certes, il fallait chez ces délégués une conviction bien profonde pour oser soutenir cette thèse dans un moment où la réaction contre les influences administratives était si prononcée.

La loi du 10 janvier 1849 ne permettant pas que l'élection des médecins soit faite simultanément par les administrateurs et les médecins de chaque Bureau, on ferait une élection à deux degrés, et voici comment on procéderait:

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Rapport sur l'organisation du service de santé à M. le docteur Thierry, délégué du gouvernement provisoire; par une commission de médecins de bureaux de bienfaisance composée de MM. Collineau, Duparcque, Gillette, Goupil et Cherest, rapporteur. Mars, 1848. In-4°.

(1) Rapport d'inspection. 1851, p. 39.

Au bout de trois semaines, tout le second espace interarticulaire du doigt est rempli par une masse résistante qui doit être en partie ossifiée, si l'on en juge par le toucher. Au bout de cinq semaines, la cicatrice est faite; le doigt exerce tous ses mouvements; il n'est pas sensiblement raccourci.

Parmi les causes de succès, on doit observer qu'ici les attaches des tendons fléchisseurs n'étaient nullement altérées.

Cette observation vient à l'appui des opinions de Dupuytren, qui, toutes les fois que le périoste restait, ne pratiquait pas d'amputations des extrémités des membres supérieurs, convaincu que les reproductions osseuses pouvaient, dans ces circonstances, suffire pour assurer tous les mouvements.

Chute sur la tête; suspension momentanée et retour graduel des facultés locomotrices, sensitives et intellectuelles (1).

C..., âgé de six ans, s'est jeté, le 3 juillet 1851, par une fenêtre située au deuxième étage; il est tombé dans la rue la tête sur le pavé.

Le coup a porté sur le côté gauche de la tête. Une portion du pariétal correspondant à l'angle postérieur et inférieur s'est trouvée, d'une part, séparée du reste de cet os suivant une ligne située un peu au-dessous de la bosse pariétale, et, d'autre part, détachée des points correspondants de l'occipital et du temporal par écartement des sutures. On ne pouvait pas constater par le toucher les rayons qui probablement s'étendaient sur ces deux derniers os. Du reste, pas d'enfoncement, pas de fracture.

Insensibilité, immobilité complète de la tête et des membres supérieurs, presque complète des membres inférieurs; yeux tournés en haut; pupilles dilatées; respiration anxieuse.

Après une saignée du bras d'environ 60 grammes, la sensibilité revient. Un sinapisme appliqué au mollet détermine des mouvements et des cris; mais la tête retombe toujours immobile. — Sangsues derrière les oreilles; sinapismes; potion éthérée; compresses résolutives.

Le lendemain peu de changement. — Lavement laxatif.

Le 5 juin, le malade n'a pas uriné. On vide la vessie à l'aide d'une sonde. Le soir, quelques mouvements convulsifs; trismus. — Calomel.

Le 6, grande gène de la respiration, râle sous-crépitant dans les deux poumons. — Larges vésicatoires de chaque côté de la poitrine.

Le 7, plus de gêne de la respiration, plus de mouvements convulsifs ni de serrement des mâchoires. A partir de ce jour il ne se produit pas de nouveaux accidents.

Le malade paraît encore privé de la vue et de l'ouïe.

Le 9, il indique par des mouvements que la lumière le gêne; mais les sons et le bruit le laissent encore indifférent.

Le 15, il témoigne qu'il entend la voix de sa mère; il saisit, mais sans force, une tasse qu'on lui offre. Il témoigne parfois son impatience par des cris, mais il n'a pas encore parlé. Vers le même temps, il commence à soulever la tête, mais il la laisse encore retomber.

Le 31, à trois heures après midi, il crie: j'ai soif; depuis ce jour il recommence peu à peu à parler.

Enfin, ce n'est que le 7 août qu'il peut dresser son corps et commencer à faire quelques pas en étant fortement soutenu. A partir de ce jour il reprend par degrés l'usage de ses mouvements.

Mais pendant longtemps encore il reste comme hébété; il a les yeux hagards; l'expression de sa figure manque d'harmonie; son sourire est grimaçant; sa démarche garde quelque chose d'incertain. C'est seulement au bout de trois mois que ces derniers signes s'effacent.

Il est à noter que dans cette longue suspension de ses facultés le malade n'a rien désappris; elles reviennent d'elles-mêmes au degré de développement qu'elles avaient atteint auparavant.

On ne trouve actuellement d'autre trace de l'accident qu'un petit écartement des os situé un peu au-dessus et en arrière de l'oreille, dans lequel on peut enfoncer très peu le bout du petit doigt.

Dans un cas de cette nature, l'ancienne chirurgie aurait pratiqué l'opération du trépan; mais la distinction établie par des signes rationnels entre la commotion, la contusion et la compression, ne nous permettait pas d'avoir une opinion différente de celle des chirurgiens les plus célèbres, qui veulent que l'on ne pratique pas l'opération du trépan sans signes de compression bien déterminés. Le résultat vient encore à l'appui de cette opinion.

(1) Nous avons suivi ce malade avec M. Langé de Beaujour, chirurgien-major au 3e de ligne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 décembre 1851. — Présidence de M. Larrey.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La Société reçoit:

1° De M. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire* de Larrey père;

2° De M. Lebert, *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer;*

3° De M. Ricord, *Lettres sur la syphilis;*

4° De M. Boinet, un *Mémoire sur les injections iodées dans la cavité péritonéale.*

Des remercîments sont adressés aux auteurs.

Rapport.

M. Bayard (de Cirey) ayant adressé il y a peu de temps un travail à la Société de chirurgie sur la structure du cristallin et sur la capsule cristalline, M. Lenoir, chargé de faire un rapport verbal sur ce travail, s'exprime dans les termes suivants:

Notre confrère M. Bayard n'exprime dans son travail aucune idée nouvelle sur la structure du cristallin. Suivant lui, la capsule de ce dernier ne serait qu'une expansion de la membrane hyaloïdienne. Cette idée a déjà été émise par Winslow, et, de plus, elle est fausse. La capsule cristalline diffère de l'hyaloïde:

1° Par son épaisseur,
2° Par sa vascularité,
3° Par ses caractères chimiques,
4° Par ses altérations.

Est-il vrai, comme le prétend l'auteur, que la cataracte débute toujours par la nécrose de la capsule? Cette opinion-là n'est pas soutenable; nous savons tous que souvent il existe des cataractes avec l'intégrité de la capsule. Il n'est pas plus vrai de dire que l'opération de la cataracte par extraction expose davantage aux cataractes secondaires que l'opération par abaissement.

En conséquence, avant de poser des conclusions favorables à l'auteur, je proposerai à la Société d'attendre que M. Bayard nous ait adressé les travaux plus importants qu'il nous promet.

A l'occasion du rapport de M. Lenoir, M. Lebert communique le résultat de ses recherches sur les cataractes. La structure est tout à fait différente, selon que celle-ci est dure ou molle. Dans la cataracte dure, il y a un racornissement des fibres rubanées du cristallin; leur largeur diminue, et toute leur surface paraît comme grenue et hérissée de petites pointes, ce qui tient à un simple dessèchement, une espèce de racornissement sénile avec perte de la transparence et teinte jaunâtre.

Dans la cataracte molle, il s'opère un tout autre travail; les fibres du cristallin se brisent, se désagrègent, se ramollissent, leur transparence fait place à un trouble plutôt lacté; on reconnaît des granules et même des stries dans la substance des fibres, et il est très difficile de dire si ces granules y sont déposées par exsudation ou par altération intrinsèque des fibres elles-mêmes. Dans les cataractes molles, on trouve en outre parfois des amas blanchâtres dans lesquels le microscope fait voir des granules moléculaires d'apparence graisseuse, et une quantité très considérable de cristaux de cholestérine. Les cellules de la liqueur de Morgagni, enfin, nous ont présenté plusieurs fois, dans ces cas, l'infiltration granulo-graisseuse.

La cataracte dure est donc une espèce de dessèchement, tandis que la cataracte molle est plutôt due à une tendance à la diffluence, au ramollissement et à l'altération granulo-graisseuse.

Quant à la cataracte dite traumatique, j'ai eu occasion de l'étudier en 1847, à une époque où je faisais de nombreuses expériences pour produire artificiellement la cataracte et pour observer la régénération du cristallin. Je suis arrivé alors à ce résultat, qu'il n'est pas facile du tout de provoquer des cataractes chez les lapins par la vulnération de la capsule et du cristallin. Je n'ai trouvé dans mes dissections que des altérations dues à une inflammation traumatique, et le trouble capsulaire n'avait d'autres éléments qu'une exsudation plastique granuleuse, peu ou point corpusculaire; on sera, par conséquent, probablement obligé de séparer complétement la cataracte traumatique de celle qui se forme spontanément, sans compter que celle-ci paraît comprendre, sous une même dénomination, des altérations morbides bien diverses.

Dans mes recherches sur la cataracte spontanée, j'avais le double but de connaître d'abord les structures des produits morbides et de voir ensuite si le trouble du cristallin était de nature à pouvoir être résorbé sans opération. Je suis arrivé à la conviction intime que cette prétention, que plusieurs oculistes ont fait valoir depuis longtemps et encore de nos jours, était contraire tout à fait à l'observation et à la physiologie pathologique de la cataracte. Sans vouloir prononcer le mot de charlatanisme, j'y trouve au moins une étrange exagération, et je serais heureux si mes collègues de la Société de chirurgie voulaient bien m'éclairer du résultat de leur expérience sur ce point de la pratique.

M. Maisonneuve. Je suis complétement de l'avis de M. Lebert. Je crois, comme lui, que la cataracte vraie est incurable. Tous les essais que j'ai faits, malgré la persévérance que j'y ai mise, ont été sans résultat.

M. Boinet. M. Sanson avait autorisé M. Gondret à faire des expériences dans son service avec la pommade ammoniacale, et les résultats qu'il avait fait espérer ont été complétement nuls en ce qui concerne les cataractes cristallines, tandis que la cataracte capsulaire liée à un état inflammatoire aurait cédé quelquefois.

M. Michon. J'ai repris sans aucun succès le traitement de la cataracte préconisé dans le journal de M. Malgaigne; je crois, comme mes honorables collègues, que la cataracte vraie cristalline est incurable par les soins médicaux seulement. Mais je pense, comme M. Sanson, que l'on peut obtenir la guérison des cataractes capsulaires liées à un état inflammatoire de cette membrane.

M. Guersant n'a jamais obtenu la guérison d'une cataracte vraie par les traitements qu'il a mis en usage avec une grande énergie; tandis que chaque année, à l'hôpital des Enfants, il voit guérir des cataractes traumatiques soit par les seuls efforts de la nature, soit secondés par une médication active.

M. Giraldès appuie M. Lebert en ce qui est relatif à la difficulté de produire des cataractes vraies sur les animaux vivants. Les inflammations de la capsule, suivant lui, peuvent être telles qu'elles amènent la nécrose du cristallin: d'où, par conséquent, la production d'une cataracte traumatique réfractaire à nos moyens de traitement.

M. Chassaignac. J'ai fait une observation relativement aux cataractes capsulaires traumatiques; c'est que, lorsque la résolution s'est opérée, il se fait à la partie inférieure de la capsule un dépôt de matière blanchâtre, comme dans la veine. Je crois aussi les cataractes vraies incurables; mais je pense que, par un traitement convenable, on peut retarder la marche de l'affection et maintenir la vue dans un état satisfaisant pendant un temps assez long. La belladone m'a souvent donné ce résultat.

M. Chassaignac a observé l'affaiblissement graduel spontané des solutions de belladone, et il pense qu'il y a lieu à établir, comme règle pratique, que, quand on veut employer des instillations à effet constant, il faut employer des dissolutions préparées au moment même et dans des proportions toujours les mêmes.

Le secrétaire de la Société de chirurgie, Demarquay.

Chronique et nouvelles.

La Faculté de médecine de Montpellier s'est assemblée le 13 décembre pour clore la liste des candidats à la chaire de clinique médicale, et pour composer le jury du concours.

Neuf compétiteurs se sont fait inscrire; ce sont: MM. les docteurs Andrieu (de Brioude), — Barbaste, — Boudin, médecin en chef de l'hôpital militaire de Marseille, — Chrestien, professeur agrégé, — Dausoux, — Dupré, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, — Pons, — Quissac, professeur agrégé, — Sanson, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

Les membres du jury désignés par les règlements sont: MM. Bouisson, Boyer, Fuster, Golfin, Jaumes, Lordat, Rech. Parmi les juges étrangers à la Faculté et choisis au scrutin, se trouvent: MM. Bousquet, secrétaire de l'Académie nationale de médecine; Brachet, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon; Pirondi, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon; Ducros, professeur à l'Ecole secondaire de Marseille; Chauffard père, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Chabrely, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour l'hôpital de Bayonne.

M. Burm, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Fleury, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Maublanc, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, désigné pour l'hôpital de Versailles, est détaché aux Invalides.

M. Petibon, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Bordeaux.

M. Soulé, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Marseille.

M. Thomas, chirurgien sous-aide au Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Versailles.

Le Sourd.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

AVIS AUX ABONNÉS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin du mois sont priés de le renouveler avant cette époque.

L'envoi de mandats de poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour faire parvenir l'argent.

Les mandats de 10 fr. et au-dessous étant exempts de timbre, on peut envoyer :

Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 8 fr. ;

Pour un abonnement d'un an, trois mandats de 10 fr.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1851.

Séances des Académies.

Une intéressante communication de M. Bérard, curieuse surtout parce que le savant professeur a poussé plus loin qu'on n'a l'habitude de le faire la dissection des parties internes du monstre, a seule occupé la dernière séance de l'Académie de médecine. Il a fallu procéder ensuite aux nominations, qui absorbent ordinairement trois ou quatre séances à la fin de chaque année. L'Académie a profité de ces petites vacances pour faire de l'esprit. Deux honorables ont eu l'idée de rédiger ainsi leur bulletin de vote pour M. Gibert : M. GIBERT POUR DIX ANS ; un troisième a eu l'inspiration plus piquante de donner sa voix à M. Chailly pour la place de secrétaire. Grâce à ces innocentes distractions, cette première séance de scrutins s'est écoulée sans trop d'ennuis.

— A l'Académie des sciences, M. Serres, par une nouvelle communication sur les métamorphoses de l'aorte, a remis sur le tapis la grande théorie des développements embryonnaires: il est fâcheux qu'aucun membre n'ait relevé le gant jeté cette fois avec tant d'assurance; une discussion s'en serait suivie d'autant plus importante, d'autant plus instructive que, depuis que cette question a été mise à l'ordre du jour, l'Académie des sciences s'est associé un savant dont les études spéciales, le talent, et aussi les opinions très-différentes de celles de M. Serres, auraient certainement jeté un grand éclat sur cette question. Mais il est temps encore de profiter de l'occasion qu'a fait naître M. Serres, à dessein sans doute, ce dont on doit lui savoir gré; espérons que M. Coste n'y manquera pas.

M. Ed. Robin, dans une nouvelle note, a donné une plus grande extension à la théorie sur la formation ou plutôt sur le passage du sucre dans les urines. Ce n'est plus du sucre qu'il s'agit dans cette note, mais de l'albumine; ce produit passerait dans les urines, suivant M. Robin, toutes les fois qu'un trouble quelconque de la respiration empêcherait que la combustion s'en fît d'une manière suffisante dans les poumons. Peut-être trouvera-t-on que quelques-uns des faits dans lesquels M. Ed. Robin admet un trouble de la respiration auraient besoin d'être prouvés; mais cette nouvelle communication aura certainement pour résultat de provoquer des observations intéressantes, lors même qu'elles ne confirmeraient pas la théorie de M. Robin. — H. de Castelnau.

DE LA CONTAGION DE LA SYPHILIS SECONDAIRE DE L'ENFANT A LA NOURRICE sous le rapport médico-légal.

(Suite. — *Voir* le n° précédent.)

M. Caradec raconte un fait, ou plutôt un ensemble de faits; il en donne l'explication *probable*, et il demande si cette explication est réellement celle qu'il doit donner. C'est de cette manière, en effet, que se posent toujours, dans la pratique, les questions du genre de celle qui s'est offerte à M. Caradec. Que répond à cela le *Bulletin ?* Il répond d'une manière générale, et en principe, que la question posée par M. Caradec, c'est-à-dire la transmissibilité de la syphilis congénitale aux nourrices, est « une de celles qui non-seulement ne sont pas résolues, mais encore n'ont pas reçu même *un commencement de solution.* »

Si cette réponse avait été fondée, il était inutile d'aller plus loin; tout était dit. Le *Bulletin* cependant ne s'est point arrêté là; il s'est livré à diverses considérations sur la syphilis des enfants et des nourrices, sur la médecine légale, etc., et même, chose plus inattendue, il a résolu lui-même, en terminant, la question qu'il avait déclaré d'abord être insoluble. C'est pour dissiper les doutes qu'une telle confusion pourrait porter dans des esprits encore peu expérimentés que nous avons cru utile de rectifier les erreurs que le *Bulletin* aura commises d'autant plus facilement, qu'il s'est hasardé dans une voie où il n'a pas coutume de marcher.

Le *Bulletin* commence par se demander d'abord s'il est bien démontré que les accidents syphilitiques, dans la première enfance, suivent la même marche que chez l'adulte, etc. ; puis il se répond que le *contraire est bien établi.* Le lecteur, qui ne peut que se complaire beaucoup dans la lecture du *Bulletin*, sera sans doute heureux de ces digressions; mais comme elles ne prouvent absolument rien ni pour ni contre la question, et que nous ne nous flattons pas de posséder le même privilége que notre confrère, nos lecteurs nous sauront gré infailliblement de n'y insister point.

Passant ensuite à une question d'hygiène pour laquelle il n'avait pas été consulté, le *Bulletin* déclare que l'allaitement d'un enfant atteint de syphilis congénitale offre *peu de danger* pour une nourrice, quand cet enfant ne présente ni ulcération, ni *aucun autre* symptôme de syphilis sur les parties qui se trouvent habituellement en contact avec les téguments et la muqueuse (ce qui est tout un) de la nourrice ; que si le mamelon était affecté de gerçures, « peut-être devrait-on *encore* lui recommander de redoubler de prudence, dans la crainte de voir l'infection s'opérer par cette voie.... » même quand le fœtus ne présente à la bouche ni ulcération ni autre symptôme? C'est ce que ne dit pas le *Bulletin*. Dans tous les cas, il me semble que dans cette crainte transpire déjà un commencement de solution.

Dans le paragraphe précédent, cette solution fait des progrès, et le *Bulletin* arrive en quelques lignes à établir une série de circonstances qui constituent *les preuves les plus concluantes* de l'infection de la nourrice par l'enfant. Nous devons ajouter que les preuves exigées par le *Bulletin* sont réellement les bonnes, quoiqu'elles n'aient pas été exposées avec toute la netteté désirable, et que sur cette question de pratique l'expérience et le bon sens de notre confrère ont pris le dessus sur son peu d'habitude en fait de doctrine et de discussion. Nous allons, en nous efforçant de les exposer plus méthodiquement, rappeler les diverses circonstances invoquées par le *Bulletin*, et distinguer dans ces circonstances ce qui est du ressort du médecin et ce qui doit être réservé aux magistrats.

Le caractère contagieux des accidents secondaires était depuis longtemps prouvé par les faits les plus authentiques, lorsque les expérimentations récentes sont venues le prouver une fois de plus à l'aide de ce procédé si condamnable, mais si cher aux inoculateurs qu'ils ne peuvent s'en passer. Le doute n'est donc plus permis à cet égard aux inoculateurs de bonne foi eux-mêmes. Ce doute, hâtons-nous de le dire, n'existe pas pour le *Bulletin*. La contagion étant possible, il ne reste qu'à indiquer les circonstances qui peuvent prouver comment elle s'est opérée.

L'époque où la maladie s'est développée chez les individus atteints constitue, tout le monde le devine, la première de ces circonstances : celui chez qui la maladie s'est développée en second lieu ne peut pas l'avoir communiquée à celui qui a été le premier atteint. Malheureusement cette circonstance est l'une de celles que le médecin est appelé à constater le plus rarement, et l'on comprend pourquoi.

La marche, le siége, les caractères des symptômes peuvent suppléer quelquefois d'une manière très satisfaisante à l'absence de ce premier renseignement.

Par exemple, si, à un moment donné, la nourrice n'offre qu'une ulcération sur le sein, tandis que l'enfant est affecté de papules muqueuses, de pustules, d'érosions ou d'ulcérations nombreuses et ayant leur siége en diverses parties du corps outre la bouche, il est à peu près certain que l'enfant a été affecté le premier et que lui seul par conséquent a pu transmettre la maladie. Dans les circonstances opposées, c'est-à-dire si l'enfant n'avait qu'une ulcération aux lèvres, sans aucun signe de cachexie, tandis que la nourrice ou même son mari aurait de nombreux symptômes de syphilis, les conclusions seraient évidemment opposées aussi.

Pour que ces conclusions soient rigoureuses, il faut, bien entendu, que les symptômes du premier malade affecté soient de ceux qui produisent une sécrétion humide, tels que pustules, ulcérations, etc. ; car la contagion par la salive ou toute autre sécrétion physiologique, ainsi que par les sécrétions pathologiques sèches, est une question dont on peut dire réellement ce que le *Bulletin* a dit à tort d'une question toute différente.

Les renseignements fournis par les personnes intéressées doivent toujours être suspects ; cependant le médecin doit y chercher jusqu'à un certain point le contrôle de l'opinion qu'il se sera formée par l'examen direct du développement des symptômes. Les malades ne pouvant connaître, dans l'immense majorité des cas du moins, la marche des symptômes syphilitiques, les narrations qu'ils feront corroboreront l'opinion du médecin quand elles seront conformes à ce que nous a appris l'expérience, tandis qu'elles tourneront souvent à la confusion de ceux qui voudraient tromper la justice.

Ici se place la question de la moralité des parents, à laquelle le *Bulletin*, comme beaucoup de médecins légistes ;

FEUILLETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU CINQUIÈME ARRONDISSEMENT.

RAPPORT SUR UN TRAVAIL AYANT POUR TITRE :

Organisation du service médical des pauvres,

Par les Drs MARTIN MAGRON et J. SEGUIN;

Lu dans les séances des 28 octobre et 11 novembre 1851,

Par le Dr THIBAULT,

Secrétaire général, ancien interne-lauréat des hôpitaux, médecin du bureau de bienfaisance et de la Société philanthropique, etc.

(Suite. — *Voir* les nos des 13, 19 et 23 décembre.)

Les administrateurs réunis en séance formeraient une liste de candidats, en nombre double au moins de celui des places à donner. Cette liste serait officiellement transmise aux médecins titulaires, qui, réunis en séance, procéderaient au scrutin. Pour être éligible, il suffirait de remplir les conditions que demande maintenant l'administration pour le concours, c'est-à-dire avoir vingt-huit ans, un diplôme de docteur, deux années d'internat dans les hôpitaux ou six années de service d'adjoint ou suppléant dans un bureau de bienfaisance. — Vous remarquerez ici que c'est l'administration qui fait la liste de présentation; c'est là une anomalie, nous le savons; mais elle est indispensable quand on veut, comme nous, obéir à la loi de 1849 et exiger des candidats toutes les garanties possibles d'instruction et d'honorabilité.

Rémunération des services.

Si vous ne connaissiez déjà parfaitement les nombreuses réclamations du corps médical pour une convenable rémunération, si vous ne connaissiez encore l'accueil favorable que celles-ci ont reçu du conseil général des hospices et de la préfecture de la Seine, depuis la loi des finances de 1844, qui dégrevait de la patente l'universalité des médecins, si vous n'aviez vous-mêmes, à plusieurs reprises, exprimé le même vœu, nous nous croirions peut-être obligé d'examiner avec vous ce point de la question. Mais aujourd'hui que le principe n'est contesté par personne, nous devons nous borner à vous parler des moyens à l'aide desquels l'administration pourrait facilement témoigner de sa reconnaissance aux médecins qui veulent bien, quelquefois aux dépens de leur clientèle, donner leurs soins aux indigents.

La solution de cette question paraît tout d'abord extrêmement simple ; car elle semble se réduire à la fixation du chiffre d'une somme à payer annuellement en échange de services rendus. S'il en était ainsi, nous devrions adopter le système d'une rémunération des plus larges, et appuyer de toutes nos forces MM. Martin Magron et Seguin, qui demandent 2,000 fr. pour chaque médecin, tandis que l'administration n'en offre que 400 et 600. — Mais, messieurs, cette question pécuniaire se subordonne à une autre, celle de la nature des devoirs que vous impose le titre de médecin du bureau de bienfaisance.

En effet, si, pour vous, le médecin du bureau de bienfaisance doit être un fonctionnaire public, ou plutôt, disons-le, un *fournisseur de visites* passant avec l'administration un marché dans lequel il s'engage à soigner tous les malades indigents moyennant une somme déterminée, vous devez traiter la question comme une affaire de commerce, et faire tous vos efforts pour obtenir le plus haut prix possible : vous ne pouvez dès lors accepter les appointements proposés par le projet administratif, car, « mis en regard » des conditions et charges imposées, ils sont avec elles hors de » toute proportion. A ne prendre que les indigents, ce serait pour » eux un abonnement à raison de 41 centimes par individu et par » an, ou 83 centimes par malade alité (1). » Vous ne pouvez non plus accepter le chiffre de 2,000 fr. demandé par nos confrères, car, d'après le même calcul, ce serait un abonnement inférieur à 2 fr. par individu et par an. Nous avons donc le droit d'adresser à ce dernier projet le reproche que MM. Martin Magron et Seguin adressent à celui de l'administration, à savoir : d'organiser la contrainte dans une carrière toute de dévouement, de prétendre à tort agrandir la bienfaisance, et de donner à l'administration 188 médecins en toute propriété à raison de 2,000 fr. chacun.

Mais, au contraire, si vous comprenez comme nous la mission du médecin des pauvres, c'est-à-dire si, vous rappelant que, dans une société bien organisée, tous les membres sont solidaires les uns des autres, que tous se doivent un mutuel appui, que le riche doit aider le pauvre de son obole, que le fort doit soutenir le faible, vous direz avec nous que le médecin doit les secours de la science à celui que la misère a mis dans l'impossibilité de les réclamer, et qu'à ce titre vous devez votre part de sacrifices. Par là je ne prétends point demander la gratuité du service, car les fonctions de cette nature, dites gratuites, sont extrêmement onéreuses pour celui qui en est chargé. L'expérience a, d'ailleurs, prouvé que cette part de sacrifices réservée au médecin charitable est trop forte pour que parfois dans son découragement il ne recule, et ne fasse ainsi peser sur d'autres le poids que sa conscience l'obligeait à porter. Il faut donc que le dévouement des médecins soit soutenu par des témoignages non équivoques de la sympathie de l'administration : d'où la nécessité, non pas de rétribuer, mais d'honorer convenablement les médecins.

On peut y arriver avec des honneurs et des priviléges destinés à compenser les ennuis de chaque jour, et, de plus, avec une légère allocation propre à couvrir les frais de déplacement : c'est seulement en réunissant ces deux modes que l'on arrivera à s'attacher

(1) Martin Magron et Seguin, p. 10.

attache une trop grande importance *médicale;* ce n'est pas que cette moralité ne doive avoir quelquefois une grande influence sur la décision des juges ; mais c'est un élément auquel les magistrats seuls sont en mesure de donner toute sa valeur et que seuls par conséquent ils doivent apprécier, parce que seuls ils peuvent requérir tous les témoignages propres à s'éclairer. La moralité des témoignages est très importante pour établir la certitude de certaines observations scientifiques; mais, dans une affaire médico-légale, la moralité ne doit être appréciée que par les magistrats, et c'est seulement quand elle a été mise en évidence ou en suspicion par les débats que le médecin légiste peut s'en servir comme d'un fait acquis.

Si nous faisons l'application de ces principes généraux au cas particulier communiqué au *Bulletin* par M. Caradec, nous voyons, en admettant comme exacts tous les faits énoncés par ce médecin :

1° Que l'enfant allaité par la nourrice N... était affecté de symptômes syphilitiques constitutionnels avant que celle-ci eût éprouvé aucun accident ;

2° Que le nourrisson est mort quelque temps après, comme meurent beaucoup d'enfants atteints de syphilis congénitale ;

3° Que la nourrice ne présenta de symptômes syphilitiques que dix jours après avoir rendu son nourrisson ;

4° Que cette femme avait déjà nourri pendant une année un enfant qui a continué à se bien porter ;

5° Que le mari de la nourrice ne présente aucune trace de syphilis.

Tous ces faits étant démontrés, il ne serait pas seulement probable, il serait excessivement probable que la nourrice N... a été infectée par son nourrisson.

Mais le premier fait n'a pas été constaté par M. Caradec lui-même; il faudrait donc, pour que ce fait eût une valeur *médico-légale* suffisante, que le médecin qui l'a observé pût le certifier légalement.

Le troisième fait, c'est-à-dire le début de la maladie chez la nourrice, paraît n'avoir eu d'autres témoins que la nourrice elle-même; en sorte que ce fait perd de sa valeur, quoique les symptômes observés par M. Caradec donnent une assez grande probabilité à l'assertion de la partie intéressée.

En résumé, si les faits annoncés par M. Caradec peuvent tous être *également constatés,* la contagion du nourrisson à la nourrice sera à peu près certaine.

Dans le cas contraire, cette contagion restera complétement incertaine.

H. de Castelnau.

HOPITAL D'AJACCIO. — M. Abeille.

Du rôle des divers états morbides régnants ou intercurrents dans les épidémies de fièvres paludéennes. Leur action sur la marche et le type de la fièvre. Leur importance au point de vue thérapeutique.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Autopsie faite en présence de M. le chirurgien principal Besson et de tout le personnel de l'hôpital.

La cavité abdominale mise à découvert, il s'échappe une quantité de liquide purulent. On remarque dans les fosses iliaques et le petit bassin une quantité de ce même liquide qui submerge les intestins et la vessie et est mêlé à des flocons albumineux. Toutes les circonvolutions intestinales sont soudées ensemble au moyen de matières plastiques exsudées, floconneuses, peu consistantes, jaunâtres dans la majeure partie de leur étendue, rougeâtres dans quelques points, notamment dans la fosse iliaque droite. Le péritoine pariétal est rouge lie-de-vin, recouvert par ci par là de flocons albumineux. Le grand épiploon présente des franges considérablement hypertrophiées, avec des prolongements dentelés de la grandeur d'une amande, à fond rouge, légèrement tapissées de matières plastiques jaunâtres. Avant de toucher aux intestins, on regarde attentivement pour voir si on peut découvrir les vestiges d'une perforation.

Il en existe effectivement une sur la portion de l'intestin grêle qui va s'aboucher avec le cœcum. C'est un jet de matières liquides et brunâtres qui révèle cette perforation, cachée jusque-là par une couche plastique. Elle est de la grandeur d'une petite tête d'épingle sur la séreuse intestinale.

La muqueuse de l'estomac, du duodénum et de tout le jéjunum n'offre aucune trace d'altération. La coloration semble plus pâle qu'à l'état normal. A partir de la partie moyenne de l'iléon jusqu'à son extrémité inférieure, on trouve sur un fond de muqueuse rosée et légèrement hypertrophiée onze follicules isolés de Brunner arrivés à l'ulcération, ou contenant encore un bourbillon d'un gris cendré et fortement proéminent. Cinq sont dans ce cas. Parmi ceux qui sont ulcérés, il en est quatre chez qui les trois tuniques ont disparu, et qui n'ont plus que la séreuse pour plancher externe.

On ne rencontre que trois plaques agminées de 3 à 5 centimètres de long, profondément ulcérées, à bords renversés, fongueuses, livides ou grisâtres. Dans chacune de ces plaques, il est plusieurs points où la tunique séreuse est mise à découvert. C'est sur la dernière que se trouve la perforation, qui semble faite comme par un emporte-pièce, et qui, à la suite d'une légère traction de l'intestin, s'étend longitudinalement par déchirure de la séreuse.

Nous nous arrêterons là pour les détails anatomiques de cette observation, ajoutant, au reste, que les cavités cérébrales et thoraciques n'ont rien offert de bien particulier.

— Le malade dont nous venons de rapporter l'histoire a succombé aux conséquences d'une de ces fièvres typhoïdes qui passent souvent inaperçues, et ne se révèlent quelquefois que par des accidents terribles analogues à ceux-ci. Il est bien évident que cette fièvre typhoïde a été l'affection initiale et fondamentale. La première manifestation remonte à la première apparition de la diarrhée; plus tard, elle se complique de fièvre de marais: nous en avons trois preuves à l'appui. D'abord, la circonstance de la garde montée au fort pendant la nuit du 19 au 20, et le premier accès qui suit cette garde. C'est dans cette position que la plupart de nos militaires ont effectivement contracté la fièvre. Ensuite, la répétition des accès dans le type tierce; et enfin l'action du sulfate de quinine, qui a jugé la fièvre. La complication n'est donc pas douteuse. L'affection épidémique a masqué complétement la maladie fondamentale; car nous ne nous serions jamais douté que le malade fût porteur d'une iléo-colite folliculeuse.

La fièvre paludéenne a été elle-même déformée dans son type par effet de la maladie première, puisque, de tierce bien franche qu'elle était d'abord, elle passait à la rémittence le quatrième jour. Nous tenions à bien prouver cette vérité, qui a, à nos yeux, une grande importance pour le sujet qui nous occupe.

2° Fièvre tierce compliquée de gastro-entérite passant à la rémittente, dite cholérique algide. Mort.

Béranger, fusilier au 53e de ligne, âgé de vingt cinq ans, ayant trois ans de service, d'une constitution moyenne, à tempérament bilieux-nerveux, entre à l'hôpital le 6 septembre dernier.

C'est le 1er septembre que ce militaire a contracté la fièvre. Il revenait, le 31 août, avec son détachement, des bains de Saint-Antoine de Guagno. Le détachement vint coucher dans la plaine de Logane, pays réputé pour l'infection paludéenne. Plusieurs militaires de ce détachement contractèrent la fièvre durant cette nuit passée à la belle étoile ; Béranger fut du nombre. Il nous raconte que, vers le milieu de la nuit, il fut saisi par la fraîcheur et l'humidité de l'air. Le lendemain, 1er septembre, il eut un accès de fièvre à trois stades et de huit heures de durée. Le 2, il y eut apyrexie; mais quelques douleurs d'entrailles se firent sentir, accompagnées de soif, d'inappétence et de quelques nausées. Le 3, à la même heure que le 1er, il eut un nouvel accès de fièvre aussi complet, mais un peu plus prolongé. Le 4, nouvelle apyrexie; mais persistance des troubles du côté du tube digestif, troubles augmentés pendant l'accès précédent. Quelques selles diarrhéiques avaient augmenté le nombre des symptômes. Le 5, troisième accès se prolongeant plus que les deux autres, ne se terminant par d'abondantes sueurs que le 6, à trois heures du matin, et suivi immédiatement d'une recrudescence de chaleur. Ce n'est que le 6, au matin, que Béranger demande la visite, et est dirigé sur l'hôpital, où il arrive à six heures du soir.

Le chirurgien de garde, trompé par la nouvelle allure que vient de prendre la fièvre, méconnaît la rémittence, rapporte la chaleur fébrile à un trouble sympathique suscité par l'affection du tube digestif, se contente de couvrir le ventre de fomentations émollientes, donne de l'eau de riz gommée et fait administrer un lavement amylacé et opiacé.

Le 7 au matin, nous voyons le malade pour la première fois. Il a éprouvé une diarrhée terrible pendant la nuit ; il n'a pas eu moins de trente à quarante selles liquides, non sanguinolentes. Le ventre est chaud, douloureux à une pression un peu forte, et les extrémités sont refroidies. Les yeux sont enfoncés dans l'orbite et cernés d'un cercle bleuâtre ; la langue effilée, rouge à la pointe et sur les bords, couverte de mucus grisâtre à sa surface. Le pouls est déprimé, petit, sans fréquence bien caractérisée (81). La soif est vive, l'haleine est chaude. Le malade est inquiet, s'exprime avec difficulté, accuse une violente céphalalgie frontale et une chaleur incommode à la région abdominale, contrastant avec le refroidissement des extrémités. Le commémoratif et les symptômes actuels ne nous laissent aucun doute sur la complication de la gastro-entérite par la fièvre paludéenne.

Reconnaissant toute la gravité de ce double état morbide arrivé à la perniciosité, nous faisons appliquer immédiatement huit ventouses scarifiées sur le ventre, des fomentations chaudes ; eau de riz chaude pour tisane. Un nouveau lavement amylacé et opiacé est administré également. Enfin, séance tenante, nous faisons prendre au malade 1 gramme 50 de sulfate de quinine, et un nouveau gramme de ce sel est prescrit pour une heure après.

A neuf heures, c'est-à-dire une demi-heure après notre visite, on vient nous quérir en toute hâte. Béranger est cyanosé ; il est dans un état algide complet, avec délire, jactitation, refroidissement de la langue, respiration haletante, pouls filiforme. De larges sinapismes sur tous les membres sont appliqués aussitôt. On fait ingérer le nouveau gramme de sulfate de quinine. Mort à dix heures.

Autopsie en présence de M. le principal Besson et de tout le personnel médical.

Cavité crânienne. — Injection générale des méninges. Sang noir et fluide gorgeant les sinus. Plénitude des vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions cérébrales. C'est le système veineux qui est gorgé. Substances cérébrales de consistance normale, laissant suinter à la coupe des gouttelettes de sang noir. Ventricules secs, sans une goutte de sérum. Le cervelet, le mésolobe, la moelle allongée ne présentent rien de plus que le restant du cerveau, c'est-à-dire ces gouttelettes de sang noir qui suintent à la coupe. L'injection des méninges est aussi prononcée dans ces portions que sur les hémisphères.

L'hypostase sanguine s'arrête à la moelle allongée. Les méninges rachidiennes en paraissent tout à fait exemptes.

Cavité thoracique. — Les deux poumons remplissent exactement cette cavité; perméables à l'air dans toute leur étendue, crépitants, ils offrent à leur face postérieure une teinte livide, résultat d'hypostase cadavérique; dans tout le reste de leur surface, la coloration est normale. Diverses coupes opérées sur ces organes ne révèlent rien, si ce n'est l'engouement sanguin des parties déclives, qui est de toute évidence un effet *post mortem.*

Le cœur renferme beaucoup de sang noir caillebotté dans son ventricule droit; le gauche est vide et ne renferme que deux concrétions fibrineuses qui obstruent les ouvertures auriculo-ventriculaire.

Cavité abdominale. — Péritoine intact. Foie à volume ordinaire, à coloration normale, à texture physiologique. Rate doublée de volume, 0,14 centimètres de haut en bas, 0,27 transversalement, de consistance ordinaire, sans altération dans la couleur.

Tube digestif. — L'estomac ne contient que quelque peu de liquide; il est moyennement développé; sa muqueuse semble augmentée d'épaisseur, résiste au raclage avec le dos de la lame du scalpel et présente de nombreux plis, qui s'effacent par la distension. La couleur de cette membrane, préa-

---

les hommes capables de remplir honorablement les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance.

En portant à 500 fr. le chiffre moyen de l'indemnité, nous croyons indiquer l'application la plus convenable des idées que nous venons de vous exposer : c'est aussi le chiffre demandé par M. Vée dans son rapport au directeur de l'assistance. — M. Davenne a cru devoir modifier ce chiffre, et proposer une légère augmentation au profit des médecins placés dans les quartiers les plus éloignés et les plus pauvres : on arriverait ainsi à avoir deux sortes d'indemnités fixées à 400 fr. et 600 fr. Cette mesure n'est pas en opposition avec les idées que nous venons d'émettre; elle nous paraît dès lors susceptible d'une heureuse application.

Quant aux avantages accessoires que l'on devrait accorder aux médecins, ils sont de plusieurs genres :

1° Nous indiquerons d'abord le titre d'*administrateur libre* du bureau accordé aux médecins honoraires, qui auraient ainsi le droit d'assister aux séances du bureau avec voix délibérative. Cette faveur serait une juste récompense de leurs services antérieurs et permettrait de mettre à profit une longue expérience péniblement acquise. Peut-être craindrait-on que leur présence modifiât profondément certaines délibérations, celles surtout relatives aux questions de finances; on pourrait dans ce cas limiter à *trois* le nombre des médecins jouissant de cet honneur : le personnel du bureau se trouverait alors composé du maire et des deux adjoints, de douze administrateurs et de trois médecins. Ce derniers n'auraient la direction d'aucune circonscription indigente.

2° Il faudrait encore, d'après MM. Martin Magron et Seguin, indiquer les places de médecins et de chirurgiens des hôpitaux qui seraient réservées aux médecins des bureaux de bienfaisance. Aux yeux de nos confrères, ces médecins offriraient les mêmes garanties que les médecins actuels du Bureau central, puisqu'ils auraient acquis par le concours leur titre de médecins de l'assistance à domicile; ils auraient de plus les droits et l'expérience découlant des fonctions actives qu'ils auraient remplies (1). Mais sur ce point nous ne serons pas encore du même avis que nos honorables confrères; car, pour nous, le titre de médecin des hôpitaux exige des connaissances théoriques et pratiques bien plus étendues que celui de médecin des secours à domicile. En adoptant cette mesure, peut-être arriveriez-vous à donner de l'émulation à ces derniers ; mais alors vous supprimeriez en réalité cette magnifique Ecole des hôpitaux où se sont formés et où se forment encore ces hommes d'élite qui ont porté si haut la gloire de la médecine française, et vous arriveriez infailliblement au bout de quelques années à détruire cette réputation qui est une des gloires de notre pays (2).

3° Nous avions encore demandé dans notre note du mois de février 1851 que les places de médecins de l'Etat civil (décès et naissances) fussent exclusivement réservées aux médecins des bureaux. M. Vée, dans son rapport, accepte cette idée sans en proposer l'application immédiate, qui pourrait avoir quelques inconvénients administratifs; aussi exprime-t-il le vœu de voir lever par l'autorité municipale les obstacles qui s'opposent à sa réglementation. Nos confrères du 12e arrondissement n'admettent pas qu'une place de vérificateur des décès puisse être donnée à un médecin de bienfaisance, parce que, disent-ils, ce genre de cumul est le pire de tous, un vivant pouvant être en péril pendant que son médecin est appelé auprès d'un mort (p. 9).

(*La suite au prochain numéro.*)

---

(1) Martin Magron et Seguin, p. 10.

(2) Depuis la lecture de notre rapport, nous avons reçu de la Société médicale du 4e arrondissement une brochure dans laquelle MM. Hatin, Ricord et de Morgny demandent que les médecins des hôpitaux soient exclusivement choisis parmi les médecins des Bureaux de bienfaisance, et que ceux-ci soient nommés au concours. Quant aux médecins titulaires actuels des Bureaux, ils arriveraient sans concours dans les hôpitaux.

« Un certain nombre d'années d'exercice, dit M. Hatin, comme médecin » de bienfaisance, est un titre de capacité bien autrement positif que les » épreuves si aléatoires d'un concours.

» Pour mon compte, j'aurais plus de confiance dans un médecin qui comp» terait dix années de pratique, quelque modeste qu'il fût d'ailleurs, que » dans le plus brillant vainqueur d'un concours, s'il quitte à peine les bancs » de l'Ecole. L'un a pour lui l'expérience personnelle que rien ne peut rem» placer, l'autre n'a que des données théoriques retenues avec plus ou moins » d'exactitude, déduites au jour des épreuves avec plus ou moins d'éclat, » mais dont rien ne peut garantir la judicieuse application. » (*Quelques mots sur le service médical de l'assistance publique de Paris ; projet d'une organisation nouvelle*; par le docteur Félix Hatin. In-8°; 1851, p. 9. — Extrait du Journal l'*Observation médicale*, 1851.)

On voit par le passage que nous venons de citer que notre confrère confond deux choses essentiellement distinctes, la *véritable expérience* et la *fausse expérience*, entre lesquelles Zimmermann (Zimmermann, *Traité de l'Expérience en général et en particulier dans l'art de guérir*, Trad. par Lefebvre de V. B. Montpellier, 1822. In-8°, t. I, p. 5) a établi une si grande différence. Qu'il nous soit permis de rappeler ici ce qu'il dit à cet égard :

« On appelle communément aussi *expérience* la connaissance que l'on ac» quiert d'une chose par la seule intuition réitérée du même objet. Selon ce » principe, il ne faut qu'avoir beaucoup voyagé pour avoir la plus grande ex» périence du monde ; un ancien officier aura de même la plus grande expé» rience possible de la guerre; une vieille garde-malade vaudra le médecin » le plus expérimenté ; un médecin qui a vu le plus grand nombre possible de » malades sera pareillement le plus accompli..... Le peuple ne demande pas » s'il est instruit, pénétrant, homme de génie, mais s'il a des cheveux blancs. » On suppose qu'un homme âgé a plus vu qu'un jeune homme, et l'on con» clut ensuite qu'il a dû penser davantage, puisqu'il a plus vu. Voilà pour» quoi l'on honore inconsidérément des vieillards indignes de la moindre » estime, et pourquoi les qualités les plus frappantes et les actions les plus » brillantes perdent tout leur prix : *c'est un jeune homme*, dit-on..... La vieil» lesse d'un médecin respectable par son mérite est une vieillesse honorable ; » sa gloire le suit partout, l'estime et les respects des jeunes médecins devan» cent ses pas; ils l'appellent leur père, leur Mentor; il est leur lumière dans » l'obscurité qui les enveloppe souvent. Mais de vieux jours après une vieil» lesse peu estimée, ou plutôt la vieillesse d'une faible cervelle n'est qu'igno» minie. En effet, soixante-dix ans de stupidité feront ils jamais un homme » respectable? Un vieux médecin sans mérite n'est, à mes yeux, qu'un homme » redevenu une seconde fois enfant. »

lablement lavée, offre quelque intérêt : tout le fond de la grande courbure est d'un rouge vineux, tandis qu'en s'avançant vers le cardia elle est d'un gris cendré. La petite courbure présente la même coloration vineuse dans presque toute son étendue; cette coloration cesse brusquement vers le pylore, pour faire place à une injection vasculaire ou arborisation, qui, traversant cette ouverture, se poursuit sur toute la muqueuse du duodénum.

Dès l'origine du jéjunum, on retrouve la coloration vineuse que nous avons observée sur la grande et petite courbure de l'estomac; elle se prononce davantage à mesure qu'on avance dans l'intestin grêle; c'est ainsi que tout l'iléon présente la couleur lie-de-vin, qui se propage jusqu'à la valvule iléo-cœcale, pour cesser tout à coup et d'une manière tranchée sur la muqueuse du cœcum et de tout le gros intestin. Dans toute cette portion inférieure du tube digestif, la muqueuse est pâle, décolorée; nulle trace de plaques de Payer, ni de tuméfaction des follicules de Brunner.

La coloration remarquable que nous venons de mentionner sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle n'est point un effet d'hypostase, par la raison que celle du gros intestin en est tout à fait dépourvue. L'hypertrophie qui accompagne l'imbibition vineuse de la muqueuse du petit intestin indique un travail actif. En détachant des lambeaux de cette membrane, on reconnaît que la coloration affecte toute son épaisseur. Mais un autre caractère se présente qui donne une idée du travail phlogistique : c'est ainsi que sur quatre points différents de la muqueuse de l'iléon, et à quatre ou cinq pouces de distance les unes des autres à partir de l'extrémité inférieure, nous trouvons quatre plaques occupant toute la circonférence de la membrane et ayant au moins 5 centimètres chacune verticalement. Ces plaques sont constituées par un nombre infini de vésicules de grosseur variable, mais dont les plus volumineuses ne dépassent pas celle d'un pois. Ces plaques représentent parfaitement la vésication en grappe produite par des cantharides dont l'action n'a pas été complète, avec cette différence cependant qu'ici nous avons des vésicules aériennes produites par un dégagement de gaz au-dessous ou dans l'épaisseur de la muqueuse soulevée en des points nombreux. En pressant avec les doigts, on efface ces vésicules, et il s'en produit immédiatement d'autres à côté par le déplacement des bulles gazeuses. Si on les perce, la muqueuse s'affaisse.

Il y a encore cela de particulier que ces plaques sont circonscrites, isolées, et laissent la muqueuse dans les espaces qui les séparent en l'état que nous avons décrit plus haut; en sorte qu'on pourrait supposer qu'elles constituent un commencement de sphacèle de cette membrane, quoiqu'elle conserve encore une bonne consistance.

Nous voyons dans cette seconde observation un exemple bien tranché de gastro-entérite compliquée de fièvre de marais. Celle-ci a imprimé un degré de gravité en plus à l'affection du tube digestif, comme cette dernière a modifié le type de la fièvre, qui a passé assez rapidement à la rémittence et à l'état algide.

Nous reconnaissons que la fin prompte, soudaine du malade ainsi que la phénoménalité qui l'a accompagnée ne sont pas le résultat immédiat et direct de la gastro-entérite; il nous semble démontré qu'il y a eu véritablement un accès pernicieux venant terminer la scène d'une manière foudroyante. Mais il est incontestable, pour tout esprit dégagé de préoccupations théoriques, que la gastro-entérite a prêté son concours à cet accès mortel, comme elle lui a en quelque sorte dicté sa forme. Les selles nombreuses que le malade avait eues dans la nuit qui a précédé sa mort, le refroidissement subit le matin pendant notre visite, la cyanose bien caractérisée qui a complété le tableau, tout cela justifie en apparence la dénomination hybride donnée par quelques pathologistes à cette forme de fièvre pernicieuse (cholérique algide); mais, pour un observateur sévère, il y a quelque chose au-dessous de la fièvre paludéenne qui nuance la phénoménalité, c'est l'état pathologique concomitant. Les deux états se traduisent sur le vivant par des phénomènes propres à chacun d'eux; mais dont les plus saillants, ceux qui appartiennent au règne épidémique, masquent les autres. Sur le cadavre, une seule série de lésions bien définies se manifeste, celles qui résultent de la maladie du tube digestif. Ce n'est pas une raison de dénier le second état pathologique, si bien caractérisé sur le vivant, mais si peu susceptible de démonstration après la mort.

Ces deux observations sont les deux seuls cas de décès que nous ayons eu durant le règne de l'endémo-épidémie de fièvres paludéennes. Elles justifient pleinement les considérations par lesquelles nous avons commencé; à savoir : que les maladies intercurrentes sont masquées par la maladie épidémique, comme à leur tour elles terminent, modifient la physionomie, le type de celle-ci, et qu'il y a danger à méconnaître les premières pour ne s'occuper que des secondes. Si nous analysons quelques faits où la guérison n'a pas permis la démonstration cadavérique, nous trouverons également des preuves convaincantes.

3° *Fièvre quotidienne passant à la rémittence par suite de complication d'hépatite. Deux accès graves.*

Souquet, jeune militaire de vingt-cinq ans, d'une constitution moyenne, bilieux-sanguin, brosseur du commandant du bataillon du 53e à Ajaccio, était atteint depuis huit jours de fièvre intermittente à type quotidien. Il continuait néanmoins ses fonctions auprès de son chef de bataillon, se contentant de rester couché dans l'écurie tant que durait son accès.

Au neuvième jour de l'invasion la fièvre se prolongea et ne parut plus céder complètement. A dater de ce moment le stade de froid ne se montra plus. Il y avait chaleur continue avec rémission quotidienne accompagnée d'une légère diaphorèse; la céphalalgie était permanente avec exacerbation quotidienne.

Le onzième jour, Souquet fut trouvé gisant aux pieds du cheval du commandant depuis quarante-huit heures. Il était dans un assoupissement dont on ne pouvait que difficilement le tirer. Les paroles étaient rares, mal articulées, et manquaient souvent de précision. Il fut aussitôt dirigé sur l'hôpital; c'était le 19 juillet.

Après nous être enquis du commémoratif, nous constatons l'état suivant à l'arrivée du malade :

Décubitus latéral droit, les membres fléchis; état comateux profond. Il faut secouer fortement le malade pour lui faire ouvrir les yeux, qu'il referme aussitôt. Réponses entrecoupées, incohérentes; sa main, portée au front, nous indique la plus grande souffrance, la céphalalgie. Pommettes colorées sur un fond jaunâtre de la face. Les conjonctives et les ailes du nez présentent une teinte fortement ictérique. La même teinte se poursuit sur tout le tronc à un degré bien moins prononcé. Pouls vibrant, fort, à 101. Chaleur âcre sur toute la surface cutanée. Absence de pétéchies, de plaques rosées; absence de gargouillement dans la fosse iliaque droite et de météorisme abdominaux. Douleur vive à la pression dans tout l'hypochondre, le flanc droit remontant jusqu'au-dessous du sein du même côté, en avant, et de l'épaule en arrière; nulle dans tout le restant de l'abdomen. La percussion donne une matité de 16 centimètres de haut en bas à partir de 2 centimètres au-dessous du sein droit. Cette matité se prolonge, en dedans et en avant, jusqu'à l'appendice xyphoïde, en suivant une ligne décroissante depuis l'ombilic jusqu'au centre épigastrique. La langue est couverte d'un enduit muqueux jaunâtre.

Nous diagnostiquons une fièvre paludéenne passée au type rémittent par suite d'une complication d'hépatite, et arrivée à un état grave. Courir sus à l'influence paludéenne en même temps que nous combattrions énergiquement l'état pathologique du foie, tel est notre plan de conduite.

Nous prescrivons, en conséquence, un gramme de sulfate de quinine à prendre de suite, un second gramme quatre heures après; une application de six ventouses scarifiées sur la région du foie, des sinapismes aux extrémités inférieures et de la limonade pour boisson.

A la contre-visite du soir, le malade est moins assoupi, répond assez clairement aux questions qu'on lui adresse; il commence à transpirer, et le pouls, quoiqu'à 89 encore, est dépressible et large. — Un 3e gramme de sulfate de quinine pour minuit.

Le 20, au matin, apyrexie, céphalalgie dissipée. Souquet est réveillé et lucide. La région du foie est encore endolorie, mais moins que la veille. Application de dix sangsues sur cette région.

A quatre heures du soir, nouvel état comateux; deuxième édition de l'état de la veille. Recours immédiat au sulfate de quinine à la dose de 2 grammes. Un 3e gramme pour minuit.

Le 21 au matin, pendant notre visite, diaphorèse abondante, réveil, lucidité de la part du malade. La région du foie est tout à fait indolore, la teinte ictérique s'est fortement prononcée sur toute la surface cutanée; la glande conserve toujours son même volume. — Sulfate de quinine, 0,8; lim. cit., 2.

Pendant six jours de suite que Souquet prend encore du sulfate de quinine à 0,8 et 0,6, il y a quotidiennement un accès de fièvre de plus ou moins longue durée, anéantissement après chaque accès et inappétence complète.

Le 27, il est prescrit 1 gramme d'hypéca et 5 centigrammes de tartre stibié, et sulfate de quinine 0,6 pour le soir. De nombreux vomissements et quelques selles ont lieu à la suite de celle médication. La fièvre manque pendant quelques jours; mais il y a langueur de toutes les fonctions et convalescence peu franche. Trois purgatifs salins en six jours remettent ensuite le malade en excellente position.

Le 7 août, l'ictère était presque entièrement effacé, et le foie était revenu à son volume ordinaire. Enfin Souquet quittait l'hôpital le 18 pour reprendre son service. Il y est rentré de nouveau le 5 octobre pour une récidive de fièvre au type tierce. Il y a fait un séjour de onze jours.

N'est-ce pas là une de ces fièvres rémittentes dites bilieuses, à traits fortement caractérisés, et qui, primitivement intermittente, n'a passé à la rémittence que quand à l'infection paludéenne est venue se joindre une maladie des organes biliaires?

Cette seconde affection complicante a-t-elle été bien évidemment liée à l'influence palustre, de quelque manière qu'on l'entende, et comme quelques confrères de l'armée d'Afrique tendent à le croire? Nous ne le pensons point, pas plus que nous ne croyons que les dysenteries concomitantes puissent être rattachées à une semblable lésion. Chez des sujets neufs la chose n'est pas admissible, et le petit nombre de faits semblables, en présence de tant de fièvres paludéennes dans certaines contrées, suffirait pour écarter une pareille idée. Il faut évidemment qu'il y ait, en dehors de l'intoxication miasmatique, d'autres causes, de quelque source qu'elles émanent, pour entraîner de pareils résultats, à la vérité peu fréquents dans les pays chauds.

Il y a un autre ordre de lésions, soit des fonctions, soit des organes biliaires qui semblent se rattacher plus directement à la fièvre répétée. Ce sont celles qu'on voit survenir dans les cachexies paludéennes; mais alors elles sont faciles à distinguer, effets posthumes qu'elles sont d'une détérioration à laquelle tout l'organisme participe.

Nous pouvons fournir un dernier argument décisif, et que personne ne contestera en faveur de causes propres pour la production des affections hépatiques qui compliquent parfois les fièvres d'accès, et dont elles transforment ou abâtardissent le type. A Bone, où ont régné avec le plus d'intensité les épidémies de fièvres palustres, nous n'avons, pendant les cinq ans que nous y sommes resté, de 1832 à 1837, observé que peu fréquemment les affections du foie, hépatites aiguës ou chroniques, actives ou hypostatiques; et si liaison il y avait entre les affections du foie et la fièvre palustre, c'est certainement dans cette localité qu'on aurait le plus fréquemment observé les premières dans ces terribles épidémies de 1832 et 1833, qui firent tant de ravages sur nos troupes.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 décembre 1851. — Présidence de M. ORFILA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Elle se compose de plusieurs états de vaccinations, d'un relevé des malades militaires traités en 1850 dans l'établissement thermal de Baréges, d'un relevé semblable fait par M. Dufresse-Chassagne sur l'établissement de Chaudesaigues, un troisième relevé par M. le docteur Savy sur l'établissement d'Avène (Hérault); d'un rapport de M. Willemain, médecin sanitaire à Damas, sur le sel marin considéré comme fébrifuge; d'un échantillon d'une source d'eau minérale située à Condillac (Drôme); d'un rapport sur une épidémie de variole par M. Missa, médecin de l'arrondissement de Soissons.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Phthisie.

M. Gaudriot, médecin à Paris, prie l'Académie d'ouvrir un paquet cacheté déposé par lui en 1850, et dans lequel il conseille contre la phthisie l'application d'un cautère actuel particulier et avec lequel on pratique seize eschares à la fois.

Manganèse dans le sang.

M. Burin Dubuisson, pharmacien à Lyon, adresse un mémoire sur l'existence du manganèse dans le sang humain et sur la préparation de quelques nouveaux produits pharmaceutiques de fer et de manganèse. (Nous publierons les formules de ces préparations.)

Asphyxie des nouveau-nés.

M. Marchand, de Charenton, adresse une note sur l'utilité de l'alimentation artificielle à l'aide d'une sonde et de l'insufflation artificielle dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Stérilité.

Mme Messager adresse un mémoire sur les causes et le traitement de la stérilité; l'une de ces causes les plus fréquentes serait l'étroitesse du méat utérin.

Paquet cacheté.

M. Chapelle, d'Angoulême, adresse un paquet cacheté qui renferme *des documents nouveaux sur la science médicale.*

Rétrécissements de l'urètre.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à l'Académie une note relative à l'exploration et au diagnostic des rétrécissements de l'urètre. Après avoir rappelé à combien d'erreurs exposent les bougies à empreinte de Ducamp, il dit que les bougies à boules de Charles Bell avaient ouvert une voie nouvelle de recherches dans laquelle personne ne l'avait suivi, soit à cause de la rigidité des bougies métalliques dont ce chirurgien se servait, soit que l'on n'eût pas bien compris leur mode d'action et leur utilité. Depuis que M. Le Roy-d'Etiolles a substitué la gomme au métal, depuis que dans ses écrits et sa pratique il a préconisé ce mode d'exploration, il est, dit-il, devenu plus général. Cependant on objecte qu'il faut une série de bougies à boules graduées pour passer à travers les divers degrés d'ouvertures des rétrécissements. M. Le Roy-d'Etiolles pense avoir répondu à cette objection :

1° Par une application spéciale des bougies de gutta-percha à boule, qui, se ramollissant, se pétrissant à la chaleur, puis reprenant leur dureté, fournissent le moyen d'avoir extemporanément des boules de différents diamètres concentriques ou excentriques;

2° Au moyen d'ampoules en caoutchouc volcanisés, dilatables par l'air; empoules qu'il a soumises à l'examen de l'Académie il y a huit mois;

3° Par l'explorateur qu'il présente aujourd'hui, lequel se compose d'un petit tube renfermant deux tiges fortement élastiques, s'écartant brusquement en forme d'Y, pour accrocher les reliefs de l'intérieur du canal. C'est ce qu'avait cherché Ducamp, au moyen de son instrument à losange, beaucoup trop compliqué pour être usuel.

RAPPORTS.

M. Bouchardat lit un rapport défavorable sur un remède secret. (Adopté.)

PRÉSENTATIONS.

Monstruosités.

M. Bérard fait la présentation suivante :

J'ai eu, dit-il, l'honneur de présenter cette année à l'Académie deux fœtus humains *sternopages*, c'est-à-dire deux fœtus soudés par la poitrine et une partie du ventre. La jonction avait été assez intime, et la pénétration s'était faite assez profondément pour que les deux cœurs se fussent confondus en un seul, pour que les deux foies fussent représentés par un seul foie, muni toutefois de deux vésicules biliaires.

Au-dessus de la poitrine, chaque fœtus s'isolait de son frère, avec lequel il ne confondait ni son cou, ni sa tête. Ces parties restaient distinctes et parfaitement conformées.

Aujourd'hui je mets sous les yeux de l'Académie un nouveau cas de duplicité monstrueuse plus intéressant, je pense, que le premier.

Deux agneaux venus à terme n'ont pour eux deux qu'une seule tête parfaitement conformée à l'extérieur, si ce n'est qu'une oreille externe surnuméraire ou plutôt un pavillon imparfait se dresse entre deux oreilles complètes et régulières.

Il n'y a qu'un seul cou; mais le toucher, avant même que l'on ait procédé à la dissection, dénote dans ce cou l'existence de deux colonnes vertébrales distinctes. Plus bas, on retrouve les conditions des fœtus sternopages, c'est-à-dire que chaque fœtus a jeté à droite et à gauche les moitiés de son sternum, qui se sont soudées avec

les moitiés correspondantes du sternum de son frère jumeau. Plus bas encore, les deux abdomens sont unis dans leur partie supérieure.

En considérant qu'ici la jonction ne s'est pas faite seulement à la poitrine et au ventre, mais qu'elle s'étend au cou et surtout à la tête, où la duplicité disparaît complètement, on s'attend à trouver les organes très intimement confondus dans la poitrine et le ventre. Il n'en est rien pourtant. Il y a deux cœurs distincts, l'un rudimentaire situé en avant et à droite, l'autre vigoureux situé en arrière et à gauche. Il y a aussi deux foies, l'un très ample situé à droite, l'autre beaucoup plus petit situé à gauche. Le premier recevait une veine ombilicale venant du fœtus gauche.

Ces détails n'ont qu'un intérêt secondaire; j'attache plus d'importance à ceux qui vont suivre. Dans les musées d'anatomie pathologique, on s'est beaucoup plus occupé de la conservation des formes extérieures que de l'exhibition des particularités de la structure interne; celles-ci pouvaient revendiquer cependant une bonne part de l'attention des anatomistes. Et, par exemple, pour les cas de duplicité avec monocéphalie, n'était-il pas intéressant de rechercher comment deux moelles épinières venaient faire leur jonction avec un encéphale unique? J'ai fait cette recherche pour le cas que je mets sous les yeux de l'Académie. On peut voir que chaque moelle épinière entre dans cette tête par un trou occipital distinct. Mais la dualité se prolonge encore dans cette tête qu'on dirait appartenir à un seul individu; il y a deux bulbes rachidiens, deux *calamus scriptorius*. Des deux côtés de la face postérieure du bulbe, on voit s'élever des corps rectiformes qui circonscrivent un quatrième ventricule; celui-ci est donc double. Il y a par conséquent deux cervelets qui vont faire leur jonction sur la ligne médiane; chacun d'eux a son *vermis superior et inferior*. Plus haut, enfin, on aperçoit toute une collection de tubercules quadrijumeaux, chaque fœtus ayant conservé les siens. Leur nombre pourtant ne s'élève pas à huit; il y en a quatre centraux, conformés comme à l'état normal (je les ai comparés aux tubercules d'un mouton adulte). En dehors de cette masse de tubercules, on en trouve un de chaque côté.

Mais là s'arrête la dualité. On ne trouve plus, en pénétrant plus avant, qu'une couche optique de chaque côté, un seul corps strié de chaque côté, et enfin des lobes cérébraux tels que les présenterait un fœtus unique.

Ainsi, messieurs, au rebours de ces monstres à deux têtes ou deux cerveaux, et par conséquent deux intelligences, deux volontés, commandent à une agrégation de deux individus, ce qui ne laisse pas que d'exposer à des conflits, ces deux bêtes, si elles avaient vécu, auraient eu un gouvernement parfaitement centralisé et un seul commandement. Je terminerai par une remarque sur la configuration des deux colonnes vertébrales; elles se contournent de telle sorte que l'occiput de la tête unique regarde le plan antérieur du tronc des deux fœtus. Cette torsion du rachis est normale dans les monstruosités de ce genre.

Renouvellement du bureau.

L'Académie procède au renouvellement du bureau et des membres du conseil d'administration. Sont élus :

Président : M. Mélier.
Vice-président : M. Bérard.
Secrétaire annuel : M. Gibert.
Membres du conseil : MM. Bégin, Cruveilhier et Guéneau de Mussy.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Embryologie.

M. Serres lit la note suivante *sur la métamorphose de l'aorte chez l'embryon des vertébrés* :

Les métamorphoses dont sont susceptibles les tissus composant l'organisme des animaux servent de base à la théorie des développements embryonnaires. Parmi ces métamorphoses, celle de la transformation des deux aortes primitives de l'embryon en aorte unique et centrale, telle qu'elle existe chez les vertébrés supérieurs parvenus à leur état parfait, a été de la part des anatomistes le sujet des plus vives contestations. Ces contestations puisent leur source dans l'extrême difficulté des préparations anatomiques, qui seules peuvent mettre en évidence les divers temps de cette remarquable transformation. C'est en effet de la 50me à la 85me heure de la formation du poulet qu'elle s'opère. Or nul embryologiste n'ignore combien l'embryon est difficile à manier pendant cette période.

Le procédé qui m'a le mieux réussi consiste à étendre l'embryon avec la membrane omphalo-mésentérique sur une plaque de verre. L'action de l'air et le froid du verre arrêtant la circulation, le sang se coagule dans les vaisseaux, dont la transparence fait ressortir parfaitement l'injection sanguine. A l'aide d'une série de préparations ainsi disposées, on voit la réunion s'opérer d'abord vers le milieu de la région dorsale de la 50me à la 60me heure, puis s'étendre en haut de la 65me à la 70me heure, puis s'étendre en bas à partir de cette dernière heure, de sorte qu'à la fin du troisième jour et au plus tard à la 85me heure les deux artères sont réunies sur toute leur largeur et ne forment plus qu'un seul tronc.

M. de Baër, répétant mes observations, ne paraît pas avoir obtenu des résultats aussi décisifs, par la raison que ses incubations étaient trop précoces. Dans son histoire du développement du poulet, il dit que les deux aortes dans lesquelles le ventricule du cœur charrie le liquide qu'il contient vers la 40me heure, après avoir contourné la partie antérieure du canal intestinal et s'être prolongées dans un certain espace, se réunissent *probablement* après avoir été séparées pendant un certain temps. Ce *probablement* ne satisfit pas l'esprit si positif de M. Allen Thompson, surtout M. de Baër ajoutant que vers la fin du deuxième jour la réunion des deux aortes peut être facilement démontrée.

Ce fut donc pour savoir à quoi s'en tenir sur le fait primordial du développement du système sanguin que le célèbre anatomiste d'Edimbourg entreprit sur ce point une série d'expériences qui confirmèrent pleinement les résultats que j'avais obtenus. Ignorant le procédé dont je m'étais servi, M. Thompson en imagina un plus difficile dans son exécution, mais non moins positif. Ce procédé consiste à pratiquer des sections transversales dans la longueur de l'embryon, pour examiner ensuite à l'œil nu ou avec la loupe la lumière des vaisseaux compris dans le tronçon que l'on en sépare.

A l'aide de ce procédé, qui, comme on le voit, est la répétition de celui employé pour la détermination des vaisseaux composant le cordon ombilical, M. Allen Thompson vérifia d'abord la transformation des deux aortes en une seule, puis il étendit ses études aux métamorphoses analogues que j'avais signalées dans les artères barilaires, spinales, etc., ainsi que sur les gros troncs du système veineux. Par suite de ces expériences minutieuses ajoutées à mes nombreuses observations, le fait de la conversion des deux aortes primitives en aorte unique fut acquis à l'embryologie. Or, on jugera de son intérêt si l'on réfléchit, d'une part, que ce fait primordial sert de base aux métamorphoses que subit le système sanguin dans le cours de la vie embryonnaire, et si, d'autre part, on considère que les transformations du système sanguin commandent et règlent à leur tour toutes les métamorphoses que subit l'embryon des vertébrés dans le cours de son développement normal et anormal.

En présence de cet intérêt, on conçoit les doutes que je dus émettre dans cette enceinte sur l'exactitude des observations qui étaient communiquées à l'Académie et qui tendaient à remettre en question un fait d'anatomie qui avait subi de telles épreuves. Ces doutes, qui furent partagés par M. Milne-Edwards, devinrent l'occasion de nouvelles expériences faites dans son laboratoire, par les procédés à injection, qui ont fourni à notre savant collègue des résultats si précieux pour l'anatomie des vertébrés.

Ces expériences difficiles ont été faites par un de nos zoologistes distingués, M. Blanchard, aide-naturaliste au Muséum.

Ainsi, la conversion des deux aortes primitives en aorte unique et centrale est démontrée par les injections artificielles, de même qu'elle l'avait été par les injections naturelles, et par les sections transversales du jeune embryon. Ce sont trois modes de vérification d'un seul et même fait.

Albumine dans les urines.

M. Ed. Robin adresse une note *sur les causes du passage de l'albumine dans les urines.*

A l'état ordinaire, dit M. Robin, les matières albumineuses sont brûlées dans le sang, et les résidus azotés de la combustion, l'urée et l'acide urique, sont éliminés par les urines. La combustion n'est pas telle, cependant, qu'il ne sorte aussi par cette voie un peu de matière albumineuse, mais cette matière, outre qu'elle est en quantité extrêmement faible, diffère jusqu'à un certain point, comme on sait, de l'albumine ordinaire.

J'ai pensé que, si, pendant un temps suffisamment prolongé, l'albumine venait à subir dans la circulation une quantité de combustion très notablement moindre qu'à l'état normal, elle pourrait passer en nature dans les urines, au lieu de n'être éliminée qu'à l'état d'urée et d'acide urique; de nombreux faits confirment cette manière de voir.

Les urines deviennent albumineuses :

1° Dans le croup;

Dans les hydropisies ascites très développées, dans les cas de bronchite capillaire et d'emphysème pulmonaire donnant lieu à une forte dyspnée;

Dans la phthisie pulmonaire, surtout compliquée de pneumonie entraînant un embarras considérable dans la respiration;

Dans l'état de gestation de la femme, suffisamment avancé pour que la circulation abdominale gênée détermine une congestion habituelle des reins; c'est-à-dire dans les maladies, dans les états particuliers où une diminution très notable de combustion est entraînée par une respiration très incomplète;

2° Dans la cyanose, qu'elle qu'en soit la nature, et dans les affections du cœur arrivées à un degré tel que les malades soient maintenus dans un état permanent de demi-asphyxie, par conséquent dans les cas où un obstacle à la circulation du sang, un vice de conformation du cœur empêchent l'hématose d'être aussi rapide que dans les circonstances ordinaires;

3° Dans les lésions spontanées ou traumatiques des centres nerveux déterminant un abaissement de température, et par là une diminution notable de combustion;

4° Dans le diabète, maladie où assez souvent, au moins, une lésion analogue paraît être primitive, où d'ailleurs la grande abondance du sucre dans le sang semble devoir entraver la combustion des matières albumineuses, ou enfin la température s'abaisse de 1 à 2 degrés chez les sujets fortement atteints;

5° Dans l'espèce d'épuisement de fluide nerveux qui caractérise l'état désigné sous le nom de courbature et qui ne peut manquer d'amener une diminution considérable dans la calorification, et partant dans la combustion lente.

Par une cause analogue, l'urine est albumineuse à la suite des refroidissements très-considérables de la surface du corps occasionnés par le froid extérieur. Enfin la maladie de Bright, où les urines sont toujours albumineuses et anémiques, est attribuée précisément à plusieurs des causes qui viennent d'être indiquées comme capables de déterminer le passage de l'albumine dans les urines.

La physiologie comparée fournit aussi quelques données utiles.

En général, les urines des mammifères ordinaires et celles des oiseaux ne contiennent pas d'albumine.

Parmi les reptiles, au contraire, les batraciens du moins, les grenouilles, si remarquables par la faible élévation de leur chaleur propre, rendent une urine où toujours se trouve de l'albumine. Il reste à constater que les urines deviennent albumineuses sous l'influence des agents qui protègent à un degré considérable contre la combustion lente.

L'auteur se fonde, à cet égard, à déduire la conséquence suivante;

Quand l'activité de la combustion dans le sang, trop faible pour brûler toute l'albumine, qui, à l'état normal, doit disparaître dans un temps donné, laisse diminuer la vitalité générale, et permet à une portion plus ou moins grande de matière albumineuse de passer en nature dans les urines, c'est autant de matière organique qui échappe à la transformation en urée ou en acide urique.

La proportion d'urée des urines albumineuses doit, par conséquent, se trouver moindre qu'à l'état normal; c'est en effet ce qui a lieu dans les maladies suivantes, les seules, à ma connaissance, où des expériences aient été faites, savoir :

La phthisie pulmonaire,
Les maladies de la moelle épinière et de l'encéphale,
La bronchite aiguë générale avec dyspnée très intense,
La maladie de Bright.

C'est aussi ce qu'on observe à l'état normal chez les batraciens : leur urine contient à peine des traces d'urée.

Broncho-pneumonie des vaches.

M. P. Charlier, médecin vétérinaire à Reims, communique la relation d'un cas de broncho-pneumonie suraiguë, non contagieuse, observée sur une vache le cinquième jour du vêlage. Cette observation fournit à l'auteur l'occasion d'établir les trois points suivants;

1° Qu'il existe chez la femelle bovine, après le part, un écoulement ayant la plus grande analogie avec celui qui a lieu chez la femme à la suite de l'accouchement, écoulement auquel on a donné le nom de lochies;

2° Que la broncho-pneumonie si violente qui s'est développée chez la vache en question le cinquième jour du vêlage a été déterminée par l'arrêt subit de cet écoulement tout physiologique;

3° Que les fortes émissions sanguines, plus encore que les révulsifs et les purgatifs, ont été, dans ce cas, toutes puissantes pour triompher du mal.

Fièvre typhoïde.

M. Lautour, médecin sanitaire du gouvernement turc à Damas, adresse un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde dans ces contrées.

A NOS LECTEURS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient les compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Le prix des années antérieures est de 17 fr. 20 centimes, reliure comprise.

Le Scrad.

Paris. Imprimé par Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

N° 150. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1851. (24e ANNÉE.) N° 150. — MARDI 30 DÉCEMBRE 1851.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 40, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 40. HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

AUX ABONNÉS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin du mois sont priés de le renouveler.

L'envoi de mandats de poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour faire parvenir l'argent. On peut également l'envoyer par les libraires ou par les messageries.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat, soit en timbres-poste.

Le prix des années antérieures est de 17 fr. 20 centimes, reliure comprise.

Le titre de l'année 1851 et la table des auteurs dont les travaux ont été publiés par la *Gazette* dans le courant de cette année seront joints au prochain numéro. — Les ateliers étant fermés le jour de l'An, ce numéro ne paraîtra que samedi.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. DEVERGIE.

Leçons de thérapeutique générale sur les maladies de la peau.

(Suite. — *Voir* les numéros des 6, 13 et 20 décembre.)

2° MÉDICATION RÉSOLUTIVE.

Ses moyens d'action sont tous locaux, car il n'existe pas de médication résolutive interne ; à moins qu'on ne considère comme telle celle qui a pour base quelques astringents, la décoction de feuilles de noyer, l'orme pyramidal, quelques gommes astringentes, etc., mais peu employées d'ailleurs.

Les médicaments résolutifs sont généralement empruntés aux agents de la médication irritante, et ce n'est qu'en les étendant dans des excipients qu'on leur communique des propriétés résolutives.

L'extrait de saturne, par exemple, s'il est appliqué seul, provoquera le développement d'un état inflammatoire ; étendu d'eau, au contraire, il deviendra résolutif. Il en est de même de l'alcool camphré et des eaux dites vulnéraires. — Les excipients ordinaires sont l'eau, la graisse et les poudres.

Résolutifs aqueux. — Il est trois substances résolutives que nous employons de préférence en dissolution dans l'eau : le *sous-acétate de plomb*, l'*alun*, le *sublimé*.

1° L'expérience nous a démontré que, généralement, la dissolution de sous-acétate de plomb ne doit pas dépasser 1/300e de son poids d'eau si on ne veut pas qu'il cesse d'être résolutif. On devra commencer par une dissolution à 1/400e pour arriver graduellement à 1/300e.

2° Pour l'alun, on peut débuter par une dissolution au 300e, en augmentant jusqu'à 1/200e et même à 1/150e. L'action de l'alun n'est pas identique à celle de l'extrait de saturne, en quoi consiste la différence ? On l'ignore ; mais l'expérience prouve tous les jours que certaines maladies se trouvent mieux de l'une que de l'autre de ces substances : c'est par des essais, des tâtonnements qu'on découvre cette idiosyncrasie cutanée.

3° Le sublimé est la plus résolutive des trois substances ; mais il est plus excitant que les autres : aussi on débutera par une dissolution à 1/1500e, 1 gramme de bichlorure d'hydrargyre, par exemple, pour 1400 grammes d'eau, en recommandant au malade de dissoudre le sublimé à l'eau bouillante, car il est peu soluble dans l'eau froide. Beaucoup de pharmaciens, pour se dispenser de le faire bouillir, ajoutent un peu d'alcool, et la dissolution se fait sans eau bouillante ; mais certaines maladies de la peau supportent très mal l'alcool ; en outre, si l'esprit-de-vin a été mis en quantité notable, on a un mélange d'alcool et d'eau dans lequel l'alcool ne tarde pas à se volatiliser ; la dissolution de sublimé en devient plus concentrée, nouvelle cause d'irritation. Nous avons dit qu'il fallait commencer par 1/1500e ; mais souvent on s'apercevra même que cette dose est trop forte, et il faudra descendre à 1/2000e, 1/3000e. Pour employer ces solutions, on en imbibe des compresses qu'on applique sur les régions de la peau où siége l'affection. Or, il est des malades qui retrempent à chaque instant leurs compresses ; qu'arrive-t-il ? Ces linges, desséchés par l'évaporation de l'eau seule, retiennent une certaine quantité de sublimé, et si on les retrempe dans la dissolution à 1/1500e, je suppose, ils se trouveront en réalité imbibés d'une dissolution à 1/750e ; une seconde imbibition augmentera encore la dose proportionnelle du sublimé ; en sorte que, si la même compresse est employée de cette façon plusieurs jours de suite, elle se trouvera, vers la fin, chargée d'une énorme proportion de bichlorure. Il faut donc avoir soin que le malade ne retrempe sa compresse que deux ou trois fois par jour au plus et qu'il en change le lendemain, ou bien qu'on lui lave celle de la veille. Cette précaution est de la plus haute importance, et c'est pour l'avoir omise qu'on a souvent eu des insuccès et même des aggravations. Un eczéma, par exemple, est à sa période décroissante ; on s'est bien trouvé de l'alun, mais il ne suffit plus ; on veut essayer le sublimé, et l'on voit augmenter le mal, bien qu'on ait débuté par une dissolution faible ; la cause n'en est autre que la négligence de la précaution dont on vient de parler.

Il est un autre résolutif susceptible d'être employé en dissolution dans l'eau, qu'on regarde comme très puissant : c'est le chlorhydrate d'ammoniaque. Je le mets peu en usage ; et, en effet, son efficacité se révèle surtout dans la résolution des tumeurs, des engorgements ; mais son action est bien moindre dans les maladies de la peau : ici il agit d'une manière analogue à l'alun.

Résolutifs graisseux. — Comme on sera souvent obligé de les épuiser tous avant d'obtenir un résultat avantageux, il faut débuter par les plus doux.

Le *tannin* doit être mis en tête sous ce rapport. Malgré sa bénignité, on fera bien néanmoins de ne pas employer tout d'abord la formule qui se trouve dans la plupart des livres : tannin, 4 grammes ; axonge, 30. Cette pommade est fort active, et ne doit venir qu'après un usage de quelque temps. C'est, du reste, une remarque qui s'applique à tous les médicaments. Si on débute par la dose *maxima*, le médicament ne sera pas toléré, ou bien l'économie s'y habituera et alors il ne produira bientôt plus d'effet. Toutes les fois qu'un remède doit être longtemps continué, il faut procéder par doses graduellement croissantes. C'est ainsi que pour le tannin on débutera par 1 gramme pour 30 d'axonge, puis 2, 3, et l'on dépassera rarement cette dose. J'associe à cette pommade de 20 à 25 centigrammes de camphre, mais pas davantage, et j'ai soin de recommander au pharmacien de dissoudre le camphre dans quelques gouttes d'alcool avant son incorporation, sans cela il se mêlerait imparfaitement à l'axonge.

Oxyde de zinc. — Comme pour le tannin, la dose des formulaires est trop forte. Ne l'employez jamais au delà de 1, 2, 3 grammes pour 30 d'axonge, et ajoutez une petite quantité de chloroforme ou de camphre. Quelques praticiens font usage du *cérat calaminaire*, qui est formé d'oxyde de zinc naturel ; il est moins actif que l'oxyde artificiel. C'est, du reste, ce qui a lieu pour la plupart des produits chimiques ; ceux que fournit la nature ont toujours une activité moindre que ceux qui sont le produit de l'art ; le sulfure d'arsenic naturel, par exemple, est inerte, tandis que l'artificiel est doué d'une certaine activité. Appliquant cette remarque à la calamine, nous en concluons qu'on peut l'employer au début à la dose de 3 ou 4 grammes.

Camphre. — C'est un résolutif puissant, et qui, dans les maladies de la peau, a l'avantage d'éteindre les démangeaisons. C'est pour cela que nous l'associons presque toujours aux pommades de tannin et d'oxyde de zinc. Si on voulait formuler une pommade au camphre seul, on en mettrait de 30 à 75 centigrammes pour 30 grammes d'axonge.

Chloroforme. — Employé avec avantage dans les maladies de la peau par la propriété qu'il a, comme le camphre et plus que lui, d'éteindre les démangeaisons.

Comment agit-il ? Est-ce par sa nature ou par son évaporation ? Peut-être par l'une et l'autre ; en effet, dans les névralgies, une friction sur la partie douloureuse suffit souvent pour enlever subitement la douleur ; dans les maladies de la peau, le chloroforme, par son évaporation, soustrait le calorique à la surface tégumentaire, ce qui amène une sédation du prurit. Ne se pourrait-il pas aussi que le chloroforme produisît une anesthésie locale analogue à celle qu'il provoque sur l'ensemble de l'économie quand il est absorbé par la muqueuse pulmonaire ? Quoi qu'il en soit, la dose est de 1 à 2 grammes, toujours pour 30 d'axonge.

Huile de cade. — Pour compléter l'histoire des corps gras, nous devons dire un mot de l'huile de cade vantée par M. Serre (d'Alais). C'est une huile empyreumatique obtenue par la distillation du genévrier. Je l'ai employée comparativement à l'huile distillée de goudron, et j'ai obtenu des succès de l'une et de l'autre ; cependant, je donne la préférence à l'huile de cade, pourvu toutefois qu'elle soit pure.

Dans mes expériences, j'ai toujours procédé du simple au composé. J'ai commencé par de petites doses en augmentant graduellement ; mais j'ai bien vite reconnu qu'à haute dose l'huile de cade accroît l'intensité de la maladie cutanée loin de l'améliorer.

A ce propos, je vous citerai l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune fille que j'avais presque guérie d'un impétigo de la tête et envoyée dans le midi de la France pour y fortifier sa constitution. Le médecin qui lui donna des soins, dans le but de la débarrasser, d'assurer la guérison, appliqua sur sa tête de grandes quantités d'huile de cade, et la maladie reprit bientôt une nouvelle intensité. La jeune fille me fut ramenée à la période décroissante de la maladie ; je recommandai, mais à faible dose, l'usage de l'huile de cade, et la malade fut définitivement guérie.

Voici la meilleure manière d'employer cette huile :

A l'aide d'un pinceau de charpie, étendez-en une couche sur toute la surface malade ; puis, avec du coton cardé sec, enlevez toute l'huile que vous pouvez enlever, sans frotter néanmoins fortement la peau ; celle-ci restera jaunie, et c'est tout ce qu'il faut pour obtenir un bon résultat.

L'effet de l'huile de cade sera d'autant plus salutaire, que la maladie se sera mieux trouvée de l'usage des graisses. Si les poudres ont été mieux supportées, n'attendez pas merveille de l'huile. Ajoutons, malgré l'opinion contraire de M. Serre, qui l'emploie à toutes les périodes de la maladie, que c'est seulement à la dernière période, lorsque l'eczéma ne fournit que des squames, et pour faire disparaître cet état calleux qu'il laisse quelquefois à sa suite, qu'il me paraît convenable de la mettre en usage. M. Serre recommande encore de l'employer tous les jours, tous les deux jours. Je n'en renouvelle l'application que tous les trois ou quatre jours. Chaque application, en effet, est suivie d'un sentiment de chaleur, de cuisson, d'une irritation, dont la durée n'est, il est vrai, que de dix minutes à un quart d'heure, mais qu'il importe néanmoins de ne pas provoquer trop fréquemment. On doit en outre s'abstenir de toute médication pendant les douze heures qui suivent une onction avec l'huile de cade.

Poudres résolutives. — Il est des maladies cutanées qui ne se trouvent bien ni des résolutifs liquides, ni des graisses. Ces affections font le désespoir du médecin, car il est difficile de composer des résolutifs pulvérulents. Il faut bien s'y résoudre cependant, et voici les choix que nous vous recommandons.

Parmi les poudres résolutives, les unes le sont de leur nature, comme le *lycopode*, le *tan*, la *poudre de vieux bois* ; les autres ont pour base une substance très active mitigée par une poudre inerte qui sert d'excipient. Le lycopode dont on saupoudre avantageusement les érythèmes, si fréquents chez les nouveau-nés, sera également employé avec succès contre l'érythème, l'herpès circiné, l'eczéma des bouts des seins, etc. La poudre de *tan* est moins rude, plus onctueuse que le lycopode ; quand on l'a tamisée, elle est fine, impalpable. Mais ce qu'il y a encore de meilleur dans ce genre, c'est la *poudre de vieux bois*. Rien de mieux contre toutes ces petites érosions du prépuce, de la figure, des oreilles. Autrefois toutes les pharmacies en avaient leur provision, et les dames n'usaient pas d'autre poudre pour leur toilette. Aujourd'hui, on ne la trouve que dans les pharmacies de date ancienne ; c'est que les parfumeurs se sont emparés de la préparation de ces sortes de poudres, et cependant elle est bien préférable à tout ce que l'on a fait depuis.

Le tannin, l'alun, le sous-nitrate de bismuth, etc., forment la base de poudres résolutives plus actives ; le meilleur excipient, c'est l'amidon. On se demande pourquoi ces substances ne peuvent pas être employées seules comme poudres résolutives ? C'est afin qu'une surface continue de la peau ne soit pas en contact avec des agents qui produiraient une irritation dont l'intensité croîtrait en proportion de l'étendue et de la continuité de la surface affectée.

La présence de l'amidon diminue sans doute cet inconvénient ; mais elle est loin de le détruire. Pour si étendue, en effet, que soit la poudre active, il y aura toujours 100, 200 molécules, par exemple, qui agiront comme si elles étaient seules, sur la partie de surface cutanée avec laquelle ils seront en contact, et qui l'irriteront dans la proportion de leur contact. En effet, le mélange n'atténue en rien l'effet immédiat de la poudre ; il rend seulement les contacts moins multipliés. Voilà pourquoi il est si difficile d'avoir une poudre résolutive qui ne soit pas nuisible, à cause de l'irritation qui en est presque toujours la conséquence. Aussi, on renonce le plus souvent aux mélanges pulvérulents. Si cependant on se voyait forcé d'y avoir recours par l'intolérance absolue des graisses et liquides, on pourrait associer, par exemple, 1/400e et souvent même 1/1000e seulement de poudre d'alun à de l'amidon.

Résolutifs généraux, ou appliqués à toute la surface cutanée.

On comprendra qu'il s'agit ici des bains. Les plus simples sont composés avec 125 à 300 et même 400 grammes d'alun dissous dans la quantité d'eau nécessaire pour un bain ordinaire. Les malades les supportent très bien, et c'est un excellent résolutif.

Les bains de sublimé sont plus difficiles à manier. On doi[t] commencer par 2 grammes, augmenter de 1 gramme tous les deux ou trois bains, et s'arrêter à 12 grammes, dose maximum qu'on ne devra jamais dépasser. Si l'on voit quelquefois prescrire des bains avec 10, 20, 30 grammes de bichlorure, c'est dans les affections syphilitiques, lorsque le malade ne veut ou ne peut prendre le mercure à l'intérieur ; mais, dans ce cas, la peau est saine et joue le rôle d'abs[orbant]...

bant de la substance médicamenteuse, sans être irritée par elle. Dans tous les cas où la peau sera malade, on devra bien se garder d porter la dose à ce chiffre.

Les bains aromatiques peuvent être considérés comme résolutifs :

1° Au bas d'une boîte cubique dans laquelle se place le malade, la tête seule au dehors, se trouve un petit fourneau avec une plaque en fonte où l'on fait brûler des plantes aromatiques ou des résines, ordinairement du benjoin. La vapeur provenant de cette combustion circule dans la boîte et constitue un bain qui a la chaleur pour auxiliaire.

2° Dans l'eau d'un bain simple, on verse une forte infusion ou décoction de plantes aromatiques, et l'on obtient ainsi la deuxième espèce de bain.

Tel est l'ensemble du second élément de la méthode antiphlogistique. Nous aborderons le troisième dans une prochaine leçon. Nous voulons parler des agents dérivatifs.

TEINTURE D'ELLÉBORE BLANC contre le pityriasis versicolor.

Par le docteur SPENGLER.

Le nom de taches hépatiques a beaucoup contribué à rattacher cette maladie de la peau à une affection du foie et des organes du bas-ventre, et à la faire combattre par des médicaments internes qui nécessairement devaient rester inefficaces. Aujourd'hui que les dermatologistes, tels que Eichstedt, Hebra, ont démontré que cette affection est due à une formation de champignon, on cherche à la combattre par des moyens extérieurs qui ont pour but de détruire le parasite. A l'exemple de Rau, qui rapporte un cas de guérison de taches hépatiques déjà anciennes par l'eau oxymuriatique, et de Zeissl, qui a préconisé l'ellébore blanc, l'auteur a expérimenté cette dernière substance dans les cas suivants :

OBS. I. — Une fille tuberculeuse, âgée de vingt-un ans, affectée depuis de nombreuses années de taches hépatiques occupant toute la partie supérieure du dos et s'étendant au cou et sous les bras jusque sur les seins, fut guérie dans huit jours avec la teinture d'ellébore blanc, sans administration d'aucun autre médicament interne ou externe.

OBS. II. — Un candidat en théologie, portant depuis plusieurs années un pityriasis versicolor siégeant sur la région de l'estomac et s'étendant jusque vers le mamelon, fut traité sans effet par des acides et des alcalis. Guérison complète au bout de huit jours par l'emploi extérieur de la teinture d'ellébore blanc.

OBS. III. — Un commis négociant, portant depuis longtemps un pityriasis versicolor occupant presque toute la poitrine, une partie du cou et du bas-ventre, contre lequel on avait employé inutilement des purgatifs et des dépuratifs, vit disparaître en peu de jours son exanthème par les mêmes lotions. (*Medicin. zeitung* et *Gaz. méd.*)

ÉCORCE DE L'ARBRE MUSSENNA; remède le plus sûr contre le tænia.

Par le Dr PRUNERBEY.

L'Abyssinie est le pays dans lequel on rencontre le plus fréquemment le tænia et qui possède incontestablement les remèdes les plus sûrs, les véritables spécifiques contre ce parasite. L'auteur dit avoir employé avec succès, jusqu'en 1848, le kosso (kousso) chez des centaines de malades, lorsque son ami M. D'Abadie, revenant d'un voyage au Caire avec son maître de langue natif de Gondar, lui remit un sac plein d'écorces jeunes de mussenna (massena), remède populaire dans l'Abyssinie contre le tænia. La première expérience en fut faite sur le maître de langue lui-même. Des bols faits avec 60 grammes d'écorce réduite en poudre et de la viande hachée et légèrement cuite furent administrés au malade, qui pour toute nourriture ne reçut qu'un peu de riz. Le soir qui précéda l'administration du médicament et pendant toute la journée il ne mangea rien jusqu'au soir, où il eut encore un peu de riz. Déjà le lendemain le tænia entier fut rendu, avec une selle molle, en plusieurs morceaux un peu ramollis et infiltrés.

Dans ces deux dernières années, l'auteur a encore employé avec un succès complet ce remède chez 19 individus. L'action de l'écorce jeune de mussenna, de la famille des légumineux, se distingue de celle du kosso en ce qu'elle tue le parasite sans provoquer la diarrhée, et n'exige pas, comme cela a lieu quelquefois avec le kosso, au reste excellent remède, d'autres moyens secondaires. (*Ibid.*)

EXTRAIT DU SANG DE BOEUF contre les anémies chroniques chez les enfants,

Par le docteur DE MAUTHNER.

Bien que le sang frais ait déjà été prôné par les médecins de la plus haute antiquité, nous croyons devoir mentionner la préparation et les indications données par M. le directeur la clinique des enfants malades de Vienne.

Du sang frais de bœuf est passé par un tamis de crin et évaporé au bain-marie jusqu'à dessiccation complète; obtenant ainsi une poudre qu'il donne à la dose de 50 centigr. à 1 gramme en substance ou dissoute dans de l'eau. Les cas dans lesquels ce remède a trouvé une application sont les suivants :

1° Anémie après des diarrhées chroniques chez des enfants un peu âgés. Il est inefficace contre le marasme des enfants nouveau-nés et des enfants rapidement sevrés.

2° Anémie après le typhus des enfants. Il est très bien supporté et hâte la convalescence.

3° Anémie après des pneumonies graves non encore tout à fait résolues, où il existe encore de la toux et de la fièvre. Il n'arrête pas le développement de la tuberculisation.

4° Anémie à la suite de suppuration d'abcès et d'ulcères scrofuleux.

5° Et anémie après des hydropisies survenues à la suite de la scarlatine, où il doit être préféré à tous les autres toniques. (*Ibid.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 décembre 1851. — Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. le professeur Roux fait hommage à la Société d'un exemplaire de l'Eloge de Bichat et Boyer.

Ce professeur adresse, en outre, une lettre par laquelle il s'excuse de ne pouvoir prendre part momentanément à nos travaux. La lettre de M. Roux est lue à la Société, et des remercîments lui sont adressés.

— M. DANYAU dépose sur le bureau de la Société son rapport sur le travail du docteur Sulikowski, ayant pour titre : *Observation de superfétation ombilicale congénitale d'une fille de quatorze ans, guérie au moyen d'une opération extraordinaire.*

La Société a reçu, en outre :

1° Le numéro de décembre du journal de M. Lucas Championnière;

2° Un numéro de la *Gazette médicale des Etats sardes ;*

3° Un mémoire de M. Dufour sur une nouvelle espèce de tumeur de la voûte crânienne.

M. Chassaignac, rapporteur.

Présentation de malades. — Exostose vertébrale.

M. HUGUIER présente un malade âgé de dix-neuf ans, sur lequel on voit à la partie inférieure de la région dorsale une tumeur du volume d'un gros citron, bien limitée, arrondie, sans changement de couleur à la peau, ni adhérence des téguments. Elle s'étend depuis la neuvième vertèbre dorsale jusqu'à la douzième; elle a 0,1 de hauteur sur 0,06 de largeur; elle est située sur la ligne médiane, qu'elle déborde de 0,025 à droite, et de 0,04 à gauche.

Du côté droit elle offre ceci de remarquable, que les doigts refoulant les parties molles peuvent glisser entre la tumeur et les apophyses transverses, et presque rejoindre les apophyses épineuses.

La tumeur a une consistance tout à fait osseuse et une fixité aux os voisins (apophyses transverses ou côtes) telle que rien ne peut l'ébranler, et que les mouvements qu'on lui imprime sont transmis au reste du corps du malade. Sa base se confond avec les os dont nous venons de parler; elle paraît se prolonger un peu vers la onzième côte.

Il semble que la tumeur part de la tubérosité des trois dernières côtes gauches, et surtout des apophyses transverses correspondantes et des lames des vertèbres, et qu'elle se dirige obliquement en haut et surtout en dedans, et enfin dépasse à droite la ligne médiane.

Elle offre ceci de remarquable que, dépendant de trois vertèbres, elle ne présente aucune bosselure.

Pendant les mouvements de flexion ou d'extension du tronc, la main, placée sur la tumeur, perçoit une sensation de crépitation fine et nombreuse causée par le frottement sur la tumeur des muscles longs du dos, que l'on sent se déplacer entre le tégument et la tumeur. On la perçoit aussi dans les grands mouvements des membres, toutes les fois que les muscles se contractent. Aucun symptôme fonctionnel n'est ressenti; les membres inférieurs sont bien développés, ils sont très libres dans leurs mouvements; le malade n'a jamais eu de fourmillement ni d'engourdissement.

Ce fait intéressant a été recueilli par M. Moynier, interne du service.

Reprise de la discussion sur la cataracte.

M. ROBERT. En 1820, l'Université de Tubingen avait proposé pour question de prix le sujet qui nous occupe, et M. Dietrich publia à cette occasion un mémoire où sont relatées les nombreuses expériences tentées par lui sur les animaux.

D'après ce travail, il semblerait que l'on peut assez facilement produire des cataractes et en étudier l'évolution; l'auteur dit avoir produit des cataractes, soit membraneuses, soit lenticulaires, en piquant ou en blessant de diverses manières soit la capsule, soit le cristallin lui-même. D'après ces résultats, il serait facile de résoudre expérimentalement les questions anatomo-pathologiques qui se rattachent à l'histoire de la cataracte traumatique.

M. Robert a voulu, il y a quelques années, répéter ces expériences; il en a tenté un assez grand nombre, soit sur des chiens de divers âges, soit sur des lapins. Or, de quelque manière qu'il ait lésé la capsule antérieure ou postérieure, ou le corps même du cristallin, jamais il n'a réussi à provoquer la formation d'une cataracte lenticulaire.

Les lésions de la capsule ont souvent déterminé une opacité et un épaississement très circonscrits de la capsule, le plus souvent passagers. Quant au cristallin, sans perdre sa transparence, il s'est légèrement boursouflé, et les parties circonférentielles en sont venues faire hernie à travers les déchirures de la capsule.

Très étonné de ce résultat, qui était en opposition directe avec ceux de M. Dieterich, M. Robert ne savait comment en concevoir l'explication. Les résultats obtenus par M. Lebert et M. Giraldès étant analogues aux siens, il est maintenant convaincu que M. Dieterich a dû commettre des erreurs dans l'observation et l'appréciation des faits.

Ainsi, l'expérimentation ne pouvant donner aucun élément à l'étude anatomo-pathologique de la cataracte traumatique, il reste pour l'élucider l'observation clinique. Or la question est complexe, car les conditions du traumatisme sont ici nombreuses et variables. Le cristallin peut être simplement ébranlé par suite d'un coup sur l'œil ou sur la tête. La capsule peut être piquée, incisée, dilacérée avec ou sans perte de substance; le cristallin peut être luxé, etc., etc.

Qu'arrive-t-il dans tous ces cas? Les lésions de la capsule entraînent-elles nécessairement son opacité, et le cristallin est-il ou non destiné dans ces cas à perdre également sa transparence? Pour résoudre ces questions, on est souvent arrêté par les difficultés du diagnostic. En effet, il est toujours difficile, et même quelquefois impossible de déterminer le siége réel de l'opacité : s'il est dans la capsule exclusivement, si derrière elle ne se trouvent point altérées les couches circonférentielles et liquides du cristallin (l'humeur de Morgagni), ou si enfin le cristallin seul n'aurait pas perdu sa transparence sans que la capsule ait été modifiée.

Si l'on parvient à résoudre quelquefois ces difficultés, il faut, dans les cas où la guérison de la cataracte survient, déterminer le mécanisme de cette guérison. Les parties opaques peuvent-elles reprendre leur transparence, ou le retour de la vision ne peut-il s'effectuer sans que le cristallin ou la capsule ait été résorbé? A cet égard, l'opinion des observateurs n'est point unanime; quelques-uns ont paru croire que les parties devenues opaques ne sont plus susceptibles de recouvrer leur transparence. Cependant, plusieurs faits prouvent le contraire. Marjolin père m'a raconté, dit M. Robert, avoir vu chez une dame une cataracte survenue à la suite d'un coup de bouchon d'une bouteille de champagne; il combattit énergiquement les accidents inflammatoires concomitants et le cristallin recouvra promptement sa transparence.

M. Stœber (de Strasbourg) a publié dans les *Annales d'oculistique*, tome III, l'observation d'un enfant dont la capsule cristalline blessée par la pointe d'un couteau devint opaque, et recouvra sa transparence au bout de quelques jours.

Enfin M. Robert a observé le fait suivant : en 1835, un cultivateur, abattant des châtaignes, eut l'œil gauche blessé par un des piquants qui hérissent la coque de ce fruit. Ce corps aigu avait traversé la cornée et s'était implanté dans le cristallin. Quelques jours s'étaient écoulés depuis l'accident, et déjà l'appareil cristallinien présentait une teinte uniforme d'un blanc de lait, dont il fut impossible de déterminer le siége précis. M. Robert, par une incision faite à la cornée, fut assez heureux pour extraire en totalité le corps étranger qui faisait encore une petite saillie en dehors. On pratiqua au malade une large saignée, l'œil fut couvert de compresses imbibées d'eau froide. Le lendemain, l'opacité avait un peu diminué, et au bout de quarante-huit heures elle avait complétement disparu.

D'un autre côté, dans plusieurs cas de cataracte survenue à la suite d'un coup sur l'œil, la guérison s'est effectuée spontanément par une espèce d'exfiltration et de résorption; telles sont les observations rapportées par M. Janson (de Lyon), M. Mendières (de Loudun), etc.

Le hasard m'a donné, dit M. Robert, l'occasion d'étudier le mode de formation et de guérison des cataractes traumatiques dans les circonstances que voici : lorsque, à la suite d'iritis, des fausses membranes se sont formées dans le champ de la pupille, j'ai pour habitude de les extraire avec une pince que j'introduis au moyen d'une petite incision faite à la cornée. Quatre fois j'ai trouvé ces fausses membranes adhérentes à la capsule du cristallin, de telle sorte qu'en les extrayant j'ai dû nécessairement arracher avec elles un lambeau de cette capsule, ce que j'ai pu reconnaître immédiatement en étudiant à la loupe et sous l'eau les portions enlevées, et je me suis assuré de plus que la capsule cristalline était pellucide. D'ailleurs, aussitôt après l'opération, j'avais constaté que la pupille était nette. Eh bien! constamment vers le quatrième jour, une légère phlogose s'est manifestée dans l'œil, et en même temps le cristallin et sa capsule sont devenus complétement opaques. La première fois que j'observai ce fait, je craignis que la vision ne se rétablit point. Mais peu à peu le cristallin s'est boursouflé, il a fait en quelque sorte éclater la capsule, dont les fragments opaques se sont ou détachés, ou résorbés sur place. Quant au cristallin lui-même, il est tombé peu à peu et par flocons dans la chambre antérieure, où il a été également résorbé. Ce travail a été complet entre le cinquantième et le soixantième jour. Ces mêmes phénomènes se sont reproduits de la même manière dans les cinq autres cas.

En résumé, dit M. Robert, mon opinion est que dans les cataractes traumatiques déterminées par des contusions ou des lésions peu étendues, telles que piqûres ou incisions très bornées, la guérison peut s'effectuer par le retour des parties à leur transparence normale; mais que dans les cas où les lésions sont très étendues, et surtout avec perte de substance, il faut qu'il y ait nécessairement résorption du cristallin et de sa capsule. Du reste, cette question est loin d'être jugée; elle appelle de nouvelles observations.

M. BOINET. J'ai eu occasion d'assister à quelques opérations de cataracte dans lesquelles on déchirait seulement la capsule antérieure; dans ce cas, il se produisait un épanchement de sérosité et de sang entre le cristallin et sa membrane, à mesure que la résorption se faisait on constatait que le cristallin restait intact; il pensé qu'il faut plus de soixante jours pour amener la résorption du cristallin; il estime à une année le temps nécessaire à l'absorption de cette lentille.

M. CHASSAIGNAC. A l'appui de la résorption et du déplacement des molécules opaques, je citerai l'observation d'un jeune homme qui a reçu un coup de foret dans l'œil; il survint une blessure de la cornée, et une cataracte qui avait une teinte verdâtre; à mesure que l'on observait le malade le disque venait plus transparent dans le haut; il y a eu accumulation de molécules opaques à la partie inférieure. Il croit que l'opacité était déterminée par le pus.

M. GUERSANT. J'ai eu souvent occasion de voir à l'hôpital des Enfants des cataractes suite de contusion et par blessure. J'ai pu remarquer que la cataracte, dans le cas de contusion, était plus marquée et résistait davantage au traitement. Dans le cas de plaie, au contraire, la maladie cédait mieux à un traitement énergique.

M. ROBERT. Les faits signalés par MM. Chassaignac et Guersant sont intéressants. Quant à ceux signalés par M. Boinet, c'est à tort, suivant moi, qu'il compare ce qui se passe dans un appareil cristallinien sain blessé à ce qui se passe dans cet appareil cataracté et soumis à l'opération.

Dilatation forcée de l'anus. Rapport verbal sur la thèse de M. Pelletier.

M. MAISONNEUVE. M. Récamier, dans un travail intéressant publié il y a quelques années sur l'extensibilité musculaire, parle du massage cadencé de l'anus, dans le cas de contracture de ce dernier muscle. Ce travail fit peu de sensation; mais, ayant eu occasion de voir le professeur Récamier pratiquer le massage cadencé de l'anus, autrement dit la dilatation forcée du sphincter anal, j'ai fait un certain nombre de recherches sur les avantages de cette opération, et je suis arrivé au résultat suivant, à savoir : que la dilatation forcée est avantageuse pour guérir :

1° La constipation simple et opiniâtre des femmes;

2° La contracture simple, sans fissures;

3° La contracture compliquée de fissures;

4° La contracture avec complication d'hémorrhoïdes;

5° Ténesme des pays chauds.

M. Pelletier, qui a été mon interne et qui a pu constater les avantages de la dilatation forcée dans les cas signalés plus haut, fait une bonne thèse, éminemment pratique, où il a bien résu-

les éléments de la question. En conséquence, je demande que sa thèse soit déposée dans nos archives et que des remercîments lui soient adressés.

M. Lenoir. Je regrette que M. Maisonneuve ait oublié de citer M. Monod, qui a lu au sein de la Société un mémoire sur les avantages de la dilatation forcée de l'anus. Je regrette, de plus, que cette opération ne soit pas plus connue des praticiens. J'ai eu assez souvent l'occasion de la mettre en usage toujours avec succès : tout récemment encore, sur un magistrat qui souffrait depuis plusieurs années, malgré les nombreux traitements qu'il avait essayés, la dilatation forcée le guérit radicalement. Cette opération est fort douloureuse; il importe donc d'administrer le chloroforme.

Mais, le chloroforme relâchant le sphincter, il importe, pour vaincre la résistance de ce muscle et déchirer un certain nombre de ses fibres, de produire une plus grande dilatation. Quand on fait la dilatation du sphincter anal avec ou sans le sommeil chloroformique, on produit un petit bruit particulier comme une déchirure; c'est l'indice certain d'une dilatation convenable. Cette opération, en même temps qu'elle produit la rupture des fibres musculaires, amène la formation d'une ecchymose souvent peu considérable, mais quelquefois assez forte pour prendre la proportion d'une petite complication. Un de nos collègues a vu cette ecchymose devenir le siége d'un travail inflammatoire et s'abcéder.

M. Lenoir, en terminant, propose l'introduction temporaire d'une mèche assez volumineuse dans l'orifice anal; il s'est bien trouvé de l'usage de ce moyen, qui, suivant lui, prévient le trombus du pourtour de l'anus.

M. Demarquay. Dans un travail publié en 1845, dans les *Archives générales de Médecine* sur la fissure à l'anus, j'ai préconisé, en m'appuyant sur l'autorité de Blandin et de M. Jules Guérin, la ténotomie sous-muqueuse du sphincter anal dans le traitement des fissures de l'anus, et j'ai rapporté dans ce mémoire un bon nombre d'observations à l'appui des doctrines que je défendais. Depuis, MM. Maisonneuve et Monod ont justement préconisé la dilatation forcée de l'anus pour guérir non-seulement la fissure à l'anus, mais encore la contracture du sphincter sans fissure. Je comprends que, dans les cas simples, cette opération soit préférée à celle de Boyer et même à celle de Blandin. Lorsque la contracture du sphincter est compliquée d'hémorrhoïdes volumineuses non enflammées, la dilatation forcée est-elle encore indiquée? Je comprends qu'elle soit encore applicable dans ce cas, bien qu'elle expose infiniment plus aux épanchements sanguins considérables, sur lesquels M. Lenoir appelait justement l'attention de la Société; mais si ces tumeurs hémorrhoïdaires sont enflammées, en même temps qu'étranglées par la contracture du sphincter, doit-on encore recourir à la dilatation forcée? Je ne le crois pas. La dilatation, dans ce cas, expose à une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire périphérique de l'anus et des parties voisines, à la phlébite même; tandis que la ténotomie sous-muqueuse n'expose point à cet inconvénient. Dans plusieurs circonstances, j'ai vu Blandin agir de la sorte avec grand avantage pour le malade, et aucun accident n'est survenu. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de suivre les préceptes de Blandin, et je m'en suis très bien trouvé. Tout récemment je fus appelé par le docteur Roujon près d'une dame affectée de contracture du sphincter et de fissure anale. Une crise hémorrhoïdale survenant, des tumeurs volumineuses se formèrent autour de la marge de l'anus; un certain nombre de tumeurs hémorrhoïdaires venant de la cavité rectale étaient fortement étranglées par le sphincter, elles étaient en partie gangrenées et exhalaient une odeur putride. La malade avait de la fièvre, des nausées, des douleurs dans le ventre qui s'irradiaient dans le petit bassin. L'examen direct de toutes ces parties était impossible, tant les douleurs étaient violentes. J'eus la pensée de chloroformiser la malade et de faire la dilatation; mais je fus bien vite arrêté par la crainte de voir survenir un phlegmon à la suite d'une violence aussi considérable exercée sur toutes ces parties enflammées. Je pris alors le parti de chloroformiser la malade assez seulement pour faire disparaître la sensibilité, mais pas assez pour amener la résolution musculaire. Je fis la ténotomie sous-muqueuse; bientôt les accidents cessèrent, et le lendemain de l'opération la malade était dans un état très sa[illegible] je préfère, dans le cas de con[illegible] tumeurs hémorrhoïdaires en[illegible] la ténotomie sous-muqueuse, qui, bien faite, remédie aux accidents, et n'expose point autant que la dilatation forcée aux accidents inflammatoires.

M. Michon. Je partage l'opinion de M. Lenoir; je crois que cette opération n'est point assez vulgaire. Je l'ai faite au moins trente fois; j'ai observé les malades ensuite, et je n'ai trouvé qu'un seul insuccès. J'ai guéri deux malades traités par Blandin; j'ai vu souvent survenir une ecchymose après cette opération, mais jamais rien de sérieux. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'introduire la mèche préconisée par M. Lenoir. Tous mes opérés ont été abandonnés à eux-mêmes, et je n'ai constaté qu'une seule récidive. Cette opération étant fort douloureuse, il importe d'employer le chloroforme; alors la dilatation est sans douleur, et à la fin du sommeil anesthésique le malade est à la fois guéri de sa contracture et des douleurs de l'opération. La dilatation à l'aide du sommeil [illegible] mot.) — [illegible] permet d'examiner avec grand soin l'intérieur du [illegible] Robert), [illegible] préciser la position des fissures. J'ai vu, comme [illegible] un cas suite de dyssenterie, compliqué de fissure et contracture, guéri par la dilatation. On peut se [illegible] si, dans ces cas, il n'y aurait point complication de fissure [illegible] anus. Pendant la dilatation forcée de l'anus, on a souvent [illegible] tion d'une déchirure; mais cette sensation n'est pas constante, et elle n'est pas nécessaire pour obtenir la guérison. Cette opération n'expose pas à des accidents sérieux; elle est, d'ailleurs, maintenue par la nature dans certaines limites : en arrière et en avant, elle est limitée par le coccyx et le plancher périnéal, et latéralement par les ischions.

M. Demarquay pense que la ténotomie sous-muqueuse doit être préférée dans le cas de contracture du sphincter compliquée d'hémorrhoïdes; à cet égard, il faut distinguer les hémorrhoïdes dépendant de la contracture, et qui peuvent céder en même temps qu'elle par la dilatation. Mais lorsque les hémorrhoïdes sont enflammées, qu'elles déterminent des accidents sérieux et qu'il y a contracture, il faut se demander si le chirurgien ne doit pas attendre que ces accidents soient calmés pour agir; si les accidents sont pressants, dans ce cas, la ténotomie sous-muqueuse pourrait être employée avec avantage.

M. Chassaignac. A l'époque où M. Monod a lu son travail, j'ai fait des objections à la méthode de traitement des fissures à l'anus par la dilatation. Toutefois, j'ai depuis fait un certain nombre de fois la dilatation avec succès; mais je ne crois pas qu'il faille absolument abandonner l'incision. Tout récemment M. Hervez de Chégoin a proposé un procédé d'incision fort simple et qui, dans certains cas, peut être avantageux.

M. Demarquay. M. Michon dit que la présence des hémorrhoïdes n'est pas une contre-indication à la dilatation. Je le comprends quand elles ne sont pas volumineuses, ni enflammées, et qu'elles sont liées à la contracture; mais, dans les circonstances inverses, je crois que le chirurgien doit préférer la ténotomie à la dilatation. On me dit : Mais que ne laissez-vous passer la période inflammatoire, alors il n'y a plus de danger? Cela est vrai; mais, en attendant la cessation de ces accidents, le malade souffre horriblement, les symptômes d'étranglement persistent, la gangrène survient; tandis que par la ténotomie vous faites cesser tous les accidents : c'est ce que j'ai pu constater plusieurs fois dans la pratique de Blandin et dans plusieurs circonstances toutes personnelles.

M. Huguier. Il est heureux que la Société de chirurgie soit revenue sur la dilatation forcée de l'anus dans le cas de fissure, d'autant plus qu'à l'Académie de médecine, tout récemment, dans la discussion qui eut lieu à propos du rapport de M. Larrey, ce mode nouveau de traitement a été à peine indiqué. Je préfère généralement la dilatation à l'incision; cette dernière opération expose des accidents primitifs, secondaires et consécutifs assez sérieux. Ainsi, il reste à la suite de l'incision de Boyer une encoche qui laisse passer les matières intestinales, un relâchement de la membrane muqueuse rectale. J'ai eu occasion de pratiquer le débridement de l'anus dans un cas analogue à celui signalé par M. Demarquay, et mon malade s'en est bien trouvé. Je rejette l'emploi du chloroforme dans ces opérations, à cause du peu de durée de l'opération et du relâchement du sphincter.

M. Larrey. La question qui a été récemment soumise au jugement de l'Académie se bornait au traitement simple de la fissure anale par un topique, et la discussion du rapport s'est étendue au traitement chirurgical par l'incision. De même aujourd'hui le rapport fait à la Société de chirurgie sur l'emploi de la dilatation forcée n'a pu restreindre la discussion à ce sujet exclusivement. Mais, s'il est difficile qu'il en soit autrement, ne pourrait-on accorder à chaque méthode les avantages qui lui appartiennent? Si l'incision simplifiée semble prévaloir encore dans la pratique de la plupart des chirurgiens, si la dilatation forcée tend chaque jour à se généraliser davantage, il n'en est pas moins vrai que ces deux méthodes ne sont pas exemptes d'inconvénients. C'est pourquoi il serait plus rationnel peut-être de commencer au moins le traitement de toute fissure anale par des moyens simples susceptibles d'amener sa guérison, et de recourir, dans le cas d'insuccès seulement, soit à l'incision, soit à la dilatation. Or, à part l'influence du régime et des purgatifs, à part certains remèdes utiles, tels que le ratanhia, un topique efficace serait l'application des mèches enduites d'onguent de la mère. (Rapport sur le mémoire de M. Campaignac, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XVII.)

Quant à la dilatation forcée en elle-même, loin d'en contester l'efficacité, je dois dire aussi que j'en ai fait plusieurs fois l'application avec succès dans des cas principalement où les malades redoutaient l'incision; et, pour l'un d'eux qui refusait même de se soumettre à la dilatation forcée par le procédé ordinaire, j'ai fait faire un instrument dilatateur à trois branches susceptible d'un écartement graduel et pouvant servir en même temps de spéculum. (Je n'attache pas d'ailleurs d'importance à l'invention de cet instrument.)

Reste la question de l'anesthésie : je ne crois pas que l'emploi du chloroforme soit nécessaire pour pratiquer la dilatation forcée, à cause même des effets qui ne permettent pas de mesurer le degré de distension ou de déchirure du sphincter aussi sûrement que par la manifestation de la douleur, qui du reste se prolonge alors au delà de l'action anesthésique.

M. Maisonneuve. Je vois avec plaisir que la dilatation forcée dans les cas de fissure à l'anus est généralement acceptée par la Société de chirurgie. Je ne partage pas l'opinion de M. Demarquay sur l'opportunité dans certains cas de recourir à la ténotomie sous-muqueuse; dans les cas spécifiés par lui, la dilatation me paraît encore applicable. Je me demande si, dans les cas de dyssenterie, on ne pourrait point faire cesser le ténesme en employant la dilatation forcée. Il vaut mieux avoir recours au chloroforme pour pratiquer la dilatation; mais la douleur n'est pas tellement forte que l'on ne puisse pratiquer l'opération sans l'aide de cet agent.

— M. Huguier, à la fin de la séance, appelle l'attention de la Société sur une plaie par arme à feu de la voûte crânienne. La balle, après avoir déprimé la lamelle externe et produit plusieurs fractures étendues, a projeté dans l'intérieur du cerveau quelques esquilles dépendant de la lamelle interne. Voici l'observation communiquée par M. Huguier :

Plaie de tête par arme à feu. — Léger enfoncement des os du crâne. — Déchirure de la dure-mère. — Plaie profonde du cerveau par projection de fragments de la lame interne.

Observation recueillie par M. Moynier.

Le 5 décembre 1851 est entré à l'hôpital Beaujon le nommé Genan (Jean), âgé de quarante ans, garçon de magasin, demeurant place des Victoires, n° 5. Il est couché au n° 185, premier pavillon.

Les renseignements que l'on a recueillis sur ce malade, incapable d'en fournir aucun par lui-même, se bornent à ceux-ci :

Le 4 décembre, en montant son escalier, il s'arrêta au premier étage pour regarder par la fenêtre donnant sur la rue. Il était éclairé par une chandelle qu'il tenait à la main.

Un coup de feu, tiré à une distance de vingt-cinq pas, le frappa à la tête.

M. Boinet, qui le vit peu de temps après l'accident, rapporte que le malade put répondre à ses questions, et que des contractures des membres précédèrent la paralysie.

Le 6, au moment de la visite, le malade paraît avoir perdu presque complétement connaissance; il est plongé dans un coma profond; il ne prononce aucune parole et ne manifeste par aucun mouvement ni par aucun signe qu'il comprend ou qu'il entend nos questions; les yeux sont constamment fermés, la respiration est lente et profonde, mais non stertoreuse.

Le côté droit de la face, c'est-à-dire celui où se trouve la blessure, est privé de mouvement; une contraction spasmodique agite les lèvres; les membres du côté opposé sont atteints d'une paralysie complète; la sensibilité semble être partout abolie ou du moins le malade ne manifeste une sensation douloureuse que lorsqu'on examine la région postérieure de la plaie.

Celle-ci est située à la région latérale droite du crâne à un décimètre au-dessus du sourcil droit, à une distance égale de l'oreille droite; elle commence au niveau de la racine des cheveux, se dirige parallèlement à la suture bipariétale et se termine après un trajet d'un décimètre de longueur.

Les bords de la plaie sont renversés en dehors; un profil de la plaie serait représenté par un cône à base répondant aux bords de la plaie et à sommet correspondant au fond.

Les bords de la plaie sont écartés de 3 centimètres à la partie moyenne de son trajet; ils le sont moins aux deux extrémités, ce qui fait ressembler la plaie à un sillon plus profond et plus large à sa partie moyenne; la peau est un peu ecchymosée, mais non frappée de sphacèle; les parties molles sont d'une teinte brune.

Au fond de la plaie, on aperçoit une fracture du pariétal, qui, outre un décollement du périoste dans une étendue de 0,005 au delà de la fracture, présente ceci de remarquable qu'une portion de l'os est enfoncée, tandis que l'autre fait saillie au-dessus de la première, de telle sorte qu'on pourrait croire qu'une portion de la table externe est enlevée.

Mais M. Huguier diagnostique une fracture du genre de celles qu'il a désignées sous le nom de fractures par pression latérale et dont le mécanisme est le suivant :

La balle frappant très obliquement sur le crâne décrit une tangente, qui rencontre une autre tangente formée par le crâne lui-même. A cause de la sphéricité de ces deux corps, la balle a produit un sillon par dépression ou par enfoncement et non par perte de substance; la saillie dont nous avons parlé est formée par une esquille adhérente par son extrémité antérieure et d'une longueur de 0,04; la portion d'os engagée sous l'esquille paraît légèrement déprimée, et des parties molles et des cheveux se trouvent pincés entre les deux bords de la fracture.

M. Huguier, quoique ne les voyant pas, diagnostique encore des fêlures rayonnant de la fracture.

Vingt sangsues sont appliquées derrière les oreilles. — Sinapismes.

Le 7, même état, coma profond; insensibilité complète, peau chaude, pouls très plein, très relevé; respiration stertoreuse. — Saignée.

Mort à onze heures.

Aspect de la lésion vue par la face externe du crâne.

Autopsie faite le 8 décembre. — A 2 centimètres de la suture bi-pariétale, en avant de la bosse du même nom, à 1 centimètre de la suture fronto-pariétale, se voit une portion d'os enfoncée, dont la longueur antéro-postérieure est de 0,04 et la largeur 0,02; immédiatement au-dessous se trouve un autre fragment osseux de 0,01 de large, également déprimé, mais il est plus mobile.

De l'extrémité antérieure de cette solution de continuité par dépression partent trois fêlures :

1° Une fêlure fronto-pariétale qui vient mourir au-dessous de la bosse frontale du côté droit, à 2 centimètres et demi de l'angle orbitaire externe.

2° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et inférieur de la dépression, qui descend obliquement en bas et en dehors en passant par le pariétal, la suture occipito-pariétale, la portion prorale de l'occipital, pour venir aboutir dans la fosse cérébelleuse inférieure droite.

De ce même angle postéro-inférieur part une autre fêlure qui descend verticalement dans l'étendue de 0,015 vers la suture écailleuse, puis se bifurque; une des branches de la bifurcation se dirige en avant, l'autre en arrière. Cette fêlure ne siége qu'à la table externe.

3° Une fêlure qui part de l'angle postérieur et supérieur pour se porter en dedans et en arrière, et venir aboutir à l'extrémité postérieure de la suture pariétale.

De cet angle part une autre fêlure n'occupant que la table externe de l'os, et se portant directement en haut vers le milieu de la suture bi-pariétale.

Entre ces deux dernières fêlures se trouve comprise une portion triangulaire qui, au moment de l'action du projectile, a été refoulée en arrière et en dedans, présente une fêlure transversale longue de 0,025; elle ne siége que sur la face externe de l'os; on n'en trouve aucune trace sur la face interne.

Aspect de la lésion, vue par la face interne du crâne.

On remarque, en procédant d'avant en arrière :

1° Deux pièces osseuses saillantes : l'une, qui appartient à la pièce déprimée faisant corps avec elle; l'autre, appartenant, au contraire, à la portion saillante sur la face externe du crâne, celle-ci, formée par la lame interne et séparée par une fracture qui passe dans l'épaisseur du diploé, de telle façon que la portion du crâne qui fait saillie au-dessus de la face externe du crâne se trouve dédoublée, privée de sa lame interne.

Ces deux pièces osseuses, qui font ainsi saillie dans la boîte crânienne, ont une forme quadrilatère; elles offrent une surface de 0,015 dans tous les sens. Entre elles se voient des cheveux qui font saillie dans la cavité du crâne.

Une troisième esquille appartenant encore à la lame interne, légèrement saillante en dedans du crâne, existe en arrière de la deuxième.

Postérieure à ces trois portions d'os, existe une dépression irrégulièrement circulaire, dont le fond est formé par le diploé. Cette dépression est le résultat de l'absence des couches internes du pariétal, qui ont été trouvées enfoncées dans la substance cérébrale.

Il résulte de toute cette disposition que la plaie faite à la boîte crânienne a beaucoup plus d'étendue en dedans qu'en dehors; les bords de la solution de continuité étant taillés en biseau de dehors en dedans, c'est-à-dire aux dépens de la table interne.

Dure-mère. — Un épanchement séro-sanguinolent existe entre le crâne et cette membrane.

Elle offre une plaie déchiquetée, inégale, longue de 0,04, extrêmement étroite, dont les morceaux peuvent être rapprochés; l'extrémité antérieure de cette plaie offre un demi-centimètre de largeur et présente un lambeau de forme triangulaire; l'extrémité postérieure est terminée en pointe.

Les deux faces de la dure-mère sont le siége d'épanchement de sang dans une étendue d'un décimètre de diamètre.

L'épanchement est peu abondant à la face externe; mais la face interne est tapissée par des caillots, des couches fibrineuses assez adhérentes pour que six jours de macération ne les aient pas détachées.

L'épanchement correspond aux fosses temporale et sus-orbitaire du côté droit et s'étend en arrière jusqu'au lobe droit du cervelet, qui est injecté et très vasculaire.

Esquilles. — A la dure-mère adhère une esquille détachée du pariétal, longue de 0,02, triangulaire, dont la base a 0,005.

Deux autres esquilles ont été projetées dans la substance cérébrale, qui est dans le point correspondant à la fracture le siége d'une plaie d'une longueur de 0,065, sur une largeur de 0,015 et de 0,035 de profondeur.

Un commencement de suppuration se manifeste dans le lobe postérieur du cerveau, à la partie postérieure de la plaie, dans l'étendue de 0,01 et de 0,015 à partir de la surface de la plaie.

La substance cérébrale est réduite à une sorte de bouillie pulpeuse semblable à de la lie de vin mêlée à des substances caséeuses.

Ainsi une balle qui n'a fait que toucher en passant la boîte osseuse, qui n'agi sur elle que par pression latérale, a déterminé :

1° Un léger enfoncement longitudinal des os;

2° Cinq fêlures, dont deux allaient jusqu'à la base de la cavité crânienne;

3° Une fracture irrégulièrement ovalaire de la cavité interne : cette fracture de la lame interne est elle-même subdivisée en six fragments : trois sont restées entre les os et la dure-mère; trois, après avoir déchiré cette membrane, sont allés se loger dans l'épaisseur du cerveau;

4° Un épanchement de sang à la surface droite de l'encéphale;

5° Une plaie profonde et étendue au lobe droit du cerveau;

6° Des cheveux avaient été projetés jusque dans la cavité crânienne entre les deux principaux fragments de la lame externe au moment où ces fragments ont été opérés et déprimés par la balle.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, DEMARQUAY.

Chronique et nouvelles.

Une fête de famille réunissait hier, dans les magasins et les appartements de M. Charrière, tous les ouvriers et employés de sa fabrique et quelques hôtes étrangers, heureux de se trouver à cette cordiale réunion. Le grand magasin, décoré avec goût, était orné de deux écussons sur lesquels on lisait : *Honneur au travail! Hommage aux ouvriers!* Un troisième représentait les armes de Paris. Au centre de la salle, les ouvriers avaient eu la délicate attention de placer un transparent qui rappelait les succès de M. Charrière depuis l'exposition de 1834.

A quatre heures a été servi un dîner d'environ cent vingt couverts, pendant lequel la gaieté la plus franche et du meilleur goût n'a pas cessé de régner. Au dessert, le contremaître des ateliers s'est levé et a adressé à M. Charrière l'allocution suivante :

Monsieur et ancien camarade,

Permettez à votre plus ancien compagnon de travail de vous exprimer publiquement, au nom de tous ses camarades, les sentiments de sympathie et de reconnaissance que chacun de nous sera heureux de vous témoigner en particulier.

Comme Français, nous avons dû applaudir à la nouvelle victoire que vous avez remportée dans ce combat gigantesque livré au palais de Cristal et dont l'honneur devait rejaillir sur notre pays; comme témoins quotidiens de votre sollicitude pour nous et de votre zèle infatigable pour l'art, vos succès nous ont touchés plus encore, car nous y avons vu la juste récompense d'un travail opiniâtre fécondé par l'intelligence et ennobli par toutes les qualités du cœur.

L'immense impulsion que votre incessante activité a su donner à nos travaux n'a pas été seulement un service rendu à l'industrie française : elle a été un bienfait pour l'humanité, quoiqu'on ait voulu le méconnaître par une étrange erreur qui a été noblement réparée depuis.

Parti de nos rangs pour vous élever à l'une des premières et surtout des plus honorables positions qui puissent être réservées à l'industrie, il ne peut guère vous rester que deux espérances à réaliser : la première, c'est de conserver longtemps une compagne qui a partagé tous vos travaux et qui a tant contribué à vos succès; la seconde, c'est de voir deux fils aimés suivre avec honneur la voie que vous leur avez tracée et dans laquelle vous avez désiré de les voir marcher. Croyez que c'est aussi le vœu le plus cher de tous les ouvriers réunis dans cette fête de famille, dont le souvenir ne s'effacera jamais de leur mémoire.

Je propose un toast à la santé de monsieur et madame Charrière et à l'avenir de leurs fils.

M. Charrière a répondu :

Mes chers amis et anciens camarades,

Les sentiments que vous venez de m'exprimer me pénètrent d'une émotion que je ne saurais rendre, et qui est, croyez-le bien, une de mes plus précieuses récompenses. Quant aux éloges que vous voulez bien m'accorder, permettez-moi de n'en accepter que la part qui m'est légitimement due.

Si notre industrie a brillé au premier rang à l'exposition universelle, je suis loin de m'en attribuer tout le mérite. C'est en grande partie à votre habileté bien connue, à votre concours assidu et dévoué; c'est à la supériorité de la chirurgie française, qui sait si bien inspirer notre esprit et guider notre main, que la France doit d'avoir ajouté une couronne de plus aux nombreuses couronnes qu'elle a moissonnées à Londres, les seules qu'elle doive désormais ambitionner.

Assez longtemps nous avons vaincu sur les champs de bataille; c'est dans l'atelier de l'ouvrier et de l'artiste, c'est dans le cabinet du savant et du littérateur que la civilisation nous ordonne de livrer aujourd'hui nos combats. Soyez convaincus que la suprématie de notre chère patrie n'en sera que mieux assurée. La victoire des camps abandonne quelquefois le génie et trahit le courage; la victoire de l'atelier est inébranlablement fidèle au travail et à l'intelligence; et tandis que l'une ne donne que la gloire et entraîne à sa suite le deuil et la misère, l'autre donne à la fois la gloire, le bonheur et la prospérité.

J'ai été particulièrement touché des vœux que vous avez formés pour la compagne intelligente, active, dévouée de ma vie et de mes travaux, ainsi que pour l'avenir de mes enfants. Vous avez compris que les joies de la famille sont les sources les plus fécondes du bonheur; je vous en remercie et vous en félicite à la fois.

Entre le petit atelier de la cour de Saint-Jean-de-Latran et les magasins de la rue de l'Ecole-de-Médecine, il n'y a qu'une bien faible différence sous le rapport du bonheur; il y aurait un abîme s'il avait plu à la Providence de rompre des liens chers et sacrés qui font le charme de la vie et la force des sociétés.

Persistez dans ces sentiments; avec l'amour du travail et de la famille, on a toutes les chances possibles d'être un homme heureux, et l'on est dans tous les cas un citoyen utile à la patrie.

Je vous propose de porter un toast au bien-être des travailleurs, et à la prospérité de la France!

Cette allocution a été, comme la précédente, couverte d'unanimes applaudissements. Après quelques mots bien sentis de M. Jules Charrière et un troisième toast porté par un ouvrier à l'érection d'un monument sur lequel seraient gravés les noms de tous les hommes qui se sont illustrés dans les arts, les sciences et l'industrie, les salles du festin ont rapidement changé d'aspect, et un bal élégant a joyeusement terminé une des plus charmantes fêtes auxquelles on puisse assister.

Par décret du président de la République ont été nommés :

Officier : M. Vives (Jean-Pierre), chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital de Philippeville.

Chevaliers : M. Durand (Georges-François), médecin-adjoint.

M. Verdier (Antoine-Joseph), chirurgien-major aux zouaves.

M. Beaucamp (Charles-Armand-Constantin), chirurgien aide-major au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. Vergé (Bernard-Ambroise-Ernest), chirurgien aide-major aux tirailleurs indigènes d'Alger.

M. Lebas (Alfred-Constant-Léon), chirurgien aide-major aux ambulances.

Lacronique (Jules-Bernard), chirurgien aide-major aux ambulances.

M. Messager (Charles-Joseph), chirurgien aide-major au 12e de ligne;

M. Philibert (André), infirmier-major sergent;

M. Desplats (Bertrand), infirmier-major sergent;

M. Roussel (Marie-Barthélemy-Adolphe), officier d'administration comptable de 1re classe du service de l'habillement et du campement;

M. Roussel (Jean-Nicolas-Alphonse), officier d'administration, premier comptable de 2e classe du service des hôpitaux.

— Concours d'hygiène. — L'Académie a nommé les membres qui doivent assister comme juges au concours pour la chaire d'hygiène qui s'ouvrira le 5 du mois prochain à la Faculté de médecine de Paris.

Ce sont MM. Caventou, Gérardin, Lecanu, Soubeiran et Villermé. Le jury se trouve donc maintenant constitué et composé, outre ces cinq juges, de MM. Bérard, Orfila, Andral, Gavarret, Rostan, Requin, Trousseau, Adelon, Richard et Chomel.

M. Richard ne pouvant siéger à cause de la présence parmi les candidats de M. Béclard, son parent, et M. Chomel ayant, dit-on, manifesté l'intention de se retirer, il sera procédé, le jour de l'ouverture du concours, au tirage de deux juges entre MM. Bouillaud, Laugier, Denonvilliers et Nélaton.

— Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Cuignet, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Ouradou, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Bordeaux.

M. Toussaint, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Lyon.

M. Duauthier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour l'hôpital de Bordeaux.

— ERRATA. — Entre autres fautes typographiques qui se sont glissées dans notre dernier article sur la médecine légale, il importe de corriger les deux suivantes :

Page 1re, colonne 1re, dernier paragraphe, *au lieu de* : précédent, *lisez* : suivant; page 2e, 1re colonne, ligne 43, *au lieu de* : également, *lisez* : légalement.

LE SOURD.

Paris. Imprimé par PLON frères, 36, rue de Vaugirard.

TABLE DES MATIERES

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

IIIe SERIE. — TOME TROISIÈME.

1851.

E

F

G

H

I

J

K

L

M

V

Paris. Typographie de Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1851.

Paris. — Typographie Plon frères, 36, rue de Vaugirard.

